

کرونا



روایت کرونا از زبان
مدیران ارشد وزارت
بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

← تشکر رهبر انقلاب از تدابیر ستاد ملی، وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی و طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا

← زنجیره شیوع ویروس کرونا را باید قطع کنیم
و تردد چه درون استان‌ها و بین استان‌ها به حداقل برسد

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

۳۱ مرداد ۱۳۹۹ | شماره ۵



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استاد محمد

مستندات
کرونا

شماره ۵

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا
روایت کرونا از زبان مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



۶	پیش‌گفتار
۷	مقدمه
۸	وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۴	حوزه وزارتی
۱۹	ستاد ملی مبارزه با کووید-۱۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۵	معاونت تحقیقات و فن آوری
۳۰	معاونت بهداشت
۳۵	معاونت درمان
۴۳	معاونت آموزشی
۴۹	سازمان غذا و دارو
۵۵	معاونت حقوقی، مجلس و امور استانها
۵۹	معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی
۶۷	معاونت پرستاری
۷۰	معاونت دانشجویی، فرهنگی
۷۴	حوزه وزارتی



تشکر رهبر انقلاب از تدابیر ستاد ملی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا

رهبر انقلاب در پیامی از تدابیر ستاد ملی، وزارت بهداشت و طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا تشکر کردند. رهبر معظم انقلاب اسلامی در مرقومه‌ای، تدابیر ستاد ملی و وزارت بهداشت برای جلوگیری از گسترش بیماری کرونا را برای همه لازم الاجرا دانستند و...

صفحه ۴



زنجیره شیوع ویروس کرونا را باید قطع کنیم و تردد چه درون استان‌ها و بین استان‌ها به حداقل برسد

دکتر حسن روحانی رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران روز چهارشنبه ۲۱ اسفند ۱۳۹۸ در جلسه هیأت دولت گفت: امسال در روزهای پایان سال مردم با مسائل و مشکلات جدیدی مواجه هستند که این مشکلات تقریباً در دهه‌های اخیر در تاریخ کشور و بسیاری از...

صفحه ۵



پیش‌گفتار

حمد و سپاس کردگاری بی‌همتارابه پاس فرصتی که برای مستندسازی تلاش همکارانم در عرصه‌های مختلف نظام ارائه خدمات در اپیدمی کووید-۱۹ در اختیارم قرار داد. تلاشی که از دید بندگان خداوند پنهان نماند و از نظر یگانه...

صفحه ۶



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

روایت کرونا از زبان مدیران ارشد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



۷۹ جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران

۸۴ سازمان اورژانس کشور

۹۱ اداره کل روابط بین الملل

۹۸ مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی

۱۰۴ مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

۱۰۸ مرکز مدیریت و توسعه شبکه

۱۱۴ مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

۱۱۹ انستیتو پاستور ایران

۱۲۴ آزمایشگاه مرجع سلامت

۱۲۷ مرکز حراست

۱۳۰ دفتر بازرسی

۱۳۳ سازمان بیمه سلامت ایران

۱۳۷ هیأت امنای صرفه جویی ارزی

۱۴۰ امور توانبخشی

۱۴۲ سازمان جهانی بهداشت



تشکر رهبر انقلاب از تدابیر ستاد ملی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا



رهبر انقلاب در پیامی از تدابیر ستاد ملی، وزارت بهداشت و طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا تشکر کردند.

رهبر معظم انقلاب اسلامی در مرقومه‌ای، تدابیر ستاد ملی و وزارت بهداشت برای جلوگیری از گسترش بیماری کرونا را برای همه لازم الاجرا دانستند و تأکید کردند: طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا دارای پشتوانه‌ی علمی و همراه با انگیزه‌های دینی و جهادی و

انسانی است.

متن مرقومه حضرت آیت‌الله خامنه‌ای (مد ظله‌العالی) به شرح زیر است:

بسمه تعالی
دفتر

از زحمات وزیر محترم و همکاران در این گستره‌ی وسیع تشکر شود. تدابیر ستاد ملی و وزارت بهداشت برای جلوگیری از گسترش بیماری برای همه لازم الاجرا است. طرح بسیج

ملی مبارزه با کرونا که دارای پشتوانه‌ی علمی و همراه با انگیزه‌های دینی و جهادی و انسانی است، طرحی کارآمد است و همان چیزی است که ببالا را به نعمت و تهدید را به فرصت تبدیل خواهد کرد ان شاءالله.

از خداوند متعال توفیق و پاداش برای این جهادگران مسألت می‌کنم.

سیدعلی خامنه‌ای

۲۵ اسفند ۱۳۹۸

رییس جمهور:

زنجیره شیوع ویروس کرونا را باید قطع کنیم و تردد چه درون استان‌ها و بین استان‌ها به حداقل برسد



را برداشت زنجیره شیوع کرونا عنوان و تصریح کرد: این زنجیره شیوع از یک فرد شروع می‌شود و فرد وارد جمعی می‌شود و آن جمع را آلوده می‌کند و آن جمع هم به جمع دیگری می‌روند و آنان دچار مشکل می‌شوند. این زنجیره‌ای است که از نقطه‌ای شروع می‌شود و از نقاط بین شهری و حتی بین کشورها هم عبور می‌کند. وی تأکید کرد: پس اولین مسأله قطع این زنجیره است و اما چگونه زنجیره را قطع کنیم، مهم‌ترین مسأله ضد عفونی است؛ اگر دست‌ها را خوب بشوییم و ضد عفونی کنیم زنجیره از این‌جا قطع می‌شود و از دست ما به دست دیگری نمی‌رود و این برای قطع زنجیره تأثیرگذار است.

وارد کرده است. بنابراین این موضوع را باید جدی بگیریم. از مردم می‌خواهم که این مسأله را جدی بگیریم. به این ویروس به سادگی نگاه نکنیم و برای سلامت و خانواده خطرناک در نظر بگیریم. گرچه از لحاظ علمی و پزشکی این ویروس خیلی خطرناک‌تر از ویروس‌های شبیه آنفلوآنزا نیست اما به دلیل مسأله واگیری سریع و شیوع این بیماری جایگاه خاص خود را پیدا کرده است و به همین دلیل در همه کشورهای دنیا تأثیر گذاشته است. رییس جمهوری افزود: این‌که در برابر بیماری کرونا چه باید بکنیم و چه اقداماتی انجام دهیم، تقریباً به یک نسخه واحدی رسیده‌ایم و بر آن تأکید داریم. رییس جمهوری یکی از این موارد

دکتر حسن روحانی رییس محترم جمهوری اسلامی ایران روز چهارشنبه ۲۱ اسفند ۱۳۹۸ در جلسه هیأت دولت گفت: امسال در روزهای پایان سال مردم با مسائل و مشکلات جدیدی مواجه هستند که این مشکلات تقریباً در دهه‌های اخیر در تاریخ کشور و بسیاری از کشورها بی‌سابقه بوده است. مسأله ویروس کرونا تقریباً اختصاص به کشور و منطقه‌ای ندارد و اکثر کشورهای جهان به این ویروس مبتلا شده‌اند.

این ویروس در سبک زندگی، اقتصاد، رفت و آمد و مشاغل بسیاری از مردم تأثیر گذاشته است، این ویروس به نوعی به مسافرت و تردد تأثیر دارد و فشارهای فراوانی به اقتصاد جامعه

پیش گفتار

مَنّت خدای را عزوجل که طاعتش موجب قربتست و به شکر اندرش مزید نعمت، هر نفسی که فرو می‌رود ممدّ حیاتست و چون بر می‌آید مفرّح ذات پس در هر نفسی دو نعمت موجودست و بر هر نعمتی شکری واجب.

از دست و زبان که بر آید کز عهده شکرش به در آید

حمد و سپاس کردگار بی‌همتا را به پاس فرصتی که برای مستندسازی تلاش همکارانم در عرصه‌های مختلف نظام ارائه خدمات در اپیدمی کووید-۱۹ در اختیارم قرار داد. تلاشی که از دید بندگان خداوند پنهان نماند و از نظر یگانه ایزد عالم هم پنهان نخواهد ماند.

کتاب پیش‌رو پنجمین جلد از سری مجموعه درس آموخته‌های کرونا است که با هدف مستندسازی خاطرات مدیران حوزه ستادی نظام سلامت منتشر گردیده‌است، باشد که گوشه‌ای از زحمات عاشقانه و تلاش‌های بی‌بدیل و ایثارگرانه مدیران نظام سلامت که بسان رزمندگان سال‌های دفاع مقدس از جان و تن گذشتند، را به تصویر بکشد.

مجموعه‌ی حاضر چکیده‌ای است از تجارب موفق، چالش‌ها و درس آموخته‌های مدیران نظام سلامت که مرور آن را بر همه همکارانم در نظام ارائه خدمات توصیه می‌کنم تا در طغیان‌ها و بحران‌های آتی بدانند که در شرایط تحریم‌های همه‌جانبه و فشارهای خارجی چگونه علاوه بر مردم، مدیران این مرز و بوم نیز توانستند با بهره‌گیری از منویات مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) بدون کوچکترین وقفه‌ای در نظام جاری ارائه خدمات، در قالب هماهنگی‌های درون و بین‌بخشی، جلب مشارکت جامعه، تقویت مشارکت بخش خصوصی - دولتی و حمایت از تولیدات داخلی، با ایده‌های خلاقانه، ابتکارات پژوهش‌محور و مبتنی بر نتیجه و نهایتاً با همدلی از این امتحان الهی سربلند بیرون بیایند.

تبیین سیاست‌ها و استراتژی‌های آماده‌سازی نظام سلامت و جامعه برای رویارویی با ویروس جدید کرونا (NCOV-2019)، تهیه و ابلاغ به موقع پروتکل‌های بهداشتی و گایدلاین‌های تشخیصی و درمانی، نظارت بر حسن اجرای پروتکل‌ها، تهیه کیت‌های آزمایشگاهی، آمادگی نظام ارائه خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی، بهره‌گیری از زیرساخت نظام شبکه‌های بهداشتی - درمانی، تشکیل و راهبری ستاد ملی مدیریت کرونا، برنامه‌ریزی برای محدودسازی فعالیت اصناف، منع تردد و بازگشایی‌های مجدد، برنامه‌ریزی برای فاصله‌گذاری اجتماعی، تغییر خطوط تولید، خدمات مشاوره تلفنی و پاسخگویی به نیازها و سئوالات جامعه، مشارکت در کارآزمایی‌های بالینی و پژوهش‌های کاربردی و جلب مشارکت نیروهای بسیج و مردمی تنها گوشه‌ای از اقدامات نظام ارائه خدمات سلامت در دوران کرونا بود.

امیدوارم تا با مرور این درس آموخته‌ها و ثبت تجارب موفق بتوانیم گامی هر چند کوچک در راه نجات مردمان این مرز و بوم و نهایتاً اعتلای نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران برداریم که هم خشنودی خلق را به دنبال خواهد داشت و هم خشنودی و رضایت خالق را.

دکتر سعید نمکی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





مقدمه

هدف از تهیه مجموعه پیش رو، مستندسازی تجارب، دلنوشته‌ها، درس آموخته‌ها و خاطرات تلخ و شیرین روزهای مبارزه با ویروس کرونا و مدیریت بیماری کووید-۱۹ است. روزهایی که با یادآوری خاطرات آن تصاویر سال‌های دفاع مقدس در ذهن‌ها نقش می‌بندد، تصویری از ایشار و از خودگذشتگی جوانان این مرز و بوم، آنان که رفتند تا ما بمانیم.

یکی از دلایلی که باعث شد در مدیریت بیماری کووید-۱۹، علی‌رغم تحریم‌های ظالمانه، شرایط اقتصادی و آمادگی نسبی کشور، شرمنده مردم فهیم ایران زمین نشویم، عزم راسخ مدیران حوزه سلامت بود. مدیرانی که دوشادوش سایر مسئولین نظام، در تمامی روزها حتی در ایام تعطیل تا پاسی از شب مشغول پاسخگویی به نیازهای اساسی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت و پایگاه‌های سلامت، وزارتخانه‌های دیگر، رسانه‌ها، سایر حوزه‌ها و مردم بودند.

تهیه پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی و درمانی برای اصناف مختلف کشور و اماکن عمومی، برنامه‌ریزی و هدایت طرح بسیج ملی مبارزه با کرونا، برگزاری کمیته‌های علمی و تبادل تجارب درون و برون مرزی و

پروتکل‌های درمانی، تجزیه و تحلیل‌های روزآمد آماری و به اشتراک گذاری آن از طریق صدا و سیما در کنار عدم توقف روند جاری ارائه خدمات به بیماران غیرکرونا و مددجویان نظام سلامت، تأمین دارو و وسایل حفاظت شخصی، تهیه مدل‌های اپیدمیولوژیک روند بیماری، تجهیز و گسترش آزمایشگاه‌های کشور، تهیه برنامه‌های آموزشی تیم ارائه‌کننده خدمات و جامعه، تدارکات سریع و بی‌وقفه تجهیزات و ملزومات، گسترش همکاری‌های بین‌المللی، تنه‌بخشی از اقداماتی بود که در این دوران به همت و تلاش مدیران نظام سلامت رقم خورد، این در حالی بود که ویروس کرونا، ویروسی ناشناخته و غیرقابل پیش‌بینی و اطلاعات و دانش بین‌المللی در خصوص آن بسیار سطحی بود.

در این مستند در نظر داریم با بهره‌گیری از ثبت تجارب و دل‌نوشته‌های مقام عالی وزارت، معاونین، مدیران و مسئولین بخش‌های کلیدی ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از زبان خودشان، به نقش برجسته و بی‌بدیل آنان به عنوان متولیان نظام سلامت پردازیم، باشد که بخشی از دلنوشته‌ها و تجارب ارزنده نظام سلامت به عنوان درس آموخته‌های مدیریت بیماری کووید-۱۹،

راه‌گشای تصمیم‌سازان و سیاست‌گذاران آتی کشور باشد. برای تهیه مجموعه حاضر، سئوالاتی را به فراخور وظایف مدیریتی هر حوزه طرح و برای معاونین و مسئولین ارشد نظام سلامت ارسال نمودیم. سپس اعضای کمیته مستندسازی به سه گروه تقسیم و کار مصاحبه را با اخذ وقت قبلی که به درازا کشیده شد، آغاز نمودند. در ابتدا ضمن هماهنگی با معاونین و متولیان ارشد نظام سلامت، ساعتی را برای ثبت تجارب و درس آموخته‌ها در کنار آن‌ها سپری نمودیم. در زمان مصاحبه حضوری با هر یک از مقامات ارشد، ضمن مستندسازی مکتوب و با کسب اجازه از آنان، مکالمات را ضبط نمودیم. سپس متن مصاحبه‌ها و دلنوشته‌های مدیران روی کاغذ پیاده گردید. در پایان، مستند ثبت شده از مصاحبه با هر یک از مدیران را برای آنان ارسال و تأییدیه چاپ اخذ نمودیم. همچنین از آنان درخواست نمودیم تصاویر مرتبط با اقدامات و فعالیت‌های حوزه مربوطه را ارسال نمایند. هدف نهایی این مجموعه به اشتراک گذاری تجارب مدیران نظام سلامت با زبان و ادبیات خودشان بود و آن چه در این شماره به نظر تان می‌رسد حاصل این مرحله از مستندسازی است که امید است مؤثر و مفید واقع شود.



وزیر بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی



جناب آقای دکتر سعید نمکی

وزیر محترم بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

تلاش بی وقفه و با کمترین هزینه مادی و با بالاترین عشق و محبت این مجموعه را خلق کردید سپاسگزارم. مجموعه مستندات کرونا یکی از ماندگارترین هادر تاریخ این سرزمین خواهد شد و این اثر زحمات شما بزرگواران است. واقعاً جا دارد که به شما و آقای دکتر آسایی برای این کار بسیار زیبا و فاخر تبریک بگوییم. دکتر آسایی نیز متقابلاً ضمن ابراز تشکر از وزیر محترم گفتند: جناب آقای وزیر واقعاً کار با شما به عنوان وزیر بهداشت باعث افتخار بنده و همکارانم بوده و هست. در جایگاه وزیر بهداشت که مسئول مبارزه با کرونا و ویروس بودید باید عرض کنم که شما با گروه‌های مختلف از مقام معظم رهبری تا بهروز، علما و روحانیون، اعضاء هیات دولت،



در کشور ما ۱/۶ تخت به ازای هر هزار نفر بیمار وجود دارد و اگر شاخص ۲/۶ و ۲/۸ تخت به ازای هر هزار نفر در شهرهایی مانند تهران را حساب نکنیم، در بسیاری از مناطق زیر یک تخت به ازای هر هزار نفر داریم.

داشت. مبارزه‌ای که باید با توجه به شرایط و ویژگی کشور و امکانات موجود تاکتیک‌هایی را بکار برد. بر این اساس تمامی اعضای کمیته مستندسازی به همراه جناب آقای دکتر آسایی، رییس این کمیته به دیدار وزیر رفته و بر آن شدیم تا روایت کرونار از زبان وزیر محترم، جناب آقای دکتر نمکی بشنویم. مدیری که در شلوغی کار با چهره‌ای مهربان و صدایی بی هیچ نشان از خستگی در این روزهای پر التهاب همچنان محکم ایستاده و سخنانش سرشار از امید و حاکی از تلاشی وصف ناپذیر است. در ابتدای این دیدار دکتر نمکی از زحمات اعضای کمیته تشکر و گفتند از زحمات شما عزمین و بزرگواران که با

کرونا و ویروس نقطه عطفی را در تاریخ جهان و بشریت ایجاد و نام خود را در تاریخ ماندگار کرد. مبارزه و مهار این ویروس ناشناخته که جهان را در بهمت و سؤالات گوناگونی فرو برد، نیازمند استراتژی و مدیریتی جامع و فراگیر همراه با دقت و سرعت عمل بود. هر اقدام و تصمیم در این باره معیاری برای ارزیابی و قضاوت حال و آینده است. این وظیفه خطیر به دستور ریاست محترم جمهوری به سکاندار عرصه سلامت، جناب آقای دکتر نمکی، وزیر بهداشت در مان و آموزش پزشکی کشور سپرده شد. وظیفه‌ای که با خود روزها و لحظه‌های سخت و نفس گیر در مبارزه با کرونا و ویروس را همراه



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

روایت کرونا از زبان مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تخصص و شناختی که از اپیتوپ ها و آنتی ژن های ویروس دارم، این ویروس برایم یک موجود عجیبی تلقی شد. همکارانم رافرا خواندم و گفتم که ما باید منتظر ورود یک ویروس بسیار بسیار چموش باشیم. این ویروس با همه ویروس هایی که تاکنون آمده اند، فرق می کند. با توجه به شواهد و اپیتوپ هایی که از ویروس دیدم آن را شتر گاو پلنگ نامیدم و گفتم موجودی است که همه امکانش از آن هست. به همکارانم گفتم که خودتان را آماده کنید. همان روز از همکارانم درخواست نمودم از استان ها بخواهند که تخت آماده کنیم و سنگر سازی کنیم برای حمله این ویروس. این که به محض ورود ویروس در قم و گیلان و سایر استان ها هیچ بیماری در پشت درب بیمارستان ها نماند، معنایش این نبود که ما خیلی تخت داشتیم. در کشور ما ۱/۶ تخت به ازای هر هزار نفر بیمار وجود دارد و اگر شاخص ۲/۶ و ۲/۸ تخت به ازای هر هزار نفر در شهرهایی مانند تهران را حساب نکنیم، در بسیاری از مناطق زیر یک تخت به ازای هر هزار نفر داریم. در حالی که فرانسوی ها ۷ تخت به ازای هر هزار نفر دارند. در اسپانیا، انگلیس، پرتغال و حتی آمریکا که بزرگترین زیر ساخت نظام سلامت را هنوز هم دارند و بیشترین هزینه ها را هم می کنند، همه با موج اول گرفتار شدند و به شدت زانو زدند. ولی در کشور



در کشور ما ۱/۶ تخت به ازای هر هزار نفر بیمار وجود دارد و اگر شاخص ۲/۶ و ۲/۸ تخت به ازای هر هزار نفر در شهرهایی مانند تهران را حساب نکنیم، در بسیاری از مناطق زیر یک تخت به ازای هر هزار نفر داریم.

این روزها و شب هایی که گذشت. در این مدت، شب و روز برای من پیوسته بود. من حتی شبی را یاد ندارم که یک ساعت پیوسته بخوابم. این خاطرات را هر روز یادداشت می کنم و امیدوارم فراغتی بیابم تا حداقل این ۶ ماه را با اندک بضاعتی که در قلم چرخانی دارم ان شاء الله بتوانم بنویسم. اما اگر بخواهم به اختصار بگویم این است که در این مدت اگر عشق نبود، اگر علاقه به اعتلای این سرزمین نبود، اگر آن گرما و حرارتی نبود که ما برای التیام درد مردم این سرزمین داشتیم، واقعاً برای یک مدیر تاب آوردن با وضعیت موجود حتی برای یک ماه هم میسر نبود. من سال ۱۳۹۸ را با سیل آغاز کردم. بسیار سال سختی بود. سالی بود که حدود ۲۵ استان درگیر سیل شد و در ۶ استان به شکل وحشتناک گرفتار شدیم. بعد از آن مسائل مختلفی پیش آمد، مسأله شورش های خیابانی و عوارض ناشی از آن، سپس آنفلوانزای H۱N۱ و در نهایت کرونا ویروس. سال گذشته یکی از سهمگین ترین زخم های عاطفی را هم به واسطه از دست دادن مادرم تجربه کردم. به دلیل علقه و ارتباط عاطفی که به آن بانوی عزیزم داشتم بسیار بسیار سهمگین و سخت بود و همه اینها با هم اتفاق افتاده بود.

به هر حال در دی ماه هنگامی که چینی ها پیدایش ویروس را در کشورشان اعلام کردند، با توجه به

قضات، اصحاب رسانه، کنکوری ها، دانشجویان، نمایندگان مجلس و... در ارتباط بودید و تصمیماتی را گاهی باید سریعاً اتخاذ می کردید. من مطمئنم که اگر خاطرات شما را مرور کنیم هر شب آن یک مستند است و شنیدنش از زبان شما بسیار شیرین. تاکنون چهار شماره مستند فارسی به همراه یک ویژه نامه به زبان انگلیسی برای کرونا به چاپ رسیده است و این مستند به روایت کرونا از زبان مدیران ارشد اختصاص دارد که در آن با ۲۸ مدیر ارشد مصاحبه شده و آخرین فرد جناب عالی هستید. روایت کرونا را می خواهیم از زبان شما بشنویم و آنچه که فکر می کنید باید از زبان شما در این مستند گفته شود را بفرمایید. به ویژه اینکه:

◀ قبل از همه گیری ویروس در مورد هجوم این ویروس به کشور چه فکر می کردید و چه شد؟ هماهنگی های بین بخشی و مشارکت جامعه که قطعاً در آینده می تواند محور اصلی مدیریت بحران باشد، چگونه بود و برنامه آینده شما چیست؟

بسیار سپاسگزارم از محبت شما عزیزان. بیان آنچه که در این ایام گذشت در این دقایق محدود کار بسیار بسیار غیرممکنی است. من روز نگاری دارم از



ماه، به من خبر دادند که دو بیمار شرایط ویژه‌ای دارند و من مشکوک شدم که این دو بیمار می‌توانند مبتلا به کرونا باشند، با توجه به پنومونی دو طرفه که در قم تشخیص داده شده بود. گفتم آنها را تست کنند و چند بار هم شخصاً پیگیر جواب تست آنها شدم؛ تا اینکه حدود ظهر ۳۰ بهمن ماه خانم دکتر مختاری آزاد به من خبر دادند که متأسفانه جواب هر دو آنها مثبت است. من هم چون به مردم قول داده بودم که هر لحظه از ورود ویروس به کشور مطلع شوم، به آنها اعلام می‌کنم، بلافاصله موضوع را اعلام کردم. بسیار به من توصیه کردند که در روز دیگر انتخابات است و جو انتخابات به هم می‌ریزد و مردم دچار وحشت می‌شوند. با همه این اوصاف گفتم من هرگز به مردم دروغ نمی‌گویم و هیچ چیزی را هم از آنها پنهان نکرده و نخواهم کرد. من وزیر بهداشت هستم نه وزیر انتخابات. تأمین سلامت مردم در اولویت وظایف و مسئولیت‌های من است.

بر همین اساس همان روز موضوع را اعلام کردم و از اینجا به بعد کار ما شروع شد و گسترش سریع اپیدمی به قم، گیلان، مازندران و ...

آنچه که به طور خیلی خلاصه می‌توانم اشاره کنم این است که در این ایام دو فاز طراحی کردیم. یک فاز دفاع و دیگری فاز حمله. در فاز دفاع، بیمارستان‌هایمان را آماده کردیم و موارد بیمار را پذیرفتیم و مدیریت کردیم. به صورت همزمان نیز برای تجهیزات و دارو و سایر اقلام مورد نیاز اقدام کردیم. مثلاً ماسک ۸۹۵ N می‌خواستیم و نداشتیم در دنیا هم به سختی گیر می‌آمد، با هزار غصه این تجهیزات را تهیه می‌کردیم. ساعت ۲۰:۳۰ بامداد پای تلفن بودم که پیام می‌رسید از فلان کشور محموله در حال



گیت کنترل را به منظور غربالگری مسافریین مستقر کردیم. در حالیکه هنوز هیچ یک از خطوط پروازی مانند امارات و ترکیه این کار را نکرده بودند.

آقای دکتر آسیبی زحمت کشیدند و بعد از اینکه اپیدمی ما را گرفتار کرد، در هفته چهارم بهمن با یک ساک تعدادی کیت را از ژنو آوردند. در پی آن بهداشت جهانی به طرق مختلف تعدادی محدود کیت را در اختیارمان قرار داد. ما از ۵۷ دانشجوی ایرانی که از چین به کشورمان منتقل کردیم، با کیت‌های خودمان تست PCR گرفتیم.

بنده آقای دکتر بیگلری و خانم دکتر مختاری آزاد را مأمور کردم که روی کیت PCR کار کنند، هم ساختار و هم خودش را. به گونه‌ای که ماهر مورد مشکوکی را که می‌دیدیم، تست و پیگیری می‌کردیم. تا اینکه ۲۹ بهمن

مایک مریض در پشت درب هیچ بیمارستانی حتی به مدت نیم ساعت هم سرگردان نشد. زیرا به محض اینکه این خبر را در ووهان شنیدیم، خودمان را آماده کردیم.

در این راستا چند کار بزرگ انجام شد: اول از همه پروازهای چین را متوقف کردم. در آن روزها همه به من می‌خندیدند که چه می‌کنی با بزرگترین شریک تجاری ما خط هوایی مانند ماهان را می‌بندی؟ مگر می‌شود دوباره آن را احیا کرد در حالیکه هنوز خبری نشده است و معلوم نیست چه زمانی ویروس به کشورمان خواهد رسید. اما من این تصمیم را گرفتم زیرا دورنمای ویروس را دیده بودم. شاید ویروس پشت دروازه‌های شهر و حتی منازلمان بود!

در ۱۳۶ ایستگاه ورودی کشور و مرزها،

درد

آنچه که به طور خیلی خلاصه می‌توانم اشاره کنم این است که در این ایام دو فاز طراحی کردیم. یک فاز دفاع و دیگری فاز حمله. در فاز دفاع، بیمارستان‌هایمان را آماده و موارد بیمار را پذیرفتیم و مدیریت کردیم. به صورت همزمان نیز برای تجهیزات و دارو و سایر اقلام مورد نیاز اقدام کردیم.



را قطع کنیم. در این کار هم از کمک نیروهای بسیج بهره بردیم. روزهای اول خیلی ها می گفتند که چگونه می شود یک بچه بسیجی را آورد کنار مجموعه خودمان و خیلی از این متلک ها هم شنیدیم. با همه اینها تیمی را از خودمان و تیمی را از بسیج آوردیم، حدود یک هزار مرکز ۱۶ و ۲۴ ساعته بهداشتی در مانی کشور را فعال و شروع کردیم به بیماریابی. روز اول ۲ آزمایشگاه داشتیم آن رابه ۴ بعد کم کم به ۴۴ و بعد به ۱۰۰ و تا تاریخ ۲۹ مرداد ۱۹۱ آزمایشگاه افزایش دادیم. این کار در زمان بسیار محدود، کار بسیار بزرگی بود.

بیماریابی را افزایش و نزدیکان بیماران را مورد بررسی و از میان آنان افراد مثبت را شناسایی کردیم. با بسیج ملی مبارزه با کرونا و بکار گیری نظام شبکه بهداشت و درمان توانستیم ۷۸ میلیون نفر را در مدت بسیار کوتاه غربالگری کنیم که به شدت باعث کاهش بار بیمارستان ها شد. توانستیم در مراحل اولیه بیماران را شناسایی، ایزوله و قرنطینه کنیم، نزدیکان آنان را پیگیری کنیم تا بار بیمارستان های ما را افزایش ندهند. روزهای اول هر بیماری که می آمد دو روز بعد فوت می کرد برای اینکه در مرحله نهایی (end stage) به بیمارستان می آمد. با غربالگری توانستیم در مراحل ابتدایی افراد را شناسایی و تحت مراقبت قرار دهیم و به گونه ای زنجیره انتقال را با قرنطینه نمودن افراد مثبت قطع کردیم. در حدود کمتر از دو ماه مرگ ها به ۲۰ درصد و موارد ابتلا به کمتر از ۲۵ درصد از قبل رسید. البته در کنار این سعی کردیم، همکاری های بین بخشی عظیمی را طلب کنیم، توانستیم تولید شوینده ها و ضد عفونی کننده ها و ماسک ۹۵، گان و لباس پرستار و پزشک و وسایل محافظتی را



گیری های مهم. اینکه قرنطینه بکنیم یا خیر و... ستاد ملی تشکیل شد. این ستاد پایگاه خوبی بود برای همکاری های بین بخشی. ما فکر می کردیم که اپیدمی ما رابه شدت گرفتار کند و تخت کم بیاوریم. به همین علت نیروهای مسلح و سازمان های مردم نهاد وارد عمل شدند. تخت های زیادی را در اردوگاه های مختلف برقرار کردیم. در عرض یک ماه ۱۱۰۰ تخت ICU او در کمتر از ۱۵ روز ۸ هزار تخت اضافه در کشور ایجاد کردیم و این قوت قلب بسیاری شد برای همه ما که اگر سرریزی از مریض داشتیم بتوانیم آنجا نگه داریم. به هر حال فاز اول را که فاز دفاع بود ابتدا مدیریت و بعد کنترل کردیم و بعد رفتیم به سمت مهار.

کنترل و مهار را با حمله به ویروس شروع کردیم. ابتدا سامانه ۳۰۴۰ رابه منظور بیماریابی (Case Finding) طراحی کردیم. تجربه بیماریابی را از زمانی که معاون بهداشت و در خدمت دکتر آسایی بودیم، داشتیم. زیرادر سیستم و بلوچستان در زمینه مالاریا همین کار را کردیم. کودکان با سواد یا کم سواد را آموزش دادیم که اطمینان حاصل کنند که افراد مبتلا داروی خود را سر ساعت بخورند، همچنین بیمار یابی را ۵ برابر کردیم افراد را شناسایی و درمان نمودیم و توانستیم زنجیره انتقال

انتقال به کشور است و سه بامداد تماس می گرفتند که کشور های موافق تحریم، اجازه نمی دهند که محموله وارد کشور ایران شود. خلاصه اینکه ذوب می شد که حالا چگونه باید برای پرستار و پرسنل که صبح می خواهند کار کنند، تجهیزات و ماسک تهیه کنیم. در عین حال که برای تأمین مواد شوینده و ضد عفونی کننده جلسه می گذاشتیم و کارخانه ها را دعوت می کردیم، باید بیماری را هم مدیریت می کردیم که مرتب بمب و ویروس در جای جای مملکت می ترکید و خودش را با مرگ تعداد زیادی بی گناه نشان می داد.

برای دوستان تعریف کردم که در دوران دفاع مقدس توفیق داشتم که در روز سوم جنگ در خوزستان باشم. تفاوتی که آن روزگار با ایام کرونا دارد این است که مادر دفاع مقدس می دانستیم که سنگرها کجاست، دشمن از کجا حمله می کند. هواپیمایش از چه مسیری می آید. اینجا کسی که منبع عشق و محبت و مهربانی بود و در کنارت نشسته بود، بمب و ویروس بود و نمی شناختی و این یکی از گرفتاری های ما بود. موارد ابتلاء اطرافیان بیماران بسیار فراوان بود و این خود تا کنون دلیل اصلی زنجیره انتقال است. از سوی دیگر مسایلی را داشتیم با مقامات بلند پایه کشور در مورد تصمیم

داد

در عرض یک ماه
۱۱۰۰ تخت ICU و
در کمتر از ۱۵ روز
۸ هزار تخت
اضافه در کشور
ایجاد کردیم و این
قوت قلب بسیاری
شد برای همه ما
که اگر سرریزی از
مریض داشتیم
بتوانیم آنجا نکه
داریم. به هر حال
فاز اول را که فاز
دفاع بود ابتدا
مدیریت و بعد
کنترل کردیم و
بعد رفتیم به
سمت مهار.

کردیم به تدارک و روزی که نیاز داشتیم ما به دارو هم دسترسی داشتیم. بعد از مدتی فهمیدیم که این داروها خیلی اثر نمی‌کند. البته همکاران من اشتباهی که می‌کنند این است که می‌گویند این داروها از روزهای اول هم مؤثر نبودند. مثلاً کلتر و ... برای پروسه‌هایی مؤثر بود. اما ویروس چون اپیتوپ‌هایی از HIV تا آنفلوآنزا و کرونا و ویروس و ... را دارد، برخی فکر می‌کنند که این داروها بی‌اثر بودند در حالیکه اینگونه نبود، داروی مآثر کرد. اما ما هم مقاومت ویروسی ایجاد کردیم و هم این ویروس تغییراتی را در خودش ایجاد کرد. به هر جهت داروها را هر طور که بود تهیه کردیم و مانع از کمبود داروها و تجهیزات پزشکی در کشور شدیم. یک میلیارد دلاری را که حضرت آقا دستور دادند، بعد از ۳ ماه و نیم ۳۰ درصد آن را دریافت کردیم. الباقی‌اش را هم هنوز به ما ندادند. در حالی که آمریکایی‌ها فقط ۱۱۲ میلیارد دلار و یا انگلیسی‌ها ۲۲ میلیارد دلار را برای بخش سلامت تخصیص دادند. بیمارستان‌ها هم در آمدشان به ۲۰ درصد کاهش یافته است. ولی به هر تقدیر به لطف خدا و همت همکاران توانستیم اوضاع را به وضعیت فعلی برسانیم و بیماری را مدیریت کنیم. ویروس کرونا یک ویروس فوق‌العاده پیچیده‌ای است که اصلاً معلوم نیست در آینده با ما و دنیا چه خواهد کرد و باید خودمان را برای راه دراز مدت آماده کنیم. برای همین در سه حوزه مشغول کار هستیم:

۱- توسعه زیرساخت‌هایی که برای مدیریت بیماری نیاز داریم تا اگر خدای نکرده در پاییز هم‌زمان دچار آنفلوآنزا و کووید ۱۹ با هم شدیم، بتوانیم شرایط را مدیریت کنیم.

۲- نیروی انسانی: نیروی انسانی ما هم خسته است و هم اینکه کم است. من

اروپایی‌ها درگیر بیماری نشده بودند شبکه BBC و سایر رسانه‌های بیگانه، ادعا می‌کردند که ما نمی‌توانیم بیماری را مهار کنیم. اینجا هم به اندازه کافی آدم داشتند که برایشان سینه بزنند. در این مدت دوستان روابط عمومی خیلی کمک کردند. در این شرایط مدیریت بیماری کار بسیار مشکلی بود. البته همه دستگاه‌ها و ارگانها لطف داشتند و کمک کردند ولی کار اصلی روی دوش ما بود. امکان ندارد ساعت ۲ نیمه شب با وزیر فرهنگ یا علوم یا کشور یا صمت تماس بگیرند که تخت برای بیماران نداریم یا الان در بیمارستان نیشابور مشکل اکسیژن پیش آمده و یا بیدار بمانم تا مخزن اکسیژن از کرمان به خوزستان برسد. هر روز و هر شب بیدار بودم و می‌بایست هم به روسای دانشگاه‌ها و هم به همکاران خودم روحیه بدهم. در این مدت چند ژنرال ما افتادند. ۴-۵ نفر از معاونین، رییس اورژانس کشور و بعد رییس دانشگاه‌های علوم پزشکی قم و گیلان. روزها و شب‌هایی بود که هر لحظه‌اش را باید برایش صفحات زیادی نوشت. در حال حاضر مشغول مدیریت موج دوم بیماری هستیم. من نگرانی از این دارم که با ساده‌انگاری و عادی‌پنداری به تله‌های جدیدی بیفتیم. موضوع دیگر و قابل ذکر مسأله داروها است. داروهایی را که در چین شنیده بودیم مؤثر هستند همان روز شروع

تأمین کنیم. همه این موارد را توانستیم طی دو ماه انجام دهیم و به صورت هم‌زمان توانستیم موارد جدید ابتلاء را کم کنیم، هم مرگ و میرها را کم کنیم و هم هر آنچه را که با سختی وارد می‌کردیم کاهش دهیم و حتی به خارج از کشور نیز صادر کنیم، از قبیل و نتیلاتور و تولیدات دیگر.

من مرتب تذکر می‌دادم و این ساده‌انگاری را هشدار می‌دادم که نباید دچار این توهم شویم که اوضاع خوب شده. هنگامی که مردم اوضاع را عادی پنداشتند برای ما دو پیام داشت: یک پیام این بود که مردم به ما تکیه کرده بودند و از نگرانی‌شان کاسته شده بود و یک پیام دیگر اینکه بی‌تفاوتی کار دست ما می‌دهد. مسئولین هم در صدد راه‌هایی برای بازگشایی اماکن بودند. من مرتب هشدار می‌دادم که این ویروس پیچیده است و در صورت ادامه این عادی‌پنداری اتفاقات بد خواهد افتاد. فکر نکنید ما چند امتیاز گرفتیم از این ویروس، مسأله حل است. ما در حال کشتی گرفتن با یک ویروس خطرناک هستیم و ممکن است در لحظه آخر ضربه فنی شویم. متأسفانه نه مردم گوش دادند و نه مسئولین محترم باور کردند و این باعث شد تا خیز جدید ایجاد شود.

البته مادر این مدت صدمات مهم رسانه‌ای هم خوردیم. آنجا هم به شدت تنها بودیم. روزهای اول که هنوز

دادم

من مرتب تذکر می‌دادم و این ساده‌انگاری را هشدار می‌دادم که نباید دچار این توهم شویم که اوضاع خوب شده. هنگامی که مردم اوضاع را عادی پنداشتند برای ما دو پیام داشت: یک پیام این بود که مردم به ما تکیه کرده بودند و از نگرانی‌شان کاسته شده بود و یک پیام دیگر اینکه بی‌تفاوتی کار دست ما می‌دهد.



درگیر شود. در ویروس‌های دیگر مثلاً کزاز فقط یک تیترا آنتی بادی بالا برود کافی است ولی در رابطه با این بیماری ایمنی هم‌وزن و سلولی باید با هم کار کنند و هم اینکه یک دوز واکسن جواب نخواهد داد. این موضوع که واکسن محافظت یک ساله می‌دهد را اصلاً قبول ندارم. به هر حال موضوع دارو و واکسن در کنار آموزش و فاصله گذاری از جمله دیگر مسائل مورد بحث و برنامه ریزی است. امیدوارم که ان شاء الله بتوانیم بیماری را در سطح مهار پیش ببریم و اثر خوبی را از خودمان به جا بگذاریم. از لطف شما بسیار ممنونم.

بر این روایت زیر چند نکته‌اند بزر

که جز نکوی اهل کرم نخواهد ماند
یک روزی همه ما باید از دنیا برویم. بدون تردید دیر یا زود. ان شاء الله بعد از ۱۲۰ سال عمر با عزت. اینکه از هر کدام از ما چه می‌ماند، همین کارهایی است که انجام داده‌ایم و اثری است که بر روی ذهن مردم باقی گذاشته‌ایم یا به تصویر کشیدن حماسه بزرگی است که با عشق و با مهر به جا گذاشته‌ایم. من از همه شما و همه عزیزانم سپاسگزارم که به من و به تاریخ این مملکت منت گذاشتند. شاید هر ۱۵۰ سال یکبار چنین موضوعی اتفاق بیفتد که به تصویر کشیدن این اتفاقات در قالب روزگار برای ماندگار شدن و مانا شدن، کار هستیم. ما با کمبود نیروی ماهر در استان‌ها مواجه هستیم. ارتباط بسیار معنی دارد با مهارت پرسنل ICU و میزان مرگ و میر بیماران وجود دارد.

عزت و توفیق زندگی کنید.
دکتر نمکی در انتها از ابراز محبت مردم بسیار تشکر کردند و گفتند.

قطره در دست آثر در دست

ورنه او قطره و درین، در دست



تخت هم دستگاه اکسیژن ساز و هم نیروی انسانی می‌شود. در این دوران متوجه شدیم، دستگاه‌های اکسیژن سازی که در بیمارستان‌های حتی جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد، یک پنجم ظرفیتی است که به ما اعلام کرده‌اند. زیرا تا کنون این دستگاه‌ها زیر این همه بار نرفته بودند که بتوانند خودشان را نشان دهند. در حال حاضر علاوه بر این اقدامات همانطور که گفته شد تلاش بر افزایش نیروی انسانی و مهارت آنان هم داریم.

ما با کمبود نیروی ماهر در استان‌ها مواجه هستیم و ارتباط بسیار معنی داری بین مهارت پرسنل ICU و میزان مرگ و میر بیماران وجود دارد. تجربه نشان داد، هر چه نیروی انسانی ماهر تر بودند مرگ و میر کمتری هم داشتیم.

۳- کار دیگری که مشغول آن هستیم، بحث دارو و واکسن است. در حال حاضر با چند شرکت دانش بنیان برای تولید واکسن همکاری می‌کنیم که در این مدت دستاوردهای خوبی را هم داشتند. هم‌زمان چنانچه در جای دیگری در دنیا واکسن تولید شد، ما هم سیدمان را در صف گذاشته‌ایم تا از آن بهره‌مند شویم. ولی من به عنوان یک ایمنولوژیست اعتقادی به واکسن ندارم به دو دلیل. یکی اینکه کرونا ویروس‌ها، ویروس‌های چموشی هستند و اثر بخشی واکسن کوتاه است. دیگر اینکه هم ایمنی سلولی و هم هم‌وزن باید

در تلاش هستیم که هم نیروی تازه نفس به مجموعه اضافه کنیم و هم اینکه نیروها را ماهر تر از اکنون کنیم. ممکن است جایی پرستار داشته باشیم ولی پرستار ICU ماهر و پزشک ICU ماهر یکی از مشکلات ما است. در حال حاضر با آموزش‌های فشرده‌ای این مهارت را منتقل می‌کنیم. در پیک این گرفتاری کاری که کردیم این بود که بیمارستان‌های مجرب را معین بیمارستان‌های کم تجربه استانی کردیم. مثلاً بیمارستان مسیح دانشوری، بیمارستان آبادان، بیمارستان امام (ره)، بیمارستان اهواز را حمایت کند و تجربه‌هایشان را در اختیار بیمارستان‌های کم تجربه تر بگذارد. روزهای اول فکر می‌کردند تا مریض آمد و یک مقدار مشکلات تنفسی دارد باید او را اینتوبه کنند؛ در حالیکه این غلط است و باید سطح اکسیژن بیمار را بالا برد و به راحتی او را اینتوبه نکرد. این تبادل تجربه‌ها منجر به دستاوردهایی شدطوری که منحنی‌های ما نشان می‌دهد در روزهای اول، میزان مرگ و میر نسبت به بستری خیلی بالا بود اما در پیک جدید به یک پنجم کاهش یافت و این نتیجه تجاربی بود که کسب کردیم.

یک بیمار خارج از بیمارستان ۸ الی ۱۱ لیتر و در داخل ICU ۳۴ تا ۳۲ لیتر اکسیژن در دقیقه نیاز دارد. بنابراین توسعه زیر ساخت شامل هم

درد

در حال حاضر مشغول افزایش زیرساخت‌های اکسیژن و نیروی انسانی و افزایش مهارت آنان هستیم. ما با کمبود نیروی ماهر در استان‌ها مواجه هستیم. ارتباط بسیار معنی دارد با مهارت پرسنل ICU و میزان مرگ و میر بیماران وجود دارد.



حوزه وزارتی



دکتر امیرحسین حریری

معاون کل وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

◀ جناب‌عالی با شخصیتی رسانه‌ای در ماه‌های اخیر بار سنگینی را از دوش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برداشتید، چگونه باید این حضور پررنگ سلامت در رسانه را پایدار نمود؟

مهم‌ترین موضوع این است که ما چگونه از رسانه‌ها و صدا و سیما برای اطلاع‌رسانی استفاده کنیم. به دلیل اهمیت بالای پاندمی ایجاد شده، در همه کشورها رسانه‌های متعددی به کار گرفته شدند. به طوری که خبر اول تمام رسانه‌ها در مورد کرونا است. در این چند سال اخیر، خوشبختانه صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

با وزارت بهداشت، همکاری خیلی خوبی داشته و روندی پیدا کرده است که از اقدامات ما در این حوزه حمایت می‌نماید، روندی که قطعاً پیش‌تر این‌گونه نبود. مقام محترم وزارت آقای دکتر نمکی و قبلاً آقای دکتر هاشمی، پیش از وزارتشان، ارتباطاتی با صدا و سیما داشته‌اند که این موضوع حمایت این رسانه را بیشتر کرده است. برای حضور پررنگ‌تر در آینده به چند مورد می‌توان اشاره کرد. موضوع را با مثال شرح می‌دهم. اینجانب شنبه‌ها در تلویزیون صحبت می‌کنم و صحبت من در مورد سلامت معمولاً تبدیل به تم (عنوان) اصلی در آن روز در صدا و سیما می‌گردد. در یکی از هفته‌ها اهمیت شبکه بهداشت و درمان کشورمان را توضیح دادم که خوب مورد توجه زیادی قرار نگرفت.



اینجانب شنبه‌ها در تلویزیون صحبت می‌کنم و صحبت من در مورد سلامت معمولاً تبدیل به تم (عنوان) اصلی در آن روز در صدا و سیما می‌گردد. در یکی از هفته‌ها اهمیت شبکه بهداشت و درمان کشورمان را توضیح دادم که خوب مورد توجه زیادی قرار نگرفت.

اهمیت شبکه بهداشت و درمان کشورمان را توضیح دادم که خوب مورد توجه زیادی قرار نگرفت. لذا برای اینکه موضوع توسط رسانه مورد توجه قرار بگیرد، باید برای آن رسانه، اهمیت خبری و رسانه‌ای داشته باشد و برای انتخاب موضوع مناسب باید به صورت هفتگی تصمیم گرفت. رسانه حکم یک اژدها را دارد و دوست دارد همه اخبار را بلعد. هر چه از سمت شما به او داده شود اگر باب میلش باشد خواهد خورد و اگر نه سراغ مورد دیگر می‌رود.

موضوع بعدی، بحث SOKO^۱ است (یعنی هدف و نقطه‌ای که با پیام خود می‌خواهید به آن دست یابید) که در

1-Single Overarching Communication Objective

اقتصادی قابل توجه وارد بحران کرونا شد. در دو سال اخیر، رشد اقتصادی ایران منفی ۹/۵ و منفی ۴/۵ درصد بود. در سال ۲۰۲۰ پیش بینی می شد این رشد به صفر یا حتی به یک درصد برسد. لذا رخداد همه گیری کرونا این موضوع را پیش خواهد آورد که احتمالاً ما دچار رکود اقتصادی خواهیم شد. در طی همه گیری کشور عربستان سعودی رشد افزوده را ۳ برابر کرده است (۲۰۰ درصد افزایش)، که این در بین کشورها بسیار نادر است. اما موضوعی که باید به آن توجه شود، آن است که کشور ما به دلیل شرایط خیلی خاصی که داشت، از قبل یک سری برنامه ها و راه کارهایی داشت که در زمان شیوع کرونا به کمک ما آمد.

یک موضوع که باید مورد توجه باشد، سرمایه اجتماعی است که در ایران در طی سال های قبل به کمترین سطح خود رسیده بود، اما در این چند ماه این موضوع تغییر کرده و نسبت به چند سال گذشته افزایش چشمگیری پیدا کرد. اعتماد مردم به دولت و همچنین اعتماد مردم به مردم افزایش پیدا کرده است. اتفاقاتی در سایر کشورها افتاده از جمله تظاهرات علیه قرنطینه، فاصله گذاری اجتماعی و... که مادر کشور با آن مواجه نبودیم. لذا ما از لحاظ اجتماعی برخلاف پیش بینی های قبلی در وضعیت خوبی قرار داریم. تحلیل قبلی غربی ها این بود که به دلیل رخداد کووید-۱۹ دولت و حکومت زمین خواهد خورد. یک موضوع دیگر شماتت بد توسط سایر کشورها بود. ما در مقایسه با سایر کشورها زودتر موارد ابتلا و همه گیری را شاهد بودیم، لذا زمان کمی در اختیار داشتیم و این موضوع باعث شد موارد ابتلا افزایش یافت و کشورهای



وضعیت ایران را در زمینه مبارزه با کووید-۱۹ در مقایسه با سایر کشورهای همسایه چگونه ارزیابی می فرمایید؟

ما دومین کشوری بودیم که در دنیا بعد از چین به سرعت از نظر ابتلا به تعداد سه الی چهار رقمی رسیدیم. اما موضوع مهم این است که از نظر سیاسی، اجتماعی و بین المللی از بقیه کشورها بیشتر تحت فشار بودیم. ایران تحت تحریم های شدید قرار دارد. حدود ۸۳ درصد مطالب تولید شده برای کرونا، توسط گروه های مخالف در رسانه ها تولید شد، ۱۳ درصد توسط افراد بی طرف و فقط ۵ درصد توسط افراد موافق نظام تولید گردید. اما موضوع مهم این بود که باز نشر مطالب گروه ۵ درصدی به بیشترین تعداد اتفاق افتاده است. ایران در بین همه کشورهای دنیا، تنها کشوری است که با ۲ سال رشد منفی

اغلب مواقع به آن دقت نمی کنیم. باید این موضوع را مدنظر قرار دهیم که می خواهیم در مخاطب چه رفتاری ایجاد کنیم؟ پس آنالیز و تحلیل مخاطب اهمیت دارد. ما برای تمام موضوعات همواره یک سری مخاطب موافق ساکت و یک سری مخاطب مخالف پر سر و صدا و پر هیجان داریم و یک سری مخاطب مخالف بی سر و صدا. باید دقت کنیم در مطلبی که ارائه می کنیم برای تمام انواع این مخاطب ها استراتژی درستی داشته باشیم. در مورد صدا و سیما و برنامه های مرتبط با وزارت بهداشت، مخاطبش فقط عامه مردم نیستند. مدیران صدا و سیما در تهیه برنامه ها فقط مخاطب عام را مدنظر قرار نمی دهند و به طور مثال مخاطبین تصمیم گیر و مدیران با نگاه سیاسی هم مدنظرشان است. پس در ارائه صحبت باید لایه به لایه مخاطبین را بشناسیم.

درد

یک موضوع که باید مورد توجه باشد، سرمایه اجتماعی است که در ایران در طی سال های قبل به کمترین سطح خود رسیده بود، اما در این چند ماه این موضوع تغییر کرده و نسبت به چند سال گذشته افزایش چشمگیری پیدا کرد. اعتماد مردم به دولت و همچنین اعتماد مردم به مردم افزایش پیدا کرده است.



ارائه کننده خدمت، در ایران ایثارگرانه اقدام نمود. ما مدیریت بی مبالا نداشتیم. من یک مثال از ابتلا خود و برخورد با این موضوع می آورم. به دنبال ابتهای اینجانب رسانه‌های غربی اعلام کردند چگونه مدیری که نمی‌تواند از خود محافظت نماید، مدیریت کنترل و مبارزه با کرونا را عهده‌دار است. حالا به این موضوع دقت کنید بعد از دو هفته وزیر بهداشت انگلیس مبتلا شد و همان رسانه‌ها اعلام کردند وزیر بهداشت به دلیل اینکه مرتب پای کار بوده مبتلا شده است! در مورد ابتلا بوریس جانسون هم خاطر تان هست که ایشان با چند بیمار کرونایی دست دادند. پس آن چه که مهم است این است که تقریباً درگیری کشورها بستگی به تدبیری دارد که رهبران سیاسی آنان اعمال کردند.

مثال‌هایی که از این موضوع می‌توانم بزنم، مخالفت با واکسن در ایتالیا است که خب این کشور به شدت درگیر شد. در برزیل، شدت درگیری بالاست. رئیس‌جمهور این کشور در تظاهرات علیه فاصله‌گذاری اجتماعی شرکت کرد و آمریکا هم که تکلیفش معلوم است، رهبر معظم انقلاب، تدبیری که به کار بردند و تصمیماتی که گرفتند در راستای اقداماتی بود که کمیته‌ها و ستادهای کرونا اعلام نمودند. ایشان اعلام کردند که "من تابع تصمیمات ستاد کرونا هستم" و مراسم شب قدر را براساس نظر ستاد لغو کردند و این در حالی است که این مراسم در ایران یکی از مهم‌ترین مراسم‌های دینی - مذهبی تلقی می‌شود. از سویی فرماندهی این موضوع را به رئیس‌جمهور و وزیر بهداشت محول کردند. در جلسات ستاد ملی، معمولاً ملاک عمل، صحبت وزیر محترم بهداشت،



نوع تبعیضی اتفاق نیفتاد و به عبارت دیگر هیچ بیماری روی زمین نماند. همچنین سایر بیماران نیز مراقبت لازم را دریافت کردند. در ایران فرهنگ مراقبت از سالمندان توسط اعضای خانواده نیز رواج دارد. جمعیت سالمند ایران حدود ۹/۵ الی ۱۰ درصد است (بالای ۶۰ سال). افتخار ما این است که حتی گروه‌های سالمند نیز از دریافت مراقبت محروم نمانند (اتفاقی که در سایر کشورها افتاد). یک مثال در مورد ابتلا همزمان می‌زنم که در آلمان به طور نمونه اگر فردی مبتلا به کرونا می‌گردد و همزمان یک بیماری همراه (مثل دیابت، فشار خون و...) داشت، دلیل مرگ وی، همان بیماری زمینه‌ای اعلام می‌شد و نه کرونا. مدیریت نظام سلامت نیز همانند افراد

غربی از این موضوع استفاده نمودند. در حالی که هم‌اکنون (۳۱ اردیبهشت ماه) پنجاهمین کشور از نظر تعداد بیمار به ازای یک میلیون نفر هستیم. کشور از نظر جمعیت هستیم. از سویی دیگر از لحاظ مرگ ۲۵ام هستیم. ایران جمعیت جوانی دارد. یک موضوع در مورد انگلیس می‌خواهم مطرح کنم. در مصاحبه‌های تلویزیونی انگلیس برای کرونا، سه تا تریبون داشت، Stay at Home، Save the NHS و Life، این در حالی است که حدود ۱۲۵ هزار کارمند NHS به دلیل تماس با مبتلایان بلافاصله قرنطینه شدند اما پرسنل بهداشت و درمان ایران حتی در زمانی که مابا کمبود وسایل حفاظت شخصی روبرو بودیم، مراقبتشان را کاهش ندادند و اقدامات لازم را انجام دادند. من یکی از این دلایل موفقیت را در ایران فرهنگ از خودگذشتگی ایرانی - اسلامی می‌دانم. این موضوع عمدتاً در بخش دولتی اتفاق افتاد. رسانه‌ها هم پای این موضوع ایستادند. ایران علی‌رغم اینکه از لحاظ تجهیزات، تخت و نیروی انسانی با کمبودهایی مواجه بود، هیچ محدودیتی در بستری بیماران اتفاق نیفتاد. برای افراد بستری شده هیچ



در جلسات ستاد ملی، معمولاً ملاک عمل، صحبت وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. به طور مثال در تهران، طرح ترافیک بر عهده شهرداری است اما این نوبت وزیر بهداشت در مورد عدم اعمال آن تصمیم گرفت که دولت هم تابع این تصمیم شد.



۱۳۹۷ و به ویژه در سال ۱۳۹۸، هزینه‌های سلامت به دلیل شرایط اقتصادی کشور کاهش پیدا کرده است. دولت هم در آمدش کمتر شده و لذا هم دولت و هم بیمه شروع به کاهش هزینه‌های خود می‌کند. در مجموع این موارد یک سیکل منفی ایجاد می‌کند. این موضوع در سال ۱۳۹۱ در ایران به طور واضح تجربه شده است. مشکلات اقتصادی که پیش آمد به طور قابل توجهی قیمت‌ها بالا رفت و در نتیجه قدرت خرید مردم کاهش پیدا کرد. این موضوع در حوزه سلامت هم رخ داد. قیمت‌ها در آن سال به شدت در حوزه سلامت بالا رفت. ما از این تجربه بهره گرفتیم و اجازه ندادیم قیمت‌ها به دنبال مشکلات اقتصادی در حوزه سلامت بالا برود. تدابیری که اندیشیده شد، این دوره، جلوی چرخه منفی معیوبی را که شرح دادم، گرفت. اما هم‌اکنون بحران کرونا پیش آمده است. ما باید صبر کنیم و ببینیم چه پیش می‌آید. مواردی را در این زمینه می‌خواهم اشاره کنم. یک سری هزینه‌ها در ارتباط با کرونا بالا رفته است. در اسفند ماه تعرفه تخت روزانه در حدود ۱۸۶ هزار تومان بود. اما در همان ماه، ما به ازای هر بیمار در روز ۷۰۰ هزار تومان وسایل حفاظت فردی هزینه می‌کردیم. در این زمینه یکی از اقداماتی که دولت انجام داد و از سوی آقای دکتر نمکی ابلاغ شد، رایگان نمودن هزینه‌های بیماران بستری در بخش دولتی بود (برای کووید-۱۹). اما بعدها تصمیم گرفته شد ۱۰ درصد فرانشیز توسط بیمار پرداخت شود. یک مصوبه خیلی خوب دیگر، بیمه کردن افراد مبتلا به بیماری در حین بستری بود (که اصطلاحاً بیمه روی تخت خوانده می‌شود). سایر بیمه‌ها هم



زمانی که درآمد ملی کم می‌شود و درآمد خانوار هم کاهش پیدا می‌کند، خانوار درصد هزینه‌های خوراک و مسکن را از کل سبد هزینه‌های بالاتر می‌برد و در نتیجه هزینه‌های دیگر از جمله سهم سلامت کاهش پیدا می‌کند.



جبران خواهد نمود؟ آیا تخمینی برای پرداخت هزینه تشخیص و درمان کووید-۱۹ از جیب مردم وجود دارد؟

همان‌طور که عرض کردم ماحتی قبل از کرونا نگران بودیم که رشد اقتصادی به چه سمتی خواهد رفت. در ایران موضوع بهره‌مندی کم از خدمات سلامت (Under-Utilization) به همین دلیل در حال رخداد بود. بهره‌مندی کم از خدمات سلامت به دلیل افزایش شدید هزینه‌ها، حتی در بحران اقتصادی سال ۲۰۰۸ اروپا گزارش شده است. زمانی که درآمد ملی کم می‌شود و درآمد خانوار هم کاهش پیدا می‌کند، خانوار درصد هزینه‌های خوراک و مسکن را از کل سبد هزینه‌های بالاتر می‌برد و در نتیجه هزینه‌های دیگر از جمله سهم سلامت کاهش پیدا می‌کند. در سال

درمان و آموزش پزشکی است. به طور مثال در تهران، طرح ترافیک برعهده شهرداری است اما این نوبت وزیر بهداشت در مورد عدم اعمال آن تصمیم گرفت که دولت هم تابع این تصمیم شد.

می‌توانم بگویم در طی ۱۵ سال گذشته، هیچ وقت به اندازه این چند ماه همبستگی سیاسی بین مسئولین نبوده است. حتی دعوا در مورد سیاست‌های داخلی و خارجی بین مسئولین کمتر شده است.

◀ **اقتصاد بهداشت یکی از مواردی است که باید در مدیریت سلامت مدنظر قرار داد. با عنایت به سوابق درخشان حضرت‌تعالی در این زمینه، سیستم سلامت چگونه بار سنگین مالی این بحران را**



به خدمات زیبایی مربوط است که این‌ها هم حذف شده است. لذا درصد پرداخت از جیب در این زمینه به طور جدی انجام خواهد شد.

از نظر اثرات اقتصادی، می‌توانیم بگوییم در میان مدت و درازمدت اثرات بیشتر از اثرات سلامتی خواهد بود. بیکاری و رشد اقتصادی منفی بتدریج تأثیر خود را نشان خواهند داد. با توجه به پیش‌بینی‌هایی که می‌شود از زمان شروع اپیدمی، به دلیل ماهیت ویروس، هر کشور حدوداً ۲۴ ماه درگیر این اپیدمی خواهد بود. این طول مدت در اقتصاد تمام کشورها اثر عمیقی خواهد گذاشت. این اثرات باعث خواهد شد علاوه بر تأثیر در قشر آسیب‌پذیر، در قشر متوسط هم اثرات منفی مشاهده شود. در طی ۱۸ الی ۲۴ ماه از زمان شروع، خیلی از مناسبات اجتماعی تغییر خواهد یافت و همبستگی اجتماعی و اقتصادی تغییراتی خواهد نمود. من پیش‌بینی می‌کنم تغییر رفتارهای اجتماعی رخ خواهد داد.

⚡ لطفاً یکی از خاطرات خود را در این دوره بیان فرمایید؟

چون اینجانب مبتلا شدم، حدود ۲۴ روز دور از منزل بودم، در زمان مراجعه به منزل تصمیم گرفتم خریدی انجام دهم. به یکی از مراکز رفتم و متوجه شدم مردم با دقت من را نگاه می‌کنند و افراد تلاش می‌کنند که بدانند آیا این من هستم یا نه. صحنه‌های جالبی از برخورد مردم مشاهده کردم و گاهی زمانی که فاصله فیزیکی نزدیکتر می‌شد سعی می‌کردند فاصله بگیرند که خوب این هم جالب بود. در یکی از موارد وقتی فردی برای شناسایی من نزدیک شده بود، گفتم خودشه حریر چیه!!



د

این طول مدت در اقتصاد تمام کشورها اثر عمیقی خواهد گذاشت. این اثرات باعث خواهد شد علاوه بر تأثیر در قشر آسیب‌پذیر، در قشر متوسط هم اثرات منفی مشاهده شود. در طی ۱۸ الی ۲۴ ماه از زمان شروع، خیلی از مناسبات اجتماعی تغییر خواهد یافت و همبستگی اجتماعی و اقتصادی تغییراتی خواهد نمود. من پیش‌بینی می‌کنم تغییر رفتارهای اجتماعی رخ خواهد داد.

افرادی که تحت درمان سرپایی قرار گرفتند و شروع نمودند به استفاده از داروهایی که واقعاً مورد نیازشان نبود. مورد بعدی که باید مورد توجه قرار گیرد، استفاده از مواد ضد عفونی کننده، ماسک، دستکش و ... است که برای خیلی از خانواده‌ها هزینه بالایی تلقی می‌شود. چون مصرف این وسایل بالا رفته است.

این نکته هم مهم است ذکر شود که برخی از هزینه‌های سلامت در این دوره کاهش چشمگیری پیدا کرده است. توجه شود در همین مدت حدود ۸۰ درصد تبادل مالی بهداشت و درمان کاهش خیلی بیشتر از همه گروه‌های درآمدی بوده است. این اقدام مالی زمانی انجام می‌شود که فرد بخواهد برای خدمت سلامت پرداخت از جیب داشته باشد. حدود ۲۲ درصد هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۷، برای خدمات دندانپزشکی بود که خوب هم اکنون این خدمات ارائه نمی‌شود و حدود ۸ درصد از هزینه‌ها

همانند بیمه سلامت تلقی شدند و درمان‌شان تا حدودی رایگان شد. یک سری از هزینه‌ها هم توسط خیرین تأمین گردید. یک موضوع مهم دیگر، برخورد با افراد مبتلا غیر ایرانی بود. در مورد این بیماری خاص، پیش‌بینی من این است پرداخت از جیب در موارد بستری خیلی زیاد نخواهد بود و متوسط پرونده بستری هم اکنون (خردادماه) در ایران ۲/۵ میلیون تومان است. این هزینه برای پرونده بستری در بخش مراقبت‌های ویژه حدود ۵ میلیون تومان است. وقتی فرانشیز ۱۰ درصد اعمال می‌شود پرداخت از جیب به ۲۵۰ و ۵۰۰ هزار تومان می‌رسد. در حالی که در سال ۱۳۹۷، متوسط پرداخت از جیب مردم حدود ۶۰۰ هزار تومان بود. دو موردی که در هزینه‌های سلامت مردم تأثیر خواهد کرد و پرداخت از جیب را بالا خواهد برد، عبارتند از: داروهایی که گاهی بسیار گران تمام می‌شد و افراد مجبور بودند خارج از بیمارستان تهیه نمایند و دوم



ستاد ملی مبارزه با کووید-۱۹
وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی



دکتر حمیدرضا جمشیدی

دبیر ستاد ملی مبارزه با کووید-۱۹

این ساختار تا جایی که به خاطر دارم با عضویت حداقل ۱۷ سازمان در سطح ملی و در سطح استان ها وجود دارد. این دبیرخانه باید در سطح ملی با ریاست رییس جمهور و در سطح استان ها با ریاست استانداران تشکیل جلسه دهد. البته متأسفانه در حال حاضر در سطح ملی خیلی فعال نیست و در سطح استان ها کمی ضعیف شده است. جایگاه این دبیرخانه باید در سطح وزارت و دانشگاه ها و یا استان ها تقویت شود و ضرورت و ترکیب آن بازنگری شود. مقطع فعلی نشان داد که سازمان های جدید مانند حوزه علمیه، روحانیون، سازمان های مردم نهاد و سایر سازمان های مرتبط باید اضافه شوند و فعال تر دیده شوند. در راستای موضوع همکاری بین بخشی

د

ساختار دائمی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ساختار مناسبی برای این کار است که خود بنده در تدوین شرح وظایف و آیین نامه آن نقش داشتم و در زمان آقای دکتر پزشکیان و دولت آقای خاتمی تصویب شد. این ساختار در برنامه توسعه چهارم و همه برنامه های توسعه پنج ساله بعدی نیز آورده شده است.

ساختاری دائمی باشد. از آنجایی که این بیماری ممکن است ادامه پیدا کند و سال ها گریبانگیر بشر شود، باید همکاری بین بخشی تداوم یابد. ساختار دائمی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ساختار مناسبی برای این کار است که خود بنده در تدوین شرح وظایف و آیین نامه آن نقش داشتم و در زمان آقای دکتر پزشکیان و دولت آقای خاتمی تصویب شد. این ساختار در برنامه توسعه چهارم و همه برنامه های توسعه پنج ساله بعدی نیز آورده شده است. این ساختار دائمی که جایگاه آن زیر نظر شخص وزیر است باید تقویت شود، مصوبات داشته باشد، مصوبات اجرایی شود و نظارت بر اجرای آن ها صورت گیرد.

⬅ **با عرض تشکر از فرصتی که به ما دادید، تشکیل ستاد ملی، هماهنگی بین بخشی را قوت بخشید. به عنوان یکی از پر تجربه ترین مدیران سلامت کشور از سطوح محیطی تا مرکزی استمرار این هماهنگی را چگونه پیشنهاد می فرمایید؟**
کرونا نشان داد دو شعار مشارکت مردم و همکاری بین بخشی در PHC بسیار مهم است و بدون آن ها کنترل بیماری و موفقیت امکان نداشت. موفقیت های ما در مبارزه با کووید-۱۹ در گرو این دو اصل اساسی بود. این دو مورد خوب پیش رفت ولی باید دید چگونه ادامه یابد. ستاد کرونا یک ساختار موقت برای مدیریت این بیماری است و نمی تواند

فاصله گذاری هوشمند را مطرح کردند که از ۲۳ فروردین آغاز شد.

برای موفقیت فاصله گذاری هوشمند باید ۷ شاخص رعایت می‌شد:

۱. برای تعطیلی‌ها و بازگشایی‌ها بر حسب وزن هر بخش در ایجاد آلودگی باید تصمیم‌گیری می‌شد. مراکز ماند مدارس و دانشگاه‌ها حدود ۲۰ درصد در آلودگی به بیماری وزن داشتند پس زودتر از همه تعطیل شد. حمل و نقل عمومی، تالارهای پذیرایی و... باید دیرتر باز می‌شد ولی کسب و کارهایی که مستقیماً با معیشت مردم ارتباط دارند می‌باید زودتر باز می‌شد.

۲. اثر هر کدام از بازگشایی‌ها بر میزان بستری و مرگ باید طی ۱۴ روز بررسی و سپس تصمیم‌گیری و اقدام بعدی انجام می‌شد.

۳. اقدامات بر اساس جغرافیای منطقه انجام می‌شد (تقسیم مناطق به سفید، زرد/ نارنجی و قرمز).

۴. قرار بود بازگشایی‌ها بر اساس پروتکل‌های تهیه شده برای محیط، ارائه‌کننده و خریدار کالا و خدمات انجام شود که صدها پروتکل توسط همکاران ستادی بهداشت محیط تدوین و ابلاغ شد ولی متأسفانه در اجرای صحیح آن‌ها مشکل داریم.

۵. شاخص بعدی این‌که گروه‌های پرخطر مانند افراد بالای ۶۰ سال و بیماران پرخطر و مبتلا به بیماری‌های غیر واگیر باید در خانه بمانند.

۶. شاخص دیگر نظارت قدرتمند بر اجرای صحیح پروتکل‌های تدوین شده توسط وزارت بهداشت با همکاری همه سازمان‌ها مانند شهرداری‌ها، نیروی انتظامی و برخورد با موارد عدم رعایت بود.

۷. شاخص هفتم در فاصله گذاری هوشمند تحلیل رفتار بهداشتی مردم



همکاران ستادی مرکز سلامت محیط و کار هم شرح وظایف سازمان‌ها را برای همکاری در مواجهه با کرونا تدوین کرده‌اند.

چالش‌های اقتصادی و لزوم رعایت موازین بهداشتی بی‌تردید شما را در شرایط سخت قرار داد، به نظر شما افزایش موارد ابتلا در هفته‌های گذشته اثرات کاهش محدودیت‌ها است؟ یا بهبود بیماری‌ی سرپایی؟

افزایش تعداد مبتلایان و بیماران به سه دلیل اصلی بوده است:

← تغییر رفتار ویروس
← بهبود پیدا کردن بیماری‌ی (Case finding)

← کاهش فاصله گذاری اجتماعی در مورد اینکه آیا رفتار ویروس هم‌بر این امر مؤثر بوده است قضاوت زود است. اگر این روند افزایشی که در کشور ما شروع شده است در دیگر کشورهای اروپایی یا آسیای جنوب شرقی هم که بیماری چند هفته بعد از مادر آن‌ها آغاز گردید، دیده شود ممکنست نشان دهنده رفتار ویروس و جهش‌های ویروسی باشد که هنوز

برای این موارد پاسخ دقیقی نداریم. هنوز در مورد رفتار ویروس و سؤالات بی‌جواب ما مانند نقش سیستم‌های خنک‌کننده در مناطق گرمسیر کشور (خوزستان، سیستان و بلوچستان، هرمزگان و...) اطلاعاتمان محدود است. آیا سیستم‌های تهویه بر روی رفتار ویروس اثر داشته است؟ یا اگر در گیلان و قم دوباره با موج جدیدی مواجه شویم احتمالاً با ویروس جدیدی مواجه شده‌ایم؟ ماه‌های آینده روشن می‌کند که آیا با ویروس جدیدی مواجه هستیم یا خیر.

بحث بعدی بهبود بیماری‌ی است که با توجه به افزایش تعداد آزمایشگاه‌ها که در شروع بیماری تعداد آن‌ها محدود بود و هم اکنون (۲۸ تیرماه) بالای ۱۳۰ آزمایشگاه و صدها مرکز نمونه‌گیری داریم، امری بدیهی است. تعداد تست‌های انجام شده در بدو روزی ۱۰۰۰ تست بود که اکنون به بیش از ۲۰,۰۰۰ در روز رسیده است. کاهش محدودیت‌ها و فاصله گذاری اجتماعی نیز در افزایش بستری و مرگ بحثی جدی است. به دلیل تحریم و فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌ها که حتی بخش سلامت را تحت تأثیر قرار داده بود، آقای وزیر



بحث بعدی بهبود بیماری‌ی است که با توجه به افزایش تعداد آزمایشگاه‌ها که در شروع بیماری تعداد آن‌ها محدود بود و هم اکنون (۲۸ تیرماه) بالای ۱۳۰ آزمایشگاه و صدها مرکز نمونه‌گیری داریم، امری بدیهی است. تعداد تست‌های انجام شده در بدو امر روزی ۱۰۰۰ تست بود که اکنون به بیش از ۲۰,۰۰۰ در روز رسیده است.

و ستاد مرکزی نقش اساسی داشتید، اینک پس از ۴ دهه به اثبات رسید که این سیستم کارایی لازم در شرایط اضطراری را هم دارا می باشد، در این مورد نظر تان را اعلام فرمایید؟

در مورد نظام شبکه باید ذکر کرد که این شبکه نامش "شبکه حیات" است. اولین آشنایی من با شبکه در سال ۱۳۷۰ در شهر یزد در کارگاهی با حضور آقایان دکتر ملک افضلی، مرحوم دکتر شادپور، مرحوم دکتر پیله رودی و دکتر آسایی بود که در آن زمان معاون دانشگاه اصفهان بودم. زمانی که رییس دانشگاه شدم طی چهار سال هر هفته به خانه های بهداشت می رفتم و از بهورز می خواستم که در مورد فعالیت ها و اقدام هایش برایم توضیح دهد. در آن زمان با تمام سلول هایم شبکه را درک کردم!

اگر شبکه نبود با مشکلات تحریم و محدودیت هایی که به لحاظ تخت های ICU، تجهیزات و امکانات و... در بخش های درمانی داشتیم حتماً آسیب جدی تری می دیدیم. در این شرایط شبکه، راهبرد غربالگری در کرونا را در پیش گرفت که در دنیا کم نظیر بود. راهبرد غربالگری در کرونا ضمن آن که به مردم آرامش داد در پیدا کردن موارد مثبت، استمرار مراقبت ها برای بیماریابی (Case finding) و آموزش بسیار مؤثر بود.

اقدام بعدی در نظام شبکه راه اندازی مراکز جامع ۱۶ ساعته بود که مانع هجوم بیماران به بیمارستان ها شد. وضع بیمارستان ها در روزهای اول نامناسب بود ولی با راه اندازی مراکز جامع سلامت ۱۶ ساعته بعد از چند روز بیمارستان هایی که حتی دچار

د

اولین آشنایی من با شبکه در سال ۱۳۷۰ در شهر یزد در کارگاهی با حضور آقایان دکتر ملک افضلی، مرحوم دکتر شادپور، مرحوم دکتر پیله رودی و دکتر آسایی بود که در آن زمان معاون دانشگاه اصفهان بودم. زمانی که رییس دانشگاه شدم طی چهار سال هر هفته به خانه های بهداشت می رفتم و از بهورز می خواستم که در مورد فعالیت ها و اقدام هایش برایم توضیح دهد.



خصوصی در توسعه آزمایشگاه ها و انجام تست ها نقش مهمی داشتند. البته با توجه به محدودیت ظرفیت انجام تست ها، دیگر از بیماران سرپایی نمونه گرفته نمی شود. در آمریکا و اروپا هم آزمایش را نامحدود انجام نمی دهند. در وهله اول تست تشخیص بیماران بستری، دوم غربالگری بیماران علامت دار و سوم آنهایی که در خانواده مورد مثبت دارند (Contact tracing) را تست می کنیم.

اولویت های بعدی هم گروه های آسیب پذیر و مادران باردار هستند که اگر ظرفیت اجازه دهد، انجام می شود. بر اساس امکانات می توان تست ها را توسعه داد.

خوشبختانه کیت های آزمایشگاهی مان خوب پیشرفت می کند و در مورد تست های تیترو سرولوژیکی حدود یک میلیون در روز تولید داریم که به حد صادرات هم رسیده است و در مورد PCR تا هفتاد درصد کیت ها از تولید کنندگان داخلی است.

◀ شما یکی از افرادی بودید که در شکل دهی نظام شبکه و اجرای آن در استان اصفهان

بود. اگر رفتار بهداشتی مثل استفاده از ماسک، فاصله گذاری اجتماعی و بهداشت فردی در مردم نهادینه نشده باشد و خوب رعایت نشود، باز گشایی ها خطرناک خواهد بود که اثرات آن را در افزایش مرگ و بستری می بینیم. البته تمام این موارد در مصاحبه ای که در اواخر فروردین در تلویزیون انجام گردید بیان شده است. باید اطلاعات مردم در این زمینه ها بیشتر شود و سوالاتی که در اذهان خودمان و مردم است پاسخ داده شود متأسفانه در بازگشایی ها نظرات وزارت بهداشت بخوبی رعایت نشد.

◀ آیا به جایی رسیده ایم که کیت تشخیصی کووید - ۱۹ را به سایر کشورها صادر نماییم؟ چه تعداد تست در روز باید در ایران انجام گیرد؟

در روزهای اول توان وزارت بهداشت در انجام تست ها بسیار محدود بود ولی در حال حاضر حدود ۲۰ تا ۲۵ هزار تست کرونا روزانه انجام می شود که در اروپا هم تعداد تست بیماران در همین حدود است. به خاطر شرایط تحریم به سختی تعداد تست ها را بالا بردیم. انستیتو پاستور و بخش

ساختار مرکز بهداشت شهرستان با تمام اختیارات در تهران ایجاد کنیم که اختیارات بهداشت، درمان، نظارت و... همچنین اطلاعات سلامت، پرونده الکترونیک، رسیدگی به شکایات و... را مانند شهرداری‌های منطقه داشته باشند.

۴- ایجاد آزمایشگاه زیر نظر مرکز بهداشت استان (مانند آزمایشگاه‌های ویروس شناسی و...) هم از سایر موارد پیشنهادی برای تقویت ساختار شبکه است.

۵- تقویت پزشکی خانواده و نظام ارجاع موضوع جدی است که باید در تقویت نظام شبکه به آن پرداخته شود.

۶- باید رشته‌های مادر مانند عفونی، داخلی، اطفال و زنان در نظام شبکه حضور داشته باشند تا باعث تقویت ارائه خدمات در شبکه بهداشتی شوند.

۷- در بخش آموزش Rotation بخش‌های عفونی برای دانشجویان اجباری باشد که الان اختیاری است. ۸- از موارد دیگر تقویت نظام شبکه این است که مرکز مدیریت بیماری‌ها باید در قالب CDC در کشور تقویت شود.

۹- نظام یکپارچه، ادغام یافته و متمرکز اطلاعات بهداشت و درمان بر اساس پرونده خانوار نیز از موارد لازم دیگر است.

۱۰- سرمایه‌گذاری در تولید و توسعه واکسن‌ها نیز بسیار اهمیت دارد. برخی از واکسن‌ها مانند روتاویروس و پنوموکوک که در بسیاری کشورها استفاده می‌شود را نداریم. کرونا نشان داد هیچ تولیدی مهم‌تر و راهبردی‌تر از تولید واکسن نیست. کدام کشور می‌تواند چند میلیارد دوز واکسن تولید کند و به سایر کشورها بدهد. بنابراین



بودجه بهداشت باید متمرکز در معاونت بهداشت باشد. حتی در کشورهای اروپایی مانند انگلیس که ساختار آن غیر متمرکز است برخی از بودجه‌های بیماریهای عفونی، نشاندار (earmark) است و امکان هیچ گونه مداخله‌ای در آن وجود ندارد. مشابه آن ردیف واکسیناسیون در کشور ما است که همه باید آن ردیف بودجه را رعایت کنند. مسائل بهداشتی گاهی در یک منطقه اتفاق می‌افتد که در منطقه دیگر نیست. یک استان درگیر سیل می‌شود و دیگری مالاریا خیز است، در یک استان کرونا زیاد است و در یکی کمتر دیده می‌شود. پس باید ردیف‌های متمرکز در شبکه برای مقابله با بحران وجود داشته باشد.

۳- تکمیل نظام شبکه بویژه در حاشیه شهرهای بزرگ مانند تهران بسیار اهمیت دارد. نقطه ضعف ما در مدیریت بیماری کرونا و غربالگری در تهران و شهرهای بزرگ است. در بخشی از این شهرها سلامت مردم متولی و پاسخگویی مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها ندارد. باید نظام غیر متمرکز در قالب همان ۲۲ منطقه شهرداری با جمعیت تحت پوشش و

معضل تخت بودند، تخت خالی داشتند.

۵۲ هزار بهورز و مراقب بهداشت ما در کنار ۲۰۰ هزار نیروی سازماندهی شده بسیج توانستند جمعیت‌های تحت پوشش خود را غربالگری کنند. همچنین با استفاده از خطوط تلفن ۴۰۳۰ و سامانه خود مراقبتی که بی نظیر بود مردم پای کار آمدند. اقدام بعدی شبکه تدوین پروتکل‌های بهداشتی به همراه نظارت‌های بهداشت محیط بود.

مساله مهم در این زمینه عدالت در دسترسی به خدمات بود به نحوی که ۷۰ میلیون ایرانی در بخش بهداشت خدمت یکسان گرفتند. در نظام بهداشتی کشورمان ایران آقای وزیر بهداشت همان خدمتی را گرفتند که روستایی ایرانی گرفته است حتی می‌توان گفت که فرد روستایی بیشتر از شهری خدمت گرفت.

جمع بندی: نظام شبکه در آینده چگونه تقویت شود:

۱- تقویت تجهیزات فرسوده نظام شبکه مشابه بیمارستان‌ها (تجهیزات پزشکی، لجستیک، خودرو و...).

۲- کرونا نشان داد که بخشی از

نکات

سرمایه گذاری در تولید و توسعه واکسن‌ها نیز بسیار اهمیت دارد. برخی از واکسن‌ها مانند روتاویروس و پنوموکوک را که در بسیاری کشورها استفاده می‌شود را نداریم. کرونا نشان داد هیچ تولیدی مهم‌تر و راهبردی‌تر از تولید واکسن نیست.

پرستاران، پزشکان خانواده روستایی و پرسنل دیگر را پرداخت نکرده بودیم. در روزهای اول کرونا در جلسه‌ای که با فرماندهان بسیج و ستاد کرونا برای ضد عفونی سطوح و محیط در گیلان داشتیم نگران نحوه سم پاشی و تأمین غذا و حمل و نقل ۸۰ هزار بسیجی بودیم که کشاورزان گیلانی با ماشین‌های سم پاش خود پای کار آمدند و بنیاد مستضعفان روزانه ده‌ها هزار وعده غذا توزیع کرد.

ستاد اجرایی فرمان امام روزی ۲ میلیون ماسک به قیمت ۷۰۰ تومان (قیمت تمام شده) تولید می‌کند و در اختیار مردم قرار می‌دهد در شرایطی که ماسک سه لایه استاندارد ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ تومان است.

رسانه‌ها و صدا و سیما هم بسیار خوب عمل کردند و آنقدر یکدلی و یکپارچگی در مردم ایجاد شد که در کشور فضای حماسی و بازآفرینی صحنه‌های دوران دفاع مقدس یادآوری گردید.

گزارش عملکرد کرونا را از زبان ده‌ها میلیون ایرانی باید شنید. در روزهای اول نیروی انسانی کمی در بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد اיתارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند. همه این موارد باعث شد در دو سه ماه اول شنای با دست‌های بسته، مرگ ناشی از بیماری کرونا را به عدد ۳۴ رساندیم.

موضوع دیگر اینست که در تمام اقلام تجهیزاتی در شروع کرونا وارد کننده بودیم. در مورد ماسک تولید در حد ۲۰۰ هزار ماسک بود و در گان و مواد ضد عفونی کننده وارد کننده بودیم. این در حالی بود که در ۸۰ روز به تولید کننده تبدیل شدیم و به خود کفایی



انتقال پول چالش داشتیم. با تمام این شرایط و مشکلاتی که در پایان سال ۱۳۹۸ مانند سقوط هواپیما، تظاهرات و فشار شبکه‌های اجتماعی و جنگ روانی در کشور داشتیم، در مواجهه با بیماری کرونا دیدیم که وضعیت تغییر کرد. از اوایل اسفند که به عنوان یک بحران جدی با کرونا مواجه شدیم چه اتفاقی افتاد که ۸۰ میلیون نفر ایرانی همه پای کار آمدند و انسجام و سرمایه اجتماعی ما برگشت.

در سیزده بدر که سنت دیرینه ما ایرانیان است، همه مردم بنا به توصیه‌های بهداشتی در خانه نشستند و مردم به آمارهای وزارت بهداشت به طور نسبی اعتماد کردند.

وضعیت مردم و دولت ما در ماه‌های اول مصداق مقاله‌ای که همکارمان از اهواز نوشته بودند "شنا با دست‌های بسته" بود. هر وقت یاد این مقاله می‌افتم متأثر می‌شوم و اشک از چشمانم جاری می‌شود.

در آن روزها با محدودیت‌های خرید دارو و تجهیزات پزشکی حتی امکان انتقال محموله‌های ماسک و مواد ضد عفونی خریداری شده را به کشور نداشتیم. منابع مالی وزارت بهداشت بسیار محدود بود و پول پزشکان،

هر کشور باید روی پای خود بایستد. ما در دانش فنی پیشرفته هستیم و باید تولید و اکسن را به مرحله صنعتی شدن برسانیم.

۱۱- امید من این است که نظام پرداخت در نظام سلامت به نحوی اصلاح شود که فقط برای تولید سلامت پرداخت داشته باشیم ولی ما در حال حاضر برای تولید بیماری می‌پردازیم. پزشک تولید بیماری می‌کند تا درآمدش بیشتر شود و انگیزش پزشک تولید بیماری است. ولی ما باید بتوانیم برای مراقبت مادر باردار، واکسیناسیون و... پرداخت داشته باشیم. این امر اراده ملی می‌طلبد.

اجازه فرمایید در اینجا چند نکته دیگر در مورد کرونا مطرح کنم:

تجربه کرونا نشان داد که پتانسیل بی نهایت در مردم، حکومت و کشور وجود دارد که اگر هنر حضور همه پتانسیل‌ها را به میدان عمل داشته باشیم می‌توان معجزه کرد.

کشور ما سال‌ها در تحریم است و در این سه سال اخیر فروش نفت ما نزدیک صفر است. حتی در حوزه سلامت و بخش‌های دارویی و غیره هم با توجه به مشکلات در نقل و

درد

گزارش عملکرد کرونا را از زبان ده‌ها میلیون ایرانی باید شنید.

در روزهای اول نیروی انسانی کمی در بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

بخش‌های عفونی داشتیم ولی بعد ایتارگری نیروها را دیدیم که تبلور عینی پیدا کرد و بسیاری از نیروها برای ارائه خدمت و شیفت دادن در رقابت بودند.

با انتظارات مجموعه کارشناسی وزارت بهداشت هم راستا حرکت کند و با دادن اختیارات بیشتر در سطوح تصمیم‌گیری و در سطوح استانی و شهرستانی به دور از نگرانی از تندروی‌های احتمالی، بتوان عملکرد به هنگام‌تری داشت و بیماری را مهار کرد. در آخر از رسالتی که گروه مستند سازی به عهده گرفته‌اند تا این تجربیات را ثبت و ضبط نمایند و به آیندگان منتقل می‌کنند، تشکر می‌کنم. این تجارب، درس‌های آموخته شده، نقاط قوت و ضعف برنامه‌ها باید به دانشجویان و کارکنان بهداشتی آموزش داده شود تا در آینده به کار گرفته شوند.

همچنین باید متذکر شوم که همه همکاران ستادی وزارت بهداشت از شخص آقای وزیر، معاونین، مدیران کل، کارشناسان و همه همکاران در این ایام بدون در نظر گرفتن زمان، تعطیلی، شب و روز، بدون استراحت بسیار سخت کار کردند و با روحیه و انگیزه بالا عملکرد بسیار خوبی از خود نشان دادند. به عنوان یک خاطره در نیمه شب، حدود ۱۱ فروردین ماه ۱۳۹۹ که حدود ۱۸۳ یا ۱۸۴ مرگ گزارش شده بود به منزل رفته ولی هنوز وارد منزل نشده تصمیم به برگشت به وزارتخانه گرفتیم، شاید بتوانم در ساعات باقیمانده تا صبح کاری کنم که چند نفر کمتر از دنیا بروند. آن شب واقعاً گریستم و از خداوند خواستم به تدبیر و کارهایمان برکت بدهد. مطمئنم کادر سلامت از بنده دلسوزانه‌تر عمل کردند و برخی جان خودشان را فدا کردند که جا دارد از این قهرمانان ملی یاد کنیم و برای خانواده‌های ارزشمند آن‌ها از خداوند طلب صبر کنیم.



امروزه که آمار مرگ و بستری ما بالا رفته است، اولین اقدام ما مشارکت بیشتر مردم و ایجاد فضای حماسی است. احیای شدید همکاری‌های بین بخشی، خودباوری و تبدیل روحیه تدافعی به تهاجمی نسبت به ویروس اقدام دیگر ما باید باشد. نهادینه کردن رفتارهای بهداشتی مردم مهم‌تر از ماسک و فاصله‌گذاری اجتماعی است.



اسفند، فروردین و اردیبهشت بیشتر از حد معمول خرید کردند. بنابراین اگر دو اصل مشارکت مردم و همکاری بین بخشی وارد صحنه شود معجزه می‌آفریند. امروزه که آمار مرگ و بستری ما بالا رفته است، اولین اقدام ما مشارکت بیشتر مردم و ایجاد فضای حماسی است. احیای شدید همکاری‌های بین بخشی، خودباوری و تبدیل روحیه تدافعی به تهاجمی نسبت به ویروس اقدام دیگر ما باید باشد. نهادینه کردن رفتارهای بهداشتی مردم مهم‌تر از ماسک و فاصله‌گذاری اجتماعی است. امیدوار هستم که ستاد ملی کرونا هم

رسیدیم به نحوی که در کیت‌های سرو لوژیک حتی صادر کردیم. این پتانسیل بی‌نهایت مردم و دست به دست دادن مردم در کشور است. از جنبه دیگر، در کشورهای دیگر تعداد تخت به جمعیت چند برابر ما بود ولی بیماران را در راهروها و پارکینگ بیمارستان‌ها می‌خواباندند ولی در کشور ما هرگز چنین وضعی پیش نیامد. نکته بعدی این که اگرچه ظرفیت کالاهای اساسی ما به دلیل تحریم محدود بود ولی آرامش و متانتی در جامعه ما حکم فرما بود. مطالعه‌ای نشان داد که فقط ۵ درصد مردم در





معاونت تحقیقات و فن آوری



دکتر رضاملک زاده

معاون فن آوری و تحقیقات وزارت
بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تحقیقاتی علوم پزشکی کشور تا ۱۳
خرداد ۱۳۹۹ (ایران در منطقه
بزرگ ترین کمیته تحقیقاتی را دارا
می باشد)؛

۹. انتشار بیش از ۳۴۰ مقاله علمی
درباره کووید-۱۹ در مجلات علمی
توسط محققان ایرانی (۸۰ درصد در
مجلات داخلی)؛

۱۰. اعلام فراخوان حمایت از
پروژه های تحقیقاتی کلان و
بین رشته ای /
دانشگاهی
کووید-۱۹ توسط
مؤسسه ملی
توسعه تحقیقات
علوم پزشکی
ایران (نیماد) با
اعتبار ۸ میلیارد
تومان و دریافت
۲۸۶ پروژه
تحقیقاتی.

۱۱. راه اندازی سامانه های سلامت
دیجیتال و هوش مصنوعی، برای
آموزش، ثبت بیماری و ردیابی

۴. ثبت بیش از ۲۲۰ کار آزمایشی بالینی
در مرکز ثبت کار آزمایشی بالینی ایران
تا ۱۳ خرداد ۱۳۹۹؛

۵. طراحی سامانه ثبت بیماران کووید-۱۹
به منظور پایش طولانی مدت وضعیت
سلامت و طراحی مطالعات پژوهشی
ملی و بین المللی؛

۶. نمایه نمودن همه پروژه های
تحقیقاتی مصوب در سامانه کمیته
ملی اخلاق در پژوهش های زیست
پزشکی به نشانی
<http://ethics.research.ac.ir>

۷. تسریع روند ارزیابی ملاحظات
اخلاقی پروژه های تحقیقاتی کووید-۱۹
طی مدت ۴۸ ساعت پس از ثبت
پروژه؛

۸. فعالیت ۹۵ کمیته اخلاق در
پژوهش در دانشگاه ها و مراکز

← **ضمن تشکر از فرصت
به دست آمده، تقاضا داریم
مهم ترین فعالیت های معاونت
تحقیقات و فن آوری در
همه گیری کووید-۱۹ را بیان
فرمایید؟**

۱. اولویت بندی پژوهش های کووید-۱۹
بر اساس اولویت های شبکه تحقیقات
جهانی بیماری های عفونی و آمادگی
برای آن (GLOPID-R)؛

۲. پیوستن به کار آزمایشی بزرگ سازمان
جهانی بهداشت (WHO) با مشارکت
۲۹ بیمارستان دانشگاهی از ۱۶
دانشگاه علوم پزشکی؛

۳. تصویب بیش از ۲۹۷۰ پروژه
تحقیقاتی در دانشگاه ها و مراکز
تحقیقاتی علوم پزشکی کشور تا ۱۳
خرداد ۱۳۹۹؛



اعلام فراخوان
حمایت از
پروژه های
تحقیقاتی کلان و
بین رشته ای /
دانشگاهی
کووید-۱۹ توسط
مؤسسه ملی
توسعه تحقیقات
علوم پزشکی
ایران (نیماد) با
اعتبار ۸ میلیارد
تومان و دریافت
۲۸۶ پروژه
تحقیقاتی.

رتبه ایران به شرح زیر بود:
 ← انتشار ۶۵/۰۴۴ مقاله و مستند علمی را در بانک اطلاعاتی Scopus و کسب رتبه ۱۵ جهانی و رتبه اول در منطقه مدیترانه شرقی در تولید علم و انتشار مقاله (سال قبل ۲۰۱۹ در کل تولید علم رتبه ۱۶ را داشتیم).
 ← ۱۳۷،۱۱۱ استناد از مقالات در بانک اطلاعاتی Scopus کسب کرده است بر این اساس رتبه ۱۴ جهانی و اول منطقه را در دریافت تعداد استنادات به مقالات را به خود اختصاص داده است.
 ← در حوزه داروسازی از نظر تعداد مقاله رتبه ۸ جهانی و از نظر استناد رتبه ۹ جهانی را به خود اختصاص داده ایم، همچنین بهداشت از نظر تعداد مقاله رتبه ۱۵ جهانی و از نظر تعداد استناد رتبه ۱۶ جهانی را به خود اختصاص داده ایم، همچنین بهداشت از نظر تعداد مقاله رتبه ۱۵ جهانی و از نظر تعداد استناد رتبه ۱۶ جهانی را به خود اختصاص داده است.



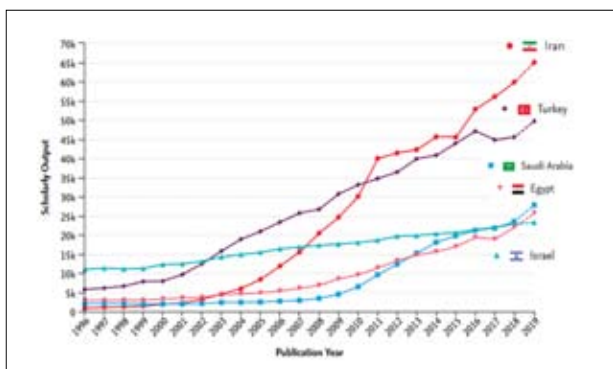
در حوزه داروسازی از نظر تعداد مقاله رتبه ۸ جهانی و از نظر تعداد استناد رتبه ۹ جهانی را به خود اختصاص داده ایم، همچنین بهداشت از نظر تعداد مقاله رتبه ۱۵ جهانی و از نظر تعداد استناد رتبه ۱۶ جهانی را به خود اختصاص داده است.

پارت دیف، تب سنج غیر تماسی، سوآپ نمونه گیری، پالس اکسی متر؛
 ۱۲-۷- تجهیزات درمانی: اکسیژناتور، ونتیلاتور، اکمو؛
 ۱۲-۸- دارو و مواد اولیه دارویی: Remdesivir, Tocilizumab Interferon;
 ۱۲-۹- حمایت از تولید واکسن.

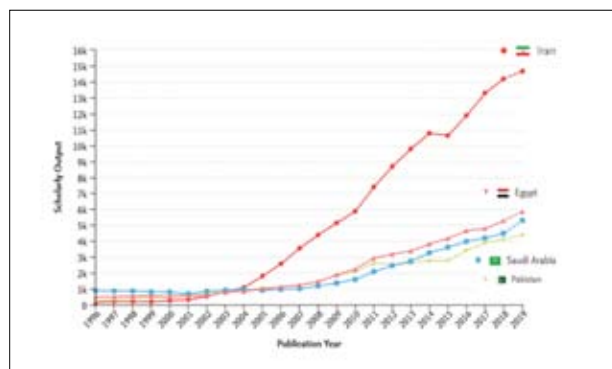
اطلاعات واصله حاکی از آن است که جمهوری اسلامی ایران در بین کشورهای دنیا از جایگاه بسیار خوبی در زمینه انتشار مقالات و استناد و تولید علم برخوردار است، در این رابطه بیشتر توضیح فرمایید؟

در سال ۲۰۱۹ منطبق با مهم ترین شاخص های کمی و کیفی در تحقیقات

جایابی بیماران مبتلا؛
 ۱۲- حمایت از شرکت های دانش بنیان تولید کننده اقلام مورد نیاز در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری کرونا به شرح زیر:
 ۱۲-۱- انواع کیت شناسایی: ملکولی، سرولوژی بر مبنای آنتی بادی، آنتی ژن و تست های سریع غربالگری؛
 ۱۲-۲- انواع ماسک: N۹۵ و سه لایه؛
 ۱۲-۳- انواع دستکش: لاتکس طبی، پلاستیکی معمولی؛
 ۱۲-۴- محلول ضد عفونی کننده: پایه الکلی، پایه آبی، پایه تولید از ن، پایه UV، پلاسما و ...؛
 ۱۲-۵- تجهیزات تولیدی: ماسک، ضد عفونی کننده دست، محیط و لوازم، مواد پوششی نانو سطوح؛
 ۱۲-۶- تجهیزات تشخیصی و آزمایشگاهی: PCR، اتوآنالایزر ۵



مقایسه روند انتشار مقالات کشورهای منطقه در همه موضوعات در Scopus



مقایسه روند انتشار مقالات کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در موضوع پزشکی بالینی در Scopus

ایران؛
 ← ۷۵ درصد بیماران کووید-۱۹ بسیار شدید با ترکیب این دو دارو برای مرحله اول و دوم بهبودی داشته اند؛
 ← اثربخشی کورتیکواستروئیدهای تزریقی در بیماری شدید کووید-۱۹؛
 ← فناوری سلامت برای پاندمی کووید-۱۹؛
 ← حمایت ۵۰۰ میلیارد تومانی از

نتایج امید بخش در تحقیقات مرتبط با کووید-۱۹
 ← بررسی ایمنی و اثربخشی داروی Remdesivir در عفونت ریوی حاد پیشرونده ناشی از کووید-۱۹؛
 ← بررسی ایمنی و اثربخشی داروی Tusilizumab در درمان بیماران مبتلا به بیماری کووید-۱۹. شدید در

است.
 ۱۸/۲۹۳ مقاله علمی در مورد کووید-۱۹ از محققان سراسر دنیا در نمایه نامه PubMed نمایه شده و این روند رو به رشد است. همچنین ۲۸۴۰ کارآزمایی بالینی در مورد کووید-۱۹ از محققان سراسر دنیا ثبت که ۲۲۵ کارآزمایی بالینی در مورد کووید-۱۹ توسط محققان ایرانی انجام شده است.

کووید-۱۹ در جمعیت ایرانی در دو بازه زمانی فروردین و مرداد ۱۳۹۹

ضرورت اجرا بررسی شامل موارد ذیل می باشد:

← ویروس کووید-۱۹ و رفتار آن ناشناخته است، لذا نیاز به مطالعات گسترده در گروه‌های مختلف جامعه دارد.

← مطالعات اپیدمیولوژیک و سرولوژیک به منظور ارزیابی شیوع ویروس کووید-۱۹ در جمعیت انسانی مورد نیاز می باشند.

← بررسی در مقاطع مختلف زمانی از نظر بررسی شدت عفونت‌زایی ویروس لازم است.

در نحوه اجرا باید گفت این مطالعه مبتنی بر جمعیت، به صورت مقطعی در دو فاز زمانی (فروردین و مرداد ماه ۱۳۹۹) انجام شده/ خواهد شد (در فاز اول نماینده سازمان بهداشت جهانی (WHO) از مطالعه بازدید به عمل آوردند).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، جامعه مورد مطالعه بر دو گروه پرخطر و کم خطر تقسیم می شوند که به شرح ذیل می باشد:

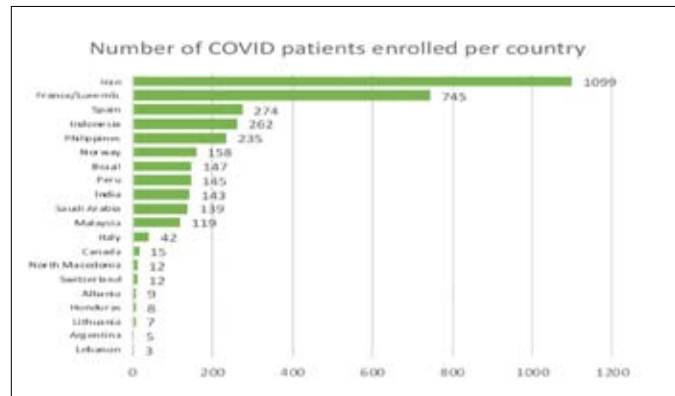
← گروه پرخطر: افرادی که به سبب شغل خود در معرض تماس با کووید-۱۹ می باشند که این افراد شامل موارد ذیل هستند:

- ← پزشکان و پرستارانی که در ارتباط مستقیم با بیماران کووید-۱۹ هستند؛
 - ← کارمندان مراقبت‌های بهداشتی سطح یک؛
 - ← افراد شاغل در داروخانه‌ها؛
 - ← کارکنان حمل و نقل عمومی؛
 - ← صندوقداران و کارگران در سوپر مارکت‌ها و رستوران‌ها؛
 - ← کارمندان بانک.
- ← گروه کم خطر: این گروه شامل



ایران در مطالعه مشترک بین‌المللی Solidarity با WHO trial تشکیل

وسیع‌ترین شبکه پژوهشی توانست بیشترین بیماران را وارد این مطالعه کند (تا سوم ژوئن ۲۰۲۰ میلادی تعداد ۱۰۹۹ نفر) و بالاتر از سایر مراکز پژوهشی اروپا و جهان قرار گیرد.



و آزمایشگاهی با حضور نزدیک به ۵۰ هزار نفر پزشک متخصص و فوق تخصص در اقصی نقاط کشور یکی از مهم‌ترین دلایل این موفقیت بود. این مطالعه به منظور یافتن بهترین درمان کووید-۱۹ شدید بستری در بیمارستان و مقایسه ۵ روش درمانی گروه بیماران بستری کووید-۱۹ در سطح جهان در حال انجام است:

گروه اول: مراقبت استاندارد (تعریف شده)؛

گروه دوم: مراقبت استاندارد (تعریف شده) به علاوه داروی رمدسیور؛

گروه سوم: مراقبت استاندارد (تعریف شده) به علاوه داروی هیدروکسی کلروکین؛

گروه چهارم: مراقبت استاندارد (تعریف شده) به علاوه داروی کلترا؛

گروه پنجم: داروی کلترا و اینترفرون آلفا.

← **بررسی سرو- اپیدمیولوژیک**

شرکت‌های دانش‌بنیان تولیدکننده نیازهای تشخیصی و درمانی کووید-۱۹ مانند تولید دستگاه ونتیلاتور، کیت تشخیصی و مواد و دستگاه‌های ضد عفونی کننده.

← **با هدایت جناب عالی، ایران در تحقیقات بالینی و دارویی کووید-۱۹ به جمع محققین دنیا پیوست. توضیح مختصری در مورد تریال‌هایی که ایران در آن شرکت نموده و نتایج احتمالی آن را بفرمایید؟**

ایران در مطالعه مشترک بین‌المللی Solidarity WHO trial با تشکیل وسیع‌ترین شبکه پژوهشی توانست بیشترین بیماران را وارد این مطالعه کند (تا سوم ژوئن ۲۰۲۰ میلادی تعداد ۱۰۹۹ نفر) و بالاتر از سایر مراکز پژوهشی اروپا و جهان قرار گیرد. لازم به ذکر است وجود شبکه قوی درمانی





← حساسیت و ویژگی تست سرولوژی این مطالعه

بر اساس آخرین یافته‌ها حساسیت تست ۶۲ درصد و ویژگی تست ۹۸ درصد برآورد شد و شیوع بیماری کرونا بر اساس حساسیت و ویژگی تست تعدیل شده است.

← شیوع کل در گروه‌های پرخطر و کم‌خطر

کل جمعیت مورد مطالعه در فاز اول ۱۰ هزار نفر بودند که هنوز در برخی از گروه‌ها در حال اجرا می‌باشد.



بر اساس آخرین یافته‌ها حساسیت تست ۶۲ درصد و ویژگی تست ۹۸ درصد برآورد شد و شیوع بیماری کرونا بر اساس حساسیت و ویژگی تست تعدیل شده است.

هماهنگی‌های لازم انجام شده است) مراجعه می‌نمایند و پرسشگری و خونگیری را در محل انجام می‌دهند.

← گروه کم‌خطر: این افراد شامل جمعیت عمومی می‌باشند. برای دعوت این افراد از سامانه سیب یک‌سری خوشه استخراج می‌شود و پس از مشخص شدن افراد در خوشه‌ها، از این افراد برای شرکت در مطالعه به صورت تلفنی دعوت به عمل می‌آید و خواسته می‌شود به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی ۱۶ ساعته مراجعه نمایند. پرسشگری و نمونه‌گیری در این مراکز ۱۶ ساعته توسط تیم آموزش دیده (پرسشگری، خونگیری) انجام می‌شود.

جمعیت عمومی جامعه می‌باشد.

← نحوه نمونه‌گیری

← گروه پرخطر: شناسایی و دعوت این افراد به صورت نمونه‌گیری در دسترس صورت می‌گیرد. برای تکمیل اطلاعات این افراد و خونگیری از ایشان دورا هکار وجود دارد که به شرح ذیل می‌باشد:

پرسشگری و نمونه‌گیری در مراکز ۱۶ ساعته: در این روش یک تیم آموزش دیده در مراکز ۱۶ ساعته حضور خواهند داشت و پرسشگری و خونگیری را در آن محل‌ها انجام می‌دهند.

پرسشگری و نمونه‌گیری در محل: در این روش یک تیم آموزش دیده به محل‌های حضور شرکت‌کننده مانند بانک، سوپرمارکت و... (که از قبل

شیوع COVID-19 (درصد)	IGG مثبت (درصد)	تعداد افراد	گروه
۲۱	۱۴,۵	۱۳۰۶	پزشکان و پرستاران با ارتباط مستقیم
۲۰	۱۴	۶۱۷	افراد شاغل در داروخانه‌ها
۱۹	۱۳,۵	۸۸۵	کارمندان بانک
۱۶,۵	۱۲	۷۵۶	کارکنان حمل و نقل عمومی
۱۶,۵	۱۲	۳۵۶۰	گروه کم‌خطر: جمعیت عمومی
۱۶,۵	۱۳	۱۰۹۳	کارمندان مراقبت‌های بهداشتی درجه یک
۷,۵	۱۲,۵	۷۶۶	صندوق داران و کارگران در سوپر مارکت‌ها و رستوران‌ها

بر اساس یافته‌ها در برخی شهرها از جمله رشت، قم، گرگان بیش از ۵۰ درصد مردم ایمنی کسب نموده‌اند با این وجود در بیشتر مناطق کشور ایمنی زیر ۲۰ درصد است خصوصاً در مناطق روستایی که شامل ۳۰ درصد جمعیت کشور می‌باشند ایمنی زیر ۵ درصد است.

← گروه سوم: کارمندان بانک (۱۹ درصد) در بین ۸۸۵ نفر.

← شیوع کل در گروه‌های پرخطر و کم‌خطر

شیوع بیماری کرونا بر اساس حساسیت و ویژگی تست تعدیل شده است.

بر اساس نتایج ابتدایی، بیشترین شیوع به ترتیب در سه گروه زیر می‌باشد:

← گروه اول: پزشکان و پرستاران با ارتباط مستقیم (۲۱ درصد) در بین ۱۳۰۶ نفر؛

← گروه دوم: افراد شاغل در داروخانه‌ها (۲۰ درصد) در بین ۶۱۷ نفر؛

ردیف	شهر	تعداد افراد	IGG مثبت (درصد)	شیوع COVID-19* (درصد)
۱	رشت	۲۴۴	۵۲,۵	۸۴
۲	قم	۳۵۳	۴۰	۶۳,۵
۳	گرگان	۳۰۵	۳۴	۵۳
۴	بابل	۲۰۴	۲۰	۲۹,۵
۵	ساری	۳۳۰	۱۳	۱۸
۶	اردبیل	۲۱۰	۱۲,۵	۱۷,۵
۷	تهران	۲۹۲۲	۱۱	۱۴,۵
۸	مشهد	۹۵۸	۱۰	۱۳
۹	همدان	۲۳۷	۸,۵	۱۱
۱۰	زاهدان	۴۹۰	۸	۱۰
۱۱	تبریز	۴۵۴	۷	۸,۵
۱۲	کرمانشاه	۵۴۵	۶,۵	۷,۵
۱۳	اهواز	۳۷۳	۴,۵	۴,۵
۱۴	اصفهان	۵۵۳	۴,۵	۴
۱۵	شیراز	۴۱۶	۴	۳
۱۶	ارومیه	۲۹۹	۴	۲
۱۷	کرمان	۲۳۹	۵/۲	۱



← آیا بر اساس مطالعات احتمال وقوع موج دوم و حتی سوم در ایران وجود دارد؟

← ویروس کرونا وارد جامعه ما شده و بدون شک تا سال‌ها با ما خواهد بود.
← احتمال وقوع موج‌های بعدی به طور جدی مطرح است. با هر موج تلفات انسانی روی می‌دهد و نیاز به تعطیلی مراکز اجتماعات و درخانه ماندن تحمیل می‌شود.

← اهم برنامه‌های تحقیقاتی آینده ایران در زمینه آنفولانزا و کووید-۱۹ کدامند؟

ادامه مطالعه در فاز ۲ با هدف مقایسه روند پیشروی بیماری کووید-۱۹، فاز دوم این مطالعه در مرداد ماه ۱۳۹۹ در گروه‌های جمعیتی مشابه است و استفاده از اطلاعات حاصل از این فاز می‌تواند در جهت آمادگی هدفمند برای افزایش شیوع کووید-۱۹ در آغاز فصل سرما (پاییز و زمستان) مؤثر باشد.



معاونت بهداشت



آقای دکتر علیرضا ریاضی

معاون بهداشت، وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

بود، آورده شدند. مکان اولی که
برایشان در نظر گرفته شده بود یک
پادگان نظامی اطراف شهریار بود.
خاطرم هست روز ورود این
دانشجویان، بسیار سرد بود. اتوبوس
حامل دانشجویان که رسید ما با آن‌ها
داخل رفتیم و دیدیم این مکان حالت
سربازخانه‌ای دارد، به طور مثال
تخت‌های سه طبقه! مشاهده چنین
جایی با اعتراض گروه همراه شد.
برخی از دانشجویان به همراه خانواده
بودند و یا حتی بچه کوچک داشتند.
همچنین من مشاهده کردم جو خیلی
سنگینی در قسمت خانم‌ها حاکم شده
است و همه دارند اعتراض می‌کنند.
برای رفع این تنش تصمیم گرفتم
مستقیماً با آنان صحبت و دانشجویان
را دل‌داری دهم. قول دادم که حتماً در



مستنداتی که
تاکنون برای کرونا
تهیه شده است را
مطالعه نمودم، از
نظر من دو ویژگی
مهم در این
مستندات وجود
دارند: (۱) علمی
است و تفکرات
خوبی پشت آن
است. (۲) از یک
جمعیتی
برخوردار است.

سوئد ذهن من را درگیر کرده بود و
برایم اتفاق افتاد را اینجا شرح دهم.
بحث مهم قبل از شروع همه‌گیری
کرونا در ایران، حضور حدود ۶۰ نفر
دانشجویانی بودند که از ووهان چین
وارد ایران شدند.

این اتفاق برای ما با استرس زیادی
همراه بود هنوز هیچ جنبه‌ای از
ویروس برای ما شناخته شده نبود.
مرتب در فکر آن بودم که چگونه این
گروه را راضی کنیم که ۱۴ روز در
قرنطینه بمانند. کجا اسکان داده شوند
و چگونه به هموطنان دانشجویی مان
خدمات ارائه شود؟ در ابتدا مکانی که
برایشان در نظر گرفته شده بود خیلی
مناسب نبود. بعد از این که دانشجویان
به فرودگاه امام رسیدند بلافاصله به
یک مکانی که از قبل پیش بینی شده

◀ در زمان شناسایی اولین
موارد مثبت ابتلا در ایران
(سی‌ام بهمن‌ماه ۱۳۹۸) شما
برای شرکت در کنفرانس در
کشور سوئد بودید، داستان
آن شب در سوئد و تماس‌های
پی‌درپی با ایران را بفرمایید؟

اجازه فرمایید قبل از پرداختن به پاسخ
سؤال شما از کمیته مستندسازی و
خروجی‌های آن تشکر نمایم.
مستنداتی که تاکنون برای کرونا تهیه
شده است را مطالعه نمودم، از نظر من
دو ویژگی مهم در این مستندات وجود
دارند: (۱) علمی است و تفکرات خوبی
پشت آن است. (۲) از یک جمعیتی
برخوردار است.

برای پاسخگویی به سؤال شما،
می‌خواهم موضوعاتی که قبل از سفر

دوستانش اصرار داشتند که وی را از هتل خارج کنند و برای مداوا ببرند اورژانس، که البته کارکنان اورژانس در هتل مستقر بودند، ضمناً ما ملزم بودیم این گروه را قرنطینه کنیم. من خودم ایشان را ویزیت کردم و متوجه شدم که هیستریک است و بعد از حدود نیم ساعت به حالت عادی برگشت. برای اسکان این گروه مقرر شد که به هر نفر یک اتاق اختصاص داده شود و تمام وسایل حفاظت فردی هم در اختیارشان قرار گرفت. از سویی درمانگاهی را در طبقه همکف هتل راه اندازی نمودیم و یک پزشک آقا و یک پزشک خانم در آن درمانگاه مستقر کردیم. سعی نمودیم با این گروه ارتباط دوستانه برقرار کنیم که جو سنگین بی اعتمادی شکسته شود به طوری که من سعی می کردم روزانه به این گروه سر بزنم و با تأخیر چند ساعته سراغ من را می گرفتند. کلاً این گروه ۱۴ روز در قرنطینه بودند که من ۱۶ بار به آن ها سر زدم. هر بار هم که می رفتم سعی می کردم خوراکی به همراهم ببرم بالاخره دانشجویان امکان خروج از هتل نداشتند و شاید برخی مواقع مواردی لازم داشتند که ما ملزم به تهیه آن بودیم. چند روز که سپری شد جو کاملاً برگشت و اتفاقات جالبی افتاد. ما فیدبک های خیلی مثبتی می گرفتیم که نشان می داد اعتماد این گروه نسبت به ما چقدر بالا رفته است. لازم است بگویم که خیلی از این افراد سال های زیادی دور از ایران بودند (در کل بین ۵۷ الی ۵۸ نفر بودند). سه الی چهار نفرشان که در طبقات بالا ساکن بودند و اصلاً از اتاق هایشان بیرون نمی آمدند و با هیچ کس ارتباط برقرار نمی کردند. اما حدود ۱۰ روز بعد گفتند ما هفته اول هیچ اعتمادی به شما نداشتیم و



هتل کاملاً متواضعانه صحبت کردیم و طوری که من سه بار پیشانی وی را بوسیدم. او حق داشت و می گفت انگلی که به هتلش بعد از این ماجرا خواهد خورد ممکن است تا مدت ها کارش را با کساد می همراه کند. در نهایت ما توانستیم با کلی مشکلات پیش رو، این دانشجویان را به هتل نزدیک شهریار منتقل کنیم و آن ها را در آن مکان اسکان دهیم. بعدها فهمیدیم گروهی که از ووهان آمده بودند چقدر نسبت به ما و دولت بی اعتماد بودند و این خود پیشبرد اقدامات را با چالش همراه می کرد. مشکل دیگر هم حضور مسافران قبلی هتل بود که معضل اساسی شده بود و ما با کلی خواهش و تمنا توانستیم هتل را خالی تحویل بگیریم. هم مسافران و هم کارکنان، هتل را تخلیه کردند و کارکنان حاضر به ادامه کار و ارائه خدمات نبودند! ناگزیر نیروهای بهداشت محیط و سازمان اورژانس برای ارائه خدمت در هتل مستقر شدند. از نظافت تا سرویس دهی و تاسیسات هتل را ما مجبور شدیم به عهده بگیریم. دانشجویان به محض ورود به هتل مجدداً اعتراضاتی را آغاز نمودند به طوری که یکی از خانم های مسافر با داد و فریاد و جیغ از حال رفت.

اسرع وقت شمارا به مکان مناسبی انتقال خواهیم داد. با آقای دکتر کولیوند (رییس سازمان اورژانس کشور) که همراه ما بود صحبت کردم که بهتر است افراد را از این مکان خارج کنیم و به مکان مناسبی منتقل کنیم. قبل از اسکان در این مکان، مقرر شده بود تا دانشجویان در یک هتلی در نزدیکی شهریار مستقر شوند که این موضوع نیز به مشکلاتی برخورد کرده بود. روز قبل از ورود دانشجویان، مردم ساکن منطقه شهریار، با مدیر هتل در مورد این که حق اسکان این دانشجویان را ندارد صحبت کرده بودند و لذا مدیر هتل تحت شرایط بد و حتی تهدید قرار گرفته بود. در این شرایط آنچه که بر ما گذشت نیز بسیار سنگین بود. ما بلافاصله وارد هتل شدیم و این در شرایطی بود که هتل سه یا چهار مسافر عادی از قبل داشت. مدیر هتل اعلام کرد که مشکلی از بابت اسکان ندارد اما از فشار اعمال شده از سمت مردم واهمه دارد. شرایط به گونه ای شد که ما مجبور شدیم از دادستانی منطقه کمک بگیریم که خوب انصافاً خیلی کمک کرد و باعث شد در تصمیم گیری شرایط طوری پیش برود که جو آرامش حاکم شود. ما با مدیر

داد

برای اسکان این گروه مقرر شد که به هر نفر یک اتاق اختصاص داده شود و تمام وسایل حفاظت فردی هم در اختیارشان قرار گرفت. از سویی درمانگاهی را در طبقه همکف هتل راه اندازی نمودیم و یک پزشک آقا و یک پزشک خانم در آن درمانگاه مستقر کردیم.

سطح جمعیت می تواند خیلی مؤثر باشد. من به حوزه های مرزها، پیشگیری، سم پاشی، اپیدمیولوژی، اطلاعات و خیلی چیزهای دیگر ... فکر می کردم. مسیری که از استکهلم به استانبول و سپس ایران رسیدم، به نظر برایم تجربه مفیدی بود. در استکهلم هیچ نوع وسایل حفاظتی ندیدم. در واقع اوج کرونا بود و هیچ تمهیداتی اندیشیده نشده بود. بعد از آن سیستم ترکیه بود. که تقریباً هیچ تمهیداتی اندیشیده نشده بود. بعد مرتب افرادی از سیستم ترکیه تعریف می کردند که خوب من به عینه دیدم اتفاقی نیفتاده است. همیشه ما دوست داریم بگوییم مرغ همسایه غاز است. اما همان داستان همیشگی که نباید قضاوت متأسفانه اوضاع ترکیه در حال حاضر بد است و همه کشور درگیر شده است.

◀ نظام شبکه یکی از ارکان اساسی مبارزه با کووید-۱۹ به حساب می آید. برنامه غربالگری و استفاده بهینه از نظام شبکه را چگونه ارزیابی می نمایید؟

نظام شبکه نشان داد که ما بیماریابی فعال را آغاز کرده ایم علی رغم این که ویروس را نمی شناختیم اما طولی نکشید که شبکه فعال شد. توجه شود که در ابتداء واقع شناسایی این بیماری از بیمارستان آغاز شد و نه از سطح مراقبت های بهداشتی اولیه. هیچکدام از CDC های دنیا بیماری را قبل از بیمارستان نشناخته بودند، منظور اروپا و آمریکا است. چون این بیماری ابتدا در بیمارستان شناخته شد ما ابتدا باید می رفتیم سراغ مستندات درمان. موضوع مهم این است که برای مراقبت از بیماری کشورها



بود و طوری که یک مراسم شام برای ایرانی ها برگزار کردند و من به دلیل اضطراب شدید که داشتم در این مراسم شرکت نکردم. حس می کردم من جایی که باید باشم نیستم و باید برگردم. دو پرواز برگشت به من پیشنهاد شد که یکی چهار ساعت زودتر می رسید اما ۱۲ ساعت بین راه توقف داشت و به دلیل اینکه من چهار ساعت زودتر برگردم همان پرواز با توقف رازرو کردم. حدود ساعت ۴ صبح به وقت ایران وارد فرودگاه امام شدم. همانجا رفتم سراغ همکارانی که در فرودگاه تسنجی می نمودند و نحوه انجام خدمات آن ها را ارزیابی نمودم، حدود ساعت هفت و نیم صبح مستقیماً به وزارتخانه رسیدم. از روزی که من رسیدم ایران تا به امروز (۹۹/۳/۱۷)، حتی یک روز هم ناهار منزل نبودم غیر از جمعه ۱۶ خرداد که برای ناهار خانه رفتم. نه تعطیلات، نه اعیاد و نه هیچ کدام از روزهای جمعه. ابتدای کار اضطراب به دلیل ناشناخته بودن ویروس خیلی زیاد بود. اما بتدریج که پیش رفت و اقدامات را انجام دادیم، اضطراب ها کمتر شد. آنچه که قوت قلب من بود، وجود نظام شبکه بود. مرتب به این فکر می کردم که ما باید برویم سراغ تک تک افراد و باید راهی برای این کار پیدا کنیم. تجربه قبلی بسیج فشار خون این موضوع را آشکار کرد که غربالگری



همیشه ما دوست داریم بگوییم مرغ همسایه غاز است. اما همان داستان همیشگی که نباید قضاوت زود انجام دهیم. متأسفانه اوضاع ترکیه در حال حاضر بد است و همه کشور درگیر شده است. بعد مرتب افرادی از سیستم ترکیه تعریف می کردند که خوب من به عینه دیدم اتفاقی نیفتاده است.

گایدلاین‌ها باعث شد تا حدودی مراسم سوگ مدیریت شد. یک بسته مدیریت افرادی که افکار خودکشی داشتند هم طراحی کردیم که به نظر مفید واقع گردید. من شخصاً چند نوبت بدون معرفی و ذکر نام با سامانه برای مشاوره سلامت روان تماس گرفتم و ۴۰۳۰ هم همینطور. سؤالات مختلفی هم پرسیدم و خودم امیدوار شدم که این سامانه‌ها درست راهنمایی می‌کنند.

← مشارکت مردم در این برنامه چشمگیر بود، برنامه شما برای ماندگاری این حضور حتی در شرایط عادی چیست؟

موضوعی که می‌خواهم عرض کنم این است که دیده شدن و بکار گرفتن توان شبکه، همکاران رادر سراسر کشور خیلی راضی کرد. من می‌توانم بگویم CDC آمریکا برای مقابله با کرونا خوب عمل نکرد و در واقع الان CDC خیلی بسوی فعالیت‌های تحقیقاتی رو آورده و از فعالیت‌های عملی و فیلد دور شده است. مطمئن هستم این شکست در CDC آمریکا اتفاق افتاده و در آینده تبدیل به مقالات متعددی خواهد شد. امریکایی‌ها همه امکانات را به مقدار کافی داشتند و دارند، خیلی بیشتر از ما، اما بهتر عمل نکردند. آن‌ها چه چیزی را نداشتند که ما داریم؟ تخت، بیمارستان، نیروی انسانی، تکنولوژی و همه این‌ها به طور مناسب در اختیارشان بود.

در واقع به‌روز برند و پیروز این میدان ایران است. حضور این نیرو در نظام سلامت ایران بسیار مهم است. به‌روزان یک سری نیروهای پای کار و آماده هستند مثل سربازان جان برکف

سریعی را طراحی نمودیم. نکته مثبت و کمک‌کننده آن بود که سامانه سیب و پرونده‌های الکترونیک خانوار از قبل گروه‌های سنی و پرخطر دارای بیماری‌های زمینه‌ای را به تفکیک مشخص می‌نمود. لذا به سراغ افراد پرخطر و دارای بیماری‌های زمینه‌ای رفتیم به طوری که از حدود ۸ میلیون و سیصد هزار نفر ثبت شده، ما ۴ میلیون و هفت صد هزار نفر را تحت پوشش غربالگری کرونا قرار دادیم. توانستیم با استفاده از این سامانه تک به تک مادران باردار را رصد کنیم. در سامانه سیب هم این گروه، تنها گروهی است که ما جداگانه هم غربالگری می‌کنیم. در غربالگری اولی که ما انجام دادیم حدود ۷۸ میلیون نفر را پوشش دادیم که از این تعداد ۱ میلیون و صد هزار نفر را غربال کردیم و ۷۰۰ هزار نفر ارجاع و توسط پزشک ویزیت شدند. از این ۷۰۰ هزار نفر در مرحله اول ۱۱۰ هزار نفر با وضعیت نیاز به مراقبت انتخاب شدند که از این تعداد ۸ هزار نفر به بیمارستان ارجاع و حدود ۶ هزار نفر بستری شدند. گایدلاینی که برای انجام اقدامات در سامانه غربالگری ارسال شده بود خیلی با دقت تدوین گردیده بود. ما سلامت روان مردم را هم فراموش نکردیم. از ابتدا تاکنون حدود ۵۱۲ هزار مشاوره روانپزشکی دادیم. یک برنامه هم برای سوگ و مجالس تحریم تدوین کردیم. این

نیازمند چیدمان لازم می‌باشند که خیلی کار دارد، ولی در ایران این چیدمان خوشبختانه از قبل آماده بود برای غربالگری و پیگیری، ساختار خاص و جدید دیگری را لازم نداشتیم. در واقع ما اقدامات حوزه بهداشت را قبل از آغاز همه‌گیری در دنیا؛ در ایران آغاز کرده بودیم. تمام دستورالعمل‌ها را به کل شبکه ارسال کردیم و آموزش‌ها را شروع کردیم. همه مبادی را تحت کنترل در آورده‌ایم. بهداشت محیط و حرفه‌ای را بسیج کردیم و کارهای مختلف تا کنترل اماکن عمومی و بهداشت مواد غذایی را انجام دادند. افتخار ما این است که در طول کرونا حتی یک نفر بیمار هم روی زمین نماند. لذا من می‌توانم بگویم غربالگری که از اسفندماه ۱۳۹۸ شروع شد کارها و زیرساخت‌های قبلی‌اش را قبلاً آغاز کرده بودیم. ما چند اصل را رعایت کردیم باید می‌رفتیم سراغ افرادی که احتمال می‌دادیم مبتلا باشند. یکی از کارهای عادی که شبکه تاکنون انجام داده بود این بود که ما همواره برای اقدامات می‌رفتیم سراغ خانه‌های مردم، که این سخت بود در این شرایط و باید ملاحظات خاص را اعمال می‌کردیم. لذا در این شرایط نیاز به ایجاد یک تکنولوژی برای شناسایی بیماران داشتیم. این را بر پایه تکنولوژی پرونده خانوار آغاز کردیم و چیدمان



یک بسته مدیریت افرادی که افکار خودکشی داشتند هم طراحی کردیم که به نظر مفید واقع گردید. من شخصاً چند نوبت بدون معرفی و ذکر نام با سامانه برای مشاوره سلامت روان تماس گرفتم و ۴۰۳۰ هم همینطور. سؤالات مختلفی هم پرسیدم و خودم امیدوار شدم که این سامانه‌ها درست راهنمایی می‌کنند.



از همه‌گیری مرتب در مورد نحوه انتقال بیماری صحبت کردیم. در این شرایط یکی از بحث‌ها بحث ضد عفونی کردن معابر بود که از نظر من صحیح نیست. گاهی حتی این موارد روی سطح خیابان‌ها و درخت‌ها هم پاشیده می‌شد. در محل تجمعات مانند سالن‌ها، مساجد، ایستگاه‌های مترو و اتوبوس که احتمال انتقال ویروس وجود دارد گندزدایی باید انجام گیرد.

در مورد وسایل حفاظت شخصی از نظر من بهترین وسیله محافظت ماسک است. ما باید این موضوع را به عنوان یک استراتژی اصلی بپذیریم. برای دستکش من چنین نظری ندارم و باید اتفاقاً اجبار به استفاده از دستکش برچیده شود. من به حوزه بهداشت محیط سپرده‌ام اصلاً اجازه ندهند در محیط کار کارکنان از دستکش استفاده کنند. بهترین کار شستن دست است و نه دستکش دست کردن.

یک نامه زدم و اعلام کردم که در مدارس دانش آموزان نیاز به دستکش ندارند.

از نظر من برای حفاظت فردی از بیماری سه تا کار لازم است: ۱. زدن ماسک؛ ۲. شستن مرتب دست‌ها؛ ۳. رعایت فاصله حداقلی (۱،۵ متری). این بهترین استراتژی است.

من یک ابزار را مثال می‌زنم که مردم در زمانی که می‌خواهند از خود محافظت نمایند این موضوع را توجه نمایند: توجه کنید انگار همواره وارد یک محیطی شده‌اید که تازه رنگ شده است. در این محیط نه می‌نشینید، نه دست می‌زنید و نه نزدیکش می‌شوید. استفاده از این ایده به عنوان یک استراتژی مهم می‌تواند ما را از ابتلا مصون کند.



لذا ما اگر بخواهیم نظام شبکه را تقویت کنیم باید در نظر بگیریم چه تغییراتی نیاز دارند. من حتی موافق اسم مراقب سلامت نیستم. عرض کردم ما یک کلمه بر نبرد داریم به اسم بهورز. حالا می‌خواهد لیسانس داشته باشد این اسم را باید داشته باشد. می‌خواهم بگویم اصالت این اسم حتی در شهرها هم باید حفظ شود. در ایران متأسفانه گاهی موضوع تقویت همراه با این است که ما با پتک اصالت قبلی را از بین می‌بریم و این درست نیست.

← سم‌پاشی‌ها و ضد عفونی و گندزدایی معابر عمومی مستلزم هزینه فراوان بوده، آیا ارزیابی از اثربخشی آن می‌توان ارائه داد؟

در مورد گندزدایی من چند مورد را عرض می‌کنم. ما از حدود ۴۰ روز قبل

که فقط منتظر دستور از سمت فرمانده‌شان هستند. کاری می‌کنند که با هیچ محاسبه‌ای در هیچ فرمولی نمی‌گنجد. اقدامات بهورزان کاملاً تصاعدی به ما کمک کرد. لذا هرگونه تقویتی را ما بخواهیم در نظام شبکه مطرح کنیم باید خروجی آن نقش بهورز را تقویت نماید. اگر چنین نباشد این مدل درست نخواهد بود. چه نقشش، چه آینده کاری‌اش، چه توانمندی و چه ابزار کارش.

به طور کلی از نظر من توسعه دو تا ویژگی مهم دارد: ۱. باید متوازن باشد و ۲. پایدار باشد. وگرنه توسعه مناسبی نیست. اگر توازن نباشد رشد در این راستا کاریکاتوری می‌شود. اینکه به عنوان تقویت نظام شبکه روی یک مورد تمرکز کنیم و کار کنیم درست نیست. باید همراه شبکه بودجه، توانمندسازی افراد و... تقویت شوند.



د

در مورد وسایل حفاظت شخصی از نظر من بهترین وسیله محافظت ماسک است. ما باید این موضوع را به عنوان یک استراتژی اصلی بپذیریم. برای دستکش من چنین نظری ندارم و باید اجبار به استفاده از دستکش برچیده شود. من به حوزه بهداشت محیط سپرده‌ام اصلاً اجازه ندهند در محیط کار کارکنان از دستکش استفاده کنند.



معاونت درمان



دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

بنده و دکتر گویا حوالی ۶ صبح بود که به سمت قم راه افتادیم و به اتفاق دکتر رضایی موارد مشکوک را معاینه کردیم، با رییس دانشگاه قم مستقیم به بیمارستان کامکار رفتیم اورژانس بسیار شلوغ بود و چندین مریض در اورژانس بستری بودند و علائم گوارشی و تنگی نفس داشتند و برای برخی از آن‌ها دستگاه اکسیژن وصل شده و برای برخی نیز سی تی اسکن انجام شده بود که درگیری ریه داشتند. دکتر گویا بی محابا و بدون تجهیزات محافظت فردی به داخل ICU رفته بود و بنده هم بدون تجهیزات و فقط با یک ماسک رفتم و واقعا نمی دانستیم که این بیماری تا چه اندازه گسترده است و استفاده از لوازم تجهیزات فردی ضرورت دارد. در همان روز ما

درد

این دستورالعمل قبل از شیوع کرونا در ایران ابلاغ شد، تا این که در بیست و نهم بهمن ۱۳۹۸ بود که شب هنگام دکتر نمکی با بنده تماس گرفتند و بسیار خسته بودند و فرمودند که «دکتر گویا چیزی گفت که خواب از چشمانم گرفت: در قم موارد مشکوک کرونا دیده شده است».

معاون بهداشت (دکتر ریسی) و بنده تهیه و مقام وزارت آن را امضا نمودند. این دستورالعمل قبل از شیوع کرونا در ایران ابلاغ شد، تا این که در بیست و نهم بهمن ۱۳۹۸ بود که شب هنگام دکتر نمکی با بنده تماس گرفتند و بسیار خسته بودند و فرمودند که «دکتر گویا چیزی گفت که خواب از چشمانم گرفت: در قم موارد مشکوک کرونا دیده شده است». بنده عرض نمودم که با آقای دکتر گویا همین امشب عازم قم بشویم ولی دکتر نمکی فرمودند که صبح بروید و بنده به اتفاق دکتر گویا صبح راه افتادیم، گفتنی است دکتر رضایی از طرف حوزه بهداشت همان شب به بیمارستان کامکار قم مراجعه کرده و موارد مشکوک را بررسی نموده بودند.

◀ **ضمن تشکر از فرصتی که به تیم مستندسازی دادید، بی شک تمام لحظات شما از ۵ ماه قبل تا کنون پر از خاطره می باشد، ممنون می شویم از آن روزهای شروع بیماری کووید-۱۹ در کشور و نقش خودتان بگوئید؟**

بعد از شیوع کرونا در چین ما در داخل کشور برنامه عملیاتی مشترک بهداشت و درمان را تهیه کردیم که مقام وزارت آقای دکتر نمکی خیلی با دقت مطالعه نمودند، حدوداً ۴۰ صفحه در مورد اطلاعات مربوط به کرونا و روش های تشخیص آن و اینکه چه کارهایی باید انجام گیرد را در قالب یک دستورالعمل و برنامه عملیاتی در فاصله یک هفته با پاراف مشترک

که اعلام شد موارد کرونا در قم پیدا شده است و در برنامه خبری صدا و سیما پخش شد. ما ساعت ۴ بعد از ظهر بیمارستان کامکار را کاملاً تخلیه کرده بودیم و مشاهده نمودیم که پس از آن کل بیمارستان کامکار پر شد. در قدم دوم مقرر شد که بیمارستان نکویی که ۳۰۰ تختخوابی بود به سرعت تخلیه شود و تا شب این کار انجام گردید و قسمت اعظم بیماران بستری در بیمارستان نکویی را به شهید بهشتی منتقل کردیم و بیمارستان شهدای نیروگاه و یک بیمارستان سپاه و یک بیمارستان خیریه راهم وارد چرخه کردیم و قرار شد تا بیمارستان خیریه خدمات قلب و عروق را انجام دهد و بیمارستان سپاه هم خدمات زنان را انجام دهد. عملاً بیمارستان نکویی تخلیه شد و همان روز یک جلسه با اعضای نظام پزشکی داشتیم و جالب بود که رییس نظام پزشکی قم بعداً یک مصاحبه تند بر علیه وزارت بهداشت انجام داد اما در این جلسه هیچ اشاره‌ای نکرد که ما قبلاً به کرونا شک کرده بودیم در حالی که ایشان خودشان فوق تخصص ریه و معاون آموزشی دانشگاه هم بود و واقعاً هم ایشان از قبل اطلاع داشتند.

قرار جلسه دیگری با استاندار گذاشته شد و در ساعت ۱۲ شب این جلسه با عنوان جلسه ستاد بحران برگزار شد و تمام اعضا حضور داشتند و ما قرار بود که تصمیم بگیریم چه اقدامی انجام دهیم مثلاً حرم را ببندیم یا خیر و اصرار ما بر این بود که حتماً باید صحن اصلی حرم بسته شود و برخی دوستان اصرار داشتند که مدارس رانیز باید تعطیل کرد اما نظر ما این بود که فعلاً زمان انتخابات است نمی‌توانیم برای تعطیلی مدارس مدت زمان طولانی را



لازم برای این موضوع در آنجا وجود ندارد. در این جلسه مقرر شد که بیمارستان کامکار ظرف سه الی چهار ساعت کاملاً تخلیه و بیماران غیر کرونایی به بیمارستان شهید بهشتی به عنوان بیمارستان اصلی بالغین منتقل شوند (بیمارستان کامکار و بیمارستان نکویی یا فرقانی و بیمارستان شهدای نیروگاه در زمره بیمارستان‌های اصلی بالغین می‌باشند). در ساعت ۳ یا ۴ بعد از ظهر بود که بیمارستان کامکار در قدم اول تخلیه شد و تقریباً در ساعت ۱۳:۳۰ تا ۱۴:۰۰ جواب آزمایش آمد و آقای دکتر نمکی فرمودند: «موارد باید اعلام رسمی بشود و شما اعلام نمایید». بنده همان جا در همان روز و در قم مصاحبه انجام دادم و اولین مصاحبه رسمی بود

۴۰ مریض را در بخش ملاقات کردیم و بر بالین تک تک آن‌ها حاضر شدیم، تعدادی بیمار با تب، علائم تنفسی و تابلوی درگیری دو طرف ریه در آن روز دیدیم که احتمال کرونا را مطرح کرد. با نتیجه تست مثبت دو بیمار اول احتمال کرونا برای بقیه قوی‌تر شد. از بیمارستان کامکار به اتفاق دکتر گویا مستقیم نزد استاندار قم رفتیم، در جلسه اول که احتمال کرونا را برایش مطرح کردیم باورش برای استاندار سخت بود ولی با گزارش دو مورد مثبت ایشان هم باورش به یقین تبدیل شد.

در جلسه دیگری با رییس دانشگاه قم و تمام روسای بیمارستان‌ها گرد هم آمدیم و با اینکه ما دستورالعمل ابلاغ کرده بودیم اما احساس شد که آمادگی

درد

در جلسه دیگری با رییس دانشگاه قم و تمام روسای بیمارستان‌ها گرد هم آمدیم و با اینکه ما دستورالعمل ابلاغ کرده بودیم اما احساس شد که آمادگی لازم برای این موضوع در آنجا وجود ندارد.



(ع) سر داد.... ماشین یکبار از سمت جلو به گارد ریل برخورد کرد و دور خودش چرخید و یکبار از پشت به گارد ریل برخورد نموده و مجدداً وسط جاده چرخید، در حدی که لاستیک جلوی ماشین در سمت راننده به طور کامل پاره و گلگیر جلو و عقب اتومبیل کنده شد. ما شانس آوردیم زیرا ماشین در سراسیمگی تند قرار داشت و منحرف نشد و با اتومبیل‌های پشت سر خود به دلیل فاصله مناسبی که داشتند برخورد نکرد. همان روز با تمام روسای بیمارستان‌ها و مدیران شبکه استان گیلان جلسه داشتیم. در اثر این تصادف مجبور شدیم با ماشین ۱۱۵ خود را به رشت رساندیم و جلسه ما با تأخیر برگزار شد. در آن هنگام به این فکر می‌کردم که ندای یاحسین (ع) یاور ما شد.

با ماشین آمبولانس خود را به جلسه روسای بیمارستان‌ها رساندیم و در گفتگو با ایشان گفتم "بنده هشت بیمارستان تخلیه شده را می‌خواهم که همین امشب آماده شوند و هیچ کس حق ندارد به شهرستان خودش باز گردد تا این که بیمارستان‌ها تخلیه شوند و من تا خیالم از گیلان راحت نشده به تهران باز نخواهم گشت". با همین اقدامات بیمارستان‌های تخلیه شده را سرو سامان دادیم و آن‌جا هم موارد مشکوک را مشاهده کردیم. بلافاصله عصر همان روز به اتفاق رییس دانشگاه با استاندار و مسئول اطلاعات استان و معاون سیاسی و امنیتی وی جلسه گذاشتیم. به استاندار عرض نمودیم که موارد کرونا در استان گیلان وجود دارد، وی کاملاً وضعیت را درک کرد و بنده به ایشان عرض کردم که کاملاً استان گیلان را می‌شناسم و لازم است معاون سیاسی امنیتی، فرمانداران را آرام کند تا



جاده نیست ما مجبور هستیم که هر دو در یک اتومبیل به تهران برگردیم و تقریباً نصف راه را طی کرده بودیم." بنده همان شب به آقای دکتر نمکی عرض کردم که "قصد دارم فردا صبح به گیلان بروم" و ایشان دلیل این تصمیم را جویا شدند و در پاسخ عرض نمودم: "گیلان نقطه بحران بعدی ماست." بنده حدود سه ساعت پس از برگشت از قم استراحت کردم و سپس با راننده به سمت گیلان به راه افتادیم به دلیل این که خیر رسیده بود بستری بیماران عفونی در آن‌جا زیاد بود و بنده نگران شده و می‌خواستم به آن‌جا بروم. من نخواستم با دکتر گویا به گیلان بروم به دلیل این که احساس کردم ایشان بسیار خسته هستند و استراحت کمی کرده‌اند. به همراهی آقای دکتر گل پیرا به سمت گیلان به راه افتادیم، هوا برفی بود، ما از جاده قزوین به طرف گیلان می‌رفتیم و رودبار را رد کردیم و به رستم آباد که رسیدیم نمی‌دانم به چه دلیل بود که ماشین با سرعت ۱۲۰ کیلومتر در ساعت با گارد ریل کنار جاده برخورد کرد اما راننده واکنش خوبی نشان داد و فرمان ماشین را با دو دست خود محکم گرفت و بانگ یا امام حسین

در نظر بگیریم و قرار شد تا روز شنبه سوم اسفند به دلیل این که مدارس محل شمارش آرا هستند تعطیل باشند و برای بعد از آن مجدداً تصمیم‌گیری نماییم. دلیل اتخاذ این تصمیم این بود که اگر در ابتدا مثلاً مدت دو هفته مدارس را تعطیل می‌کردیم، ممکن بود مردم قم مسافرت بروند و قم که استان آلوده بود، ممکن بود استان‌های دیگر را نیز آلوده کند، بنابراین در مورد تعطیلی مدارس، تصمیم تعطیلی طولانی مدت، در ابتدا گرفته نشد و تا صبح جلسه ادامه پیدا کرد. شاید با آقای دکتر نمکی ده‌ها بار در طول این جلسه در ارتباط بودیم و ما ساعت ۲ شب به سمت تهران راه افتادیم. دکتر نمکی در راه با ما تماس گرفتند و از ما پرسیدند: "آیا شما با بیماران ملاقات داشتید یا خیر؟" و من عرض کردم "بنده و دکتر گویا بر بالین بیماران حاضر شدیم. ایشان فرمودند «هر دو در یک ماشین هستید؟» و بنده عرض کردم "بله ما با یک ماشین آمدیم و با همان ماشین برمی‌گردیم." ایشان فرمودند: "شما در یک ماشین نباشید چون ممکن است آلوده شده باشید." عرض کردیم "به دلیل این که ساعت ۲ نیمه شب است و ماشین دیگری در

داد

در شرایطی که به دلیل بارش برف در جاده با گارد ریل تصادف کردیم؛ همان روز با تمام روسای بیمارستان‌ها و مدیران شبکه استان گیلان جلسه داشتیم. در اثر این تصادف مجبور شدیم با ماشین ۱۱۵ خود را به رشت رساندیم و جلسه ما با تأخیر برگزار شد. در آن هنگام به این فکر می‌کردم که ندای یاحسین (ع) یاور ما شد.

یک پروتکل خاص و ویژه برای استان خراسان تدوین گردد. گرچه بنده معاون درمان هستم اما به دلیل اینکه از طرف مقام محترم وزارت به عنوان نماینده ایشان به استان خراسان سفر کرده بودم وارد حوزه بهداشت نیز شدم و قرار شد تمام هتل‌ها و مسافر خانه‌ها تعطیل و حرم رضوی بسته شود. تمام این تصمیمات همان روز در استانداری گرفته شد و استاندار مشهد خوشبختانه بسیار با ما همراه بود من با فاصله یک ماه دو بار به خراسان رفتم و ایشان از تصمیمات وزارت بهداشت بسیار استقبال کرد.

پیش‌نویس پروتکل خراسان همان روز و در همان جلسه تدوین شد و من شب همان روز به تهران برگشتم و پروتکل نهایی خراسان را تنظیم کرده و برای آقای وزیر ارسال نمودم و عرض کردم این استان ضمن اینکه پروتکل‌های ملی را رعایت می‌کند پروتکل خاص و ویژه خود را هم اجرا خواهد کرد. روزانه از اطراف استان خراسان تعداد ۲۵۰۰ اتوبوس وارد این استان می‌شود و مشهد بیش از ۳۰۰۰ هتل و هتل آپارتمان دارد و بزرگترین پروازهای کشور بعد از تهران در خراسان انجام می‌گیرد، بنابراین برای تمام این اماکن به اضافه مترو پروتکل‌های خاص و ویژه تدوین شد. در روز چهارم اسفند در جلسه‌ای که با روسای بیمارستان‌های خصوصی تهران برگزار نمودیم در ابتدا با ما همراه نشدند و عنوان کردند که بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نباید در بیمارستان‌های خصوصی بستری شوند زیرا ورود این بیماران به معنای ورشکستگی بیمارستان‌ها خواهد بود. به هر حال به آن‌ها گوشزد نمودیم که بیماری وجود دارد و هیچ بیمارستانی نمی‌تواند محیط امنی محسوب گردد.



روسای دانشگاه‌ها هماهنگی‌های لازم را انجام دادیم. روز جمعه دوم اسفند را فقط به تهران اختصاص دادیم و بنده در مکالمه‌ای با آقای دکتر نمکی به ایشان عرض کردم که "شنبه سوم اسفند می‌خواهم به مشهد بروم زیرا مشهد شهر مذهبی مهم است و میزان ورود زائر به این شهر بیش از قم می‌باشد و از سوی دیگر استان خراسان چهار مرز خاکی با کشورهای دیگر دارد و دومین فرودگاه بزرگ کشور پس از تهران در مشهد واقع شده است. بنابراین اگر بیماری شیوع پیدا کند امکان کنترل آن وجود ندارد". ما صبح شنبه به مشهد رسیدیم و بلافاصله خود را به استانداری رساندیم. استاندار محترم مشهد بسیار استقبال کرد و با کل اعضای شورای ستاد بحران و شورای اداری استان و در حضور استاندار جلسه‌ای تشکیل دادیم. جلسه دوم در استانداری با حضور استاندار و روسای دانشگاه‌های قطب که شامل خراسان شمالی، خراسان جنوبی و دانشگاه‌هایی که در استان خراسان رضوی بودند مثل نیشابور، سبزوار، تربت جام و تربت حیدریه تشکیل گردید. این جلسه بسیار مفصل بود و قرار بر این شد که

بتوانیم بیماران را در بیمارستان‌های شهرها بستری کنیم و تخت‌های بیمارستان‌ها باید تخلیه شوند. درست است که ظرفیت خالی داشتیم اما باخبر نبودیم که به یکباره بیماری شیوع پیدا خواهد کرد. غروب همان روز با روسای بیمارستان‌ها و مدیران شبکه و سپس با نظام پزشکی جلسات جداگانه‌ای را برگزار نمودیم. با توجه به اینکه چهار بیمارستان خصوصی در شهر رشت مشغول به فعالیت هستند و بسیار بیمارستان‌های خوبی نیز می‌باشند روسای این بیمارستان‌ها را نیز در جلسه‌ای ملاقات نمودم. همان شب دیر هنگام به تهران بازگشتیم و نزدیک صبح به تهران رسیدیم. روز جمعه دوم اسفند پس از شرکت در انتخابات با فاصله با سه رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران تماس گرفتم. قرار بر این شد که دو جلسه مجزا با روسای سه دانشگاه و روسای بیمارستان‌ها با حضور بنده برگزار شود. در جلسه با روسای بیمارستان‌ها، بیمارستان‌هایی که باید سریعاً تخلیه شوند مشخص و تیم‌هایی که باید در این بیمارستان‌ها مشغول به کار باشند نیز تعیین گردیدند و بعد در جلسه‌ای با

اد

روز جمعه دوم اسفند را فقط به تهران اختصاص دادیم و بنده در مکالمه‌ای با آقای دکتر نمکی به ایشان عرض کردم که "شنبه سوم اسفند می‌خواهم به مشهد بروم زیرا مشهد شهر مذهبی مهم است و میزان ورود زائر به این شهر بیش از قم می‌باشد و از سوی دیگر استان خراسان چهار مرز خاکی با کشورهای دیگر دارد و دومین فرودگاه بزرگ کشور پس از تهران در مشهد واقع شده است. بنابراین اگر بیماری شیوع پیدا کند امکان کنترل آن وجود ندارد".

میوه به یکی از شهرستان‌ها ارسال شود تا بین بیمارستان‌ها توزیع گردد. هر روز لیست مشخصی تهیه و در اختیار بنیاد قرار می‌دادیم که امروز فرضاً چند بسته به نیشابور، قم، گیلان، کاشان و یاحتی تهران ارسال شود. این اجناس مستقیم در بیمارستان توزیع می‌شد و تقریباً هر روز ما این تجهیزات را فراهم و بار را اعزام می‌کردیم که یادآور روزهای دفاع مقدس بود.

← چه سازوکاری در زمینه پایداری هماهنگی بین معاونت بهداشت و درمان پیش‌بینی کرده‌اید؟

بنده واقعاً نسبت به حوزه بهداشت تعصب دارم و در کارنامه خودم به عنوان رییس دانشگاه ضمن راه‌اندازی بزرگترین مرکز تشخیص سرطان در مازندران و احداث تعداد زیادی بیمارستان، اولین چیزی که به آن افتخار می‌کنم این است که در آن دوران ۳۹۵ مرکز بهداشتی درمانی در طی سه سال و نیم‌الی چهار سال احداث کردم. بنده به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی و درمانی واقعاً اعتقاد دارم و در مورد اینکه آینده هماهنگی چه خواهد شد لازم است عرض نمایم که بنده در سازمان برنامه و بودجه چندین بار عنوان نمودم که ما باید اولاً CDC داشته باشیم و دوم شبکه و بعد بیمارستان و اگر خاطرتان باشد (خطاب به دکتر آسائی) شما از بسیج در جلسه‌ای با شورای معاونین صحبت نمودید و بنده در بحران بستری در بیمارستان‌ها، تنها راهی را که مؤثر می‌دانستم این بود که باید به دل مردم نفوذ کنیم و ما در مقاطع مختلف دیدیم که چقدر پایگاه بسیج مؤثر است، به طور مثال در مسأله ریشه‌کنی



نیاز را تأمین کند. ما نیاز به ونتیلاتور و نیاز زیادی به ملزومات Noninvasive و Invasive داشتیم و شخص آقای وزیر هم در این روزها بسیار کمک نموده و به قضیه به صورت تمام وقت ورود پیدا کردند. در این راستا کمیته‌ای ۱۲ نفره از خیرین بازاری تشکیل شد که شامل بازاریان عمده‌فروش تجهیزات پزشکی بود و قرار بر این شد تا از طریق این خیرین تجهیزات پزشکی فراهم و در اختیار ما قرار گیرد. کمیته خیرین می‌توانستند اجناس و ملزومات را از انبارها خریداری نمایند و مبلغ پرداختی در قبال این تجهیزات به طور مستقیم از سوی خیرین تأمین می‌شد. از طریق خیرین مقدار زیادی پول جمع‌آوری شد شاید بالای ۷۰۰ میلیارد تومان برای بیمارستان‌ها از کانال‌های مختلف از قبیل انجمن‌های پزشکی و افراد خیر و نیز از طرف حاج آقا رضایی از سازمان حج و اوقاف که تیمی تشکیل دادند، کمک نقدی جمع‌آوری شد و کانال‌های مختلف را لینک می‌کردیم. اجناس و ملزومات بار کامیون‌ها شده و مستقیم به استان‌ها می‌رفت. نشست دیگری هم با بنیاد مستضعفان داشتیم و هماهنگ شده بود تا هر روز یک نیشان خشکبار و آب

روز یکشنبه چهارم اسفند خبر رسید که وضعیت گیلان بحرانی است و قرار شد که یک نماینده از تهران در استان گیلان مستقر شود. آقای دکتر شادنوش (رییس مرکز مدیریت پیوند و امور بیماری‌ها) به عنوان نماینده تام‌الاختیار وزیر به استان گیلان رفتند و همان روز برای استان قم هم نماینده تام‌الاختیار تعیین کردیم. در هفته اول اسفند کلیه اقدامات ما شامل ساماندهی بیمارستان‌ها در استان‌های درگیر بود. شب‌ها بدون اطلاع جناب وزیر و سرزده برای بازرسی و سرکشی به بیمارستان‌ها می‌رفتیم و جناب وزیر می‌فرمودند که "شما باید مراقب باشید زیرا در این دوره حساس به وجود مسئولان نیازمندیم" اما اگر واقعاً به بیمارستان‌ها سر نمی‌زدیم از اوضاع باخبر نمی‌شدیم و ضمن این که پرسنل از دیدن ما خوشحال می‌شدند.

شاید در هفته اول اسفند ۸۰ درصد وقت بنده برای جلسه و ایجاد هماهنگی با اداره کل تجهیزات پزشکی و سازمان غذا دارو بود تا ملزومات پزشکی به بیمارستان‌ها برسانیم، اما سازمان غذا و دارو نمی‌توانست به تنهایی ملزومات مورد



هر روز لیست مشخصی تهیه و در اختیار بنیاد قرار می‌دادیم که امروز فرضاً چند بسته به نیشابور، قم، گیلان، کاشان و یاحتی تهران ارسال شود. این اجناس مستقیم در بیمارستان توزیع می‌شد و تقریباً هر روز ما این تجهیزات را فراهم و بار را اعزام می‌کردیم که یادآور روزهای دفاع مقدس بود.

در پاییز سال جاری احتمال موج دوم کرونا همزمان با شیوع آنفلوآنزا دور از ذهن نیست، جناب عالی در این فرصت سه الی چهار ماهه چه پیش بینی برای پاییز دارید؟

ما واقعاً باید شبکه را در این مدت حتی با بهره گیری از بخش خصوصی تکمیل نماییم. این کاری است عملی که در آن می توانیم در کمتر از پنج یا شش ماه چندین هزار پزشک عمومی را وارد نظام پزشکی خانواده نماییم، بیماران را در مراحل ابتدایی شناسایی و بیماریابی اولیه انجام دهیم. این اصل کاری است که باید انجام شود. دوم این که دوران بحرانی کووید-۱۹ نقاط ضعف و چالش های ما را به خوبی نشان داد، نواقص سیستم تاسیساتی، اکسیژن ساز و بخش های ICU همگی را شناختیم. در این مدت (تا پاییز) باید جاهایی که ارائه خدمات می شود از نظر تجهیز و تیبلا تور و اکسیژن ساز بازنگری گردد. توسعه بخش های مگا آی سی یو و پروژة تخت های یازده هزار گانه امسال راه اندازی خواهد شد و به روز کردن اکسیژن ساز ۲۵۰ بیمارستان در دستور کار امسال است. امسال ۲۰۰۰ تخت ICU در قالب مگا آی سی یو راه اندازی می شود. توسعه نیروی انسانی و سی تی اسکن، افزودن دستگاه های کمک تنفسی دیگر نیز از جمله اقداماتی است که از بودجه بانک جهانی و بودجه ویژه کرونا در سال جاری انجام می شود.

در بحث تربیت نیروی انسانی در کوتاه مدت باید بتوانیم برخی از رشته های تخصصی و پرستاری را، با مساعدت معاونت آموزشی، دکتر حق دوست، توانمند سازیم. آموزش کوتاه مدت دوره های آی سی یو، Critical Care، انواع کمک های



سلامت محلی بیشتر است. بهداشت ما باید با این پایگاه ها لینک بشود. همه انرژی ما در این دوران باید روی پزشک خانواده متمرکز باشد که اگر راه اندازی شود مشاهده می کنیم که نظام ارجاع می تواند کارا باشد و اگر اعتماد سازی برای جامعه ایجاد کنیم موفق خواهیم بود. همان اندازه که قادر خواهیم بود از طریق بسیج، خودمراقبتی و بیماریابی و بهداشت محیط را ساماندهی نماییم، به همان اندازه و بلکه بیشتر معتقدم که اگر جامعه به پزشک خانواده اعتماد کند وزارت بهداشت تکلیف خود را انجام داده و نظام ارجاع خود به خود شکل می گیرد. در این مدت باید یک یادگاری از خود به جای بگذاریم و آن ساماندهی پزشک خانواده است. اگر ما بدون هیچ گونه تعصبی از نظام پزشکی خانواده حمایت کنیم، پزشکی عمومی احیامی شود. با دوره های آموزشی کوتاه مدت افزایش مهارت در طول سه ماه می توان نتایج خوبی گرفت. باید کاری کنیم آموزش تخصصی و رزیدنتی به حوزه نظارت و سیاستگذاری راه پیدا کند. تمام مسئولان وزارتخانه باید پزشک خانواده را احیا نماییم.

فلج اطفال مشاهده کردیم که حضور بسیج بسیار مؤثر بود. با توجه به این تجربیات، بنده به دو امر اعتقاد دارم یکی پزشک خانواده که متعلق به حوزه بهداشت است و دیگری طب اورژانس و تروماتولوژیست و پزشکان بخش ویژه. اعتقاد من این است که یک قسمت از کار ما که بحث مراقبت است باید از طریق پایگاه بسیج و مساجد جلو برود زیرا در دل مردم نفوذ دارند. از سوی دیگر بهورزان زمانی موفق خواهند بود که با پایگاه بسیج محل خود و در داخل مسجد با مردم ارتباط برقرار کنند. من به بهداشت اعتقاد دارم و اگر روزی بار دیگر رییس دانشگاه شوم معتقدم که باید به سمت حوزه بهداشت گام برداریم. بنده در دوران ریاست دانشگاه توفیق اتمام مراکز جامع سلامت شهری را نیافتیم و این مهم نیمه کاره ماند زیرا عمر ریاست بنده اجازه نداد و همیشه معتقد هستم که اگر بخواهیم در حوزه مراقبت ها، خودمراقبتی و توصیه هایی که در حوزه سلامت مردم ضروری است، موفق شویم باید از طریق پایگاه های بسیج در محلات اقدام کنیم زیرا نفوذ این پایگاه از شوراهای

د

با دوره های آموزشی کوتاه مدت افزایش مهارت در طول سه ماه می توان نتایج خوبی گرفت. باید کاری کنیم آموزش تخصصی و رزیدنتی به حوزه نظارت و سیاستگذاری راه پیدا کند. تمام مسئولان وزارتخانه باید پزشک خانواده را احیا نماییم.

clinical pathway برای تمام رشته‌ها در حال تدوین است. برای مادر باردار، تروما، بیماران قلبی و غیره

...

در مورد نیروی انسانی باید عرض نمایم هم اکنون توزیع نیروی انسانی را در بیمارستان‌های بزرگ انجام دادیم و در مهرماه سال جاری هم مجدداً توزیع خواهیم داشت. سعی بر این است که متخصصان را در بالاترین جاهایی که می‌خواهیم مراقبت صورت بگیرد توزیع نماییم. پرستارانی را که در این مدت در بیمارستان‌ها مشغول بودند و با بحران کرونا از نزدیک درگیر شده‌اند باید جذب نمایم زیرا تجارب گران‌بهایی دارند و هیچ‌کس به اندازه این افراد کرونا را نمی‌شناسد. حدوداً از هشت هزار نفر، دستور جذب شش هزار نفر را داریم. مسأله بعدی راه‌اندازی Tele-health یا E-health می‌باشد که در ۵ استان محروم با همکاری بنیاد برکت شروع به کار نموده و امیدواریم که به‌زودی در یکی از شهرستان‌های سیستان بلوچستان با حضور وزیر محترم افتتاح شود.

◀ در بحران اخیر کمبود وسایل حفاظتی در برخی از استان‌ها وجود داشت، در این مورد چه تمهیداتی برای پاییز سال جاری در نظر گرفته شده است؟

قسمت اعظم بودجه‌اعطایی مقام معظم رهبری به‌عنوان ذخایر استراتژیک به این امر اختصاص داده شده است. همانگونه که سال گذشته جناب وزیر برای مواد اولیه و دارو بودجه اختصاص دادند در بحران کووید-۱۹ شاهد هیچگونه مشکلی از نظر کمبود دارو برای بیماران خاص

داد

قسمت اعظم بودجه‌اعطایی مقام معظم رهبری به‌عنوان ذخایر استراتژیک به این امر اختصاص داده شده است. همانگونه که سال گذشته جناب وزیر برای مواد اولیه و دارو بودجه اختصاص دادند در بحران کووید-۱۹ شاهد هیچگونه مشکلی از نظر کمبود دارو برای بیماران خاص نبودیم. این تجربه خوبی بود که امسال هم باید انجام بشود.



داریم. موضوع بعدی اصلاح فرآیندها است. ما باید بتوانیم دستورالعمل‌ها را تقویت و اصلاح کنیم همانند clinical pathway که ابلاغ شده است و یکی از بهترین‌ها در دنیاست که یک بیمار از مرکز بهداشتی درمانی تا بیمارستان چه مراحل را باید طی کند (خط مسیر ارائه خدمت به بیمار از ابتدا تا انتها). در این زمینه آموزش‌های لازم را هم انجام می‌دهیم. هم اکنون

تنفسی، دیالیز CRRT و موارد دیگری که تجربه کرونا نشان داد بخشی از نیازهای جدی آموزشی حال حاضر نظام سلامت است. ما این آموزش‌ها را آغاز کردیم و ان‌شاءالله تقویت خواهیم نمود. تقریباً هر هفته با آقای دکتر حق‌دوست جلسات غیر حضوری و وبینارهای آموزشی برگزار می‌کنیم و در بحث آموزش طولانی مدت هم برنامه‌های خاصی



انجام است که اعلام خواهد شد و در فاز سوم هم باید به حمایت‌های تنفسی تهاجمی و غیرتهاجمی توانمند توجه نماییم که نیاز به آموزش دارد و در این فاصله باید آموزش مناسب داده شود.

⬅ **بسیاری افراد در دوره بحران کرونا علی‌رغم نیاز به مراقبت برای بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان و یا حتی واکسیناسیون کودکان به دلیل ترس از کرونا به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه نکردند. این موضوع طبعاً در آینده بار اضافه‌ای برای بیمارستان‌ها خواهد بود، در حال حاضر چه برنامه‌ای برای کنترل بار اضافی دارید؟**

مهم‌ترین موضوع، فعال شدن مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌های تخصصی است که می‌تواند به بیمارستان‌ها کمک کنند. برای این منظور در مراکز درمانی کد C-19 تعریف شده است که برگرفته از قالب بخش نامه ابلاغ شده و دانشگاه‌ها مکلفند در بیمارستان‌ها این بخش را در هر استان به تعداد ۳ الی ۴ بخش در هر بیمارستان تأسیس نمایند. در هر استان چند بیمارستان و در هر بیمارستان باید چند بخش C-19 باشد و بخش‌های دیگر آلوده نشوند. تریاژ کننده، پزشک بستری کننده و اتاق بیمار کووید-۱۹ باید جدا از بیمارستان دیگر باشد که بقیه آلوده نشوند. باتوجه به ایجاد بخش‌های بیمارستانی مختص کووید-۱۹ به نظر می‌رسد اتخاذ عنوان C-19 برای این بخش‌ها به نام ایران ثبت خواهد شد.



بیماری مراقبت با کیفیت و به موقع است. ما اگر آنتی‌ویرال داشته باشیم در مرحله اول به میزان زیادی می‌توانیم بیماری را کنترل نماییم. هیچ مطالعه‌ای ثابت نکرده که داروی خاصی برای کووید-۱۹ اثر صددرصدی دارد. در این مسأله سه فاز داریم: فاز اول (Inflammation)، فاز دوم (Cytokine Storm) و فاز سوم (Intubation). در فاز اول و دوم باید به فکر باشیم، در فاز دوم تمام عروق درگیر می‌شوند و التهاب عروق داریم و لخته خون ایجاد می‌شود که باید درمان‌های دیگر وجود داشته باشد و در فاز سوم مریض واقعاً (care) مراقبت مناسب می‌خواهد. ما الان دغدغه کمبود این دارو را داریم ولی نباید شتاب زده هم عمل کنیم؛ برای فاز اول و دوم باید حتماً برنامه مناسب داشته باشیم که چندین برنامه هم در حال

نبودیم. این تجربه خوبی بود که امسال هم باید انجام بشود.

⬅ **داروهایی در بیست روز اول اسفند به عنوان داروهای مؤثر از کانال‌های مختلف معرفی شد که برخی پزشکان به دلیل حساسیت‌ها آن‌ها را رد یا تأیید کردند. هنوز برخی مردم فکر می‌کنند باید برای بهبود بیماری به داروهای خاصی دسترسی داشته باشند. سؤال این است که آیا ما واقعاً به اندازه کافی دارو داریم؟ آیا برای آینده نزدیک مشکل دارویی وجود دارد؟**

مهم‌ترین مسأله در بیماران مبتلا به ویروس کرونا آن است که هنوز داروی ویژه‌ای برای درمان تولید نشده است و مسأله اصلی در تعیین پیامد نهایی



نکته

مهم‌ترین موضوع، فعال شدن مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌های تخصصی است که می‌تواند به بیمارستان‌ها کمک کنند. برای این منظور در مراکز درمانی کد C-19 تعریف شده است که برگرفته از قالب بخش نامه ابلاغ شده و دانشگاه‌ها مکلفند در بیمارستان‌ها این بخش را در هر استان به تعداد ۳ الی ۴ بخش در هر بیمارستان تأسیس نمایند. در هر استان چند بیمارستان و در هر بیمارستان باید چند بخش C-19 باشد و بخش‌های دیگر آلوده نشوند. تریاژ کننده، پزشک بستری کننده و اتاق بیمار کووید-۱۹ باید جدا از بیمارستان دیگر باشد که بقیه آلوده نشوند. باتوجه به ایجاد بخش‌های بیمارستانی مختص کووید-۱۹ به نظر می‌رسد اتخاذ عنوان C-19 برای این بخش‌ها به نام ایران ثبت خواهد شد.



معاونت آموزشی



دکتر علی اکبر حق دوست

معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رییس کمیته اپیدمیولوژی کووید-۱۹

آدم‌ها حتی از اسم کرونا احساس ششم‌تر کننده ندارند. فکر می‌کنم همین نرم و ملایم و بی سر و صدا شروع شدن و زیر خاکی جلو رفتن باعث گول زدن بسیاری از کشورها حتی اروپا و آمریکا شد. در ایران هم اوایل واقعاً کسی این اپیدمی را جدی نمی‌گرفت علی‌رغم این که در شورای معاونین بارها صحبت می‌کردند که این ویروس حتماً وارد کشور خواهد شد، کنترل بیماری در فرودگاه شاید ۱۰ درصد هم ورود ویروس را به ایران به تأخیر نمی‌انداخت و از این جهت که مردم احساس خطر نکنند یا مسئولین احساس کنند یک خطری هست، این گونه نبود. بالاخره وقتی انسان ابزاری ندارد و اگر یک راهکاری حتی ۱۰ درصد هم مفید به نظر

داد

فعالیت بنده در این دوران (اپیدمی کووید-۱۹) یک کلاس درس خیلی خوب و قشنگ بود. کلاس درس عملی که اصول تئوریک در آن ثابت و اجرایی می‌شد و ایرادات، خلاءها و نقص‌های سیستم به خوبی قابل درک بود. اگر اجازه بدهید من خاطراتم را بیشتر با مثال‌هایی که مبین اشکالات است مطرح نمایم تا برای آینده درس بگیریم و برایمان کمک کننده باشد.

یک اپیدمی نیست، بلکه ترکیبی از چندین اپیدمی است. اپیدمی از بیماری شروع می‌شود، به اپیدمی شایعات می‌رسد، سپس به اپیدمی ترس و واکنش رسیده و در نهایت به اپیدمی جلسات و مصوبات می‌رسد. عملاً این چرخه اپیدمی در این دوران لمس شد.

در روزهای ابتدایی، بیماری خیلی جدی گرفته نمی‌شد. این احساسی ذاتی است که شاید پاندمی کرونا با اسم جذاب خود هم، ترس زیادی ایجاد نمی‌کند. مثلاً وقتی می‌گوییم «مار»، این لفظ ناخواسته در انسان یک ترس ایجاد می‌کند یا وقتی می‌گوییم «مارمولک»، یک احساس ناخوشایندی در انسان ایجاد می‌کند. ولی «کرونا»... من احساس می‌کنم

◀ شما از ابتدای بحران کرونا، حضوری پررنگ داشتید و طبعاً درس آموخته‌های فراوانی دارید، در خصوص درس آموخته‌ها و تجارب خود از کرونا بگویید؟

فعالیت بنده در این دوران (اپیدمی کووید-۱۹) یک کلاس درس خیلی خوب و قشنگ بود. کلاس درس عملی که اصول تئوریک در آن ثابت و اجرایی می‌شد و ایرادات، خلاءها و نقص‌های سیستم به خوبی قابل درک بود. اگر اجازه بدهید من خاطراتم را بیشتر با مثال‌هایی که مبین اشکالات است مطرح نمایم تا برای آینده درس بگیریم و برایمان کمک کننده باشد. معمولاً عنوان می‌شود که اپیدمی از این جنس با این وسعت (کووید-۱۹)

اختیارات را درست بررسی نکردیم. باز هم شاید باور نمی کردیم این بیماری چه به پا خواهد کرد. اگر جز چین، حداقل یک یا دو کشور قبل از ما ابتلای مردم به این بیماری را گزارش می کرد، شاید ما تجارب و زمان بیشتری داشتیم تا بهتر برنامه ریزی کنیم.

به زودی ویروس تهران را در بر گرفت، سپس اراک را درگیر کرد، کم کم به کاشان کشیده شد و به یکباره مازندران و بابل و بعد هم در گلستان سر بر آورد، به سرعت ظرف دو سه روز اپیدمی شایعات قوت گرفت. صحبت هایی که مردم از مرگ بار بودن بیماری نقل می کردند، که گاهی هم حتی از گروه پزشکی حکایت می نمودند به مثابه یک اپیدمی طاعون بود و خوب هم زمان تلویزیون های خارج از کشور بهترین راه، برای سوهان روح مردم شدن را به دست آورده بودند. حرف ها از آن طریق وارد می شد چون اعتماد به داخل کمتر بود. ماهنوز در وزارتخانه ابعاد واقعی مسئله رو نمی دانستیم. در یک ماه اول همه دوست داشتند که کمک برسانند ولی سازماندهی کافی برای این کمک دادن و کمک گرفتن شکل نگرفته بود.

ما حتی نمی دانستیم که باید چه اقدامی انجام بدهیم. در آن هنگام تمام توان برای تقویت بیمارستان ها، کادر پزشکی و پرستاری گذاشته شد، کم کم بیمار شدن کادر بهداشت و درمان اعم از مدیران و یارانه دهندگان خط مقدم شروع شد. درون وزارتخانه که من تصور می کنم یک استخر ویروس بود اول از همه که فکر می کنم دکتر حریری پی معاون کل مبتلا شدند، اثرات خیلی گسترده ای در سطح کشور داشت. البته ببخشید



درد

شخص آقای دکتر نمکی نیز در جلسات دولت با حرارت بالا در مورد بیماری صحبت می کردند ولی من احساسم این است که حتی در درون وزارتخانه هم متولیان باور نداشتند که چنین پدیده طغیانگری به ایران برسد و در یک ماهه نخست حتی در بهمن ماه کمر بندها محکم بسته نشد؛ اقدامات زیادی انجام شد، جلسات متعددی برگزار شد ولی همه می خواستند اقدامات و مداخلات در قالب پروکرسی معمول مورد انجام قرار گیرد.

اوقات واقعاً با خنده و شوخی جلسات به پایان می رسید و بیرون از چارچوب وزارتخانه هم دیگر هیچ کس حرف ما را باور نمی کرد. به خاطر دارم در آن هنگام با بعضی از خبرنگارها صحبت می کردیم و بیشتر در حد طنز به داستان نگاه می کردند. در جلسات فرا-وزارتی هم گاهی آقای دکتر نمکی مسائلی را مطرح می کردند و معلوم بود که اصطکاک خیلی سنگین در سیستم وجود داشت، تا اینکه به یکباره در قم و به فاصله چند ساعت در گیلان داستان عوض شد. فکر کنم درست مثل یک بوکسور در رینگ که یک دفعه چند مشت به سر و صورتش می خورد و گیج و منگ می شود که داستان چیست؟ برای مملکت نیز چنین داستانی پیش آمد. از طرفی در سیستم دولت این احساس پدیدار شد که باید کاری انجام گیرد و احساس شد، با اختیاراتی که به وزارت بهداشت داده می شود، می توان مسئله را رفع نمود و به همین دلیل یک سری اختیارات به وزارتخانه محول شد. شاید در روزهای اول خیلی از دست اندرکاران خوشحال بودیم که بالاخره اختیاراتی داریم که می توانیم کاری از پیش ببریم ولی عوارض این

می رسد، شرط عقل آن است که به عمل کند. اما مشخصاً مطمئن بودیم که این ویروس از هزاران مسیر دیگر وارد ایران خواهد شد و ایجاد اپیدمی می کند، ولی به دلیل آن که بیماری تا آن زمان غیر از چین، در کشور دیگری مشاهده نشده بود، فکر نمی کردیم شاید در ایران هم بلوایی به پا کند. بنا به وظیفه وزارت بهداشت برای حفظ سلامت مجبور بودیم خیلی تند و تیز صحبت کنیم. شخص آقای دکتر نمکی نیز در جلسات دولت با حرارت بالا در مورد بیماری صحبت می کردند ولی من احساسم این است که حتی در درون وزارتخانه هم متولیان باور نداشتند که چنین پدیده طغیانگری به ایران برسد و در یک ماهه نخست حتی در بهمن ماه کمر بندها محکم بسته نشد؛ اقدامات زیادی انجام شد، جلسات متعددی برگزار شد ولی همه می خواستند اقدامات و مداخلات در قالب پروکرسی معمول مورد انجام قرار گیرد. طبق معمول پول و خرید از مجاری معمول تزیق و انجام می گردید. مستحضرید که بروکرسی پیچیده اداری در کشور وجود دارد که باعث کندهای سنگینی می شود، گاهی

ندارد (دکتر کولیوند، دکتر حریری، دکتر جان بابایی، دکتر گل پیرا و دیگرانی که کم نبودند از رؤسای دانشگاهی که آلوده شدند) و جنبه دوم این بود که می‌شد بگوییم که مدیران آن چنان ایثارگرانه کار می‌کنند که خود را در معرض خطر قرار می‌دهند. مسئله بعدی که می‌خواهم اشاره کنم در مورد رفتار ایثارگرانه‌ای است که بسیاری از افراد نشان دادند و خود وارد عرصه شدند و ما متأسفانه نتوانستیم با این ابزار برخورد درست داشته باشیم. اعمال فشار رسانه‌ای بیرون از مرزها خیلی ساده ما را به بازی می‌گرفت. گاهی وقت‌ها استراتژی رسانه‌ای ایجاب می‌کند که مهره اصلی در یک داستان محصور گردد که نتواند عملکردی داشته باشد تا برگ برنده در اختیار خود رسانه باشد. مثلاً فرض کنید یک محقق ایرانی عملکرد بسیار خوبی دارد و شما وی را به شکلی تحقیر کنید که همه با چشم سوءظن وی را بنگرند، این رفتار کاملاً یک ترور شخصیتی است و بر کارایی آن فرد اثر گذار است. در این جنگ رسانه‌ای این اتفاق‌ها کم نیافتاد. ما در هفته اول با یک پدیده کاملاً ناشناخته مواجه بودیم. نه اطلاع از ویروسی آن را داشتیم نه ایمنولوژی آن را می‌شناختیم و نه اپیدمیولوژی بیماری را می‌دانستیم. مدیریت دانشگاهی ما توانمندی لازم برای مقابله با این اپیدمی را نداشتند و آموزش‌های لازم در اختیار وزارتخانه هم فی‌الواقع این توانایی را نداشت. تصمیم گرفته شد برای استان‌های پرخطر و مشکل‌دار نماینده‌ای ویژه فرستاده شود تا چرخ فرماندهی شهرهایی که آلوده بودند محکم شود. اما فرد شایسته‌ای که بتواند این مسئولیت را بپذیرد کم بود. فشارهای

درد

استراتژی مملکت و وزارتخانه در این جنگ باید روشن و واضح باشد. واقعا در این مدت علی‌رغم زحمت‌های زیادی که کشیده شد و به‌رغم همراهی خوب صدا و سیما و خبرنگاران بعد از چند روز تأخیر، این فرماندهی را در بیرون و درون وزارتخانه می‌توانستیم بهتر عملیاتی کنیم.



هماهنگ باشند. یکی از ابزارهای اصلی این جنگ و اپیدمی، مدیریت رسانه است. استراتژی مملکت و وزارتخانه در این جنگ باید روشن و واضح باشد. واقعا در این مدت علی‌رغم زحمت‌های زیادی که کشیده شد و به‌رغم همراهی خوب صدا و سیما و خبرنگاران بعد از چند روز تأخیر، این فرماندهی را در بیرون و درون وزارتخانه می‌توانستیم بهتر عملیاتی کنیم. اگر بخواهم مثالی عرض نمایم، مبتلا شدن آقای دکتر حریری، می‌توانست دو جنبه داشته باشد: یک جنبه ضعف سیستم که توانایی مراقبت از فرماندهان خود را

بنده بیشتر به نقاط ضعف اشاره می‌کنم و از این زاویه بیان می‌کنم. اصلاً دکتر حریری آن زمان به بنده فرمودند که از وزیر محترم یک امان‌نامه بخواهید و به معاونین و یک عده خاص مراجعه کنید و فقط نقاط ضعف را بگویید و انتشار هم ندهید، ما در این اپیدمی ضعف‌های خود را شناختیم. یکی از ضعف‌های بزرگ مملکت و وزارتخانه بحث رسانه‌ای است که مدیریت رسانه‌ای باید با مدیریت جدی و برنامه‌ریزی شده‌ای انجام گیرد. در جنگ نیروی هوایی و زمینی هر دو وارد عمل می‌شوند و باید باهم



و مردم دارند باید کاری انجام دهند، اما اقدامات آن‌ها به جای این که مثبت باشد مخرب می‌شود. در ابتدای شروع اپیدمی در کشور در مسائلی همچون مدل‌سازی بیماری هم اختلاف نظرهای زیادی وجود داشت. یکی از اشتباهات ما در طول اپیدمی و حتی در زمان کنونی، چالش مدیریت زمان است. در مدیریت بحران گام اولیه و اساسی این است که جلسات هر چه می‌تواند کوتاه‌تر باشد، ما گاهی اوقات می‌نشستیم به درد و دل کردن و این درد و دل کردن‌ها تا ساعت‌ها به طول می‌انجامید. مسئله چالش برانگیز دیگر، موزای کاری بود که این هم در زمان کنونی هنوز وجود دارد. مثال بارز موزای کاری، سامانه‌های مختلف تجمیع اطلاعات است که می‌توانم عرض نمایم پیوستن دکتر جمشیدی به ستاد وزارت خانه شاید بین ۳۰ درصد تا ۴۰ درصد نظم را افزایش داد. نظارت بر استان‌ها و ارتباط مؤثر با آن‌ها، یکی دیگر از نقاط ضعف ما بوده و هست.

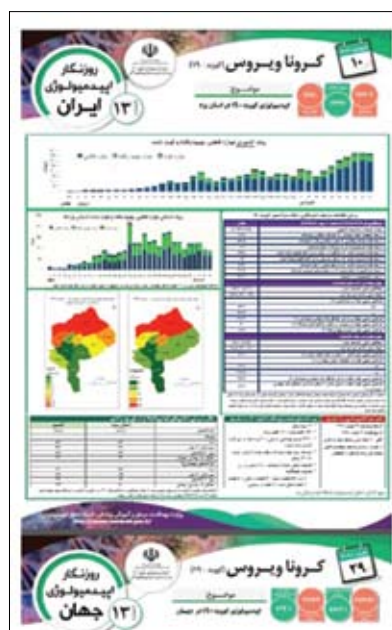
درد

این واگرایی‌ها بیانگر شکاف بین دانش و عمل بود. در کتب مربوط به اپیدمیولوژی این مباحث کاملاً مطرح شده‌اند، لذا در عمل و در مواجهه با اپیدمی، نمی‌دانستیم چگونه باید عمل کنیم.



دانشگاهی وجود داشت. این واگرایی‌ها بیانگر شکاف بین دانش و عمل بود. در کتب مربوط به اپیدمیولوژی این مباحث کاملاً مطرح شده‌اند، لذا در عمل و در مواجهه با اپیدمی، نمی‌دانستیم چگونه باید عمل کنیم. در بحث مدیریت اپیدمی کرونا اختلاف نظر وجود داشت که این اختلاف بین اپیدمیولوژیست‌ها هم کم نبود. افراد غیر متخصص اقداماتی انجام می‌دادند که شاید احساس می‌کردند براساس دینی که به مملکت

بیرونی خیلی زیاد بود و من خاطر می‌دهم همان روزهای اول مثلاً سازمان پدافند غیرعامل برای قرنطینه کردن قم فشار می‌آورد. در این مدت هم، سیاست وزارتخانه جور دیگری بود. این تقابل در سیاست‌ها و این که از رده بالاتر تا پایین یک فرماندهی مقتدر در سطوح مختلف وجود نداشت که بالاخره حرف دو گروه شنیده شده و تصمیمی گرفته شود و همه ملزم باشند تبعیت کنند، هم در لایه‌های فراوزارتی و هم در لایه‌های



وظایف خود عمل نمایم و در عمل پذیرفته شد که تغییر رفتار مردم و لزوم رعایت دقیق و کامل فاصله‌گذاری اجتماعی باید به ابزار اصلی و اساسی در مقابله با بیماری تبدیل شود. در این راستا تعطیل کردن حرم رضوی نقطه عطفی بود و توانستیم تا حدود ۴۰ درصد (نه به طور کامل) از بار سفرهای استانی به استان‌های مسافرپذیر کم نماییم. از هفته آخر اسفند ماه ۱۳۹۸ تا هفته سوم فروردین ۱۳۹۹ فاصله‌گذاری اجتماعی و هوشمند و نیز تغییر رفتار مردم به حداکثر میزان خود رسید. بتدریج از اواخر اسفند ماه ۱۳۹۸ لزوم ایزوله‌سازی هم در ادبیات بهداشت جهانی و در سطح بین‌المللی و هم در ادبیات وزارت بهداشت به طور جدی مطرح شد؛ نتیجه عملی آن هم راه‌اندازی نگاهتگاه‌ها بود. می‌خواستیم با استفاده از ظرفیت شبکه و بسیج ملی و با غربالگری افراد، آن‌ها را در منزل و نگاهتگاه‌ها نگاه داریم. شاید چالش دیگر ما، بحث نگاهتگاه‌ها بود که امیدواری زیادی داشتیم، البته آن چه که مقرر شده بود با آنچه که در عمل واقع گردید، تفاوت داشت و همین باعث شد که نگاهتگاه توفیق چندانی نداشته باشد که یکی از دلایل آن استفاده از اماکن نامناسب برای این امر بود. گفتنی است در نقاطی از کشور مثل زنجان، هتل‌های سه ستاره برای نگاهتگاه تجهیز گردیدند اما این اقدامات مثبت هم با اقبال رسانه‌ای مواجه نگردید و تنها جنبه‌های منفی دیده شد. تا هفته اول و دوم فروردین ماه ۱۳۹۹ مفهوم ایزوله‌سازی که در ستاد ملی مقابله با کرونا و مفاهیم آن که در ستاد عملی شده بود، بتدریج جای فاصله‌گذاری اجتماعی را گرفت.



در این راستا تعطیل کردن حرم رضوی نقطه عطفی بود و توانستیم تا حدود ۴۰ درصد (نه به طور کامل) از بار سفرهای استانی به استان‌های مسافرپذیر کم نماییم. از هفته آخر اسفند ماه ۱۳۹۸ تا هفته سوم فروردین ۱۳۹۹ فاصله‌گذاری اجتماعی و هوشمند و نیز تغییر رفتار مردم به حداکثر میزان خود رسید.

بهداشت کمیته‌ها کم‌کم شکل گرفت و یک تعامل نسبی بین آن‌ها ایجاد شد. توانستیم مدیریت بیماری را ترسیم نماییم. بتدریج فاصله‌گذاری اجتماعی، ارتقاء کیفیت درمان، مدیریت صحیح پرسنل بیمارستانی و وارد شدن بقیه نهادها و سازمان‌ها تحت پرچم مدیریت وزارت بهداشت شکل گرفت. تقریباً می‌توان اذعان نمود تا اوایل هفته آخر اسفند ماه ۱۳۹۸ تقریباً ۶۰ درصد امر فاصله‌گذاری اجتماعی را پیاده کرده بودیم بدون اینکه در عمل در قالب نام فاصله‌گذاری اجتماعی موضوع را مطرح نموده باشیم. در واقع ما باید به اقداماتی که انجام دادیم افتخار کنیم؛ در اینجاست که عرض می‌کنم در بحث رسانه‌ای ضعیف عمل کردیم. واقعاً با سرعتی که دانشگاه‌ها و مدارس تعطیل شدند همگی در راستای فاصله‌گذاری بود. در نهایت با وجود مقاومت‌ها و مخالفت‌ها درباره شیوه مدیریت اپیدمی، ما در هفته آخر اسفند ماه ۱۳۹۸ موفق شدیم بدون مواجهه با مقاومت و مخالفت به

← کمیته اپیدمیولوژی با هدایت شما به فعالیت‌های وزارت بهداشت رونق بخشید، وضعیت بیماری از ابتدا تا کنون را چگونه ارزیابی می‌نمائید؟

به نظر می‌رسد در مواجهه با این اپیدمی چند فاز داشتیم. فاز اول در بهمن ماه ۱۳۹۸ و زمانی بود که در یافتیم، یک بیماری به نام کرونا در دنیا است و بنابراین شروع به رصد اوضاع و احوال کشور کردیم. در خارج کشور نیز توجه خود را معطوف به سازمان بهداشت جهانی نمودیم. فاز دوم در دهه نخست اسفند ماه ۱۳۹۸ یا فاز بحران بود. بحرانی کاملاً افسارگسیخته، که ترس و اضطراب شدیدی ایجاد کرد که بسیار بیشتر از ترس و اضطراب ناشی از خود بیماری بود. واقعاً نمی‌دانستیم شتاب تند این بیماری تا چه مدت ادامه خواهد داشت، تقریباً از هفته دوم اسفند مدل دوم مدیریت خودمان را شروع کردیم. بتدریج اقدامات را از اورژانس، بیمارستان و آی‌سی‌یو به سطوح دیگر منتقل نمودیم. در داخل وزارت



آموزشی در سطح فرا-وزارتی، وزارتی و دانشگاهی داریم. در زمینه بحث اپیدمیولوژی هم دقیقاً همین وضعیت را داریم. ما باید از یک طرف این روحی که در دانشگاه ایجاد شده و گفتمانی که آغاز شده است را همچنان فعال نگه داریم و مسئله بعدی مستندسازی این‌ها و تبادل تجارب و توانمندسازی برای آینده است. این مسئله نیاز به برنامه‌ریزی اساسی دارد.

◀ مقام محترم وزارت هشدار از شیوع توام آنفلوآنزا و کووید-۱۹ در پاییز ۱۳۹۹ دادند. چه آمادگی‌هایی در این خصوص باید داشت؟ گروه اپیدمیولوژی چگونه باید بیماری را رصد نماید؟

نگرانی بسیار جدی در این زمینه دارم. ساختار ستاد کرونایی تواند همچنان به شکل کنونی ادامه یابد. از سوی دیگر کمیته‌های اپیدمیولوژی باید همچنان در دانشگاه‌ها فعال باقی بمانند، اما در عین حال هم حرفی برای گفتن داشته باشند. باید به طور جدی متمرکز بر تبادل تجارب، مستندسازی و توانمندسازی برای آینده بشویم. یکی از محاسن مملکت ما امکان تغییر و سازش فوری با شرایط است که باید از این ظرفیت استفاده کنیم (مثل افزایش تولید روزانه ماسک از ۶۰۰ هزار عدد به ۶ میلیون عدد که انجام شد). در شرایط فعلی امکان ذخیره‌سازی استراتژیک به اندازه کافی وجود ندارد اما باید روی این مسئله هم اکنون کار اساسی انجام بدهیم. باید کمیته‌های اپیدمیولوژی را برای کسب نتایج مطلوب در مسیر اصلی خود قرار دهیم.



ویروولوژی و البته اپیدمیولوژی باید وجود داشته باشد. بنده معتقد هستم بدنه علمی کشور باید به این جمع‌بندی برسد و باید اذعان نمایم اقداماتی در این زمینه هم انجام شده و خدمت وزیر محترم بهداشت، آقای دکتر نمکی ارائه گردیده است. در هر حال معتقد هستم که در دوران اپیدمی باید از ظرفیت دانشگاهی و گروه‌ها و چندان استفاده نمود و نقص‌های آموزشی و آموزش‌های مکمل را از طریق آموزش مجازی جبران نمود. حتی با وزارت علوم هم در زمینه‌های مختلف همکاری داشته باشیم و فقط محدود به دوران کرونا نباشد. بنده یک نگرانی خیلی جدی دارم و بارها در جلسات متعدد عرض نمودم که ما نیاز به بازنگری در برنامه‌های

◀ همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد شاید در برنامه‌های آموزشی نیز باید بازنگری انجام گیرد. برنامه آینده شما برای پررنگ نمودن اپیدمیولوژی در متون آموزشی پزشکی و پیراپزشکی چیست؟

البته اینکه بنده کمی تأمل دارم که کلمه اپیدمیولوژی را کمتر استفاده کنم، به این دلیل است که شائبه دفاع از رشته تحصیلی پدید نیاید. به نظر می‌رسد، امروز لازم است بیشتر از رشته به نقص دانش و مهارت خودمان واقف باشیم. این وقوف اطلاعاتی نه فقط در بحث اپیدمیولوژی بیماری، بلکه همان گونه که عرض نمودم در مسئله مدیریت زمان، تصمیم‌گیری و آموختن الفبای ایمونولوژی، الفبای

داد

در هر حال معتقد هستم که در دوران اپیدمی باید از ظرفیت دانشگاهی و گروه‌ها و چندان استفاده نمود و نقص‌های آموزشی و آموزش‌های مکمل را از طریق آموزش مجازی جبران نمود. حتی با وزارت علوم هم در زمینه‌های مختلف همکاری داشته باشیم و فقط محدود به دوران کرونا نباشد.





سازمان غذا و دارو کشور



محمد رضا شانه‌ساز

معاون وزیر و رییس سازمان غذا و دارو

می فرمودند: «در شرایط کمبود اقلام حفاظت فردی و مواد ضد عفونی، حداقل، دارو باید به بیماران برسد». داروها خیلی به سختی در این دوران تأمین می‌شدند و اگر خوشنامی دکتر نمکی و روابط و اعتماد برخی از شرکت‌های داروسازی به سیستم نبود، امر تأمین دارو با چالش‌های عمده مواجه می‌شد. تأمین و واردات دارو علی‌رغم بسته بودن فرودگاه‌ها با مشکلات جدی مواجه بود. البته این دو دارو در داخل هم تولید می‌شد، اما به دلیل این پیش‌بینی که این داروها در مورد کووید-۱۹ اثربخش نیستند و علی‌القاعده نباید هم تجویز می‌شدند، بر این اساس ذخیره دارویی ما همان مقدار ذخیره برای شرایط عادی و مواجهه با آنفلوآنزا بود.

درد

داروها خیلی به سختی در این دوران تأمین می‌شدند و اگر خوشنامی دکتر نمکی و روابط و اعتماد برخی از شرکت‌های داروسازی به سیستم نبود، امر تأمین دارو با چالش‌های عمده مواجه می‌شد.

محافظت فردی باشیم. از سوی دیگر، در تعامل با دانشمندان و مدیران ملی و بین‌المللی در باب داروهای مؤثر بر کووید-۱۹ نیز مشخص شد که حقیقتاً دارو یا واکنس خاص این بیماری هنوز تولید نشده است و در پیگیری‌های بعدی در مورد لزوم ذخیره‌سازی دارو، مسئولان می‌فرمودند: «نیازی به ذخیره‌سازی نیست». اما به محض ورود و شیوع بیماری در کشور، به دلیل اینکه فرهنگ نسخه‌نویسی در کشور ما جا افتاده است و بیماران نیز انتظار تجویز دارو از پزشک را دارند، برخی از داروهای خاص از جمله Osetamivir و Kaletra تجویز شد و در عرض چند روز تمام ذخایر این داروها تخلیه شد و مشکلات بسیاری پدید آورد. مقام محترم وزارت آقای دکتر نمکی هم

◀ **آیا تولید تجهیزات فردی استمرار خواهد یافت و با توجه به احتمال شیوع کووید-۱۹ به همراه آنفلوآنزا در پاییز سال جاری، برای تأمین داروهای مورد نیاز و اقلام بهداشتی در این زمان باقی مانده چه تمهیداتی اندیشیده شده است؟**

همه‌گیری کووید-۱۹ در ایران همزمان با تشدید و اعمال تحریم‌های ظالمانه علیه کشورمان بود. اگر توانمندی داخلی نبود شاید نمی‌توانستیم با وجود مشکلات ارزی، داد و ستد و انتقال بسیار دشوار ارز در این برهه به سهولت جوابگوی مشکلات ناشی از بیماری کووید-۱۹ به ویژه در مقوله تولید تجهیزات

تا حدودی مشکل از این نظر حل شد. در مرحله بعدی مواد اولیه وارد کشور شد و کارخانه‌ها و شرکت‌های داروسازی داخلی شروع به ساخت دارو نمودند و نگرانی در بحث تولید دارو برطرف شد. ضمن اینکه با ارائه مقالات و مطالعات پژوهشی در مورد این داروها، تجویز این داروها از قلم اطباء بسیار محدود شد و خوشبختانه. وضعیت حاد دارویی در همان دو هفته نخست همه‌گیری تحت کنترل قرار گرفت.

در مورد تأمین اقلام ضد عفونی و مواد بهداشتی، به لطف خداوند معضل جدی پدید نیامد و کمبودها (بجز در دو هفته نخست) به سرعت رفع شدند. در مورد استفاده از ماسک هنوز هم بحث بر سر استفاده یا عدم استفاده از آن وجود دارد، اما در مورد محلول ضد عفونی این تردیدها وجود نداشت و با حجم بالای مصرف این اقلام مواجه شدیم. ظرفیت تولید محلول ضد عفونی در کشور در شرایط عادی ۳۵۰۰ تن بود که به طور معمول کمتر از ۱۰۰۰ تن مصرف می‌گردید (به این معنا که همواره سه برابر نیاز داخلی، ظرفیت تولید داشتیم) اما در زمان همه‌گیری بیماری در مدت زمان کوتاهی کمتر از ده روز مصرف این مواد به ۸۰۰ تن رسید (تقریباً معادل مصرف یکسال). ظرفیت تولید الکل در کشور به طور کلی بالاست. ظرفیتی معادل ۸۰۰۰ تن ذخیره الکل در شرکت‌های الکل‌سازی به‌ویژه شرکت رازی در خوزستان موجود بود که بسیار کمک‌کننده بود و چندین شرکت الکل‌سازی نیز در این دوران راه‌اندازی شد. اما در همین دوران با توجه به حجم مصرف محلول و مواد ضد عفونی در یافتیم که این میزان تولید و ذخایر موجود بارش‌های



دارو مواجه بودیم و موجودی ذخایر به شدت کم بود و آقای دکتر نمکی نیز روزانه چندین مرتبه با بنده تماس می‌گرفتند تا داروهای مورد نیاز برای دانشگاه‌ها و مراکز درمانی تأمین شود. با توجه به فشارهایی که بر روی وزیر بود، حقیقتاً بیان اینکه موجودی دارو به صفر نزدیک می‌شود، بسیار سخت و دشوار و سبب آشفتگی خاطر ایشان می‌شد. در آن شرایط توزیع دارو را با هر دشواری که بود با همکاری معاونت بهداشت مدیریت کردیم اما موجودی دارو از میزان نیاز بسیار کمتر بود. خوشبختانه محموله دارویی کلترا (kaletra) با امضای رییس گمرک حیدرآباد در وضعیت تعطیلی گمرک از آنجا ترخیص و به سمت بمبئی پرواز کرد اما به دلیل تأخیر در صدور مجوز، پرواز قطر هم انجام شده بود، بدلیل محدودیت پروازها و اینکه معلوم نبود چه زمانی می‌توانیم این داروها را حمل کنیم در وضعیت بسیار ناامید کننده‌ای قرار داشتیم اما به لطف خدا با همکاری وزارت راه و شهرسازی برای ۲۴ ساعت بعد هم برنامه پروازی اعلام شد که عمدتاً به دلیل همین محموله دارویی برقرار شده بود و این پرواز از بمبئی مستقیم به تهران آمد و

تأمین این داروها توسط شرکت‌های فوریتی انجام گرفت و وزارت راه و شهرسازی (وزیر و معاون وزیر) با وجود تعطیل بودن گمرکات به‌ویژه تعطیلی فرودگاه بمبئی و گمرک حیدرآباد هند که از هفته دوم اسفند ماه ۱۳۹۸ عملاً تعطیل بودند، در این مورد بسیار با ما همکاری نمودند و بارها از سوی آقای دکتر نمکی نیز در جلسات مختلف مورد تقدیر قرار گرفتند. به‌عنوان نمونه شرکت بزرگ داروسازی در صدد بود تا یک محموله داروی کلترا (Kaletra) به کشور وارد کند که قرار بود در ابتدا تحویل یکی از کشورهای غربی شود، اما با پیگیری این شرکت و تلاش همکاران سازمان غذا و دارو و رایزنی مقامات سفارت ایران در هند، وزارت امور خارجه و وزارت راه و شهرسازی قرار شد این محموله برای ما، اما به اسم کشوری غیر از ایران بارگیری شود. مشکلی که وجود داشت تعطیلی گمرکات و فرودگاه‌ها بود و محموله دارویی مذکور باید از فرودگاه گمرک حیدرآباد به بمبئی و از آنجا به قطر آمده و سپس به ایران پرواز می‌کرد. این مسیر معمول بود که باید طی می‌شد و ما نیز به طور جدی با مشکل کمبود

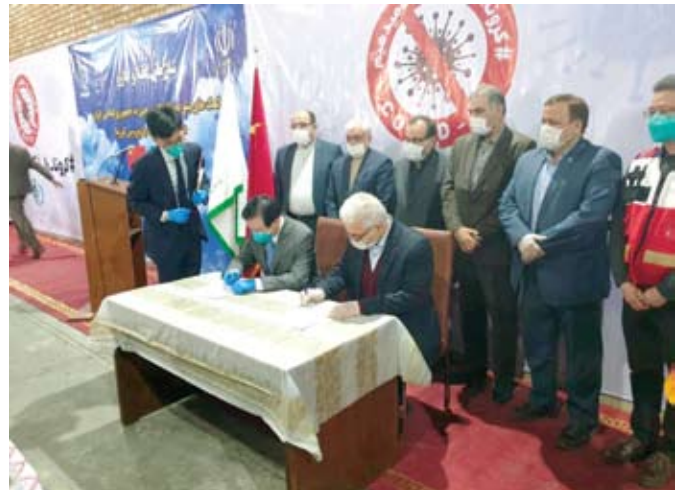


در مورد تأمین اقلام ضد عفونی و مواد بهداشتی، به لطف خداوند معضل جدی پدید نیامد و کمبودها (بجز در دو هفته نخست) به سرعت رفع شدند. در مورد استفاده از ماسک هنوز هم بحث بر سر استفاده یا عدم استفاده از آن وجود دارد، اما در مورد محلول ضد عفونی این تردیدها وجود نداشت و با حجم بالای مصرف این اقلام مواجه شدیم.

اگر در مورد قیمت مانعی وجود دارد، رفع شود و اگر در حوزه تعزیرات با مشکلی مواجهیم سریعاً مرتفع گردد و هیچ موردی بالاتر تکلیف نماند. در زمینه محلول و ژل ضد عفونی مجوز صادرات نیز صادر نمودیم. لازم به ذکر است که آمار مصرف سالانه الکل در کشور حدود ۸۰۰۰ تن می باشد که در دوران اپیدمی به میزان ۲۱۰۰۰ تن و تقریباً سه برابر مصرف عادی رسید. در زمینه تولید ماسک نیز باید اذعان نمود که در شرایط عادی میزان ظرفیت تولید با مصرف ماسک فاصله بسیاری دارد. در این شرایط تعداد ۱۵۰-۱۲۰ هزار ماسک سه لایه در کشور تولید که از این میزان ۲۰-۱۰ هزار عدد هم صادر می شد. اما به یکباره نیاز کشور به ماسک حدوداً به تعداد ۴/۵ میلیون عدد در روز رسید این در حالی بود که با تولید شبانه روزی و سه شیفته شرکت های تولید کننده در بهترین حالت می توانستیم ۴۰۰ هزار عدد ماسک تولید نماییم که عملاً نیز در روزهای ابتدایی اپیدمی به این میزان تولید ماسک نتوانستیم دست پیدا کنیم. با رفع کلیه موانع و چالش هایی که تصور می نمودیم بر سر راه تولید وجود دارد، باز هم فقط از طریق روش های معمول نمی توانیم تولید ماسک را به میزان برآورده شده برسانیم. با معاونت توسعه سازمان، آقای دکتر گرجی، قرار بر این شد که تولید ماسک به سمت استفاده از اصناف برود که در این مبحث، جا دارد از این گروه و نیز بسیج و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تشکر نماییم. ذکر این نکته خالی از فایده نیست که وزارت دفاع بزرگترین تولید کننده و مصرف کننده الکل در کشور است. در دوران کرونا فعالیت های جاری صنایع دفاعی

درد

هم اکنون در زمینه محلول و ژل ضد عفونی و الکل بیش از حد نیاز تولید داریم. ابتدا به داروخانه های سپس به فروشگاه های زنجیره ای بزرگ و به سوپر مارکت های مجاز اجازه توزیع داده شد، ولی هنوز هم در شرکت های سازنده در مورد فروش محصولات ضد عفونی انبار و ذخیره شده به دلیل مازاد به مصرف نگرانی هایی وجود دارد که برای رفع این نگرانی ها در جلسات روزانه تصمیم گیری می شود.



مجدداً متوقف شده است. بسیاری از خطوط تولید اسانس ها و مواد گیاهی، مواد آرایشی و بهداشتی در این دوران تغییر کاربری داده و به تولید الکل و مواد ضد عفونی کننده پرداختند. نیاز کشور به مواد ضد عفونی کننده در همان دو هفته نخست همه گیری بیماری رفع شد. هم اکنون در زمینه محلول و ژل ضد عفونی و الکل بیش از حد نیاز تولید داریم. ابتدا به داروخانه ها سپس به فروشگاه های زنجیره ای بزرگ و به سوپر مارکت های مجاز اجازه توزیع داده شد، ولی هنوز هم در شرکت های سازنده در مورد فروش محصولات ضد عفونی انبار و ذخیره شده به دلیل مازاد به مصرف نگرانی هایی وجود دارد که برای رفع این نگرانی ها در جلسات روزانه تصمیم گیری می شود. این جلسات هر روز در کمیته لجستیک ستاد کرونا واقع در وزارت صنعت، معدن و تجارت در دفتر آقای مهندس مدرس خیابانی و معاونان آن وزارت خانه، با حضور نمایندگان وزارت اطلاعات، اطلاعات سپاه، دادستانی، سازمان حمایت از مصرف کننده، سازمان تعزیرات و سازمان غذا و دارو فی المجلس تصمیم گیری می شد که

معمول پاسخگو نخواهد بود. بنده با مسئولیت شخصی خودم یک نامه رسمی به تمام معاونت های غذا و دارو دانشگاه ها ارسال نمودم که برای تمام شرکت های متقاضی تولید ماسک، لباس، گان، الکل و مواد ضد عفونی و سایر اقلام مقابله با کرونا، رأساً مجوز صادر کنید و فقط یک رونوشت به سازمان غذا و دارو جهت اطلاع و ثبت ارسال دارید. در این راستا برای حدود ۸ کارخانه الکل سازی مجوز صادر شد که قبل از همه گیری، یا بازار نداشتند و یا با محدودیت برای صدور مجوز در تولید الکل مواجه بودند. به طور نمونه یکی از کارخانه های بزرگ در این حوزه، کارخانه نیشکر هفت تپه بود که سال ها در انتظار دریافت مجوز بوده است اما در این دوران از طرف دانشگاه علوم پزشکی اهواز موفق به اخذ مجوز گردید. واقعاً یک اقدام جهادی در این زمینه صورت گرفت. به همراه صدور مجوز برای این اقلام، مجوز واردات الکل به میزان برآورد مصرف کشور با همکاری وزارت صمت به طور محدود نیز صادر گردید که این مجوز تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ به قوت خود باقی بود، لیکن هم اکنون با افزایش ظرفیت تولید الکل مجوز واردات

اقلام دست به گریبان بودند، استفاده گردد. در ابتدا تصمیم گرفته شد تا در هفته اول، ظرفیت موجود اقلام حفاظت فردی در اختیار تیم پزشکی و پرستاری به دلیل مواجهه مستقیم با بیماران و همچنین در اختیار بیماران غیر کووید-۱۹ که در بخش‌های دیگر بستری بودند قرار بگیرد. اما از هفته سوم که ظرفیت تولید و تأمین اقلام ضد عفونی کننده افزایش یافت، مجدداً توزیع داروخانه‌ای از سر گرفته شد و در ماه‌های بعد ماسک هم به داروخانه‌ها داده شد.

در مورد لباس مخصوص و گان چون تکنولوژی تولید این کالا بسیار پیچیده بود، در اوج همه‌گیری کووید-۱۹ در سازمان غذا و دارو اتاق فکری با حضور آقای دکتر شجاعی دکترای نساجی که به صورت اتفاقی و داوطلبانه به ما پیوستند، با همکاری گروه تجهیزات و گروه سازمانی ارزیابی درون سازمانی و برون سازمانی از وضعیت صورت گرفت و داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد و وضعیت ما در جدول ماتریکس مشخص شد و برنامه آینده برای این بحران طراحی گردید. در یافتیم که مشکل موجود در بحث تجهیزات فردی در تمام دنیا اولاً تأمین ماسک به اندازه کافی و ثانیاً تأمین لباس حفاظت فردی است و همه کمبود دارند. گاهی اوقات در رسانه‌های ارتباط جمعی مشاهده می‌شد که پرستاران و کادر درمان آمریکا و اروپا به دلیل کمبود گان از کیسه‌های زباله پلاستیکی استفاده می‌کردند تا کمترین تماس را با سایرین و سطوح داشته باشند. آنچه که ما تاکنون به عنوان لباس محافظتی در مجموعه داشتیم لباس‌هایی با جنس پروپیلن بود که حالت مشمایی داشته و یکبار

۹۵ قبل از اپیدمی کمتر از ۵ هزار عدد بود و مصرف آن عمدتاً در بخش صنعت بود. سردار قریشی از صنایع دفاع وابسته به وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح اولین گروهی بودند که قرارداد تولید ماسک N۹۵ با سازمان غذا و دارو منعقد نمودند و روزانه ۲۰ تا ۲۵ هزار عدد از این نوع ماسک تحویل شد. مصرف روزانه این نوع ماسک در دوران اپیدمی از روزی ۵ هزار عدد به یکبار به تعداد مصرف روزانه ۱۰۰ هزار عدد رسید. به این منظور برنامه‌ریزی‌هایی صورت گرفت و کارگاه‌های ویژه راه‌اندازی شد و به همراه آموزش‌های لازم هم‌اکنون ظرفیت تولید ماسک N۹۵ در کشور به ۲۰ هزار عدد در روز رسیده است که کیفیت خوب و قابل قبولی دارند، حتی مجوز صادرات هم صادر شد. لازم به ذکر است که در هفته اول به دلیل کمبود شدید ماسک و مواد ضد عفونی، مقرر شد تا این اقلام از داروخانه‌ها جمع‌آوری و دیگر توزیع نشود و صرفاً در اختیار هیأت امنای صرفه جویی وزارت بهداشت قرار گیرد تا برای محافظت در اختیار کادر درمان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی که به شدت با کمبود این

متوقف شد و تمام ذخایر و تولیدات الکل در اختیار حوزه سلامت قرار گرفت، که البته هم‌اکنون به وضعیت عادی خود بازگشته است. تمام ظرفیت تولید لباس در وزارت دفاع به تولید ماسک N۹۵ اختصاص داده شد. برای تولید ماسک سه لایه وزارت صنعت و معدن و تجارت، اصناف و بسیج اصناف پای کار آمدند. از شبکه‌های مختلف تلویزیونی به ویژه شبکه سلامت و نیز از سوی روابط عمومی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نحوه تولید ماسک در منازل به مردم آموزش داده شد. اصناف بسیار در این حوزه عملکرد قابل قبولی ارائه دادند. دستگاه تولید ماسک در اصفهان طراحی و راه‌اندازی گردید که قبلاً این دستگاه در کشور وجود نداشت. هم‌اکنون ظرفیت روزانه تولید ماسک سه لایه صنعتی در کشور به ۲/۵ میلیون عدد رسیده است که هم‌بخش خصوصی و هم ستاد اجرایی فرمان حضرت امام کار کردند. علاوه بر این به همین میزان هم تولید صنفی و کارگاهی داریم که مجوز برای آن‌ها صادر کردیم و پروتکل تولید در اختیارشان قرار دادیم. ظرفیت تولید روزانه ماسک

د

مصرف روزانه این نوع ماسک در دوران اپیدمی از روزی ۵ هزار عدد به یکبار به تعداد مصرف روزانه ۱۰۰ هزار عدد رسید. به این منظور برنامه‌ریزی‌هایی صورت گرفت و کارگاه‌های ویژه راه‌اندازی شد و به همراه آموزش‌های لازم هم‌اکنون ظرفیت تولید ماسک N۹۵ در کشور به ۲۰ هزار عدد در روز رسیده است که کیفیت خوب و قابل قبولی دارند، حتی مجوز صادرات هم صادر شد.



خارج نموده و به دوخت لباس و ماسک اختصاص دادند. هم‌اکنون ۵۰۰ هزار ماسک به داروخانه‌ها تحویل داده می‌شود که ماسک‌های نیمه صنعتی هستند و اولتراسونیک نمی‌شوند (دوخت حرارتی) و با چرخ خیاطی دوخت می‌خورند.

قبل از اینکه دنباله سمت تولید ماسک پارچه‌ای برود در سازمان به پیشنهاد دوستان قرار شد همانند شیوع بیماری‌های واگیر در گذشته‌های دور از ماسک پارچه‌ای هم استفاده شود. آنچه که ارائه شد ماسک با یک لایه کتان صد درصد و یک لایه ملت بلون (Melt Blown) بود که در تمام خیاط‌خانه‌ها ماسک دو لایه پارچه‌ای با یک لایه ملت بلون تولید شد. بسته‌هایی ۱۰ تایی و ۲۰ تایی ملت بلون در سازمان غذا و دارو تولید شد که قابلیت خروج هوا از ماسک را دارد. به این صورت که با خارج کردن لایه ملت بلون می‌توان ماسک پارچه‌ای را شسته و با اتو یا ششوار خشک نموده و سپس لایه ملت بلون را در میانه قرار داده و ماسک را مورد استفاده مجدد قرار داد. اکثر مردم هم‌اکنون از این نوع ماسک‌ها استفاده می‌کنند. خطوط تولید در خیاط‌خانه‌های کمال شهر کرج و اطراف تهران با ۳۰۰ الی ۴۰۰ چرخ به کار تولید ماسک مشغول شدند که هنوز هم در حال تولید هستند.

طراحی و تولید لباس ایزوله امر بسیار دشواری بوده و نیازمند تکنولوژی و دانش فنی خاصی بود. اولین محموله پروپیلن برای تولید لباس از پتروشیمی تحویل گرفته شد. لباس‌هایی که با این ماده تولید می‌شده‌ها جنس کیسه‌های سیمان بود که در بیمارستان‌ها به عنوان گان مورد استفاده قرار می‌گرفت و بسیار خشک



سه لایه جراحی تحویل داده می‌شد. مسئله اساسی این بود که اگر نیروهای خط مقدم مقابله با کرونا درگیر بیماری می‌شدند، دیگر نمی‌توانستیم جوابگوی رسیدگی و درمان بیماران در مراکز درمانی باشیم. در نتیجه باید تمام امکانات به سمت و سوی بیمارستان‌ها سوق داده می‌شد. تا جایی که روزانه الان ۱ میلیون ۲۵۰ هزار ماسک از تعداد ۲/۵ میلیون ماسک تولیدی در روز به بیمارستان‌ها تحویل داده می‌شود. ۵۰۰ هزار ماسک به عنوان ذخیره استراتژیک نگهداری شده و ۵۰۰ هزار ماسک به طور آزاد توزیع می‌شود. این تعداد ماسک، ماسک‌های صنعتی هستند که تولید آن‌ها در داخل کشور از ۱۲۰ تا ۱۶۰ هزار عدد در روز به ۲ میلیون عدد در روز رسیده است. مطابق با این آمار، سیستم‌های نیمه صنعتی نیز مشغول به تولید هستند. تمام تولیدکنندگان البسه مثل اتحادیه تولیدکنندگان، شرکت‌ها کوپیان، زارا، ال سی من، نانو، افتخاری، سلیمانی فرو و... که هر یک چند صد چرخ خیاطی برای تولید لباس در اختیار داشتند که در دوران اپیدمی کل ظرفیت تولید البسه خود را از خطوط تولید انواع پوشاک

مصرف بودند و در اتاق عمل مورد استفاده قرار می‌گرفتند که شکل لباس هم نداشت و فقط گان، کلاه و پیراهن و شلوار بود. به شدت با کمبود لباس مواجه بودیم و شاید کل زحمتی که مجموعه دوستان در وزارت صنعت، معدن و تجارت با وجود مشکلات واردات و بسته شدن مبادی حمل و نقل متقبل گردیدند، تأمین ۲ یا ۳ محموله ۲۵۰ تا ۳۹۰ هزار عددی بود که تحویل سازمان غذا و دارو شد. طبق اعلام معاونت درمان وزارت بهداشت، نیاز بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بسته به شیوع و بروز بیماری حدوداً ۱۰۰ هزار عدد لباس در روز بود. به ازای هر بیمار بستری در بخش ICU و سایر بخش‌های حاد، به ۳ تا ۴ دست لباس در طول ۲۴ ساعت نیاز داشتیم. در هر شیفت یک لباس (شیفت صبح یک دست، شیفت ظهر یک دست و در شیفت شب دو دست لباس) و به ازای هر بیمار ۸ عدد ماسک سه لایه جراحی مورد مصرف قرار می‌گرفت و از طرف دیگر به ازای هر بیمار و تعداد خدمه به یک ماسک N۹۵ نیاز بود. به عبارت دیگر، به ازای ۱۰۰ هزار دست لباس باید ۸۰۰ هزار ماسک N۹۵ و ۸۰۰ هزار ماسک

داد

در نتیجه باید تمام امکانات به سمت و سوی بیمارستان‌ها سوق داده می‌شد. تا جایی که روزانه الان ۱ میلیون ۲۵۰ هزار ماسک از تعداد ۲/۵ میلیون ماسک تولیدی در روز به بیمارستان‌ها تحویل داده می‌شود. ۵۰۰ هزار ماسک به عنوان ذخیره استراتژیک نگهداری شده و ۵۰۰ هزار ماسک به طور آزاد توزیع می‌شود.

و زبر بودند. با هماهنگی‌های انجام گرفته به این ماده مقدار مشخصی مواد بهبود دهنده اضافه شد و ۷ ورژن لباس از این ماده در سازمان غذا و دارو تهیه شد.

ورژن اول لباسی بود با جنس مشابه پارچه حریر که برای آزمایش به سازمان انرژی اتمی تحویل شد و طی آزمایش ویژه مشخص شد که این لباس تا ۱۳۰۰ پاسکال فشار را تحمل می‌کند و هیچ ذرات ویروسی را از خود عبور نمی‌دهد. تمام لباس‌هایی که در دنیا تولید می‌شد یا تنفس‌پذیر و یا تنفس‌ناپذیر بودند که در بخش ICU استفاده از لباس تنفس‌ناپذیر بسیار سخت بود و کل تعریق عزیزان کادر درمان در طول فعالیت در چکمه‌های آن‌ها جاری می‌شد. زیرا ۸ ساعت باید این لباس در یک شیفت در تن این عزیزان می‌بود و مشکلات زیادی داشت. بنابراین ما به این سمت رفتیم که لباس تنفس‌پذیر تولید نماییم که دارای هواگیر باشد و البته ذرات ویروسی را نیز از خود عبور ندهد

و تعرق را بیرون بدهد. در لباس تولید شده از سوی سازمان غذا و دارو فیلم تنفسی قرار داده شده و لمینیت شد و برای آزمایش به سازمان انرژی اتمی ارسال گردید و این سازمان با آزمایش انجام گرفته اعلام نمود که لباس مذکور ذرات ویروس را عبور نمی‌دهد. برای هر آزمایش روی لباس حدوداً مبلغ ۶ میلیون تومان هزینه می‌شد. اولین لباس تنفسی غیر بافتینه (Span less) برای نخستین بار در تاریخ کشور در مجموعه سازمان غذا و دارو تولید شد که از سوی نهادهای نظارتی مختلف مورد بازدید قرار گرفت. برای سازگاری با پوست نیز ویسکوز، کتان و پنبه هم اضافه شد و بدین ترتیب نسل هفتم لباس محافظت فردی در کشور تولید شد و برای اخذ تأییدیه هریک از لباس‌ها را در اختیار بیمارستان قرار دادیم و تأیید آن‌ها را دریافت کردیم. هم‌اکنون به جایی در مجموعه رسیده‌ایم که بیش از ۱ میلیون دست لباس در انبار حیات امان ذخیره‌سازی کرده‌ایم و لازم است



لازم به ذکر است که خود دانشگاه‌ها هم ذخیره ماسک و لباس دارند. شرکت‌های ترغیب شده برای تولید ماسک و لباس هم اکنون نیز مشغول به کار هستند و ما آمادگی کامل برای تولید اقلام حفاظت فردی را داریم.

تا این ذخیره به ۱/۵ میلیون دست افزایش یابد و همین‌طور تعداد ۳۰ میلیون ماسک نیز ذخیره شده است. لازم به ذکر است که خود دانشگاه‌ها هم ذخیره ماسک و لباس دارند. شرکت‌های ترغیب شده برای تولید ماسک و لباس هم اکنون نیز مشغول به کار هستند و ما آمادگی کامل برای تولید اقلام حفاظت فردی را داریم.

یکی از خطرات خود را از دوران مدیریت بحران کووید-۱۹ شرح دهید؟

یکی از دوستان به عنوان خیر و بازرگان البسه بودند که در مراسم اربعین با ایشان آشنا شده بودیم و در همان هفته اول همه‌گیری کووید-۱۹ ایشان به ما مراجعه کردند تا الکل و محلول ضد عفونی خریداری نمایند و در مناطق محروم حاشیه شهر توزیع کنند. بنده به دلیل مشغله ذهنی و درگیری فکری ناشی از کرونا فراموش کرده بودم که ایشان دکترای نساجی بودند، اما به یکباره به خاطر آمد و به طور اتفاقی از ایشان در زمینه تولید ماسک و لباس مشاوره خواستیم و ایشان به دلیل تجربه‌ای که در امر تولید و تجارت پارچه و البسه داشتند، وارد مجموعه ما شدند و ورود ایشان لطف و نعمت بسیار بزرگی بود. ایشان واقعاً تمام ظرفیت کاری و شخصی خویش را با خلوص نیت بطور داوطلبانه در اختیار سازمان قرار دادند. ایشان تاجری بودند که در این دوران روزانه ۱۰ تا ۱۲ ساعت وقت در سازمان برای مشاوره در تولید ماسک و لباس در اختیار ما قرار می‌دادند. این همکاری خالصانه و مؤثر بیانگر مشارکت همه‌جانبه بخش دولتی و خصوصی برای خدمت مردم بود.





معاونت حقوقی، مجلس و امور استانها



مهندس طاهر موهبتی

معاون حقوقی، مجلس و امور استانها

و پیشنهادات مختلفی را به صورت موردی در حوزه‌های مالیاتی، تأمین اجتماعی، مالکیت فکری، قراردادهای، مسئولیت مدنی دولت، محیط زیست و خشونت‌های خانگی، انتشار اخبار کذب و ... تهیه و ارائه نمودیم.

در راستای بررسی ابعاد و آثار تحریم‌های ظالمانه با تمامی فعالان حوزه سلامت مکاتبه نمودیم و اسناد و مدارک قابل استنادی را برای پیگیری موضوع مطالبه نمودیم و مدارک و مستندات حقوقی را به مراجع ذی‌ربط جهت طرح دعاوی و شکایات لازم در مجامع بین‌المللی ارسال کردیم.

در ارتباط با تحریم‌ها و تهیه ارقام پزشکی، کشورمان در تبادل مالی برای خرید دستگاه‌های پزشکی از جمله ونتیلاتور و تخت‌های آی‌سی‌یو

داد

در راستای بررسی ابعاد و آثار تحریم‌های ظالمانه با تمامی فعالان حوزه سلامت مکاتبه نمودیم و اسناد و مدارک قابل استنادی را برای پیگیری موضوع مطالبه نمودیم و مدارک و مستندات حقوقی را به مراجع ذی‌ربط جهت طرح دعاوی و شکایات لازم در مجامع بین‌المللی ارسال کردیم.

خصوص مدیریت آثار ناشی از شیوع ویروس کرونا هستیم.

البته اقدامات انجام شده در کشورمان نسبت به اوایل شیوع ویروس کرونا، بسیار قابل توجه است و دولت و تمام ارکان حاکمیت به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های مسئول تأمین کالاهای اساسی، فعالیت‌ها و خدمات بسیار خوبی ارائه کردند و به گونه‌ای قابل تحسین توانستند وظایف خود را انجام دهند که جای تقدیر و سپاس دارد و کشورمان توفیقات خوبی در مقابله با ویروس کرونا داشته‌است.

این معاونت از ابتدای شیوع این ویروس ابعاد حقوقی بحران کرونا را با تولید ۴۰ مقاله و اجرای طرح‌های پژوهشی مرتبط مورد ارزیابی قرار داد

بی‌تردید بیماری کووید-۱۹ نه تنها ارتباطات انسان‌ها را تحت الشعاع قرار داده بلکه در پاره‌ای از مواقع به تغییر در قوانین نیز نیاز است. به نظر شما چه نوع قوانینی در وزارت بهداشت باید بازنگری شوند؟ برنامه شما برای استفاده از بیمارستان‌های جدید چیست؟

با شروع بحران کرونا، موضوعاتی در سطح ملی و بین‌المللی در زمینه حقوق عمومی، حقوق خصوصی و به ویژه حقوق بین‌الملل پدید آمد که شاید آمادگی لازم را نداشتیم. از این‌رو، نیازمند اقدامات ساختارمند و نظام‌مند حقوقی در راستای پیش‌بینی‌های قانونی لازم در

حقوقی، مجلس و امور استان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۹۳ شروع شده و ثمرات آن امروز برداشت می‌شود، تنقیح قوانین حوزه سلامت است. مراحل اجرای طرح تنقیح قوانین حوزه سلامت از سال ۱۳۹۳ در این معاونت شروع شد و در حال حاضر یکی از مهمترین محصولات آن یعنی «طرح فهرست قوانین و احکام نامعتبر در حوزه سلامت» در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده است. به موجب ماده واحده این طرح، ۶۳۹ عنوان قانون و ۱۸۳۸ حکم قانونی نامعتبر غیر صریح در حوزه سلامت اعم از نسخ ضمنی، منتفی و مدت منقضی، بی اعتبار اعلام شده است. با تصویب این طرح، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را باید جزو دستگاه‌های پیشرو در امر تنقیح قوانین و انجام تکالیف قانونی مربوط به آن دانست. تدوین و تصویب طرح مذکور در مجلس شورای اسلامی به تحقق اهدافی مانند اصل حاکمیت قانون و قانون‌مداری، تضمین حق دسترسی مردم به قوانین عاری از تعارض و تغییر با سایر قوانین، جلوگیری از دوگانگی یا چندگانگی در اجرای قوانین و تبعیض ناروا و تضييع حقوق مردم، ساده‌سازی و قابل فهم نمودن قوانین، ارتقای کارآمدی و اثربخشی نظام حقوقی و قانونی، پیشگیری و مقابله با فساد اداری و ارتقای سلامت نظام اداری، روشن شدن و مشخص کردن حدود صلاحیت، اختیارات و مسئولیت‌های قانونی مجریان قانون، روشن شدن و مشخص کردن حقوق و تکالیف مردم، شفاف‌سازی و عدم ابهام در احقاق حقوق حقه مردم و کاهش تورم قوانین در حوزه سلامت کمک می‌کند. طرح



امروز در شرایطی قرار داریم که کشورمان نیازمند است تا ابعاد و آثار حقوقی ویروس کرونا در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، حقوقی و فرهنگی را مورد توجه قرار دهد و در آن پیش‌بینی‌ها و راهکارهای ساختارمندی ارائه گردد که ناچار نباشیم راه‌حل‌های موردی ارائه کنیم.

اساسی و اقلام بهداشتی و درمانی، حمایت‌های حقوقی و قضایی لازم از افرادی که در اماکن پرخطر نظیر بازداشتگاه‌ها، تحت نظرگاه‌ها و زندان‌ها حضور دارند، ساماندهی ساعات کاری کارگران و کارمندان، تأمین حقوقی کادر بهداشت و درمان و نیروهای دستگاه‌های امدادی و خدمت‌رسان و ۲. پیش‌بینی ضمانت اجراهای کیفی لازم برای جلوگیری از گستردگی ابعاد بحران در زمینه‌های مختلف، ارتقای سطح آگاهی‌های حقوقی شهروندان در حوزه سلامت و ده‌ها پیش‌بینی حقوقی دیگر و همچنین اقدامات حقوقی بین‌المللی نظیر طرح و پیگیری دعوی مرتبط با تحریم‌های تهدیدکننده سلامت شهروندان و عدم پایبندی به قواعد عام‌الشمول مقررات بین‌المللی در زمینه لزوم کمک‌های جهانی به کشورها است. نباید به صورت مقطعی و بدون چارچوب‌های تدوین شده و تضمین شده، درباره آن‌ها تصمیم‌گیری شود، شهروندان باید متوجه تکلیف قانونی خود بشوند. از جمله اقدامات مهمی که در معاونت

و همچنین واردات دارو با مشکل روبه‌رو شد. امروز در شرایطی قرار داریم که کشورمان نیازمند است تا ابعاد و آثار حقوقی ویروس کرونا در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، حقوقی و فرهنگی را مورد توجه قرار دهد و در آن پیش‌بینی‌ها و راهکارهای ساختارمندی ارائه گردد که ناچار نباشیم راه‌حل‌های موردی ارائه کنیم. باید سردرگمی‌های حقوقی در رابطه با آثار و تبعات شیوع ویروس کرونا در حوزه‌های مختلف را شناسایی و نسبت به مدیریت آن تصمیمات و پیشنهادات لازم ارائه شود چرا که اگر این آثار به خوبی شناسایی نشود، در آینده با چالش‌ها و دعاوی حقوقی زیادی مواجه خواهیم بود. در این برهه کشور نیازمند: ۱. پیش‌بینی‌های لازم برای حمایت‌های حقوقی از تولیدکنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات و به طور کلی صاحبان کسب و کار، پیش‌بینی آثار همه‌گیری بیماری و مشکلات ناشی از آن بر اجرای قراردادهای خصوصی، کنترل و نظارت بر قیمت ملزومات

موضوع بند الف ماده ۳ قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد (مصوب ۱۳۹۰) و تأمین رضایت و کرامت مردم و انطباق بخشنامه‌ها با قوانین و مقررات لازم‌الاجرا (موضوع ماده ۷ مصوبه شورای عالی اداری درباره «حقوق شهروندی در نظام اداری مصوب ۱۳۹۵») ایجاد نظام منسجم و کارآمد برای وضع و انتشار مقررات درون سازمانی در دستور کار این معاونت قرار دارد و آیین‌نامه‌ای برای تحقق این اهداف تدوین شده و در جلسه شورای محترم معاونین مطرح شده است.

بنابراین یکی از موضوعاتی که در حال حاضر در دستور کار قرار دارد، ساماندهی ساختار مفید و نظام‌مند و کارآمدی برای وضع و انتشار مقررات درون سازمانی است. پیشرفت این برنامه، پیش‌نیاز تنقیح مقررات درون سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که نقش قابل توجهی در تأمین حقوق شهروندی و افزایش دسترسی به مقررات داخلی وزارت خواهد داشت.

در خصوص املاک و اسناد و تعیین تکلیف مطالبات و پرونده‌های مفتوحه در تلاش هستیم. مع الوصف هنوز در دانشگاه‌های علوم پزشکی دارائی‌ها، مطالبات و پرونده‌های بالاتکلیفی وجود دارد که نیازمند رسیدگی عاجل است. متأسفانه دارائی‌ها، اموال و املاک بالاتکلیف زیادی در سراسر کشور وجود دارد که مرور زمان بر بالاتکلیفی و عدم اشراف و تسلط بر این اموال افزوده و ضروریست تعیین تکلیف شود. هنوز دعاوی فیما بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و غیر پزشکی همچون املاک متعلق به بیمارستان نمازی شیراز که به ناحق در تصرف دانشگاه شیراز قرار دارد کم



د

فرایند تنقیح قوانین و مقررات حوزه سلامت همچنان در این معاونت برای تحقق اهداف گسترده‌تر ادامه دارد. موضوع دیگری که مورد توجه قرار دارد، مصوباتی است که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب می‌رسد. این مصوبات پیش از تصویب باید از نظر انطباق با قانون اساسی، سیاست‌های کلی نظام و قوانین عادی مورد ارزیابی قرار گیرد.

دی صلاح ارسال خواهد شد. فرایند تنقیح قوانین و مقررات حوزه سلامت همچنان در این معاونت برای تحقق اهداف گسترده‌تر ادامه دارد. موضوع دیگری که مورد توجه قرار دارد، مصوباتی است که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب می‌رسد. این مصوبات پیش از تصویب باید از نظر انطباق با قانون اساسی، سیاست‌های کلی نظام و قوانین عادی مورد ارزیابی قرار گیرد. با توجه به حق دسترسی مردم به مقررات عمومی از جمله بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌هایی که در حقوق و تکالیف آنان مؤثر است و یا فرایند خدمت‌رسانی را تعیین می‌کند (موضوع ماده ۵ قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات مصوب ۱۳۸۷) و ضرورت شفاف‌سازی و رفع ابهام و پیچیدگی‌های مقررات (موضوع ماده ۳ قانون تدوین و تنقیح قوانین و مقررات کشور مصوب ۱۳۸۹) تدوین فرایندها و روش‌های تصمیم‌گیری و ارائه خدمات با هدف افزایش بهره‌وری نیروی انسانی و کارآمد کردن فعالیت‌ها به‌ویژه با رعایت معیارهای سرعت، دقت، هزینه، کیفیت، سلامت و صحت‌امور

تنقیحی «فهرست قوانین و احکام نامعتبر حوزه سلامت»، در اجرای سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران از جمله بند ۱۳ «سیاست‌های کلی نظام اداری مصوب ۱۳۸۹» در خصوص عدالت‌محوری، شفافیت و روزآمدی در تنظیم و تنقیح قوانین و مقررات اداری، بندهای ۱-۲ (آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود) و ۲-۶ (صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران) و اجرای صحیح سیاست‌های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳ و به‌طور خاص بند ۱۰ «سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری مصوب ۱۳۹۸» در خصوص تعیین عناوین قوانین جامع، تبویب و تنقیح و تعیین شناسه قوانین موجود کشور که در طول برنامه ششم توسعه به تصویب رسیده، تکالیف قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مقرر در قانون تدوین و تنقیح قوانین و مقررات کشور مصوب ۱۳۸۹ در حوزه سلامت را محقق مینماید. از دیگر محصولات طرح تنقیح قوانین حوزه سلامت، فهرست احکام منسوخ صریح است که گردآوری شده و برای طی تشریفات قانونی به مراجع

اسلامی نیز بر آن تأکید کردند و فرمودند: نباید از دستورات بهداشتی تخطی شود زیرا خداوند ما را موظف کرده است در قبال سلامت خود و دیگران احساس مسئولیت کنیم. بنابراین هر چه به سلامت جامعه و جلوگیری از شیوع این بیماری کمک کند، حسنه و هر چه به شیوع آن کمک کند، سیئه است.

چالش دیگری که داشتیم ایجاد محدودیت در تردد شهروندان بود که قانون اساسی در اصل هفتاد و نهم به این موضوع اشاره و از آن دفاع کرده است. اطلاع دارید ظرفیت‌های اصل ۷۹ قانون اساسی این امکان را به مجلس می‌دهد که در صورت نیاز، کشور را برای ۳۰ روز در حال تعطیلی کامل قرار دهد و در صورت نیاز آن را برای ۳۰ روز دیگر تمدید کند. متأسفانه شرایط به گونه‌ای پیش رفت که این بحران حتی مجلس را هم به تعطیلی کشاند لذا بر اساس تصمیم شورای عالی امنیت ملی، مصوبات ستاد مقابله با کرونا به منزله مصوبات شورای عالی امنیت ملی تلقی شد و این تصمیم به تأیید مقام معظم رهبری نیز رسید.

همکاری، همدلی، مشارکت فعال و تعامل سازنده‌ای با نمایندگان مجلس در راستای منافع و مصالح ملی و تأمین زیرساخت‌های نظام سلامت داریم. اتفاق میمون و مبارکی که در این بحران افتاد این که آقای دکتر نمکی وزیر محترم بهداشت طی این مدت کوتاه دو بار در صحن علنی مجلس حضور یافتند و گزارش‌های خوبی ارائه دادند.

امیدواریم بتوانیم با همکاری مجلس یازدهم به پیشرفت‌های خوبی در تأمین حقوق سلامت شهروندان نائل شویم.



نقش دفاتر حقوقی دانشگاه‌ها از این باب اهمیت ویژه دارد. دفاتر حقوقی دانشگاه‌ها باید ضمن اشراف بر قوانین و اسناد بالادستی در جهت افزایش کارایی مصوبات تصمیمات دانشگاه‌ها چالش جدی داشته باشند.

مورد حکم قرار داده است. استفاده صحیح از این ظرفیت مهم دانشگاه‌ها در راستای تحقق اهداف و سیاست‌های کلی سلامت از اهمیت ویژه برخوردار است. اما در این شرایط نیز باید توجه ویژه داشت که مصوبات و تصمیماتی که دانشگاه‌ها اتخاذ می‌کنند با قانون اساسی، سیاست‌های کلی، قوانین عادی و مقررات مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعارض نداشته باشد و منشاء تبعیض نگردد. نقش دفاتر حقوقی دانشگاه‌ها از این باب اهمیت ویژه دارد. دفاتر حقوقی دانشگاه‌ها باید ضمن اشراف بر قوانین و اسناد بالادستی در جهت افزایش کارایی مصوبات و تصمیمات دانشگاه‌ها چالش جدی داشته باشند.

همکاری با نیروی انتظامی در راستای مقابله با سوذجویی از شرایط حاصل از شیوع بیماری و جرائم اقتصادی مربوط از دیگر اقدامات این معاونت است.

بعضاً نادیده گرفتن رعایت نکات بهداشتی از سوی برخی افراد از جمله کسانی که به نحوی علائم ابتلا به کرونا را دارند؛ به چالشی تبدیل شده بود، مسأله‌ای که رهبر معظم انقلاب

نیست که باید پیگیری شود و یا مواردی همچون دانشگاه علوم پزشکی یزد که پس از چند دهه آنقدر در صدور سند غفلت شده که با مدعیان جدید که در اثر مرور زمان حادث شده مالکیت دانشگاه بر عرصه و اعیان مجموعه زیر سؤال است. از سوی دیگر دعاوی فی مابین دانشگاه‌ها و مراکز تابعه با اشخاص حقیقی، املاک منتقله از خیرین و غیره نیز باید به سرانجام برسد.

موضوع دیگر مورد توجه، اداره هیات امنایی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی است. استقلال دانشگاه‌ها از حیث تصمیم‌گیری، مدیریت و عدم شمول قوانین و مقررات عمومی دولت نسبت به دانشگاه‌ها دغدغه دیرینه مقنن و به طور کلی حاکمیت بوده است. تأکید مقنن در این باب آن هم در مقاطع زمانی مختلف هر گونه شبهه احتمالی در این زمینه را مرتفع می‌کند. از جمله آخرین تأکيدات قانون‌گذار بر موضوع، ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور است که با سیاق و الفاظ صریح، عدم شمول قانون محاسبات عمومی کشور و دیگر قوانین و مقررات عمومی دولت نسبت به دانشگاه‌ها را



**معاونت توسعه مدیریت،
منابع و برنامه ریزی**



دکتر سید کامل تقوی نژاد

معاون محترم توسعه مدیریت، منابع و
برنامه ریزی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کرونا و تلاش‌های ارزشمند فرمانده با کفایت میدان، تمامی همکاران و سربازان جان برکف حوزه بهداشت و درمان کشور در این مدت ستودنی و ماندگار خواهد بود و مصداقی واقعی از «مدیریت جهادی» در کشور است. امروز شما به خوبی می‌بینید نیروهای جان برکف کادر درمانی و بهداشتی کشور در سخت‌ترین روزهای بحران کرونا، خالصانه و صادقانه خدمات منحصر به فردی ارائه دادند. به نظر من الگویی که «مدافعان سلامت» در کشور ثبت می‌کنند، همانند دوران «دفاع مقدس» سرشار از ایثارگری است. همکاران عزیزم در حوزه‌های بهداشتی و درمانی علی‌رغم این که هر لحظه ممکن بود به بیماری کرونا مبتلا شوند، ولی هرگز عقب‌نشینی

د

امروز شما به خوبی می‌بینید نیروهای جان برکف کادر درمانی و بهداشتی کشور در سخت‌ترین روزهای بحران کرونا، خالصانه و صادقانه خدمات منحصر به فردی ارائه دادند. به نظر من الگویی که «مدافعان سلامت» در کشور ثبت می‌کنند، همانند دوران «دفاع مقدس» سرشار از ایثارگری است.

**خدماتی این حماسه بزرگ را
در حوزه معاونت توسعه
مدیریت، منابع و برنامه ریزی
وزارت متبوع توضیح
بفرمایید؟**

اجازه بدهید در ابتدا، چند نکته را خدمت شما عرض کنم. واقعیت این است که «نقش اول» را در فرماندهی مدیریت کرونا، مقام معظم رهبری ایفا کردند. جناب آقای رییس جمهور نیز مجذانه پیگیر بودند، اما در «میدان عملیات» یک نقش برجسته‌ای داشت و آن فرماندهی «مقتدرانه»، «مدبرانیه» و «شبانه‌روزی» وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر نمکی بود. از خودگذشتگی مدافعان سلامت در مقابله با ویروس

"همکاران عزیزم در حوزه‌های بهداشتی و درمانی علی‌رغم اینکه هر لحظه ممکن بود به بیماری کرونا مبتلا شوند، عقب‌نشینی نکردند و نشان دادند خمیرمایه‌ی دینی و ملی در مردم ما قوی است. مجموعه اقدامات مدافعان سلامت، قیمت ندارد."
"معاونت توسعه با تمام وجود خود را مدافع مدافعین سلامت می‌داند"

← **به‌عنوان اولین سؤال،
اعتقاد داریم پشتیبانی از
فعالیت‌های صورت گرفته در
مبارزه با ویروس کرونا،
دشواری‌های خاصی خود را
داشته است! لطفاً چگونگی
مدیریت اداری، مالی و**

با همکاری، پشتیبانی و مشارکت مستقیم معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی انجام می‌شود.

اولین اولویت در موضوع درگیری کشور با ویروس کرونا در این معاونت، برطرف نمودن دغدغه مدیران ارشد وزارتخانه و روسای دانشگاه‌ها برای تأمین منابع مالی بود. هر چند اسفند ماه، به لحاظ مالی، ماه پرتنشی برای دولت و همه دستگاه‌ها از جهت پرداخت معوقه‌ها، افزایش پرداخت‌ها همانند حقوق، عیدی و پاداش و همچنین برخی کمک‌های غیر نقدی است؛ ولی تخصیص منابع، تکمیل بخش‌های بیمارستانی و تهیه لوازم و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان‌های کشور هم از اهمیت قابل توجهی برخوردار بود که به نحو شایسته‌ای در استان‌های درگیر، انجام شد.

برای مادر معاونت توسعه، نیروی انسانی، رفع دغدغه‌ها و ایجاد ساختار انگیزشی مناسب برای تلاش و فعالیت، در دایره اصلی تصمیمات و اقدامات قرار دارد که این امر در دوره‌ی کرونا اهمیت مضاعفی داشته است. خوشبختانه وزیر محترم بهداشت نیز نهایت همکاری و همراهی را داشتند. در این راستا، موضوع مهمی که در اسفندماه سال گذشته در دوران ویروس کرونا عملیاتی گردید، افزایش تا ۵۰ درصدی حقوق کارکنان وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور بود. این افزایش که با تلاش‌های بی‌وقفه جهت محقق شدن «دایره شمولیت» یخسنامه سازمان برنامه و بودجه به وزارت بهداشت محقق شد، برای کارکنان قراردادی تبصره ۴ نیز اعمال شد. برای همکاران شرکتی برنامه‌ریزی لازم صورت گرفت و دو هدف به



میان دستگاه‌های مختلف است. همین خدمات صادقانه موجب افزایش اعتماد عمومی مردم در مدت زمان جریان مقابله با کرونا میان دولت و مردم شد و این اعتبار ملی و مردمی مایه «افتخار»، «تحکیم» و «انسجام» در رابطه بین مردم و حاکمیت شده است. بخش دیگری از دستاوردهای مورد اشاره مدیون و مرهون توجه مردم به توصیه‌های بهداشتی در راستای مقابله با ویروس کروناست که این همکاری مردم را شایسته تقدیر می‌دانم. اما در پاسخ به سؤال شما، همان گونه که مستحضر هستید، بخش عمده‌ای از فعالیت‌ها در حوزه بهداشت و درمان

نکردند و این روش و رویکرد آن‌ها نشان داد که خمیر مایه‌ی «دینی» و «ملی» در مردم ما قوی است. بنده بارها عنوان کردم و در این فرصت مجدد هم تأکید دارم که مجموعه اقدامات مدافعان سلامت، قیمت مادی ندارد و خدمات مؤثر کادر درمان و بهداشت کشور که جوانان غیور این مرز و بوم ثبت کرده‌اند، یادآور دوران طلایی «دفاع مقدس» است. تلاش‌های کادر بهداشتی و درمانی، در عرصه جهانی کم نظیر است. دستاوردهای ارزشمندی که در کشورمان در مقابله با کرونا به دست آمده نتیجه کار گروهی و هم‌گرایی



بنده بارها عنوان کردم و در این فرصت مجدد هم تأکید دارم که مجموعه اقدامات مدافعان سلامت، قیمت مادی ندارد و خدمات مؤثر کادر درمان و بهداشت کشور که جوانان غیور این مرز و بوم ثبت کرده‌اند، یادآور دوران طلایی «دفاع مقدس» است.



تخت بیمارستانی و تا پایان دولت نیز ۹۹ پروژه به بهره‌برداری می‌رسد. از شروع بیماری کرونا در کشور ۱۴ بیمارستان با ظرفیت یک هزار و ۳۲۱ تخت به مرحله بهره‌برداری رسیدند و این نشان می‌دهد همکاران من در معاونت توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی در «پشت صحنه» خدمات ماندگاری را ثبت کرده‌اند.

از دیگر اقدامات حوزه منابع فیزیکی، می‌توان به تسریع در تکمیل و راه‌اندازی پروژه‌های درمانی و برپایی بیمارستان‌های صحرائی و همچنین مراکز نقاهتگاهی و خودمراقبتی اشاره نمود. در نظر داشته باشید که در سراسر کشور بالغ بر ۴۱ هزار تخت بیمارستانی و درمانی و همچنین حدود ۲۸ هزار و ۶۰۹ تخت از مراکز نقاهتگاهی و خودمراقبتی به صورت بیمارستان‌های صحرائی و سوله‌های ورزشی جهت خدمت‌رسانی به بیماران کرونایی آماده شد. در این مدت موفق شدیم ۳۰۱ مرکز نقاهتگاهی و خودمراقبتی با ظرفیت بالغ بر ۲۸ هزار و ۶۰۰ تخت بیمارستانی با کمک و همراهی ارتش، سپاه پاسداران، هلال احمر، وزارت ورزش و جوانان و وزارت گردشگری راه‌اندازی کنیم که در همین زمینه پتانسیل افزایش حدود ۱۶ هزار و ۸۰۰ تخت دیگر در صورت تشدید بحران کرونا در کشور وجود دارد و در این صورت مجموع قابل استفاده به ۸۶ هزار و ۵۳۹ تخت می‌رسد.

این نکته را تاکید می‌کنم که با توجه به برنامه‌ریزی و اقدامات انجام شده و آماده نمودن ۴۱ هزار تخت بیمارستانی و درمانی و تعداد ۲۸ هزار و ۶۰۹ تخت نقاهتگاهی، آمادگی لازم جهت بستری تمامی بیماران مبتلا به کرونا در کشور فراهم شده است و در حال



شود و پرداختی‌ها را متناسب با کیفیت کار کارکنان در نظر گرفتیم.

همانطور که اشاره کردم در زمینه تبدیل وضعیت نیروهای قراردادی نیز با سازمان امور اداری و استخدامی مکاتباتی انجام دادیم و در حال پیگیری هستیم که با توجه به موافقت صورت گرفته برای «امتیاز ویژه برای نیروهای قرارداد کار معین در آزمون استخدام پیمانی» موضوع در «ستاد ملی کرونا» مصوب و سپس اجرایی شود. در زمینه حمایت از مدافعان سلامت، بخشنامه مهمی در پایان سال گذشته به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد که براساس آن، پرداخت اضافه کار و کارانه در بیمارستان‌های دولتی جدا شد و این نظام پرداختی، عدالت در پرداخت و رضایت بیشتر همکاران را به همراه دارد. به علاوه از منظر زیرساخت‌های عمرانی حوزه سلامت در یک سال گذشته اقدامات مناسبی انجام گردید که باعث شد ظرفیت بیمارستانی افزایش پیدا کند و در مواجهه با بیماری کرونا آمادگی بیشتری از جهت ظرفیت‌های بیمارستانی داشته باشیم. تنها در سال گذشته در کشور ۳۱ بیمارستان با حدود ۳ هزار و ۳۰۰

زودی محقق می‌شود؛ اولین مورد مربوط به سامان‌دهی این نیروها در دانشگاه‌های علوم پزشکی و دومین موضوع، افزایش حقوق آن‌ها است که در روزهای آتی ابلاغ می‌شود.

همچنین، افرادی که در بخش کرونا فعال بودند، تشویق شدند و مرخصی تشویقی متناسب با دوره‌ای که در عرصه مبارزه با کرونا قرار داشتند، برای آن‌ها در نظر گرفتیم و شرایطی فراهم شد تا کارکنان ارتقاء پیدا کنند و تلاش کردیم که پرداختی‌ها متناسب با کیفیت کار کارکنان شود. البته در زمینه تبدیل وضعیت نیروهای قراردادی نیز با سازمان امور اداری و استخدامی مکاتبه صورت گرفت و در حال پیگیری هستیم که امیدواریم نتیجه آن بتواند بخشی از تلاش‌ها و از خودگذشتگی‌های مدافعان سلامت را جبران کند.

فعالیت‌های مهم دیگری هم صورت گرفت؛ از جمله افراد فعال در بخش‌های درگیر کرونا، تشویق شدند و مرخصی تشویقی متناسب با دوره‌ای که در عرصه مبارزه با کرونا قرار داشتند نیز، برای آن‌ها در نظر گرفته شد. همچنین شرایطی فراهم شد تا ارتقای کارکنان در این دوره راحت‌تر

درد

در زمینه حمایت از مدافعان سلامت، بخشنامه مهمی در پایان سال گذشته به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد که براساس آن، پرداخت اضافه کار و کارانه در بیمارستان‌های دولتی جدا شد و این نظام پرداختی، عدالت در پرداخت و رضایت بیشتر همکاران را به همراه دارد.

تجهیزات آن‌ها را برای مواجهه با این بیماری آماده کردیم. در مواردی در فرصت چند هفته‌ای بخش‌های جدیدی به صورت شبانه‌روزی و به سرعت در بیمارستان‌ها را اندازه‌گیری شد تا بتوانیم ظرفیت پذیرش بیمار را بالا ببریم و به‌علاوه شرایط ایزوله را نیز فراهم کنیم. یک نکته مهم این بود که این پیش‌دستی در مواجهه با بیماری باعث شد مجموعه مدیران اجرایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز آمادگی ذهنی کافی و اولیه برای مواجهه داشته باشند که این مساله با توجه به اینکه سرعت تصمیم‌گیری و اقدام در مواجهه با این بیماری حیاتی و ضروری بود، برای دستیابی به اهداف تعیین شده کمک شایان توجهی نمود.

نکته مهم دیگر، «اعتمادی» بود که مجموعه دستگاه‌های حاکمیتی کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشتند. اگرچه ایجاد هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف اجرایی کار ساده‌ای نبود، اما این اعتماد که ناشی از مدیریت و فرماندهی وزیر محترم بهداشت بود، باعث شد تا تسلط وزارتخانه به مجموعه اقدامات مدنظر به صورت مستمر حفظ شده و تمامی دستگاه‌های کشور نیز مجری سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت باشند. گاهی اوقات در برخی از تجربیات گذشته، عدم برنامه‌ریزی برخی از دستگاه‌های اجرایی کشور یا ابعاد بزرگ مسائل، باعث می‌شد تا دستگاه‌های اجرایی دیگر نیز، نحوه‌ی حضورشان «سلب اعتماد» یا «ایجاد مداخله» در فرآیندهای تخصصی باشد که این با مدیریت تخصصی مساله فاصله پیدا می‌کند. خوشبختانه حمایت‌های صورت گرفته، هدایت و فرماندهی



پوشهر- معاون توسعه مدیریت و منابع وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: در صورت تأمین منابع در سال ۹۸ و ۹۹ تعداد ۱۵ هزار تخت بیمارستانی به بهره‌برداری خواهد رسید.

نکته

یک نکته مهم این بود که این پیش‌دستی در مواجهه با بیماری باعث شد مجموعه مدیران اجرایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز آمادگی ذهنی کافی و اولیه برای مواجهه داشته باشند که این مساله با توجه به اینکه سرعت تصمیم‌گیری و اقدام در مواجهه با این بیماری حیاتی و ضروری بود، برای دستیابی به اهداف تعیین شده کمک شایان توجهی نمود.

وزیر محترم بهداشت، ما از ابتدا و همواره تلاش کردیم از بیماری کرونا و شیوع آن جلوگیری کنیم و به جای این که بیماری ما را مدیریت کند و فضای تصمیم‌گیری کشور را تحت تأثیر قرار دهد، ما به صورت فعال این بیماری را مدیریت کردیم. شاید مردم و مخاطبین اطلاع کافی نداشته باشند که ما از همان روزهای ابتدایی که بیماری کرونا در چین اعلام شد، به دلیل ماهیت بیماری، مطمئن بودیم که دیر یا زود به کشور ما وارد می‌شود به همین خاطر به سرعت و از همان ابتدا، بیمارستان‌های مشخصی را در کشور به عنوان بیمارستان‌های مرجع بیماری انتخاب و تخت‌ها، امکانات و

حاضر هیچ گونه کمبودی به لحاظ فضای درمانی و مراقبتی برای بیماران وجود ندارد و دانشگاه‌های علوم پزشکی و مجموعه درمانی کشور از لحاظ فضای بستری و درمانی بیماران کرونا نگرانی نداشته و این آمادگی در کشور ایجاد شده است.

به نظر حضرتعالی، چه دلایل و قواعد مدیریتی، باعث توفیق کشور در مواجهه با بیماری کرونا در این مدت شده است؟

یکی از دلایلی که باعث شد در مواجهه با بیماری کرونا موفقیت حاصل شود، این بود که تحت هدایت



یکی از مسائل مهم در دوره‌ی کرونا بحث تأمین مالی مناسب و به موقع بوده است. با توجه به چالش‌هایی که بودجه دولت با آن مواجه است، تأمین مالی کرونا به چه شکل انجام شد؟

از منظر تأمین منابع، اگرچه قول‌های زیادی از سوی دستگاه‌های ستادی کشور داده شد و گاهی اوقات، حتی پیش از آنکه به ما اطلاع داده و عملیاتی شود، در رسانه‌ها نیز منتشر گردید، اما ما به تجربه گذشته، منتظر تحقق این وعده‌ها نماندیم. ما اقدامات خود را بر مبنای «منابع در اختیار» و البته با تکیه بر ایجاد اعتماد، ساماندهی کردیم. برای شما شاید جالب باشد که الان بخشی از تجهیزاتی که در بیمارستان‌های کشور نصب و عملیاتی شده است، هنوز منابع ریالی و ارزی آن‌ها تأمین نشده است، اما همین اعتماد در صنایع داخلی، تجهیزات پزشکی و همکاری واردکنندگان، زمینه ساز رفع مشکل و کمبودهای موجود شد. اگر بخواهیم توضیح بیشتری بدهیم باید گفت در این دوره تلاش کردیم از تمامی ظرفیت‌های کشور در حوزه «تولیدکنندگان داخلی» یا «واردکنندگان» استفاده کنیم. در مواردی اگر شرکتی، کالایی در گمرک داشتیم که مورد نیاز بود، به سرعت از طریق اصلاح فرآیندها و رایزنی این کالاها را وارد کشور کردیم تا بتوانیم تزریق مناسب را به مجموعه درمانی کشور داشته باشیم. در کنار آن، برای شرکت یا واردکننده نیز ایجاد اعتماد کردیم که به اعتبار وزارت بهداشت این تجهیزات را به دانشگاه‌ها تحویل بدهند و معطل دریافت منابع نباشد. این امر کمک زیادی به ما کرد؛ چون همان طور که

داد

در معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت تلاش کردیم از طریق اخذ مصوبه از شورای عالی امنیت ملی و شکل دادن به سازوکار نظارتی مخصوص، تصمیمات مهمی را برای پیشبرد امور و مدیریت بیماری بگیریم.



عدم شجاعت در تصمیم‌گیری، به ویژه در شرایط حساس، موضوع مهم مدیریتی است که مدیران کشور، ممکن هست به دلیل مسائل مختلف از جمله ترس از اقدام نهادهای نظارتی، بخشی از واکنش‌های سریعی که می‌تواند به «کنترل شرایط» منجر شود را انجام ندهند. در معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت تلاش کردیم از طریق اخذ مصوبه از شورای عالی امنیت ملی و شکل دادن به سازوکار نظارتی مخصوص، تصمیمات مهمی را برای پیشبرد امور و مدیریت بیماری بگیریم.

وزیر محترم بهداشت باعث شد، وزارت بهداشت مدیریت مناسبی را سامان دهد که این موضوع به نظرم از تجربیات مفید این دوره محسوب می‌شود. این نکته را هم اشاره نمایم که در «مدیریت» و «پشتیبانی» از همکاران خط مقدم مبارزه با کرونا و تصمیم‌گیری منطبق با شرایط پیش آمده، همواره بدترین شرایط را در نظر گرفتیم. باور ما این بود که ماهیت «مبهم» و «پیچیده» این بیماری و اهمیت جان هموطنان، اقتضا نمود، خوش‌بینی را کنار گذاشته و همواره خود را برای بدترین شرایط آماده نگه داریم. شما مستحضر هستید که



افزایش دهیم. در این مدت، سازمان برنامه و بودجه ۳ هزار و پنجاه میلیارد تومان برای مقابله با کرونا تخصیص داد. با این حال ما از طریق به کارگیری ظرفیت‌های قانونی تلاش کردیم که با باز تخصیص منابع مالی، شرایط را برای تأمین مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی فراهم کنیم.

◀ در کنار منابع عمومی وزارتخانه چه اقدامات جدید و نوآوری‌هایی را در این دوره برای تأمین منابع مالی در نظر گرفتید؟

به موضوع بسیار خوبی اشاره نمودید. ما با همکاری شرکت فرا بورس ایران در قالب ساز و کار تأمین مالی جمعی اقدام به انتشار اوراق بانمادهای «کرونا ۱» و «کرونا ۲» در راستای جذب منابع مالی کردیم. در اوراق «کرونا ۱» کل وجوه پذیرهنویسی شده، صرف اهدا و کمک به بهبود این بیماری و در اوراق «کرونا ۲» اصل وجوه از طریق امین سازمان فرا بورس که شرکت تأمین سرمایه نوین است، سرمایه‌گذاری شده و منافع حاصل از آن، برای کمک به درمان این بیماری استفاده می‌شود. از مهم‌ترین ویژگی‌های این پروژه گزارشگری شفاف از عملکرد مالی و اجرایی مبلغ جمع‌آوری شده برای مدیریت این بحران توسط امین طرح است. آنچه در این نماد تاکنون و پس از این به دست خواهیم آورد، ریال به ریال آن با ساز و کار هیات امنای ۹ نفره از طریق مراجع مختلف در رویت دید عموم گذاشته می‌شود و مردم می‌توانند مراجعه کرده و نوع اعتبار و پروژه‌های در نظر گرفته شده را مشاهده کنند.

با توجه به اهمیت جذب منابع مالی



از منابع، بیش از ۳۰ روز زمان گذشت که همان‌طور که اشاره کردم، این فرآیند نیازمند اصلاح است و به نظر بنده نیازمند یک بودجه بحران برای کشور هستیم که در مواقعی که بحران ایجاد می‌شود و به سرعت و ذیل یک ضوابط ویژه تأمین مالی انجام شود تا مدیریت بحران دچار چالش و وقفه نشود. این نکته را هم یادآوری کنم که بخشی از منابع یک میلیارد یورویی مصوب صندوق توسعه ملی ذیل یک ضوابط مشخص در اختیار ما قرار خواهد گرفت و در تلاش هستیم از طریق یک برنامه‌ریزی مناسب، قسمتی از هزینه‌های صورت گرفته طی دوره‌ی بیماری را تأمین مالی نموده و از سوی دیگر آمادگی و تاب‌آوری شرایط حوزه‌ی سلامت را

مستحضرید فرآیندهای مادر کشور برای تأمین و تخصیص منابع با دشواری زیادی مواجه است. شاید یکی از تجربیات کشور ما که باید مورد بازنگری جدی قرار گیرد، همین بحث «تخصیص منابع مالی» است. شرایط بحرانی، ساز و کارهای متناسب خود را برای تأمین منابع می‌طلبد که تجدید نظر در آن ضروری است.

منظور این است که برخی دستگاه‌های ستادی در شرایط بحرانی نیز همچنان اقدامات معمول خود را انجام می‌دهند که این با ماهیت بحران سازگار نیست. این نکته قابل توجه است که موافقت مقام معظم رهبری با برداشت از صندوق توسعه ملی بلافاصله و به سرعت انجام شد، با این حال از زمان موافقت ایشان تا دریافت بخشی



از مهم‌ترین ویژگی‌های این پروژه گزارشگری شفاف از عملکرد مالی و اجرایی مبلغ جمع‌آوری شده برای مدیریت این بحران توسط امین طرح است. آنچه در این نماد تاکنون و پس از این به دست خواهیم آورد، ریال به ریال آن با ساز و کار هیات امنای ۹ نفره از طریق مراجع مختلف در رویت دید عموم گذاشته می‌شود و مردم می‌توانند مراجعه کرده و نوع اعتبار و پروژه‌های در نظر گرفته شده را مشاهده کنند.



مالیات‌های مستقیم، حکمی دارد که براساس ضوابطی که ۴ وزیر بهداشت و درمان، اقتصاد، علوم و آموزش و پرورش تنظیم می‌کنند، مخارجی که صرف تقویت مراکز آموزشی و درمانی کشور شود، به‌عنوان هزینه قابل قبول در منبعی که مؤدیان اعلام می‌کنند، قرار می‌گیرد. در واقع این امکان وجود دارد که علاوه بر مشارکت در کار خیر و خریداری لوازم و تجهیزات مصرفی برای بیمارستان‌ها و مراکز درمانی هزینه‌های مالیاتی کاهش پیدا کرده و شود. این سازوکار انگیزشی اهمیت زیادی دارد و امیدواریم که بخشی از تجهیزات مورد نیاز از طریق این سازوکار انگیزشی تأمین شود. به‌علاوه، مدار این دوره جذب منابع مالی از طریق مردمی و دانشگاه‌های علوم پزشکی را هم داشتیم. طبق گزارش‌هایی که از دانشگاه‌های علوم پزشکی رسیده است حدود ۴۰ میلیارد تومان از طریق کمک‌های مردمی برای مقابله با این بیماری جمع شده است.

◀ **کمبود نیروی انسانی به‌ویژه خستگی نیروهایی که چندین روز در اوایل همه‌گیری خدمت‌رسانی می‌نمودند می‌توانست نظام سلامت را با شکست روبرو سازد، چه اقداماتی طی این دوره برای برون‌رفت و جلوگیری از تحقق این چالش انجام شد؟**

همان‌طور که اشاره کردم، بخش مهمی از مدیریت بحران به‌نحوی آماده‌سازی ما پیش از وقوع بحران باز می‌گردد. به‌ویژه در حوزه سلامت توجه به این نکته حیاتی است که هزینه‌کرد در حوزه سلامت به نوعی سرمایه‌گذاری در سلامت و سرمایه



شود و در کنار شبکه بانکی امکان تأمین مالی از طریق بازار سرمایه را داشته باشیم. یکی دیگر از اقدامات مناسب صورت پذیرفته در حوزه مشوق‌های مالیاتی بود. در پی اقدامات دولت برای مبارزه با کرونا قرار بر این شد که در قالب ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم، کمک‌های نقدی و غیرنقدی اشخاص حقیقی و حقوقی که در اسفند ماه و سه ماهه ابتدایی سال ۹۹ برای تأمین لوازم و تجهیزات مصرفی مورد نیاز بیمارستان‌ها و مراکز دولتی و مراکز تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح انجام شده، به‌عنوان هزینه‌های قابل قبول مالیاتی در سال پرداخت محسوب شود.

مستحضرید ماده ۱۷۲ قانون مالیات‌های مستقیم، حکمی دارد که براساس ضوابطی که ۴ وزیر بهداشت و درمان، اقتصاد، علوم و آموزش و پرورش تنظیم می‌کنند، مخارجی که صرف تقویت مراکز آموزشی و درمانی کشور شود، به‌عنوان هزینه قابل قبول در منبعی که مؤدیان اعلام می‌کنند، قرار می‌گیرد.

برای حوزه سلامت و نقش مهم بازار سرمایه در جذب این منابع، وزارت بهداشت به‌دنبال توسعه استفاده از ابزارهای این بازار است و به‌طور مشخص با تأکید بر نقش شفافیت و اعتماد برای جذب منابع مالی ذیل این سازوکار، قصد داریم به تدریج و در سال آینده، فهرست پروژه‌هایی که منافع سرمایه‌گذاری یا اصل منابع در آن‌ها هزینه می‌شود، از جمله پروژه‌های بهداشتی، پروژه‌های درمانی، پروژه‌های تولید دارو و واکسن را اعلام نماییم. به همین خاطر کرونا باعث شد تا مسیر جدیدی برای تأمین مالی آغاز شود که ما امیدواریم بتدریج به یک جریان مستمر و قوی برای تأمین مالی حوزه سلامت چه از طریق سرمایه یا از طریق بدهی تبدیل



بحران‌ها حاصل می‌شود. به‌علاوه این مستندسازی می‌تواند برای جامعه ما امیدآفرین باشد. مردم ما مجاهدت‌ها و رشادت‌های کادر درمان را به‌عنوان خط مقدم مبارزه با کرونا در این دوره شاهد بودند، با این حال به‌همان اندازه و در مواردی بیشتر مجاهدت‌های زیادی در پشت جبهه مقابله و مبارزه با بیماری کرونا وجود داشت که افتخاری برای مجموعه دولت و نظام جمهوری اسلامی است و آشنایی و آگاهی مردم در خصوص این اقدامات نیز می‌تواند کمک شایسته‌ای در جهت ارتقای اعتماد آن‌ها به کارگزاران خود و افزایش سرمایه اجتماعی کشور داشته باشد. هر چند در مستندسازی و ارائه گزارش باید از تمامی ظرفیت‌ها و بسترهای روایتی استفاده کرد. ماگاهی اوقات که گزارش عملکرد می‌دهیم، مجموع عملکردها ممکن است در چند خط و چند آمار و ارقام خلاصه شود. مثلاً چه تعداد بیمارستان پیش از وقوع بیماری کرونا تجهیز و آماده‌سازی شد، چه تعداد تخت نقاهتگاهی آماده شد، چه تعداد ماسک، گان و ونتیلاتور آماده شد، این‌ها در چند خط گزارش عملکرد می‌شوند منتها برای تحقق هر کدام از این‌ها، شبانه‌روزی تلاش شده است و افرادی زیادی با فداکاری، با شب‌زنده‌داری و تلاش‌هایی که واقعاً مصداق مدیریت جهادی است، این امکانات و شرایط را فراهم کردند تا کشور عزیزمان از این دوره به سلامت و با کمترین مسائل عبور کند. در پایان هم معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی با تمام وجود خود را مدافع، مدافعین سلامت می‌داند و تمامی تلاش خود را در جهت برآورده شدن خواسته‌ها و انتظارات همکاران حوزه‌ی سلامت انجام می‌دهد.



تقویت شوند. مبلغ ۱۴ هزار میلیارد تومان از مطالبات دانشگاه‌ها از تأمین اجتماعی اخذ و به دانشگاه‌ها پرداخت شد، ۲۵۰ میلیارد تومان اعتبار نیز به‌عنوان پاداش برای کسانی که در صف اول مبارزه با کرونا بودند با موافقت رییس جمهور پرداخت شد. نکته مهم این است که درآمدهای اختصاصی دانشگاه‌های علوم پزشکی در اسفند و فروردین ۷۰ درصد کاهش یافت که باید به این موضوع توجه جدی نمود تا بتوان استمرار در ارائه خدمات را به‌ویژه در بخش دولتی شاهد باشیم. من از شما و مجموعه همکارانی که در بخش مستندسازی فعال هستند تشکر می‌کنم. مستندسازی مجموعه اقداماتی که در دوره‌ی کرونا انجام شد یک اقدام ضروری است، اعتقاد دارم تجربیات گرانبهایی در خصوص نحوه‌ی مواجهه با این بیماری در بدنه اجرایی کشور به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد شد که لازم است حتماً این تجربیات مکتوب و مستند شود تا بتوان با شناسایی نقاط قوت و ضعف در نحوه‌ی مواجهه، ارتقای توان تصمیم‌گیری کشور را در حوزه‌های مختلف به‌ویژه مواجهه با بیماری‌های فراگیر رقم زد. بخش مهمی از پیشرفت و توسعه در هر کشوری از جمله کشور ما در دوران

انسانی کشور است. یکی از اقداماتی که طی این مدت کمک زیادی کرد، افزایش ظرفیت جذب نیرو در سال ۱۳۹۸ بود. در آبان سال گذشته آزمون برگزار شد و قرار بود ۱۰ هزار نفر استخدام شوند. در اسفندماه نتیجه این آزمون اعلام شد و قبول شدگان که تا پیش از این و طبق روال مرسوم، باید مراحل مربوط به جذب، استخدام و گزینش را می‌گذراندند، به‌دلیل شرایط کرونا و طی مجوزی که به دانشگاه‌های علوم پزشکی دادیم بدون گذراندن مراحل گزینش به کار گرفته شده و طی فرایند گزینش آنها به شرایط مناسب‌تر موقوف گردید. همچنین به همکاران اجازه داده شد از ذخیره مرخصی و مرخصی استحقاقی خودشان استفاده نمایند. به‌علاوه، بیش از ۱۹ هزار نفر از داوطلبین امدادی که در سایت وزارت بهداشت ثبت نام کردند، شناسایی شدند و مشخصاتشان در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گرفت. ۲۰۲ نفر پزشک عمومی و ۷۲۵ کارشناس پرستاری مشمول طرح قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان از ابتدای اسفند تاکنون (۲۱ خرداد) به دانشگاه‌ها اعزام شدند که بخش مهمی از این پزشکان عمدتاً در مناطق محروم هستند. به‌علاوه ما تلاش کردیم تا دانشگاه‌ها از جهت منابع مالی نیز

د

مردم ما مجاهدت‌ها و رشادت‌های کادر درمان را به‌عنوان خط مقدم مبارزه با کرونا در این دوره شاهد بودند، با این حال به‌همان اندازه و در مواردی بیشتر مجاهدت‌های زیادی در پشت جبهه مقابله و مبارزه با بیماری کرونا وجود داشت که افتخاری برای مجموعه دولت و نظام جمهوری اسلامی است و آشنایی و آگاهی مردم در خصوص این اقدامات نیز می‌تواند کمک شایسته‌ای در جهت ارتقای اعتماد آن‌ها به کارگزاران خود و افزایش سرمایه اجتماعی کشور داشته باشد.



معاونت پرستاری



دکتر مریم حضرتی

معاون پرستاری وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

پرستاری ایران از آغاز می‌کنم. پرستاری در ایران قدمتی بیش از ۱۰۰ سال دارد. از سال ۱۳۳۵ لغایت ۱۳۴۳ در وزارت بهداشت وقت، اداره پرستاری با پنج دپارتمان بهداشت همگانی، آموزش پرستاری، خدمات پرستاری بیمارستانی، بهداشت روان و نظارت بر امور پرستاری فعالیت داشت. سپس در سال‌های ۱۳۵۳ لغایت ۱۳۵۷، اداره کل پرستاری تشکیل شد، در آن بازه زمانی اداره امور پرستاری، اداره امور مامایی و آموزش پرستاری، مامایی و بهیاری زیر نظر اداره کل پرستاری بود. متأسفانه امروز خدمات پرستاری تکه تکه شده است. در آن پرستاری تکه تکه شده است. در آن زمان خدمات پرستاری یکپارچه و منسجم توسط دانش‌آموختگان پرستاری با گرایش‌های مختلف



در سفر به استان یزد ملاقات با خانواده جلیلی و دیدن عاطفه چنان تأثیری بر من گذاشت که از آن شب دعای سحرگاهی من جلیلی و جلیلی‌هایی هستند که گمنام و صادقانه به عنوان مدافعان سلامت در خط مقدم مبارزه با کرونا حضور می‌دارند. کرونا برای حوزه پرستاری یک فرصت بود و مصائب شیرینی را به دنبال داشت که خاطره ملاقات با عاطفه جلیلی یکی از آن‌ها بود.

ملاقات با خانواده جلیلی و دیدن عاطفه چنان تأثیری بر من گذاشت که از آن شب دعای سحرگاهی من جلیلی و جلیلی‌هایی هستند که گمنام و صادقانه به عنوان مدافعان سلامت در خط مقدم مبارزه با کرونا حضور می‌دارند. کرونا برای حوزه پرستاری یک فرصت بود و مصائب شیرینی را به دنبال داشت که خاطره ملاقات با عاطفه جلیلی یکی از آن‌ها بود.

معاونت پرستاری برای مقابله با فوریت‌هایی از این دست، از جمله طغیان مجدد کووید-۱۹ در آذرماه سال جاری چه برنامه‌هایی را در دستور کار دارد؟

در ابتدا با تشریح خلاصه‌ای از وضعیت

به عنوان سؤال نخست، با عنایت به جایگاه پرستاران و نقش برجسته آن‌ها در مبارزه با کووید-۱۹، لطفاً خاطره‌ای تأثیرگذار از کووید-۱۹ را شرح دهید؟

در پاسخ به این سؤال به خاطره‌ی سفر به استان یزد و ملاقات با خانم عاطفه جلیلی اشاره می‌کنم. "عاطفه که امروز در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است، بیش از بیست سال سابقه خدمت صادقانه به مردم این مرز و بوم را دارد. او مادر سه فرزند است و اکنون که روی تخت بیمارستان بستری است، نه تنها فرزندانش که بیمارانش نیز فقدان فرشته‌ای دلسوز و دوست‌ورفیقی مهربان را تجربه می‌کنند." در سفر به استان یزد

در هنگام ترخیص به پرستار واحد پیگیری سپرده شده و او حسب نیاز بیمار را راهنمایی و ادامه روند درمانی او را پیگیری می‌کند. بیماران به فراخور نیاز به سه گروه به شرح زیر تقسیم و ارجاع مناسب می‌شوند:

در صورت نیاز به ادامه روند مراقبت، بیمار به مراکز پرستاری در منزل (Home Health Care)، در صورت نیاز به آموزش، به کلینیک پرستاری بیمارستان و در صورت نیاز به پیگیری بعدی به مراکز بهداشت ارجاع می‌شود.

در حال حاضر تعداد ۸۵۰ مرکز پرستاری در منزل در کشور وجود دارد که خصوصی هستند و البته تعرفه آن‌ها توسط بخش دولتی و زیر نظر شورای عالی بیمه تعیین می‌گردد. خوشبختانه طرح پوشش بیمه‌ای خدمات مراقبت در منزل در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ - خفیف در دست اجراء است که ان شاء الله به زودی توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه ابلاغ خواهد شد.

از دیگر برنامه‌های این معاونت می‌توان به تدوین و آغاز فرایند ابلاغ ۱۸ دوره کوتاه مدت پرستاری اشاره نمود. ضرورت تدوین استانداردهای خدمات پرستاری در منزل بر کسی پوشیده نیست لذا این مهم را در دستور جدی کار معاونت پرستاری قرار دادیم و تاکنون به منظور ارتقای کیفیت ارائه خدمات پرستاری در منزل برای شایع‌ترین بیماری‌هایی که درصد اشغال تخت بالایی دارد از جمله CHF، COPD، CVA، ICU، End of Life، ایکتر (زردی) نوزادان و کووید-۱۹، استانداردهای پرستاری در منزل تدوین گردیده است. همچنین تاکنون، بسته‌های کووید-۱۹ و CVA و ICU ابلاغ شده است. شایان ذکر است



بود. این طرح در هفته سلامت برگزار شد که در آن ۱۲ هزار و نهصد و چهل و شش پرستار در بیش از ۱۵۰ هزار ساعت شیفت کاری مشارکتی فعال داشتند. پیش از آن، در طرح غربالگری سلامت ایرانیان مشتمل بر آموزش، ارجاع و توصیه که به مناسبت هفته پرستار برگزار شده بود، ۳ هزار و پانصد و پانزده پرستار در قالب ۸۳۵ تیم، تعداد ۱۱۹ هزار و هشتصد و شصت و شش غربالگری را انجام دادند که به نوعی پایلوت کمپین ملی غربالگری فشار خون محسوب می‌شد.

از دیگر برنامه‌های این معاونت می‌توان اجرای طرح پایلوت مراقبت تسکینی (Palliative Care) را نام برد که با مشارکت دو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی و شیراز و متمرکز بر موضوع سرطان در حال اجراست. در این طرح یک تیم سه نفره از پرستاران انکولوژی، جهت دریافت آموزش به اردن اعزام شده و ۱۰۰ پرستار برای آموزش آشنایی در سطح کشور تربیت گردیدند.

تهیه پیش نویس دستورالعمل اجرایی پرستار پیگیری (Follow up Nurse) از برنامه‌های دیگر این معاونت است. هدف از تدوین این دستورالعمل، پیگیری بیماران ترخیص شده از بیمارستان است. در این طرح بیماران

پرستاری، بهداشت مادر و کودک، بهداشت مدرسه، خدمات بهداشتی و سوانح و مامایی ارائه می‌گردید. امروزه آموزش پرستاری زیرمجموعه آموزش پزشکی شده و حتی بهیاری و کارشناسی بهداشت هم از این بدنه جدا شده است. تلاش برای ایجاد مجدد انسجام در نظام ارائه مراقبت از جمله برنامه‌های آتی و درس آموخته‌های کووید-۱۹ برای معاونت پرستاری وزارت متبوع است.

شایان ذکر است تدوین کویکولوم آموزش بهورزی و تربیت بهورزان نظام سلامت که هنوز بعد از چهل سال خدمات ارزشمند آن‌ها باعث افتخار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، با مشارکت دانش آموختگان پرستاری راه اندازی و عملیاتی گردیده است.

بازنگری ساختاری و تحول مجدد در رویکردهای نظام سلامت و جایگزینی رویکرد جامعه محور به جای رویکرد بیماری محور بسیار ضروری است. هزینه‌های بالای درمان بیمارهای غیرواگیر (NCD) و اختصاص بالاترین درصد اشغال تخت‌ها به این بیماری‌ها، ضرورت تربیت و به کارگیری پرستاران جامعه‌نگر را تأیید و آن را در لیست یکی دیگر از اقدامات و برنامه‌های آتی معاونت پرستاری قرار می‌دهد.

مشارکت پرستاران در کمپین ملی غربالگری فشار خون نیز بسیار جدی

د

هزینه‌های بالای درمان بیمارهای غیرواگیر (NCD) و اختصاص بالاترین درصد اشغال تخت‌ها به این بیماری‌ها، ضرورت تربیت و به کارگیری پرستاران جامعه‌نگر را تأیید و آن را در لیست یکی دیگر از اقدامات و برنامه‌های آتی معاونت پرستاری قرار می‌دهد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

روایت کرونا از زبان مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سیستم‌های نظارتی فعالیت نماید، می‌تواند کمک موثری برای خدمت‌رسانی به مردم باشد. ما یک خانواده ۲۰۰ هزار نفری هستیم و در حال حاضر ۱۹۲ دانشکده پرستاری داریم با ۴۴ هزار دانشجوی در حال تحصیل و سالانه ۱۱ هزار فارغ التحصیل. در حال حاضر میانگین کشوری شاخص پرستار به تخت (۰/۸) است که در مقایسه با حداقل (۱/۵) و استاندارد (۱/۸)، ۱۰۰ هزار پرستار کمبود داریم. شاخص فوق، خالص پرستار به تخت است و در مورد گروه پرستاری مشتمل بر پرستاری، بهیاری، اتاق عمل و هوشبری، این شاخص هم اکنون ۱/۳ و استاندارد آن ۲/۵ است. در حال حاضر، دستورالعمل تأسیس مراکز مراقبت از بیماران کووید-۱۹ ترخیص شده از بیمارستان و دستورالعمل مراقبت بیمار در نقاهتگاه‌ها در معاونت پرستاری تدوین شده است. در راستای یکپارچه‌سازی خدمات پرستاری در کشور، از حضور ۶۷۳ پرستار هیات علمی و بازنشسته در مرکز مشاوره ۴۰۳۰ بهره‌مند گردیده‌ایم. بر خود لازم می‌دانم علاوه بر پرستاران هیات علمی و بازنشسته، از حضور فعال دانشجویان پرستاری در مراقبت از بیماران، کووید-۱۹ تقدیر نمایم. مشارکت جدی پرستاران نه تنها در مدیریت کووید-۱۹ بلکه در جریان هشت سال دفاع مقدس، در بحران‌های اخیر از جمله سیل، زلزله، اغتشاشات و همچنین مراسم اربعین ستودنی بود. پرستاران در همه جبهه‌ها سنگ تمام گذاشته و عاشقانه از هیچ تلاشی خودداری نکردند. اگرچه همیشه کمبود پرستاری داشته‌ایم، اما هرگز کم نگذاشتیم و کم نیاوردیم و در تمام لحظات بحرانی در کنار مردم بودیم چرا که مراقبت و حفظ سلامت آن‌ها بزرگترین افتخار ماست."

درد

در حال حاضر میانگین کشوری شاخص پرستار به تخت (۰/۸) است که در مقایسه با حداقل (۱/۵) و استاندارد (۱/۸)، ۱۰۰ هزار پرستار کمبود داریم. شاخص فوق، خالص پرستار به تخت است و در مورد گروه پرستاری مشتمل بر پرستاری، بهیاری، اتاق عمل و هوشبری، این شاخص هم اکنون ۱/۳ و استاندارد آن ۲/۵ است.



موضوع مشارکت بخش خصوصی در بحران کرونا را چگونه ارزیابی می‌فرمایید؟

من ضمن مثبت‌ارزیابی نمودن نقش مشارکت بخش خصوصی و بر لزوم گسترش تعاملات بخش دولتی و خصوصی (Public-Private Partnership) تأکید می‌نمایم. در بحران کرونا، در برخی موارد و شهرها همکاری بخش خصوصی تحسین برانگیز بود ولی در برخی دیگر از قسمت‌ها این همکاری جدی نبود. من ضمن تأکید بر استفاده از پتانسیل پرستاری برای آشتی بخش خصوصی و دولتی معتقدم بخش دولتی ظرفیت پاسخگویی کافی به تقاضای جامعه را ندارد و استفاده از پتانسیل بخش خصوصی اجتناب‌ناپذیر است. بدون تردید بخش خصوصی چنان‌چه منطبق بر استانداردها و تحت نظارت

پیگیری پوشش بیمه‌ای این خدمات نیز بسیار ضروری است. نقش سیستم پرستاری جامعه نگر در ارائه خدمات مراقبتی در کووید-۱۹ و تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌هایی از جمله دستورالعمل پرستاری تریخیص و استانداردسازی خدمات پرستاری در منزل مورد تأکید جدی است. از اقدامات دیگر معاونت پرستاری برای تحکیم و تقویت خدمات پرستاری می‌توان به تدوین آیین‌نامه پرستار تخصصی (Nurse practitioner) و آیین‌نامه تأسیس مراکز نگهداری طولانی مدت (Long Term Care) و نقاهتگاه‌ها اشاره نمود که تسلیم کمیته تنظیم مقررات گردیده است. بد نیست به شکاف میان جامعه پرستاری و نظام شبکه هم اشاره کنم، موضوعی که برای برون‌رفت از آن به دنبال راهکاری جدی هستیم.





معاونت دانشجویی،
فرهنگی وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی



دکتر سیماسادات لاری

معاون دانشجویی، فرهنگی و سخنگوی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خارجی را برای تصمیم‌گیری درباره ترک خوابگاه و بازگشت به کشور خودشان یا ماندن در خوابگاه مختار گذاشتم، در مورد دوم تأمین خوراک و خوابگاه دانشجویان در دستور کار قرار گرفت، که آن مشکل هم به باری خداوند با تمهیداتی که پیش‌بینی کردیم، حل شد. ضمناً ذکر این نکته ضروری است که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تنها دانشگاه‌هایی بودند که در شرایط شیوع ویروس کرونا مجبور بودند با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی به دانشجویان دستیار و کارورز علوم پزشکی خدمات رفاهی ارائه کنند.

تصمیمات مهم دیگری نیز در معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت داشتیم، طبق برنامه‌ریزی‌های صورت



با کمک آقای دکتر جان بابایی، معاون محترم درمان همان‌شب (تاریخ ۳ اسفند ۱۳۹۸) موضوع را به وزیر محترم بهداشت منعکس کرده و خوشبختانه با حمایت کامل ایشان تصمیم‌گیری را در حوزه دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام کردم و به تبع آن، تعطیلی در دانشگاه‌های متناظر در وزارت علوم نیز به اجرا درآمد

حاشیه‌ساز باشد. با کمک آقای دکتر جان بابایی، معاون محترم درمان همان‌شب (تاریخ ۳ اسفند ۱۳۹۸) موضوع را به وزیر محترم بهداشت منعکس کرده و خوشبختانه با حمایت کامل ایشان تصمیم تعطیلی را در حوزه دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام کردم و به تبع آن، موضوع تعطیلی در دانشگاه‌های متناظر در وزارت علوم نیز به اجرا درآمد. (همکاران معاونت بهداشتی، افت فاحش نمودار مبتلایان بعد از تعطیلی دانشگاه‌ها و مدارس را تأیید نمودند).

این شاید یکی از خاطراتی است که امروز مرور آن لبخند بر صورت می‌نشانند و بابت آن خدا را شاکرم. به دنبال این تصمیم، دانشجویان

به‌عنوان سؤال نخست، با توجه به نقش پررنگ شما در اتخاذ تصمیمات مدیریتی به‌موقع در بحران کووید-۱۹ لطفاً یکی از خاطرات آن روزها را شرح دهید؟

تصمیم‌گیری برای تعطیلی دانشگاه‌ها یکی از موضوعات مهم آن روزها بود. این تصمیم حاصل جلسه هم‌اندیشی با حضور معاونان فرهنگی و دانشجویی دانشگاه‌های تهران، اصفهان، آبادان، رییس سازمان اورژانس کشور و معاونان آموزش، بهداشت و درمان بود. روزی خاطره انگیز و پر از تشویق و اضطراب را گذراندیم، تصمیم سختی بود، تعداد زیادی دانشجوی خارجی در کشور داشتیم، حتی بازتاب آن در رسانه‌های بیگانه و معاند می‌توانست

به دنبال جستجوی منابع روز دنیا بروند و باید‌ها و نباید‌ها را احصا و ترویج نمایند.

پویش کشوری مقابله با کرونا در دانشجویان با عنوان "زندگی دست یاری گر توست" در محورهای پیشگیری (Prevention)، مقابله (Response)، تاب‌آوری (Resilience) و مستندسازی (Documentation) از دیگر ابتکارات مشترک دانشجویی در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و آزاد، وزارت متبوع و وزارت علوم بود.

در ایام شیوع ویروس کرونا مشارکت اکثریت مردم و به تبع آن دانشجویان در امر خطیر اهدای خون کاهش یافته بود. براین اساس کانون‌های هلال احمر در دانشگاه‌های علوم پزشکی (مجمع تخصصی کانون‌های هلال احمر) که با سازمان جوانان هلال احمر همکاری دارند، با هدف نقش‌آفرینی در موضع اهدای خون و کمک به تسهیل امر اهدای خون، طرحی را با عنوان «طرح نذر خون» راه‌اندازی کردند که در این طرح افراد نوبت اهدای خون را از سامانه‌ای دریافت کرده و در وقت مقرر به پایگاه‌های معرفی شده مراجعه می‌کنند.

طرح دیگر، «طرح تدبیر قرآن» بود که برای تزکیه نفس و درک مفهومی قرآن با مشارکت ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پس از اپیدمی کرونا به صورت مجازی در قالب تفسیر معنای محور و تفکری در حال برگزاری است. جشنواره کشوری قرآنی هدهد، راه‌اندازی کانال شعر و ترجمه خوانی در شبکه‌های مجازی و طرح یک درصد قرآنی با مشارکت کانون قرآن از دیگر طرح‌های مشارکتی دانشجویان است. در این

دغدغه

تنها دغدغه ما در روزهای نخست در رابطه با این گروه کمبود تجهیزات حفاظت فردی (PPE) بود که خوشبختانه این مشکل با هماهنگی‌های انجام شده مرتفع گردید. حضور داوطلبانه اینترن‌ها، کارورزان و رزیدنت‌های پزشکی در صحنه مبارزه با بیماری یکی از افتخارات بی‌بدلیل جامعه ایران در مقایسه با بقیه کشورها است.



پزشکی می‌خواهم به ایثارگری فراتر از حد انتظار آن‌ها در ارائه خدمات اشاره کنم.

تنها دغدغه ما در روزهای نخست در رابطه با این گروه کمبود تجهیزات حفاظت فردی (PPE) بود که خوشبختانه این مشکل با هماهنگی‌های انجام شده مرتفع گردید. حضور داوطلبانه اینترن‌ها و رزیدنت‌های پزشکی در صحنه مبارزه با بیماری یکی از افتخارات بی‌بدلیل جامعه ایران در مقایسه با بقیه کشورها است. همچنین برگزاری کمپین‌های دانشجویی با موضوعات متعدد از جمله "مبارزه با نوشیدن الکل" از دیگر نمونه‌های مشارکت فعالانه دانشجویان بود.

متأسفانه با توجه به ماهیت ناشناخته ویروس کرونا و دیدگاه‌های متفاوت و اخبار متناقضی که در خصوص ضرورت استفاده از ماسک و وسایل حفاظت شخصی منتشر می‌شد، برخی نخبگان و اساتید دانشگاه ناخواسته رویکردهای غیرعلمی را ترویج می‌دادند.

در این جا بود که تفاوت نسل‌ها بیش از پیش برایم نمایان می‌شد. هوشیاری دانشجویان به عنوان قشر فعال و باهوش جامعه باعث شد تا خود آن‌ها

پذیرفته مقرر بود در روز شنبه چهارم اسفندماه یعنی دوازده روز پس از اعلام شناسایی نخستین موارد مثبت کرونا، المپیاد ورزش‌های همگانی دانشجویان در خزرآبادسازی برگزار شود که خوشبختانه آن المپیاد را هم با تصمیم‌گیری به موقع لغو کردیم و در ادامه تمام فعالیت‌های فرهنگی و مذهبی در دانشگاه‌ها را با هدف جلوگیری از شیوع ویروس کرونا تعطیل کردیم.

عدم ثبت مورد فوتی در میان دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، را در وهله اول حاصل عنایت خداوند متعال و سپس اتخاذ تصمیمات به موقع معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت و در نهایت حمایت‌های قاطع دولت می‌دانم.

نحوه مشارکت دانشجویان در مبارزه با کووید-۱۹، چگونه بود؟

موضوع را با تشریح تفاوت عکس‌العمل جامعه دانشجویی در مقایسه با دیگر گروه‌های مرجع جامعه آغاز می‌کنم. ضمن تقدیر از دانشجویان کارورزی و رزیدنت‌های

وضعیت سلامت روان و عوامل ایجاد نشانه‌های روانی در بین نیروهای درمانی " به صورت خوداظهاری و تکمیل آنلاین پرسشنامه توسط پزشکان متخصص، دانشجویان پزشکی، پرستاران، بهیاران شاغل در بیمارستان‌ها صورت پذیرفت، حاکی از آن بود که تنها ۳۰-۲۰ درصد کادر درمان کشور در پاسخ به سؤال تصمیم برای ادامه کار در صورت تداوم اپیدمی کرونا گفتند که کار خود را رها می‌کنند و بیش از ۸۰ درصد آنان اظهار داشتند که نگران خود نیستند و تنها نگرانی آنان انتقال بیماری به عزیزانشان بود. اضافه نمودن میان وعده کادر درمان، از مداخلاتی بود که در راستای کاربست نتایج این پژوهش در نظام سلامت در دستور کار قرار گرفت. شایان ذکر است بازتاب تحریف شده نتایج این تحقیق و اعلام آنکه ۷۰-۸۰ درصد کادر درمان کشور در صورت تداوم کرونا، کار خود را ترک می‌کنند، در رسانه‌های معاند، چهره واقعی رسانه‌های لندن و شبکه تلویزیونی ایران اینترنت‌نشال را در آن روزهای پرتلهاب ترسیم کرد. تدوین و ابلاغ دستورالعمل مداخله در "بحران روانشناختی کرونا" برای



از اقدامات ارزنده دیگر در معاونت فرهنگی و دانشجویی، تهیه دستورالعمل حفاظتی اماکن عمومی، سلف سرویس‌ها، خوابگاه‌های دانشجویی و اماکن ورزشی بود که با مشورت خبرگان معاونت بهداشتی و اورژانس کشور تدوین شد.



چه تمهیداتی برای حفظ سلامت و اطمینان از ایمنی بازگشایی دانشگاه‌ها (به‌ویژه خوابگاه‌های دانشجویی) اتخاذ گردیده است؟

از اقدامات ارزنده دیگر در معاونت فرهنگی و دانشجویی، تهیه دستورالعمل حفاظتی اماکن عمومی، سلف سرویس‌ها، خوابگاه‌های دانشجویی و اماکن ورزشی بود که با مشورت خبرگان معاونت بهداشتی و اورژانس کشور تدوین شد. نتایج طرح پژوهشی اداره سلامت روان که با حمایت معاونت فرهنگی و دانشجویی تحت عنوان "بررسی

طرح یک درصد از وقت ۲۴ ساعته روزانه به تلاوت و ترجمه یک صفحه از قرآن اختصاص یافته و علاوه بر ثواب معنوی امکان شرکت در مسابقه دانشجویی با جوایز نفیس مادی نیز فراهم می‌گردد. «محفصل یادبود شهیدای سلامت» که به‌همت این معاونت و به‌صورت زنده از حرم شاه عبدالعظیم حسینی در شبکه قرآن سیمای پخش شد نیز از دیگر طرح‌ها و اقدامات ارزشمند بود. در این طرح از حضور ارزشمند فعالان قرآنی در مراکز درمانی که با مشارکت مرکز قرآن و عترت و برای تکریم و قدردانی از زحمات سفیدپوشان کادر درمانی صورت گرفته بود، تقدیر گردید.

نگران بودن خانواده درباره آن‌ها؛ به‌عنوان مهم‌ترین عامل استرس	۶۳/۵%	فکر کردن به رها کردن کار (به مقدار کم یا متوسط)	۸۲/۳%
عدم وجود ماسک به حد کافی	۷۵/۲%	فکر کردن به احتمال ناقل بودن	۶۸%
نداشتن کیت حفاظت فردی به‌عنوان مهم‌ترین نگرانی کارکنان	۷۰%	حس افسردگی و غمگینی به مقدار زیاد	۲۷%
تنش جزئی در روابط با همکاران	۸۱%	ضعیف شدن خلق و خوی	۳۶/۶%
کمتر از انتظار بودن میزان حمایت وزارت بهداشت از آنان	۷۷%	زیاد شدن حجم کار؛ به‌عنوان مهم‌ترین عامل استرس	۶۵/۳%
اعتقاد به غلبه بر این بیماری	۷۱%		

بارگذاری آن در سایت وبدا و ارسال آن برای روسای دانشگاه‌ها و معاونین فرهنگی دانشجویی کلیه دانشگاه‌ها از دستاوردهای مهم این دوران بود.

مدیریت روانشناختی در روزهای کرونا و اختصاص شماره بهار فصل‌نامه جرعه به موضوع ابعاد روانشناختی ناشی از بیماری کرونا،

کارشناسان اداره مشاوره و سلامت روان همه دانشگاه‌ها که به تشریح نحوه آرام‌سازی و بهبود روش‌های مقابله روانی با کرونا می‌پردازد،

جشنواره کشوری فیلم کوتاه صد ثانیه‌ای با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، جشنواره کشوری کرونا کست در حوزه پادکست با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل و جشنواره لیگ نشریات با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، از جمله این ابتکارات است.

نکته جالب توجه آنکه این جشنواره‌ها با استقبال عمومی مواجه و به طور نمونه در جشنواره بین‌المللی کارتون و کاریکاتور که با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز برگزار گردید، ۸۰ کشور جهان با ارسال بیش از ۱۴۰۰ اثر شرکت و کشورهای ایران و برزیل به ترتیب رتبه اول و دوم را از آن خود نموده‌اند.

برگزاری جشنواره ورزش‌های همگانی مجازی نیز از دیگر ابتکارات معاونت فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت بود که به دلیل لغو المپیاد ورزش‌های همگانی، به صورت مجازی برگزار شد. برگزاری مجازی المپیاد ورزشی دانشجویان علوم پزشکی کشور اقدامی در نوع خود کم‌نظیر بود که در آن دانشجویان در رشته‌های انفرادی مانند رشته دارت، روییک، آمادگی جسمانی و طناب زنی بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه فیلم مسابقه خود را ارسال کرده و داوران با دیدن تصاویر و حتی به صورت آنلاین از ۱۷ خردادماه ۹۹ به مدت ۵ روز مسابقات این رشته‌ها را از راه دور داوری کردند. البته هم‌زمان در تاریخ ۱۱ تا ۱۵ خردادماه نیز پویش ورزش‌های همگانی در مراکز درمانی منتخب کرونا برگزار شد.

داروسازی نقش‌آفرینی نمودند. همچنین دانشجویان و خیرین در تهیه و توزیع بسته‌های حمایتی در کانون فرهنگی، دانشجویی و تشکل‌های اسلامی تعاملات سازنده‌ای داشتند. فعالیت‌های میدانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی و وزارت علوم و استفاده از ظرفیت‌های دانشجویان در سامانه غربالگری از دیگر نمونه‌های مشارکت دانشجویی است.

همچنین ۸ جشنواره کشوری با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار گردید. برگزاری جشنواره عکس موبایلی با عنوان عهد جانانه و جشنواره بین‌المللی کارتون و کاریکاتور و همچنین جشنواره کشوری پوستر و اینفوگرافیک با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، مسابقه کشوری خاطره‌نویسی با عنوان عهد جانانه با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز، جشنواره بازی کرونا (Corona-Play) ویژه فرزندان همکاران دانشگاه‌های علوم پزشکی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جشنواره کشوری کلیپ و نمابنگ با همکاری مشترک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لارستان و کاشان،

از دیگر ابتکارات این معاونت برای اطمینان از سلامت جسمی و روانشناختی دانشجویان، پیگیری تلفنی وضعیت سلامت آنان (Telephone Follow-up) بود. دلجویی تلفنی از کلیه دانشجویان با اولویت دانشجویانی که یکی از والدین خود را در اثر این بیماری از دست داده بودند در دستور کار قرار گرفت و با مشارکت اداره مشاوره روانی دانشگاه‌ها عملیاتی گردید.

تهیه بانک اطلاعات دانشجویی برای ۸۶۰۰ دانشجوی عضو پویش "زندگی دست یاریگر توست" از دیگر اقدامات بود. در این بانک اطلاعاتی، مشخصات ۵۲۰۰ دانشجوی علوم پزشکی، ۲۵۰۰ دانشجوی وزارت علوم و ۹۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد به تفکیک رشته تحصیلی، مهارت، شهر محل سکونت و فیلد ارائه خدمت تکمیل گردید و تاکنون ۴۰ درصد این ظرفیت بالقوه، بالفعل گردیده است. جلب حمایت خیرین و مشارکت بخش خصوصی (PublicPrivatePartnership) نیز در مدیریت بحران کرونا بسیار مهم بود؛ خیرین و بخش خصوصی در حیطه‌های مختلف تولید محتوای علمی - آموزشی، رسانه‌ای، اینفوگرافی، پوستر، بولتن‌های آموزشی و تولید اقلام بهداشتی شرکت‌های



تهیه بانک اطلاعات دانشجویی برای ۸۶۰۰ دانشجوی عضو پویش "زندگی دست یاریگر توست" از دیگر اقدامات بود. در این بانک اطلاعاتی، مشخصات ۵۲۰۰ دانشجوی علوم پزشکی، ۲۵۰۰ دانشجوی وزارت علوم و ۹۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد به تفکیک رشته تحصیلی، مهارت، شهر محل سکونت و فیلد ارائه خدمت تکمیل گردید و تاکنون ۴۰ درصد این ظرفیت بالقوه، بالفعل گردیده است.





حوزه وزارتی



دکتر سید حسین داودی

مشاور وزیر و مدیر کل حوزه وزارتی

مرزهای ایران می‌شنوم، سپس به همکاران تأکید می‌کردند که نظارت را تقویت و برنامه‌ریزی لازم را انجام دهند. اگرچه ورود این بیماری به کشور در اواخر سال ۱۳۹۸ فشار کاری زیادی را ایجاد نمود، ولی باید خدمت شما عرض کنم که در مجموع سال ۱۳۹۸ سال پرکار و همراه با کمی استرس بوده، ما ابتدای سال ۱۳۹۸ را با سیلاب در چندین استان کشور شروع کردیم در همین سال ما اپیدمی H1N1 را در کشور داشتیم و پشت سر گذاشتیم، البته بر نامه‌های دیگری هم سبب افزایش حجم کارها غیر از کارهای روتین و در حال انجام وزارت بهداشت گردید. از جمله راهیمایی عظیم‌اربعین که می‌بایست خدمات سلامت را هم در حوزه درمان و هم



بیماری کرونا به‌عنوان یک اتفاق نادر و مهم در دنیا بوده که معمولاً اینگونه اتفاقات هر چند ۱۰ سال و گاهی حداکثر یک بار در یک قرن، دنیا شاهد اینگونه حوادث است، این بیماری اواخر سال ۱۳۹۸ از کشور چین شروع و در مدت زمان کوتاهی قسمت وسیعی از دنیا را آلوده کرد و به‌عنوان یک پاندمیک مهم مطرح گردید.

بار در یک قرن، دنیا شاهد اینگونه حوادث است، این بیماری اواخر سال ۱۳۹۸ از کشور چین شروع و در مدت زمان کوتاهی قسمت وسیعی از دنیا را آلوده کرد و به‌عنوان یک پاندمیک مهم مطرح گردید. کشور ما هم از این امر مستثنی نبوده و در اواخر همان سال ۱۳۹۸ اولین موارد بیماری در کشور شناسایی گردید. البته به‌منظور شناسایی اولین مورد بیماری در سریع‌ترین زمان، برنامه‌ریزی لازم حتی قبل از ورود این بیماری به کشور عزیز ما صورت پذیرفت. خاطر م‌هست که مقام عالی وزارت در چند جلسه رسمی و غیررسمی قبل از شناسایی اولین مورد بیماری در کشور، عنوان می‌فرمودند که من صدای پای کرونا را از پشت

◀ **نقش دفتر وزارتی از ابتدا تاکنون بسیار حساس و مؤثر بوده و یقیناً در این راه مدیریت شما راه‌گشا بوده است. چالش‌های پنج ماه گذشته و نحوه برخورد با آن را توضیح فرمایید؟**

ضمن تشکر از جناب عالی (آقای دکتر آسائی) و همکاران شما بابت تشکیل جلسه امروز و همچنین به‌طور ویژه از شما به‌عنوان مشاور بهداشت مقام عالی وزارت که با نقطه نظرات ارزشمند کارشناسی و کمک به اجراء برنامه‌های مهم حوزه سلامت یاری‌گر این وزارت بودید. بیماری کرونا به‌عنوان یک اتفاق نادر و مهم در دنیا بوده که معمولاً اینگونه اتفاقات هر چند ۱۰ سال و گاهی حداکثر یک



کردم، سبب افزایش حجم کار در وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۸ گردید.

همان طور که می دانید همه این برنامه هایی که عنوان کردم در نهایت باید به طور مستمر در حوزه وزارتی رصد و پیگیری می گردید. به جز بررسی های کارشناسی و فنی که در حوزه می بایست صورت پذیرد، ساده ترین شکل کار را می توان به برگزاری جلسات برای موضوعات اشاره شده، هماهنگی بین معاونین محترم برای اجرائی شدن دستورات مقام عالی وزارت، تدوین صورتجلسات مربوطه، پیگیری مصوبات، گزارش اقدامات به مقام ایشان و حتی هماهنگی برای حضور مقام عالی وزارت در استان ها برای بازدید و ده ها فعالیت مرتبط دیگر که خود جنابعالی از حجم آن مطلع هستید، اشاره نمود. در این شرایط بودیم که مواجه شدیم با شیوع یک ویروس ناشناخته که از یک کشور با بیش از ۱/۵ میلیارد جمعیت شروع و در مدت کوتاهی به

درد

همان طور که گفتم به دلیل نگاه ویژه ایشان به موضوع بهداشت و پیشگیری ما در سال ۱۳۹۸ اجرای برنامه بسیج ملی فشارخون را داشتیم، موضوع اجرائی کردن پرونده الکترونیک باز هم یک فعالیت عمده بود که انجام گردید و همچنین طرح هرخانه یک پایگاه سلامت، طرح خانه های بهداشت عشایری و در کنار آن پیگیری و راه اندازی چندین بیمارستان و واحدهای بهداشتی درمانی و طرح های عمرانی دیگر و

همچنین دقت و پیگیری غیرقابل وصف ایشان و جدی بودن در امور اشاره کرد. این موارد و ده ها خصیصه دیگر که بنده قصد ذکر این ها را در این مصاحبه ندارم، سبب گردید با ارائه طرح و برنامه های جدید که حاصل سال ها کار و تجربه در وزارت بهداشت بوده، در سال ۱۳۹۸ میزان کار به طور خواسته هم علاوه بر اتفاقات ناخواسته، افزایش یابد.

همان طور که گفتم به دلیل نگاه ویژه ایشان به موضوع بهداشت و پیشگیری ما در سال ۱۳۹۸ اجرای برنامه بسیج ملی فشارخون را داشتیم، موضوع اجرائی کردن پرونده الکترونیک باز هم یک فعالیت عمده بود که انجام گردید و همچنین طرح هرخانه یک پایگاه سلامت، طرح خانه های بهداشت عشایری و در کنار آن پیگیری و راه اندازی چندین بیمارستان و واحدهای بهداشتی درمانی و طرح های عمرانی دیگر و چندین طرح و فعالیت دیگر، به دلیل حضور ایشان با شاخص هایی که عرض

در حوزه بهداشت برای بیش از ۳/۵ میلیون زائر اربعین حسینی ارائه می کردیم.

حجم کار از یک طرف و نبود منابع مالی از طرف دیگر برای اینگونه فعالیت های پیش بینی نشده فشار کاری در وزارت بهداشت را افزایش داده بود. نکته ای که باید در این جا به آن اشاره کنم حضور خود جناب آقای دکتر نمکی در رأس وزارت بهداشت در اواخر سال ۱۳۹۷ بود که شروع عمده فعالیت های وزارت بهداشت با ایشان در سال ۱۳۹۸ آغاز شد، وزیری با شاخصه های فردی و مدیریتی ویژه، وزیری آشنا به مسائل سلامت از سالیان دور، آگاهی کامل از وضعیت فعلی وزارت در زمان قبول مسئولیت، اشراف کامل به منابع در اختیار وزارت بهداشت به دلیل سابقه مدیریتی ایشان در سازمان برنامه و بودجه کشور و مسئولیت مدیریت اعتبارات بخش اجتماعی از جمله سلامت در آن سازمان، اما از نظر شاخص های فردی، می توان به سخت کوش بودن و

دیگر مشکلات این دوره بود از ابلاغ‌های متعدد برای اعضای گرفته تا تنظیم شرح وظایف کمیته‌ها و ارسال آن، مکاتبات متعدد با سازمان‌ها و وزارتخانه‌های درگیر و همکار، ارسال دستورالعمل‌های متعدد به سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها و دانشگاه‌ها که با مستقیماً توسط حوزه وزارتی تهیه و ارسال می‌گردید و یا اگر تهیه کننده حوزه یا معاونت دیگری بود به‌ویژه در رابطه با دستورالعمل‌ها در نهایت می‌بایست تطبیق با قوانین و مقررات و ویرایش نهایی آن‌ها انجام پذیرد که وقت زیادی در حوزه را به‌خود اختصاص می‌داد و در نهایت با امضا مقام عالی وزارت ارسال می‌گردید.

باید به این نکته مهم هم اشاره کنم که به‌علت محرمانگی اکثر مکاتبات، باید به این نکته هم توجه ویژه داشتیم. روزهای اول جناب آقای دکتر حریرچی دبیر ستاد ملی بودند و به‌علت بیماری که برای ایشان حادث شد، چند روزی را بنده در خدمت شما این وظیفه را انجام دادم و سپس مثل همیشه آقای دکتر نمکی یکی از عالمانه‌ترین تصمیمات مدیریتی را اتخاذ کردند و جناب آقای دکتر جمشیدی را به‌عنوان دبیر ستاد ملی به جمع ما اضافه کردند که باید اذعان کنم که یک تصمیم تأثیرگذار در پیشبرد برنامه‌ها بوده است. اما شما می‌دانید که در همه این زمان‌ها کارهای دبیرخانه‌ای ستاد در حوزه وزارتی پیگیری و اجرائی می‌شد. تقریباً چهار الی پنج جلسه ستاد ملی کرونا در روزهای بسیار سخت در وزارت بهداشت برگزار گردید و سپس با حضور ریاست محترم جمهور به نهاد ریاست جمهوری انتقال یافت که ما در حال حاضر پیگیری اجرائی شدن



این فشار کاری در شکل حداکثری خود در مقام عالی وزارت مشهود بود. کشیک‌های شبانه‌روزی مدیران ارشد وزارت در آن ایام تا اواسط اردیبهشت سال ۱۳۹۹ برنامه‌ریزی گردید. بسیاری از شب‌ها را در وزارت بهداشت تا به صبح سرگردیم، بالاخره کار بود و کار بود و کار. روزهای اول پس از انتصاب مقام عالی وزارت به‌عنوان رییس ستاد ملی کرونا، جلسات ستاد ملی در وزارت بهداشت با حضور وزرای محترم کابینه و گاهی با حضور معاون اول محترم تشکیل می‌شد که عمدتاً به‌صورت ناگهانی و اورژانسی برگزار می‌گردید.

حوزه وزارتی علاوه بر مدیریت برگزاری جلسات می‌بایست به‌حواشی برگزاری جلسات از جمله موضوعات تشریفاتی و امنیتی با هماهنگی سایر نهادهای بیرونی توجه می‌کرد. برگزاری جلسات، تنظیم صورت‌جلسات، ارسال صورت‌جلسات ستاد ملی کرونا به‌اعضاد همان روز به‌دلیل اهمیت مصوبات، کار بسیار سختی بود که البته در ادامه بعد از اتمام جلسات هم می‌بایست به‌صورت مستمر پیگیری اجرائی شدن آن‌ها می‌بودیم. تعداد بالای مکاتبات برای موضوع کرونا از

اکثر نقاط دنیا از جمله به کشور ما هم سرایت کرد. همان‌گونه که عرض کردم ما با یک ویروس ناشناخته با قدرت سرایت بالا و با رفتارهای بالینی متفاوت مواجه بودیم، البته با هوشیاری جناب آقای دکتر نمکی قبل از ورود ویروس به کشورمان یک آمادگی مدیریتی در ستاد وزارت بهداشت و یک آمادگی اجرائی اولیه در محیط ایجاد گردید، اما علی‌رغم یک آمادگی ذهنی اولیه به‌دلیل رفتار خاص این ویروس، واقعاً یکی، دو ماه اول ورود ویروس به کشور یک شرایط سخت کاری حاکم بود که گاهی فکر می‌کردیم نیاز به زمان بیشتر از ۲۴ ساعت در شبانه‌روز داریم که این کارها را پیش ببریم، البته این شرایط سخت کاری با استرس‌های ویژه خاص خود هم همراه بوده است. به جرات می‌توانم اذعان کنم که در سه ماه اول، غیر از کادر بهداشت و درمان که مستقیماً در حال مبارزه با این بیماری بودند که باید به‌طور ویژه به آن‌ها دست مرزاد گفت، تیم مدیریتی چه در ستاد وزارت بهداشت، چه در واحدهای محیطی و دانشگاه‌ها، همکاران شب و روزی را برای فعالیت خود قائل نبودند، به‌ویژه تأکید می‌کنم

د

روزهای اول پس از انتصاب مقام عالی وزارت به‌عنوان رییس ستاد ملی کرونا، جلسات ستاد ملی در وزارت بهداشت با حضور وزرای محترم کابینه و گاهی با حضور معاون اول محترم تشکیل می‌شد که عمدتاً به‌صورت ناگهانی و اورژانسی برگزار می‌گردید

معنی داشت، یک شبی یادم می آید جناب آقای دکتر جمشیدی حوالی ساعت ۱۲ شب تماس گرفتند و در خصوص نحوه کفن و دفن بیماران کرونایی که توسط یکی از مدیران ارشد وزارت کشور ابلاغ شده بود و ظاهراً در بعضی از استان ها مشکلاتی را به همراه داشت، با من صحبت کردند و گفتند که باید دستورالعمل صادر شده توسط وزارت بهداشت را یک نسخه برای ایشان با نامه رسمی اداری بفرستم تا به استناد این دستورالعمل، ایشان ابلاغیه خود را اصلاح کنند. همین قدر خلاصه به شما عرض کنم که پس از برقراری ارتباط من با ایشان در وزارت کشور ساعت ۱۲ شب و تماس های مکرر برای اجرائی شدن خواسته های مطرح شده کار آن قدر طول کشید که فکر کنم ساعت ۵ الی ۵/۳۰ صبح بود که آخرین تماس ما برقرار شد و کار به سرانجام رسید.

تأثیر کرونا بر امور جاری را چگونه ارزیابی می کنید؟ راهکار برون رفت از این چالش به نوعی که امور جاری نیز در درازمدت و در صورت ادامه همه گیری برای ماه های آینده متضرر نگردد چیست؟

در خصوص سؤال دوم شما باید عرض کنم ما در حوزه وزارتی مجبور بودیم علاوه بر کارهایی که مربوط به موضوع بیماری کرونا بود، کارهای روتین خود را هم پیگیری نماییم. بالاخره ما می بایست به یک سری پیگیری و مکاتبات خارج از وزارت بهداشت هم پاسخگو بودیم. همان طور که مطلعید، وزارت بهداشت یک سری وظایف بخشی دارد که توسط معاونین محترم تخصصی پیگیری می شود، اما

درد

همین قدر خلاصه به شما عرض کنم که پس از برقراری ارتباط من با ایشان در وزارت کشور از ساعت ۱۲ شب و تماس های مکرر برای اجرائی شدن خواسته های مطرح شده کار آن قدر طول کشید که فکر کنم ساعت ۵ الی ۵/۳۰ صبح بود که آخرین تماس ما برقرار شد و کار به سرانجام رسید.



بود، به ویژه شخص مقام عالی وزارت که یک نگرانی بسیار عمده بود که در ادامه مجبور شدیم کمی سخت گیرانه تر محدودیت هایی را برای رفت و آمد و دیدار با مقام ایشان اتخاذ کنیم که الحمدلله تاکنون لطف خدا و ائمه اطهار در انجام این وظیفه شامل حال ما بوده و امیدوارم با تمسک به همین اولیا شرایط به همین وضع ادامه یابد. در این ایام همه با انرژی کار می کردند خستگی کمتر

مصوبات را بعد از اتمام جلسات در داخل ستاد وزارت بهداشت تا حدودی انجام می دهیم. یکی دیگر از نگرانی هایی که حوزه وزارتی در آن ایام با آن مواجه بود به دلیل ضرورت برگزاری جلسات متعدد و ازدحام بیش از حد افراد در زمان برگزاری، احتمال آلودگی افراد حاضر در جلسه بالا می رفت و یکی از نگرانی ها، مبتلا شدن مدیران ارشد تأثیر گذار در حوزه ستادی و دانشگاه ها به این بیماری



یافته و ده‌ها دستاورد دیگر که می‌توانیم از این ظرفیت ایجاد شده برای اجرای برنامه‌های دیگر و پیشبرد آن استفاده کنیم.

در مورد بخش انتهایی سؤال درخصوص این مستندات و دستاوردهای حاصل آن باید عرض کنم یکی از مهم‌ترین کارهای انجام شده و در حال انجام در دوره این بیماری، همین مستندسازی آن است که من از جنابعالی و همکاران‌تان بابت انجام این کار مهم تشکر و قدردانی می‌کنم.

در همین ابتدای کار کرونا که این مستندات را مطالعه و بررسی می‌کنیم، تجربه بسیار گران‌سنگی در اختیار ما قرار می‌دهد، به ما فرصت می‌دهد که کارهای انجام شده گذشته را مجدد بازخوانی کنیم و نواقص آن را برطرف نمائیم از کارهای انجام نشده یا با تأخیر انجام شده مطلع شویم و در اجرای برنامه‌های آتی این نقیصه را برطرف کنیم. در انتها باید به یک نکته اساسی اشاره کنیم و آن مستندسازی ضعف‌ها و کارهای انجام نشده و یا با تأخیر انجام شده است، این بخش از مستندسازی بسیار مهم است، به‌خاطر آوردن کارهای انجام شده راحت است و البته جای خودش کار بسیار مهم و ارزشمندی است، اما به‌خاطر آوردن و پذیرش ثبت ضعف‌ها و کارهای انجام نشده کاری سخت‌تری می‌باشد که امیدوارم جنابعالی و همکاران‌تان در این کار هم مثل بقیه کارها موفق باشید که البته همکاری همه دست‌اندرکاران امر بیماری کرونا را می‌طلبد. ضمن تشکر مجدد از جنابعالی (جناب آقای دکتر آسائی) و همکاران آرزوی سلامتی و به‌روزی برای شما از خداوند منان مسئلت دارم.



شروع کردیم که باید در ادامه به آن‌ها با جدیت تمام پردازیم و آن را به یک سرانجام مناسب برسانیم، مثل برنامه پزشکی خانواده، پرونده الکترونیک سلامت، هر خانه یک پایگاه سلامت و چندین طرح و برنامه در حوزه‌های درمان، بهداشت، آموزش، پژوهش و سایر واحدهای ستادی.

امیدواریم مستندات و دستاوردهای کرونا به‌عنوان درس آموخته در دوره‌ای تحت عنوان مدیریت بحران طراحی و با آموزش این مباحث مدیران وزارت بهداشت و سایر بخش‌ها بر اساس آن توانمند گردند، نظرتان را در این خصوص بشنویم؟

الان برای اجرائی شدن بسیاری از برنامه‌ها با توجه به شرایط حاکم، زمان مناسب‌تری است، علی‌رغم این که بیماری کرونا عارضه زیادی را برای ما داشت، اما دستاوردهای مدیریتی مناسبی را هم خلق نمود. از جمله این که در انجام کار گروهی توانمندتر شدیم، همدلی بیشتر در انجام امورات درما شکل گرفته، اعتماد به نفس مدیران ما در حل مشکل افزایش

وظایف وزارت بهداشت به‌عنوان یک عضو هیات دولت به‌عنوان وظایف وزارت عمده‌تر حوزه وزارتی یا در واحدهای زیرمجموعه این حوزه پیگیری می‌شود. مثل پاسخگویی به حوزه‌های نظارتی از جمله سازمان بازرسی کل کشور، دیوان محاسبات و همچنین اموراتی که مربوط به دبیرخانه شورای عالی بیمه می‌باشد و یا مربوط به دبیرخانه شورای سلامت و امنیت غذا می‌شود و سایر فعالیت‌های روتین که تلاش کردیم که امورات دچار وقفه نشود و در زمان خودش انجام و پاسخگویی مناسب داشته باشیم. اما به‌نظر می‌رسد حضور بیماری کرونا بر بعضی از فعالیت‌های تخصصی وزارت بهداشت سایه انداخته که این موضوع به‌ویژه در ۲ الی ۳ ماه اول مشهودتر بوده، باید بپذیریم که کرونا واقعیت امروز و تا حدودی فردای ماست و مثل بقیه بیماری‌ها که وظیفه مدیریت آن را در وزارت بهداشت به عهده داریم، این بیماری را هم با داشتن برنامه مدون و استراتژی مشخص در ادامه کار، مشابه بیماری‌های دیگر کنترل و پیگیری کنیم. ما موضوعات و برنامه‌های مهمی را در سال ۱۳۹۸

دید

در همین ابتدای کار کرونا که این مستندات را مطالعه و بررسی می‌کنیم، تجربه بسیار گران‌سنگی در اختیار ما قرار می‌دهد، به ما فرصت می‌دهد که کارهای انجام شده گذشته را مجدد بازخوانی کنیم و نواقص آن را برطرف نمائیم از کارهای انجام نشده یا با تأخیر انجام شده مطلع شویم و در اجرای برنامه‌های آتی این نقیصه را برطرف کنیم.



جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران



دکتر کریم همتی

رئیس جمعیت هلال احمر
جمهوری اسلامی ایران

هم دوستان عزیز ما کار در حوزه کرونا را به صورت محدود در قالب آموزش‌های همگانی شروع کرده و محصولات آموزشی را پیش از اعلام رسمی ورود کرونا به کشور برای عرضه در فضای مجازی آماده کرده بودند. تاکنون (۱۰ خرداد) از محصولات آموزشی آنلاین هلال احمر ۷۰ میلیون بار بازدید شده است. همان گونه که اشاره شد، ارائه دوره‌های آموزشی آنلاین در ارتباط با کرونا قبل از ورود بیماری به کشور شروع شده بود و تاکنون هم ادامه دارد. در این دوران بیش از یک میلیون و ۳۵۰ هزار گواهی آموزش آنلاین که با مشارکت عامه مردم برگزار شده بود در سامانه الکترونیک صادر شده است. هم چنین توجه داشته باشید که آغاز



تاکنون از محصولات آموزشی آنلاین هلال احمر ۷۰ میلیون بار بازدید شده است. همان گونه که اشاره شد، ارائه دوره‌های آموزشی آنلاین در ارتباط با کرونا قبل از ورود بیماری به کشور شروع شده بود و تاکنون (۱۰ خرداد ماه) هم ادامه دارد.

نسبتاً طولانی داشتیم. در همان جلسه عنوان شد که هلال احمر بخشی از پیکره مدیریت بحران است و همان موقع به درک مشترکی از وضعیت کشور رسیدیم. به فاصله چند روز پس از جلسه‌ای که با وزیر بهداشت، معاونین و مشاورین ایشان داشتیم، ریاست جمعیت هلال احمر از سوی وزیر محترم بهداشت و ریاست جمهوری به عنوان یکی از اعضای ستاد ملی مقابله با کرونا، منصوب شد. هلال احمر از آن زمان تاکنون در تمام جلسات ستاد حضور داشته و به الطبع از نزدیک در جریان مشکلات و مسائل کرونا و اقدامات و مداخلاتی که باید انجام می‌گرفته قرار داشته است. البته پیش از انتصاب بنده به عنوان رئیس جمعیت هلال احمر

از اولین ساعات همه‌گیری ویروس کرونا، هلال احمر همراه نیروهای اورژانس، پلیس و بسیج وارد عمل شد. تعداد تیم‌ها، تنوع مداخلات و میزان توفیق نیروهای داوطلب هلال احمر در این حماسه ملی را چطور ارزیابی می‌کنید؟

از همان روز نخست که بنده ابلاغ خود را از جناب رئیس جمهور دریافت کردم، کارمان در حوزه کرونا آغاز شد. در این ابلاغ به طور مشخص قید شده بود که مبارزه با کرونا باید در اولویت قرار گیرد. تقریباً از بعد از ظهر همان روز که ابلاغ اعلام شد، همراه چند نفر از روسای سازمان‌های تابعه هلال احمر در وزارت بهداشت جلسه‌ای

پر جمعیت برای امر غربالگری در نظر گرفته شده بودند و مقرر شد خروجی شهرها توسط جمعیت هلال احمر کنترل شود. در اولین روزهای انجام این مداخله نیز رییس جمهور از طریق ارتباط و بینار در جریان کار قرار گرفتند و گزارش مربوطه به ایشان ارسال شد. غربالگری علاوه بر تهران در ۱۲ استان بزرگ دیگر از تاریخ ۱۲۷ اسفندماه ۱۳۹۸ تا ۱۳ فروردین ۱۳۹۹ در ۸۵۱ واحد سیار انجام شد، بیش از ۲۱ میلیون نفر از هم وطنان در قالب هفت و نیم میلیون خودرو غربالگری شدند. بیش از ۱۴ هزار نفر که دارای علائم مشکوک به کرونا از جمله سرفه، تب و علائم مشابهی بودند، پس از غربالگری، به مراکز بهداشتی-درمانی و مراکزی که از قبل مشخص شده بودند معرفی شدند. این نکته را هم بگویم که جمعیت هلال احمر در اسفندماه ۹۸ اعلام کرد که آمادگی تأمین ۱۰ هزار تخت نقاهتگاهی را دارد. از یک هزار و ۶۳۷ تخت نقاهتگاهی که از سوی جمعیت هلال احمر در استان های قم، قزوین، گلستان، اصفهان و زنجان تجهیز شدند، در مجموع تا اوایل خرداد ۱۳۹۹، ۴۵۰ تخت کماکان مورد استفاده وزارت بهداشت قرار می گرفت. باید تأکید کنم در تمام این مدت جمعیت هلال احمر در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با عزیزان دانشگاهی همراه و همگام بود.

داد

این نکته را هم بگویم که جمعیت هلال احمر در اسفندماه ۹۸ اعلام کرد که آمادگی تأمین ۱۰ هزار تخت نقاهتگاهی را دارد. از یک هزار و ۶۳۷ تخت نقاهتگاهی که از سوی جمعیت هلال احمر در استان های قم، قزوین، گلستان، اصفهان و زنجان تجهیز شدند، در مجموع تا اوایل خرداد ۱۳۹۹، ۴۵۰ تخت کماکان مورد استفاده وزارت بهداشت قرار می گرفت.

با توجه به تحریم های ظالمانه آمریکا علیه ایران، طبعاً در دریافت کمک های خارجی با مشکلاتی مواجه بودید. لطفاً در این زمینه توضیح دهید؟

یکی از وظایف جمعیت هلال احمر این بود که کمک های خارجی بیشتری



بهداشت از سوی داروخانه های هلال احمر قابل تأمین بود. با وجود همه مشکلات موجود حتی آمادگی تأمین بسیاری از داروهایی را که وزیر بهداشت برای آینده و در زمان معین مقرر کرده بودند را نیز فراهم کردیم. داروخانه ها در کل ساعات شبانه روز مشغول خدمت رسانی بودند و نکته قابل ذکر این است که در آن روزها نه تنها هلال احمر بلکه کل دولت با مشکلات زیادی برای مقابله با بیماری کرونا روبرو بود.

جمعیت هلال احمر از چه زمانی غربالگری را شروع کرد و چه تعداد از هموطنان از این طرح بهره مند شدند؟

اطلاع دارید که وظیفه غربالگری در کلان شهرها طی ابلاغیه های وزیر محترم بهداشت به جمعیت هلال احمر محول شد و در دولت به شکل چشمگیری مورد استقبال واقع شد. همزمان نیز سامانه Corona.ir راه اندازی شد که در واقع یک سیستم انجام تست غربالگری بود. بیش از ۱۱ میلیون نفر با این سامانه غربالگری شدند. البته این سامانه پیش از ابلاغ وزارت بهداشت مبنی بر لزوم تب سنجی در میدانی ورودی و خروجی شهرها آغاز به کار کرده بود. ۱۳ استان

عملیات غربالگری و تب سنجی همزمان شده بود با تعطیلات عید نوروز. همان موقع سیل ۲۵ استان را درگیر خود کرد؛ بیش از ۳۵۰۰ نفر از همکاران داوطلب و جوانان، درگیر اماد رسانی در سیل شدند. به طور دقیق هفت هزار نفر از نیروهای داوطلب و امادگران هلال احمر همزمان درگیر دو بحران کرونا و سیل بودند. در واقع ۳۵۰۰ نفر در سیل امادگری می کردند و ۳۵۰۰ نفر نیز عملیات غربالگری و تب سنجی کرونا را انجام می دادند. خوشبختانه امسال سیل بهاری همانند سال گذشته تبدیل به بحران جدی نشد.

در زمینه توزیع دارو هلال احمر چه اقداماتی انجام داد؟

داروخانه های وابسته به جمعیت هلال احمر در روزهای تعطیل به خدمت رسانی پرداختند. عرضه اقلام بهداشتی و دارو در کلیه داروخانه های هلال احمر به مردم که روزانه حدود ۸ تا ۱۰ هزار مراجعه دارند، انجام شد. در حالی که به نظر می رسید تأمین اقلام بهداشتی و دارویی در ابتدای کار به چالشی برای کشور تبدیل شود، اکثر داروهای مورد درخواست وزارت

← **علاوه بر جمعیت هلال احمر، برخی نهادهای مردمی و خیریه‌ها در زمان بحران نقش آفرینی می‌کنند. جمعیت هلال احمر در زمینه یکپارچه‌سازی این فعالیت‌ها چه اقداماتی انجام داد و میزان کمک‌های مردمی جمع‌آوری شده چقدر بود؟**

جمعیت هلال احمر برابر با ماده ۱۴ قانون مدیریت بحران کشور وظایفی را برعهده دارد که یکی از آن‌ها ساماندهی کمک‌های مردمی و هم‌کاسه کردن آن‌هاست. در این راستا ۴۴ مورد مجوز برای مراکز خیریه صادر شد تا بتوانند کمک‌های مردمی را جمع‌آوری و تحت نظارت جمعیت هلال احمر مصرف کرده و همچنین در اختیار جمعیت هلال احمر قرار دهند. این اقدام خوبی بود که به ساماندهی کمک‌ها و یکسان‌سازی آن‌ها کمک شایانی کرد. بسیاری از این مؤسسات خیریه، معین بیمارستان‌ها شدند و کمک‌ها را دریافت کرده و به طور مستقیم در اختیار این بیمارستان قرار می‌دادند. هر موسسه‌ای هم که بدون مجوز اقدام به جمع‌آوری کمک می‌کرد دادستانی وارد عمل می‌شد و حساب چنین موسساتی مسدود می‌شد. ورود مؤسسات خیریه به این عرصه باعث شد همدلی بی‌نظیر به وجود بیاید. در مجموع تا روزهای پایانی اردیبهشت به ۴۴ موسسه خیریه مجوز جمع‌آوری کمک‌ها داده شد. ضمن این که تا پایان اردیبهشت ماه کمک‌های غیرنقدی در حدود ۵۳۰ میلیارد ریال و کمک‌های نقدی معادل ۳۵۰ میلیارد ریال جمع‌آوری شد. حدود ۵۰۰ هزار بسته بهداشتی نیز به طور مستقیم بین بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی توزیع شد.

داد

دو کارخانه تولید ماسک و تجهیزات پزشکی به طور روزانه ده هزار لیتر مواد ضد عفونی کننده با کیفیت مناسب تولید می‌کردند، روزانه پنج هزار ماسک سه لایه و چهار هزار شیلد صورت تولید می‌شد. این روند تولید هم‌اکنون هم ادامه دارد و تولید ماسک به حدود ۵۰ هزار در روز رسیده است.



← **فعالیت جمعیت هلال احمر در زمینه تولید ماسک و مواد ضد عفونی کننده و نحوه توزیع این محصولات چگونه بود؟**

دو کارخانه تولید ماسک و تجهیزات پزشکی به طور روزانه ده هزار لیتر مواد ضد عفونی کننده با کیفیت مناسب تولید می‌کردند، روزانه پنج هزار ماسک سه لایه و چهار هزار شیلد صورت تولید می‌شد. این روند تولید هم‌اکنون هم ادامه دارد و تولید ماسک به حدود ۵۰ هزار در روز رسیده است.

تجهیزات حفاظت فردی و مواد ضد عفونی توسط هلال احمر در اوایل اپیدمی بنابر احتیاج بین امدادگران هلال احمر توزیع می‌شد و به فروش عمومی نمی‌رسید. اما با قیمت بسیار پایین تر از قیمت بازار در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گرفت. قیمت ماسک تنفسی سه لایه در بازار ۳ الی ۳ هزار و ۵۰۰ تومان بود اما با قیمت هشتصد تومان در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گرفت. اکنون هم جمعیت هلال احمر آمادگی عرضه عمومی تجهیزات حفاظت فردی و مواد ضد عفونی و سایر اقلام بهداشتی را با توجه به افزایش خطوط تولید در کشور برای همگان دارد.

جذب کند. مسئله ارتباط گرفتن در این شرایط مشکلات خاص خودش را داشت و از طرفی تمام دنیا درگیر کرونا بود. ولی خوشبختانه ۱۱۲ محموله اهدایی که بیش از ۷۴ محموله آن به صورت ویژه از کشور چین و بقیه از کشور ژاپن، سازمان برنامه جهانی غذا، کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان و کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و غیره ... بود، ارسال شدند. همچنین جمعیت هلال احمر چندین انبار ذخیره‌سازی و نگهداری محموله‌های اهدایی را نیز در اختیار وزارت بهداشت قرار داد. جمعیت هلال احمر در فرودگاه‌ها و در مبادی ورودی نیز در بحث ترخیص محموله‌ها اقداماتی را انجام داد. در واقع محموله‌های ترخیص شده به طور مستقیم در اختیار وزارت بهداشت قرار گرفت. دانشگاه‌ها هم مستقیم مراجعه کرده و اقلام مورد نیازشان را از این انبارها تهیه می‌کردند. به وسیله کمیته‌ای که در این راستا تشکیل شده بود کمک‌های بین‌المللی بین استان‌ها توزیع می‌شد. بدیهی است در شرایط تحریم دریافت کمک‌های بین‌المللی امیدوار کننده بود. اما در تأمین اقلام حفاظت فردی همچنان با مشکلاتی مواجه بودیم.

حل مشکلات به وجود آمده مؤثر است؟

در روزهای ابتدایی، اپیدمی همدلی بی نظیری بین بخش‌های مختلف در کشور برای مدیریت بحران که بر عهده وزیر بهداشت بود، به وجود آمد. دستگاه‌های اجرایی، امنیتی و قضایی در این بحران پای کار بودند و همزمان تحت مدیریت بخش اجرایی کشور عمل کردند. اگر این همراهی و همدلی نبود بسیاری از اماکن مذهبی مثل حرم امام رضا (ع) و مساجد خوب مدیریت نمی‌شد. این همدلی و همراهی نشان داد که مسئولان کشور هر زمان بخواهند می‌توانند با یکدیگر همکاری همدلانه داشته باشند. اما آن‌چه که ممکن است سبب ایجاد مشکل شود، ورود غیر تخصصی و بدون برنامه در مدیریت بحران است، همانند آن‌چه در زلزله بم و کرمانشاه شاهد آن بودیم. تمام نیروها نشان دادند که در بحران پیش آمده همدل و همراه‌اند. اما ضروری بود تا تحت لوای یک پرچم واحد مدیریتی قرار گیرند تا هر نهادی در حیطه نقش و تخصص خود وارد عمل شود و تلاش‌ها ثمربخش باشند. تجربه نشان داده است زمانی که بحران شکل می‌گیرد در اجرای وظایف مشکلاتی پیش می‌آید که لازم است پیش از تشدید آن مدیریت شود.

جوانان نیروهای گران‌سنگ هلال احمرند. برای جذب بیشتر جوانان و داوطلبان چه تمهیداتی را مدنظر دارید؟

باید اذعان کنم که بخش عمده‌ای از ظرفیت هلال احمر را جوانان و داوطلبان تشکیل می‌دهند. تعداد نیروهای رسمی و پیمانی جمعیت حدود ده هزار نفر است. اما ما قریب به



در این مدت جمعیت هلال احمر در زمینه توزیع بسته‌های معیشتی و همچنین حمایت روانی از خانواده‌های درگیر چه کارهایی انجام داده است؟

با فرمان مقام معظم رهبری ۳۰۰ هزار بسته کمک معیشتی در ماه مبارک رمضان به نیازمندان اهدا شد. حمایت روانی از خانواده‌ها در طول کرونا و پساکرونا یکی از نکات مهمی بود که همکاران مان در جمعیت هلال احمر برای آن برنامه‌ریزی مناسبی کردند. با توجه به اینکه سفرهای تابستانی را پیش رو داریم، پدید آمدن فاز جدیدی از این بیماری دور از ذهن نیست. جمعیت هلال احمر امیدوار است در کنار وزارت بهداشت با آمادگی بیشتر و امکانات مناسب‌تری بتواند در امر مدیریت بیماری کرونا در آینده مشارکت کند.

به نظر شما در زمان بحران همراهی و همدلی دستگاه‌های مختلف اجرایی تا چه میزان در

یکی دیگر از اقدامات هلال احمر که با کمک داوطلبان آن انجام شد، ضد عفونی معابر بود. چه تعداد از معابر عمومی توسط جمعیت ضد عفونی شدند؟

بیش از ۵۲ هزار مکان مختلف از جمله پارک‌ها، بوستان‌ها، زندان‌ها، بانک‌ها توسط جمعیت هلال احمر ضد عفونی شدند. هفت میلیون لیتر ماده ضد عفونی برای ضد عفونی اماکن مختلف در مناطق حاشیهای اطراف تهران مورد استفاده قرار گرفت. همچنین با اعلام نیاز فوری وزارت بهداشت به یک هزار دستگاه ونتیلاتور در کشور، جمعیت هلال احمر اعلام کرد که با همکاری خیرین توانایی تأمین یکصد دستگاه را دارد. با توجه به محدودیت‌ها، تعداد ۵۲ دستگاه ونتیلاتور با کمک خیرین خریداری و در اختیار وزارت بهداشت قرار داده شد که تماماً تولید داخل بودند. در همین زمینه مبلغ ۱۶۰ میلیارد ریال کمک نقدی برای خرید دستگاه اختصاص داده شد.



با فرمان مقام معظم رهبری ۳۰۰ هزار بسته کمک معیشتی در ماه مبارک رمضان به نیازمندان اهدا شد. حمایت روانی از خانواده‌ها در طول کرونا و پساکرونا یکی از نکات مهمی بود که همکاران مان در جمعیت هلال احمر برای آن برنامه‌ریزی مناسبی کردند.

تعطیلات عید، جهت بازدید از مراکز غربالگری طرح کرونا به عوارضی اتوبان تهران قم رفتیم.

قرار بود از طریق وبینار گزارشی از روند اجرای فعالیت‌ها و اقدامات صورت گرفته را خدمت آقای رییس جمهور ارائه دهم.

پس از ارائه گزارش بنده و همچنین صحبتی که جناب آقای رییس جمهور با دو نفر از امدادگران مستقر در پایگاه امدادی داشتند، قرار شد آقای دکتر روحانی با یک نفر از مسافران عبوری از جاده هم به صورت تصادفی گفتگو کنند و میزان رضایت از طرح و نحوه اجرای آن را شخصاً ارزیابی کنند.

پس از چند دقیقه همکاران ما با یکی از شهروندان محترم صحبت کردند و به این شهروند گفته شده بود که قرار هست چند دقیقه‌ای با یکی از مسئولان در خصوص کرونا و خدمات جاده‌ای صحبت کنید. این شهروند که نمی‌دانست با چه کسی قرار است صحبت کند از اینکه ده دقیقه‌ای معطل شده بود بسیار کلافه و شاکی بود. بعد از برقراری تماس تصویری و دیدن رییس جمهور، این شهروند عزیز بسیار هیجان زده و خوشحال شد و به ما هم گفت نمی‌دانست که شخص دکتر روحانی تا این اندازه پی‌گیر مسائل هستند. آقای رییس جمهور حدود ده دقیقه با این شهروند و مسافر عبوری صحبت کردند. صحبت‌های ایشان در نهایت محبت، صداقت و حس مسئولیت در برابر جامعه بود و اجرای جزئی‌ترین نکات ایمنی، بهداشتی و مراقبتی را با متانت و سعه صدر متذکر می‌شدند. این نحوه برخورد رییس جمهور و همچنین خوشحالی شهروند عزیز، خاطره شیرینی در میان هیاهو و گرفتاری کرونا در عید امسال بود.

جذب داوطلبان با اهداف داوطلبانه هلال احمر مغایرت دارد و روح داوطلبی را کم‌رنگ می‌کند. داوطلب و امدادگری که با شور و عشق در بحران‌های مختلف همکاری می‌کند، این انتظار و آرزو را دارد که روزی جذب نظام هلال احمر شود. اتفاقاً مثال‌های فراوانی از امدادگران داریم که فعالیت خود را از امدادگری شروع کرده و در نهایت جذب سیستم شدند و هم‌اکنون هم جزو خبیره‌ترین افرادند. زمانی قرار بود که خانه‌های هلال تشکیل شود و امدادگران و داوطلبان در این خانه‌ها به کار گرفته شوند. این خانه‌های هلال در شهرهای بالای ۲۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده که به صورت سرای محله‌ها در تهران شروع به کار خواهند کرد. امیدواریم شاهد همکاری جوانان و داوطلبان در این حوزه هم باشیم.

◀ **آغاز مسئولیت خطیر حضرتعالی اتفاقاً با شیوع ویروس کرونا همراه بود، طبعاً با حوادث مختلفی روبه‌رو شدید. خاطره خاصی از این چند ماه در ذهنتان هست؟**
روز سوم فروردین امسال و در گرماگر

۶۰۰ هزار نفر نیروی پا به کار و فعال داوطلب و امدادگر در بحران‌ها داریم. طبق آمار ثبت شده ۲ میلیون نفر در سه حوزه یعنی نجات‌گر-امدادگر، جوانان و داوطلبان حضور دارند، همان‌گونه که گفتیم در بحران کرونا و سیل فروردین ماه ۱۳۹۹ قریب به هفت هزار نیرو به طور شبانه‌روزی بدون خستگی و بدون هیچ چشم‌داشتی با جمعیت هلال احمر همکاری کردند. کسانی که شاید تا مدت‌ها با خانواده خودشان هم دیدار نکردند. به نظر می‌رسد برای حفظ این نیروهای ارزشمند به خصوص جوانان باید برنامه‌های جذابی برای جلب ایشان در حوزه‌های مختلف تدارک دیده و تمهیدات لازم برای جذب این افراد در سیستم به طور جدی اندیشیده شود. هم برای جوانان هم برای داوطلبان باید برنامه‌های جذابی داشته باشیم، تدارک اردوهای مناسب و مفید باید در دستور کار قرار بگیرد. زیرا این موضوع به تقویت ماندگاری و همکاری جوان در هلال احمر کمک می‌کند. البته در بحران‌های مختلف پرداخت‌هایی به عنوان حق الزحمه برای داوطلبان در نظر گرفته می‌شود اما به نظر می‌رسد چنین رویکردی در

داد

زمانی قرار بود که خانه‌های هلال تشکیل شود و امدادگران و داوطلبان در این خانه‌ها به کار گرفته شوند. این خانه‌های هلال در شهرهای بالای ۲۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده که به صورت سرای محله‌ها در تهران شروع به کار خواهند کرد. امیدواریم شاهد همکاری جوانان و داوطلبان در این حوزه هم باشیم.





سازمان اورژانس کشور



دکتر پیرحسین کولیوند

رئیس سازمان اورژانس کشور

خدمات بهداشت و درمان دانشجویان توسط وزارت متبوع و سایر خدمات اعم از اسکان، تغذیه، حمل و نقل، امنیت و توسط دستگاهها و نهادهای ذیربط تأمین گردد. ابتدا مقرر شد برای اسکان دانشجویان، اردوگاههای آموزشی و پرورش را بررسی کنیم. لذا دو اردوگاه در لواسان و شهریار و یک اردوگاه در تهران را بازدید و با توجه به نبود امکانات مناسب در لواسان و شهریار، اردوگاه شهید باهنر تهران را به لحاظ فنی تأیید نمودیم که البته بنا به توصیه یکی از مسئولین که اسکان دانشجویان را در مکان فوق الذکر به صلاح ندانسته بودند ناگزیر، آن هم لغو شد. علی رغم پذیرش پرداخت هزینه‌ای تا چند برابر هزینه معمول



در خصوص دانشجویان ایرانی مقیم چین در نخستین جلسه استانداری مقرر شد خدمات بهداشت و درمان دانشجویان توسط وزارت متبوع و سایر خدمات اعم از اسکان، تغذیه، حمل و نقل، امنیت و توسط دستگاهها و نهادهای ذیربط تأمین گردد.

محترم، وزرای بهداشت، راه و شهرسازی و کشور را در این موضوع مسئول نموده‌اند بهتر است مورد مذکور با هماهنگی استانداری تهران، پیگیری شود. استاندار محترم تهران، دکتر محسنی بندپی را طبق روال هر هفته در مراسم سیاسی - عبادی نماز جمعه دیدم و برای ساعت ۴ بعد از ظهر همان روز برای حل موضوع اسکان دانشجویان با او قرار جلسه گذاشتم. جلسه‌ای که در آن رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و چند نفر از همکاران حوزه بهداشت وزارت متبوع حضور پیدا کردند. در این جلسه که با مدیریت جناب آقای دکتر تقی زاده، معاون محترم امور هماهنگی استانداری تشکیل گردید، مقرر شد

به‌عنوان سؤال نخست با عنایت به مسئولیت خطیر سازمان اورژانس کشور و شخص جناب عالی در مدیریت بحران کرونا، یکی از خاطرات مدیریتی خود را در این خصوص شرح دهید؟

به نظرم موضوع بازگشت دانشجویان ایرانی مقیم چین یکی از خاطرات مدیریتی این دوران است. موضوع به این شرح بود که صبح روز جمعه مورخ ۹۸/۱۱/۱۱ حوالی ساعت ۸:۳۰ صبح معاون محترم بهداشت، آقای دکتر علیرضا ریسی با من تماس گرفت و موضوع تأمین محل اسکان دانشجویان ایرانی مقیم چین را مطرح نمود. من به معاون بهداشت توصیه کردم با توجه به اینکه رئیس جمهور

کشور عراق در محل اداره کنسولگری وزارت امور خارجه مذاکره نمودیم. در این جلسه مقرر گردید قرارداد با هتل باغ گیلاس برای اسکان دانشجویان عراقی منعقد گردد. گروه عراقی تا ساعت ۲ بعد از ظهر برای اخذ نظر مقامات مسئول کشور خود مهلت خواستند. آن روز تا حوالی ساعت ۳:۳۰ خبری از گروه عراقی دریافت نکردیم و در شرایطی که متوجه از دست دادن هتل جشنواره شده بودیم قرارداد را برای اسکان دانشجویان ایرانی با هتل باغ گیلاس شهرداری منعقد کردیم.

در حالی که هنوز در جستجوی مکان جدید برای اسکان دانشجویان عراقی بودیم، متوجه عقب نشینی آقای مقیمی مسئول هتل باغ گیلاس شهرداری شدیم. متأسفانه او نیز از سوی مقامات شهر تهدید شده بود که اگر پای دانشجویان ایرانی (و به قول خودشان بیماران کرونایی) را به این شهر باز کند، تا دو سال اجازه کار از او سلب می گردد. یکی از دوستانم هتلی را در گچسار کرج معرفی نمود، که تیم عراقی را حوالی ساعت ۱۱-۱۲ همان شب برای عقد قرارداد آنجا فرستادم، لیکن علی رغم موافقت مدیران هتل، با مخالفت جدی مقامات استانی کرج مواجه شدیم. ضمناً نیمه شب مجدداً آقای مقیمی، صاحب هتل باغ گیلاس شهرداری تماس گرفت که مردم با شعار مرگ بر مقیمی درب خانه او تجمع و موجبات سلب آسایش او و خانواده اش را فراهم نموده اند. بلافاصله با آقای دکتر نمکی تماس گرفتیم، ایشان با عنایت به مشکلات اجتماعی ماه های گذشته در آن منطقه، دستور دادند که مکان دیگری را به این امر اختصاص دهیم. تنها جایی که بنظر رسید بیمارستان



همچنین طبق توافقات صورت پذیرفته با وزارت محترم امور خارجه مقرر شد تعداد ۶۰ الی ۷۰ دانشجوی عراقی مقیم چین نیز منوط به پرداخت کلیه هزینه های مترتب توسط سفارت محترم عراق، همراه دانشجویان ایرانی برای قرنطینه به کشورمان بیایند.

در صبح روز سه شنبه ۹۸/۱۱/۱۵، هلال احمر به دلیل دایر بودن مرکز درمانی در مجاورت هتل آپارتمان مذکور با اسکان دانشجویان در آن محل مخالفت و طبق هماهنگی با دفتر ریاست محترم جمهوری، نهایتاً تا ظهر روز سه شنبه این مصوبه شورای تأمین استانداری نیز کسلسل گردید، این در حالیست که هواپیما برای انتقال دانشجویان ایرانی به کشور چین پرواز نموده بود.

همان روز مدیر کل محترم بحران استانداری، آقای منصور درجاتی، برای اسکان دانشجویان عراقی مقیم چین، هتل باغ گیلاس شهرداری را پیشنهاد نمود، ما هم که به تصور خودمان هتل جشنواره را برای اسکان دانشجویان ایرانی هماهنگ و قطعی نموده بودیم بنا به درخواست مدیر کل امور کنسولی وزارت امور خارجه، با سفیر محترم

اسکان هتل ها، هیچ هتلی اقامت دانشجویان را متقبل نمی شد. اینجانب حضوری از سردار جلالی، ریاست محترم سازمان پدافند غیرعامل، هم درخواست مداخله و کمک در این مورد نمودم. در تماس تلفنی با سردار ذوالفقاری، معاونت محترم سیاسی امنیتی وزارت کشور، ایشان خواستار حل مسئله در سطح استان تهران شدند، بنابراین ساعت ۷ همان شب مجدداً جلسه مدیریت بحران و شورای تأمین به ریاست جناب آقای دکتر محسنی بندپی، استاندار محترم تهران، برگزار گردید. در آن جلسه مصوباتی داشتیم از جمله آن که، هتل آپارتمان هلال احمر واقع در خیابان جشنواره به اسکان دانشجویان ایرانی اختصاص یابد، شهرداری تهران برای حمل و نقل دانشجویان اتوبوس در اختیار ما قرار بدهد، امنیت توسط ناجا تأمین و سایر خدمات توسط استانداری هماهنگ شود.

لازم به ذکر است که جهت هماهنگی های هر چه بیشتر وزارت متبوع با سایر دستگاه ها، وزیر محترم، آقای دکتر نمکی، نیز ضمن صدور ابلاغ برای اینجانب، هماهنگی امور دانشجویان را به من محول نمودند.

داد

لازم به ذکر است که جهت هماهنگی های هر چه بیشتر وزارت متبوع با سایر دستگاه ها، وزیر محترم، آقای دکتر نمکی، نیز ضمن صدور ابلاغ برای اینجانب، هماهنگی امور دانشجویان را به من محول نمودند.

اضافه کرد آقای عابدزاده ساعت حوالی دو نیمه شب بلافاصله به تماس تلفنی او پاسخ و برنامه پرواز را تغییر دادند به گونه‌ای که هواپیما اول در کشور ایران، سپس در کشور عراق و نهایتاً در کشور سوریه فرود آمد. بعد که تکلیف دانشجویان عراقی با سفر به کشورشان روشن شد، موضوع چمدان‌ها مطرح شد، پیشنهاد مسئولین فرودگاه این بود که چمدان‌ها برود عراق، بعد سوریه و سپس ایران. با توجه به شناختی که از اشکالات این امر داشتیم با این تصمیم مخالفت نمودم و مقرر شد بار مسافران را کنار پله‌ها پیاده و از هر یک از دانشجویان ایرانی درخواست شد که چمدان خود را شناسایی و کنار بگذارد، سپس با رعایت کامل موازین بهداشتی جابه‌جایی چمدان‌ها صورت پذیرفت. مشکل بعدی بعد از صرف صبحانه شروع شد، دانشجویان ایرانی شروع کردند به سرو صدا که در سفارت ایران در کشور چین قول هتل پنج ستاره و نهایتاً اتاق دو تخته به ما داده شده و حالا از یک سالن فرودگاهی سر در آوردیم. در این مرحله بود که آقای دکتر ریسی و آقای دکتر گویا، آمدند و قول دادند که تابلو محل اسکان مناسب را تأمین کنند. دوباره آقای دکتر ریسی از من خواستند که فکری برای جابجایی سریع چمدان خود را شناسایی و کنار بگذارم، سپس با رعایت کامل موازین بهداشتی جابه‌جایی چمدان‌ها صورت پذیرفت.



بعد که تکلیف دانشجویان عراقی با سفر به کشورشان روشن شد، موضوع چمدان‌ها مطرح شد، پیشنهاد مسئولین فرودگاه این بود که چمدان‌ها برود عراق، بعد سوریه و سپس ایران. با توجه به شناختی که از اشکالات این امر داشتیم با این تصمیم مخالفت نمودم و مقرر شد بار مسافران را کنار پله‌ها پیاده و از هر یک از دانشجویان ایرانی درخواست شد که چمدان خود را شناسایی و کنار بگذارم، سپس با رعایت کامل موازین بهداشتی جابه‌جایی چمدان‌ها صورت پذیرفت.



پرچی از معاونت بهداشت و نسیمی و وهاب‌زاده به عنوان مشاور رسانه‌ای وزیر محترم بهداشت دانشجویان چینی را همراهی نمودند. با توجه به مخالفت مقامات استانی البرز و عدم امکان تأمین محل اسکان دانشجویان عراقی، طی هماهنگی با وزیر محترم بهداشت، مقرر شد از پذیرش دانشجویان عراقی خودداری کنیم. اینجا بود که علی‌رغم مخالفت‌های وزارت امور خارجه و دکتر عراقچی، اعلام کردیم دانشجویان عراقی را نمی‌پذیریم چون واقعاً امکان اسکان آن‌ها مهیا نشد. با کمک آقای ذوالفقاری، معاون محترم وزیر کشور مقرر شد دانشجویان عراقی به کشور خود اعزام شوند، لذا هماهنگی با هواپیمایی کشوری و سفارت عراق را من و هماهنگی با دکتر عراقچی و وزارت محترم امور خارجه را آقای ذوالفقاری بر عهده گرفت. دکتر کولیوند همچنین از همکاری تحسین برانگیز آقای عابدزاده رییس محترم هواپیمایی کشوری، آقای خوشخو، معاون محترم بهره‌برداری شهر فرودگاهی و آقای مهندس آدم نژاد، معاون محترم وزارت راه، مسکن و شهرسازی تعریف و

بعثت بود، همان شب با سردار دکتر عراقی‌زاده تماس گرفتم. اینجا بود که احساس کردم در زمان سختی‌ها وزارت بهداشت و شخص من تنها بودیم حتی همکاران وزارت متبوع هم به سادگی خودشان را کنار کشیده بودند. با دریافت موافقت وزیر محترم و هماهنگی معاون محترم درمان، آقای دکتر جان بابایی، دو بخش از دو بیمارستان به صورت اضطراری تخلیه شد. همان شب با هماهنگی آقای دکتر عراقی‌زاده در نزدیکی فرودگاه امام خمینی (ره) چند سالن گرفتیم و شبانه همکاران من در اورژانس تهران آن‌را نظافت نمودند، آن شب تکنسین‌های اورژانس تهران برادرانه کنار هم و برای رضایت پروردگار تلاش نمودند. تنها چیزی که پس از گذراندن یک هفته پر تنش، بارقه‌ی امید را در چشمانم روشن می‌کرد همین حس همدلی همکارانم بود. نکته شایان ذکر آن که در زمان پرواز از چین به ایران نیز مهمانداران هواپیمایی ماهان از ترس ابتلا به کرونا، میزبانی مسافران را به همکاران سازمان اورژانس سپرده بودند. در این سفر آقایان خالدی و زینلی از سازمان اورژانس کشور، دکتر رضایی و دکتر

اعلام شناسایی موارد بیماری و فوت در قم شد که مجدد مسئولیت تأمین لجستیک برعهده من گذاشته شد.

◀ جناب عالی مدتی به دلیل ابتلا به کرونا در ای سی یو بستری بودید، لطفاً در مورد ابتلای خود به کرونا صحبت بفرمایید؟

ابتلای من به بیماری کووید-۱۹ از سفر به استان قم آغاز شد. به دنبال درخواست آقای دکتر لاریجانی، رییس محترم مجلس شورای اسلامی وقت، برای سفر به استان قم، عازم این استان شده و به ارزیابی وضعیت موجود در جلسات استانداری و شورای تأمین پرداختم. بستن حرم حضرت معصومه (س)، مسجد جمکران و مساجد دیگر استان از مصوبات آن بود. در این سفر با تعداد زیاد بیماران کرونایی در بیمارستان‌های قم و حضور هر کدام از بیماران با چند همراه در بیمارستان‌های کامکار و فرقانی مواجه شدم. من ضمن مثبت ارزیابی نمودن سفر خود باید به این نکته اشاره کنم که چگونه موضوع ممنوعیت ملاقات بیماران کرونایی و ممنوعیت وجود همراه در بخش‌ها را بلافاصله خواستار شده و در دستور کار قرار دادم. نکته مهم دیگر آن سفر تأمین کسری بودجه ۹ میلیارد تومانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم و شکایت برخی پرستاران و پرسنل بیمارستان مبنی بر عدم دریافت حقوق به مدت سه ماه بود که با حمایت وزیر محترم بهداشت تمهیدات لازم برای واریز ۲۰ میلیارد تومان پول برای تأمین امکانات و رفع چالش‌ها اتخاذ گردید. من در این سفر توانستم محلی مربوط به اداره کل آموزش و پرورش استان قم، در

داد

ابتلای من به بیماری کووید-۱۹ از سفر به استان قم آغاز شد. به دنبال درخواست آقای دکتر لاریجانی، رییس محترم مجلس شورای اسلامی وقت، برای سفر به استان قم، عازم این استان شده و به ارزیابی وضعیت موجود در جلسات استانداری و شورای تأمین پرداختم.



و از نزدیک به حل و فصل مشکلات و تأمین امکانات رفاهی آن‌ها مشغول بودم. لازم به ذکر است حمایت‌های دادستان شهریار ستودنی و قابل تحسین بود و علی‌رغم عدم حضور برخی مسئولین ایشان از مدیران پای کار بودند. جادار ددر اینجاست تلاش بی‌وقفه و خستگی‌ناپذیر همکاران اورژانس که یادآور خدمات جهادی رزمندگان دفاع مقدس بود نیز تقدیر و تشکر کنم. او ادامه داد: "خدا را شکر این دوران را سپری نمودیم با خوشحالی و رضایت‌بندگان و ان شاء الله پروردگار". دوروز بعد از ترخیص دانشجویان،

ماندیم و تکنسین‌های اورژانس تهران و دانشجویان ایرانی مقیم چین. ۱۴ روز تمام، ۲۵ تکنسین اورژانس تهران، به همراه مسئول حراست اورژانس، آقای اصفهانی و همکاری از بهداشت محیط‌هدلاری نمودند. همکاران اورژانس حتی شستشوی ملحفه و پتو، نظافت اتاق‌ها و سرویس‌های بهداشتی را برعهده گرفتند، آن‌ها حتی تی و جاروبرقی کشیدند زیرا هیچ نیروی خدماتی حاضر به همکاری نبود. من حتی به تهیه مایحتاج بهداشت فردی برای دانشجویان پرداختم و به مدت ۱۴ روز به صورت روزانه به دانشجویان سرزده



ادامه علی‌رغم تجویز اکسیژن، سطح اکسیژن خون شریانی بالا نرفت و اسکن ریه من کاملاً نمای سفید داشت، لذا بلافاصله ابتدا در بخش و پس از افت سطح هوشیاری به دنبال اقامه نماز مغرب و عشاء در آی.سی.یو بستری و سه روز را با اکسیژن خون شریانی، ۳۴ درصد سپری کردم. من در حالی که تیم درمان نیز از من قطع امید کرده بودند، بالاخره پس از ۱۴ روز چشمان خود را باز کردم. جا دارد ضمن قدردانی از زحمات اطبای محترم بیمارستان خاتم الانبیا برای تلاش شبانه‌روزی بگویم که بهبودی خود را مرهون لطف کردگار، تلاش تیم درمانی و دعای خیر مردم به‌ویژه خانواده‌های معظم شهدا و جانبازان می‌دانم.

ددا

دستاوردهای متعدد سازمان اورژانس کشور و رکوردهای ثبت شده نظام سلامت در بحران‌های سالیان اخیر گواه میزان آمادگی و عزم راسخ مدیریت و کارکنان سازمان اورژانس کشور برای ارائه بالاترین کیفیت خدمات درمانی است.

با توجه به این نکته که سازمان اورژانس کشور همیشه اولین سازمانی است که در صحنه بحران‌ها حضور پررنگ دارد، مختصراً در خصوص آمادگی این سازمان قبل از همه‌گیری کووید-۱۹ بفرمایید؟

دستاوردهای متعدد سازمان اورژانس کشور و رکوردهای ثبت شده نظام سلامت در بحران‌های سالیان اخیر گواه میزان آمادگی و عزم راسخ مدیریت و کارکنان سازمان اورژانس کشور برای ارائه بالاترین کیفیت خدمات درمانی است. سازمان از زمان اعلام همه‌گیری در ووهان چین و دریافت هشدارهای رییس محترم مرکز بیماری‌های واگیر وزارت متبوع، نسبت به رصد و پایش موارد مشکوک سندرم دیسترس حاد تنفسی (ARDS) توسط مرکز هدایت عملیات بحران اقدام نموده است. فعال‌سازی و اعلام



بیماری، با توزیع قطره چکانی امکانات مواجه بودیم و حتی سفرهای استانی و بازدیدهای درون شهری را با امکانات موجود سازمانی انجام دادم.

به نظر می‌رسد دلیل ابتلای من به بیماری کووید-۱۹، مواجهه زیاد با موارد مثبت بیماری و بازدیدهای مستمر بیمارستانی بود. سه روز پس از بازگشت از قم سی‌تی‌اسکن و PCR منفی داشتیم، لذا به بازدیدهای مستمر بیمارستانی خود ادامه دادم، در دو شب آقای دکتر صفی‌خانی نیز من را همراهی نمودند. حتماً شما آقای دکتر آسائی به خاطر می‌آورید روزی را که شما و آقای دکتر اسدی من را در آسانسور دیدید و به من گفتید که رنگ و روی همیشه را ندارم و ظاهر Pale و ایل است و اصرار داشتید با شما برای انجام تست به دفتر معاون بهداشتی بیایم، ولی گفتم که در حال رفتن به جلسه‌ای ضروری هستم.

همان روز بعد جلسه و در شرایطی که فقط احساس خستگی داشتم و برای دریافت سرم و سرپاشدن مجدد به بیمارستان خاتم رفته بودم، با اصرار همکاران پزشکی، پالس‌اسکی‌متری شده و در بار نخست اکسیژن خون شریانی من، ۵۵ درصد، ثبت گردید. در

مجاورت بیمارستان فرقانی، را به اسکان کادر درمان و بیمارستانی اختصاص دهم و این تصمیمات به‌موقع مدیریتی قطعاً تأثیرات مهمی در جلوگیری از گسترش شیوع بیماری و امکان به‌کارگیری تمام وقت کادر بیمارستان داشت. همان شب پس از بازگشت از استان قم، به بیمارستان شهدای یافت آباد و سپس به بیمارستان مسیح دانشوری رفتم و در بازدید متوجه شدم که وضعیت تهران هم مناسب نیست. در ادامه حوالی ۳/۵ صبح، به خانه رسیدم و پس از استحمام و شستشوی لباس‌ها مجدداً ساعت ۵ صبح به بیمارستان سینا رفتم که آنجا هم تعدادی بیمار با علائم کووید-۱۹ بود. همان روز در جلسه با حضور وزیر محترم بهداشت شرکت و پس از آن بلافاصله برگزاری جلسات روزانه مدیریت بیماران کرونایی را در دستور کار قرار دادم.

شاید باورتان نشود ولی یکی از همین روزها در حالی که یادروزهای جنگ تحمیلی، اعلام نیازها و عدم امکان برآورد آن افتاده بودم، در مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) اشک از چشمانم جاری شد. واقعیت این است که در روزهای نخست شناسایی موارد

بیماران، از توان و قابلیت‌های تیم عملیات ویژه (EMT) برای شناسایی زود هنگام و انتقال بیماران مشکوک به کرونا نه تنها در انتقال از منزل به بیمارستان، بلکه حتی در انتقال بین بیمارستانی و مراجعه برای اقدامات پاراکلینیک بهره‌برداری گردید.

تدوین و ابلاغ به موقع دستورالعمل منع به کارگیری آمبولانس‌های خصوصی برای انتقال بیماران مشکوک تنفسی در ابتدای اسفند و تعیین معاونین محترم درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور به عنوان مسئول نظارت بر حسن اجرای این امر برای جلوگیری از تشدید روند گسترش بیماری از دیگر اقدامات مهم و غرور آفرین اورژانس بود. افزایش ظرفیت پاسخگویی اورژانس ۱۱۵ در قالب راه‌اندازی مرکز مشاوره و دیسپچ اختصاصی اعزام کرونا، افزایش نفر-ساعت پاسخگویی و بکارگیری نیروهای ستادی به منظور مدیریت تماس‌ها و اجتناب از ایجاد اختلال در شماره امدادی ۱۱۵، از دیگر تصمیمات به موقع مدیریتی بود که برای جلوگیری از Overload و کلاپس سامانه ۱۱۵ در پاسخ به تماس خدمت‌گیرندگان اورژانس و برای اطمینان از پوشش کامل نیازهای فوریتی بیماران کرونایی و غیر کرونایی انجام شد.

نظرتان را در مورد سیستم مشاوره تلفنی ۱۹۰ و ۴۰۳۰ و ارزش افزوده آن برای سیستم ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی بفرمایید؟

ضمن تشکر از فعالیت همکاران، با تاکید بر ارزش افزوده سامانه ۱۹۰ و سامانه ۴۰۳۰ که توسط ستاد محترم



پیگیری، تأمین و توزیع متمرکز اقلام حفاظت فردی به دانشگاه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای ذیربط با هماهنگی هیات امنای صرفه جویی ارزی، جمع‌آوری آنلایین اطلاعات و تحلیل داده‌های آماری موارد مشکوک و قطعی بیماری کرونا از طریق سامانه MCMC و اتوماسیون پیش‌بیمارستانی از دیگر اقدامات این حوزه بود.

با عنایت به اینکه یکی از چالش‌های اورژانس ارائه خدمات به هر دو گروه بیماران کرونایی و غیر کرونایی بود، لطفاً در مورد تفکیک نیرو و آمبولانس و اطمینان از پوشش هر دو گروه بفرمایید؟

در پاسخ باید به موضوع اختصاص تیم عملیات ویژه، فعال‌سازی پایگاه و تجهیز کدهای آمبولانس ویژه انتقال بیماران کرونایی در سطح کشور و تفکیک آمبولانس‌های انتقال دهنده بیماران کرونایی از سایر آمبولانس‌ها اشاره کنم. اینکه چگونه ضمن برچسب‌گذاری مأموریت‌های مشکوک به کرونا تحت عنوان کووید-۱۹، در گواشی اتوماسیون و اعلام به همکاران جهت اعزام با تجهیزات کامل بر بالین

آماده‌باش به EOC دانشگاه‌های علوم پزشکی کل کشور، تدوین، ابلاغ و ویرایش دستورالعمل آمادگی سیستم پیش‌بیمارستانی برای کنترل عفونت، مدیریت بیماری و نحوه انتقال بیماران کرونایی، استقرار آمبولانس‌های تخصصی CBRNE در فرودگاه‌های بین‌المللی و ترمینال‌ها جهت انتقال موارد مشکوک احتمالی، تهیه و تدوین محتوای آموزش همگانی و تعامل با رسانه‌ها تنها بخشی از اقداماتی است که حکایت از آمادگی بالای سازمان اورژانس کشور داشت. فعال‌سازی تیم عملیات ویژه (EMT) و آماده‌سازی آن‌ها، تشکیل کمیته فنی عملیاتی کرونا زیر نظر شورای سیاست‌گذاری سلامت در حوادث و بلایا و برگزاری جلسات اضطراری و روزانه بررسی وضعیت شیوع و الزامات حوزه سلامت به منظور ارزیابی خطر و تدوین دستورالعمل‌ها و پیشنهاد استراتژی‌های ملی برای مدیریت کرونا، فعال‌سازی سیستم فرماندهی حادثه و چارچوب پاسخ ملی براساس دستورالعمل سطح‌بندی و تشکیل تیم پشتیبان برای مدیریت برنامه‌های عملیاتی و مدیریت کمیته لجستیک قرارگاه ملی کرونا، نیازسنجی مستمر،

د

افزایش ظرفیت پاسخگویی

اورژانس ۱۱۵ در قالب راه‌اندازی مرکز مشاوره و

دیسپچ

اختصاصی اعزام

کرونا، افزایش

نفر-ساعت

پاسخگویی و

بکارگیری نیروهای

ستادی به منظور

مدیریت تماس‌ها

و اجتناب از ایجاد

اختلال در شماره

امدادی ۱۱۵، از

دیگر تصمیمات

به موقع مدیریتی

بود که برای

جلوگیری از

Overload و

کلاپس سامانه

۱۱۵ در پاسخ به

تماس

خدمت‌گیرندگان

اورژانس و برای

اطمینان از

پوشش کامل

نیازهای فوریتی

بیماران کرونایی و

غیر کرونایی انجام

شد.

بحران‌های پیشین عدم وجود سیستم داوطلبین کارآمد در وزارت متبوع بود ولی هم‌اکنون در اورژانس کشور یک سیستم فعال داوطلبین داریم که به فراخور نیاز قابلیت به کارگیری دارد. او در انتها خاطر نشان کرد در حال حاضر زیرساخت لازم برای پیشگیری از Overload خط ۱۱۵ تأمین و در صورت بروز Peak دوم بیماری با چینش و فعال‌سازی مجدد Call Center آماده مدیریت تماس‌های فوریتی کشور است.

دکتر کولیوند در جمع‌بندی سخنان خود به ابتلای حدود ۱۹۰۰ نفر از خانواده بزرگ اورژانس به بیماری کووید-۱۹ تا پایان مردادماه ۹۹ اشاره و گفت تاکنون این سازمان چهار شهید خدمت بنام‌های آقایان رضا فتحعلی و علی فراهانی (از همکاران اورژانس تهران)، عباس انصاری (از همکاران اورژانس سراب) و سید مصطفی قریشی (از همکاران اورژانس البرز) داشته است.

او همچنین به آخرین پیش‌نویس نامه‌ای که قبل از بستری در آی.سی.یو برای لحاظ نمودن شهدای مدافع سلامت به عنوان شهید خدمت با امضای وزیر محترم بهداشت تهیه کرده بود اشاره و گفت حق این بچه‌ها نباید ضایع گردد.

نهایتاً صحبت با دکتر کولیوند با تشکر وی از خانواده بزرگ این سازمان خاتمه یافت، او گفت که چگونه تکنسین‌های بی‌ادعای اورژانس در خط مقدم مبارزه با بیماری کووید-۱۹ ایثارگرانه خدمت نمودند، شیفت‌های خدمتی همکاران اورژانس برای خدمات هر چه بهتر تغییر یافت و این در حالی بود که حتی یکی از تکنسین‌های او بحث ترک شیفت یا عدم همکاری را مطرح نکرد.



تماس‌های ۱۱۵ استفاده نمودم. تدوین الگوریتم پاسخگویی به سؤالات تماس گیرندگان با Call Center کرونا و به‌روزرسانی آن براساس شکایت اصلی تماس گیرندگان و برگزاری جلسات مشترک با مسئولین مراکز پاسخگویی ۴۰۳۰ و ۱۹۰ جهت هماهنگی و یکپارچه‌سازی پروتکل‌های پاسخدهی به سؤالات مردمی در حوزه کرونا از دیگر اقدامات مهمی بود که در این خصوص انجام گردید.

او همچنین ضمن موفقیت‌آمیز برشمردن استفاده از ظرفیت دانشجویان که با کمک سرکار خانم دکتر سیما سادات لاری، معاون محترم دانشجویی فرهنگی وزارت متبوع رقم خورد و بهره‌مندی از ظرفیت داوطلبین برای پاسخ به شماره ۱۱۵، افزود درس آموخته

اجرایی فرمان امام (ره) با همکاری وزارت متبوع راه‌اندازی شد و البته کمک شایانی به مدیریت تماس‌های مردمی نمود، باید عرض کنم که در همان روزهای نخست متوجه حجم بالای پشت خطی در شماره تماس اورژانس ۱۱۵ شدم، حجم تماس‌ها عملاً ۴ برابر شده بود به گونه‌ای که در تهران به جای ۱۲ تا ۱۳ هزار تماس، نزدیک به ۵۰ هزار تماس روزانه داشتیم، لذا نسبت به راه‌اندازی Call Center ویژه مشاوره کرونا در طبقه همکف ستاد سازمان اورژانس و تریاژ پیش‌بیمارستانی بیماران مشکوک به کرونا، با بهره‌گیری از ظرفیت پزشکان، پرستاران و کارشناسان روانشناسی ستادی سازمان اورژانس کشور در قالب ۳۵ خط به صورت ۲۴ ساعته برای مدیریت تماس‌های ویژه کرونا در تهران و کاهش بار

دید

دکتر کولیوند در جمع‌بندی سخنان خود به ابتلای حدود ۱۶۰ نفر از خانواده بزرگ اورژانس به بیماری کووید-۱۹ اشاره و گفت تاکنون (۱۰ خرداد ۹۹) این سازمان دو شهید خدمت به نام‌های آقایان رضا فتحعلی (از همکاران تکنسین اورژانس تهران) و عباس انصاری (از همکاران تکنسین اورژانس سراب) داشته است.





اداره کل روابط بین الملل



دکتر محسن اسدی لاری

مدیرکل همکاری های بین الملل وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کمک های بین المللی، هیاتی از صلیب سرخ را به کشورمان اعزام نمود. لازم به ذکر است هیات مذکور کمک شایانی را در شناسایی علائم بیماری و بیماریابی و تبیین اقدامات بهداشت عمومی (Public Health Measures) نمود. در همین راستا چند تن از اعضای صلیب سرخ چین با هیات اعزامی سازمان جهانی بهداشت همگام شده و طی سه هفته حضور مؤثر در ایران، با مسئولان متعدد بهداشتی، درمانی و پژوهشی کشور دیدار و گفتگو نمود و ارتباط منسجمی را با مراکز متعدد در کشور چین برقرار کرد. پس از کشور چین که بالاترین میزان کمک فنی و تجهیزاتی را به ایران نمود. بیش از ۱۵ مورد گفتگوی علمی



در همین راستا چند تن از اعضای صلیب سرخ چین با هیات اعزامی سازمان جهانی بهداشت همگام شده و طی سه هفته حضور مؤثر در ایران، با مسئولان متعدد بهداشتی، درمانی و پژوهشی کشور دیدار و گفتگو نمود و ارتباط منسجمی را با مراکز متعدد در کشور چین برقرار کرد.

او سازمان جهانی بهداشت (WHO) را مهم ترین منبع در بحث کمک های فنی برشمرد و به حجم بالای تماس های روزانه با سطوح مختلف این سازمان از ابتدای شناسایی نخستین موارد ابتلا به کرونا در کشور خبر داد. وی همچنین به نقش هیات اعزامی سازمان جهانی بهداشت و اهمیت کار بست توصیه های هیات مذکور در برنامه ریزی ها اشاره نمود. موضوع با اهمیت دیگر، بحث کمک های بین کشوری و منطقه ای بود. کمک های بین کشوری از چین آغاز شد، کشور چین با توجه به تجارب به دست آمده در مبارزه با کرونا و ویروس جدید (ncov-2019) چند روز پیش از سازمان جهانی بهداشت و در تاریخ ۹۸/۱۲/۱۲ به همراه نخستین محموله

یکی از مسائل مهم به ویژه در روزهای نخست شیوع ویروس کرونا جلب کمک های بین المللی بود که مجموعه تحت مدیریت جناب عالی نقش مهمی در آن داشت، میزان تأثیر کمک های بین المللی بر مسائل اجرایی، مالی و علمی کشورمان را چگونه ارزیابی می کنید؟

در پاسخ به این سوال ضمن مؤثر و به هنگام برشمردن کمک های بین المللی، آن را در دو بخش تقسیم بندی می کنم. بخش نخست، کمک های فنی (Technical) و بخش دوم، کمک های اجرایی و مالی مشتمل بر تأمین ملزومات و تجهیزات حفاظت فردی (PPE).

نمکی، در خصوص تأثیرات داروهای ضد ویروس (Anti-viral Drugs) و مولکولار آنتی بادی‌ها (MAB) و اقدامات بهداشت عمومی Public Health Measures مطرح گردید که نه تنها بسیار کمک کننده بود بلکه نقش ارزنده‌ای در تبیین و اجرای سیاست‌ها داشت. در این زمینه تجارب ارزشمندی نیز در خصوص تهیه واکسن با کشورهای چین و روسیه به اشتراک گذاشته شد.

۳. اعتمادسازی؛

تعاملات سازنده بین المللی ایران در زمانی که همه‌های رسانه‌های بیگانه، معاند امریکایی و حتی برخی کشورهای منطقه‌ای سعی در تضعیف ایران داشت، در ایجاد اعتمادسازی بسیار مؤثر بود. تدوین روزانه نشریه اپیدمیولوژی توسط کمیته اپیدمیولوژی و ارسال روزانه آن به سازمان جهانی بهداشت، کشورهای منطقه مدیریتانه شرقی، ژنو و برخی کشورهای همسایه از جمله ده مورد ارسال نشریه به کشور ترکیه و پانزده مورد به کشور روسیه تاکنون (۷ خرداد ماه ۹۹) بسیار سازنده بود.

۴. همکاری‌های مرزی؛

تعاملات و همکاری‌های مرزی در بحران اخیر اهمیت زیادی داشت، قریب به حدود سه ماه تمام کل مرزهای کشور بسته بود. این عدم تبادل کالا نه تنها به معنای توقف فعالیت‌های تجاری و اقتصادی بین ایران و همسایگان بلکه به معنای قطع روزی مرز نشینان بود. در این خصوص اقدامات متعددی انجام گردید که از



اصولاً یکی از مهم‌ترین اهداف ارتباطات بین المللی، آشنایی با تجارب کشورهای دیگر در نحوه برخورد با پاندمی است.

۲. به اشتراک‌گذاری تجارب ایران؛

انتقال تجارب ایران طبعاً در ارتقای جایگاه کشورمان در عرصه بین المللی حائز اهمیت است، به عنوان نمونه در سومین یا چهارمین دور گفتگوها با کشور ترکیه، معاون محترم پژوهشی وزارت متبوع، جناب آقای دکتر ملک زاده، تجارب ارزشمندی را در خصوص بی اثر بودن برخی داروها از جمله Favipiravir با هم‌تایان ترک به اشتراک گذاشتند که به گفته خودشان میلیون‌ها دلار برای کشور ترکیه ارزش اقتصادی به همراه داشت. در همین راستا، در سومین دور گفتگو با کشور روسیه که با حضور وزاری بهداشت ایران و روسیه برگزار گردید، تجارب ارزشمندی توسط وزیر محترم بهداشت کشور، آقای دکتر سعید

بین کشوری، با سایر کشورها از جمله کره جنوبی، ترکیه، اندونزی، آلمان، سنگاپور، روسیه و تا حدودی فرانسه و کشورهای منطقه، کشورهای حوزه ECO^۱، مدیترانه شرقی (EMRO^۲)، کشورهای DA^۳ و کشورهای حاشیه اقیانوس هند (IORA^۴) و کشورهای عضو پیمان شانگهای برقرار گردید. او در ادامه به اهمیت سخنرانی وزیر محترم بهداشت، در اجلاس وزاری منطقه مدیریتانه شرقی و نشست اطلاع‌رسانی مجازی با حضور هیات‌های عالی رتبه کشورها در ژنو اشاره و حضور در هفتاد و سومین نشست سالیانه سازمان جهانی بهداشت (WHA۷۳) که در سال جاری برای اولین بار به صورت مجازی برگزار شد و نشست کشورهای اسلامی (IOC) را نیز فرصتی برشمرد که از ۸ منظر به شرح زیر حائز اهمیت بود.

۱. کاربست تجارب کشورهای مختلف برای ارتقای سلامت؛



تعاملات و همکاری‌های مرزی در بحران اخیر اهمیت زیادی داشت، قریب به حدود سه ماه تمام کل مرزهای کشور بسته بود. این عدم تبادل کالا نه تنها به معنای توقف فعالیت‌های تجاری و اقتصادی بین ایران و همسایگان بلکه به معنای قطع روزی مرز نشینان بود.

1- Eco Countries: Afghanistan, Azerbaijan, Iran, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Pakistan, Tajikistan, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan.
2- Eastern Mediterranean region: Afghanistan, Bahrain, Cyprus, Djibouti, Egypt, Iraq, Islamic Republic of Iran, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Yemen.
3-D8 Countries: Bangladesh, Egypt, Nigeria, Indonesia, Iran, Malaysia, Pakistan and Turkey.
4- IORA: Indian Ocean Rim Association

کشورها به دلیل عدم همکاری‌های اتباع آن کشورها اشاره و گفت از مجموع بیش از ۱۲۰۰ زائر هندی حاضر در کشور ۳۳۰ نفر آن‌ها تا اواخر اردیبهشت ماه در کشور و در شهر قم حضور داشتند و علی‌رغم تأمین امکانات پزشکی لازم و تعداد بالای موارد مثبت، برخی حتی حاضر به همکاری برای انجام تست نبودند.

۶. کمک‌های بین‌المللی؛

او گفت در هفته نخست اسفند، وزیر محترم بهداشت، کمیته‌ای را برای نظارت بر هدایای بین‌المللی متشکل از حوزه بین‌الملل، نظارت و بازرسی و حراست تشکیل دادند که در ابتدای سال جاری جمعیت هلال احمر هم به آن اضافه گردید، در این راستا تاکنون ۲۰۰ محموله دارای بارنامه ثبت و طبق جداول وزارت متبوع (عمدتاً در حوزه درمان و تا حدودی بهداشت) توزیع گردیده است.

۷. کمک‌های مالی کشورها؛

کمک‌های مالی کشورها هم مبحث مهمی بود، مجموعاً تاکنون (۷ خرداد ۹۹) ۵۵ میلیون دلار کمک مالی به کشور صورت پذیرفته که بیشترین میزان آن مربوط به کشور ژاپن بود (۲۳ میلیون دلار) و پس از آن کویت (۱۰ میلیون دلار)، اتحادیه اروپا (۱۰ میلیون دلار) قطر (۵ میلیون دلار)، جمهوری آذربایجان (۵ میلیون دلار) و آلمان (۲ میلیون) قرار داشتند. این در حالیست که ایرانیان مقیم آمریکا نیز ۱۰ میلیون دلار کمک‌های مردمی جمع‌آوری نمودند. کمک‌های مردمی زیادی از کشورهای دیگر نیز توسط هلال احمر و یا وزارت امور خارجه دریافت شد.

مدیریت کمک‌های مالی کشورها به

دو صورت انجام گردید:

(۱) خرید مستقیم براساس لیست مادر (Positive list) وزارت متبوع، که



به راستی ۴ ماه پرتنش را سپری نمودیم.

۵. همکاری‌های کنسولی؛

در این خصوص دکتر اسدی لاری، موضوع برگشت دانشجویان ایرانی مقیم چین از ووهان و دانشجویان ایرانی مقیم ایتالیا و سایر همکاری‌های کنسولی برای بازگشت ایرانیان مقیم کشورهای خارجی و بازگشت اتباع کشورهای خارجی از کشورمان را مثال زدند، ایشان به تبیین پیچیدگی‌های این امر از جمله ضرورت تدوین پروتکل، تست و قرنطینه‌های مرزی اشاره نمودند که وقت و انرژی زیادی را از وزیر محترم، معاونت بهداشتی و مجموعه بین‌الملل وزارت متبوع گرفت. به عنوان نمونه او به اقداماتی اشاره نمود که در قالب همکاری‌های بین‌المللی برای اجتناب از ورود و ترانزیت مسافران صورت پذیرفت، وضع مقررات کنسولی و ارتباطات ساعتی با وزیر بهداشت، امور خارجه، ریاست جمهوری و مدیران ارشد برای اجتناب از ورود زائران پاکستانی یا هماهنگی‌هایی که برای بازگشت زائران هندی صورت گرفت، از جمله این اقدامات است. او در ادامه به پروسه طولانی خروج زائرین برخی

آن جمله می‌توان به ساماندهی همکاری‌های مرزی با کشورهای ترکیه، عراق، افغانستان، پاکستان، ترکمنستان، آذربایجان و ارمنستان اشاره نمود. در این راستا و به موازات مذاکرات ریاست محترم جمهوری با روسای سایر کشورها، پروتکل‌های همکاری‌های بین مرزی برای تجارت تنظیم و در مرحله امضا است.

نکته بعدی حمل و نقل در پایانه‌های مرزی، فرودگاه‌ها و بنادر و تعاملات مستمر حوزه بین‌الملل با معاون محترم وزارت راه و شهرسازی و رییس سازمان هواپیمایی کشوری بود. او در ادامه ضمن اشاره به روزهایی که دریافت مجوز پرواز، منوط به موافقت حوزه بین‌الملل وزارت متبوع بود، گفت: در خصوص حمل و نقل هوایی پررنگ‌ترین حضور را هواپیمایی قطر (Qatar Airlines) داشت به گونه‌ای که حتی بسیاری از محموله‌های بهداشتی مورد نیاز ضروری کشور را به صورت رایگان جابجا نمود، البته هواپیمایی ماهان خدمات چشمگیری داشت و برخی دیگر از شرکت‌ها هم حضور داشتند. او ادامه داد در این بحث الحمدلله با شروع بازگشایی‌ها مشکل در حال برطرف شدن است ولی



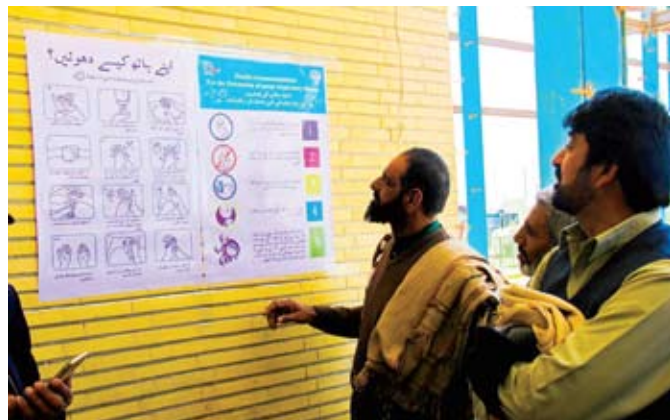
از مجموع بیش از ۱۲۰۰ زائر هندی حاضر در کشور ۳۳۰ نفر آن‌ها تا اواخر اردیبهشت ماه در کشور و در شهر قم حضور داشتند و علی‌رغم تأمین امکانات پزشکی لازم و تعداد بالای موارد مثبت، برخی حتی حاضر به همکاری برای انجام تست نبودند.

اسلامی، میزان کمک‌های بین‌المللی به لحاظ اقتصادی نسبت به حجم نیاز خیلی چشمگیر نبود ولی نکته مهم به‌موقع بودن زمان دریافت این کمک‌ها بود. وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران کمک‌های بین‌المللی رازمانی دریافت کرد که در خط مقدم مبارزه با کووید-۱۹، با کمبود شدید و جدی امکانات مواجه بود. او در ادامه توضیح داد که چگونه در روزهای نخست شناسایی بیماری برای ورود به هنگام تجهیزات حفاظت فردی (PPE) و کیت‌های تشخیصی شب و روز و خواب و خوراک نداشت.

دکتر اسدی لاری در توجیه سهم ۶۶ درصدی کشور از مرگ‌های منطقه و ۳۱ درصدی از موارد ابتلا، با عنایت به جایگاه ایران در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، گفت هم‌اکنون (۷ خرداد ۹۹) در ایران (در مقایسه با منطقه مدیترانه شرقی) ۱۳۹,۵۱۱ مورد ابتلا (در مقایسه با ۴۴۶,۴۵۵)، ۷۵۰۸ مورد فوت (در مقایسه با ۱۱,۳۸۵) و ۱۰۹,۴۳۷ مورد بهبود (در مقایسه با ۲۳۶,۵۴۴) داریم و عواملی از جمله عدم توانایی در بیماری‌ی صحیح، عدم ثبت دقیق، گزارش‌دهی نادرست و عدم شفافیت آماری برخی کشورها را به‌عنوان دلایل این ناهم‌خوانی آماری برشمرد. به‌عنوان نمونه او به مقایسه آمار روزانه کشورمان با کشور عربستان سعودی پرداخته و گفت روز قبل (مورخ ۶ خردادماه ۱۳۹۹)، آمار روزانه عربستان سعودی ۱۹۳۱ مورد و آمار روزانه ایران ۱۷۸۷ مورد بود در حالی که مرگ در عربستان سعودی در مقایسه با ۵۷ مورد در ایران به‌مراتب کمتر و تنها ۱۲ مورد گزارش گردید. او در ادامه آمار روز ۵ خرداد را مقایسه و آمار مرگ را در ایران (۲۰۲۳ مورد مثبت



لازم به‌ذکر است اگرچه به‌استثنای وام بانک جهانی و بانک توسعه اسلامی، میزان کمک‌های بین‌المللی به لحاظ اقتصادی نسبت به حجم نیاز خیلی چشمگیر نبود ولی نکته مهم به‌موقع بودن زمان دریافت این کمک‌ها بود.



۹۹/۳/۷) تصویب گردید، خود موضوع مهمی است که به یاری خداوند و پس از پانزده سال علی‌رغم مخالفت‌های آمریکا موفق به جذب آن شدیم. موضوع بعدی وام ۱۳۰ میلیون یورویی بانک توسعه اسلامی است که با مسئولیت معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع در حال پیگیری است.

۹. کمک به صادرات؛

نکته مهم بعدی کمک به صادرات بود. دکتر اسدی توضیح داد که چگونه با عنایت به هماهنگی‌های اخیر وزیر محترم بهداشت و رئیس‌جمهور محترم با همکاری معاونت محترم غذا و دارو لیست پانزده قلمی از تجهیزات حفاظت فردی، الکل، مواد شوینده، تست‌های سرولوژیک و ونتیلیاتور برای صادرات پایدار در نظر گرفته شده‌است.

۱۰. کمک به سایر کشورها؛

در این حین کمک‌هایی هم از سوی کشورمان برای کشورهای همسایه از جمله عراق و افغانستان و حتی کشور چین ارسال گردید. ارسال دو میلیون ماسک به کشور چین از جمله اقداماتی بود که بازتاب خوب بین‌المللی داشت.

لازم به‌ذکر است اگرچه به‌استثنای وام بانک جهانی و بانک توسعه

آن‌هم پیچیدگی‌های خاص خود را داشت و در مجموع ۸ دور لیست تنظیم و به وزارت محترم امور خارجه ارسال گردید.

خرید از طریق سازمان‌های بین‌المللی که در رأس آن سازمان جهانی بهداشت (WHO) و پس از آن صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF)، کمیساریای عالی سازمان ملل متحد برای پناهندگان (UNHCR)، برنامه جهانی غذایی سازمان ملل متحد (WFP)، سازمان بین‌المللی مهاجرت (IUM) و Relief International که یک سازمان مردم‌نهاد بین‌المللی است، صورت گرفت. موضوع خرید، ارائه لیست به سازمان‌ها، تقسیم کار، ترغیب به خرید و تسویه حساب، تسهیل ورود و توزیع این اقلام هم پیچیدگی‌های خاص خود را داشت.

در این راستا اگرچه از ابتدای کار ورود مواد شوینده و الکل را قبول نکردیم ولی به فراخور تغییرات زیرساخت‌های تولیدی و دانش، مهارت و توان نیروهای کارآمد و شرکت‌های دانش بنیان، تغییراتی در لیست اقلام مورد نیاز داده شد.

۸. جذب منابع مالی بین‌المللی؛

پرداخت وام ۴۶ میلیون یورویی بانک جهانی که همین امروز (در تاریخ

نام کشور	تعداد موارد شناسایی شده به ازای میلیون نفر	تعداد موارد مرگ به ازای میلیون نفر	تعداد موارد تست به ازای میلیون نفر
ایران	۱,۶۶۳	۹۰	۱۰,۰۰۰
پاکستان	۲۶۲	۵	۲,۲۲۷
قطر	۱۶,۴۱۴	۱۰	۶۸,۰۰۰
امارات متحده عربی	۳,۱۴۷	۲۶	۲۰۹,۰۰۰
کویت	۵,۲۹۴	۴۰	۶۴,۷۷۴
مصر	۱۸۴	۸	۱,۳۲۲

بهداشت نیاز دارند، دیدگاه خود را در این خصوص بفرمایید؟

او در پاسخ به یکی از سیاست‌های ایران که به شدت مورد تأیید آقای دکتر نمکی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستگاه دیپلماسی و ریاست محترم جمهوری بود اشاره و ادامه داد "حمایت کامل از سازمان جهانی بهداشت" از روز نخست شیوع بحران کرونا در دستور کار ملی قرار داشت. به گونه‌ای که ایران از ابتدا تعاملات گسترده‌ای را با هدف دریافت کمک‌های فنی و اعتمادسازی انجام داد، در این راستا اگرچه دفتر ملی سازمان جهانی بهداشت (WHO Country Office) به دلیل ابتلای WR و تعدادی از همکاران محلی با حداکثر ظرفیت فعال نبود ولی تعاملات خوبی از طریق جناب آقایان دکتر آسائی، دکتر جمشیدی، دکتر حریرپی، دکتر ریسی و دکتر بیگلری با آن سازمان صورت پذیرفت. او در ادامه به اقدامات ارزشمند جناب آقای دکتر بیگلری، رئیس محترم انستیتو پاستور ایران در تدوین الگوریتم‌های تشخیص بیماری در نیمه نخست اسفند اشاره و خاطر نشان کرد تعاملات او در سطح بین‌المللی و در شرایطی که کیت تشخیصی و امکانات کافی آزمایشگاهی نداشتیم چگونه به اعتمادسازی در سطح بین‌المللی کمک کرد.



او در ادامه به اقدامات ارزشمند رئیس محترم انستیتو پاستور ایران در تدوین الگوریتم‌های تشخیص بیماری در نیمه نخست اسفند اشاره و خاطر نشان کرد تعاملات او در سطح بین‌المللی و در شرایطی که کیت تشخیصی و امکانات کافی آزمایشگاهی نداشتیم چگونه به اعتمادسازی در سطح بین‌المللی کمک کرد.

بیماری‌هایی در کشور اشاره و گفت امروز و با ظرفیت موجود موارد خفیف بیماری هم قابل شناسایی است و ورودی‌های بیمارستان و ICU کم شده است. او در ادامه پاسخ به این سؤال را در قالب: (۱) امکانات تشخیصی درمانی منطقه، (۲) پنهان کاری برخی کشورها و (۳) ظرفیت پایین برخی کشورها در تشخیص بیماری از جمله پاکستان، افغانستان، سودان، سومالی، مصر و عراق و نهایتاً (۴) ناسازگاری منابع مختلف اطلاعاتی کشور خلاصه نمود و گفت یکی از مشکلات ما این بود که داده‌های منابع مختلف اطلاعاتی از جمله داده‌های مرکز پایش مراقبت‌های بیمارستانی MCMC و نظام مراقبت (Surveillance)، بعضاً همخوان نبود.

با توجه به این که ترامپ، سازمان جهانی بهداشت را به دلیل تعلل و تأخیر در اعلام بیماری در وهان چین مورد حمله قرار داد و کمک‌های مالی کشورش را نیز قطع نمود، و با عنایت به اینکه به نظر می‌رسد مردم جهان در این شرایط بیش از پیش به حضور پررنگ سازمان جهانی

شناسایی شده و ۳۴ مورد مرگ) بیشتر از عربستان سعودی (۲۲۳۵ مورد مثبت شناسایی شده و ۹ مورد مرگ) برشمرد که البته بخشی از آن مربوط به آمار بالاتر موارد شدیدتر بیماری بود، به گونه‌ای که طبق آخرین آمار ۲۵۶۷ مورد شدید برای ایران و ۳۸۴ مورد شدید برای عربستان سعودی گزارش گردید. به عبارتی موارد شدیدتر در ایران ۸ برابر عربستان سعودی بود.

او در ادامه به مقایسه‌ای بین تعداد کلی موارد شناسایی شده، تعداد کلی موارد مرگ و تعداد موارد تست به ازای میلیون نفر بر اساس اطلاعات تا ۶ خردادماه به شرح فوق پرداخت. او ادامه داد که تنها تعداد تست، فاکتور تعیین کننده نیست، زیرا در کره جنوبی در مجموع ۱۶۰,۰۰۰ تست انجام شده و امارات متحده عربی از نظر تعداد تست در دنیا اول است و با فاصله زیادی بعد از آن کشورهای ایسلند (۲۷۳,۰۰۰) و بحرین (۱۶۸,۰۰۰) قرار دارند، و آن چه حائز اهمیت است انتخاب هدف دار افراد برای انجام تست (Targeted Testing) است که از دو ماه پیش و با ورود نظام شبکه به مدیریت بیماری کووید-۱۹ در دستور کار ملی قرار گرفته است. او در ادامه به تغییر شرایط

جمله سارس و ایبولا که (PHEIC) محسوب می‌شدند.

موضوع سفر مدیر کل سازمان جهانی بهداشت به ووهان چین و آن چه در آن سفر گذشت از موارد جدی مورد مناقشه کشورهای آمریکا و استرالیا است. سفری با ناگفته‌های فراوان که اگر چه به گفته نماینده عالی مدیر کل سازمان جهانی بهداشت، سفری مؤثر بود ولی طبعاً نیازمند تحقیق و تفحص و شفاف‌سازی توسط یک گروه بی‌طرف است.

موضوع ایران از زمان ایبولا و طرح تشکیل ساختار جایگزین برای سازمان جهانی بهداشت روشن است، کشور ما اگر چه موافق اعمال اصلاحات در ساختار فعلی سازمان جهانی بهداشت است ولی برخلاف برخی کشورها با تغییرات زیربنایی (Fundamental Change) مخالف است. این در حالیست که سازمان جهانی بهداشت با طرح موضوع ۳ billion تغییراتی را از ابتدای سال ۲۰۲۰ رقم زده و اقداماتی را از هفتاد و دومین نشست سازمان جهانی بهداشت آغاز و به صورت pending در دستور کار داشت.

او ادامه داد با توجه به قطع کامل کمک‌های آمریکا به سازمان جهانی بهداشت، به نظر می‌رسد زمان مناسبی برای قدرت‌نمایی کشور چین و آغاز کمک‌های سالانه این کشور حداقل برای ده ساله آتی فرارسیده است. در همین راستا رییس‌جمهور این کشور در افتتاحیه هفتاد و سومین مجمع جهانی سلامت (WHA۷۳) موضوع کمک یک میلیارد دلاری کشور چین به سازمان جهانی بهداشت را مطرح نمود.

🔗 در خصوص همکاری‌های بین‌المللی و تبیین



ایران این بار نیز در نشست کشورهای حاشیه اقیانوس هند (IORA) که کشور استرالیا به عنوان عضو و آمریکا به عنوان ناظر در آن حضور داشتند و موضع‌شان مخالفت با سازمان جهانی بهداشت است، در بیانیه پایانی خود بر نقش پررنگ و برجسته رهبری سازمان جهانی بهداشت تاکید کرد.

خانم مارگارت چان مدیر کل اسبق سازمان جهانی بهداشت مطرح شد. از همان زمان کشور ایران از فرصت نشست هیأت اجرای سازمان جهانی بهداشت (Executive Board) استفاده و حمایت خود را علی‌رغم انتقاداتی که بر آن وارد است از سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود. ایران این بار نیز در نشست کشورهای حاشیه اقیانوس هند (IORA) که کشور استرالیا به عنوان عضو و آمریکا به عنوان ناظر در آن حضور داشتند و موضع‌شان مخالفت با سازمان جهانی بهداشت است، در بیانیه پایانی خود بر نقش پررنگ و برجسته رهبری سازمان جهانی بهداشت تاکید کرد. او در ادامه دلیل مخالفت کشورها را در سه جنبه خلاصه نمود: ۱) عدم تمایل قدرت‌های بزرگ به حضور یک ساختار دموکراتیک در موضوع امنیت سلامت جهانی (Global Health Security) (۲) عملکرد پروکراتیک سخت و ساختار غیر کارآمد سازمان جهانی بهداشت در جریان پاندمی‌ها به ویژه در فوریت‌های پزشکی دارای تبعات بین‌المللی (PHEIC) و امور بهداشت عمومی (public health measures) چالش برانگیز (۳) موضع علمی-سیاسی سازمان جهانی بهداشت و سابقه حرکت این سازمان در لبه تیغ علم و سیاست در مواردی از

تشخیصی و امکانات کافی آزمایشگاهی نداشتیم چگونه به اعتمادسازی در سطح بین‌المللی کمک کرد. او در ادامه به فعالیت نمایندگی دائم ایران در ژنو اشاره و حضور پررنگ وزیر محترم بهداشت را در نشست اطلاع‌رسانی ژنو، WHA-73 و نشست‌های منطقه‌ای حائز اهمیت برشمرد و بر اهمیت نقش سازمان جهانی بهداشت در زمان پاندمی کووید-۱۹ تاکید کرد. موضع اصولی و استراتژیک کشور جمهوری اسلامی ایران همان طور که پیشتر نیز به آن اشاره گردید، حمایت کامل و همه جانبه از سازمان جهانی بهداشت بود، اگر چه برای تقویت نقش این سازمان راهکارهایی تنظیم و به اشتراک گذاشته شد.

در پاندمی کووید-۱۹ علی‌رغم مخالفت ایالات متحده آمریکا و استرالیا، مدیریت بیماری و رهبری و هماهنگی سازمان‌های بین‌المللی تحت لوای سازمان جهانی بهداشت برنامهریزی شد. البته سابقه این مخالفت به ایبولا (EBV) و اجلاس مجمع جهانی اقتصاد (داووس) برمی‌گردد زمانی که برای نخست بار موضوع تضعیف سازمان جهانی بهداشت و پیدایش سازمان جدیدی در این خصوص در زمان مسئولیت

هند، برای ابتلا به بیماری کووید-۱۹ نمونه‌گیری صورت پذیرد و نمونه‌ها برای بررسی به کشور هندوستان منتقل شود و هم‌زمان با همان پرواز مسافران ایرانی به کشورمان بازگردند.

اولین محموله قرار بود در روز شنبه ۲۴ اسفند ماه ۹۸ به هند منتقل گردد. در همین حین متوجه شدیم که رییس گمرک حیدرآباد، خروج داروهای خریداری شده کووید-۱۹ از آن کشور را تا روز دوشنبه بعد از ظهر به تعویق انداخته است و مذاکرات برای صدور اجازه خروج داروها توسط سفارت کشورمان به نتیجه نرسیده بود. در همین اثنا، گمرک فرودگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) برای خروج نمونه‌های بیولوژیک اتباع هندی مستقر در ایران با وزارت بهداشت تماس گرفتند و درخواست تأییدیه نمودند.

سفارت کشور هند در ایران پس از اطلاع از این موضوع وزارت امور خارجه هند را در جریان موضوع قرار داد. از طرفی حوزه بین‌الملل نیز موضوع را با سفارت کشورمان در هند در میان نهاد.

این نقطه‌ای بود برای شروع مذاکره با طرف هندی و از طریق سفارت کشورمان به طرف هندی اعلام شد که جمهوری اسلامی ایران همه‌گونه اقدامات بشردوستانه در زمینه تأمین سلامت مردم را در اختیار کشورهای دوست خود قرار خواهد داد ولی انتظار دارد تا طرف هندی نیز تسهیلاتی را برای صدور اجازه خروج به موقع داروهای مورد نیاز ایران انجام دهد.

همان شب در عین ناباوری گمرک حیدرآباد هند، مجوز خروج داروهای ایرانی را صادر نمود و داروها روز بعد با تعامل به وجود آمده، از طریق شرکت هواپیمایی قطری به ایران منتقل شد.



بر این اساس قرار شد که ابتدا از اتباع هند، برای ابتلا به بیماری کووید-۱۹ نمونه‌گیری صورت پذیرد و نمونه‌ها برای بررسی به کشور هندوستان منتقل شود و هم‌زمان با همان پرواز مسافران ایرانی به کشورمان بازگردند.

تقویت آن، در قالب گسترش نوع دوستی و همدلی یا تشدید موارد خشونت خانگی (۹) توجه ویژه به سلامت روان و بیماری‌های غیرواگیر در پاندمی‌ها؛ (۱۰) تأثیرات شگرف اقتصادی، اعم از اقتصاد خرد و کلان ملی و بین‌المللی، رشد منفی اقتصادی و احتمال مثبت شدن آن در آتی؛ (۱۱) تغییرات نگرشی در جایگاه رشته‌های علوم پایه از جمله اپیدمیولوژی و ایمنولوژی؛ (۱۲) ضرورت بازنگری در کوریکولوم آموزشی بسیاری از رشته‌های تخصصی و نهایتاً (۱۳) تقویت زیرساخت‌های آموزشی مجازی.

⬅️ لطفاً یکی از خاطرات خود را در خصوص کووید-۱۹ بازگو بفرمایید؟

من به موضوع انتقال داروهای مورد نیاز بیماران کرونایی از هند و چگونگی تعامل در این خصوص اشاره می‌کنم. اتباع ایرانی که قبل از شروع بحران کرونا و بسته شدن مرزهای هوایی بین کشورها برای سیاحت و مقاصد تجاری به کشور هند سفر کرده بودند برای بازگشت، به دلیل عدم صدور اجازه پرواز از سوی کشور هند دچار مشکل شده بودند. از طرفی بیش از ۱۲۰۰ تبعه هند در شهرهای ایران از جمله قم مایل به بازگشت به کشور خود بودند. کشور هند بازگشت ایرانیان و صدور مجوز پرواز را به تعیین تکلیف بازگشت شهروندان هندی منوط نموده بود. از سوی دیگر با توجه به نگرانی کشور هند از ورود افراد آلوده به آن کشور، مذاکراتی با وزارت بهداشت در خصوص بررسی افراد و اتباع هندی از نظر ابتلا به بیماری کووید-۱۹ انجام شده بود.

بر این اساس قرار شد که ابتدا از اتباع

سیاست‌هایی که برای تسهیل رفت و آمدهای مرزی و تجارت بین کشورهای همسایه اتخاذ گردیده، بفرمایید؟

ضمن تأکید بر ضرورت همکاری‌های ساختارمند بین‌المللی برای تسهیل رفت و آمدهای مرزی و تجارت بین کشورهای همسایه به ضرورت بازنگری در مفاهیم و تدوین پروتکل‌های همکاری با توجه به درس‌آموخته‌های کرونا تأکید می‌نمایم. آقای دکتر اسدی لاری در نهایت ضمن قدردانی از تیم مستندسازی بر ضرورت برنامه‌ریزی برای پسا کرونا با در نظر گرفتن نکات زیر تأکید کرد:

۱) پیاده‌سازی دولت الکترونیک، او این امر را در حوزه سلامت به صورت راه‌اندازی جدی و ساختارمند پرونده الکترونیک سلامت، نسخه‌نویسی الکترونیک، نسخه‌پیچی الکترونیک، پرداخت الکترونیک و نهایتاً تقویت زیرساخت‌ها برشمرد. او با عنایت به ناسازگاری منابع داده و منطبق نبودن نظام‌های مختلف اطلاعاتی، تطبیق و تطابق سامانه‌های اطلاعاتی را یکی از اقداماتی برشمرد که در دستور کار مشترک با بانک توسعه اسلامی (IDB) قرار دارد؛ (۲) امکان تغییر ساختار قدرت (هژمونی بین‌المللی)؛ (۳) جایگاه آتی سازمان‌های جهانی و سازمان جهانی بهداشت؛ (۴) توجه به مرزها و توان ملی؛ (۵) تحریم‌ها؛ (۶) ضرورت دسترسی به‌هنگام و عادلانه (Timely Equitable) به درمان و واکسن؛ (۷) تغییرات عمده در تجارب کشورها (اشاره به اقدامات ارزشمند انتشارات دانشگاه تربیت مدرس در موضوعات مختلف از جمله موضوعات قضایی و حقوقی در کووید)؛ (۸) تأثیرات کرونا بر روابط انسانی و خانوادگی، اعم از تضعیف یا



مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی



دکتر کیانوش جهانپور

مدیرکل روابط عمومی وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

بسیاری معتقدند صدا و سیما در جریان مبارزه با کووید-۱۹ بسیار مقتدرانه و پر بار ظاهر شد. این توفیق با هماهنگی و درایت روابط عمومی انجام گرفت. نحوه مدیریت این هماهنگی را توضیح بفرمایید؟

ایجاد زمینه همکاری در سالیان گذشته مسبوق به سابقه بوده است. توسعه همکاری با حوزه رسانه خصوصاً سازمان صدا و سیما با هدف آموزش، آگاهی بخشی، ترویج و تبلیغ آموزه‌ها، ایجاد باورهای صحیح، صیانت از دستاوردهای حوزه سلامت پیش از واقعه کرونا شکل گرفته و توسعه یافته بود. استفاده از ظرفیت و عضویت در

شورای سیاستگذاری سلامت صدا و سیما نیز موجب پیشبرد اهداف نظام سلامت شده که به نوبه خود سر منشاء توسعه همکاری‌های فیما بین شده است.

همچنین اختصاص زمان و برنامه به هر حوزه توسط برنامه سازان و مدیران بخش شبکه‌های صدا و سیما بر اساس نظر سنجی‌های آن سازمان صورت می‌گیرد. در سالیان اخیر هیچ بخش خبری را نمی‌توان یافت که موضوعی سلامت محور را در کنداكتور برنامه‌های خود جای نداده باشد. لذا دلیل رونق برنامه‌های سلامت محور در برنامه‌های سیما را می‌توان به اقبال عمومی و جلب توجه مردم به برنامه‌های سلامت محور خصوصاً موضوع کرونا جستجو نمود.



رویکرد توسعه‌ای با تولید محتوای غنی، مشارکت و مشاوره با اهل فن، غنا بخشیدن و حرفه‌ای‌گری در تولید محتوا، اجابت هر نوع تقاضا از سوی اهالی رسانه، مساوات و برخورد صادقانه، استفاده از هر فرصت رسانه‌ای جهت اطلاع رسانی حوزه سلامت موجبات میل همکاری فعالان رسانه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را فراهم کرده است.

در خصوص توسعه اطلاع رسانی در زمینه بیماری کرونا نیز جلسات و عقد تفاهم نامه‌های همکاری متعددی برگزار شد که کمک شایانی به مشارکت رسانه ملی در زمینه اطلاع رسانی بیماری کووید-۱۹ نموده است.

رویکرد توسعه‌ای با تولید محتوای غنی، مشارکت و مشاوره با اهل فن، غنا بخشیدن و حرفه‌ای‌گری در تولید محتوا، اجابت هر نوع تقاضا از سوی اهالی رسانه، مساوات و برخورد صادقانه، استفاده از هر فرصت رسانه‌ای جهت اطلاع رسانی حوزه سلامت موجبات میل همکاری فعالان رسانه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را فراهم کرده است. از سویی خود مرکز روابط عمومی و

◀ آیا استراتژی خاصی برای مقابله با صداهای بیگانه که از روی غرض اخبار منتشر می‌نمودند، داشتید؟ تناقض بین اخبار ایران و شبکه‌های خارجی را ارزیابی نموده‌اید؟

به عنوان یک اصل هر چه شما در حوزه اطلاع‌رسانی پیش‌دستی کنید و با اقتدار بیشتر وارد این عرصه شوید مجال را برای عرض اقدام رقبای خویش تنگ می‌نمایید. موضع‌گیری در برابر شایعات، اکاذیب، اتهامات، سیاه‌نمایی‌ها و حاشیه‌سازی‌ها هر کدام و برحسب سوابق طرف مقابل شکل خاص خود را دارد. اول از همه غنا و صحت و دقت در اطلاع‌رسانی است که فرصت را از طرف مقابل سلب می‌نماید و سوژه‌های آنان را به اصطلاح می‌سوزاند.

با شبیه‌سازی وقایع پیش‌رو می‌توان نسبت به آماده‌سازی پاسخ پیش‌دستانه برای هر حالت محتمل اقدام نمود یا حتی پیشاپیش در مورد برخی از ابهامات روشن‌گری نمود.

در موارد خاص به جای واکنش هیجانی با سکوت پیشه نمودن باید منتظر گذر زمان و مشخص شدن ابعاد واقعی ماجرا شد و یا در پنهان به دنبال واقعیت ماجرا و به دست آوردن شواهد غیر قابل انکار شد. در این صورت با مشخص شدن حقیقت کل جریان رسانه‌ای طرف مقابل را می‌توان بی‌اعتبار نمود.

استفاده از پاسخ دیگران (شرکاء، سایر طرف‌های متهم و یا افراد معارض با جریان مقابل) می‌تواند کمک کننده باشد. اظهارات مقامات حزب رقیب در یک کشور معاند پاسخ مناسبی برای حاشیه‌سازی‌هاست.

در برخی از موارد نیز شواهد متقن برای پاسخگویی در دسترس بوده و

◀ انتخاب مدعوین برای برنامه‌های تلویزیونی با در نظر گرفتن موضوعات متعدد آن‌هم برای هر شب و تقریباً ۲-۳ کانال تلویزیون کار ساده‌ای نبود؟ چگونه این موضوع را برنامه‌ریزی و مدیریت نمودید؟

ابعاد فراگیر بیماری کرونا و تعدد عوامل مؤثر بر شیوع، مقابله و مدیریت این بیماری و تبعات گسترده در ابعاد سلامتی، اجتماعی، اقتصادی، روانشناختی، امنیتی و سیاسی طیف متنوعی از برنامه‌های اطلاع‌رسانی را پیش روی حوزه حاکمیت و به تبع آن مدیران حوزه رسانه قرار می‌دهد. به طور طبیعی ماهیت و محتوای هر رویداد طبیعی، فرد کارشناس و مطلع را تعیین می‌نماید. در این مرکز بانکی از اطلاعات مسئولان و افراد مطلع در زمینه‌های مختلف در دسترس است که با رجوع به سوابق رویدادهای سال‌های گذشته نیز بر این اطلاعات افزوده می‌شود. خوشبختانه دعوت از آنان با اقبال گسترده مواجه گردید و امکان اعزام کارشناس به برنامه‌های مختلف از ابتدای امر به خوبی فراهم شد.

درد

در موارد خاص به جای واکنش هیجانی با سکوت پیشه نمودن باید منتظر گذر زمان و مشخص شدن ابعاد واقعی ماجرا شد و یا در پنهان به دنبال واقعیت ماجرا و به دست آوردن شواهد غیر قابل انکار شد. در این صورت با مشخص شدن حقیقت کل جریان رسانه‌ای طرف مقابل را می‌توان بی‌اعتبار نمود.

اطلاع‌رسانی وزارتخانه به تنهایی با ایجاد زیر ساخت (پایگاه اطلاع‌رسانی، تحریریه خبری، استودیو، کانال‌های تخصصی در فضای مجازی و...)، فعالیت تخصصی و جذب مخاطب در حوزه رسانه به نوعی نقش‌آفرینی و حضور در قامت رسانه را یادآوری می‌نماید، لذا این امر سایر رسانه‌ها را به همکاری در این عرصه و باز نشر مطالب تحریریه پایگاه اطلاع‌رسانی و بدها، ترغیب می‌نماید.

جذابیت و در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت از سوی مردم به تنهایی و به تبع آن پشتوانه، حمایت و اقبال عمومی مردم نسبت به برنامه‌های سلامت محور هم‌زمان با اعتلای فرهنگ جامعه نیز کلیه اقدامات در این مسیر را مورد پشتیبانی قرار داده است.

لذا صدا و سیما نیز به تاسی به حرکت کلی جامعه و در جهت حفظ و پاسخگویی به نیاز مخاطبان تمرکز خود را بر همکاری با حوزه سلامت قرار داده است.

این مرکز نیز از این فرصت مغتنم در جهت افزایش اطلاعات، آگاهی و آموزش مراقبت‌ها بهره‌وفی را برده است.



به جای مخاطب غیرفعال تعداد بی شماری از افراد را در کسوت مدافع قرار می دهد. نیم نگاهی به عملکرد اطلاع رسانی نهادهای مردمی، تشکل های مردم نهاد، بسیج، هلال احمر و نشانگر حجم بالایی دفاع رسانه ای از اقدامات حوزه سلامت بوده است. البته تمامی این موارد با عنایات ذات احدیت همراه بوده به گونه ای که تمامی اتهامات در زمینه سوء مدیریت، بی مبالایی، سانسور، پنهان کاری و به دولت جمهوری اسلامی ایران پس از گسترش تمام عیار بیماری و غرق شدن در گرفتاری فزاینده آن در کشورهای غربی، خط بطلانی بر تمامی این اتهامات کشید، در غیر این صورت تا چند دهه دیگر باید منتظر ایراد اتهامات مذکور می بودیم.

فشار زیادی بر مقام وزارت، شما و همکاران تان از سوی خبرنگاران وارد آمد. چنان چه ۴ ماه به عقب بازگردیم کدام کار را نمی کردید؟ و به کدام کار بیشتر توجه می نمودید؟

بیش از فشار کاری عامل فشار فکری در حوزه رسانه بر ذهن فرد سخنگو بالا است. سؤال با اهداف آشکار و پنهان و با داشتن نیت درونی خاص پرسیده می شود. فرد سخنگو بدون داشتن سابقه ذهنی به طور ناگهان و بدون داشتن فرصت برای اندیشیدن در مورد تبعات و حاشیه های آن در معرض پاسخگویی است. عامل موفقیت در این عرصه حفظ خونسردی، جمع آوری قبلی اطلاعات، احاطه قبلی به موضوع، دوراندیشی، حرفه ای گری (پرسش را با پرسش جواب دادن و) و در نظر داشتن سوابق، نیت و وابستگی رسانه پرسشگر است. در مورد فرایند



خوشبختانه پس از فروکش کردن هیجانات حاکم بر فضای اطلاع رسانی و مشخص شدن نیت کانون های معارض و در پی آن جلب اعتماد اکثر رسانه ها به اظهارات مسئولان حوزه سلامت و از همه مهم تر رنگ باختن فضای سیاسی و تحزب در مورد بیماری کووید-۱۹ فشارهای مذکور تا حد زیادی کاهش یافت.



اطلاع رسانی بر مبنای سیاست های تعیین شده و پروتکل های مدون حرفه ای بوده است که موجب فرصت سوزی از طرف مقابل می شود. از همه مهم تر بهره گیری از تمامی ظرفیت کانون های رسمی، حرفه ای، مردمی، داوطلب، جهادی و در زمینه رصد و پاسخگویی به سیاه نمایی ها در فضای مجازی است که

سکوت بی جا موجب دامن زدن به موضوع می شود لذا پاسخگویی از هر طریق ممکن و در اسرع وقت (قبل از تأثیر سوء بر اذهان) ضرورت دارد. در این زمینه بر شمردن هویت واقعی و اهداف پشت پرده کانون رسانه ای معارض برای مخاطبان موجب کاهش تأثیر سوء اخبار آنان خواهد شد. موضوع دیگر هدایت فرایندهای



الف- طرح، برنامه ریزی و توسعه زیرساخت و تأمین امکانات اطلاع رسانی (با بهره گیری از ظرفیت های درون و برون بخشی)

- ← انتصاب رییس کمیته اطلاع رسانی قرارگاه مقابله با کرونا؛
- ← تعیین چارچوب ها، آماده سازی اقدامات و آغاز اطلاع رسانی از روز ۳ بهمن ماه ۱۳۹۸؛
- ← باز طراحی و بارگذاری محتوا و افزایش ظرفیت اطلاع رسانی و فعال سازی تحریریه ویدا؛
- ← اختصاص لوگو و فضای اختصاصی جهت درج اخبار و وقایع مرتبط با اپیدمی کرونا؛
- ← تفاهم با APP های پر بازدید جهت بهره برداری از امکانات و فضای رسانه ای آنان؛
- ← طراحی، تجهیز و راه اندازی استودیو سلامت؛
- ← ایجاد کانال تلویزیونی-اینترنتی (لایو) ویدا؛
- ← به کارگیری و استفاده از ظرفیت کانال های تخصصی سلامت محور در فضای مجازی؛
- ← مشارکت در تولید برنامه گفتگو محور «کوی سلامت»، خرمشهر و مکت شبکه دو سیما.

د

رویکرد کلی بسیج ملی مقابله با کرونا، مجموعه ای از رویکردهای تبیینی، اقناعی، ترویجی، روشنگرانه و حمایت طلبانه و مشارکتی بوده است. لذا اطلاع رسانی و آگاه سازی عمومی از جایگاه ویژه ای برخوردار بوده است.



بخشی از اقدامات حوزه اطلاع رسانی وزارت بهداشت در مسیر مقابله با بیماری کووید-۱۹ را توضیح دهید؟

رویکرد کلی بسیج ملی مقابله با کرونا، مجموعه ای از رویکردهای تبیینی، اقناعی، ترویجی، روشنگرانه و حمایت طلبانه و مشارکتی بوده است. لذا اطلاع رسانی و آگاه سازی عمومی از جایگاه ویژه ای برخوردار بوده است.

بخش عمده عملکرد مرکز روابط عمومی و اطلاع رسانی در زمینه پاندمی کرونا به پنج بخش مجزا، قابل تفکیک می باشد:

اطلاع رسانی بیماری کووید-۱۹ هم این امر صادق است. کانون های متعدد درونی و خارجی در بسیاری از این زمینه ها اطلاع رسانی می کنند که عدم اطلاع از اظهارات آنان شمارا در موقعیت تعارض قرار می دهد. خوشبختانه پس از فروکش کردن هیجانات حاکم بر فضای اطلاع رسانی و مشخص شدن نیت کانون های معارض و در پی آن جلب اعتماد اکثر رسانه ها به اظهارات مسئولان حوزه سلامت و از همه مهم تر رنگ باختن فضای سیاسی و تحزب در مورد بیماری کووید-۱۹ فشارهای مذکور تا حد زیادی کاهش یافت.

ب- طراحی فرایندها و اجرای شیوه نامه های مورد لزوم

- ← تدوین پروتکل (شیوه نامه) اطلاع رسانی در بحران؛
- ← تعیین و ابلاغ سیاست های اطلاع رسانی پیرامون بیماری کووید-۱۹؛
- ← تدوین دستورالعمل اجرایی تولید محتوا و اطلاع رسانی در مورد اپیدمی کووید-۱۹؛
- ← تشکیل جلسات با متولیان، صاحب نظران اهل فن و خبرگان حوزه



موشن گرافی آموزشی در موضوعات مرتبط با بیماری کرونا؛

← همکاری در تولید و حمایت از برنامه خرمشهر در شبکه سلامت با موضوع فرهنگ سازی و معرفی خدمات و حمایت از مدافعین سلامت (۳۰ قسمت)؛

← برنامه ریزی تولید بیش از ۵۲ قسمت از طنز شکرستان با مضامین آموزش دستورالعمل های سلامت محور؛

← شرکت فعال سخنگوی وزارت بهداشت در برنامه سلام زندگی هر روز صبح ساعت ۷:۳۰؛

← شرکت در برنامه (هشتک) کرونا شبکه خبر هر روز ساعت ۱۲؛

← تدوین تاریخ شفاهی و روایتگری؛

← مستند سازی وقایع؛

← تولید محتوا و بارگذاری آن روی کانال تلویزیونی؛

← اعزام کارشناسان و مسئولین به برنامه های کارشناسی گفتگو محور در جهت ارائه اطلاعات متقن به جامعه؛

← تولید و معرفی و اعزام مسئولان منتخب به برنامه اختصاصی-

کارشناسی و گفتگو محور «کوی سلامت» در شبکه ۲ سیما به مدت ۳۵

برنامه، طبیب شبکه ۳، گفتگوی ویژه خبری، تیتراژ شب شبکه خبر و گفتگوی

خبر ۲۱ و استمرار آن در موقیعت های تقویمی حوزه سلامت در طول سال.

ت- باز نشر و اطلاع رسانی (در کانون های رسمی رسانه ای و فضای مجازی)

← فعالیت مشترک اطلاع رسانی بر بستر APP های پر بازدید از جمله روبیکا، سروش، بله و گسترش اطلاع رسانی بر بستر پیام رسانی های انبوه تلگرام، بیسفون پلاس، تویتور و اینستاگرام؛



در فضای مجازی؛

← ثبت، ضبط و تولید برنامه و خبر در سراسر کشور با هماهنگی و فعال نمودن واحد روابط عمومی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور؛

← انجام مصاحبه و تولید خبر توسط خبرنگاران و هیأت تحریریه پایگاه اطلاع رسانی وبدا؛

← تولید جلوه های بصری از رخداد های بیماری کرونا (فیلم، مستند تصویری، تولید بیش از ۱۲ مستند کوتاه و بلند در خصوص مستند سازی و فرایندهای خدمات بسیج ملی مقابله با کرونا)؛

← تولید بیش از ۲۲۰ کلیپ، تیزر،

اطلاع رسانی در جهت ظرفیت سازی و حضور کارآمد و تشریک مساعی در حوزه اطلاع رسانی؛

← بازنگری و به روز رسانی فرایندهای کاری با هدف تسریع، دقت و صحت در اطلاع رسانی.

پ- تولید محتوا و برنامه سازی (اعم از خبر مکتوب، مصاحبه، نشست خبری، بولتن، اطلاعیه، بخشنامه، احکام، مصوبات، محتوای آموزشی و آگاهی بخش، فیلم، مستند، تیزر، کلیپ، موشن گرافی، اینفو گرام و...)

← تولید و نشر بیش از ۲۵۰ هزار خبر

تجدید

تولید و معرفی و اعزام مسئولان منتخب به برنامه اختصاصی- کارشناسی و گفتگو محور «کوی سلامت» در شبکه ۲ سیما به مدت ۳۵ برنامه، طبیب شبکه ۳، گفتگوی ویژه خبری، تیتراژ شب شبکه خبر و گفتگوی خبر ۲۱ و استمرار آن در موقیعت های تقویمی حوزه سلامت در طول سال.



← نشر و پخش بیش از ۲۰۰ کلیپ و تیزر و موشن گرافی آموزشی در شبکه‌های مجازی و سیمای ملی؛
← پخش ۲۵ قسمت آماده برنامه طنز شکرستان در شبکه‌های سیمای فضای مجازی.

ث- پایش و صیانت از دستاوردهای حوزه سلامت در فضای رسانه‌ای

← همکاری با حوزه فن‌آوری اطلاعات، دفتر مرکزی حراست، متولیان مدیریت فضای مجازی، پلیس فتا و آجا ناظر بر رصد فضای مجازی، شناسایی کانون‌های معارض و تولید شایعه و پیگیری قضایی هنجارشکنی‌ها؛

← رصد و پایش روزانه و مستمر فضای رسانه‌ای؛

← روشنگری و پاسخ به اکاذیب، سیاه‌نمایی‌ها، شایعات و اتهامات در قالب مصاحبه، یادداشت و توییت؛

← تفاهم و فعال‌سازی کانون‌های مردمی، داوطلب و جهادی در زمینه رصد و پاسخگویی به شایعات و اکاذیب.

د

همکاری با حوزه فن‌آوری اطلاعات، دفتر مرکزی حراست، متولیان مدیریت فضای مجازی، پلیس فتا و آجا ناظر بر رصد فضای مجازی، شناسایی کانون‌های معارض و پیگیری قضایی هنجارشکنی‌ها؛



مختلف خبری شبکه‌های صدا و سیما)؛

← ارسال متون، مقالات، یادداشت، اخبار و احکام و مصوبات به رسانه‌ها و همچنین پایگاه عمومی انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات؛

← انتشار هفتگی و مشارکتی هفته‌نامه سلامت به صورت ویژه‌نامه در اسفند ۹۸ و فرودین ماه ۱۳۹۹؛

← انتشار روزانه و مشارکتی روزنامه سپید (ویژه‌نامه کرونا) برای فعالان و صاحبان حرف پزشکی؛

← انتشار و باز نشر بیش از ۱۰۰ هزار خبر تنها از سوی سخنگوی وزارت بهداشت در خصوص کرونا در فضای رسانه؛

← اعزام کارشناسان، اعضای هیأت علمی، افراد مطلع، اعضای کمیته‌ها و ستادهای تخصصی کرونا برای شرکت در برنامه‌های زنده صدا و سیما؛

← دعوت از مقامات مسئول و مطلع به صورت روزانه و برگزاری نشست خبری به صورت ویدئو کنفرانس؛

← برگزاری نشست خبری به صورت ویدئو کنفرانس روزانه از ابتدای اپیدمی کرونا بالغ بر ۱۶۵ نشست؛

← پوشش اطلاع‌رسانی از وقایع کرونا شامل تعداد مبتلایان، بهبود یافتگان و... سایر اطلاعات اپیدمیولوژیک بیماری به صورت روزانه (در بخش‌های





مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر



دکتر مهدی گویا

رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر

می‌فرستیم. این نظام مراقبت در واقع مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های (CDC) ما را متحول کرده است. براساس این نظام، مراقبت بیماری‌ها از محیطی‌ترین سطح تا مرکزی‌ترین سطح ارتقاء پیدا کرده است. این نظام مراقبت، در ابتدا ستون اصلی برنامه مراقبت از آنفولانزا و بیماری‌های تنفسی بود. در برخی از مناطق کشور یک سری Sentinel Site (مرکز مراقبت دیده‌ور) ایجاد کرده‌ایم و این سایت‌ها در هر شهرستان مستقر است و در تمام شهرستان‌های ایران یکی از مراکز جامع خدمات سلامت پر مراجعه این کار را عهده‌دار است، موارد مشکوک روزانه آنفولانزا از این مراکز به مراکز بهداشت شهرستان گزارش می‌شود.



د ایران دارای یک نظام مراقبت برای بیماری‌ها است که دارای دو بخش مختلف است. این دو بخش با اینکه جدا هستند اما در ارتباط با هم کار می‌کنند. یک بخش از نظام مراقبت بیماری‌ها براساس بیماری‌ها شکل گرفته است (Disease based) و شامل ۴۶ بیماری است که در کشور ثبت می‌گردد.

پایه‌گذار این نظام مراقبت در منطقه مدیترانه شرقی است. در این نظام مراقبت شناسایی یک بیماری چند مرحله عقب‌تر می‌رود و ما سریع‌تر می‌توانیم یک event با اهمیت ملی یا بین‌المللی را تشخیص بدهیم. اساس این نظام مراقبت در واقع مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) است. این نظام مراقبت هم‌اکنون خیلی مورد استقبال است (هر چند هنوز در PHC ادغام نشده است). در واقع در این نظام مراقبت مراقبان براساس علائم اعلام می‌کنند که چه شکایت و علائمی را مشاهده می‌کنند. براساس علائمی که در این نظام مراقبت مشاهده می‌شود وقتی که ما مشکوک به اپیدمی یا طغیان بشویم، بلافاصله موارد را به آزمایشگاه

← **امر اطلاع‌رسانی به موقع در پیش‌بینی روند بیماری و اتخاذ تصمیم اهمیت به‌سزایی دارد، چگونگی مدیریت اعلام موارد مثبت و مرگ را بیان فرمایید؟**
ایران دارای یک نظام مراقبت برای بیماری‌ها است که دارای دو بخش مختلف است. این دو بخش با اینکه جدا هستند اما در ارتباط با هم کار می‌کنند. یک بخش از نظام مراقبت بیماری‌ها براساس بیماری‌ها شکل گرفته است (Disease based) و شامل ۴۶ بیماری است که در کشور ثبت می‌گردد. بیماری‌های ثبت شده در این نظام مراقبت توسط کشور به سازمان‌های بین‌المللی گزارش می‌شود. نظام مراقبت دوم نظام مراقبت سندرمیک است. ایران

شدم. با صحنه‌ای در بیمارستان کامکار قم مواجه شدم که بلافاصله شک به آغاز یک همه‌گیری با شدت بالا را کردم. در حدود ۱۲۰ الی ۱۵۰ بیمار در بیمارستان با علائم شبیه آنفولانزا بستری بودند که تمام علائم‌شان به آنفولانزای خورده‌ها از همانجا به طور مستقیم با وزیر محترم تماس گرفتم و به اطلاع ایشان رساندم که مواردی که مشاهده کرده‌ایم به احتمال خیلی زیاد کرونا است. از موارد بیمار تست گرفته شد و تا ۱۲ ظهر ۲۹ بهمن نتایج اولیه تست‌ها مثبت شد. بلافاصله بعد از مشاهده موارد مذکور ما اقدامات خود را در قم شروع کردیم. بیمارستان را از سایر بیمارستان‌ها تخلیه کردیم و تمام بیماران مشکوک را بستری کردیم. با حضور تمام اعضای دانشگاه قم جلسه گذاشتیم و به آن‌ها اعلام شد که نتایج تست‌ها مثبت است. در این جلسه مقرر شد بیمارستان دوم برای بستری احتمالی بیماران آماده شود. اعضای دانشگاه علوم پزشکی قم به شدت نگران بودند. مقرر شد بیمارستان دوم تا شب تخلیه شود و تا غروب بیمارستان تخلیه شد. هم‌زمان، به ما اعلام شد که تعدادی از بیماران از قبل از ورود مابسه‌قم، به تهران آمده‌اند. اما هیچ آمار و وجود نداشت که چه تعداد و به کجا مراجعه نموده‌اند. تعدادی از بیماران مستقیم مراجعه کرده بودند و تعدادی هم با آمبولانس‌های خصوصی عازم تهران شده بودند. این بیماران در بیمارستان‌های خصوصی تهران بستری شده بودند. این اقدام توسط آمبولانس‌های خصوصی بدون اطلاع دانشگاه انجام می‌شد. بعد از اینکه موضوع همه‌گیری در کشور جدی شد این بیمارستان‌ها از پذیرش بیمار امتناع کردند. در این مرحله



گرفته شود. بلافاصله هشدار به دانشگاه‌ها در این زمینه داده شد و در مرکز مراقبت بیماری‌ها ستاد مربوط به این همه‌گیری تشکیل شد. اولین مورد بیماری در کشور با نظام مراقبت سندرمیک تشخیص داده شد. در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در دنیا، ما در کشور با همه‌گیری آنفولانزا مواجه بودیم و کشور موارد ابتلا به آنفولانزا را ثبت می‌کرد. با آغاز همه‌گیری در چین، ما اقدامات را آغاز کردیم و مکاتبات برای دریافت کیت‌های تشخیصی آغاز شد. ابتدا با دو کمپانی (اراسموس هلند و رابرت کخ آلمان) تماس گرفتیم اما اعلام کردند که امکان تحویل کیت ندارند و می‌خواهند برای کشور خودشان نگاه دارند. لذا در این شرایط تنها امید ایران به سازمان جهانی بهداشت بود. در ابتدای کار دو محموله ۱۰۰ عددی کیت از سازمان جهانی بهداشت دفتر مرکزی ژنو به دست ما رسید. روز یکشنبه ۲۶ بهمن اولین محموله را تحویل گرفتیم و به دنبال گزارش دانشگاه علوم پزشکی قم مبنی بر مشاهده تعدادی موارد بیماری تنفسی شدید روز چهارشنبه ۲۸ بهمن اینجانب همراه یک تیم عازم شهر قم

برای انجام این گزارش‌ها حد آستانه تعیین شده است. حد آستانه به این معنی است که فرضاً مشاهده سه مورد اسهال در یک مقطع زمانی خاص به معنی شروع همه‌گیری تلقی می‌شود. در ایران از سال ۲۰۰۹، نظام ILLI مستقر شده است. مطابق این نظام مراقبت، در ایران ما قادر هستیم تا دو هفته قبل از اپیدمی آنفولانزا، آن‌را شناسایی نماییم. در این نوع نظام مراقبت حتی ما می‌توانیم شهر به شهر می‌گذرد، مواردی را ببینیم.

با توجه به تجارب به دست آمده نظام مراقبت چه تغییراتی را نیازمند است؟

زمانی که اپیدمی کووید-۱۹ در چین آغاز شد نظام مراقبت در ایران آغاز به کار نمود. توجه فرمایید در کشوری مانند مصر در سراسر کشور فقط ۱۰ Sentinel Sites داشتیم اما در حال حاضر به ۴۰۰ Sentinel Sites ملی رسیده است. ما استقرار نظام مراقبت در مورد کووید-۱۹ را براساس توصیه سازمان جهانی بهداشت به راه انداختیم و به این معنی که توصیه شد از همان نظام مراقبت آنفولانزا بهره

داد

مطابق این نظام مراقبت، در ایران ما قادر هستیم تا دو هفته قبل از اپیدمی آنفولانزا، آن‌را شناسایی نماییم. در این نوع نظام مراقبت حتی ما می‌توانیم شهر به شهر زمانی که SARI از یک تعداد می‌گذرد، مواردی را ببینیم.

به ابتلا و مرگومیر ناشی از کووید-۱۹ در آن ثبت شد. اما مشکلی که پیش آمد آن بود که خیلی از بیمارستان‌ها این سیستم را با وجودی که رایگان بود و نباید پولی پرداخت می‌کردند، جدی نمی‌گرفتند. اما هم‌اکنون این پورتال در تمام مراکز بهداشتی-درمانی راه‌اندازی شده است. در زمان شروع اپیدمی در مراکز خصوصی راه‌اندازی نشده بود ولی در حال حاضر مراکز خصوصی را هم این سیستم در بر گرفته است. هم‌اکنون اطلاعات آزمایشگاه‌های خصوصی هم در مواردی که برای تست کرونا تعریف شده‌اند در این پورتال ثبت می‌شود ولی در صورتی که مراکز تعریف نشده مبادرت به انجام آزمایش کرونا کنند این موضوع در پورتال ثبت نمی‌شود. توجه شود که تعداد آزمایشگاه‌های خصوصی که گواهی انجام تست را دارند در سراسر کشور، زیاد نیست. دانشگاه‌ها موظف شده‌اند اطلاعات را وارد کنند و در ابتدا سخت‌ترین محل برای ثبت اطلاعات تهران بود. از همان روز اول، شرط ثبت مرگ و اعلام مرگ ناشی از کووید-۱۹، داشتن تست آزمایشگاهی قطعی بود. یکی از رؤسای دانشگاه اعلام کرده بودند که ماقبل از اعلام همه‌گیری موارد بیمار را داشتیم و اساس تشخیص‌شان راسی‌تی اسکن اعلام می‌کردند که خوب این صحیح نیست. مقاله چاپ شده در لنست

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30728-5](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30728-5)
 fulltext هم در مورد نقش سی تی اسکن به عنوان تنها ابزار تشخیص مطالبی ارائه کرده است و نویسندگان اعلام کرده‌اند که سی تی اسکن به تنهایی امکان تشخیص ندارد و نباید



مشکلاتی وجود داشت. اطلاعات مربوطه در سه سامانه جدا ثبت می‌شد که هر ۳ سامانه با مشکلاتی مواجه بودند. در این حین CDC تلاش کرد به سرعت نقایص مربوط به پورتال سیستم خود را رفع کرده و به طور مستقیم با دانشگاه‌ها و آزمایشگاه‌های تعیین شده ارتباط روزانه برقرار نماید و اطلاعات لازم را ثبت نماید. البته در این راستا دانشگاه‌ها بخش عمده اطلاعات بستری و مرگ خود را از دو سامانه دیگر جمع‌آوری و در اختیار CDC قرار می‌دادند. به دنبال همه‌گیری یک سیستم پورتال برای بیماری برقرار شد و اطلاعات مربوط

بیماران تصمیم می‌گیرند اعلام نکنند از قم آمده‌اند و با آمبولانس می‌آمدند تهران و نزدیک بیمارستان پیاده می‌شدند و خود مراجعه می‌کردند! در این مرحله در گیلان هم بیماری آغاز شده بود و به سرعت روند افزایشی گرفته بود. در ابتدای اسفند ماه به این نتیجه رسیدیم که قم Epi-Center است و گیلان دارد به Epi-Center دوم تبدیل می‌شود. در مورد مشکلات ثبت اطلاعات، علی‌رغم کارکرد مناسب نظام مراقبت ایران، ثبت اطلاعات با مشکلاتی مواجه بود. در مورد ثبت اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ در ابتدای امر



در زمان شروع اپیدمی در مراکز خصوصی راه‌اندازی نشده بود ولی در حال حاضر مراکز خصوصی را هم این سیستم در بر گرفته است. هم‌اکنون اطلاعات آزمایشگاه‌های خصوصی هم در مواردی که برای تست کرونا تعریف شده‌اند در این پورتال ثبت می‌شود ولی در صورتی که مراکز تعریف نشده مبادرت به انجام آزمایش کرونا کنند این موضوع در پورتال ثبت نمی‌شود.





مرکز مدیریت شبکه



دکتر جعفر صادق تبریزی

رئیس مرکز مدیریت شبکه



همکاری تنگاتنگ با نیروی مقاومت بسیج برای اجرای طرح بسیج ملی شامل: تیم‌های بیماریابی، بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و گندزدایی اماکن عمومی، تب‌سنجی در مبادی ورودی خروجی شهرها و بسیج ادارات.

بهداشتی درمانی و...؛
۸. معاینه افراد دارای علامت و ارجاع بیماران نیازمند بستری به بیمارستان‌های منتخب کووید-۱۹ یا مراکز تشخیصی مانند سی‌تی‌اسکن؛
۹. همکاری تنگاتنگ با نیروی مقاومت بسیج برای اجرای طرح بسیج ملی شامل: تیم‌های بیماریابی، بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و گندزدایی اماکن عمومی، تب‌سنجی در مبادی ورودی خروجی شهرها و بسیج ادارات؛
۱۰. تامین وسایل و تجهیزات حفاظت فردی و ضد عفونی برای کارکنان بخش بهداشت و درمان سرپایی؛
۱۱. تطابق سه سامانه اطلاعاتی سیب، ناب و سینا و اعمال اصلاحیه به نحوی که بانایزهای آماری برنامه

۲. راه‌اندازی تعداد ۱۰۲۰ مرکز خدمات جامع سلامت منتخب (۱۶ و ۲۴ ساعته)؛
۳. پیگیری فعال اطرافیان و بیماران مبتلا به کووید-۱۹؛
۴. انجام تست تشخیصی کووید-۱۹ در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب؛
۵. تهیه و توزیع دارو به مراکز خدمات جامع سلامت منتخب (۱۶ و ۲۴ ساعته)؛
۶. ادامه ارائه خدمات عادی به گروه‌های تحت پوشش مانند مراقبت از کودکان، مادران باردار، ایمن‌سازی و غیره...؛
۷. آموزش مردم در مورد پیشگیری و مبارزه با کووید-۱۹ با بهره‌گیری از داوطلبان محلی، صدا و سیما، نیروهای

"در مبارزه با کووید-۱۹ به‌روزان و مراقبین سلامت غرور آفرینند و فعالیت‌های آن‌ها افتخاری است بر سینه نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور"

در ابتدا از زحمات کمیته محترم مستندسازی به ویژه استاد عزیز آقای دکتر آسائی سپاسگزارم و به نوبه خود قدردان خروجی‌های ارزشمند کمیته مستندسازی هستم. اجازه بفرمایید قبل از آغاز گفتگو فهرست وار برخی از فعالیت‌های عمده مرکز مدیریت شبکه را خدمت‌تان عرض نمایم:
۱. غربالگری شفاهی ۷۸ میلیون نفر در طول ۶ هفته به صورت تلفنی در مرحله نخست و ۳۳ میلیون با هدف غربالگری مادران باردار و افراد در معرض خطر در مرحله دوم؛



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

روایت کرونا از زبان مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تجربه چهار دانشگاه سمنان، کاشان، قزوین و همدان به عنوان پایلوت برنامه "هر خانه یک پایگاه سلامت" که از آذر ماه ۱۳۹۸ آغاز گردید و یا تجربه اجرای برنامه پزشکی خانواده در دو استان پیشرو فارس و مازندران به مان نشان داد که اگر زودتر این برنامه‌های مردم محور را در کشور توسعه می‌دادیم، در مبارزه با بیماری کووید-۱۹ می‌توانستیم موفق‌تر عمل کنیم.

هر چهار دانشگاه در مراکز خدمات جامع سلامت پایلوت که برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت را شروع کرده بودند غربالگری کووید-۱۹ را هم خیلی سریع‌تر به پایان رساندند و همچنین همکاری‌های مردمی در آن مناطق بسیار بهتر بود، به طوری که در مناطق مجری برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت سمنان، غربالگری ۲ برابر زودتر از دیگر مناطق استان انجام شده است.

علاوه بر این، در این برنامه سفیران و رابطین سلامت محله کانونی شدند برای مشارکت‌های مردمی به طوری که در تولید ماسک، تهیه مواد شوینده و توزیع آن‌ها بین نیازمندان، کمک به سالمندان، شناسایی افراد نیازمند به مراقبت در منزل بسیار نقش پررنگی داشتند.

این اتفاقات در سایه برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت صورت گرفت و تجربه بسیار ارزنده‌ای بود. از طرفی دیگر احساس مسئولیت سفیران و رابطین سلامت محله در کسوت جدید از مهمترین نکاتی بود که منجر به حضور و مشارکت جدی این عزیزان در مناطق زندگی آن‌ها شد. به طوریکه با آموزش خانواده‌ها احساس می‌کردند در مقابل سلامت مردم متعهد هستند. برای همین علی‌رغم اینکه باید در



مطرح شد در واقع طرح یک ایده ناب و کاملاً اجرایی بود که ریشه در نگاه عمیق، اعتماد و اعتقاد ایشان به مشارکت مردم در ارتقای سلامت فرد، خانواده و جامعه داشت. لذا با همراهی معاون محترم بهداشت و مشارکت همکاران در شبکه و آموزش سلامت این ایده ناب در برنامه پزشکی خانواده تلفیق شده و یک سطح به سطوح ارائه خدمت در PHC به عنوان سطح پایه اضافه گردید.

با اضافه شدن سطح خانوار که مبنای گسترش برنامه پزشک خانواده می‌باشد خدمات پزشک خانواده با تکیه بر حضور و مشارکت فعال مردم گسترش پیدا خواهد کرد.

شواهد نشان می‌دهد که هر موقع و در هر جایی از کشور که مشارکت مردمی بیشتر و بهتر بود اجرای برنامه‌های سلامت، به ویژه برنامه پزشکی خانواده موفق‌تر بوده است. این مورد نشانه‌ای است از این که در توسعه برنامه پزشکی خانواده باید به مشارکت مردم توجه بیشتری معطوف شود. بی‌تردید تلفیق این دو برنامه (پزشکی خانواده و هر خانه یک پایگاه سلامت) در مراحل اجرا و پیاده‌سازی برنامه‌ها بسیار مؤثر خواهد بود.

کووید-۱۹ مطابقت داشته باشند؛
۱۲. تطبیق برنامه‌های جاری شبکه برای "زندگی با کرونا"؛

۱۳. برنامه‌ریزی برای تقویت نظام شبکه طبق فرمان مقام معظم رهبری؛

۱۴. تهیه متون آموزشی تصویری برای بهروزان و دانش‌آموزان بهوزری با همکاری مدیران و مربیان مراکز آموزش بهوزری کشور و ارائه آن به صورت مجازی؛

۱۵. تشکیل کمیته آموزش و تهیه محتواهای آموزشی مانند: تیزر، کلیپ و موشن گرافی و پخش آن از صدا و سیما؛

۱۶. برنامه‌ریزی برای سطح بندی شبکه آزمایشگاهی کشور برای مقابله با کووید-۱۹.

◀ **جناب وزیر اعلام داشتند:**
اگر برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت را در آذر ماه داشتیم، لشکری ۲۰ میلیونی را به مبارزه با کووید-۱۹ گسیل می‌نمودیم. در مورد این برنامه توضیح دهید؟

زمانی که برنامه "هر خانه یک پایگاه سلامت" براساس پیشنهاد آقای وزیر

داد

علاوه بر این، در این برنامه سفیران و رابطین سلامت محله کانونی شدند برای مشارکت‌های مردمی به طوری که در تولید ماسک، تهیه مواد شوینده و توزیع آن‌ها بین نیازمندان، کمک به سالمندان، شناسایی افراد نیازمند به مراقبت در منزل بسیار نقش پررنگی داشتند.

خانه می‌مانند، در صحنه حاضر شدند و مشارکت کردند تادر مقابله با کووید-۱۹ مؤثر باشند، به طوری که پیگیری‌ها توسط سفیران سلامت در مناطق مجری برنامه تا هم‌اکنون نیز ادامه دارد.

کار دیگری که در این ۴ دانشگاه انجام شد، برنامه آموزش سفیران سلامت در قالب یک بسته آموزشی با هدف مقابله با کووید-۱۹ به زبان ساده قبل از گزارش اولین مورد در ایران و حتی آموزش پرسنل سیستم شبکه بود. نهایتاً علاوه بر ۲۱ بسته آموزشی که از قبل طراحی شده بود بسته آموزشی کووید-۱۹ نیز اضافه شد که در کل به ۲۲ بسته آموزشی در قالب ۳ جلد کتاب در حوزه پیشگیری، درمان‌های اولیه و توانبخشی در اختیار دانشگاه‌ها قرار گرفت.

اگر طرح هر خانه یک پایگاه در کل کشور از یک سال قبل شروع می‌شد قطعاً شاهد یک انقلاب بزرگی در مقابله با کرونا در منطقه می‌بودیم.

در مورد برنامه پزشکی خانواده و سیستم ارجاع و ارتباط آن با مبارزه با کووید-۱۹ توضیح دهید؟

برنامه پزشکی خانواده به گونه‌ای بوده که در غربالگری تلفنی با تماس مراقب سلامت و یا به‌پورز با جمعیت تحت پوشش، افراد از لحاظ علائم ابتلا به کووید-۱۹ مورد سؤال و بررسی قرار می‌گرفتند و منطبق با پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مربوطه در صورتی که مشکوک به بیماری و یا مبتلا بودند به مراکز منتخب (۱۶ و ۲۴ ساعته) ارجاع داده شده و پیگیری‌های مستمر از ایشان صورت می‌گرفت. همچنین خانواده‌ها و نزدیکان ایشان نیز از این حیث

غربالگری می‌شدند.

در مجموع در سیستم بهداشت به طور متوسط هر به‌پورز بین ۷۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر و هر مراقب سلامت حدود ۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهند. بر این اساس مابه‌اندازه کافی مراقب سلامت و به‌پورز داریم (حدود ۲۴ هزار و پانصد نفر مراقب سلامت و بیش از ۳۱ هزار نفر به‌پورز در کشور مشغول ارائه خدمات می‌باشند).

در بخش دولتی مابه‌اندازه کافی پزشک عمومی/خانواده نداریم، متوسط جمعیت تحت پوشش یک پزشک از استانی به استانی دیگر متفاوت است (از حدود یک پزشک برای ۱۰ هزار نفر تا یک پزشک برای ۱۶ هزار نفر به‌جز دو استان فارس و مازندران) به این معنا که پزشک در ارائه خدماتی همچون پیگیری افراد در معرض خطر (مانند افراد مبتلا به بیماری قلبی، دیابت، پر فشاری خون و غیره) و پیگیری افراد نیازمند خدمات مستمر نمی‌تواند همانند مراقب سلامت و به‌پورز عمل نماید.

اگر برنامه پزشکی خانواده در سیستم به گونه‌ای بود که به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۳ و یا ۴ پزشک می‌داشتیم در آن صورت پزشک پوشش مناسب‌تری برای جمعیت تحت پوشش خود داشت و در شناسایی و پیگیری و ویزیت مناسب افراد مبتلا به کووید-۱۹ (حتی ویزیت و مراقبت در منزل) موفق‌تر عمل می‌نمود. این امر باعث اعتماد و اطمینان مردم به سیستم سلامت می‌شود. "فرد به حدی از اطمینان می‌رسد که می‌گوید در سیستم سلامت شخصی هست که به من فکر کند، سلامت من را ارزیابی کند، نگران سلامتی من باشد آن هم در حد پزشک". این اعتماد به عنوان یک سرمایه اجتماعی ما را در

برنامه‌های سلامت موفق‌تر خواهد نمود.

اما این اتفاق در دو استان فارس و مازندران افتاد، در این دو استان به دلیل وجود برنامه پزشک خانواده مراقب سلامت، به‌پورز و پزشک پیگیری مستمر جمعیت تحت پوشش خود را انجام می‌دادند. به طوری که پزشک خانواده جمعیت ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفری تحت پوشش خود را که دارای پرونده الکترونیک می‌باشند شناسایی و فرد به فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. در زمان شیوع کووید-۱۹ پزشکان خانواده با جمعیت تحت پوشش خود، به‌ویژه افراد در معرض خطر، تماس می‌گرفت و علاوه بر بررسی وضعیت سلامت و علائم و نشانه‌های کووید-۱۹ از آن‌ها می‌خواست اگر مشکلی دارند تلفنی با ایشان تماس بگیرند و تا حد ممکن از خانه بیرون نیایند مگر موارد ضروری که با تأیید پزشک صورت گیرد.

ما این نعمت را فقط در درصد کمی از جمعیت شهری کشور (حدود ۵ میلیون نفر) داشتیم.

نکته مهم بعدی اعتماد متقابل بین مردم و پزشک خانواده است. اگر این اعتماد با وجود پزشک خانواده شکل می‌گرفت به آسانی می‌توانستیم مردم را به "در خانه ماندن" متقاعد نماییم. همچنین در ایزوله نمودن افرادی که تست مثبت داشتند و یا علائم مشکوک داشتند. حتی اگر تست نشده باشند می‌توانستیم موارد مشکوک را در خانه قرنطینه کرده و با اطمینان بیشتری مراقبت و پیگیری نماییم.

پزشکان خانواده در استان‌های فارس و مازندران جایگاه خاصی برای مردم دارند به طور مثال در ارجاع به متخصص بارها شنیده‌ایم که پزشک می‌گفت فرد را جاع شده به متخصص



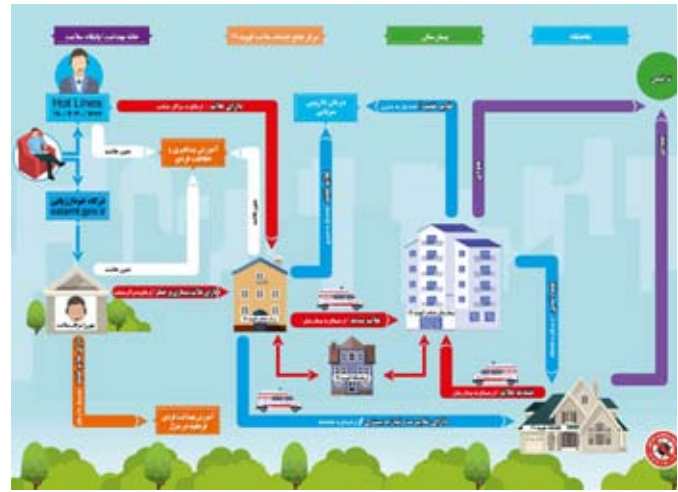
نکته مهم بعدی اعتماد متقابل بین مردم و پزشک خانواده است. اگر این اعتماد با وجود پزشک خانواده شکل می‌گرفت به آسانی می‌توانستیم مردم را به "در خانه ماندن" متقاعد نماییم. همچنین در ایزوله نمودن افرادی که تست مثبت داشتند و یا علائم مشکوک داشتند. حتی اگر تست نشده باشند می‌توانستیم موارد مشکوک را در خانه قرنطینه کرده و با اطمینان بیشتری مراقبت و پیگیری نماییم.

کنونی سلامت را در کشور ارتقا داده و متضمن آینده PHC و اجرای اهداف آن که همانا سلامت برای همه با مشارکت همه مردم است، گردد. برای توسعه برنامه پزشکی خانواده شهری در کل کشور، برنامه ریزی های لازم انجام شده است. این امر از ابتدا مشارکت فعال و مستمر ارگان های مختلف از جمله صندوق های بیمه و سازمان برنامه و بودجه را می طلبد.

با توجه به فشارهای اقتصادی و تحریم ها و وسعت و ابعاد برنامه پزشکی خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تنهایی نمی تواند در اجرا و پیاده سازی عمل نماید، لذا باید الزامات ذیل اجرایی شوند:

- ← **تجميع منابع؛**
- ← همکاری سازمان های بیمه گر؛
- ← همکاری سازمان برنامه و بودجه؛
- ← همدلی و همراهی همه سازمان ها با محوریت ریاست محترم جمهور؛
- ← آموزش مردم؛
- ← تدوین برنامه اجرایی قدم به قدم؛
- ← همکاری بخش خصوصی؛
- ← همکاری مؤثر سازمان نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی؛
- ← تعریف درست هزینه و سرانه ها با همکاری مسئولان معاونت توسعه وزارت متبوع؛
- ← فعالیت مؤثر شبکه های اجتماعی و صدا و سیما با هدف ارتقا فرهنگ پزشکی خانواده و نظام ارجاع و تهیه برنامه های مستمر با هدف تحول و تغییر در ارائه خدمات کیفی.

← **مقام معظم رهبری بر تقویت شبکه تاکید فرمودند، برنامه شما برای به تحقق رسانیدن این پیام تاریخی چیست؟**
ابتدا باید برای حمایت های مقام معظم



نظام غربالگری و ارجاع بیماران مبتلا به کووید-۱۹

استفاده بی رویه و براساس نیاز القایی برای جامعه هستیم. ما به عنوان سیاست گذار و متولی سلامت مردم موظف به مدیریت رفتار مردم با کمک گرفتن از برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع می باشیم.

در کشور هزینه های هنگفتی برای تأمین دارو صرف می شود اگر به هر خانه ای مراجعه کنیم گنجی ای از داروهای تاریخ مصرف گذشته و غیر ضرور مشاهده خواهیم کرد که در بیشتر مواقع به دور ریخته می شود. در موارد زیادی مصرف داروی مردم به صورت خودسرانه صورت می گیرد. بخش اعظم هزینه های مرتبط با این گونه رفتار مردم را بیمه متحمل می شود. از دیدگاه کارشناسان و صاحب نظران حوزه سلامت می بایست یک سیاست و برنامه واحد در سیستم جاری شود به طوری که بتوانیم از هدر رفت منابع هوشمندانه جلوگیری نماییم و از این منابع در راستای ارتقا حوزه سلامت بهره گیری نماییم.

از سوی دیگر این برنامه راهکاری مناسبی است برای تقویت نظام شبکه های بهداشتی درمانی و تحقق پوشش همگانی سلامت که وضعیت

تا تأیید پزشک خانواده رانداشته باشد داروی تجویز شده توسط متخصص را استفاده نمی کند. این صحبت نشانگر آن است که اگر اعتماد مردم به پزشک خانواده در کل کشور به وجود می آمد به راحتی مردم در خانه می ماندند و کمک بسیار بزرگی به قطع زنجیره انتقال و شیوع بیماری می شد.

اعتقاد و جمع بندی نهایی مدیران بر این است که می توان پیاده سازی و گسترش برنامه پزشکی خانواده را با یک برنامه جامع شروع کرد مشروط به اینکه الزامات و پیش شرط های ضروری آن تأمین گردد.

امروز مردم مادر مراجعات سرپایی سطح ۱، به دلخواه در هر زمان و به هر واحد درمانی از بخش خصوصی و یا دولتی می توانند مراجعه کنند و به هر مقدار دارو و یا خدمات تشخیصی از جمله آزمایشگاه، رادیولوژی و ... غیره را هر چند بار که می خواهند (حتی اگر مورد نیاز نباشد) دریافت نمایند. لذا علاوه بر تهدید جدی سلامت مردم، ما هر روز شاهد افزایش هزینه های غیر ضرور در بخش های مختلف از جمله دارو، پاراکلینیک (رادیولوژی و آزمایشگاه) به علت



در کشور هزینه های هنگفتی برای تأمین دارو صرف می شود اگر به هر خانه ای مراجعه کنیم گنجی ای از داروهای تاریخ مصرف گذشته و غیر ضرور مشاهده خواهیم کرد که در بیشتر مواقع به دور ریخته می شود. در موارد زیادی مصرف داروی مردم به صورت خودسرانه صورت می گیرد. بخش اعظم هزینه های مرتبط با این گونه رفتار مردم را بیمه متحمل می شود.

۱۰. رهبری و مدیریت حرفه‌ای؛
 ۱۱. ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و خدمات؛
 ۱۲. تأمین منابع مالی نشاندار و تفویض اختیار.
- تدوین و پیاده نمودن برنامه عملی برای ۱۲ استراتژی بالا، در واقع لیبک به حمایت بی نظیر مقام معظم رهبری در تقویت نظام شبکه است.

◀ نقش بیماریابی فعال و ایجاد مراکز منتخب در مبارزه با کووید-۱۹ را بیان فرمایید؟

در برنامه غربالگری اعتماد از سمت مردم ایجاد شد. در گام اول حدود ۷۸ میلیون نفر غربالگری شدند. این امر نشان دهنده مشارکت جدی مردم بوده و دلیلی بر اعتماد مردم به نظام سلامت و PHC است. آن‌ها با بهورزان، مراقبین سلامت و پزشکان خود در ددل کردند، به توصیه‌های آن‌ها عمل کردند و به ما پاسخ دادند. امروز در گام دوم که با اولویت غربالگری مادران باردار و افراد پرخطر بود به بیش از ۳۸ میلیون نفر رسیدیم که این نشان دهنده اعتماد مضاعف مردم به خادمان خود و همراهی هم‌دلانه با آن‌ها است. از این فرصت باید استفاده کرد. با حضور مردم، همراهی همه‌جانبه سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها، نیروهای مسلح و بسیج مردمی، حمایت سیاست‌مداران و مدیران ارشد کشور به ویژه مقام معظم رهبری شرایط منحصر به فردی شکل گرفت. این امر ذخیره اجتماعی بزرگی است که برای PHC در کشور به وجود آمده و فرصت مغتنمی برای تقویت نظام شبکه می‌باشد.

از مهرماه گذشته ارزیابی PHC براساس برنامه «PHCMI» و شاخص‌ها و سنجه‌های مربوطه در



سلامت، اطمینان از دسترسی همه مردم به سلامت، در همه گروه‌های سنی و در هر جایی که زندگی و کار می‌کنند. برای تقویت شبکه ما باید تمام توانمان را بگذاریم اما باید یک محور داشته باشد، آن محور می‌تواند برنامه پزشکی خانواده باشد. اگر سیستم را می‌خواهیم تقویت کنیم با محوریت پزشکی خانواده باید تقویتش کنیم.

با همکاری کارشناسان خبره ۱۲ هدف توسعه‌ای را برای تقویت نظام شبکه تنظیم کردیم، این اهداف عبارتند از:

۱. توسعه نظام آمار و اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیک؛
۲. تکمیل شبکه و ارتقای استانداردهای ساختاری؛
۳. ادغام آموزش در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی؛
۴. توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛
۵. توسعه خدمات یکپارچه و مردم محور؛
۶. توسعه مراکز آموزش بهورزی؛
۷. توسعه پژوهش‌های کاربردی، تحلیل آماری و تبیین شواهد؛
۸. استقرار برنامه‌های هر خانه یک پایگاه سلامت و شهر سالم؛
۹. توسعه آمادگی برای مقابله با بحران و بلایا؛

رهبری تشکر ویژه‌ای داشته باشم. هم از طرف خود هم از طرف بدنه PHC، واقعاً بی نظیر بود. شما (آقای دکتر آسائی) هم فرمودید که امری بی سابقه بود. حداقل بنده که با سابقه کاری بیش از ۲۸ سال در حوزه بهداشت چنین چیزی ندیده بودم که شخص اول کشور به این شکل حمایت و مراتب قدردانی خود را از نظام شبکه اعلام نمایند. فرصت بزرگی است برای همدلی، فرصت بزرگی است برای کسانی که دغدغه مردم را دارند و آن‌هایی که واقعاً تعصب شبکه را دارند. پنجره فرصتی به بزرگی ایران عزیز باز شده است که هر فرد دلسوزی در هر کسوتی و هر مکانی باید آستین‌ها را بالا بزند، همه باید ببینند، باید دور هم جمع شویم و کمک کنیم تا این نظام تقویت شود. نظام شبکه ما نشان داد که به هر قیمتی مردانه پای مردم و سلامت آن‌ها ایستاده است، حتی آن زمان که خودش وسایل حفاظت شخصی را نداشت، این فاصله را ایجاد نکرد. کارکنان شبکه با طیب خاطر رفتند به سمت مردم، بیمارستان‌های ما هم این کار را کردند. رسالت و هدف PHC عبارت است از برقراری عدالت در سلامت با تأمین حفظ و ارتقا مستمر



رسالت و هدف PHC عبارت است از برقراری عدالت در سلامت با تأمین حفظ و ارتقا مستمر سلامت. اطمینان از دسترسی همه مردم به سلامت، در همه گروه‌های سنی و در هر جایی که زندگی و کار می‌کنند. برای تقویت شبکه ما باید تمام توانمان را بگذاریم اما باید یک محور داشته باشد، آن محور می‌تواند برنامه پزشکی خانواده باشد. اگر سیستم را می‌خواهیم تقویت کنیم با محوریت پزشکی خانواده باید تقویتش کنیم.

مصرف می‌نماید. این افتخاری بر سینه نظام PHC است.

بهورزان با حداقل سواد و سپری نمودن دوره‌های آموزشی همواره بازوی اصلی نظام ارائه خدمات هستند آن‌ها در مقابله با کووید-۱۹ کمک بزرگی نمودند و همچنان برنامه‌ها را ادامه می‌دهند. زمانی که در ووهان چین شیوع بیماری کووید-۱۹ اعلام گردید و هنوز بیماری در ایران نبود، با تلاش مرکز مدیریت بیماری‌ها به سرعت متون آموزشی آماده شد و برنامه‌های آموزشی نظام شبکه شروع گردید. تمام ارکان نظام شبکه به‌ویژه بهورزان و مراقبین سلامت در همه استان‌های کشور آموزش لازم را دیدند. در این راستا بسته‌های آموزشی به استان‌ها ارسال و دوره‌های آموزشی برگزار شد. زمانی که اولین مورد کووید-۱۹ در قم اعلام شد برنامه‌ریزی آموزشی بهورزان مجدداً صورت گرفت.

در آینده برنامه‌ای برای تقویت مراکز آموزش بهورزی و ارتقای تحصیلی بهورزان و تربیت کاردانان و کارشناسان بهورزی داریم. دوره‌های ویژه‌ای برای بهورزان در مقابله با بحران و ادغام آن در آموزش بهورزی در راستای تقویت شبکه در دست تهیه داریم، همچنین طی اپیدمی کووید-۱۹ برای آموزش بهورزان به‌علت تعطیلی آموزشگاه‌ها از آموزش آنلاین استفاده شد. (پاورپوینت‌های آموزشی توسط مدیران و مربیان با سابقه بهورزی از اقصی نقاط کشور تهیه و به‌همراه صوت برای تدریس در سایت مرکز مدیریت شبکه قرار گرفت و ارزیابی موارد نیز در دست اجرا می‌باشد).

← بهورزان در روستاها بار دیگر غرور آفرین شدند، در مورد آمادگی آنان برای مبارزه با بحران‌های آینده چه برنامه‌ای در دست دارید؟

تیم سلامت در مقابله با کووید-۱۹ کمک مؤثر و به‌سزایی داشتند. به‌طور مثال در روستا، پزشک و بهورز یک مسیر طولانی را برای پیگیری اطفیان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ با پای پیاده طی کرده و یا بهورزی که در حال مرخصی زایمان بوده و می‌بایست در منزل نوزادش را مراقبت می‌کرد، پیگیری تلفنی بیماران را انجام داد. وقتی از ایشان دلیل بازگشت به کارش را تلفنی جویا شدم ایشان اظهار داشتند "اگر نباشم نمی‌شود".

بهورزان در روستاها و مراقبین سلامت در شهرها به‌معنی واقعی کلمه مسئولانه عمل نمودند، موارد زیادی داشتیم که هر روز بهورزان و مراقبین سلامت به خانه‌های جمعیت تحت پوشش خود رفتند و مراقبت لازم را از بیماران انجام دادند و اطمینان حاصل نمودند که بیمار داروی خود را به‌موقع

دستور کار مرکز مدیریت شبکه قرار گرفت. برای این اساس PHC ایران در دو مرحله مورد ارزیابی عمیق قرار گرفت به طوری که با بیش از ۱۲۳ شاخص سلامت و ۳۳ سنجه بررسی منتج به شناسایی نقاط ضعف و قوت در نظام شبکه گردید.

برای مثال پس از این بررسی دانستیم اشکالات مدیریتی، فنی و نظام آماری کجاست و چه اصلاحاتی مورد نیاز است. همچنین برای تکمیل نظام اطلاعات سلامت در ایران چه مواردی را باید در بررسی‌های ملی ادغام نماییم. پس از این بررسی برای ما روشن شد که پاشنه آشیل PHC مدیریت حرفه‌ای می‌باشد. وقتی از مدیریت حرفه‌ای صحبت به میان می‌آید معنی آن اینست که ما باید مدیران مان را ضابطه‌مند انتخاب کنیم و برنامه آموزشی و توانمندسازی منسجم و مستمری داشته باشیم و ارزیابی آن‌ها به معنای واقعی اجرا شود. نهایتاً باید برنامه‌های ارتقای مدیریت طراحی و اجرا شود و عزل و نصب‌ها نیز براساس ارزیابی‌های به‌عمل آمده باید انجام گیرد.

درد

دوره‌های ویژه‌ای برای بهورزان در مقابله با بحران و ادغام آن در آموزش بهورزی در راستای تقویت شبکه در دست تهیه داریم، همچنین طی اپیدمی کووید-۱۹ برای آموزش بهورزان به‌علت تعطیلی آموزشگاه‌ها از آموزش آنلاین استفاده شد.





مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی



دکتر رضا گل پیرا

رئیس دفتر مدیریت بیمارستانی
و تعالی خدمات بالینی

◀ با مرور عملکرد ۴ ماه قبل، چه اقداماتی در حیطه مدیریت بیمارستانی می‌توانستیم انجام دهیم که ندادیم و چه کارهایی را کماکان باید ادامه داد؟

در حدود آذرماه ۹۸ به دنبال شیوع آنفولانزا H1N1 مشغول برنامه‌ریزی برای مراقبت از بیماران و همچنین ارائه سرویس مناسب به بیماران درگیر و بستری شده در مراکز عفونی بودیم. در همان حول و حوش صداهایی از چین به گوش می‌رسید که بیماری نوپدید از خانواده سارس مشاهده شده است. از آن جایی که مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان یکی از زیرمجموعه‌های وزارتی است که



لازم است خاطر نشان کنم از اول اسفند ۹۸ تا پایان اردیبهشت ۹۹ بتدریج کلیه بیمارستان‌های دولتی کشور تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، مشغول سرویس‌دهی به بیماران مشکوک و مبتلا به ویروس کووید-۱۹ بودند.

به در خانه ماندن در ماه‌های آغازین طغیان، حضور مردم در جامعه کمتر شد، همین امر سبب گردید که مراجعه الکتیو به بیمارستان‌ها کاهش یابد، همچنین به صورت خاص تعداد بیماران مولتیپل تروما بر اثر عوامل جاده‌ای به شدت کاهش داشت. در عین حال بیماران مزمن نیز از مراجعه بی‌مورد به بیمارستان‌ها خودداری می‌کردند. در حال حاضر ما از لحاظ آماری مشغول به بررسی میزان دقیق مراجعات، اثرات ناشی از دیر مراجعه کردن بیماران مزمن، مشکلات به وجود آمده به علت عدم مراجعه برای بیماران الکتیو، عوارض و مشکلات مربوط به بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و همچنین عوارض تاخیری و مشکلات همراه آن هستیم.

◀ بیماری کووید-۱۹ بار بیمارستان‌ها را چندین برابر نمود، به عنوان مدیر کل امور بیمارستان‌ها این آمادگی و پاسخگویی را چگونه ارزیابی می‌نمایید؟

پاسخ به این سؤال کمی سخت است. لازم است خاطر نشان کنم از اول اسفند ۹۸ تا پایان اردیبهشت ۹۹ بتدریج کلیه بیمارستان‌های دولتی کشور تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، مشغول سرویس‌دهی به بیماران مشکوک و مبتلا به ویروس کووید-۱۹ بودند. در عین حال در بعضی از بیمارستان‌های فوق تخصصی کلیه خدمات مربوط به تخصص آنان در حال انجام بود. به علت نزدیک شدن به عید نوروز و همچنین تشویق

ملی می‌باشد و اگر این آموزش‌ها و زیرساخت‌ها در کشور ایجاد نشده بود، قطعاً ما در وضعیت مناسبی در کنترل اپیدمی در سطح بیمارستان‌ها نبودیم. البته با وجود تمامی خط‌مشی‌ها، پروتکل‌ها و دستورات بالینی متأسفانه در بعضی نقاط دچار نقصان در ارائه خدمات ایمن بوده‌ایم، که این باعث شد در هفته‌های اول تعداد زیادی از همکاران مان دچار آلودگی و بیماری شوند.

نکته دیگری که در این بخش می‌توانیم به آن اشاره کنیم برنامه‌ریزی و میزان آمادگی همکاران در ستاد وزارت و ستاد دانشگاه‌ها بود که توانستیم با یک برنامه‌ریزی منسجم با در نظر گرفتن بروز و تعداد بیماران بتدریج بیمارستان‌های معین و ریفال را از مجموعه بیمارستان‌های دانشگاهی و کشوری آماده و وارد چرخه بیمارپذیری به‌عنوان کووید-۱۹ نماییم. در عین حال بیمارستان‌های غیر ریفال را مسئول پذیرش بیماران غیر کووید نماییم. مانند همین برنامه‌ریزی را برای بخش‌های ویژه نمودیم و از مجموع کل بخش‌های ویژه آماده بکار در کشور با برنامه‌ریزی به‌طور تدریجی بیماراران الکتیورا مرخص نموده و فضا را برای پذیرش بیماران بدحال تنفسی آماده نمودیم. این خود باعث ایجاد هماهنگی مناسب در کشور بود و به‌جرات می‌توان گفت در طول ۱۲۰ روز گذشته با اقدامات انجام شده ما هیچ‌وقت دچار حادثه‌های بیماران بدون تخت مانند ایتالیا و اسپانیا و آمریکا نشدیم.

در عین حالی که با برنامه‌ریزی، بخش‌ها و تخت‌های موجود را مدیریت می‌نمودیم با کمک و هماهنگی همکاران در هیات اتماء

المللی اقدام لازم در جریان می‌باشد. از طرفی با توجه به شیوع کرونا در چین به فوریت شروع به تهیه یک چک‌لیست از آمادگی بیمارستان‌ها کردیم و در آن حیثه‌های مختلف آمادگی را به صورت خودارزیابی مورد سؤال و سنجش قرار دادیم که تحلیل آن به‌مادر برنامه‌ریزی حین کرونا خیلی کمک نمود. حدود نیمه‌های اسفند از دفتر مدیریتانه شرقی با ما تماسی گرفته شد که در صدد آماده کردن یک چک‌لیست آمادگی بیمارستان‌ها مقابل بیماری‌های عفونی هستیم و ما توانستیم با تجربه‌ای که از این موضوع داشتیم کمک کنیم و یک چک‌لیست به‌عنوان (Hospital Readiness Check list for Covid 19) در منطقه EMRO تهیه و در اختیار کشورهای منطقه قرار گیرد. با توجه به چک‌لیست منطقه‌ای مرکز مدیریت بیمارستانی مشغول به ترجمه و بومی‌سازی چک‌لیست فوق‌شود و در کنار آن اقدام به ترجمه کتابی در خصوص آماده‌سازی بیمارستان در بحران‌های عفونی نمودیم که این کتاب در حال چاپ می‌باشد. در حال حاضر مشغول آماده‌سازی تکمیل و ارزیابی چک‌لیست در کلیه بیمارستان‌های دانشگاهی کشور هستیم و امیدواریم قبل از شروع طغیان عفونی بعدی یک آمادگی مناسبی را در سطح بیمارستان‌های کشور به‌وجود آوریم.

یادمان نرود که در طول ۹ سال قبل تاکنون دوره‌های آموزشی فراوانی در خصوص ایمنی بیمار و کنترل عفونت با حضور همکاران در بیمارستان‌های کشور برگزار شده‌است. از طرفی ایمنی و کنترل عفونت یکی از مهم‌ترین محورهای اعتباربخشی

مسئول ارتقاء کیفیت و آماده‌سازی بیمارستان‌ها در کشور می‌باشد و از طرفی از سال‌ها قبل یک وظیفه ذاتی برعهده این مرکز بود که به‌درستی به آن رسیدگی نشده بود، بنده تصمیم گرفتم تا به بررسی و برآورد نیازهای لازم برای ساخت اتاق‌های ایزوله با فشار منفی بپردازم. بر همین اساس در ابتدا کلیه نقاطی که در کشور داعیه وجود و برقراری این‌گونه بخش‌ها را داشتند را لیست نمودم و با کمک همکارانم در ادارات کنترل عفونت و تعالی خدمات بالینی بررسی جامعی از بیمارستان‌های فوق انجام دادم. این برنامه منجر به بازدید از مناطق مختلفی از کشور گردید. متأسفانه در بررسی استانداردها مشخص شد که اکثر بیمارستان‌هایی که اعلام کرده بودند بخش‌های فشار منفی دارند فقط توانسته بودند اتاق‌های ایزوله‌ای را با یا بدون پیش‌ورودی استاندارد و همچنین سیستم ایزوله تنفسی با دهش و مکش نامناسبی را فراهم آورند. لذا به فوریت با کمک تیم مهندسی و فنی و برگرفته از استانداردهای جهانی مشغول به تهیه چارچوب مناسبی از روش ساخت و نگهداری این‌گونه اتاق‌های ایزوله در مرکز شدیم. در عین حال با توجه به نقاط حساس و مهم در خصوص بیماری‌های عفونی لیستی از مراکزی که لازم‌است در آن‌ها امکانات ایزوله با فشارهای مثبت و منفی به‌وجود آید تهیه و در دستور کار معاونت درمان قرار گرفت که در برنامه‌های پیش‌رو نسبت به ساخت و تجهیز آن مبادرت ورزند.

البته متأسفانه با شیوع کرونا در کشور این پروژه با کمبودهای زیادی همراه شد ولی خوشبختانه در حال حاضر با استفاده از کمک‌های داخلی و بین



در حال حاضر مشغول آماده سازی تکمیل و ارزیابی چک‌لیست در کلیه بیمارستان‌های دانشگاهی کشور هستیم و امیدواریم قبل از شروع طغیان عفونی بعدی یک آمادگی مناسبی را در سطح بیمارستان‌های کشور به‌وجود آوریم.

قبولی نیروی جایگزین را به بیمارستان‌های مورد اشاره گسیل کنیم و فشار زیاد روی همکاران را کم نماییم. البته یکی دیگر از کمک‌های مناسب در زمینه هدایت نیروهای تخصصی آن بود که در بهمن ماه ما اقدام به توزیع نیروی متخصص ضریب کا داشتیم و توانستیم از این نیروهای تازه نفس در مناطقی که شدیداً به پزشک نیازمند بودند با همکاری دانشگاه‌ها بهره ببریم. امید داریم با برنامه‌ریزی مناسب برای آینده بتوانیم یک بانک اطلاعاتی از پرسنل عمومی و تخصصی داوطلب آماده کنیم تا در بحران‌های بعدی با داشتن یک چارچوب مناسب دعوت و اعلام به کار شوند و بتوانیم از این نگرانی نیز مصون باشیم.

◀ شما در جریان مدیریت کرونا و سفر به گیلان مبتلا به کووید-۱۹ شدید، خاطرات خود را از جنگ با کرونا بیان نمایید؟

در روزی که آقای دکتر جان بابایی (معاون درمان) در قم اعلام شیوع کرونا نمودند بنده آماده باش تیم مدیریت را ساماندهی نمودم. صبح زود به اداره آمدم که سرو سامانی به آماده باش ستاد بدهم، ساعت ۷ صبح بود که دکتر جان بابایی با من تماس گرفتند و گفتند لازم است فوری به گیلان برویم. با اتومبیلی که شب قبل دوستان از قم با آن به تهران آمده بودند و فرصتی برای ضد عفونی آن نبود حرکت کردیم. از تعریف حادثه تصادف میان راه می‌گذرم و در نهایت در گیلان با کلیه همکارانی که در طول هفته بیماران آلوده داشتند، نشست‌های نزدیکی داشتیم و جلسات زیادی را ظهر تا شب برگزار کردیم.



وزارت رسید و هم‌اکنون پروژه کلید خورده و بتدریج کلیه امکانات در حال تهیه، آماده‌سازی و توزیع می‌باشد. لازم به ذکر است در این برنامه علاوه بر کمک‌های داخلی از هماهنگی و کمک سازمان‌های خارجی مانند بهداشت جهانی نیز استفاده نمودیم. از دیگر دغدغه‌های ما در این مدت توزیع و به کارگیری نیروی انسانی متخصص بود. در تمامی دنیا به علت کمبود امکانات و همچنین ترس و واکنش از آلودگی خانواده، خیلی از کادر درمانی در محل کار خود حاضر نشده‌اند، ولی خوشبختانه در کشور ما همکاران غیور و دلاورمان در تمامی رده‌های تخصصی و عمومی در بیمارستان‌ها حاضر بوده و به سرویس‌دهی پرداختند. این درحالیست که به علت حجم بالای مراجعات و نوپدید بودن بیماری و نبود داروی مناسب برای درمان آن تلاش شبانه‌روزی همکاران باعث خستگی مفرط آنان شد و با هماهنگی انجام شده با بسیج جامعه پزشکی و دعوت به کار نمودن افراد صاحب نام و بازنشسته فعال، بکارگیری نیروهای داوطلب جامعه پزشکی و همچنین انجمن پرستاری توانستیم در حد قابل

ارزی اقدام به ورود و پخش دستگاه‌های کمک تنفسی و ونتیلاتور، تخت‌ها و تجهیزات بخش‌های مراقبت ویژه، دستگاه‌های سنگین همچون سی‌تی‌اس‌کن و اکوکاردیوگرافی در سراسر کشور با اولویت سرویس‌دهی به نقاط حساس و پرشیوع طغیان نمودیم. لازم است همین‌جا از کلیه کمک‌ها و زحمات همکارانم که در هفته‌ها و ماه‌های اول به طور شبانه‌روزی مشغول تهیه و توزیع تجهیزات مورد نیاز بیمارستان‌ها بودند، تشکر نمایم. از دیگر اقدامات این بود که در عین حالی که مشغول برنامه‌ریزی و هدایت بیمارستان‌ها برای سرویس‌دهی مناسب بودیم با مدیریت تیم دیگری به برنامه‌ریزی برای گسترش تخت‌های ویژه در استان‌های کشور به خصوص استان‌های کمتر برخوردار مشغول شدیم. در این برنامه‌ریزی با استفاده از سند درمان ۱۴۰۴ سعی نمودیم بیش از نیمی از ظرفیت در نظر گرفته شده در سال ۱۴۰۴ را برای توزیع و جاری‌سازی تا پایان سال ۹۹ هماهنگ نماییم. برای این منظور لیستی از تجهیزات، امکانات و مجوزها را تهیه نمودیم که به تأیید مقام عالی



از دیگر اقدامات این بود که در عین حالی که مشغول برنامه‌ریزی و هدایت بیمارستان‌ها برای سرویس‌دهی مناسب بودیم با مدیریت تیم دیگری به برنامه‌ریزی برای گسترش تخت‌های ویژه در استان‌های کشور به خصوص استان‌های کمتر برخوردار شدیم.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مستندات ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا

روایت کرونا از زبان مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ولی خدا را شاکر هستیم که با دعای دوستان و محبت و پرستاری همسرم به سرعت رو به بهبودی رفته و توانستم از روز ۱۷ به سر کار برگردم و مجدداً با تمام نیرو و تلاش در خدمت سیستم باشیم.

← پیش بینی ها بر آن است که پاییز سختی را پیش رو خواهیم داشت، میزان آمادگی بیمارستان ها با موج جدید کووید-۱۹ همراه با آنفلوآنزا را چگونه مدیریت خواهید کرد؟

همان طور که به آن اشاره کردم، با توجه به ارزیابی مجددی که از بیمارستان ها به عمل می آوریم و تجارب ارزنده ای که در طول این مدت کسب نمودیم برنامه هایی برای آماده سازی بیمارستان ها و پر کردن نقاط ضعف آن داریم.

در طول این مدت از تمامی دانشگاه ها چالش های آنان را سؤال کردیم، مشکلات و معضلات و تجارب را مستند کردیم و با یک کارشناسی دسته بندی دقیقی از آن ها به دست آوردیم که حاصل این کار تیمی یک گزارش خوب برای معاونت درمان شد که تقدیم جناب دکتر جان بابایی شد. براساس این مستند تمامی چالش های احصاء شده برای مرکز ما تبدیل به یک برنامه عملیاتی شده و هر کدام از ادارات موظف بر برنامه ریزی برای برطرف کردن موارد می باشند. امید است با پشتیبانی و مساعدت حوزه های مختلف بتوانیم تا قبل از آبان ماه مختلف بتوانیم تا قبل از آبان ماه کمبودها را برطرف کنیم و تا حد امکان و توان بیمارستان هایی را آماده موج (آنفلوآنزا+ کووید-۱۹) باشیم.

در انتها باید به نکته بسیار حیاتی و اساسی اشاره نمایم. یکی از مهمترین



داده شد و با اجازه ای که از دکتر جان بابایی اخذ کردم خود را در منزل قرنطینه کردم. وظیفه ام را در منزل به صورت دور کاری انجام دادم. همین جا باید از همکاران عزیزم در مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، معاونت درمان و مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت که به جای من زحمات بسیار زیادی را کشیدند و توانستند جای خالی من را به صورت بسیار حرفه ای و بهتر از من پر نمایند، تشکر کنم. در طول مدت بستری تمامی نشانه هایی که در طول هفته های پیش در دستورالعمل مواجهه با بیمار کرونایی با کمک همکاران اداره اورژانس، کنترل عفونت و معاونت بهداشت به رشته تحریر در آورده بودیم در خود پیدا می کردم و کاملاً به صورت عملیاتی الگوریتم اقدامات را تجربه کردم، که این خود برای من درس بزرگی بود. نکته مهم این است که وقتی انسان خود تجربه یک فرآیند و پروتکل را داشته باشد بهتر می تواند قضاوت کند و دانسته ها را به عملیات تبدیل نماید. نمی توانم بگویم دو هفته خوبی بود چون بسیار اذیت شدم و ضعف و بی حالی من را از توان انداخته بود.

ساعت ۲۲:۳۰ به تهران برگشتیم و در ستاد وزارتتی گزارشی را خدمت مقام عالی وزارت دادیم. از روز بعد از ساعت ۶ صبح لغایت پاسی از نیمه شب مشغول برنامه ریزی و آمادگی بیمارستان ها و نیروها بودیم و به بنده وظیفه هماهنگی و سوپروایزری اقدامات معاونت درمان و مسئولیت حضور در ستاد وزارتتی داده شده بود. حجم کار زیاد و تماس های فراوانی در محیط های سر بسته و بدون تهویه در قسمت های مختلف وزارتخانه به خصوص مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) داشتیم. همکاران زیادی را می دیدم که به سرعت بیمار شده و یا مجبور به قرنطینه خانگی و یا بستری در بیمارستان می شدند و متأسفانه به علت فشار کاری فرصتی برای استراحت نداشتیم. تنها کاری که از من بر می آمد این بود که در منزل هر شب خود را در اتاقی قرنطینه می کردم به امید اینکه اولاً خود حامل نباشم و اگر باشم کسی را آلوده نکنم. پس از روز دهم متأسفانه علائم بیماری را در خود دیدم و ظرف ۶ ساعت به شدت درگیر شدم. با یک تست PCR مثبت و سپس یک سی تی اسکن تأیید تشخیص کرونا



امید است با پشتیبانی و مساعدت حوزه های مختلف بتوانیم تا قبل از آبان ماه کمبودها را برطرف کنیم و تا حد امکان و توان بیمارستان هایی را آماده موج (آنفلوآنزا+ کووید-۱۹) باشیم.

و جامع و قابل پیگیری و رصد داشتیم و به راحتی می توانستیم تحلیل های روزانه و هفتگی را از آن به دست آوریم. البته به علت ضعف سیستم های HIS در زمان بروز اپیدمی خیلی از سیستم های بیمارستانی آمادگی طراحی فرم مناسب و ارسال اطلاعات به صورت اتوماتیک را نداشتند ولی می توان اعلام نمود مرکز ما با کمک مرکز مدیریت اطلاعات وزارت بهداشت توانست فرم استاندارد تریاژ را طراحی نماید که براساس هر نوع بیماری و یا بحرانی بتوانیم به سرعت با کمترین تغییر اطلاعات لازم را در بانک های اطلاعاتی منسجم تکمیل کنیم و از طریق سیستم سپاس فراهم آوری اطلاعات را انجام دهیم. در این صورت دیگر لازم به راه اندازی سامانه ها و جداول مختلف آماری نخواهیم داشت. امیدوارم با پایه ریزی مناسب در سیستم های مدیریت بیمارستانی (HIS) و پرونده الکترونیک سلامت بیماران بتوانیم قبل از شیوع بعدی با به وجود آوردن تیمی منسجم و به دور از هر گونه حاشیه سازی و مالکیت پروری با ایجاد یک نگاه ملی و فرا سازمانی، ساختاری برای تهیه آمارهای صحیح، معتبر و قابل اتکا، ایجاد نماییم و امیدوارم سیاستگذاران ارشد به این مهم بیش از پیش توجه نمایند.



حوزه ای به نام فناوری اطلاعات سلامت (HIT)، که هر دو مسئولیت جمع آوری صحیح داده و تحلیل اطلاعات پزشکی را به عهده دارند. به این دو واحد، واحد فناوری اطلاعات یا IT کمک می نماید ولی ما در جریان کووید - ۱۹ به پرستار تریاژ اورژانس، کارشناس مبارزه با بیماری ها، مسئول کامپیوتر بیمارستان و ستاد دانشگاه، سوپروایزر بالینی، مترون، سوپروایزر کنترل عفونت و..... وظیفه دادیم که آماری را به صورت مجزا در یک جدول خاص تکمیل کند و به ستاد وزارت ارسال نمایند. نتیجه آن شد همین که همه در جریان هستیم. در صورتی که به راحتی می توانستیم در دو محل، (۱) مراکز جامع سلامت و کلینیک ها برای مراجعین سرپایی و (۲) مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) برای مراجعین بستری اکتفا کنیم و فرم جامعی را برای تهیه و جمع آوری اطلاعات تدوین نماییم. مسئول تکمیل اطلاعات و ارسال نیز براساس پروتکل از پیش تدوین شده اداره مدارک پزشکی با تأیید آمار و فناوری اطلاعات سلامت ستاد دانشگاه می باشد. در این صورت یک آمار دقیق

قسمت های کنترل بحران و طغیان دسترسی صحیح به آمار به روز می باشد که یکی از مهمترین ضعف های وزارت در جریان این اپیدمی بود. خواهش می کنم به این نقد سازنده به درستی توجه نماییم، از همان ابتدا موضوع بدون توجه به مأموریت ذاتی حوزه های مختلف هر کدام از معاونت ها به صورت مجزا مشغول جمع آوری اطلاعاتی شدند که بعضاً اطلاعات جمع آوری شده مربوط به آن حوزه نمی شد. از طرفی چون ستاد نیز نسبت به موضوع هماهنگی مناسبی را به وجود نیاورده بود مدام ستاد دانشگاهی و به طبع بیمارستان های صف هر روز شاهد دستورالعمل ها و پروتکل های مختلفی برای جمع آوری اطلاعات شدند. این گونه جمع آوری های موازی هم نیروی زیادی را به کار گرفت و هم چون هماهنگی مناسبی انجام نشده بود، اطلاعات از صحت کافی برخوردار نبود. همان طور که مطلع هستید مادر بیمارستان ها واحدی به نام مدارک پزشکی داریم و در ستاد دانشگاه

دید

امیدوارم با پایه ریزی مناسب در سیستم های مدیریت بیمارستانی (HIS) و پرونده الکترونیک سلامت بیماران بتوانیم قبل از شیوع بعدی با به وجود آوردن تیمی منسجم و به دور از هر گونه حاشیه سازی و مالکیت پروری با ایجاد یک نگاه ملی و فرا سازمانی، ساختاری برای تهیه آمارهای صحیح، معتبر و قابل اتکا، ایجاد نماییم و امیدوارم سیاستگذاران ارشد به این مهم بیش از پیش توجه نمایند.



انستیتو پاستور ایران



دکتر علیرضا بیگلری

رییس انستیتو پاستور ایران

روش‌های تشخیصی مطالعات جامع انجام دهیم. پس از مطالعات این نتیجه حاصل گردید که یکی از مهم‌ترین مسائل در زمینه ویروس کووید-۱۹ مسئله تشخیص بیماری است، بنابراین باید بیشتر زمان و انرژی خود را به این مسئله اختصاص می‌دادیم. البته درمان بیماری هم به نوبه خود مسأله مهم و اساسی بود، اما اگر بخواهیم زنجیره انتقال بیماری را قطع کنیم ناگزیر از تشخیص آن هستیم. در اوایل بهمن ماه ۱۳۹۸ تست تشخیصی اولیه PCR بر اساس نمونه‌های سایر ویروس‌های هم‌خانواده کرونا طراحی شد. این تست پان کرونا می‌توانست وجود کلیه ویروس‌های کووید را با دستگاه PCR معمولی بدون تفکیک

درد

البته درمان بیماری هم به نوبه خود مسأله مهم و اساسی بود، اما اگر بخواهیم زنجیره انتقال بیماری را قطع کنیم ناگزیر از تشخیص آن هستیم. در اوایل بهمن ماه ۱۳۹۸ تست تشخیصی اولیه PCR بر اساس نمونه‌های سایر ویروس‌های هم‌خانواده کرونا طراحی شد.

را به دوش می‌کشند. به طور مثال در بیماری هاری و سیاه‌سرفه انستیتو پاستور، آزمایشگاه مرجع است و در برخی بیماری‌ها همچون سل و آنفلوآنزا همکار مرجع می‌باشد. تقریباً در اوایل دی ماه ۱۳۹۸ هنگامی که اخبار شیوع کووید-۱۹ در چین و برخی از کشورهای دیگر انتشار یافت، دریافتیم که ورود این بیماری به کشور ما دور از ذهن نیست اما طبیعتاً زمان ورود را نمی‌دانستیم. از همان روزهای نخست به طراحی سناریوهای مختلف پیرامون زمان احتمالی ورود ویروس به کشور، ترسیم وضعیتی که پیش خواهد آمد و نیز تمهیداتی که باید اتخاذ شود پرداختیم. در هفته‌های اول تصمیم گرفتیم تا بر روی ماهیت ویروس، علائم آن و

◀ کمبود تست تشخیصی با همت جهادگران ایرانی مرتفع گردید، زمان سختی را در هفته نخست پشت سر گذاشتید، قبل از ورود کیت تشخیصی به ایران چگونه مدیریت تشخیص را به سرانجام رسانیدید؟

انستیتو پاستور یک صد سال قدمت دارد و در زمان شیوع تمام بیماری‌ها از دیرباز تاکنون همواره همچون دژ مستحکمی حافظ سلامت مردم بوده و هست. در این راستا یکی از وظایف ذاتی این نهاد رصد و پایش مداوم روند بیماری‌ها در جهان است. بر همین اساس ۱۴ آزمایشگاه پاستور که یار آسأ آزمایشگاه مرجع ملی بوده و یا همکار مرجع هستند بار اصلی و عمده

اختصاصی نوع ویروس کرونا (که کووید-۱۹ است یا خیر) تشخیص بدهد. ساخت این کیت و انجام آزمایش با آن بسیار دشوار بود؛ اما در اوایل بهمن ماه تنها سلاح ما در مقابله با بیماری همین کیت‌های تشخیصی بودند. تقریباً در دو هفته اول بهمن ماه نمونه‌های کیت Real Time PCR ساخته شدند و هم‌زمان مطالعه امکان ساخت کیت‌های سرولوژی (مبتنی بر آنتی‌بادی) آغاز شد. در پی این مطالعات مقرر شد که در فاز اول استفاده‌ای از کیت سرولوژی به عمل نیاید، زیرا اولاً معتقد بودیم که حدوداً ۱۰ روز زمان نیاز است تا آنتی‌بادی فرد مبتلا تشکیل شود و ثانیاً در آن زمان هنوز نمی‌دانستیم که فرد مبتلایی که در بدن خود آنتی‌بادی مثبت دارد آیا بیماری را منتشر می‌کند یا خیر؟ بنابراین تست سرولوژی عملاً نمی‌توانست در تشخیص این که آیا فرد مبتلا شده و می‌تواند بیماری را منتشر کند یا خیر مؤثر واقع شود. بنابراین تمرکز ما بر روی Real Time PCR قرار گرفت. پرایمرهای نمونه‌های اولیه Real Time PCR آماده و سفارش داده شدند. برای انجام Real Time PCR نیاز به کیت استخراج داشتیم که در واقع ژنوم ویروس را استخراج نماییم و نیز پرایمرها که خودمان طراحی کردیم و مستر میکس (Master Mix) را نیز از بازار آزاد تهیه کردیم. عملاً با انجام این اقدامات در هفته چهارم بهمن ماه ۱۳۹۸ قادر شدیم تا Real Time PCR انجام دهیم. با این وجود نمونه‌های بسیار اندکی از بیماران به دست ما می‌رسید، زیرا شرط اولیه‌ای که در مرحله تشخیص بالینی برای مشکوک شدن به کووید-۱۹ معمولاً

لحاظ می‌شد، عبارت بود از: سابقه اپیدمیولوژی مثبت مانند سفر فرد به کشور چین یا به یکی دیگر از کشورهای آلوده به ویروس و یا تماس مشکوک با فردی که به این کشورها سفر کرده است. بنابراین اگر فردی علائم داشت اما در شرح حال بیمار سفر به چین یا سایر کشورهای آلوده به ویروس یا تماس مشکوک ذکر نشده بود، به عنوان مورد کووید-۱۹ تلقی نمی‌شد. بنابراین نمونه‌هایی که در اختیار انستیتو قرار می‌گرفت بسیار اندک بود و نتیجه آزمایش اغلب آن‌ها منفی می‌شد. ما نمونه‌های آنفلوآنزا را نیز چک می‌کردیم. نمونه‌های آنفلوآنزا به صورت سیستماتیک در کشور بین ۱۳ آزمایشگاه تقسیم می‌شوند و نمونه‌های سه استان زنجان، مرکزی و سمنان به انستیتو پاستور می‌آید. استان قم در ردیف استان‌هایی قرار دارد که نمونه‌های آنفلوآنزا را به دانشگاه تهران ارسال می‌کند و در بین نمونه‌های ارسال شده دو مورد مثبت کووید-۱۹ تشخیص داده شده بود. در شب ۲۹ بهمن ماه ۱۳۹۸ آقای دکتر نمکی طی تماس تلفنی با بنده عنوان نمودند که: «در آزمایشگاه دانشکده بهداشت دانشگاه تهران دو مورد مثبت کووید-۱۹ تشخیص داده شده است و شما نیز این موارد را آزمایش کنید و مراتب را مشخصاً به بنده اطلاع بدهید». همان شب تست انجام و مشخص شد که هر دو نمونه مثبت هستند و صبح روز ۳۰ بهمن ماه ۱۳۹۸ مراتب بلافاصله به اطلاع مقام محترم وزارت رسید. در واقع روز چهارشنبه ۳۰ بهمن ماه ۱۳۹۸ رسماً روز شروع کار انستیتو پاستور در موضوع کووید-۱۹ بود. ذکر این نکته بسیار جالب است که روز دوشنبه ۲۸

بهمن ماه در جلسه‌ای در پاستور یکی از همکاران سوالی مطرح نمودند مبنی بر اینکه اگر در ۷۲ ساعت آینده موردی از نمونه‌ها مثبت شود چه تمهیدی باید اندیشیده شود و همان طور که مستحضر هستید سه روز بیشتر فرصت به انتخابات مجلس شورای اسلامی باقی نمانده بود. جمع‌بندی بنده این بود که موارد مثبت باید به اطلاع شخص مقام وزارت برسد و ایشان مدیریت نمایند. جناب دکتر نمکی یک هفته پیش از اعلام نمونه‌های مثبت در جلسه‌ای به بنده دستور دادند که به دلیل آمادگی انستیتو پاستور، شما چند آزمایشگاه دیگر را در سطح کشور برای تشخیص کووید-۱۹ تجهیز نمایید؛ حدوداً ۲۰ آزمایشگاه علاوه بر ۱۳ آزمایشگاه فوق‌الضاهره تجهیز شدند. روز پنج‌شنبه اول اسفندماه ۱۳۹۸ در جلسه‌ای با حضور وزیر بهداشت جناب آقای دکتر نمکی و تنی چند از معاونان و مشاوران ایشان مقرر گردید چند کمیته تشکیل شود که عبارت بودند از: کمیته تشخیص، کمیته درمان، کمیته پیشگیری و... که بنده به عنوان مسئول کمیته تشخیص منصوب شدم. بلافاصله کار خود را با تشکیل یک هسته مرکزی در انستیتو آغاز نمودیم. حقیقتاً بر عهده گرفتن چنین وظیفه خطیری برای بنده و تیم تشخیص هم فرصت بود و هم چالش، زیرا اگر این مسیر دشوار را به درستی می‌پیمودیم خوشنامی در خدمت به کشور عاید ما می‌شد که البته گذرا بود و اگر در طی مسیر خطا می‌نمودیم همواره خاطره بدی در اذهان ثبت می‌کردیم. در جلسه روز پنج‌شنبه اول اسفند سه تصمیم مهم اتخاذ گردید:

۱. انتخاب پروتکل واحدی که مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی بود



ما نمونه‌های آنفلوآنزا را نیز چک می‌کردیم. نمونه‌های آنفلوآنزا به صورت سیستماتیک در کشور بین ۱۳ آزمایشگاه تقسیم می‌شوند و نمونه‌های سه استان زنجان، مرکزی و سمنان به انستیتو پاستور می‌آید.

در آن زمان تقریباً سه شرکت از انستیتو پاستور تأیید گرفته بودند و توانایی تولید کیت‌های درخواستی ما را داشتند. یکی از این شرکت‌ها تضمین داد که بیشترین ظرفیت تولید کیت (در حدود ۱ میلیون عدد) را دارد و اولین محموله را به تعداد ۱۰۰ هزار عدد در هفته اول اردیبهشت ۱۳۹۹ تحویل داد که تا اواخر اردیبهشت به دانشگاه‌ها تحویل داده شد. بدین ترتیب بخشی از نیاز کشور از کیت داخلی تأمین شد؛ البته در نظر است که میزان تولید افزایش یافته و به یک میلیون کیت در ماه برسد.

تا هفته چهارم اسفندماه ۱۳۹۸ تقریباً تعداد ۶۰ آزمایشگاه در کشور راه‌اندازی شده بود و تعداد آزمایش‌ها در کل کشور به ۱۷ الی ۸ هزار عدد در روز رسیده بود. دستگاه استخراج اتوماتیک فقط یک عدد در انستیتو پاستور موجود بود که مرحله استخراج آن هم بسیار زمانبر و خسته کننده است. به علاوه از یک شرکت وارد کننده یک دستگاه خریداری نمودیم و یک دستگاه هم از آزمایشگاه جامع به امانت گرفتیم که هر دوی این دستگاه‌ها در هفته آخر اسفند به دست ما رسید. بنابراین باید کار استخراج دستی هم انجام می‌دادیم که بسیار زمانبر بود. اما دستگاه Real Time PCR در برخی از دانشگاه‌ها داشتیم و فقط از تعداد موجود استفاده کردیم و در آن زمان امکان خریداری دستگاه جدید به دلیل هزینه بالا وجود نداشت؛ اما مشکلات دیگری هم وجود داشت؛ به عنوان نمونه بعضی از کیت‌ها در بعضی از دستگاه‌ها پاسخ مطلوب نمی‌دهند. به این لحاظ مجبور بودیم تا کیت‌ها را دسته‌بندی نموده و تعیین نماییم که هر دانشگاهی کدام کیت را آزمایش کند. این خود امری دشوار و



می‌کشید.
۳. اعلام فراخوان برای آموزش دانشگاه‌ها؛

با آموزش ۵ تا ۶ دانشگاه در روز، در هفته سوم یا چهارم اسفند ۱۳۹۸ تقریباً ۶۰ آزمایشگاه در کشور راه‌اندازی شد و تعداد آزمایش‌ها به ۷ تا ۸ هزار عدد در روز رسیده بود، اما بار اصلی هنوز به دوش انستیتو پاستور بود، به دلیل این که هم باید تست انجام می‌دادیم و هم وظیفه آموزش و کنترل کیفی نمونه‌ها را بر عهده داشتیم. در روزهای ابتدایی آموزش حتماً باید جواب تست‌های آموزش دیدگان هم مورد کنترل انستیتو قرار می‌گرفت.

در دومین جلسه در روز ۱۳۹۸/۱۲/۰۲ فراخوانی برای تأمین کیت در داخل کشور شد و معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و معاونت تحقیقات وزارت بهداشت در جریان این فراخوان قرار گرفتند. شرکت‌های متقاضی منتخب را توجیه نمودیم که چه نوع کیتی می‌خواهیم. این شرکت‌ها کیت‌ها را تولید می‌کردند و ما ایرادات و اشکالات آن را بررسی می‌کردیم. این روند ادامه داشت تا این که در اواخر اسفند ماه ۱۳۹۸ به نتیجه رسید.

به عنوان پروتکل پایه برای تمام آزمایشگاه‌های کشور؛
۲. الزام به ارسال کلیه نمونه‌ها از دانشگاه‌های کل کشور به انستیتو پاستور با دستور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
تقریباً از همان روز نخست نمونه‌های فراوانی به انستیتو پاستور ارسال شدند، در روزهای اول مجموعاً ۲ هزار کیت در اختیار داشتیم که هم شامل کیت‌های طراحی شده انستیتو بود و هم شامل کیت‌های دیگری که در اختیار انستیتو قرار داده شده بود و نیز کیت‌هایی که دفتر سازمان بهداشت جهانی در ایران از یکی از کشورهای همسایه (در حدود ۱۵ هزار عدد کیت) تهیه و در اختیار ما قرار داده بود. در روزهای نخست امکان تشخیصی انستیتو پاستور در حدود ۶۰ مورد روزانه بود که به یکباره به بیش از ۳۰ برابر رسید. در دو هفته اول روزانه حدود ۲۰۰۰ نمونه از تمام شهرها برای ما ارسال می‌شد که همه تیم تقریباً ۱۰۰ نفره ما از تمام دپارتمان‌ها به طور شبانه‌روزی مشغول به کار بودند. از سویی کمبود کیت تشخیصی داشتیم و از سوی دیگر، جواب دادن به تست‌ها سه تا چهار روز طول

داد

تا هفته چهارم اسفندماه ۱۳۹۸ تقریباً تعداد ۶۰ آزمایشگاه در کشور راه‌اندازی شده بود و تعداد آزمایش‌ها در کل کشور به ۱۷ الی ۸ هزار عدد در روز رسیده بود. دستگاه استخراج اتوماتیک فقط یک عدد در انستیتو پاستور موجود بود که مرحله استخراج آن هم بسیار زمانبر و خسته کننده است.

ظرفیت انجام تست را بالا ببریم. سازمان بهداشت جهانی در مورد نحوه انجام تست معتقد بود که باید ۳ ژن ویروس چک شود و زمانی که این ژن‌ها تشخیص داده شد، بیماری را مثبت اعلام کنید. ما محاسبه کردیم که اگر بخواهیم سه ژن را تشخیص بدهیم، تعداد ۴۵۰۰ تست روزانه ما به ۱۵۰۰ عدد در روز کاهش می‌یابد، بنابراین در همان اوایل اسفند ماه تصمیم گرفتیم که فقط یک ژن را بررسی کنیم و نکته جالب این بود که برخی کارشناسان داخلی و خارجی به دیده تردید به این تصمیم ما می‌نگریستند، اما با وجود این که محاسبات مان نشان می‌داد که ممکن است درصدی از خطا وجود داشته باشد، از امکانات موجود خود به درستی استفاده کردیم و هنوز سه یا چهار هفته از این نحوه تشخیص سپری نشده بود که سازمان بهداشت جهانی اعلام نمود در مناطقی که گردش ویروس وجود دارد، تشخیص یک ژن برای مثبت اعلام نمودن بیماری، کفایت می‌کند که درستی تصمیم ما را اثبات کرد.

جواب تست‌ها به سرعت در اختیار بیمارستان‌ها قرار داده می‌شد (حداکثر ۴۸ ساعت بعد از دریافت نمونه) و این امر دو نتیجه مثبت داشت: ۱- افزایش روحیه کادر درمان و مدیران حوزه سلامت؛ ۲- انجام تست‌های بیمارستانی منجر به جلوگیری از سرعت انتقال ویروس در بیمارستان‌ها شد. حتی CDC ایالات متحده آمریکا هم اعلام نمود که اولویت تست باید با بیمارستان‌ها باشد زیرا مرگ و میر بیمارستانی می‌توانست مشکلات و چالش‌های غیرقابل جبرانی پدید بیاورد. بعد از این که کمی از جانب بیمارستان‌ها احساس راحتی کردیم،



پزشکی استان همجواری که این دستگاه را داشت متقبل انجام تست‌های دانشگاه‌های همجواری گردید.

در ماه اول اپیدمی، درصد عمده کیت‌ها اهدایی از طرف سازمان بهداشت جهانی، کشورهای چین و کره جنوبی بودند. عملکرد ایران در مورد کیت‌های اهدایی در مجموع بهتر از سایر کشورها بود و تقریباً هیچ کیتی هدر نرفت. ما قبلاً برندهای تمام کیت‌ها را از نظر کیفی بررسی کرده بودیم و می‌شناختیم. نمونه‌های کیت‌های چینی و کره‌ای را قبل از اپیدمی مطالعه کرده بودیم و می‌دانستیم که مثلاً از ۲۰ برند کیت چینی ۴ برند کیفیت خوبی دارند و زمانی که چین اعلام کرد می‌خواهد کیت اهدا کند، درخواست کردیم کل سهمیه کیت‌های اهدایی اولاً Real Time PCR باشد و ثانیاً از برندهایی توزیع بین استانی این کیت‌ها بسیار امر دشواری بود و ساعت‌ها با روسای دانشگاه‌ها در مورد توزیع گفتگو داشتیم و آن‌ها را قانع می‌کردیم که در مورد تعداد کیت‌ها محدودیت داریم. تعداد انجام تست در نیمه اسفند ماه به ۴۵۰۰ عدد در روز رسیده بود و مواد هم به اندازه کافی نداشتیم تا

طاعت فرسا بود. امروز (۱۳ خرداد ۱۳۹۹) تعداد آزمایشگاه‌ها به ۱۳۰ آزمایشگاه رسیده و در هفته اول فروردین ۱۳۹۹ تعداد تست به ۱۵ هزار عدد در روز رسید که اکنون به راحتی تعداد ۳۰ هزار عدد نمونه در روز قابل انجام است و این ظرفیت تا ۴۵ هزار نمونه در روز نیز قابل افزایش است.

در روزهای اول انجام تست به صورت منطقه‌ای بود به این معنا که تست‌های انجام شده در هر شهری که آزمایشگاه کرونا نداشت به نزدیکترین مرکز استانی که آزمایشگاه کرونا در آنجا تأسیس شده بود ارسال می‌شد؛ به عنوان نمونه تست‌های اردبیل و ارومیه برای تبریز ارسال می‌گردید. اما به دلیل بار زیاد تست‌های ورودی، مشاهده نمودیم که عملاً امکان جواب‌دهی به این حجم ورودی امکان‌پذیر نمی‌باشد و نهایتاً به پاسور ارسال می‌شود. باید نمونه‌ای که از ویروس گرفته می‌شود در عرض ۳ الی ۴ روز بررسی شود، زیرا بعد از این مدت RNA ویروس تخریب می‌شود. در هفته‌های اول به دستگاه استخراج و دستگاه Real Time PCR نیاز داشتیم، برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌ها این دستگاه را در اختیار نداشتند اما دانشگاه علوم

د

در ماه اول اپیدمی، درصد عمده کیت‌ها اهدایی از طرف سازمان بهداشت جهانی، کشورهای چین و کره جنوبی بودند. عملکرد ایران در مورد کیت‌های اهدایی در مجموع بهتر از سایر کشورها بود و تقریباً هیچ کیتی هدر نرفت.

چگونه به آزمایشگاه برود و تماس افراد مثبت با دیگران چگونه باشد، اگر افراد نیاز به قرنطینه دارند این روند چگونه انجام بگیرد و آموزش‌های فردی در قرنطینه و موارد دیگر تهیه شد. پایلوت در زنجان چند نتیجه مثبت داشت: اول اینکه نشان داد بالای ۲۰ درصد تست‌های سرپایی مثبت می‌شدند و بیانگر این بود که ما از کیت‌ها به درستی استفاده کرده‌ایم و دوم اینکه تماس‌ها بررسی شدند و حدود ۲۵ درصد مثبت شدند که نشان داد جای اصلی انتشار آلودگی در همین تماس‌هاست. سوم این که عملاً مشکلات و مسائل سیستم ارجاع در این استان مشخص شد. چهارم این که فوراً موارد بستری کاهش یافت و این امر بسیار محسوس بود. کار غربالگری در زنجان به درستی انجام شد و نمونه‌ای بود برای انجام این شیوه در کل کشور. پنجم اینکه تست‌های سرولوژی به تست‌های غربالگری اضافه شد. مقرر شد هر کسی که تست PCR می‌دهد از وی سرم هم گرفته شود تا اینکه تست سرولوژی هم انجام شود. از ۸ فروردین این تست انجام شده است و از افرادی که در دو ماه گذشته دارای PCR مثبت بودند در حال حاضر هر کس تست PCR می‌دهد چه مثبت و چه منفی، تست سرولوژی انجام می‌شود.

به پاس زحمات انستیتو پاستور ایران در مقابله با کرونا و پیروسی در تاریخ ۳ خرداد ماه ۱۳۹۹ با حضور آقای پرویز پرستویی هنرمند نام‌آشنای کشور، تندیس شهید محمد جهان‌آرا، فرمانده شهید مدافعان خرمشهر، به آقای دکتر بیگلری به نمایندگی از انستیتو پاستور اهداء شد.



◀ تست در مراکز منتخب ۱۶ ساعته و در سطح PHC یک اقدام نمونه بود که از شهر شما زنجان آغاز گردید. توصیه شما به مسئولین استان‌ها و شهرستان‌ها در زمینه کشوری شدن آن و میزان توفیق طرح را بیان فرمایید؟

در روز جمعه اول فروردین ماه ۱۳۹۹ در یک جلسه مهم مسئولین دست‌اندرکار مبارزه با کرونا تصمیم گرفتند که برنامه تست سرپایی آغاز شود و مقرر شد بر اساس پرونده‌های الکترونیکی، افراد علائم‌دار تست شوند. استان زنجان برای این امر به عنوان پایلوت انتخاب شد و روز سوم فروردین با حضور بنده مقدمات کار با تجهیز آزمایشگاه انجام گرفت. آزمایشگاه زنجان می‌توانست روزانه ۸۰ تست انجام دهد که همگی تست‌های بیمارستانی بودند. با تغییر شیفت‌بندی (شیفت ۸ ساعته به ۱۰ ساعت) و نیز با افزایش دو برابری گروه استخراج (یک نفر اضافه در هر شیفت)، حداقل ۳۲۰ تست (۴ برابر) انجام گرفت. با موفقیت این شیوه در زنجان به این نتیجه رسیدیم که پروتکل خاصی تدوین نموده و دانشگاه‌ها را توجیه نماییم که تست به چه طریقی انجام بگیرد و این نمونه‌ها

مقرر شد که تست را به سمت سرپایی ببریم.

◀ کنترل کیفی انجام تست در سطح کشور چگونه انجام می‌گیرد؟

بزرگ‌ترین دستاورد کووید-۱۹ برای ما این بود که ما الان یک شبکه ملی تشخیص مولکولی داریم که هر زمان دچار مشکل شویم، یک لشکر آماده و آموزش دیده در اختیار داریم. این فرصتی بود که در اوج تحریم‌ها و در دل یک تهدید ایجاد شد. انستیتو پاستور علاوه بر این که آزمایشگاه مرجع در اپیدمی کووید-۱۹ بود، وظیفه کنترل کیفی سایر آزمایشگاه‌ها را نیز برعهده دارد. انستیتو پاستور نمونه مجهول (برای خود انستیتو معلوم است) به سراسر کشور ارسال می‌کند و نتایج به دست آمده را بررسی می‌کند. علاوه بر این، انستیتو در امر تحقیقات و مطالعه بر روی ژنوم، واکسن و پاسخ ایمنی به ویروس به طور مستمر مشغول به کار است تا دانش فنی حاصل شود و اگر روزی کشوری به دانش ساخت واکسن دست پیدا کرد، ما بتوانیم با دانش فنی حاصل شده از طریق انتقال فن‌آوری و یامهندسی معکوس به ساخت واکسن دست پیدا کنیم.

داد

از ۸ فروردین این تست انجام شده است و از افرادی که در دو ماه گذشته دارای PCR مثبت بودند تست سرولوژی گرفته می‌شود. اما در حال حاضر هر کس تست PCR می‌دهد چه مثبت و چه منفی، تست سرولوژی انجام می‌شود.



آزمایشگاه مرجع سلامت



دکتر سیامک سمیعی

مدیرکل آزمایشگاه مرجع سلامت

تعیین ویرال لود برای بیماران مبتلا به اچ - ای - وی است. طبیعتاً وجود یک چنین توانایی در آزمایشگاه‌های دیگر کشور در حوزه درمان و همچنین آموزش و پژوهش حتی در مواردی که کار فقط در حد پروژه‌های تحقیقاتی و پایان نامه‌ها بود، ظرفیت تشخیص مولکولی خوبی را در اختیار نظام سلامت قرار داده بود. مهم‌ترین موضوع تجمیع ظرفیت آزمایشگاهی کشور و بهره‌مندی به موقع از کلیه امکانات موجود در سطح ملی بود. ما در ابتدا از آزمایشگاه‌هایی که ظرفیت بالایی داشتند مانند انستیتو پاستور ایران شروع کردیم که حتی آزمایشگاه کرونا و ویروس را در قالب آزمایش پان کرونا نیز داشت، همچنین آزمایشگاه

درد

یکی دیگر از ویژگی‌های نظام آزمایشگاهی ایران، آمادگی برای پاسخ آزمایشگاهی از طریق تشخیص مولکولی بود. سال‌هاست که در کشور امکانات تشخیص مولکولی برای بیماری آنفولانزا وجود دارد، همچنین امکانات آزمایشگاهی کشور قادر به تعیین ویرال لود برای بیماران مبتلا به اچ - ای - وی است.

مؤثر بود. تمرین‌ها مبتنی بر سناریوهایی بود که با هماهنگی انستیتو پاستور ایران و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردید. یکی از موارد تمرین شده، امکان انتقال امن نمونه در مواردی بود که امکانات آزمایشگاهی در گوشه‌ای از کشور پاسخگوی نیاز نبود. در این موارد تمرین شامل انتقال امن نمونه در عرض ۴۸ ساعت به انستیتو پاستور ایران بود. یکی دیگر از ویژگی‌های نظام آزمایشگاهی ایران، آمادگی برای پاسخ آزمایشگاهی از طریق تشخیص مولکولی بود. سال‌هاست که در کشور امکانات تشخیص مولکولی برای بیماری آنفولانزا وجود دارد، همچنین امکانات آزمایشگاهی کشور قادر به

◀ **به‌عنوان سؤال نخست، دیدگاه خود را درخصوص نظام آزمایشگاهی کشور پیش از شیوع بیماری کووید-۱۹ و در حال حاضر بفرمایید؟**

ماه‌ها ساله با برنامه‌ای منسجم برای آزمایشگاه‌های کشور در قالب پاسخ به تجمعات عظیم اربعین حسینی، تمرین‌هایی را با تاکید بر انتقال امن و ایمن نمونه‌های بالینی و ارائه خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز برای برخی از سندرم‌ها از جمله سندرم‌های تنفسی و گوارشی اجرا می‌کردیم. بکارگیری درس‌آموخته‌های تجربه تجمعات عظیم اربعین در کسب آمادگی سریع نظام آزمایشگاهی کشور برای مقابله با بیماری کووید-۱۹ بسیار

پیام مربوطه را دریافت می‌کنند، پیگیری می‌گردد.

لطفاً در مورد نحوه تعامل آزمایشگاه مرجع سلامت، به‌عنوان متولی نظام آزمایشگاهی کشور با انستیتو پاستور ایران در پاندمی کووید-۱۹ بفرمایید؟

آزمایشگاه مرجع کشوری وزارت بهداشت در انستیتو پاستور ایران قرار دارد، سال‌هاست برخی آزمایشات انستیتو پاستور ایران جزء آزمایشات مرجع ملی هستند و ارتباطات بسیار نزدیکی بین آزمایشگاه مرجع سلامت و انستیتو پاستور ایران به‌عنوان یکی از ارکان نظام آزمایشگاهی کشور وجود دارد. همکاری خوبی با آن مجموعه داشتیم، زمانی که وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آقای دکتر نمکی، ریاست محترم انستیتو پاستور ایران را به‌عنوان فرمانده پاسخ آزمایشگاهی کشور برای کووید-۱۹ معرفی نمودند، یکی از بهترین انتخاب‌ها از نظام آزمایشگاهی صورت گرفت.

مهم‌ترین سازماندهی ما در پاسخ آزمایشگاهی، همان تشکیل کمیته آزمایشگاهی کرونا بود که در انستیتو پاستور ایران بلافاصله پس از دستور وزیر انجام شد. این کارگروه جلسات مکرری با اعضای ثابت و میهمان داشت. از اعضای ثابت می‌توان نماینده معاونت محترم بهداشت، و در مراحل بعدی نماینده مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نماینده مرکز توسعه شبکه، متولیان زنجیره تأمین مشتمل بر نمایندگان اداره کل شبکه تجهیزات پزشکی و هیات امنای صرفه جویی ارزی به‌عنوان مهم‌ترین متولی تأمین‌کننده ملزومات و



نموده‌اند. مرحله اول تأییدیه‌ای است برای تضمین کیفیت و رعایت الزامات امنیت و ایمنی زیستی که از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مربوطه صادر می‌گردد و دومین مرحله برای تأیید صلاحیت انجام آزمایش تشخیص مولکولی کووید-۱۹ است که از طریق انستیتو پاستور ایران صادر می‌شود. از مجموع ۱۶۲ آزمایشگاه فوق، ۸۰ مورد آزمایشگاه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند، که به‌صورت روزانه گزارش نمونه‌برداری و انجام آزمایش را در سامانه ثبت می‌کنند.

در حال حاضر دو سامانه موجود است. یکی پورتال کووید-۱۹ است که مربوط به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر بوده و دیگری سامانه یکپارچه جامع بهداشت است. هر آزمایشگاه موظف است ضمن ثبت نمونه‌برداری، تأییدیه نمونه برای انجام آزمایش و نتیجه آزمایش را نیز ثبت نماید. بدیهی است در مواردی که نمونه‌برداری انجام ولی قابلیت آزمایش در آن وجود ندارد نیز مورد نمونه‌برداری ثبت و فرایند باز انجام نمونه‌گیری توسط افراد مسئول که

ملی آنفلوانزا، آزمایشگاه مرکز تحقیقات ویروس شناسی و بیمارستان مسیح دانشوری و آزمایشگاه تشخیص بیماری‌های ویروسی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک نیز جزء اولین ظرفیت‌هایی بودند که به سرعت در اختیار نظام آزمایشگاهی کشوری قرار گرفتند. بتدریج با برگزاری چند کارگاه کوتاه یک روزه برای هماهنگی بیشتر توانستیم از اکثر آزمایشگاه‌های کشور با توانایی تشخیص مولکولی آنفلوانزا و اچ-ای-وی در حوزه بهداشت و درمان استفاده کنیم.

در گام بعدی، آزمایشگاه‌های دیگر کشور در حوزه درمان و آموزش و پژوهش هم به جمع آزمایشگاه‌های فعال در این حوزه پیوستند. از دیگر اقدامات ارزنده در ارتقای ظرفیت آمادگی و پاسخ نظام آزمایشگاهی کشور به بیماری کووید-۱۹، بکارگیری ظرفیت بخش خصوصی بود که با تأیید دبیرخانه ستاد ملی مبارزه با کرونا صورت پذیرفت.

در حال حاضر (۵ تیر ماه ۹۹) شبکه آزمایشگاهی کشور دارای ۱۷۰ آزمایشگاه می‌باشد، که ۱۶۲ مورد آن تأییدیه دو مرحله‌ای رانیز کسب

داد

مهم‌ترین سازماندهی ما در پاسخ آزمایشگاهی، همان تشکیل کمیته آزمایشگاهی کرونا بود که در انستیتو پاستور ایران بلافاصله پس از دستور وزیر انجام شد. این کارگروه جلسات مکرری با اعضای ثابت و میهمان داشت.



مرکز حراست



دکتر نامدار عبداللهیان

مدیرکل مرکز حراست وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

ریاست محترم جمهور؛
← تشکیل کمیته‌های کشوری با
محوریت وزارت خانه‌های تخصصی در
ستاد ملی مدیریت کرونا؛
← تشکیل تیم‌های فنی و عملیاتی
توسط کمیته‌های کشوری؛
← برگزاری جلسات با مراجع عظام
تقلید در خصوص جلب همکاری
ایشان در محدود نمودن تردد به اماکن
متبرکه، آستان‌های مقدس، مساجد،
نمازهای جمعه و جماعت (حتی مراسم
ایام ماه مبارک رمضان، لیالی مبارک
قدر)، راهپیمایی روز قدس، نماز عید و
... و نیز نقش روحانیون و طلاب جوان
در بسیج ملی مبارزه با ویروس کرونا؛
← جلب نظر صاحبان مشاغل در
اجرای مصوبات و دستورات ستاد ملی
مبارزه با کرونا در ایجاد محدودیت



با ارائه خدمات
شبانه‌روزی و
تلاش‌های
بی‌وقفه پرسنل در
مراکز درمانی و
بهداشتی روحیه
همدلی و همراهی
در جامعه
گسترش یافت، تا
جایی که بتدریج
نگرانی‌ها به
اعتماد و اطمینان
خاطر میان عموم
تبدیل گردید

اقدامات صورت گرفته در سطح کلان
کشور و دستگاه‌های اجرایی، موضوع
اطلاع‌رسانی به‌هنگام و انتشار اخبار
روزانه کرونا از سوی وزارت بهداشت
در رسانه ملی و رسانه‌های عمومی در
دستور کار قرار گرفت و این مهم تا حد
زیادی محقق گردید. همچنین با ارائه
خدمات شبانه‌روزی و تلاش‌های
بی‌وقفه پرسنل در مراکز درمانی و
بهداشتی روحیه همدلی و همراهی در
جامعه گسترش یافت، تا جایی که
بتدریج نگرانی‌ها به اعتماد و اطمینان
خاطر میان عموم تبدیل گردید.
از جمله اقدامات ارزنده‌ای که در این
خصوص صورت پذیرفت می‌توان
به‌موارد ذیل اشاره کرد:
← تشکیل ستاد ملی مدیریت کرونا با
فرمایشات مقام معظم رهبری و دستور

← لطفاً در مورد نقش
رسانه‌های خارجی معاند در
مخدوش نمودن فعالیت‌های
چشمگیر ایران در مبارزه با
کووید-۱۹ و وظیفه مدیران
وزارت بهداشت در پیشگیری
از هدف قرار گرفتن از سوی
معاندین توضیح دهید؟

با انتشار خبر ورود کرونا ویروس به
کشور و گزارش ابتدای تعدادی از
هموطنان به این بیماری در ۳۰ بهمن
ماه سال گذشته (۱۳۹۸) در رسانه ملی
و به‌وجود آمدن موجی از نگرانی و
اضطراب در افکار عمومی جامعه، لزوم
اتخاذ راهکارهای مناسب جهت
شفافیت اطلاع‌رسانی و همدلی بیشتر
بین بخش‌های مختلف در وزارت
بهداشت با مردم احساس گردید که با

صمیمانه و مطلوب ملت ایران که با محدود نمودن کلیه فعالیت‌های جاری خود بسیاری از بیایا و همدلانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در مهار و کنترل این بیماری یاری رساندند. البته بسیار زیاد است مصادیق تجلی جهاد ملی مدیریت بحران کرونا در کشور که چه بسا جای پرداختن آن در این مقوله نمی‌گنجد.

شایان ذکر است در این میان نقش اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی رسانه ملی و فعالیت‌های مستمر و شبانه‌روزی توسط رسانه‌های جمعی در انتقال به موقع و صحیح اخبار و اطلاعات مرتبط و وظیفه سنگینی را در برقراری آرامش در جامعه و دور نمودن مردم از التهاب و اضطراب اجتماعی بر عهده داشت که در تقویت وحدت و انسجام عمومی بسیار مؤثر و توان افزا می‌نمود و قطعاً حائز اهمیت است.

در این راستا رسانه‌های بیگانه و معاند که عوامل آن‌ها عمدتاً زخم خورده نظام جمهوری اسلامی اند و یا خصومتی با آن دارند، به هر ترفند تبلیغاتی، همواره سعی در تضعیف نظام مقدس و مردمی جمهوری اسلامی دارند و از هر فرصتی برای این هدف استفاده می‌نمایند، در این موقعیت نیز ساکت ننشسته و با پشتوانه دشمنان قسم خورده ایران از هیچ کوششی در ناتوان و ناکارآمد جلوه دادن مسئولان خدم کشور در این بحران‌های ملی و بین‌المللی فروگذار ننموده‌اند، این در حالی است که از تجلی قدرت حاکمیت واحد و یکپارچه نظام مقدس در بروز معجزه مردمی ملت ایران غافل بوده و در نتیجه همواره در انجام نقشه‌های شوم خود عمیقاً مأیوس و دل شکسته می‌باشند.

این رسانه‌ها علاقمند هستند از هر



برپایی رزمایش ملی کمک مؤمنانه که با همدلی و جهاد ملی کلیه دستگاه‌ها و همراهی مردم و سازمان‌های مردم نهاد به وقوع پیوست که باری دیگر حماسه درخشش جلوه‌های ایثار و نوع دوستی ملت بزرگ ایران چشم جهانیان را خیره کرد؛

← حمایت از بسیج ملی تولیدکننده‌های داخلی اقلام حفاظتی و مراقبتی بهداشتی پیشگیری از شیوع کرونا تا رسیدن به خودکفایی و آمادگی صادرات این اقلام؛

← انجام فعالیت‌های فرهنگی و آموزش عمومی که نتایج بسیار مطلوبی در برداشته، از همراهی بسیار

لازم برای فعالیت‌ها و مشاغل در سطح کشور؛

← تشکیل بسیج ملی با محوریت وزارت بهداشت و همکاری مستمر نیروهای بسیج مردمی؛

← تغییر روند آموزشی کشور از روند آموزش حضوری به مجازی و همکاری بسیار مطلوب و هماهنگ مسئولان آموزشی کشور و مدیران مراکز، معلمان، اساتید و دانش‌آموزان و دانشجویان در راه‌اندازی و برگزاری کلاس‌های آموزشی الکترونیکی و غیر حضوری؛

← عملیاتی نمودن رهنمودهای خردمندان رهبر معظم انقلاب در

دید

در این میان نقش اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی رسانه ملی و فعالیت‌های مستمر و شبانه‌روزی توسط رسانه‌های جمعی در انتقال به موقع و صحیح اخبار و اطلاعات مرتبط و وظیفه سنگینی را در برقراری آرامش در جامعه و دور نمودن مردم از التهاب و اضطراب اجتماعی بر عهده داشت که در تقویت وحدت و انسجام عمومی بسیار مؤثر و توان افزا می‌نمود و قطعاً حائز اهمیت است.



کجا مؤمنان



هیچ کوششی فروگذار ننموده و به دور از هر گونه وابستگی حزبی، گروهی و جناحی همه‌ی روزهای سخت را شانه به شانه و در کنار مردم بار مسئولیت به دوش کشیده‌اند که از این فرصت استفاده و با تأسی از مقام معظم رهبری (مدظله)، صمیمانه از یکایک ایشان تقدیر و تشکر می‌نمایم.

در پایان تنها توصیه برادرانه اینجانب، ابتدا به خودم و همه مدیران، همکاران و تلاش‌گران عرصه سلامت این است که از رفتارها و اظهارات غیرعلمی، غیرفنی و بدون اطلاعات کافی و خارج از روند تعریف شده، پرهیز نمایم. چرا که در صورت عدم رعایت این مهم نتیجه‌ای به جز به خطر افتادن امنیت ملی و زایل شدن سرمایه‌های اجتماعی حاصل نخواهد شد. باید تاکید نمایم هوشیارانه مراقب باشیم، ناخواسته در دام سرویس‌های اطلاعاتی بیگانه و یا دام‌های تشکیلاتی احزاب تندرو و بدخواه نظام قرار نگیریم.

درد

در پایان تنها توصیه برادرانه اینجانب، ابتدا به خودم و همه مدیران، همکاران و تلاش‌گران عرصه سلامت این است که از رفتارها و اظهارات غیرعلمی، غیرفنی و بدون اطلاعات کافی و خارج از روند تعریف شده، پرهیز نمایم.

لازم به تاکید است با عنایت به موارد مذکور مبنی بر نقش رسانه‌های معاند در مخدوش نمودن فعالیت‌های چشمگیر ایران تصریح می‌نمایم، مدیران، مسئولین و دست‌اندرکاران نظام بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران که بخشی از جامعه بزرگ نخبگان علمی کشور محسوب می‌شوند، در تمام دوران‌های سخت نظام مقدس جمهوری اسلامی از جمله انقلاب اسلامی، سال‌های دفاع مقدس و جنگ تحمیلی، بحران‌ها، حوادث، بلایای طبیعی و بحران‌های بهداشتی و درمانی را با جهاد ملی همگانی و همدلانه حتی در شرایط سخت اقتصادی و کمبودهای شدید ناشی از تحریم‌های ظالمانه بین‌المللی با تمام توان سپری نموده و تنها یک موضوع دغدغه خاطرشان بوده و آن سلامت همه اعضای جامعه (از محروم تا برخوردار) و دسترسی آسان به خدمات بهداشتی درمانی در همه مناطق کشور بوده و در این زمینه از

بستری استفاده نموده تا با التقاء هیجانات منفی و ایجاد شایعه‌های بی‌اساس افکار عمومی را به بازی گرفته و از این طریق آرامش روانی جامعه را برهم‌زنند، که متأسفانه همواره افرادی فریب‌خورده از داخل کشور آن‌ها را در دستیابی به اهداف مذموشان یاری رسانده‌اند.

این فریب‌خوردگان که عمدتاً با گرفتار شدن در گرداب‌های حزبی و گروهی، قوه تفکر و عقل‌شان از اعماق به سطح کاهش یافته و مختل گردیده‌است و اساس عضویتشان در احزاب را در بیراهه‌های سیاسی کاری و سیاست‌زدگی مفقود نموده و زنجیره اتصال‌شان به ملت و نظام را تضعیف نموده‌اند، افرادی که قطعاً و بدون شک سبب همکاری‌شان با رسانه‌های خارجی نه عشق به میهن، کشور و ملت ایران است که اگر این بود باید قدم‌های محکم‌شان را در کنار ملت و در داخل بر آبادانی و پیشرفت کشور برمی‌داشتند.



دفتر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات



دکتر محمدحسین حیدری

مدیر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات

⬅️ لطفاً ضمن معرفی فعالیت‌های دفتر خلاصه‌ای از کمک‌هایی که از سایر کشورها به ایران واصل شده‌است را ذکر فرمایید؟

حوزه بازرسی دفتر نظارتی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است که رابطه مستقیم با اداره کل بازرسی کشور و همچنین حوزه وزارت بهداشت و شخص جناب وزیر دارد. این دفتر سه وظیفه به عهده دارد:

- ۱- بازرسی؛
- ۲- ارزیابی عملکرد؛
- ۳- پاسخگویی به شکایات.

در خصوص بازرسی که مشتمل بر انواع مختلف است ۶۵ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی و چهار سازمان وابسته و نیز تمامی معاونت‌های

وزارت متبوع در حیطه وظیفه بازرسی این دفتر قرار دارند. این دفتر وظیفه رصد فعالیت‌ها و انطباق آن‌ها با قوانین و مقررات و نیز کشف انحراف از فرایند طبیعی را بر عهده دارد. دیدگاه این است که همه فعالیت‌ها به خوبی انجام می‌شود مگر آن که در بازدیدهای موردی یا بازرسی‌های ویژه و یا براساس گزارشات دریافتی نیاز به مداخله بیشتری از طرف این دفتر باشد. برخی موارد هم حسب دستور مقام محترم وزارت بازرسی‌های ویژه به عمل می‌آید و گزارش آن مستقیماً به مقام عالی وزارت ارائه می‌گردد.

در بحران کرونا حیطه بازرسی به عامل کمک‌کننده به روسا و معاونین دانشگاه‌ها و حوزه‌های مختلف که



مقام محترم وزارت در سال گذشته ابلاغی برای تشکیل کمیته‌ای متشکل از دفاتر بازرسی، حراست و روابط بین الملل صادر کردند که وظیفه نظارت بر توزیع کمک‌های اهدایی به کشور را داشت. دبیر این کمیته حوزه حراست وزارت متبوع می‌باشد.

مدافعین سلامت بودند، تبدیل شد. این امر با ایجاد کمیته‌های دانشگاهی که منتج از کمیته‌های مرکزی در وزارتخانه بوده‌است، انجام شد.

مقام محترم وزارت در سال گذشته ابلاغی برای تشکیل کمیته‌ای متشکل از دفاتر بازرسی، حراست و روابط بین الملل صادر کردند که وظیفه نظارت بر توزیع کمک‌های اهدایی به کشور را داشت. دبیر این کمیته حوزه حراست وزارت متبوع می‌باشد. هیأت امنای ارزی هم در این مورد برای ترخیص و توزیع اقلام و تجهیزات به ویژه تجهیزات حفاظت فردی به دانشگاه‌ها همکاری زیادی داشت. در این برهه زمانی سازمان هلال احمر هم، فضای فیزیکی و نیروی انسانی خود را برای کمک در اختیار گذاشته

به صورت کیفی بوده و مدیران به صورت خوب، مطلوب یا نامطلوب ارزیابی می شدند.

در حوزه پاسخگویی به شکایات ارتباطات مردم با وزارت بهداشت از زمان تولد تا مرگ بسیار زیاد و حتی می توان گفت بیشترین ارتباط نسبت به سایر سازمان ها است. چون ارتباطات بیشتر است بنابراین سطح توقعات مردم هم بالاتر هست. نگاه مردم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دوران کرونا تغییرات خاصی داشت. قبل از بحران کرونا بیشتر شکایات های مردم از اورژانس های پیش بیمارستانی، اورژانس بیمارستان ها، نحوه برخورد پزشک و پرستار با مردم بود به نحوی که گزارش ۹ ماهه سال ۹۸ دو مین عامل نارضیاتی مردم رفتار نامناسب پرسنل درمانی با مردم بوده است.

برخی موارد ارائه خدمات در اورژانس، سی تی اسکن، آزمایشگاه و... به دلیل عدم توضیح به بیمار نارضیاتی زیادی ایجاد می کرد. بازرسی گزارش موارد اعلامی را به بالاترین سطح این حوزه انتقال می دهد مثلاً به حوزه درمان، حوزه پرستاری و یا حوزه آموزش.

در حال حاضر مردم به زحمات پرسنل درمانی پزشکان و پرستاران و... واقف شده اند. در بحران کرونا کارکنان بهداشتی و درمانی نشان دادند که علی رغم مطالبات معوقشان بادلسوزی ارائه خدمت داده اند.

در بحران کرونا پاسخگویی سامانه ۱۹۰ که به عنوان مرکز ملی پاسخگویی به شکایت می باشد زیر نظر دفتر بازرسی فعالیت خود را ادامه داد. این سامانه مذکور پیشانی وزارت بهداشت و مسیر ارتباطی وزارت بهداشت با مردم است. این سامانه شکایات مردم در حوزه های اورژانس،



آمار دقیق این موارد در دفتر حراست به عنوان دبیر کمیته موجود است. در روزهای ابتدایی عمده کمک ها از کشور چین به کشورمان صورت گرفت که حوزه غذا و دارو جلسهای با حضور سفیر چین برای تقدیر و تشکر از ایشان ترتیب داده است. سازمان های بین المللی مانند یونیسف، سازمان جهانی بهداشت، UNHCR، پزشکان بدون مرز، International Relief هم کمک هایی به کشورمان داشتند. همچنین کمک هایی از طرف ایرانیان مقیم خارج از کشور (آمریکا و اروپا) به کشور دریافت شده است.

حوزه بعدی کار این دفتر حوزه ارزیابی عملکرد است. در حوزه ارزیابی عملکرد مستنداتی خدمت مقام محترم وزارت در خصوص وضعیت روسای دانشگاه های علوم پزشکی و فعالیت های آنها در مقابله با کرونا ارائه شد.

شاخص های رفتاری مانند ریسک پذیری، تصمیم گیری لحظه ای، نگاه به اسناد بالادستی و دستورها و پروتکل های وزارتی توسط مدیران ارشد با بهره گیری از نظر روانشناسان و روانپزشکان تدوین و بررسی شده است. ارزیابی این شاخص ها

است. برای توزیع اقلام اهدایی براساس شاخص میزان بیماری، تخت های اشغال شده و در حال فعالیت و... طرح تقسیم صورت گرفته و پس از تأیید اعضای کمیته، بلافاصله به دانشگاه ها صدور حواله انجام می شود و در مدت ۴۸ ساعت تحویل به دانشگاه ها صورت می گیرد. آقای وزیر در این مورد بسیار توجه و تاکید بر عدم وجود بروکراسی داشتند و انتظار داشتند با سرعت تحویل ماسک، لباس مخصوص پرسنل و تجهیزات به همکاران صورت پذیرد.

حوزه بین الملل هم از طریق ارتباط با سفرای خارج از کشور همکاری هایی برای دریافت کمک های اهدایی داشتند. حوزه بازرسی حراست و امور بین الملل وزارت از گمرک فرودگاه امام نیز در حین تحویل اجناس بازدیدهایی داشتند. همچنین این ستاد از کشورهای خاص و دولت مردان این کشورها که در این ایام کمک هایی ارسال داشتند، استقبال می نمود. از جمله این موارد استقبال از سفیر قطر بود که با هواپیمایی قطر کمک های کشورش را به ایران انتقال داد و برای هر گونه کمک اعلام آمادگی کرد.

دفتر

حوزه بعدی کار این دفتر حوزه ارزیابی عملکرد است. در حوزه ارزیابی عملکرد مستنداتی خدمت مقام محترم وزارت در خصوص وضعیت روسای دانشگاه های علوم پزشکی و فعالیت های آنها در مقابله با کرونا ارائه شد.

برنامه و بودجه و معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت عضو آن هستند، ارسال می‌گردد تا به تأیید برسد. کمیته خریدهای ضروری تاکنون (۱۳۹۹/۲/۲۹) ۱۳ جلسه درون کمیته‌ای و چندین جلسه کمیته سه جانبه داشته‌است.

◀ در بازرسی‌های خود هر آن‌چه می‌توان در آینده از آن برای اجرای بهتر مدیریت بحران درس گرفت را فهرست‌وار متذکر شوید؟

نگاه بازرسی در این رابطه بررسی نقاط ضعف و قوت با هم بود و به نقاط قوت و راهکارها با تأکید بیشتری پرداخته می‌شود. در بازرسی‌های برنامه‌ریزی شده و دوره‌ای این حوزه در سال گذشته تا قبل از بحران کرونا از ۳۲ دانشگاه بازدید به عمل آمده‌است. این دیدگاه باعث شده‌است که دانشگاه‌ها خودشان دعوت از اداره بازرسی داشته‌اند. در حال حاضر علاوه بر حوزه‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی برنامه بازرسی از مراکز تحقیقاتی را از نظر بررسی عملکرد و رفع مشکلات کشور نیز داریم. تحقیقات باید در راستای رفع نیاز و پاسخگویی نظام سلامت برای مدیریت، ارزشیابی و ارتقای برنامه‌ها باشد. در واقع امکانات آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها باید در بحران‌ها پاسخگوی نیازهای سیستم سلامت باشد. سال ۹۸ برای مجموعه وزارت بهداشت سال سختی بود (سیل، کرونا، زلزله و...) که با همبستگی و همگرایی همه بخش‌ها بحران‌ها مدیریت شد و حوزه بازرسی هم سعی نمود با ساختار و نیروی انسانی محدود خود وظایف محوله را به نحو مطلوب به انجام رساند.



یکی از مهم‌ترین مسائل در زمان کرونا، رایگان شدن هزینه‌های کووید-۱۹ به دستور مقام محترم وزارت بود. این امر با فعال شدن ظرفیت واحدهای مددکاری و آزمون وسع افراد انجام شد. ارتباط با ۱۹۰ کشوری است و از هر جای کشور تماس گرفته شود به مرکز تماس ما متصل می‌شوند. در سامانه جدیدی که در دست طراحی است نظر سنجی مردمی انجام و رضایت مردم در رابطه با خدمات ارائه شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بررسی می‌شود.

در دفتر بازرسی هم تقسیم وظایف برای رصد کلان مناطق از وضعیت کرونا بین همکاران صورت گرفته‌است. در همین رابطه براساس گزارشات، پیگیری‌های لازم سریعاً انجام می‌گیرد. این رصد و پایش وضعیت دانشگاه‌ها همچنان ادامه دارد.

کمیته خریدهای ضروری کرونا نیز با دستور وزیر محترم تشکیل شده‌است که دبیری آن با دفتر بازرسی است و خریدهای ضروری را خارج از مناقصات و تشریفات اداری با توجه به مقوله اضطرار مورد بررسی قرار می‌دهند. نتایج این کمیته به کمیته سه جانبه مصوب ستاد کرونا که نمایندگان از دادستانی، سازمان

درمان، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دارویی و مشاوره دارویی، تعرفه و بیش دریافت حرف پزشکی را دریافت و رسیدگی می‌کند.

در زمان کرونا طبق دستور مقام محترم وزارت ایجاد هات لاین (خط ۶) برای کرونا در سامانه ۱۹۰ در دستور کار قرار گرفت. این خط تلفن با هدف آرامش بخشی برای موضوع کرونا به مردم پاسخگویی داشت. در این موضوع علاوه بر کارشناسان پرستار، فوریت‌های پزشکی، اتاق عمل یا مدیریت خدمات بهداشتی درمانی سامانه، از ظرفیت پزشکان مرکز بیماری‌های واگیر با در اختیار قرار دادن سیم کارت برای پاسخگویی‌ها استفاده شد. کارشناسان این سامانه هم پس از طی دوره آموزش علاوه بر پاسخگویی به پرسش‌ها، در آموزش و تشویق مردم به ثبت نام در سامانه سلامت و غربالگری‌ها نقش داشتند.

ماهیت شکایات به این سامانه در بحران کرونا تغییر کرده‌است. در این زمان موضوعات تعرفه، عمل‌های الکتیو و مواردی از این دست مطرح نبود و موارد متمرکز بر پذیرش بیماران کرونایی بود. طی اسفندماه دو میلیون و ۹۰۰ هزار تماس با خط کرونا صورت گرفته بود که همکاران این حوزه پاسخگو بودند.

د

در دفتر بازرسی هم تقسیم وظایف برای رصد کلان مناطق از نظر وضعیت کرونا بین همکاران صورت گرفته‌است. در همین رابطه براساس گزارشات، پیگیری‌های لازم سریعاً انجام می‌گیرد. این رصد و پایش وضعیت دانشگاه‌ها همچنان ادامه دارد.



سازمان بیمه سلامت ایران



مهندس طاهر موهبتی

مدیرعامل و رییس هیات مدیره
سازمان بیمه سلامت ایران

کند، این با ذات بیمه در تضاد است. این اقدام حمایتی را به عنوان حمایت دولت باید تلقی کرد و حرکت قشنگی است اما برای یک بنگاه اقتصادی همچون بیمه در چارچوب اصول بیمه‌ای از روز اول به مثابه ورشکستگی می‌باشد.

ماحصل تجربه چندین ساله در بیمه نمودن افراد بر روی تخت بیمارستان، پوشش بیمه رایگان ۳۲ میلیون نفر بدون فرآیند ارزیابی وسع، همپوشانی چند دفترچه‌ای و عدم اجرای راهنماهای بالینی، بدهی بی‌پایان چاپ هشت هزار میلیارد اوراق در سال ۱۳۹۵ برای بازپرداخت بخشی از بدهی‌ها می‌باشد. در همان سال ۵ هزار و چهارصد میلیارد ریال زیان داشته‌ایم. (اگر اقدام به چاپ اوراق

داد

ماحصل تجربه چندین ساله در بیمه نمودن افراد بر روی تخت بیمارستان، پوشش بیمه رایگان ۳۲ میلیون نفر بدون فرآیند ارزیابی وسع، همپوشانی چند دفترچه‌ای و عدم اجرای راهنماهای بالینی، بدهی بی‌پایان چاپ هشت هزار میلیارد اوراق در سال ۱۳۹۵ برای بازپرداخت بخشی از بدهی‌ها می‌باشد.

شامل می‌شود. اصولاً طراحی بیمه‌ها براساس شرایط عادی می‌باشد و بیمه برای شرایطی همانند موقعیتی که کووید-۱۹ بوجود آورد و در این حد هیچ‌گاه آمادگی ندارد.

قبل از کرونا سیاست غیرعلمی و غیرفنی بیمه نمودن بیمار بر روی تخت بیمارستان را که در ۲۵ سال گذشته انجام می‌شد و مغایر با یارانه متقاطع است را تغییر دادیم. براساس ذات و اصول بیمه، فرد باید در زمان سلامت، جوانی، بهره‌مندی مالی خرید بیمه داشته‌باشد تا در زمان بیماری، سالمندی و فقر خود و یا دیگر افراد از مزایای آن استفاده شود. بیمه نمودن فرد بر روی تخت بیمارستان مشابه این است که در فضای تجاری بیمه فرد خود و خود را بعد از تصادف بیمه

کرونا فرصتی برای استفاده بهینه از انفورماتیک در بیمه سلامت است

ضمن تشکر از فرصتی که به ما عنایت فرمودید، خلاصه‌ای از اندیشه بیمه، هدف و وضعیت فعلی بیمه سلامت را بیان فرمایید؟

فعالیت‌های مربوط به بیمه با هدف حفاظت و صیانت مالی از مردم به‌ویژه گروه‌های محروم شکل می‌گیرد. یکی از نقش‌های بیمه، حفاظت مالی در مقابل مخاطرات سلامت می‌باشد. مخاطرات سلامت دامنه گسترده‌ای دارد به طوری که از یک سرماخوردگی تا بیماری مانند کرونا که به‌عنوان یک فاجعه و بیماری نوپدید و هر صد سال یکبار امکان مواجهه با آن داریم را

بین شرایط خاص کشور (اپیدمی کووید-۱۹) و قوانین و خط قرمز بیمه راهی را انتخاب می کردیم، ما با اتخاذ تمهیداتی ویژه در کوتاه نمودن زمان، ارزیابی و رفع فرد مورد نظر و با کمک وزارت رفاه (رساندن آن به یک روز) شرایط خاص را انتخاب کردیم. برای این مهم راهکار قانونی هم پیدا کردیم (مواردی از این دست را مشابه مصادیق اورژانس تلقی نمودیم)، لذا هر فردی که روی تخت بیمارستان تشخیص کرونا برای او داده می شد بر روی تخت بیمارستان بیمه می شد. (با این کار خط قرمز سازمان در بیمه کردن افراد از بین نرفت بلکه زمان ارزیابی و رفع تغییر پیدا کرد).

علاوه بر این موضوع ما چند نکته مطرح در بحث کرونا را پیش بردیم از جمله:

← بیمه نمودن حدود ۴۸ هزار نفر از شروع کرونا تاکنون بر اساس سیاست یاد شده؛

← تحت پوشش قرار دادن داروهای مورد استفاده در این بیماری علاوه بر خدمات مورد نیاز در بحث تشخیص و مقابله با کرونا که تحت پوشش بیمه بودند. از جمله خدماتی همچون سی تی اسکن و PCR، CBC، ICU و ...؛

← پرداخت ۹۰ درصد هزینه ها با تعرفه دولتی در بستری و ۷۰ درصد سرپایی و هزینه های آزمایشگاهی (که بیشتر آن ها در بخش دولتی بودند)؛

← برداشتن برخی گایدلاین های مرتبط با خدمات تشخیصی و لغو محدودیت در انجام آن ها (به طور مثال در مواقع عادی دوره زمانی برای انجام سی تی اسکن ۱۸۰ روز می باشد، اما نیاز ارائه این خدمت به بیمار کرونایی موجب شد این محدودیت ها



برخی موارد فرد تمکن مالی بسیار مناسبی داشته و فقط صرف زندگی در روستا از بیمه رایگان برخوردار شده است).

اکنون بیمه سلامت با تعریف خط قرمز و تغییر در سیاست های خود با الزام به ارزیابی و رفع هر فرد درخواست کننده بیمه از پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و نحوه بیمه فرد، وی را مشمول بیمه رایگان می داند. به عبارت دیگر از افرادی که درخواست بیمه رایگان دارند، ارزیابی و رفع صورت می گیرد و به طور متوسط با توجه به شرایط اقتصادی کشور، ۵۳ درصد مشمول بیمه رایگان می شوند.

اعم اقدامات سازمان بیمه سلامت در زمان همه گیری کووید-۱۹ را شرح دهید؟

ارزیابی و رفع متقاضیان بیمه رایگان بر اساس مقررات در شرایط عادی از پایگاه رفاه ایرانیان ۳۰ روز زمان لازم دارد، در بیمار کرونایی دوره بستری برخی ۶ الی ۱۴ روز و حتی کوتاه تر از زمان ارزیابی و رفع بود. در نتیجه حمایت و صیانت مالی نصیب او نمی شد، از طرفی بیمار خود را قبل از بیماری بیمه نکرده بود پس ما باید

نمی شد مبلغی بالغ بر ۱۳۰ هزار میلیارد ریال به دولت بدهکار می شدیم). بر اساس نتایج آینده پژوهی انجام شده، با قابلیت اطمینان ۹۶ درصد در سال ۱۳۹۸ باید ۲۳ هزار میلیارد تومان بدهی می داشتیم اما خوشبختانه این مبلغ تاکنون به حدود ۳ هزار و هشتصد میلیون ریال رسیده است.

علت این موفقیت مالی در بیمه به دلیل برخی اصلاحات در سیاست و اعمال رفتار فنی و حرفه منطبق با اصول اولیه بیمه از جمله موارد ذیل می باشد:

- ← ایجاد سازمان الکترونیک؛
- ← ممنوعیت بیمه روی تخت بیمارستان (دوره انتظار)؛
- ← هدفمند کردن بیمه رایگان به سوی گروه های نیازمند؛
- ← رفع همپوشانی چند دفترچه ای؛
- ← اجرای راهنماهای بالینی و پروتکل های درمانی.

هزینه این تعداد از افراد بیمه شده رایگان (بیمه سلامت رایگان بدون لحاظ روستاییان) حدود ۸۰ هزار میلیارد ریال بوده است. علاوه بر آن در بیمه روستایی بالغ بر ۲۲ میلیون نفر از بیمه رایگان بهره مند شده اند. (در



اکنون بیمه سلامت با تعریف خط قرمز و تغییر در سیاست های خود با الزام به ارزیابی و رفع هر فرد درخواست کننده بیمه از پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و نحوه بیمه فرد، وی را مشمول بیمه رایگان می داند. به عبارت دیگر از افرادی که درخواست بیمه رایگان دارند، ارزیابی و رفع صورت می گیرد و به طور متوسط با توجه به شرایط اقتصادی کشور، ۵۳ درصد مشمول بیمه رایگان می شوند.

کامل نمی‌باشند ملزم به نسخه نویسی الکترونیکی هم‌زمان با نسخه نویسی کاغذی می‌باشد؛

← استقرار سامانه رسیدگی الکترونیکی به اسناد بیمارستانی کل بیمارستان‌های کشور (به غیر از ۲۰ بیمارستان) با استفاده از سامانه رز؛

← تمدید زمان پروتکل‌های مرتبط به داروهای پرونده‌ای و یا داروهای خاص در دوران اپیدمی کرونا (در مواقع عادی پروتکل ویژه برای دریافت این دسته از داروها وجود دارد، بیمار هر ۳ ماه یکبار برای بررسی بهبود بیماری و مصرف و یا عدم مصرف دارو، مؤثر بودن داروهایی مانند داروهای شیمی درمانی باید مراجعه نماید اما در دوران شیوع کرونا این ضوابط سهل‌تر گردید تا بیماران نیاز به مراجعه نداشته باشند؛

← اعمال پروتکل‌های بهداشتی برای کارمندان سازمان در کل کشور و استفاده از امکانات حفاظتی همچون ماسک، کنترل تب، مه‌پاش و... از همان ابتدا گزارش روزانه از وضعیت سلامت کارکنان دریافت می‌شد در نتیجه این مراقبت‌ها تعداد اندکی از پرسنل سازمان بیمه سلامت دچار بیماری کرونا شدند که با رعایت اصول مراقبتی در پیگیری‌های انجام شده بهبود حاصل نمودند؛

متأسفانه سه نفر از مدیران و یک نفر از کارشناسان عزیز به رحمت ایزدی پیوستند.

← فعال کردن سامانه پاسخ‌گویی ۱۶۶۶ (براساس گزارش‌های اولیه از چین، بار کرونا در اوایل شیوع بیماری تا ۴۰ درصد متوجه بیمارستان‌ها بوده لذا مشاوره‌های تلفنی در کم کردن مراجعه مردم به بخش بیمارستانی و درمانی همچنین آگاهی و آرامش دادن به آن‌ها و کاهش استرس بسیار

درد

ارائه پیشنهاد مراقبت از فرد بیمار در منزل (Home Care) به شورای عالی بیمه نظر به صرف هزینه بسیار پایین‌تر از بستری بیمار مبتلا به کرونا در بیمارستان (با توجه به تجربه مواردی بسیار موفق در این زمینه به گونه‌ای که مراقبت از فرد بیمار در منزل با تمام امکانات مراقبتی از جمله مراقبت پزشکی و پرستار در قالب یک بسته انجام شود).



۲۳۵ شهر کوچک با عمق ۵۰ درصد (از سال قبل) با هدف پایلوت اجتماعی (در شهرهای کوچک با ۱۰ الی ۱۵ پزشک، برای پایلوت ورود کردیم این امر به دلیل مواجهه و مقابله پزشکان در اهمیت تغییر رفتار می‌باشد. ما با این هدف در شهرهای کوچک تغییر رفتار راست کردیم لازم به ذکر است پایلوت فنی قبل‌تر در کرمان موفق عمل نموده؛

← حمایت از نگاهتگاه‌ها؛

← اجباری شدن استحقاق سنجی به معنای احراز هویت (با کد ملی) از ابتدای تیر ماه (با این کار دیگر نیاز به کنترل دفترچه بیمه برای داشتن و یا نداشتن اعتبار نبود همچنین مشخص می‌شود فرد بیمه شده سازمان می‌باشد و هم‌پوشانی با سایر بیمه‌ها ندارد)؛

← حذف دفترچه کاغذی از ابتدای مردادماه سال جاری در بخش سرپایی (هر استانی که قادر به راه‌اندازی نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی حذف دفترچه بیمه کاغذی نماید برای موفقیت در این طرح مشوق‌هایی در نحوه پرداخت برای این استان‌ها قرار داده‌ایم و اما استان‌هایی که در حال حاضر قادر به پیاده‌سازی طرح به طور

را حذف کنیم؛

← ارائه پیشنهاد مراقبت از فرد بیمار در منزل (Home Care) به شورای عالی بیمه نظر به صرف هزینه بسیار پایین‌تر از بستری بیمار مبتلا به کرونا در بیمارستان (با توجه به تجربه مواردی بسیار موفق در این زمینه به گونه‌ای که مراقبت از فرد بیمار در منزل با تمام امکانات مراقبتی از جمله مراقبت پزشکی و پرستار در قالب یک بسته انجام شود)؛

← ارائه پیشنهاد برای پوشش قرار دادن بیمه‌ای مراقبت در منزل (Home Care) بیماران نیازمند ICU در چارچوب گایدلاین‌ها و استانداردها (از فواید این کار می‌توان به کم شدن هزینه‌های بستری، آزاد شدن تخت‌های ICU و بالا بردن ظرفیت بیمارستان‌ها در پذیرش بیمار با توجه به صف بالا و مراجعه بیمار در زمان اپیدمی بیماری کرونا، مؤثر بودن فضای خانه و خانواده بر سرعت بهبود فرد بیمار نام برد)؛

← تمدید دفترچه بیمه‌های که بر گه سفید داشت اما اعتبار آن پایان یافته بود (در دو نوبت) تا تاریخ ۳۱ خرداد ۱۳۹۹؛

← راه‌اندازی نسخه الکترونیکی در

← ارسال ۱۲۰ میلیون پیامک‌های آموزشی برای بیمه‌شدگان در روزهای نخست شیوع بیماری (پس از مدتی اطلاعات مردم به روز شد و دیگر ارسال پیامک منطقی نداشت)؛

← ساخت کلیپ‌های آموزشی و ارائه آن در رسانه از جمله تلویزیون و فضای مجازی با رویکرد پرداختن به مسائل مرتبط با سلامت روان افراد (این که مردم اوقات فراغت خود را در دوران کرونا با توجه به سیاست "#در خانه بمانیم" چگونه مدیریت کنند)،

← پیشنهاد راه‌اندازی و استفاده از ظرفیت‌های موجود برای مبحث دورپزشکی در کشور به مقام محترم وزارت (نسخه الکترونیک تضمین اجرای Tele-Medicine و Tele-Health می‌باشد، باراه‌اندازی این امکان در پاییز برای موضوع مشاوره و ویزیت با مشکلی مواجه نخواهیم (بود)؛

← پیشنهاد خرید تضمینی ۹۰ درصدی به وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بیمارستان‌ها و پزشکان مشروط بر ارائه سرویس از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده (زیرا علی‌رغم بالارفتن هزینه‌ها در بخش‌های ICU، سی‌تی‌اسکن و آزمایشگاه به علت بسته شدن سایر بخش‌ها در بیمارستان‌ها شاهد کاهش بار مراجعه و در پی آن کاهش درآمد ۴۰ درصدی در اسفند ماه ۱۳۹۸ و ۴۰ تا ۵۰ درصدی در فروردین ۱۳۹۹ بودیم). (مربوط به بیمه‌شدگان بیمه سلامت). لذا خرید تضمینی ۹۰ درصدی خدمات بیمارستان‌ها و پزشکان مشروط بر ارائه سرویس از طریق نظام ارجاع و پزشکی خانواده نظر به فعالیت ۱۲۰۰ مرکز خدمات جامع سلامت ۱۶ و ۲۴ ساعته را انجام دادیم).

نظرات

نامحسوس بر شیوه برخورد کارشناسان در پاسخ‌دهی به مردم (پنده شخصاً در بسیاری از موارد از تلفن‌های مختلف با کارشناسان تماس گرفته تا واکنش کارشناسان را در قبال برخورد‌های ناصحیح بسنجم، تقریباً در بیشتر موارد کارشناسان با سعه صدر و در کمال ادب و متانت پاسخگو بودند).



بیماری و راهنمایی کارشناسان پاسخگو در سامانه ۱۶۶۶ برای راهنمایی بهتر و دقیق‌تر مردم؛

← نظارت نامحسوس بر شیوه برخورد کارشناسان در پاسخ‌دهی به مردم (بنده شخصاً در بسیاری از موارد از تلفن‌های مختلف با کارشناسان تماس گرفته تا واکنش کارشناسان را در قبال برخورد‌های ناصحیح بسنجم، تقریباً در بیشتر موارد کارشناسان با سعه صدر و در کمال ادب و متانت پاسخگو بودند)؛

← راه‌اندازی بخش پاسخگویی به سوالات در سایت سازمان بیمه سلامت؛

نقش مهمی داشت)؛

← اضافه نمودن ۱۳۰ خط جدید به سامانه پاسخگوی ۱۶۶۶ در ابتدای شیوع بیماری کرونا در کشور و به کارگیری ۳۰ پرستار متخصص و ۱۰ پزشک عمومی در ۳ شیفت (طلی یک‌ماه ۴۰۰ هزار تماس داشتیم به عبارتی با راه‌اندازی این سامانه از مراجعه بیشتر این افراد به مراکز درمانی و مواجهه آن‌ها با محیط آلوده به ویروس تا حد زیادی جلوگیری نموده‌ایم)؛

← تشکیل گروهی متشکل از پزشکان متخصص عفونی و متخصص ریه با هدف ارائه آخرین اطلاعات مربوط به





هیأت امنای صرفه جویی ارزی



دکتر مهدی یوسفی

رئیس هیأت امنای صرفه جویی ارزی
در معالجه بیماران

متمرکز و اقدامات خوبی که در زمینه خرید و واردات انجام شد مشکلات تأمین اقلام ضروری کشور به ویژه در ماه اول برطرف گردید. در این ایام انبارهای هیأت امناء تنها مرجع تأمین اقلام ضروری و حفاظتی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی و تمامی وزارخانه‌ها و سازمان‌های ستادی آن‌ها بود. توزیع ۲۲ میلیون قلم از اقلام محافظت فردی در یک ماه (اسفندماه) گویای این مطلب می‌باشد.

آیا معتقدید در بحران پشتیبانی وسایل و تجهیزات پزشکی باید متمرکز انجام گیرد، و در صورت پاسخ مثبت دلیل آن را ذکر فرمایید؟

درد

در این ایام انبارهای هیأت امناء تنها مرجع تأمین اقلام ضروری و حفاظتی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی و تمامی وزارخانه‌ها و سازمان‌های ستادی آن‌ها بود. توزیع ۲۲ میلیون قلم از اقلام محافظت فردی در یک ماه (اسفندماه) گویای این مطلب می‌باشد

عدد تخت عادی و ۴۵ دستگاه سی تی اسکن تأمین شده بود که این ظرفیت اضافه شده به خوبی در ایام کرونا برای درمان بیماران مؤثر بود. تأمین دستگاه‌های ونتیلاتور، مانیتور و تخت‌های ویژه اقدام بسیار بزرگی بود که باعث شد در مقابله با کرونا رسیدگی به بیماران در کشور ما به خوبی انجام شود. اقلام حفاظت فردی هم از ماه قبل از شروع کرونا با شرایط اعلامی از سوی ستاد پدافند غیرعامل تهیه و در انبارها نگهداری شد و با همکاری مجموعه همکاران پدافند غیرعامل وزارخانه در کشور توزیع شد. در ایامی که تأمین کالا بسیار سخت بود و فروشندگان به دلایل مختلف فروش نداشتند، با توجه به مشاهده کمبودها با خریدهای

تأمین و توزیع وسایل حفاظت فردی و لوازم پزشکی امری حساس و مهم در حیطه پشتیبانی مبارزه با کووید - ۱۹ بود که به خوبی توسط شما و همکاران تان مدیریت شد. ساختار لازم برای انجام این مهم و اهم اقدامات انجام شده را به اختصار توضیح بفرمایید؟

لازم است در ابتدا بابت فعالیت‌های بسیار خوب کمیته مستند سازی در مقابله با کرونا تشکر کنم. در حوزه تجهیز و تأمین تخت‌های ICU و تخت‌های عادی در طول سال ۱۳۹۸ برنامه ریزی لازم توسط معاونت درمان انجام و ابلاغ شده بود و تعداد ۱۱۰۰ عدد تخت ICU و تعداد ۵۰۰۰

در مدیریت بحران کرونا داشت؛
۲- در فضای رقابتی بهای تمام شده
را کمتر می‌کند؛
۳- سطح مشارکت شرکت‌ها را بالا
می‌برد.

در حال حاضر هیات امنای تأمین
اقلام دانشگاه‌ها با ۱۶۰ تا ۱۷۰ شرکت
در تماس مداوم است. دانشگاه‌ها
به دلیل این که دولتی اداره می‌شوند
درآمد زیادی ندارند، لذا نباید و
نمی‌توانند کالاها را به قیمت گران
خریداری کنند. بنابراین تمام اقلامی
که از خارج از کشور وارد شد با تأمین
منابع اعتباری از طریق معاونت محترم
توسعه به دستور آقای وزیر و سازمان
برنامه و بودجه انجام شد و این اقلام
به دانشگاه‌ها با قیمت‌های مصوب
تحويل می‌شود. بنابراین با تقبل این
اختلاف قیمت از طریق دولت مانع
تحلیل فشار به دانشگاه‌ها می‌شود.

➤ **پیش‌بینی برای تأمین
نیازهای آینده امری است که
شما یقیناً مدنظر دارید، در این
خصوص چه اقداماتی انجام
شده و برای غافلگیر نشدن چه
برنامه‌ای وجود دارد؟**

در مورد پیش‌بینی‌ها برای تأمین
نیازهای آینده مصوبه قرار گاهی وجود
دارد که تعداد و نحوه تأمین اقلام
حفاظتی و بعضی از اقلام سرمایه‌ای
کاملاً مشخص شده است. در حال
حاضر برای تأمین بودجه آن انعقاد
تفاهم‌نامه با معاون توسعه و زارتخانه
در دست انجام است. همچنین با
معاونت درمان برای تأمین تخت‌های
مورد نظر برنامه‌ریزی انجام می‌شود.
همکاران مانیز انبارهای متعددی را
برای نگهداری اقلام برای تأمین
نیازهای آتی پیش‌بینی نموده‌اند.



در حال حاضر
هیات امنای
تأمین اقلام
دانشگاه‌ها با ۱۶۰
تا ۱۷۰ شرکت در
تماس مداوم
است. دانشگاه‌ها
به دلیل این که
دولتی اداره
می‌شوند درآمد
زیادی ندارند، لذا
نیاید و نمی‌توانند
کالاها را به قیمت
گران خریداری
کنند.



است مانع بازی آن‌ها با بازار می‌شود.
به این نحو که با عدم عرضه کالا و
افزایش تقاضا قیمت کالا گران
می‌شود، بنابراین در اقلام استراتژیک
انبارهای هیات امنای دپوی ۳-۲ ماهه
دارد که مانع کمبود یا گرانی کالا
می‌شود.

در ایام بحران کرونا فقط انبار هیأت
امنای به صورت شبانه‌روزی باز بود و
تنها نقطه امید دانشگاه‌ها و مراکز ارائه
خدمت هم همین انبارها بود. پس
خرید متمرکز:

۱- با ایجاد انبارها و دپوی اقلام
حفاظتی، نقش استراتژیک و موثری

هیات امنای از قبل کلیه خریدهای خود
از جمله خرید اقلام مصرفی مثل
دریچه‌های قلب، ICD
(دیفیبریلاتور کاشتنی قلب)، پیس‌میکر
و خرید دستگاه‌های سرمایه‌ای را
به صورت متمرکز انجام می‌داده است.
در ایام عادی خریدهای متمرکز بهای
تمام شده کالا را برای دانشگاه‌ها
کاهش می‌دهد چون در فضای رقابت
بالاخره قیمت‌ها را کمتر اعلام
می‌کنند. همچنین انبارهای
استراتژیک و دپوی هیات امنای هم که
همیشه مورد دغدغه بعضی از
شرکت‌های بخش خصوصی بوده



مستقیم صورت گرفت. در مورد اقلام حفاظتی با بسیاری کارخانه‌ها و کارگاه‌ها عقد قرارداد طولانی‌مدت انجام شد. مثلاً برای تولید یک میلیون دست لباس/گان محافظ با انجمن تولید کنندگان داخل و برای تهیه ماسک با شرکت بهیار صنعت و ستاد اجرایی عقد قرارداد شد. قراردادهای خریدها به صورت تضمینی و طولانی مدت با تأمین منابع انجام می‌شود تا تولید کنندگان با اطمینان به امر تولید بپردازند. جز چند قسمت اولیه محدود وارداتی، تقریباً بقیه اقلام حفاظتی تولید داخل بود. تأمین بازار و تضمین خرید باعث اعتماد و تشویق تولید کننده داخلی شده است. در مورد اقلام سرمایه‌ای مانند مانیتور، و تیلاتور و ... نیز تولید کنندگان داخلی تشویق می‌شوند و خرید از ایشان انجام می‌شود. نتیجه این اقدامات آن است که در سال‌های قبل نسبت واردات به تولید داخل ۷۰ به ۳۰ بوده است که در سال ۹۸ این نسبت به ۱۵ به ۸۵ درصد رسیده است.

درد

در مورد اقلام حفاظتی با بسیاری کارخانه‌ها و کارگاه‌ها عقد قرارداد طولانی‌مدت انجام شد. مثلاً برای تولید یک میلیون دست لباس/گان محافظ با انجمن تولید کنندگان داخل و برای تهیه ماسک با شرکت بهیار صنعت و ستاد اجرایی عقد قرارداد شد.



وتیلاتور، ۱۰۰۰ دستگاه مانیتور، تخت و سایر دستگاه‌ها. این امر باعث می‌شود که دانشگاه‌ها دغدغه‌ی مالی نداشته باشند و همچنین بازار هم برای تولید کننده‌ها مهیا نگه داشته می‌شود.

گروه دوم، شامل تولید کنندگانی بودند که سابقه همکاری قبلی با هیات امناء نداشتند ولی در راستای حمایت از تولید داخل و نیز نام گذاری سال ۹۹ به عنوان سال جهش تولید طبق فرمایش مقام معظم رهبری از این گروه نیز خرید به صورت انعقاد قرارداد

آیا نسبتی بین لوازم و تجهیزات مصرفی و غیر مصرفی کمک‌های کشورهای خارجی و سازمان‌های بین‌المللی و میزان سرمایه گذاری داخلی دارید؟

حدود ۸۵ درصد اقلام تهیه شده مصرفی و سرمایه‌ای تولید داخلی بود. تولید کننده‌ها دو گروه بودند: یک گروه، آن‌هایی بودند که سابقه کار با هیات امناء داشتند و خرید تضمینی زمان دار از طریق آن‌ها انجام شد. مثلاً خرید ۲۰۰۰ دستگاه





امور توانبخشی



دکتر محمد تقی جغتایی

مشاور وزیر در امور توانبخشی

← به عنوان سئوال نخست، لطفاً اهم خدمات ارائه شده توانبخشی را در دوران بحران کووید-۱۹ شرح دهید؟

نظر به ضرورت توجه ویژه به امر حفاظت از گروه‌های آسیب پذیر در برابر ابتلا به ویروس کرونا خصوصاً افراد دارای کم توانی، ناتوانی و معلولیت، از ابتدای بروز این مشکل دفتر مشاوره در امور توانبخشی با همکاری معاونین محترم درمان، بهداشت، دفتر وزارتی و نیز روابط عمومی اقدامات زیر را در این خصوص انجام داد.

۱- تهیه دستورالعمل توانبخشی بیماران در مواجهه با ویروس کرونا به منظور ارائه خدمات توانبخشی در مراکز سرپایی، بستری و جامعه محور. این دستورالعمل در بدو شروع همه گیری کووید-۱۹

برای محدود کردن فعالیت مراکز توانبخشی سرپایی و اجتناب از ارائه خدمات توانبخشی غیر ضروری و غیرفوری حضوری به بیماران مبتلا به سکتة مغزی، ضایعات نخاعی، اوتیسم، ام اس و دیگر بیماران خاص و صعب العلاج تهیه گردید؛

۲- ترجمه دستورالعمل انجمن فیزیوتراپی جهانی تحت عنوان درمان فیزیوتراپی بیماران حاد مبتلا به کووید-۱۹ در بخش مراقبت‌های ویژه. این دو دستورالعمل از طریق معاونت درمان به ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی ارسال گردید و در اختیار مراکز و انجمن‌های توانبخشی قرار گرفت؛

۳- تهیه راهنمایی محافظت و نحوه مقابله با کووید-۱۹ در افراد دارای ناتوانی و معلولیت: این راهنما شامل مطالبی



نظر به ضرورت توجه ویژه به امر حفاظت از گروه‌های آسیب پذیر در برابر ابتلا به ویروس کرونا خصوصاً افراد دارای کم توانی، ناتوانی و معلولیت، از ابتدای بروز این مشکل دفتر مشاوره در امور توانبخشی با همکاری معاونین محترم درمان، بهداشت، دفتر وزارتی و نیز روابط عمومی اقدامات زیر را در این خصوص انجام داد.

در خصوص ضرورت توجه به افراد دارای ناتوانی در همه گیری جهانی بیماری کرونا، آنچه که افراد دارای ناتوانی و معلولیت در شیوع بیماری کرونا باید بدانند، نحوه کاهش خطر ابتلا به بیماری کرونا در افراد دارای ناتوانی، توصیه‌های بهداشتی در خصوص تجهیزات توانبخشی، خودمراقبتی در افراد دارای ناتوانی و معلولیت، نکاتی درباره مراقبت در برابر ویروس کرونا برای انواع معلولیت و ناتوانی و نقش مراقبین و خانواده‌های افراد دارای ناتوانی و معلولیت بود. راهنمای فوق پس از تهیه در سایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت استفاده عموم بارگذاری شده و با کمک انجمن‌ها و سازمان‌های مردم نهاد از طریق فضای مجازی در اختیار بیش از ۱ میلیون افراد دارای ناتوانی و

روش‌های توانبخشی از راه دور (Tele Rehabilitation) با استفاده از شبکه‌های مجازی و یا سامانه‌های معتبر مورد تأیید وزارت بهداشت و پاسخ‌دهی توسط کارشناسان مراکز معتبر و دارای مجوز فعالیت‌سریایی توانبخشی صورت پذیرد. همچنین از توان سازمان‌های مردم‌نهاد غیردولتی همکار و مورد تأیید وزارت بهداشت در قالب‌های هماهنگ و استاندارد استفاده و آموزش‌های لازم در خصوص مناسب‌سازی منزل و یا انجام تمرینات حرکتی ضروری با روش‌های توانبخشی از راه دور از جمله آموزش‌های تصویری و ارسال برنامه‌های تمرین درمانی همراه با آموزش تصویری آن به مراقبین انجام پذیرد؛

۳- انجام اقدامات لازم جهت اختصاص برنامه‌هایی از رسانه‌های ملی صوتی و تصویری از جمله شبکه سلامت جهت آموزش و مشاوره به مراقبین و بیماران در خصوص انجام مداخلات توانبخشی؛

۴- در خصوص اختلالات تکاملی کودکان از جمله اوتیسم که والدین همواره به‌عنوان یکی از اعضای اصلی تیم درمان هستند، آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم برای انجام مداخلات توانبخشی و آگاه‌سازی و توانمندسازی ایشان جهت کنترل علائم رفتاری این کودکان از طریق یکی از روش‌های توانبخشی از راه دور از جمله شبکه‌های مجازی معتبر و سامانه‌های مرتبط با سازمان‌های غیردولتی مردم‌نهاد مورد تأیید وزارت بهداشت و سیستم‌های پاسخگوی کلینیک‌های معتبر و دارای مجوز فعالیت صورت گیرد؛

۵- اختصاص خطوط تلفن (Help line) و یا در صورت امکان سامانه‌ی مشخص برای ایجاد امکان پرسش و پاسخ بیماران و مراقبین آن‌ها و کارشناسان جهت آموزش و مشاوره مداخلات توانبخشی.

استفاده از اپلیکیشن‌ها و پیام‌رسان‌های مختلف، طراحی سایت‌های جدید و تکمیل سایت‌های قبلی، استفاده از ویدئو کنفرانس و مراکز غیر دولتی، خیریه و مردم‌نهاد فعال که خود باعث ایجاد ظرفیت جدید برای دوره پساکرونا شد. هم‌اکنون مراکز جامع توانبخشی، کلینیک‌ها و مطب‌های توانبخشی، مراکز روزانه توانبخشی و نیز مراکز توانبخشی و مراقبتی در منزل برخی از خدمات توانبخشی را به صورت از راه دور ارائه می‌نمایند.

پیشنهادهای خود را برای ارتقاء خدمات توانبخشی در شرایط اپیدمی و یا بحرانی آینده بفرمایید؟

۱- ادغام خدمات توانبخشی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه، با توجه به گستردگی فعالیت‌های نظام شبکه در کشور و دسترسی همه افراد جامعه خصوصاً افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی به این بخش پیشنهاد می‌شود موارد زیر در این بخش ادغام گردد:

← ارائه مراقبت‌های ویژه در خصوص محافظت و نحوه مقابله با کووید-۱۹ (کرونا و ویروس) در افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی با استفاده از نظام شبکه؛

← ادغام خدمات توانبخشی عمومی برای افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی با توجه به محدودیت دسترسی به مراکز درمانی و توانبخشی به‌علت توقف فعالیت آن‌ها در دوران پاندمی بیماری کووید-۱۹ در نظام شبکه؛

← ارائه خدمات توانبخشی ویژه بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مانند توانبخشی تنفسی به‌عنوان بخشی از مداخلات درمانی در نظام شبکه با استفاده از ظرفیت‌های موجود در این ساختار.

۲- همچنین پیشنهاد می‌گردد که ارائه این خدمات به صورت آموزش و مشاوره به بیماران و مراقبین آن‌ها از طریق

کم‌توانی و به‌خصوص به صورت ویژه در اختیار بیش از ۲۰۰ هزار نفر از افراد دارای ناتوانی شدید (People with severe disability) از جمله اختلالات تکاملی مانند اوتیسم و فلج مغزی، بیماری‌های پیش‌رونده مانند آلزایمر و پارکینسون قرار گرفت؛

۴- بررسی وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد افراد دارای ناتوانی و معلولیت در مورد بیماری کووید-۱۹ در سطح ملی با کمک متخصصین دانشگاهی که در ۳۱ استان کشور هم‌اکنون در حال انجام می‌باشد. در این پیمایش از طریق دو روش کمی و کیفی با مشارکت ۱۱۰ نفر از افراد دارای ناتوانی در کل استان‌های کشور به بررسی موانع و تسهیل‌گرهای دسترسی اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی در اپیدمی‌ها و بحران‌ها پرداخته می‌شود. جهت انجام آن از انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد و نیز بسیج‌های فعال در این زمینه استفاده شد.

نتایج:

← اطلاع‌رسانی به‌موقع و اجرای دستورالعمل‌های فوق باعث شد که در یکی از بزرگ‌ترین مراکز نگهداری و ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی با بیش از ۲,۰۰۰ فرد دارای ناتوانی شدید کمترین آمار مرگ و میر (کمتر از ۲۰ نفر) را داشته باشد؛

← مرتفع ساختن نگرانی‌های ترسناک‌ترین توانبخشی در ابتدای اپیدمی و پررنگ شدن نقش آن‌ها در ارائه خدمات ویژه مانند توانبخشی تنفسی به بیماران مبتلا به کووید-۱۹؛

۵- بررسی و امکان‌سنجی اجرای Tele Rehabilitation به‌عنوان یک تجربه جدید در شیوع ویروس کرونا توسط محققین و صاحب‌نظران حوزه توانبخشی و انتشار نتایج آن جهت استفاده سایرین؛

۶- ارائه خدمات توانبخشی از راه دور با



هم‌اکنون مراکز جامع توانبخشی، کلینیک‌های و مطب‌های توانبخشی، مراکز روزانه توانبخشی و نیز مراکز توانبخشی و مراقبتی در منزل برخی از خدمات توانبخشی را به صورت از راه دور ارائه می‌نمایند



سازمان جهانی بهداشت



کریستوف هاملمن

نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران

پیشین را ارزیابی کرده و بعد گام بعدی را برداریم، یا حتی در صورت لزوم به عقب برگشته و محدودیت‌های بیشتری اعمال کنیم. در مجموع، ایران با آموختن از تجربیات خود هم‌اکنون آمادگی بهتری برای مواجهه با اوضاع دارد و این امر از روی تلاش‌های گسترده کشور در زمینه آزمایش و بیماری‌یابی مشهود است. توصیه بنده تقویت تبادل تجربیات، افزایش همکاری و هماهنگی در سطوح ملی و بین‌المللی است. ما این روزها به منظور تقویت تبادل تجربیات، افزایش همکاری و هماهنگی در سطوح ملی و بین‌المللی است. ما این روزها به منظور تبادل تجربیات از طریق کنفرانس‌های ویدئویی با وزرای بهداشت کشورهای مختلف جلسه تشکیل می‌دهیم، چون برای غلبه بر این بیماری عالم‌گیر لازم است که کشورها با یکدیگر دوستی و همکاری داشته باشند.



توصیه بنده برای تقویت تبادل تجربیات، افزایش همکاری و هماهنگی در سطوح ملی و بین‌المللی است. ما این روزها به منظور تبادل تجربیات از طریق کنفرانس‌های ویدئویی با وزرای بهداشت کشورهای مختلف جلسه تشکیل می‌دهیم، چون برای غلبه بر این بیماری عالم‌گیر لازم است که کشورها با یکدیگر دوستی و همکاری داشته باشند.

درس‌های زیادی می‌توانند از تجربیات همدیگر، بخصوص از تجربیات ارزنده ایران، فرا بگیرند. هر کشور نظام سلامت و برنامه مبارزه با بیماری مخصوص به خود دارد. مثلاً چین در مقایسه با ایران قرنطینه و محدودیت‌های گسترده‌تر و طولانی‌تری اعمال کرد. کشورهای مثل سوئد هم به‌جز فاصله‌گذاری، تقریباً هیچ محدودیتی اعمال نکردند. بنابراین، تفاوت‌هایی در زمینه پاسخ به بحران در بین کشورها وجود دارد که به ما اجازه می‌دهد درس‌های جدید از آن‌ها آموخته و بر دانش خود بیافزاییم. بیشتر اقداماتی که در حوزه بهداشت عمومی صورت می‌گیرند راه‌حل نهایی نیستند، بنابراین خیلی مهم است که با تکیه بر داده‌ها میزان اثربخشی اقدامات

← آمادگی و پاسخ ایران به این همه‌گیری را در مقایسه با بقیه کشورهای منطقه و حتی جهان چطور ارزیابی می‌کنید، و توصیه اصلی شما برای ادامه کار چیست؟

مقایسه کشورها همیشه پیچیده است چون جنبه‌های مختلفی نظیر زمان‌بندی فازهای اپیدمی باید مدنظر قرار بگیرد. با این وجود ایران در ایجاد یک برنامه جامع ملی و کارزار کنترل اپیدمی در مقایسه با کشورهای دیگر عملکرد بسیار خوبی داشت. ایتالیا در روزهای آغازین از نظر شناسایی موارد جدید بیماری و مرگ و میر ناشی از آن خیلی به ایران نزدیک بود. کشورهای دیگر اکنون در تلاش برای مسطح کردن منحنی هستند. بنابراین کشورها

به برنامه ریزی مجدد برنامه کاری مشترک نیست زیرا همه جنبه هایی که تحت تأثیر کووید-۱۹ قرار گرفته است در برنامه کار مشترک ما گنجانده شده و می تواند در ذیل وظایف اصلی و فرعی موجود قرار گیرد. البته مادر سطح فعالیت های مشخص برای تأمین نیازهای فوری همچنان انعطاف پذیر خواهیم بود و برخی از کمک های مالی کووید-۱۹ که دریافت کرده ایم، بخشی از منابع را برای کمک های موقت مربوط به خدمات اساسی بهداشت یا تقویت نظام های سلامت فراهم می آورند. این کمک ها هر چند مستقیماً مربوط به کووید-۱۹ نیست، اما تحت تأثیر آن مهیا شده است. در حال حاضر برخی از فعالیت های جاری مربوط به بیماری های غیر واگیر با کووید-۱۹ مرتبط است، همینطور بین فعالیت های مراقبت های بهداشتی اولیه و کووید-۱۹ و نیز شهرهای سالم و کووید-۱۹ ارتباط وجود دارد. برخی از فعالیت های جاری مربوط به نظام سلامت نیز بسیار مرتبط با وضعیت کووید-۱۹ است.

◀ شما خود نیز از بیماری کووید-۱۹ در امان نبودید و به آن مبتلا شدید و حتی پلاسمای خون خود را پس از بهبودی اهدا کردید. این روزها چه احساسی دارید و امکانات کشور ما از لحاظ تشخیص، درمان و سازوکارهای پیگیری در چه سطحی ارزیابی می کنید؟

من تقریباً از اواخر اسفندماه سال گذشته یک دوره خفیف ابتلا به کووید-۱۹ را تجربه کردم، مانند بسیاری از همکاران دیگر در وزارت بهداشت و آموزش پزشکی که به طور



مجدد مأموریت فوق با تمرکز بر فعالیت های کووید-۱۹ در نظر گرفته شده است؟

بله، کووید-۱۹ بر هر ۳ رکن اساسی راهبرد پنج ساله این سازمان، یعنی پوشش همگانی سلامت، بهداشت در شرایط اضطراری و جامعه سالم تر، اثر گذاشته است و WHO آمادگی دارد بر اساس اولویت های وزارت بهداشت در برنامه کاری مشترک بازنگری نماید به نحوی که همه گیری کووید-۱۹ و آثار آن بر پوشش همگانی سلامت را مدنظر قرار بدهد. اما خوشبختانه نیازی

کووید-۱۹ قطعاً اهداف سازمان جهانی بهداشت، به خصوص پوشش همگانی بهداشت و راهبرد «سیزدهمین برنامه کاری عمومی» (۱۳ GPW) این سازمان را تحت تأثیر قرار داده است.

◀ با توجه به این که تحقق پوشش همگانی بهداشت تا حدودی به پشتیبانی فنی بازبینی مشترک برنامه (JPRM) سازمان جهانی بهداشت بستگی دارد، آیا تصمیمی برای برنامه ریزی

درد

در حال حاضر برخی از فعالیت های جاری مربوط به بیماری های غیر واگیر با کووید-۱۹ مرتبط است، همینطور بین فعالیت های مراقبت های بهداشتی اولیه و کووید-۱۹ و نیز شهرهای سالم و کووید-۱۹ ارتباط وجود دارد. برخی از فعالیت های جاری مربوط به نظام سلامت نیز بسیار مرتبط با وضعیت کووید-۱۹ است.



می‌دانید من هنوز معاون ندارم و از آنجا که سازمان جهانی بهداشت در بین سازمان‌های بین‌المللی، حامی اصلی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی در مبارزه با کووید-۱۹ بوده و هست، من فرصتی برای مرخصی گرفتن و استراحت نداشتم. بنابراین باید به هدایت عملیات سازمان جهانی بهداشت ادامه می‌دادم. تجربه‌ای که من در کنترل کووید-۱۹ در مورد خود پشت سر گذاشتم خیلی ناگوار نبود، کم‌اینکه بسیاری از علایم قرنطینه خانگی که دیگران گزارش کرده‌اند در من ظهور نکرد. تجربه‌ای هم که با خدمات درمانی داشتم عمدتاً در حد انجام تست آزمایشگاهی بود. اولین آزمایش را هنگامی که علایم بیماری در من بروز کرده بود در خانه انجام دادم، و از آنجا که در سازمان جهانی بهداشت شما برای بازگشت به محل کار به ۲ تست منفی واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR) کووید-۱۹ با ۲۴ ساعت فاصله نیاز دارید، من انجام تست دوم را در یک آزمایشگاه دولتی تجربه کردم.

در آنجا بود که اولین تست آنتی‌بادی خود را نیز انجام دادم (IgM و IgG)، و تصمیم گرفتم که برای اهدای پلاسما به سازمان انتقال خون ایران مراجعه کنم. همه خدمات بسیار حرفه‌ای و با کیفیت بالا ارائه شد. پس از پشت سر گذاشتن این تجربه تا امروز من به طور کامل درگیر کار در خارج از خانه بوده‌ام و گرچه کاملاً اطمینان دارم که تا مدتی حداقل مصونیت جزئی در بدن من ایجاد شده است، اما همچنان خودم اقدامات محافظتی معمول را رعایت می‌کنم، چرا که باید در ترغیب همکاران خود در دفتر کار و در رعایت اصول بهداشتی برای مردم الگو باشم.



ضعف می‌کردم. من تمام مدت (۳ هفته) را در قرنطینه خانگی به سر بردم. نیازی به هیچ دارویی نبود و از آنجا که تحت نظر پزشکی خودم بودم، نیازی به کمک بیشتر نیز نداشتم. در واقع من تمام روز را به طور کامل و بیشتر روزها ۱۲ ساعت یا بیشتر، از خانه کار می‌کردم. همان طور که

بسیار فعال درگیر مقابله با این بیماری همه‌گیر در ایران بودند. البته تب من که هرگز از ۳۸٫۱ درجه بالاتر نرفته بود و همینطور سردرد مختصری که داشتم همگی بعد از ۳ روز رفع شد. فقط سرفه‌هایی کم و زیاد ادامه داشت، و من پس از حدود دو هفته مبارزه با ویروس با شدت متفاوت احساس

تجربه‌ای

تجربه‌ای هم که با خدمات درمانی داشتم عمدتاً در حد انجام تست آزمایشگاهی بود. اولین آزمایش را هنگامی که علایم بیماری در من بروز کرده بود در خانه انجام دادم، و از آنجا که در سازمان جهانی بهداشت شما برای بازگشت به محل کار به ۲ تست منفی واکنش زنجیره‌ای پلیمرز (PCR) کووید-۱۹ با ۲۴ ساعت فاصله نیاز دارید، من انجام تست دوم را در یک آزمایشگاه دولتی تجربه کردم.

