«ایران» در گفت‌وگو با مسئولان حوزه بهداشت و درمان
کمبودهای نظام ارائه خدمات سلامت در بحران کووید-۱۹ را بررسی می‌کند

دست خالی درمان در زمان بحران

فریباخان‌احمدی
خبرنگار

همه‌گیری ویروس کرونا بسیاری از مشکلات قدیمی نظام سلامت را در کشور برجسته کرد و البته در بسیاری از موارد فرصت خوبی را برای احیای زیرساخت‌های درمانی فراهم آورد و اهمیت دسترسی به تسهیلات بهداشتی را بیش از گذشته نمایان ساخت اما مطابق اعلام متخصصان حوزه سلامت، نظام ارائه خدمات سلامت در کشور با وجود توسعه نسبی در طرح تحول نظام سلامت همچنان شاخص‌های توسعه از برنامه‌ها و قوانین توسعه عقب است. تمرکز امکانات درمانی در مرکز و کم توجهی به موقعیت‌های جغرافیایی در دسترسی به خدمات سرپایی، تقویت نظام پایش و مراقبت از بیماری، بی توجهی به استقرار پزشک خانواده با هدف کاهش بار مراجعه به بیمارستان‌ها از جمله نقاط ضعف نظام سلامت در مدیریت همه‌گیری ویروس کرونا عنوان می‌شود. در مقابل اما متخصصان حوزه سلامت می‌گویند: دولت نقص‌های موجود بویژه در حوزه تجهیز تخت‌های بیمارستانی، بخش مراقبت‌های ویژه و منابع تأمین اکسیژن بیماران تنفسی نظام سلامت کشور را با فاصله اندکی از همه‌گیری تأمین کرده است و در شرایط فعلی کمبود تجهیزات قابل مقایسه با روزهای آغازین همه‌گیری کووید-۱۹ نیست. کاهش تلفات بیماران کرونایی به نسبت تعداد مبتلایان در پیک سوم و چهارم بر این مسأله صحه می‌گذارد.

■ **زنجیره‌ای از فقدان نظام سلامت کشورها در بحران کووید-۱۹**

ایرج حریرچی، معاون کل وزارت بهداشت در چند بخش کمبودها و خلأهایی را که بحران کووید-۱۹ در نظام سلامت و ارائه خدمات پررنگ کرد، توضیح می‌دهد. او در گفت‌وگو با «ایران» مهم‌ترین مسأله‌ای را که بحران کووید -۱۹ عیان کرد؛ کم توجهی به زیرساخت‌های بهداشت و درمانی و امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی اعم از امکانات فیزیکی و بخصوص خدماتی یعنی نیروی انسانی می‌داند که البته کمبود چنین زیرساخت‌ها و امکاناتی می‌تواند در بحران‌ها ضربات جبران‌ناپذیری به سلامت مردم بزند. تجربیات بیشتر کشورهای دنیا نشان داد کشورهایی که با توصیه‌های مقطع خاصی از مدیریت در بانک جهانی که مبتنی بر صرف سودبخشی و هزینه اثربخشی بود، عمل کردند باعث شد امکانات بهداشتی درمانی در این قبیل کشورهای دنیا با کاهش قابل توجهی مواجه شود. بحران کووید-۱۹ نشان داد بسیاری از کشورهایی که در این زمینه زیاده‌روی کرده بودند، در ارائه خدمات به مردم دچار مشکل شدند. حریرچی در ادامه می‌افزاید: «سیستم بهداشت و درمان همیشه باید امکانات بالفعل و بالقوه برای گسترش داشته باشد تا بتواند به بحران‌ها جواب دهد. موضوع دومی که بسیار مهم است؛ اهمیت تولیت نظام سلامت است که در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بدان تأکید شده است. در قوانین و احکام مختلف از جمله قوانین برنامه و قانون احکام دائمی برنامه‌های ۵ ساله به این موضوع بسیار تأکید شده که تولیت نظام سلامت با بهداشت و درمان است اینکه این تولیت در عمل اعمال شود و در موضوع بحرانی مثل بحران کرونا وزارت بهداشت بتواند فرماندهی را به عهده بگیرد و اعمال مدیریت و سیاست کند یکی از موضوعاتی بود که اکثر حکومت‌ها و جوامع به این عادت نداشتند و آماده چنین تولیتی از سوی وزارت بهداشت نبودند به این معنا که ساختار لازم را برای اعمال تولیت وزارت بهداشت نداشتند برای مثال زمانی که در شرایط پیک‌ها و قرمز شدن شهرها وزارت بهداشت دستور می‌دهد مرزها بسته شود بلافاصله این اقدام انجام می‌گیرد.»

تحلیلگران حوزه سلامت معتقدند شرایط اجتماعی که مردم در آن زندگی می‌کنند، اثر فراوانی بر سلامت آنان دارد. بررسی علل مرگ و میر بیماران کرونایی نیز در ۱۷ ماه گذشته نشان داد؛ کرونا هم قربانیانش را از میان افراد با وضعیت معیشتی ضعیف انتخاب می‌کند. به گونه‌ای که زنجیره‌ای از فقدان در مناطق حاشیه‌ای و با درآمد پایین، این بحران را تشدید می‌کند. کارگران روزمزد یکی از مثال‌های نام آشنایی بود که در طرح اعمال لاک داون شهرها و اعمال محدودیت‌های سنگین یکی از دغدغه‌های همیشگی مسئولان ستاد ملی مقابله با کرونا تلقی می‌شد هر چند دولت برخی تسهیلات را در اختیار این گروه‌ها قرار داد اما طولانی شدن اپیدمی سفره‌های افراد با درآمدهای روزانه را کوچک‌تر کرد. به گفته معاون اول وزارت بهداشت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت موضوع بسیار مهم در بحران کووید-۱۹ است: «کمتر از ۲۰ درصد مسائل مربوط به سلامت در حوزه اختیارات وزارت بهداشت است. عوامل مؤثر بر سلامت خصوصاً در بحران‌ها تأثیر خودش را بیشتر نشان می‌دهد برای مثال وقتی معیشت خانوارها بستگی به درآمد روزانه است یا سواد سلامت ناکافی است بحران می‌تواند اهمیت این مسأله را برجسته کند که البته اغلب کشورهای دنیا از آن غفلت کردند.

موضوع مهم دیگری که اپیدمی ویروس کرونا آن را برجسته کرد، بحث خصوصی‌سازی نظام سلامت کشورها بود. حریرچی در این باره می‌گوید: «بر اساس سیاست‌های نئولیبرالی اغلب کشورهای دنیا در حوزه خدمات سلامت به خصوصی سازی و خصوصی‌سازی مفرط روی آورده بودند. همین سیاست‌ها در بیشتر کشورهای دنیا از جمله کشور ما نشان داده که در موقع چنین بحران‌هایی بخش خصوصی با توجه به تصمیمات درونی و ملاحظات ایمنی و اقتصادی و اجتماعی خودش تصمیم می‌گیرد و این زیرساخت‌های دولت و بخش عمومی است که می‌تواند در موقع بحران به کمک بیاید و وظایف را انجام دهد.»

اگرچه در دولت یازدهم نظام سلامت با اجرای طرح تحول نظام سلامت توانست با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پیشرفت‌های چشمگیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما همچنان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. در مواجهه و برخورد با بیماری‌های نوظهور و پاندمی‌های گسترده از جمله ویروس کووید ۱۹ و بیماری کرونا وجود زیرساخت‌های قوی و نیروی انسانی مورد نیاز برای پوشش و غربالگری‌های گسترده و کنترل بیماری و بیماریابی فعال و کانتکت تریسنیک از جمله موضوعات مهمی بود که متخصصان حوزه سلامت بدان‌ها تأکید داشتند. با این وجود و بنا به گفته حریرچی؛ بحران کرونا موضوع عدالت تخصیصی را بیش از پیش برجسته کرد:

«مطابق برخی دیدگاه‌ها می‌توان بسیاری از امکانات را متمرکز استفاده کرد و موجب صرفه‌جویی و هزینه اثربخشی بیشتر شد ولی با توجه به گستردگی بیماری در بحران کرونا نشان داد ما باید امکانات‌مان در سطح کشور گسترده باشد و مناطق کم برخوردار به امکانات مناسب در محل سکونت‌شان دسترسی داشته باشند.

وی در همین زمینه عنوان می‌کند: «اهمیت توجه به سطوح مراقبتی عمومی یعنی خدمت‌رسانی از طریق پزشکان عمومی، پزشکان خانواده، پرستاران، مراقبین سلامت و بهورزها در طول پاندمی قوت گرفت. کووید-۱۹ نشان داد؛ در شرایط بحران باید روی این گروه‌ها اعتقاد بیشتری داشته باشیم البته این امر مستلزم این است در شرایط عادی باید آموزش و توانمندسازی گروه‌های خدمت‌رسانی عمومی و محیطی به میزان کافی انجام شده باشد. موضوع دیگر امکانات فیزیکی بود. بالاخره دستگاه اکسیژن ساز و برخی تجهیزات خاص و گرانقیمت معمولاً بر مبنای شرایط عادی تهیه و تأمین می‌شود در شرایط بحران گسترش اینها سخت است این هم موضوعی است که باید توجه داشت؛ امکانات فیزیکی بالقوه برای گسترش را داشته باشیم. در این میان نباید از بحث خودکفایی ملی نیز غافل شد چرا که بسیاری از داروها و تجهیزات سرمایه‌ای و مصرفی پزشکی و واکسن را با قیمت ارزان‌تر می‌توان از خارج تهیه کرد. ولی تجربه کرونا نشان داد در شرایط بحران کشورها به ملی‌گرایی و انحصارطلبی و احتکار روی می‌آورند و اگر کشورهای دیگر وابستگی داشته باشند، دچار کمبود و کسری و نقصان در خدمت‌رسانی می‌شوند در صنایع استراتژیک و دارو و ملزومات مهم، خودکفایی از عناصر اصلی در این زمینه است.

■ **چالش استقرار پزشک خانواده و کاهش بار مراجعه به بیمارستان‌ها**

یکی از چالش‌های اصلی شناسایی مبتلایان به ویروس کرونا و استفاده از خدمات درمان سرپایی دسترسی به پزشک عمومی و خانواده بود. از جمله راه‌های برون رفت شناسایی بهنگام بیماری و جلوگیری از ورود بیماری به فاز التهابی شدید و کاهش هزینه‌های درمان بیماری و کاهش بار مراجعه به بیمارستان‌ها، حضور پزشکان عمومی در مطب‌ها تلقی می‌شود. حریرچی نیز با بیان اینکه بار سنگین بحران بر دوش پزشکان عمومی در حوزه خدمات سرپایی است همچنین به اهمیت پزشکان خانواده و عمومی تأکید می‌کند: «تقویت پزشکان عمومی و خانواده در مراقبت از بیماران کرونا بسیار موضوع مهمی بود این گروه از پزشکان نقش اصلی را در سیستم مراقبت محیطی برعهده دارند مگر اینکه بیمار احتیاج به خدمات بیمارستانی داشته باشد. استقرار پزشکان عمومی و متخصص‌های داخلی در بخش خصوصی و عمومی و مهم‌تر از همه اگر نظام کامل پزشک خانواده مستقر شده بود بسیار می‌توانست مؤثرتر باشد و از تعداد قابل توجهی از بستری‌ها جلوگیری کند و حتی منجر به مراقبت‌های بهتر بعد از خروج بیمار از بیمارستان و ممانعت وی از برگشت به بیمارستان و بستری مجدد شود. در حالی که شیوع گسترده ویروس بویژه در روزهای اوج منحنی بیماری و افزایش آمار مبتلایان و موارد بستری اهمیت وجود تخت‌های بیمارستانی را برای بهبود ارائه خدمات دوچندان کرده بود اما همواره و پیش از چنین بحران نفسگیری یکی از نقدهای منتقدان به حوزه سلامت گسترش تخت‌های بیمارستانی در عوض توجه به خدمات بهداشت پیشگیری بود. این در حالی است که با وجود انتقادات وارد شده بر طرح تحول در بخش توسعه تخت‌های بیمارستانی، نظام سلامت توانست با ایجاد تعداد بسیار زیادی پایگاه سلامت و خصوصاً ایجاد یک سطح جدید به نام «مراکز جامع سلامت» در نقاط حاشیه‌نشین شهرها و مناطق کمتر برخوردار؛ سطح بهداشتی جدیدی را با حضور پزشکان، کارشناسان و مراقبان سلامت ایجاد کند. بر اساس آمارهای رسمی در طرح تحول سلامت و طی ۴ سال اول اجرای آن بیش از ۲۴ هزار تخت به تخت‌های بیمارستانی کشور اضافه شد. به گونه‌ای که شاخص تخت به جمعیت از کمتر از ۱.۵ تخت به ازای هزار نفر جمعیت به نزدیک ۲ تخت افزایش پیدا کرد. حریرچی معتقد است؛ آمار مرگ و میر باید به دو برابر میزان فعلی می‌رسید. از طرفی او تأکید می‌کند که در هیچ مقطعی از تاریخ ۶۰ ساله اخیر از لحاظ فیزیکی و گسترش و بازسازی خانه‌های بهداشتی و مراکز بهداشت و درمانی دولتی مطابق با دوران طرح تحول انجام نشد. انتقاد به گسترش تخت‌های بیمارستانی در حالی مطرح می‌شود که بیش از ۴۰ هزار تخت در طرح تحول اضافه شد و بیش از ۴۵ هزار تخت موجود بازسازی شد و بیمارستان‌ها به دستگاه سی‌تی اسکن و اکسیژن تجهیز شدند در کنار اینها چنانچه تقویت زیرساخت‌های تأسیساتی انجام نشده بود حداقل میزان مرگ و میر کرونا به دو برابر می‌رسید. خبرها هم حکایت از این داشت که در کشورهای انگلیس، امریکا، ایتالیا، فرانسه و اسپانیا و خصوصاً برزیل و هند بیماران در آمبولانس و جلوی بیمارستان‌ها فوت می‌کردند در حالی که در ایران این توسعه امکانات گرچه به حد ایده‌آل نرسید اما کمک کرد خدمت‌رسانی مناسب‌تری برای مردم ارائه شود.

■ **نظام مراقبت در بیماری‌ها باید فعال‌تر از گذشته باشد**

جلیل کوهپایه‌زاده رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران نیز با تأکید بر توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی در شرایط بحران به «ایران» می‌گوید: بحران کووید۱۹ در یک سال و نیم اخیر نشان داد مسیر مدیریت از طریق توسعه زیرساخت‌های بهداشتی کشورها است. هر کشوری که بتواند خدمات سلامت و پیشگیری بهتری را برای مردم فراهم کند و طراحی خوبی را در دسترسی به خدمات سلامت و نظارت و مدیریت در نظامات پیشگیری داشته باشد می‌تواند بهتر نتیجه بگیرد. این پیشگیری شامل رعایت پروتکل‌های بهداشتی و داشتن زیرساخت مناسب برای انجام تست تشخیصی، معاینات اولیه در مراکز جامع سلامت شهری و پایگاه‌های بهداشتی و در روستاها خانه‌های بهداشت است. هرکدام از این عناصر به عنوان یکی از راه‌های اصلی پیشگیری می‌تواند نقش بسزایی در مدیریت بیماری داشته باشد.

> **استقرار پزشکان عمومی و متخصص‌های داخلی در بخش خصوصی و عمومی و مهم‌تر از همه اگر نظام کامل پزشک خانواده مستقر شده بود بسیار می‌توانست مؤثرتر باشد و از تعداد قابل توجهی از بستری‌ها جلوگیری کند و حتی منجر به مراقبت‌های بهتر بعد از خروج بیمار از بیمارستان و ممانعت وی از برگشت به بیمارستان و بستری مجدد شود**

وی در ادامه می‌افزاید: کووید۱۹ نشان داد در جاهایی مثل شهرهای بزرگ که امکانات بهداشتی و درمانی را جدی نگرفتیم بیشتر آسیب دیدیم و در جاهایی که این امکانات فراهم بود کمتر دچار مشکل شدیم. همچنین علی‌رغم آنکه در طرح تحول سلامت اقدامات بسیار ارزشمندی در سیستم ارائه خدمات سلامت در بخش بهداشت و تشخیص و درمان انجام شد اما بازهم نشان داد در برخی قسمت‌ها از جمله تخت‌های مراقبت‌های ویژه و بخش اکسیژن‌رسانی بیمارستان‌ها مشکلات عمده داریم گرچه با درایت و پشتیبانی انجام شده اوضاع بهتر شد اما نهایتاً کووید۱۹ چندین مشکل را برای ما و دنیا در نظام ارائه خدمات مشخص کرد. ما با بحران تخت‌های ویژه و منابع اکسیژن در ماه‌های ابتدای پاندمی در ایران بیشتر مواجه بودیم. با گذشت بیش از یک‌ونیم سال از پاندمی ویروس کرونا اگرچه بیمارستان‌ها به تخت‌هایی با قدرت احیای تنفسی و تانک‌های اکسیژن تجهیز شده‌اند اما گزارش‌ها و تصاویر زیادی در روزهای آغاز شیوع پاندمی از بیماران کرونایی در محوطه بیمارستان که برای دسترسی به دستگاه‌های کمک‌کننده تنفسی سرگردان بودند، ثبت شده است. به گفته کوهپایه‌زاده؛ تخت‌های بیمارستانی در نظام سلامت طی چند سال گذشته نسبت به قبل طرح تحول حداقل به میزان دو برابر افزایش پیدا کرد که اگرچه در طول تاریخ بی‌سابقه بود ولی کماکان سرانه تخت بستری در کشور نسبت به شاخص‌های جهانی عقب است بعلاوه نوع تخت‌ها هم مهم است. در مورد تخت‌های ویژه به‌شدت کمبود وجود داشت و تا حدی سال‌های گذشته جبران شد ولی همچنان در استان تهران با شاخص یک تخت به ازای هر هزار نفر در بخش دولتی فاصله داریم. علی‌رغم اینکه تخت‌ها اغلب موارد مورد استفاده قرار نمی‌گیرند ولی به‌صورت حاکمیتی لازم است تعداد تخت را بر حسب شاخص‌های جمعیتی ایجاد کنیم. از طرفی فراموش نکنیم که کاهش نسبت مرگ‌ومیر به تعداد مبتلایان در پیک‌های اخیر کرونا به دلیل توسعه تخت‌های با قدرت احیای تنفسی و تجهیز بیمارستان‌ها به دستگاه‌های اکسیژن ساز است. وی با تأکید بر اینکه نظام مراقبت و پیشگیری در بیماری‌ها باید فعال‌تر از گذشته باشد، می‌افزاید: شاید اولین زنگ خطر که بیماری‌های نوپدید اعلام می‌کند توجه به نظام مراقبت است که باید هوشمندانه اطلاع‌رسانی و برنامه‌ریزی شود. کم‌توجهی به نظام ارائه مراقبت و پیشگیری از جمله موضوعاتی بود که نسبت به آن تعویق داشتیم هرچند که نسبت به یک سال گذشته این نقیصه کم‌رنگ‌تر شد.

■ **ضرورت تغییر کاربری پارکینگ‌های طبقاتی بیمارستان‌ها به فضاهای درمانی در مواقع بحران**

محمد طالب‌پور رئیس بیمارستان سینا که بیش از ۱۷ ماه مدیریت بیماران کرونایی را در یکی از بیمارستان‌های مرجع استان تهران عهده‌دار است به نقش پر رنگ همکاری مردم در تأمین امکانات اولیه برای مقابله با بحران کووید۱۹ اشاره می‌کند و به «ایران» می‌گوید: هیچ کدام از بیمارستان‌ها و جامعه پزشکی آمادگی برای مواجهه با چنین بحرانی نداشتیم. اگرچه بیمارستان‌ها نسبت به دهه اخیر تجهیز شده بودند اما این زیرساخت‌ها برای شرایط عادی پاسخگو بود و هیچ‌یک از بیمارستان‌های دنیا آمادگی مواجهه برای چنین بحرانی نداشتند. طوری که در اغلب کشورها تبعات آن رها شدن سیستم بهداشت و درمان بود اما با وجود این در کشور ما با توجه به فرهنگ ایرانی و اینکه ما سال‌ها شاهد بحران‌های مختلف بودیم آستانه تحمل مردم وضریب همکاری شان بیشتر بود و فضای فرهنگی و اجتماعی مردم به مدیریت این بلبشو کمک کرد. رئیس بیمارستان سینا درباره کمبود زیرساخت‌های درمانی هم می‌گوید: تجهیزاتی از جمله اکسیژن‌ساز در بیمارستان ما یک عدد بود الان سه تا منبع اکسیژن‌ساز داریم دولت هزینه هنگفتی را تقبل کرد و به اندازه ۱۰ تا ۱۵ تخت آی‌سی‌یو توانستیم تجهیزات بگیریم ولی بحران خیلی بیشتر از اینهاست. فکر دراز مدت درباره تجهیزات مورد نیاز برای رویارویی با چنین بحرانی مطرح نبود. همزمان با پاییز سیاه کرونایی در سال ۹۹ زمزمه‌های نبود حتی یک تخت خالی در پیک سوم در بیمارستان‌های پایتخت مدام از زبان مسئولان مطرح شد. در همان پیک سوم تصاویری از بیمارستان مسیح دانشوری منتشر شد که نشان می‌داد قسمتی از بیمارستان که در آنجا سایه‌بان زده و کپسول اکسیژن قرار داده است که تا زمانی که تخت‌های بستری خالی شوند و بیماران بتوانند به درون بخش منتقل شوند، حداقل در آنجا بتوانند اکسیژن مورد نیاز خود را دریافت کنند. این موضوع اگرچه به منظور خالی شدن تخت‌های بیمارستانی در شرایط اضطرار انجام گرفت اما رئیس بیمارستان سینا پیشنهاد می‌دهد لازم است در شرایط بحران از فضاهای دوگانه در بیمارستان‌ها که در حالت عادی کاربردی ندارند ولی در بحران‌ها می‌توانند تغییر کارآیی بدهند، استفاده کرد. ما اگر می‌توانستیم در اوج پیک‌ها، پارکینگ‌های طبقاتی در بیمارستان‌ها را به سیستم اکسیژن و تهویه تجهیز کنیم و به ازای هر ماشین دو تا تخت تعبیه می‌کردیم و نیروهای داوطلب از جمله پرستارهای بازنشسته را فراخوان می‌دادیم، قطعاً شرایط بهتر مدیریت می‌شد. ما زیرساخت‌های پذیرش بحران را نداشتیم. اخیراً طرح ساخت پارکینگ طبقاتی با امکان تبدیل به تخت‌های بستری را ارائه دادیم بخش زیادی از این هزینه‌ها را خیرین قبول کردند و دولت و مجلس نیز قول همکاری داده‌اند.

وی در ادامه به دو سؤال یکی درباره مدیریت هزینه‌های بیمارستانی و دوم گلایه رزیدنت‌ها به دلیل تحمل فشار کار بسیار زیاد پاسخ می‌دهد: «ما در بیمارستان کمبود نیرو داشتیم این یک واقعیت است. در بیمارستان با هماهنگی دانشگاه فرمول ایجاد کردیم که با این حال رفتار بیگاری مانند را به کسی تحمیل نکنیم از طرفی در سال ۹۹ نسبت به سال ۳۰،۹۸ درصد درآمد بیمارستان‌ها به‌واسطه کرونا کاهش پیدا کرد در مقابل دولت و دانشگاه هزینه‌ها را تقبل و تمام بیماران کرونایی را بیمه کردند. از طرفی چندین بار دولت بودجه کمکی داده و با توجه به کمک دولت و مردم، با این حال سال ۹۹ سال سخت و پرتنشی بود اما نگرانی ما بخش مالی قضیه نبود چون پرستارها و پزشکان چشمداشت آنچنانی ندارند در خیلی از کشورها روز اول همه کادر درمان جا خالی دادند و دولت‌ها مجبور شدند سه برابر حقوق روتین کادر درمان را پرداخت کنند تا دوباره کار کنند در صورتی که در بیمارستان ما حتی یک نفر از پزشکان، پرستاران و بهیار از زیر کار شانه خالی نکردند و بلکه با سختی کار کردند. در زمینه نیروی انسانی به انترن‌ها فشار نیاوردیم از رزیدنت‌ها به اندازه نیاز معمول استفاده کردیم یعنی پزشکان متخصص عفونی و داخلی را از بیرون دعوت به کار کردیم. پزشکان عمومی برای کشیک را هم دعوت کردیم در مابقی بخش‌های کرونا که گاهی به ۸ بخش می‌رسید پزشکان و کشیکان با پرداخت هزینه به‌صورت داوطلب به بیمارستان آمدند. تجربه پاندمی ویروس کرونا در طول ۱۷ ماه گذشته نشان داد هر زمان کرونا از کنترل خارج می‌شود و بیماران بدحال‌تر می‌شوند زخم همیشگی کمبود متخصص عفونی در کشور سر باز می‌کند با این حال دکتر طالب‌پور اگرچه تنها با دو متخصص عفونی در بیمارستان ۴۵۰ تختخوابی سینا رسیدگی به بیماران کرونایی را مدیریت می‌کند؛ معتقد است؛ در بیمارستان ۴۵۰ تختخوابی دو متخصص عفونی داریم. در حالت عادی این تعداد کافی است اما در بحران‌ها فرمول دارد در بیماری عفونی ویروسی بنا نیست همه مریض‌ها را متخصص عفونی ببینند. متخصص عفونی باید سرپرست یا مسئول مجموعه باشد و متناسب با تصمیمات قانونی پروتکل درمانی تعریف می‌کند. پزشکان عمومی و متخصص داخلی نیز بر اساس دستورالعمل متخصص عفونی عمل می‌کنند. فکر اینکه بحران رخ دهد و نزدیک یک میلیارد مردم دنیا به بیماری ویروسی مبتلا شوند و برای این تعداد متخصص عفونی تربیت شود دور از منطق است. میلیون‌ها بیمار کرونا با پروتکل متخصص عفونی و تحت نظارت و مدیریت وی درمان می‌شوند. در بیمارستان ما همین وضعیت بود همه پزشکان داوطلب که به بخش کرونا می‌آمدند همه باید تحت‌نظر پروتکل بیمارستانی که متخصص‌های عفونی و ریه می‌نوشتند، عمل می‌کردند. کاملاً واضح است در بحران‌ها انتظار اینکه همه مریض‌ها را متخصص عفونی ببینند هیچ جای دنیا وجود ندارد. رئیس بیمارستان سینا در پایان حرف‌هایش از شرایط روانی حاکم بر فضاهای بیمارستانی در پی موج‌شکنی‌های متوالی ویروس کرونا ابراز نگرانی می‌کند و می‌گوید: کادر درمان ۱۶ ماه در شرایط بحرانی زندگی کردند و در آی‌سی‌یوها شاهد مرگ‌ومیر تعداد زیاد بیمار بودند. افراد از نظر روحی خسته شدند. نهادهای مردمی اگر می‌توانند پای کار بیایند تا امکانات رفاهی فراهم کنند که بخصوص پرستاران و بهیارها بتوانند در فواصلی با استفاده از این خدمات ریکاوری کنند و دوباره به کار برگردند. نهادهای مسئول باید وضعیت روحی و روانی پزشکان و بهیاران و نیروهای خدماتی و پرستاران را کاملاً رصد کنند و متناسب با آن نیازهایشان را فراهم کنند.

■ **عقب ماندگی از شاخص‌های توسعه در همه‌گیری خودش را نشان داد**

تقی ریاحی مدیر عامل بیمارستان رسول اکرم(ص) نیز به مهم‌ترین دغدغه‌های نظام ارائه خدمات سلامت در شرایط همه‌گیری کرونا اشاره می‌کند و به «ایران» می‌گوید: میزان توانمندی هر سیستمی در مواجهه با همه‌گیری و بحران می‌تواند معدلی از برخورداری و قدرت سیستم در شرایط عادی باشد. با توجه به بحران همه‌گیری کرونا بخصوص در ماه‌های اول سراسیمگی و به هم ریختگی زیادی در سطح کشور در آنالیز درمانی به‌وجود آمده بود. بخش زیادی از بار بسیار زیاد مراجعه و عدم آمادگی مرکز درمانی برای مواجهه با این همه‌گیری به شاخص درمانی و توسعه برمی‌گردد. وی در ادامه می‌افزاید: قبل از کرونا نسبت به شاخص‌های تعیین شده در برنامه‌های متعدد توسعه کشور هم از جهت تخت بیمارستان و تخت‌های مراقبت ویژه و هم از جهت کیفیت و کمیت پرسنل درمانی از شاخص‌ها عقب بودیم و این عقب بودن در شرایط همه‌گیری بیشتر خودش را نشان داد با مدیریت و مجاهدت کادر درمان بخصوص پیک اول اپیدمی البته به بهای بازچینش ظرفیت تخت‌ها و تخصیص بخش زیادی از مراکز درمانی به مریض کرونایی این مهم مدیریت شد و آسیب‌ها کاهش پیدا کرد و تقریباً در هیچ پیکی مریض‌ها پشت در بیمارستان‌ها برای بستری معطل نماندند. ریاحی معتقد است؛ توسعه نسبی در برنامه طرح تحول در ظرفیت بیمارستان‌ها و بخش مراقبت‌های ویژه به‌وجود آمد البته اگر بخواهیم ساختار را در برابر تکانه‌های همه‌گیری توانمند کنیم باید به شاخص‌های کلان توجه کنیم. حوزه درمان جزو دغدغه‌های مهم خانواده‌ها و جامعه است و باید این حوزه را در حاشیه امنیت قرار دهیم. بیمارستان‌ها به‌رغم بازچینش ظرفیت‌ها و تلاش حداکثری می‌توانند اوضاع را مدیریت کنند ولی بهای گزافی از جهت فشار بر نیروی انسانی و هم از جهت افزایش تراز منفی مراکز درمانی می‌پردازند آن هم در شرایطی که تعرفه درمانی به نسبت تورم زیاد به‌درستی افزایش نیافته و بیمارستان‌ها را در شرایط نامناسب مالی قرار داده است از طرفی تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت معوقات بیمارستان را در شرایط اضطرار قرار داده که فقط با کمک‌های موردی و حمایت وزارت بهداشت و خیرین یا کارهای ضربتی خدمات ارائه می‌شود. این شرایط قطعاً در دراز مدت با آسیب فزاینده از جهت کمی و کیفی برای ارائه خدمات به مردم با توجه به طولانی شدن بحران همه‌گیری مواجه می‌شود.