



برنامه جامع آمادگی و پاسخ ستاد و صف نظام سلامت در شرایط بحران تحریم و جنگ

مرداد ۱۴۰۴

بهاجمت لوند جان و

در این سند، عمداً، از صفحات سفید برای امکان چاپ دو رو در صفحه بندی استفاده شده است.

معاونت توسعه و مدیریت منابع

© ۱۴۰۴ - کلیه حقوق مادی و معنوی این سند متعلق به وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی است و هرگونه انتقال به غیر و تکثیر بدون مجوز، پیگرد قانونی دارد.

پیشگفتار



همکاران گرامی و مدیران محترم نظام سلامت کشور،

در شرایط حساس کنونی که کشور با طیف گسترده‌ای از تهدیدات امنیتی، اقتصادی و سیاسی مواجه است، حفظ کارآمدی نظام سلامت نه تنها یک وظیفه حرفه‌ای، بلکه یک مسئولیت ملی محسوب می‌شود. تجربه جنگ تحمیلی و جنگ دوازده روزه اخیر نشان داده که نظام سلامت، آخرین خط دفاعی در برابر تهدیدات است که فروپاشی آن معادل فروپاشی امید مردم به آینده خواهد بود.

سندی که پیش روی شماست، حاصل تلاش مستمر مدیران و کارشناسان مجرب مجموعه وزارت بهداشت است. این سند یک نقشه راه عملیاتی برای تضمین تداوم ارائه خدمات در سخت‌ترین شرایط تلقی می‌شود. تهدیدات امروز پیچیده و چندبعدی هستند و جنگ‌های مدرن زیرساخت‌های حیاتی، زنجیره تأمین و سرمایه انسانی را هدف قرار می‌دهند. تحریم‌های اقتصادی، حملات سایبری، تهدیدات نامتعارف و احتمال درگیری‌های نظامی می‌توانند دستاوردهای دهه‌ها تلاش در حوزه سلامت را نابود کنند، بنابراین آمادگی پیشگیرانه یک ضرورت حیاتی است.

موفقیت این طرح در گرو مشارکت فعال همه شماست. مدیران دانشگاه‌ها مسئول بومی‌سازی سند، مدیران بیمارستان‌ها، مسئول آماده‌سازی تیم‌ها، کادر درمان، قهرمانان خط مقدم و مدیران پشتیبانی، عصب و روح عملیات محسوب می‌شوند.

این سند باید مطالعه، تمرین و اجرا شود نه اینکه در قفسه بماند. آموزش و تمرین مداوم کلید موفقیت است و در بحران هر ثانیه اهمیت دارد. تصمیمات سریع و دقیق فرق بین زندگی و مرگ را رقم می‌زنند. تاریخ ما را قضاوت خواهد کرد نه بر اساس بلایایی که بر سرمان آمد، بلکه بر اساس نحوه ایستادگی در برابر آنها. مردم ایران حق دارند بدانند نظام سلامت کشورشان هرگز تنهایشان نخواهد گذاشت.

این مسئولیت مقدس و این رسالت تاریخی است. اطمینان دارم شما شایسته این اعتماد خواهید بود.

“در خدمت سلامت مردم، تا آخرین نفس”

دکتر محمد رضا ظفرقندی

وزیر

فهرست

پیشگفتار.....	۵
خلاصه مدیریتی.....	۱۱
مقدمه.....	۱۴
ارزیابی مخاطرات پیش رو، اصول، و سطح بندی.....	۱۵
بخش اول: ارزیابی مخاطرات و اصول کلی.....	۱۶
پروتکل ۱.۱: تحلیل سناریوهای تهدید.....	۱۶
پروتکل ۱.۲: اصول و مبانی حاکم بر طرح.....	۲۰
پروتکل ۱.۳: سطوح آمادگی و کدهای واکنش یکپارچه (نظام پاسخگویی ماشه‌ای).....	۲۲
مدیریت زیرساخت های حیاتی و منابع و ذخایر استراتژیک.....	۲۷
بخش دوم: مدیریت زیرساخت های حیاتی و منابع و ذخایر استراتژیک.....	۲۸
پروتکل ۲.۱: تضمین پایداری انرژی الکتریکی (برق).....	۲۸
پروتکل ۲.۲: تضمین پایداری منابع آب و مدیریت فاضلاب.....	۳۰
پروتکل ۲.۳: تضمین پایداری گازهای طبی (اکسیژن، هوای فشرده و ...).....	۳۲
پروتکل ۲.۴: تضمین پایداری سیستم های ارتباطی.....	۳۴
پروتکل ۲.۵: دکترین ملی پایداری زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی.....	۳۸
پروتکل ۲.۶: دکترین ملی لجستیک و پایداری زنجیره تأمین سلامت.....	۴۱
پروتکل ۲.۷: پایداری سیستم های اطلاعاتی و حفاظت از مستندات پزشکی.....	۴۵
مدیریت منابع انسانی.....	۴۹
بخش سوم: مدیریت منابع انسانی، آموزش و توانمندسازی.....	۵۰
پروتکل ۳.۱: سازماندهی، شیفت بندی و تضمین تداوم خدمات در کلیه مراکز.....	۵۰
پروتکل ۳.۲: فراخوان و بهره گیری از نیروهای پشتیبان برای کل شبکه سلامت.....	۵۲
پروتکل ۳.۳: تضمین تداوم فرماندهی و مدیریت در کل ساختار.....	۵۴
پروتکل ۳.۴: آموزش جامع و مانورهای عملیاتی یکپارچه.....	۵۵

پروتکل ۳.۵: حمایت روان‌شناختی و پیشگیری از فرسودگی برای همه	۵۶
آمادگی و استمرار خدمات سلامت	۵۹
بخش چهارم: آمادگی و استمرار خدمات سلامت در شرایط بحران	۶۰
پروتکل ۴.۱: شاخص‌های کلیدی آمادگی و ارزیابی مستمر	۶۱
پروتکل ۴.۲: مدل پاسخگویی بالینی یکپارچه (بیمارستانی و جامعه‌محور)	۶۳
پروتکل ۴.۳: استمرار خدمات پشتیبانی و خدمات سیار	۶۵
پروتکل ۴.۴: آمادگی بهداشت عمومی و پیشگیری از اپیدمی‌ها	۶۷
پروتکل ۴.۵: مدیریت یکپارچه خدمات پیش‌بیمارستانی و اورژانس (EMS)	۶۸
پروتکل ۴.۶: بهداشت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی (MHPSS)	۷۱
پروتکل ۴.۷: مدیریت اجساد و تکریم متوفیان (DVI)	۷۲
پروتکل ۴.۸: گذار به مرحله بازیابی و یادگیری سازمانی	۷۳
مدیریت فضای فیزیکی، ایمن‌سازی و پناهگاه	۷۷
بخش پنجم: مدیریت فضای فیزیکی، ایمن‌سازی و پناهگاه	۷۸
تشریح مفاهیم کلیدی برای مدیران	۷۸
پروتکل ۵.۱: مقاوم‌سازی جامع و حفاظت از شریان‌های حیاتی	۷۹
پروتکل ۵.۳: طراحی و پیاده‌سازی مراکز فرماندهی بحران (EOC) مقاوم	۸۳
جمع‌بندی: از آسیب‌پذیری تا مقاومت	۸۴
فرماندهی، هماهنگی و تامین مالی اضطراری	۸۷
بخش ششم: فرماندهی، هماهنگی و تامین مالی اضطراری	۸۸
پروتکل ۶.۱: ساختار فرماندهی و تفویض اختیار عملیاتی	۸۸
پروتکل ۶.۲: تامین مالی اضطراری و ایجاد مسیرهای ویژه خرید	۹۰
جمع‌بندی و چارچوب یکپارچه	۹۱
نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر	۹۵
بخش هفتم: نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر	۹۶

تشریح مفاهیم کلیدی برای مدیران.....	۹۶
پروتکل ۷.۱: نظارت و پایش مستمر	۹۶
پروتکل ۷.۲: ارزیابی عملکرد و درس‌آموزی	۱۰۰
پروتکل ۷.۳: بهبود مستمر و به‌روزرسانی.....	۱۰۴
جمع‌بندی بخش هفتم.....	۱۰۷
منشور اختیارات، الزامات قانونی و تفویض اضطراری	۱۱۱
بخش هشتم: منشور اختیارات، الزامات قانونی و تفویض اضطراری در بحران ملی سلامت	۱۱۲
پروتکل ۸.۱: اختیارات و الزامات راهبردی سطح حاکمیت (دولت و قوای سه‌گانه).....	۱۱۲
پروتکل ۸.۲: اختیارات و الزامات تاکتیکی سطح ستاد وزارت بهداشت.....	۱۱۴
پروتکل ۸.۳: اختیارات و الزامات عملیاتی سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی	۱۱۵
پروتکل ۸.۴: مکانیزم‌های نظارت، مصونیت و پاسخگویی	۱۱۷
۸.۴.۱. مصونیت قضایی و اجرایی:.....	۱۱۷
پروتکل ۸.۵: مکانیسم پرداخت هزینه مصدومان جنگی در شرایط قطع شبکه‌ها	۱۱۷
جمع‌بندی کلی و نتیجه‌گیری.....	۱۲۱
جمع‌بندی کلی و نتیجه‌گیری.....	۱۲۲
پیام نهایی	۱۲۳

خلاصه مدیریتی

این سند، به عنوان یک سند بالادستی، سرفصل های اقدامات لازم در سطح دولت، وزارت بهداشت، و دانشگاه ها و مراکز ارایه خدمات درمان منتخب، در دوره بحران تحریم و یا جنگ (و یا هر دو) را تبیین می کند. هدف این سند، تدوین برنامه عملیاتی دوره بحران تحریم و جنگ، به تفصیل جزئیات مورد نیاز لایه صف نیست و این برنامه ها متعاقب ارایه این سند، طی نشست های خبرگانی و با استفاده از تجربیات مدیران لایه صف تدوین خواهد شد.

۱. مسئله اصلی و ضرورت طرح

نظام سلامت کشور در برابر طیف وسیعی از تهدیدات پیچیده و چندوجهی قرار دارد که فراتر از رسیدگی به مصدومان جنگی است. سناریوهای محتمل شامل جنگ اقتصادی و تشدید تحریم ها (با فعال سازی مکانیسم ماشه و تحریم های گسترده شورای امنیت) با هدف فلج کردن زنجیره تأمین دارو و تجهیزات، درگیری و حملات نظامی، با هدف تخریب زیرساخت های حیاتی مانند برق و آب و آسیب مستقیم به مراکز درمانی، تهدیدات نامتعارف (شیمیایی، میکروبی، هسته ای) و سناریوی ترکیبی (همزمانی جنگ و تشدید تحریم ها) می باشد. فروپاشی نظام سلامت در این شرایط، معادل فروپاشی امید مردم و تضعیف پایداری ملی خواهد بود. این سند یک نقشه راه عملیاتی و استراتژیک برای افزایش تاب آوری و تضمین تداوم ارائه خدمات ضروری سلامت در سخت ترین شرایط است.

۲. راهبرد کلان و اصول حاکم

راهبرد اصلی این سند، تبدیل مراکز درمانی از موجودیت های آسیب پذیر به قلعه هایی خودکفا و مقاوم از طریق یک رویکرد یکپارچه و سیستمی است. این راهبرد بر چهار اصل بنیادین استوار است:

- **اصل تداوم کارکرد:** تضمین می کند که ارائه خدمات ضروری سلامت تحت هیچ شرایطی متوقف نمی شود. این امر از طریق انعطاف پذیری، ایجاد ظرفیت های مازاد و برنامه ریزی برای سناریوهای شدید بحران محقق می گردد.
- **اصل فرماندهی و کنترل یکپارچه:** بر وجود یک ساختار فرماندهی روشن، متمرکز و از پیش تمرین شده برای جلوگیری از سردرگمی و دستورات متناقض تأکید دارد.

- اصل استفاده بهینه از منابع: حکم می‌کند که منابع کمیاب (نیروی انسانی، دارو، خون و زمان) باید بر اساس منطق علمی و اولویت‌بندی (تریاز) تخصیص یابد تا بیشترین دستاورد ممکن (برای مثال: نجات جان بیشترین تعداد) حاصل شود.
- اصل حفاظت از کارکنان و بیماران: تأمین امنیت و سلامت جسمی و روانی کادر درمان را یک الزام اخلاقی و راهبردی و هم‌تراز با درمان بیماران می‌داند.

۳. ساختار فرماندهی و کنترل یکپارچه

برای مدیریت مؤثر بحران، یک ساختار فرماندهی سه‌سطحی مبتنی بر مدل سامانه فرماندهی حادثه (ICS) طراحی شده است:

- سطح راهبردی (ملی): شورای عالی سلامت در بحران به ریاست معاون اول رئیس جمهور و عضویت وزرای کلیدی تشکیل می‌شود. این شورا مسئول اتخاذ تصمیمات کلان ملی، بسیج امکانات فرا-وزارتخانه‌ای و تخصیص بودجه‌های اضطراری است.
- سطح تاکتیکی (وزارت بهداشت): ستاد هدایت عملیات بحران ملی سلامت (ICS) به فرماندهی وزیر بهداشت، مغز متفکر عملیات است. این ستاد مسئولیت سیاست‌گذاری، مدیریت ذخایر راهبردی، ابلاغ پروتکل‌ها و تخصیص هوشمند منابع به دانشگاه‌ها را بر عهده دارد.
- سطح عملیاتی (دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها): مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه/بیمارستان (EOC) به فرماندهی رئیس دانشگاه یا بیمارستان، بازوی اجرایی در خط مقدم است. این مراکز مسئول اجرای پروتکل‌ها، مدیریت منابع محلی، درمان مصدومان و گزارش‌دهی مستمر به ستاد ملی هستند.

۴. خلاصه مسئولیت‌های کلیدی سطوح سه‌گانه

- سطح دولت (راهبردی):
 - تصویب قوانین و اعتبارات کلان برای آمادگی و پاسخ.
 - ایجاد صندوق ملی سلامت در بحران و تسهیل فرآیندهای مالی و خرید خارجی.

- هماهنگی فرابخشی در سطح ملی (مانند هماهنگی با وزارت نیرو، نفت، دفاع و کشور) و در حوزه مالی (با بانک مرکزی و سازمان برنامه و بودجه)
- پشتیبانی قانونی و دیپلماتیک از عملیات نظام سلامت.

• سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- تدوین و ابلاغ استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای فنی و بالینی.
- ایجاد، مدیریت و توزیع ذخایر راهبردی ملی (دارو، تجهیزات، واکسن، کیت‌های تخصصی).
- راهبری، نظارت و ارزیابی مستمر آمادگی کلیه دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها.
- ایجاد سامانه یکپارچه فرماندهی، کنترل و اطلاعات برای مدیریت هوشمند بحران.

• سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (عملیاتی):

- اجرا، بومی‌سازی و تمرین مستمر کلیه پروتکل‌های ابلاغی.
- پیاده‌سازی دفاع سه‌لایه برای زیرساخت‌های حیاتی (برق، آب، سوخت، اکسیژن، اطلاعات) و تلاش برای خودکفایی موقت مراکز درمانی.
- مدیریت منابع انسانی (شیفت‌بندی، فراخوان، آموزش و حمایت روانی) و سازمندی فضای فیزیکی (مقاوم‌سازی، پناهگاه، EOC).
- اجرای مستقیم عملیات بالینی (تریاز، مدیریت مصدومان انبوه) و بهداشتی (پیشگیری از اپیدمی) در صحنه.

این سند با رویکردی جامع، نظام سلامت را برای گذار از حالت واکنشی به آمادگی پیش‌دستانه هدایت می‌کند. پیاده‌سازی موفق آن، بقای نظام سلامت و جان شهروندان را در بحرانی‌ترین لحظات تضمین خواهد کرد.

آمادگی امروز، آرامش فردا

مغز - گفته این سند این است:

مقدمه

با توجه به شرایط حساس منطقه‌ای و تهدیدات بالقوه پیش رو، حفظ تمامیت و کارآمدی نظام سلامت کشور به عنوان یکی از ارکان اصلی پایداری ملی، از اهمیتی حیاتی برخوردار است. جنگ‌های مدرن، با ماهیت پیچیده و چندوجهی خود، چالشی فراتر از رسیدگی به مصدومان جنگی را به نظام درمانی تحمیل می‌کنند. قطع زیرساخت‌های حیاتی نظیر برق، آب و گاز، اختلال در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، افزایش تصاعدی بیماران تروما، بروز بحران‌های بهداشت روان و احتمال به‌کارگیری سلاح‌های نامتعارف، تنها بخشی از سناریوهای احتمالی است که می‌تواند در کوتاه‌ترین زمان، نظام سلامت را با فروپاشی مواجه سازد.

این سند، با نگاهی جامع و آینده‌نگر و با هدف حفظ جان شهروندان و تداوم ارائه خدمات بهداشتی-درمانی ضروری در سخت‌ترین شرایط، به عنوان برنامه جامع استراتژیک و عملیاتی (بالادستی) تدوین گردیده است. موفقیت این برنامه در گرو شناخت دقیق نقش و مسئولیت بازیگران کلیدی در سه سطح راهبردی، مدیریتی و عملیاتی است: ۱. **دولت و نهادهای حاکمیتی**: شامل پشتیبانی لجستیک، تأمین امنیت، تخصیص منابع اضطراری و هماهنگی‌های کلان ملی که خارج از حیطه اختیارات وزارت بهداشت است. ۲. **ستاد وزارت بهداشت و سازمان‌های تابعه**: به عنوان مغز متفکر و مرکز فرماندهی بحران، مسئولیت سیاست‌گذاری، تأمین دارو و تجهیزات استراتژیک، ابلاغ پروتکل‌ها و نظارت بر حسن اجرای برنامه‌ها را بر عهده دارد. ۳. **دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز ارائه‌دهنده خدمت**: به عنوان بازوان اجرایی در خط مقدم، مسئولیت مستقیم آماده‌سازی بیمارستان‌ها، مدیریت منابع انسانی، درمان مصدومان و ارائه خدمات بهداشتی در سطح منطقه را بر عهده دارند.

هدف اصلی این طرح، افزایش تاب‌آوری و توان پاسخگویی نظام سلامت از طریق هماهنگی یکپارچه میان این سه سطح، شناسایی دقیق مخاطرات، برنامه‌ریزی پیش‌دستانه و سازماندهی منابع است تا در زمان وقوع بحران، بتوان با کمترین آسیب و بیشترین بهره‌وری، از سلامت جامعه صیانت نمود.

بخش

۱

ارزیابی مخاطرات پیش رو، اصول، و سطح بندی

بخش اول: ارزیابی مخاطرات و اصول کلی

مقدمه بخش

این بخش، شالوده نظری و مفهومی کل سند را تشکیل می‌دهد و به عنوان قطب‌نمای راهبردی برای تمام اقدامات بعدی عمل می‌کند. جنگ‌های مدرن با ماهیت پیچیده و چندوجهی خود، چالشی فراتر از رسیدگی صرف به مصدومان جنگی را به نظام درمانی تحمیل می‌کنند. در این راستا، برای تدوین یک برنامه کارآمد، ابتدا باید دشمن و زمین بازی را به خوبی شناخت.

بر این اساس، سناریوهای اصلی تهدید که نظام سلامت کشور را با چالش‌های بنیادین مواجه می‌سازند، به صورت واقع‌بینانه تحلیل شده و سپس اصول بنیادینی که باید همچون قانونی نانوشته بر کلیه اقدامات و پروتکل‌ها حاکم باشند، تشریح می‌گردند. درک عمیق این بخش برای تفسیر و اجرای صحیح سایر بخش‌های سند الزامی است، زیرا مشخص می‌کند که چرا و بر اساس چه فلسفه‌ای اقدامات فنی و عملیاتی بعدی طراحی شده‌اند. این سند در واقع چگونگی ایفای نقش‌های متصور شده در این گونه بحران‌ها برای ستاد و صف ترسیم می‌نماید.

پروتکل ۱.۱: تحلیل سناریوهای تهدید

۱.۱.۱. سناریوی بحران اقتصادی-سیاسی (جنگ اقتصادی و تشدید تحریم‌ها)

این سناریو، یک جنگ فرسایشی و خاموش علیه زیرساخت سلامت کشور محسوب می‌شود که با ابزارهایی نظیر فعال‌سازی مکانیسم ماشه دنبال می‌شود.

تحلیل تهدید:

- **قطع یا تحدید شدید ارز برای واردات:** این اقدام، شریان حیاتی نظام سلامت را هدف قرار می‌دهد. واردات داروهای انحصاری، داروهای شیمی‌درمانی و بیوتکنولوژی، کیت‌های تشخیصی تخصصی، قطعات یدکی تجهیزات پزشکی پیشرفته (دستگاه‌های CT، MRI، شتاب‌دهنده‌های خطی) و مواد اولیه دارویی فاقد تولید داخلی، مستقیماً متوقف یا به شدت محدود می‌شود.
- **فلج شدن سیستم بانکی و لجستیک بین‌المللی:** تحریم‌های ثانویه، شرکت‌های بین‌المللی حمل‌ونقل و بیمه را از همکاری با کشور باز می‌دارد. در نتیجه، حتی در صورت تأمین ارز از منابع

غیررسمی، فرآیند خرید و انتقال کالا با هزینه‌های گزاف، تأخیرهای طولانی و ریسک بالای توقیف محموله‌ها همراه است.

پیامدهای راهبردی:

- افزایش مرگ‌ومیر قابل پیشگیری: بیماران مبتلا به سرطان، بیماری‌های خاص (هموفیلی، تالاسمی) و نیازمندان به جراحی‌های پیچیده، اولین قربانیان این سناریو خواهند بود
- کاهش شدید کیفیت خدمات: فرسودگی و از کار افتادن تجهیزات پزشکی به دلیل نبود قطعات یدکی
- ایجاد بازار سیاه و داروهای تقلبی: تهدید امنیت دارویی جامعه
- فرسایش سرمایه اجتماعی: کاهش شدید اعتماد عمومی به حاکمیت و پاسخگویی دولت

۱.۱.۲. سناریوی درگیری نظامی محدود یا گسترده (جنگ متعارف)

این سناریو، نظام سلامت را در یک بازه زمانی کوتاه با شوک‌های متعدد و سهمگین مواجه می‌سازد.

تحلیل تهدید:

- فروپاشی زیرساخت‌های حیاتی:
 - برق: قطع برق سراسری معادل خاموشی مطلق بیمارستان‌هاست. ژنراتورهای اضطراری تنها برای چند ساعت و بخش‌های حیاتی (اتاق عمل، ICU) کفایت می‌کنند
 - آب: قطع آب، استریلیزاسیون مرکزی، دیالیز، بهداشت عمومی و کنترل عفونت را ناممکن می‌سازد
 - ارتباطات: قطع سیستم عصبی نظام سلامت، اختلال در فرماندهی بحران و هماهنگی‌ها
- آسیب مستقیم به بیمارستان‌ها و انبارهای دارویی: هدف قرار گیری اهداف نرم برای فلج کردن توان پاسخگویی کشور

- بحران حاد منابع انسانی: پدیده “ترک خدمت” در میان کادر درمان به دلیل تهدیدات امنیتی و فشار روانی شدید
- خطر برقراری چرخه های معیوب: افزایش نارضایتی روزافزون به دلیل عدم فراهم سازی امکانات و خدمت رسانی عمومی

پیامدهای راهبردی:

- ناتوانی در مدیریت مصدومان انبوه: اشباع سریع سیستم درمانی و اقدام به تریاژ راهبردی چند مسیره
- توقف خدمات عادی: متوقف شدن رسیدگی به بیماران اورژانسی دیگر و بیماران مزمن
- ایجاد خلاء مدیریتی: از هم گسیختگی ساختار مدیریتی بحران

۱.۱.۳. سناریوی تهدیدات نامتعارف (شیمیایی، میکروبی، هسته‌ای، رادیولوژیک)

پیچیده‌ترین و مخرب‌ترین نوع تهدید که نیازمند دانش، تجهیزات و پروتکل‌های کاملاً تخصصی است.

تحلیل تهدید:

- به‌کارگیری عوامل شیمیایی (گازهای اعصاب)، میکروبی (سیاه‌زخم) یا رادیولوژیک (بمب کثیف)
- ایجاد مصدومانی با علائم بالینی متفاوت نیازمند رفع آلودگی، ایزولاسیون و پادزهرهای خاص

پیامدهای راهبردی:

- وحشت عمومی و فلج جامعه
- آلودگی گسترده منابع
- ناتوانی کامل سیستم درمانی

۱.۱.۴. سناریوی ترکیبی (جنگ و تحریم همزمان)

بدترین حالت ممکن که در آن، چالش‌های هر دو سناریوی فوق به صورت همزمان رخ داده و اثرات یکدیگر را تشدید می‌کنند و نظام سلامت را در خطر جدی قرار می‌دهند که نیازمند آمادگی مضاعف و ویژه می‌باشد.

جدول ۱.۱: ماتریس اثرات تشدیدشونده سناریوها بر نظام سلامت

شاخص کلیدی	سناریوی تحریم	سناریوی جنگ	سناریوی ترکیبی
زنجیره تأمین دارو	اختلال شدید در واردات، کمبود اقلام وارداتی و عدم تامین مواد اولیه دارو	اختلال در توزیع داخلی، انهدام انبارها	فروپاشی کامل زنجیره تأمین
زیرساخت‌ها	عمدتاً سالم	آسیب گسترده و قطعی مکرر	آسیب گسترده بدون توانایی ترمیم
منابع انسانی	فرسودگی شغلی، تمایل به مهاجرت	تلفات، فرسودگی حاد، ترک خدمت	تلفات بالا، فروپاشی کامل انگیزه
نیاز به خدمات	افزایش بیماران مزمن بدون دارو	افزایش انفجاری مصدومان تروما	ترکیب انفجاری مصدومان و بیماران مزمن
ظرفیت پاسخگویی	کاهش تدریجی	کاهش انفجاری	آسیب کامل

پروتکل ۱.۲: اصول و مبانی حاکم بر طرح

موفقیت این سند در گرو پایداری تمام ارکان نظام سلامت به چهار اصل بنیادین است که به مثابه ستون‌های اصلی، کلیه اقدامات و برنامه‌ها را جهت‌دهی و پشتیبانی می‌کنند.

۱.۲.۱. اصل تداوم کارکرد

این اصل، حیاتی‌ترین رکن آمادگی در شرایط بحران است و بر این فلسفه استوار است که ارائه خدمات ضروری سلامت به هیچ عنوان و تحت هیچ شرایطی نباید متوقف شود.

مؤلفه‌های عملیاتی:

- طراحی سیستم‌هایی با انعطاف‌پذیری بالا و قابلیت تطبیق با شرایط متغیر
- ایجاد ظرفیت‌های مازاد و تعریف مراکز درمانی پشتیبان
- توانایی جابجایی سریع منابع و پرسنل
- برنامه‌ریزی برای استمرار خدمات حتی در صورت از دست رفتن ۵۰٪ منابع

۱.۲.۲. اصل فرماندهی و کنترل یکپارچه

این اصل بر لزوم وجود یک ساختار فرماندهی روشن، متمرکز و مورد توافق همه بازیگران تأکید دارد.

مؤلفه‌های عملیاتی:

- طراحی پیش از بحران: ساختار فرماندهی باید قبل از وقوع بحران طراحی و تمرین شود
- تعریف دقیق اختیارات و مسئولیت‌ها: جلوگیری از اتلاف وقت و صدور دستورات متناقض
- زنجیره فرماندهی شفاف: از سطح ملی تا سطح بیمارستان
- سیستم ارتباطات یکپارچه: تضمین جریان اطلاعات در همه سطوح

۱.۲.۳. اصل استفاده بهینه از منابع

این اصل حکم می‌کند که تخصیص منابع کمیاب باید بر اساس یک منطق مشخص و علمی و با هدف کسب بیشترین دستاورد صورت پذیرد.

مؤلفه‌های عملیاتی:

- ارزیابی منابع: نیروی انسانی، دارو، تجهیزات، خون و زمان
- اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد: نجات جان بیشترین تعداد ممکن
- سیستم‌های پشتیبانی تصمیم: ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری سریع
- نظارت مستمر بر مصرف منابع

۱.۲.۴. اصل حفاظت از کارکنان و بیماران

این اصل، یک الزام اخلاقی و راهبردی است که بر اساس آن، تأمین امنیت و سلامت جسمی و روانی کادر درمان، اولویتی هم‌تراز با درمان بیماران دارد.

مؤلفه‌های عملیاتی:

- تامین فضای مناسب و قابل اطمینان
- تأمین تجهیزات حفاظت فردی (PPE)
- ایمن‌سازی محیط کار: حفاظت فیزیکی مراکز درمانی
- ارائه حمایت‌های روانی: مشاوره و درمان فرسودگی شغلی
- تضمین امنیت خانواده کارکنان: شرط لازم برای حضور مؤثر پرسنل

جدول ۱.۲: ماتریس مسئولیت‌های کلیدی در مدیریت تهدیدات

حوزه مسئولیت	سطح دولت	ستاد وزارت بهداشت	دانشگاه‌ها و مراکز درمانی
سیاست‌گذاری کلان	تصویب قوانین و اعتبارات	تدوین سیاست‌های بخشی	اجرا و بومی‌سازی
تأمین منابع	تخصیص بودجه اضطراری	توزیع و نظارت	مدیریت و بهینه‌سازی مصرف
هماهنگی	هماهنگی فرابخشی	هماهنگی درون‌بخشی	هماهنگی محلی
اجرا و عملیات	نظارت کلان و ارزیابی	پایش، راهبری و پشتیبانی	اجرای مستقیم

پروتکل ۱.۳: سطوح آمادگی و کدهای واکنش یکپارچه (نظام پاسخگویی ماشه‌ای)

فلسفه و هدف پروتکل:

به منظور گذار از مدیریت واکنشی و مبتنی بر دستور به یک نظام هوشمند، پیش‌دستانه و خودکار (ماشه‌ای)، این پروتکل یک زبان مشترک و یک چارچوب عملیاتی استاندارد برای کل نظام سلامت کشور تعریف می‌نماید. هدف اصلی، ایجاد یک مکانیزم پاسخگویی طبقه‌بندی شده است که در آن، هر سطح از تهدید، به صورت خودکار مجموعه‌ای از اقدامات از پیش تعریف‌شده را فعال می‌کند و نیاز به صدور دستورالعمل‌های موردی در بحبوحه بحران را به حداقل می‌رساند. این کدها توسط ستاد هدایت عملیات بحران ملی سلامت (ICS) اعلام شده و برای کلیه سطوح (ستاد، دانشگاه و مراکز درمانی) لازم‌الاجراست.

تعریف سطوح چهارگانه آمادگی و واکنش:

وضعیت سفید (آمادگی پایدار - Code White): شرایط عادی

- تعریف: وضعیت عادی و زمان صلح؛ عدم وجود تهدید قریب‌الوقوع. این وضعیت، “فصل کاشت” برای آمادگی در برابر بحران است.

- اقدامات کلیدی:

۱. **برنامه‌ریزی و بهینه‌سازی:** تدوین، بازنگری و بومی‌سازی برنامه‌های عملیاتی بحران در سطح دانشگاه و بیمارستان.
۲. **آموزش و توانمندسازی:** برگزاری مستمر دوره‌های آموزشی (تربیت، جراحی کنترل آسیب، حمایت روانی) و تمرین‌های دورمیزی برای مدیران.
۳. **مانور و ارزیابی:** اجرای مانورهای عملیاتی (اعلام شده و سرزده) حداقل به صورت فصلی و ثبت نقاط ضعف و قوت در “سامانه ملی پایش آنلاین آمادگی بحران (سمپاب)”.
۴. **ایجاد و تکمیل ذخایر:** تأمین و چرخش منظم ذخایر استراتژیک دارو، تجهیزات و ملزومات بر اساس استانداردهای ابلاغی (رساندن موجودی به ۱۰۰٪ سطح تعریف شده).
۵. **نگهداری و مقاوم‌سازی:** بازرسی، تعمیر و نگهداری پیشگیرانه زیرساخت‌های حیاتی (ژنراتورها، مخازن آب، سیستم‌های اکسیژن‌ساز) و اجرای پروژه‌های مقاوم‌سازی.

وضعیت زرد (هشدار و آماده‌باش - Code Yellow): احتمال وقوع بحران

- **تعریف:** شرایطی که در آن تنش‌های سیاسی، نظامی یا امنیتی افزایش یافته و احتمال وقوع درگیری یا بحران در آینده نزدیک (مثلاً چند هفته آتی) وجود دارد. این وضعیت، زمان “آماده‌سازی برای طوفان” است.
- **اقدامات کلیدی:**

۱. **فعال‌سازی محدود EOC:** مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) در سطح دانشگاه و بیمارستان‌های معین به صورت محدود و ۲۴ ساعته فعال شده و جلسات هماهنگی روزانه برگزار می‌کند.
۲. **به‌روزرسانی و تکمیل فوری موجودی:** بررسی وضعیت کلیه ذخایر استراتژیک و مصرفی و اقدام فوری برای رساندن آنها به سقف ۱۲۰٪ ظرفیت تعریف شده.
۳. **آماده‌باش تیم‌های واکنش سریع:** کلیه اعضای تیم‌های واکنش سریع در حالت آماده‌باش قرار گرفته و جداول کشیک و فراخوان آنها نهایی می‌شود.

۴. بررسی نهایی زیرساخت‌ها: تست گرم کلیه ژنراتورها، منابع پشتیبان آب و اکسیژن و سیستم‌های ارتباطی اضطراری (تلفن ماهواره‌ای، بی‌سیم).
۵. کاهش اعمال جراحی الکتیو: کاهش تدریجی و مدیریت‌شده اعمال جراحی غیراورژانسی (الکتیو) برای آزاد نگاه داشتن ظرفیت تخت‌های بستری و ویژه.
۶. اطلاع‌رسانی محدود به کارکنان: آگاه‌سازی مدیران میانی و کارکنان کلیدی از شرایط و احتمال فراخوان.

وضعیت قرمز (بحران فعال - Code Red): وقوع بحران

- تعریف: آغاز درگیری نظامی، وقوع حمله یا بحران گسترده. این وضعیت، "ورود به قلب طوفان" است.
- اقدامات کلیدی:

۱. فعال‌سازی کامل ساختار فرماندهی: استقرار کامل اتاق جنگ سلامت (EOC) و به دست گرفتن فرماندهی یکپارچه عملیات توسط رئیس دانشگاه/بیمارستان.
۲. اجرای پروتکل‌های عملیاتی: آغاز فوری پروتکل‌های تریاژ مصدومان انبوه، تخلیه بخش‌های آسیب‌پذیر، و فعال‌سازی فضاهای درمانی جایگزین.
۳. فراخوان سراسری نیروها: فراخوان کلیه نیروهای انسانی (رسمی، قراردادی، طرحی) و نیروهای داوطلب ثبت‌شده بر اساس پروتکل‌های منابع انسانی.
۴. توقف کامل خدمات غیرضروری: توقف کلیه اعمال جراحی الکتیو و خدمات سرپایی غیراضطراری. تمرکز تمام ظرفیت بیمارستان بر مدیریت بحران.
۵. اعمال اختیارات اضطراری: استفاده از اختیارات تفویض شده برای خرید بدون تشریفات، به‌کارگیری موقت نیرو و استفاده از امکانات بخش خصوصی و عمومی غیردولتی.
۶. ارتباط مستمر با ستاد بالادستی: گزارش‌دهی منظم (هر ۶ ساعت) به ستاد هدایت عملیات وزارت بهداشت.

وضعیت بنفش - یا قرمز ۲ (بحران فاجعه‌بار - Code Black): قطع ارتباط و بقا

• **تعریف:** سناریوی شدید که در آن زیرساخت‌های ارتباطی کشور دچار فروپاشی شده و ارتباط مرکز با صف (ستاد وزارت با دانشگاه‌ها) برای مدتی طولانی (بیش از ۶ ساعت) قطع می‌گردد. این وضعیت، “نبرد برای بقا” است.

• اقدامات کلیدی:

۱. اجرای “اصل آتش به اختیار”: به محض تشخیص وضعیت بنفش (قرمز ۲)، رئیس دانشگاه علوم پزشکی به عنوان فرمانده تام‌الاختیار میدانی عمل کرده و کلیه تصمیمات لازم برای مدیریت بحران در محدوده جغرافیایی خود را بدون نیاز به کسب مجوز از مرکز اتخاذ می‌نماید.
۲. مدیریت منابع با رویکرد بقا: اجرای سخت‌گیرانه‌ترین پروتکل‌های تخصیص منابع (تریاز) ثانویه برای منابعی مانند ونتیلاتور و اتاق عمل) با هدف نجات جان بیشترین تعداد ممکن.
۳. فعال‌سازی شبکه‌های ارتباطی جایگزین: تلاش برای برقراری ارتباط از طریق تمام روش‌های ممکن (پیک معتمد، شبکه‌های رادیویی آماتور، ارتباط با استان‌های همجوار).
۴. فرماندهی یکپارچه منطقه‌ای: رئیس دانشگاه مسئولیت هماهنگی و راهبری کلیه مراکز درمانی منطقه‌ای شامل حوزه سلامت دولتی، خصوصی، نظامی، خیریه را بر عهده می‌گیرد.
۵. مستندسازی تصمیمات: کلیه تصمیمات و اقدامات مهم باید در دفتر وقایع اتفاق جنگ ثبت شود تا پس از برقراری ارتباط، به ستاد مرکزی گزارش گردد. اختیارات وضعیت بنفش (قرمز ۲) تا زمان برقراری مجدد ارتباط پایدار با ستاد مرکزی پابرجا خواهد بود.

بخش ۲

مدیریت زیرساخت های حیاتی و منابع و ذخایر استراتژیک

بخش دوم: مدیریت زیرساخت های حیاتی و منابع و ذخایر استراتژیک

مقدمه بخش

مراکز درمانی مدرن، موجودیت هایی به شدت وابسته به زیرساخت های حیاتی هستند. آب، برق، گازهای طبی، زنجیره تأمین و سیستم های اطلاعاتی، شریان های حیاتی یک بیمارستان محسوب می شوند که قطع هر یک از آنها، حتی برای چند ساعت، می تواند به سرعت منجر به فلج شدن فرآیندهای درمانی و افزایش مرگومیر بیماران شود. در سناریوی جنگ، زیرساخت های ملی اولین اهداف دشمن برای از کار انداختن شریان های اقتصادی و اجتماعی کشور هستند. بنابراین، راهبرد اصلی در این بخش، حرکت از “وابستگی به شبکه ملی” به سمت “ایجاد قلعه های درمانی خودکفا” است که بتوانند در شرایط محاصره کامل، برای یک بازه زمانی مشخص (حداقل ۷۲ ساعت) به طور مستقل به عملیات ادامه دهند.

این امر از طریق یک دفاع سه لایه محقق می شود:

- **لایه اول (پیشگیری و مقاوم سازی):** تقویت و ایمن سازی زیرساخت های داخلی مرکز.
 - **لایه دوم (ذخیره سازی و پشتیبان گیری):** ایجاد منابع و سیستم های پشتیبان در محل.
 - **لایه سوم (فرآیندهای جایگزین):** طراحی و تمرین روش های جایگزین (معمولاً غیردیجیتال و دستی) برای زمان از کار افتادن کامل سیستم های اصلی و پشتیبان.
- موفقیت در این بخش، پیش نیاز موفقیت در تمام بخش های دیگر است. بدون آب و برق، بهترین جراحان و پیشرفته ترین تجهیزات نیز کارایی خود را از دست خواهند داد.

پروتکل ۲.۱: تضمین پایداری انرژی الکتریکی (برق)

مقدمه پروتکل: برق، حیاتی ترین زیرساخت یک مرکز درمانی است که عملکرد تجهیزات تشخیصی، درمانی، تهویه، سرمایش/گرمایش و سیستم های اطلاعاتی به آن وابسته است. هدف این پروتکل، تضمین تأمین برق بدون وقفه برای کلیه خدمات ضروری است.

۲.۱.۱. وظایف سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- **الف) اولویت‌بخشی در شبکه ملی:** وزارت نیرو مکلف است ضمن اعلام وضعیت اضطراری، کلیه مراکز درمانی اصلی و پشتیبان تعیین‌شده توسط وزارت بهداشت را در “فهرست قرمز عدم قطع برق (Red List)” قرار دهد و از هرگونه قطعی برنامه‌ریزی‌شده یا ناشی از مدیریت شبکه در این مراکز خودداری نماید.
- **ب) تأمین سوخت اضطراری:** وزارت نفت مکلف است بر اساس اعلام وزارت بهداشت، سوخت (گازوئیل) مورد نیاز ژنراتورهای مراکز درمانی و بهداشتی را به عنوان “سهمیه استراتژیک سلامت” با اولویت اول و نرخ یارانه‌ای تأمین و توزیع (تحويل در محل مرکز/بیمارستان) نماید.
- **ج) تأمین مالی و تسهیل واردات:** سازمان برنامه و بودجه مکلف است اعتبارات لازم برای خرید، نوسازی و تعمیرات اساسی ژنراتورهای بیمارستانی را به صورت ۱۰۰٪ تأمین و تخصیص دهد. وزارت صمت مکلف است واردات ژنراتورهای سنگین و قطعات یدکی آن‌ها را در فرآیند سبز گمرکی قرار دهد.
- **د) همکاری تولیدکنندگان خارجی:** وزارت صمت مکلف است از طریق راهکارهای مختلف کارخانجات و تولیدکنندگان داخلی دستگاه‌ها و لوازم یدکی حیطه انرژی (اعم از ژنراتور و تجهیزات مرتبط) را ملزم به تولید و تأمین مایحتاج بیمارستان‌ها در دوره صلح و بحران نماید.

۲.۱.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت:

- **الف) استانداردسازی فنی:** تدوین و ابلاغ “استاندارد ملی برق اضطراری بیمارستانی” که در آن ظرفیت ژنراتور مورد نیاز بر اساس تعداد تخت و نوع خدمات، استانداردهای اتصال به شبکه و پروتکل‌های تعمیر و نگهداری پیشگیرانه مشخص شده باشد.
- **ب) مطالعه، نظارت و ارزیابی:** مطالعه آمایشی وضعیت برق اضطراری کلیه بیمارستان‌های کشور، و ایجاد یک سامانه آنلاین برای پایش مستمر وضعیت ژنراتورهای بیمارستان‌های کشور، شامل میزان سوخت ذخیره، تاریخ آخرین سرویس و نتایج تست‌های عملکردی فصلی.

۲.۱.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی:

- **الف) پیاده‌سازی دفاع سه‌لایه برق:**

- **لایه اول (تأمین از دو منبع):** اطمینان از اتصال بیمارستان های منتخب بحران به دو پست برق متفاوت از شبکه شهری در صورت امکان.
- **لایه دوم (ژنراتورهای پشتیبان):** تأمین و نگهداری حداقل دو ژنراتور دیزلی با ظرفیت تأمین برق مورد نیاز بیمارستان به صورت پیوسته و ۲۴ ساعته. ژنراتورها باید به سیستم فعال سازی خودکار (ATS) مجهز بوده و به صورت هفتگی تست شوند.
- **لایه سوم (UPS حیاتی):** تجهیز کلیه تجهیزات پزشکی حیاتی (ونتیلاتور، مانیتورینگ)، اتاق های عمل، ICU، CCU، NICU، واحد استریلیزاسیون (CSR) و سرورهای IT به منابع برق بدون وقفه (UPS) با ظرفیت پشتیبانی حداقل ۶۰ دقیقه.
- **(ب) ذخیره سازی سوخت:** ذخیره سوخت گازوئیل در مخازن امن و استاندارد به میزان کافی برای فعالیت مداوم ژنراتورها به مدت حداقل ۷۲ ساعت در حالت بار کامل.
- **(ج) مانور قطع برق:** اجرای مانور فصلی "قطع کامل برق شهر" جهت تست عملکرد یکپارچه ژنراتورها و UPS ها و ارزیابی آمادگی کارکنان.

پروتکل ۲.۲: تضمین پایداری منابع آب و مدیریت فاضلاب

مقدمه پروتکل: آب برای شرب، بهداشت، استریلیزاسیون و سیستم های خنک کننده ضروری است. قطع آب می تواند به سرعت منجر به شیوع عفونت های بیمارستانی و توقف فعالیت بخش های حیاتی مانند CSR شود.

۲.۲.۱. وظایف سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- **الف) اولویت بخشی در شبکه ملی:** وزارت نیرو (شرکت آب و فاضلاب) مکلف است مراکز درمانی تعیین شده را در اولویت تأمین آب قرار داده و از قطع آن خودداری کند.
- **(ب) هماهنگی تأمین جایگزین:** وزارت کشور (از طریق سازمان مدیریت بحران) مکلف است در هماهنگی با شهرداری ها و نیروهای مسلح، ناوگان تانک های آبرسانی سیار را برای تأمین اضطراری آب مراکز درمانی آماده نگه دارد.

۲.۲.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت:

- الف) استانداردسازی ذخیره و تصفیه: ابلاغ دستورالعمل “استاندارد ذخیره و تصفیه آب اضطراری” شامل حجم مخازن مورد نیاز به ازای هر تخت و مشخصات فنی دستگاههای تصفیه آب پرتابل.
- ب) انعقاد تفاهم‌نامه ملی: عقد تفاهم‌نامه کلان با اتحادیه‌ها و شرکت‌های بزرگ تولیدکننده آب بسته‌بندی برای تأمین اضطراری و اولویت‌دار آب شرب بیمارستان‌ها در سطح کشور.

۲.۲.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی:

- الف) ذخیره‌سازی چندلایه آب:
- تأمین مخازن ذخیره: تأمین و نگهداری مخازن ذخیره آب بهداشتی به میزان کافی برای تأمین سرانه مصرف ۷۲ ساعت مرکز درمانی.
- حفر چاه آب (در صورت امکان): بیمارستان‌های دارای فضای فیزیکی مناسب، موظف به بررسی و اجرای پروژه حفر چاه آب به عنوان یک منبع مستقل و پایدار هستند.
- ب) تأمین آب شرب جایگزین:
- تصفیه اضطراری: تأمین و نگهداری دستگاههای تصفیه آب پرتابل برای قابل شرب نمودن آب ذخیره شده در مخازن یا منابع دیگر.
- آب بسته‌بندی: ذخیره حداقلی آب شرب بسته‌بندی برای بیماران و کارکنان به مدت ۲۴ ساعت و عقد قرارداد با شرکت‌های محلی برای تأمین سریع.
- ج) مدیریت فاضلاب: اطمینان از عملکرد صحیح سیستم تصفیه فاضلاب بیمارستان و پیش‌بینی روش‌های جایگزین برای دفع بهداشتی فاضلاب در صورت تخریب شبکه شهری، با هماهنگی شهرداری.

پروتکل ۲.۳: تضمین پایداری گازهای طبی (اکسیژن، هوای فشرده و ...)

اکسیژن حیاتی‌ترین “دارو” در بیمارستان است و قطع جریان آن حتی برای چند دقیقه می‌تواند منجر به فاجعه شود. در شرایط بحران، تقاضا برای اکسیژن (به دلیل مصدومان تروما و بیماران تنفسی) به شدت افزایش می‌یابد، در حالی که زنجیره تأمین آن (اکسیژن مایع) و زیرساخت تولید آن (دستگاه‌های اکسیژن‌ساز که به شدت به برق وابسته هستند) به شدت آسیب‌پذیر می‌شوند. بنابراین، دستیابی به خودکفایی و تاب‌آوری در تأمین گازهای طبی یک اولویت استراتژیک است.

راهبرد کلان: پیاده‌سازی دفاع سه‌لایه برای تضمین جریان بی‌وقفه گازهای طبی، به‌ویژه اکسیژن.

- **لایه اول (تولید پایدار):** تأمین دستگاه‌های اکسیژن‌ساز (PSA) با ظرفیت مازاد و متصل به برق اضطراری.
- **لایه دوم (ذخیره‌سازی استراتژیک):** تأمین مخازن اکسیژن مایع و کپسول‌های پر به عنوان پشتیبان.
- **لایه سوم (مدیریت هوشمند مصرف):** تدوین پروتکل‌های مصرف بهینه و تریاژ اکسیژن در شرایط کمبود شدید.

۲.۳.۱. وظایف سطح دولت و نهادهای فرابخشی

- **تضمین امنیت زنجیره تأمین:** هماهنگی با وزارت صمت و نیروهای مسلح برای اولویت‌بخشی و اسکورت تانکرهای حمل اکسیژن مایع از کارخانجات به مراکز درمانی.
- **اولویت‌بخشی انرژی:** ابلاغ به وزارت نیرو جهت مستثنی کردن مراکز درمانی دارای دستگاه اکسیژن‌ساز از هرگونه برنامه قطع برق.
- **تسهیل واردات:** رفع موانع گمرکی برای واردات فوری دستگاه‌های اکسیژن‌ساز، قطعات یدکی و کمپرسورهای هوای فشرده طبی.

۲.۳.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- **استانداردسازی و نظارت فنی:**

○ تدوین و ابلاغ استاندارد ملی برای ظرفیت‌سنجی سیستم‌های اکسیژن‌ساز (بر مبنای تعداد تخت ICU و اتاق عمل).

○ ابلاغ الزام وجود دو سیستم مستقل تولید اکسیژن در بیمارستان‌های منتخب

○ ایجاد یک سامانه ملی برای پایش آنلاین موجودی اکسیژن مایع و وضعیت عملکرد دستگاه‌های اکسیژن‌ساز در بیمارستان‌های منتخب کشور.

• مدیریت ذخایر راهبردی:

○ انعقاد قرارداد با تولیدکنندگان بزرگ اکسیژن صنعتی برای تغییر خط تولید به گرید پزشکی (Medical Grade) در شرایط اضطرار.

○ ایجاد هاب‌های منطقه‌ای (مراکز نگهداری و توزیع منطقه‌ای) امن برای دیپوی کپسول‌های اکسیژن پر جهت توزیع سریع بین بیمارستان‌های معین.

۲.۳.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی

لایه اول: ارزیابی و تقویت تولید در محل:

- ارزیابی دقیق مصرف: محاسبه حداکثر میزان مصرف اکسیژن در ۲۴ ساعت با در نظر گرفتن سناریوی مصدومان انبوه.
- تأمین دو دستگاه اکسیژن‌ساز (PSA)^۱: نصب و نگهداری حداقل دو دستگاه اکسیژن‌ساز مستقل که مجموع ظرفیت آن‌ها حداقل ۱۵۰٪ از نیاز پیک بیمارستان باشد.
- پشتیبانی برق: اتصال هر دو دستگاه اکسیژن‌ساز و کمپرسورهای هوای فشرده به سیستم برق اضطراری
- ذخیره قطعات یدکی: انبارش قطعات مصرفی و حیاتی دستگاه‌های اکسیژن‌ساز (مانند فیلترها و زئولیت) برای حداقل ۶ ماه.

^۱ PSA (Pressure Swing Adsorption)

لایه دوم: پشتیبان گیری از طریق ذخیره سازی:

- مخزن اکسیژن مایع (VGL²Tank): تأمین و نگهداری مخزن اکسیژن مایع با ظرفیتی که بتواند نیاز بیمارستان را برای حداقل ۹۶ ساعت (۴ روز) در حالت پیک مصرف تأمین کند.
- منیفولد کپسول پشتیبان: نصب یک سیستم منیفولد (manifold) مرکزی متصل به شبکه لوله کشی بیمارستان و ذخیره تعداد کافی کپسول اکسیژن پر جهت تأمین نیاز بخش های حیاتی (ICU، اتاق عمل، اورژانس) برای حداقل ۲۴ ساعت.

لایه سوم: مدیریت و بهینه سازی مصرف:

- تدوین پروتکل تریاژ اکسیژن: تهیه دستورالعمل شفاف برای اولویت بندی تخصیص اکسیژن در شرایط کمبود شدید (مثلاً اولویت با بیماران زیر ونتیلاتور، سپس NIV^۳ و ...).
- بازرسی و رفع نشت: انجام بازرسی های دوره ای منظم بر روی کل شبکه لوله کشی گازهای طبی برای شناسایی و رفع نشتی ها که می توانند تا ۲۰٪ از اکسیژن را هدر دهند.
- آموزش و مانور:
 - آموزش پرسنل فنی برای راهبری و تعمیرات اولیه دستگاه های اکسیژن ساز.
 - برگزاری مانورهای فصلی برای شبیه سازی قطع سیستم تولید اصلی و سوئیچ به مخزن مایع و سپس به کپسول ها.

پروتکل ۲.۴: تضمین پایداری سیستم های ارتباطی

مقدمه راهبردی:

در هرج و مرج بحران، ارتباطات شفاف و پایدار، نخ تسبیحی است که اجزای مختلف سیستم پاسخ (ستاد ملی، دانشگاه، بیمارستان، اورژانس پیش بیمارستانی) را به هم متصل نگه می دارد. قطع ارتباطات به معنای فلج شدن سیستم فرماندهی، عدم امکان هماهنگی برای اعزام مصدوم، و ناتوانی در درخواست منابع و پشتیبانی

^۲ VGL (Vacuum-jacketed or Vapor-insulated Gas/Liquid) tank
^۳ Non-invasive ventilation (NIV)

است. زیرساخت‌های ارتباطی (شبکه موبایل، اینترنت، تلفن ثابت) در برابر حملات فیزیکی، سایبری و یا حتی ازدحام بیش از حد شبکه (Overload) بسیار آسیب‌پذیر هستند. این پروتکل، یک راهبرد دفاع چندلایه برای تضمین برقراری ارتباط تحت هر شرایطی ارائه می‌دهد.

۲.۴.۱. وظایف سطح دولت و نهادهای فرابخشی:

- الف) حفاظت از زیرساخت‌های مخابراتی: اولویت‌بخشی به حفاظت فیزیکی و سایبری از دکل‌های مخابراتی (BTS)، مراکز داده و فیبرهای نوری اصلی کشور.
- ب) اولویت‌دهی به ترافیک بحران: الزام وزارت ارتباطات به تکلیف اپراتورهای تلفن همراه و ثابت برای پیاده‌سازی سیستمی که در شرایط اضطرار، ترافیک ارتباطی سیم‌کارت‌ها و خطوط معرفی شده از سوی وزارت بهداشت (مدیران بحران) را بر ترافیک عمومی اولویت دهد.
- ج) راه‌اندازی سامانه هشدار ملی: استفاده از سیستم پخش سلولی (Cell Broadcast) برای ارسال هشدارهای عمومی و دستورالعمل‌های بهداشتی به تمام تلفن‌های همراه یک منطقه جغرافیایی خاص.

۲.۴.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت:

الف) تأمین و مدیریت زیرساخت‌های ارتباطی پشتیبان:

- تلفن‌های ماهواره‌ای: خرید، توزیع و مدیریت تلفن‌های ماهواره‌ای (مانند ثریا) برای مسئولین کلیدی در ستاد وزارتخانه، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و رؤسای بیمارستان‌های معین بحران در سراسر کشور.
- شبکه رادیویی اختصاصی (بیسیم): بررسی و پیگیری ایجاد یک شبکه رادیویی امن دیجیتال در سطح ملی یا قطب‌های منطقه‌ای برای ارتباط مستقیم مراکز فرماندهی (EOCs) با یکدیگر.

ب) ایجاد پروتکل‌های استاندارد ارتباطی:

- تدوین “درخت تماس” ملی: تعریف و ابلاغ زنجیره ارتباطی شفاف که مشخص کند در صورت عدم پاسخگویی هر مسئول کلیدی، جانشین ارتباطی وی کیست.
- استانداردسازی کدهای مکالماتی: تعیین و ابلاغ جدول کدهای استاندارد برای مکالمات فشرده جهت اعلام وضعیت‌های مختلف (مثلاً کد ۱۱۲ برای نیاز فوری به تخلیه، کد ۱۲۲ برای نیاز به منابع آبی، کد ۹۱۱ برای اعلام وضعیت بنفش (قرمز ۲)).

۳.۴.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (پیاده‌سازی دفاع چهارلایه):

لایه اول: ارتباطات اصلی

- ابزارها: تلفن ثابت، شبکه تلفن همراه، اینترنت.
 - اقدامات:
۱. امن‌سازی سیستم تلفن داخلی: اتصال سانترال تلفن داخلی بیمارستان به UPS و ژنراتور اضطراری.
 ۲. اینترنت چندلایه: تأمین حداقل دو خط اینترنت از دو شرکت ارائه‌دهنده متفاوت و با دو تکنولوژی متفاوت (مثلاً یک خط فیبر نوری و یک خط اینترنت وایرلس یا 4G/5G).
 ۳. حفظ و تقویت سیستم پیجر: پشتیبانی از سیستم پیجر به عنوان یک ابزار ارتباطی یک‌طرفه، قابل اتکا و مقاوم در برابر ازدحام شبکه موبایل.

لایه دوم: ارتباطات پشتیبان ماهواره‌ای (Satellite Backup)

- ابزار: تلفن‌های ماهواره‌ای.
 - اقدامات:
۱. نگهداری حداقل یک دستگاه تلفن ماهواره‌ای شارژ شده و آماده به کار در مرکز فرماندهی بحران بیمارستان (EOC).

۲. انجام تست‌های ماهانه و اطمینان از شارژ بودن دائمی آن و آشنایی کاربران کلیدی با نحوه استفاده.

لایه سوم: ارتباطات اضطراری رادیویی

- ابزار: شبکه بی‌سیم داخلی (واکی-تاکی)، ایستگاه رادیوی آماتوری.
- اقدامات:

۱. شبکه بی‌سیم داخلی: تجهیز بیمارستان به یک شبکه کامل بی‌سیم (واکی-تاکی) با کانال‌های مجزا برای تیم فرماندهی، تیم درمان، تیم امنیت و تیم پشتیبانی. نصب دستگاه‌های تکرارکننده (Repeater) برای پوشش کامل تمام نقاط کور.

۲. ایستگاه رادیوی آماتوری: تجهیز EOC به یک ایستگاه رادیوی آماتوری و آموزش حداقل دو نفر از پرسنل برای کار با آن به عنوان یکی از تاب‌آورترین روش‌های ارتباطی راه دور در بلایای شدید.

لایه چهارم: سیستم پشتیبان نهایی (Fail-Safe Systems)

- ابزار: پیک انسانی معتمد (Runner).
- اقدامات:

۱. طراحی سیستم پیام‌رسان انسانی: تعیین افرادی مشخص و آموزش‌دیده که در صورت قطع کامل تمام سیستم‌های ارتباطی (بنفش (قرمز ۲))، وظیفه انتقال پیام‌های مکتوب و حیاتی بین بخش‌های مختلف بیمارستان و حتی به نزدیک‌ترین مرکز فرماندهی را بر عهده دارند.

۲. آموزش و مانور یکپارچه:

- برگزاری دوره‌های آموزشی منظم برای استفاده صحیح از تمامی لایه‌های ارتباطی (بی‌سیم، تلفن ماهواره‌ای و ...).

- اجرای مانور “سکوت رادیویی” به صورت فصلی که در آن استفاده از لایه اول ارتباطات (تلفن و اینترنت) ممنوع شده و کلیه ارتباطات باید از طریق لایه‌های پشتیبان (۲، ۳ و ۴) انجام شود تا نقاط ضعف شناسایی و برطرف گردند.

پروتکل ۲.۵: دکترین ملی پایداری زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی

مقدمه راهبردی:

زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، شاه‌رگ حیاتی نظام سلامت در شرایط بحران است. هرگونه اختلال در این زنجیره، توانایی پاسخگویی کل سیستم را فلج می‌کند. این پروتکل، به عنوان یک **دکترین عملیاتی یکپارچه**، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های هر یک از سطوح حاکمیتی، ستادی و عملیاتی را برای تضمین جریان بی‌وقفه اقلام سلامت‌محور از تولید تا مصرف، ترسیم می‌نماید. هدف، تبدیل یک زنجیره تأمین آسیب‌پذیر به یک **شبکه لجستیکی تاب‌آور، منعطف و هوشمند** است.

سطح ۱: دولت و نهادهای حاکمیتی (سطح راهبردی)

هدف کلان: ایجاد چتر حمایتی ملی، رفع موانع قانونی و بسیج امکانات فرا-وزارتخانه‌ای برای پشتیبانی از زنجیره تأمین سلامت.

۲.۵.۱. تصویب و اجرای قوانین پشتیبانی اضطراری:

الف) تفویض اختیار خرید بدون تشریفات: تصویب مصوبه‌ای در هیئت وزیران یا شورای عالی امنیت ملی که به وزارت بهداشت اجازه می‌دهد در شرایط بحران، کلیه خریدهای مربوط به دارو، تجهیزات پزشکی و مواد اولیه را **بدون رعایت قانون محاسبات عمومی و تشریفات مناقصه** انجام دهد.

ب) ایجاد “کریدور سبز گمرکی سلامت”: ابلاغ به گمرک جمهوری اسلامی ایران جهت ایجاد مسیر ویژه برای ترخیص ۲۴ ساعته و بدون توقف کلیه محموله‌های دارویی، تجهیزات و مواد اولیه مرتبط با بحران، با معافیت کامل از عوارض گمرکی.

ج) مصونیت قضایی مجریان: تصویب قانون حمایت از تصمیم‌گیرندگان و مجریان حوزه سلامت در شرایط اضطرار، جهت محافظت از ایشان در برابر پیگردهای قضایی آتی به دلیل تصمیمات فوری و ضروری.

۲.۵.۲. تخصیص منابع مالی و ارزی فوری:

- الف) فعال سازی خط اعتباری ویژه ارزی: دستور بانک مرکزی برای تخصیص فوری ارز با نرخ ترجیحی برای واردات دارو و تجهیزات حیاتی، خارج از نوبت های معمول.
- ب) برداشت از صندوق توسعه ملی: اخذ مجوزهای لازم (استجازه از مقام معظم رهبری) برای برداشت اضطراری از صندوق توسعه ملی جهت تأمین مالی خریدهای کلان بین المللی.

۲.۵.۳. هماهنگی و پشتیبانی بین بخشی:

- الف) پشتیبانی لجستیک ملی: تکلیف به وزارت دفاع، راه و شهرسازی و کشور برای در اختیار قرار دادن ظرفیت های حمل و نقل هوایی، زمینی و دریایی جهت انتقال سریع محموله های استراتژیک به نقاط مختلف کشور.
- ب) تضمین انرژی و امنیت مراکز تولیدی: تکلیف به وزارت نیرو، نفت و کشور برای تأمین بی وقفه برق، گاز و سوخت و همچنین تأمین امنیت فیزیکی کارخانجات داروسازی و تجهیزات پزشکی استراتژیک.

سطح ۲: ستاد وزارت بهداشت (سطح تاکتیکی)

هدف کلان: فرماندهی یکپارچه، مدیریت هوشمند ذخایر استراتژیک و راهبری عملیات تأمین و توزیع در سطح ملی.

۲.۵.۴. مدیریت و راهبری ذخایر استراتژیک ملی:

الف) ایجاد شبکه انبارهای چندلایه ملی و منطقه ای:

- سطح ملی: احداث و تجهیز حداقل ۳ انبار مرکزی فوق امن در نقاط جغرافیایی پراکنده برای نگهداری ۶ ماه نیاز کشور به اقلام حیاتی (واکسن ها، آنتی دوت ها، داروهای بیولوژیک، ونتیلاتورها، مواد اولیه دارویی کلیدی).
- سطح منطقه ای (قطب): ایجاد ۱۰ انبار منطقه ای با ظرفیت ۳ ماه نیاز منطقه به عنوان مراکز پشتیبان و توزیع ثانویه.

ب) پیاده سازی "سامانه یکپارچه مدیریت ذخایر (IMS)": استقرار یک نرم افزار ملی برای رصد لحظه ای موجودی، تاریخ انقضا و موقعیت تمام اقلام در شبکه انبارها، جهت برنامه ریزی هوشمند توزیع.

ج) تدوین الگوریتم توزیع هوشمند: طراحی مدل های توزیع بر اساس شدت بحران، نوع تهدید و تراکم جمعیت، با اولویت بندی مناطق درگیر و مراکز درمانی خط مقدم.

۲.۵.۵. راهبری تولید و تأمین:

الف) حمایت و هدایت تولید داخلی:

- تضمین خرید: ارائه قراردادهای بلندمدت تضمین خرید به تولیدکنندگان داخلی برای تولید اقلام استراتژیک.
- هدایت خطوط تولید: صدور دستورالعمل برای تغییر سریع خط تولید کارخانه‌ها به سمت اقلام مورد نیاز فوری در بحران.

ب) مدیریت متمرکز زنجیره تأمین بین‌المللی: تشکیل تیم‌های تخصصی برای مذاکره، خرید و مدیریت ریسک از تأمین‌کنندگان خارجی و سازمان‌های بین‌المللی.

۲.۵.۶. تدوین و ابلاغ پروتکل‌های عملیاتی:

الف) تدوین لیست اقلام استراتژیک: تهیه و به‌روزرسانی سالانه لیست دارو و تجهیزات حیاتی که باید در سطوح مختلف ملی، استانی و بیمارستانی ذخیره شوند.

ب) ابلاغ پروتکل‌های مدیریت مصرف: تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های کشوری برای صرفه‌جویی، استفاده مجدد ایمن از تجهیزات و جایگزینی داروها در شرایط کمبود.

سطح ۳: دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی (سطح عملیاتی)

هدف کلان: اجرای دقیق پروتکل‌ها، دستیابی به خودکفایی نسبی و مدیریت بهینه منابع در نقطه نهایی ارائه خدمت.

۲.۵.۷. ایجاد و نگهداری انبارهای مقاوم و کافی:

الف) الزام به ایجاد انبار بحران بیمارستانی: هر بیمارستان مکلف است یک انبار امن، مقاوم در برابر حوادث و با شرایط محیطی کنترل‌شده برای نگهداری ذخایر استراتژیک خود ایجاد یا تجهیز نماید.

ب) پیاده‌سازی مدل ذخیره‌سازی چند سطحی:

- سطح ۱ (ذخیره عملیاتی): تأمین و نگهداری ۱۴ روز نیاز مصرفی بحران در بخش‌های حیاتی (اورژانس، اتاق عمل، ICU).
- سطح ۲ (ذخیره بیمارستانی): تأمین و نگهداری ۳۰ روز نیاز اقلام استراتژیک (آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف، داروهای بیهوشی، کیت تروما) در انبار امن بیمارستان.

- سطح ۳ (ذخیره استانی/دانشگاهی): تأمین و نگهداری ۹۰ روز نیاز اقلام بسیار حیاتی و خاص (پادزهرها، داروهای بیولوژیک) در انبار مرکزی دانشگاه.

۲.۵.۸. مدیریت بهینه منابع و مصرف:

- الف) تشکیل “کمیته تریاژ منابع” بیمارستانی: این کمیته (متشکل از پزشک، داروساز، پرستار و مدیر) مسئول تدوین دستورالعمل‌های داخلی برای مدیریت مصرف بهینه و تخصیص عادلانه منابع کمیاب در زمان بحران است.
- ب) بومی‌سازی پروتکل‌های جایگزینی: تطبیق پروتکل‌های کشوری جایگزینی دارو و تجهیزات با توجه به موجودی و شرایط خاص بیمارستان.
- ج) استقرار سیستم پایش مصرف: ثبت دقیق و گزارش‌دهی لحظه‌ای مصرف به مرکز فرماندهی بیمارستان (EOC) برای جلوگیری از هدررفت و شناسایی نیازهای آتی.

۲.۵.۹. ایجاد زنجیره تأمین محلی:

- الف) شناسایی و عقد قرارداد با تأمین‌کنندگان محلی: ایجاد لیستی از تأمین‌کنندگان معتبر دارو و تجهیزات در سطح استان و عقد قراردادهای چارچوبی با آن‌ها برای تسریع خرید در زمان بحران.
- ب) تنوع‌بخشی به منابع: شناسایی حداقل دو منبع تأمین جایگزین برای هر قلم کالای حیاتی جهت کاهش ریسک وابستگی.

۲.۶: دکترین ملی لجستیک و پایداری زنجیره تأمین سلامت

مقدمه راهبردی:

زنجیره تأمین دارو، تجهیزات پزشکی و فراورده‌های خونی، شاه‌رگ حیاتی نظام سلامت در شرایط بحران است. هرگونه اختلال در این زنجیره، توانایی پاسخگویی کل سیستم را فلج می‌کند. این پروتکل، به عنوان یک دکترین عملیاتی یکپارچه، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های هر یک از سطوح حاکمیتی، ستادی و عملیاتی را برای تضمین جریان بی‌وقفه اقلام سلامت‌محور از تولید تا مصرف، ترسیم می‌نماید. هدف، تبدیل یک زنجیره تأمین آسیب‌پذیر به یک شبکه لجستیکی تاب‌آور، هوشمند و فرماندهی شده است.

سطح ۱: دولت و نهادهای حاکمیتی (سطح راهبردی)

هدف کلان: ایجاد چتر حمایتی ملی، رفع موانع قانونی و بسیج امکانات فرا-وزارتخانه‌ای برای پشتیبانی از لجستیک و زنجیره تأمین سلامت.

۲.۶.۱. تصویب و اجرای قوانین پشتیبانی اضطراری:

- **(الف) تفویض اختیار خرید بدون تشریفات:** تصویب مصوبه‌ای که به وزارت بهداشت اجازه می‌دهد کلیه خریدهای مربوط به دارو، تجهیزات پزشکی و مواد اولیه را بدون رعایت تشریفات مناقصه انجام دهد.
- **(ب) ایجاد “کریدور سبز گمرکی سلامت”:** ابلاغ به گمرک جهت ترخیص ۲۴ ساعته و بدون توقف کلیه محموله‌های دارویی، تجهیزات و مواد اولیه.
- **(ج) مصونیت قضایی مجریان:** تصویب قانون حمایت از تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت در شرایط اضطرار.

۲.۶.۲. تخصیص منابع مالی و ارزی فوری:

- **(الف) فعال‌سازی خط اعتباری ویژه ارزی:** دستور بانک مرکزی برای تخصیص فوری ارز با نرخ ترجیحی برای واردات اقلام حیاتی.
- **(ب) برداشت از صندوق توسعه ملی:** اخذ مجوزهای لازم برای برداشت اضطراری از صندوق توسعه ملی جهت تأمین مالی خریدهای کلان.

۲.۶.۳. هماهنگی و پشتیبانی لجستیک ملی:

- **(الف) پشتیبانی حمل‌ونقل ملی:** تکلیف به وزارت دفاع، راه و شهرسازی و کشور برای در اختیار قرار دادن ظرفیت‌های حمل‌ونقل هوایی، زمینی و دریایی.
- **(ب) ایجاد و حفاظت از “مسیرهای سبز انتقال”:** تعریف، اعلام و تأمین امنیت مسیرهای جاده‌ای و هوایی از پیش تعیین‌شده توسط نیروهای مسلح و انتظامی برای تردد امن و سریع آمبولانس‌ها، خودروهای حمل دارو، تجهیزات و خون از مبادی (انبارها، فرودگاه‌ها) به مقاصد (بیمارستان‌ها، مناطق درگیر).
- **(ج) تضمین انرژی و امنیت مراکز تولیدی و انبارها:** تکلیف به وزارت نیرو، نفت و کشور برای تأمین بی‌وقفه انرژی و امنیت فیزیکی کارخانجات و انبارهای استراتژیک.

سطح ۲: ستاد وزارت بهداشت (سطح تاکتیکی)

هدف کلان: فرماندهی یکپارچه، مدیریت هوشمند ذخایر استراتژیک و راهبری عملیات لجستیک و توزیع در سطح ملی.

۲.۶.۴. ایجاد ساختار فرماندهی لجستیک:

- الف) تأسیس “مرکز فرماندهی لجستیک سلامت (HLC)^(۴)”: این مرکز که زیرمجموعه ستاد هدایت عملیات بحران (ICS) وزارت بهداشت است، به عنوان مغز متفکر لجستیک عمل کرده و مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی و نظارت بر کلیه فرآیندهای تأمین، انبارداری و توزیع را در سطح کشور بر عهده دارد.
- ب) پیاده‌سازی “سامانه یکپارچه مدیریت لجستیک (LMS)^(۵)”: استقرار یک نرم‌افزار ملی برای رصد لحظه‌ای موجودی، موقعیت محموله‌ها و وضعیت مسیرهای سبز، جهت تخصیص هوشمند منابع.

۲.۶.۶. مدیریت و راهبری ذخایر استراتژیک ملی:

- الف) ایجاد شبکه انبارهای چندلایه ملی و منطقه‌ای:
 - انبارهای مرکزی ملی: حداقل ۳ انبار مرکزی فوق امن در نقاط جغرافیایی پراکنده برای نگهداری ۶ ماه نیاز کشور به اقلام حیاتی.
 - هاب‌های لجستیک منطقه‌ای: ایجاد ۱۰ هاب لجستیک در شهرهای نسبتاً امن‌تر به عنوان مراکز توزیع ثانویه. این هاب‌ها مسئولیت دریافت محموله‌های کلان از انبارهای ملی و توزیع سریع آن‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت پوشش خود را دارند.
- ب) تدوین الگوریتم توزیع هوشمند: طراحی مدل‌های توزیع بر اساس شدت بحران، نوع تهدید و تراکم جمعیت، با اولویت‌بندی مناطق درگیر.

۲.۶.۶. راهبری تولید و تأمین:

- الف) حمایت و هدایت تولید داخلی: ارائه قراردادهای بلندمدت تضمین خرید و صدور دستورالعمل برای تغییر سریع خطوط تولید.

- (ب) مدیریت متمرکز زنجیره تأمین بین‌المللی: تشکیل تیم‌های تخصصی برای مذاکره، خرید و مدیریت ریسک.

سطح ۳: دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی (سطح عملیاتی)

هدف کلان: اجرای دقیق پروتکل‌ها، دستیابی به خودکفایی نسبی و مدیریت بهینه منابع در نقطه نهایی ارائه خدمت.

۲.۶.۷. ایجاد و نگهداری انبارهای مقاوم و کافی:

- (الف) الزام به ایجاد انبار بحران بیمارستانی: هر بیمارستان مکلف است یک انبار امن برای نگهداری ذخایر استراتژیک خود ایجاد نماید.
- (ب) پیاده‌سازی مدل ذخیره‌سازی چند سطحی:
 - سطح ۱ (ذخیره عملیاتی): تأمین و نگهداری ۱۴ روز نیاز مصرفی بحران در بخش‌های حیاتی.
 - سطح ۲ (ذخیره بیمارستانی): تأمین و نگهداری ۳۰ روز نیاز اقلام استراتژیک در انبار امن بیمارستان.
 - سطح ۳ (ذخیره استانی/دانشگاهی): تأمین و نگهداری ۹۰ روز نیاز اقلام بسیار حیاتی در انبار مرکزی دانشگاه.

۲.۶.۸. مدیریت بهینه منابع و مصرف:

- (الف) تشکیل "کمیته تریاژ منابع" بیمارستانی: مسئول تدوین دستورالعمل‌های داخلی برای مدیریت مصرف بهینه.
- (ب) استقرار سیستم پایش مصرف: ثبت دقیق و گزارش‌دهی لحظه‌ای مصرف به EOC بیمارستان.

۲.۶.۹. ایجاد زنجیره تأمین محلی:

- (الف) شناسایی و عقد قرارداد با تأمین‌کنندگان محلی: ایجاد لیستی از تأمین‌کنندگان معتبر در سطح استان.
- (ب) تنوع‌بخشی به منابع: شناسایی حداقل دو منبع تأمین جایگزین برای هر قلم کالای حیاتی.

پروتکل ۲.۷: پایداری سیستم‌های اطلاعاتی و حفاظت از مستندات پزشکی

مقدمه پروتکل: در دنیای دیجیتال، داده‌های پزشکی به اندازه دارو اهمیت دارند. از کار افتادن سامانه‌های ملی (مانند سپاس، دیتاس، سیب، نسخه الکترونیک و ...) و نیز سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS) می‌تواند منجر به هرج و مرج در پذیرش، تشخیص و درمان شود. هدف این پروتکل، حفاظت از داده‌ها و تضمین تداوم فرآیندهای اطلاعاتی است.

۲.۷.۱. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت:

الف) ایجاد مراکز داده پشتیبان ملی: تأسیس حداقل ۳ مرکز داده پشتیبان امن ملی در مناطق جغرافیایی متفاوت منتخب با مشخصات زیر: زیرزمینی، مقاوم در برابر حملات فیزیکی و الکترومغناطیسی (EMP^۶)، دارای برق و خنک‌کننده مستقل و لایه‌های ارتباطی متعدد (فیبر نوری، ماهواره).

ب) الزام به پشتیبان‌گیری متمرکز: ابلاغ پروتکل پشتیبان‌گیری روزانه خودکار به کلیه مراکز درمانی، که طی آن یک نسخه فشرده و رمزنگاری‌شده از پایگاه داده HIS به صورت خودکار به مراکز داده امن ملی ارسال گردد.

ج) طراحی و پیاده‌سازی حالت عملیات آفلاین (Offline/Local Mode): به منظور مقابله با سناریوی قطع ارتباط با سرورهای ملی (در حالی که شبکه داخلی بیمارستان فعال است)، کلیه سامانه‌های ملی (مانند سپاس، سیب) و به تبع آن سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS) باید به قابلیت «حالت عملیات محلی/آفلاین» مجهز شوند. در این حالت، سامانه باید بتواند با اتکا به یک نسخه کش (Cache) شده از داده‌های ضروری و پایگاه داده محلی، فرآیندهای حیاتی مانند پذیرش، ثبت خدمات و دسترسی به سوابق موجود بیماران حاضر در مرکز را به صورت مستقل ادامه دهد و پس از برقراری مجدد ارتباط، اطلاعات ثبت‌شده در این دوره را به صورت خودکار با سرور مرکزی همگام‌سازی (Sync) نماید. وزارت بهداشت همچنین باید مقرر کند در صورت قطعی کامل سامانه‌های ملی، سناریوهای مختلف برای مردم و مراکز چگونه خواهد بود و آن را به مردم و مراکز آموزش دهد.

د) استانداردسازی و تولید کیت‌های کاغذی بحران: طراحی، چاپ انبوه و توزیع «کیت ملی پرونده کاغذی بحران» شامل فرم‌های استاندارد شده برای کلیه فرآیندهای بالینی (پذیرش، تریاژ، دستور پزشک، گزارش پرستاری، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، خلاصه پرونده) جهت استفاده یکسان در سراسر کشور.

^۶ electromagnetic pulse (EMP)

ه) تدوین دستورالعمل نظام کاغذی: تهیه و ابلاغ "دستورالعمل ملی مدیریت پرونده کاغذی در بحران" که نحوه ثبت، گردش، بایگانی و ورود مجدد اطلاعات به سیستم دیجیتال پس از بحران را مشخص می‌کند.

۲.۷.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی:

الف) پشتیبان‌گیری چندلایه:

- پشتیبان‌گیری محلی: پشتیبان‌گیری روزانه از سرور اصلی HIS بر روی یک سرور پشتیبان مجزا در مکانی فیزیکی متفاوت در همان مرکز.
- پشتیبان‌گیری خارج از مرکز: ارسال خودکار و روزانه نسخه پشتیبان به مراکز داده امن ملی طبق پروتکل وزارت بهداشت.
- پشتیبان‌گیری فیزیکی سرد: ذخیره هفتگی نسخه کامل پشتیبان بر روی رسانه‌های ذخیره‌سازی جداشدنی (مانند هارد دیسک اکسترنال) و انتقال ماهانه آن به یک مکان امن فیزیکی خارج از بیمارستان (مانند گاوصندوق یک شعبه بانک).

ب) انبارش و مدیریت کیت‌های کاغذی

- تهیه و دیو: دریافت و انبارش کیت‌های کاغذی بحران به تعداد کافی برای پوشش حداقل ۷۲ ساعت عملیات با حداکثر ظرفیت پذیرش.
- مدیریت انبار: نگهداری کیت‌ها در مکانی خشک، امن و با دسترسی سریع برای توزیع فوری در زمان اعلام کد بحران.

ج) طراحی و تمرین فرآیندهای جایگزین HIS

- پیاده‌سازی دستورالعمل نظام کاغذی و تعریف دقیق مسیرهای گردش فرم‌های کاغذی بین بخش‌ها (اورژانس، بخش بستری، داروخانه، آزمایشگاه).
- آموزش کلیه پرسنل برای کار با پرونده‌ها و فرآیندهای کاملاً کاغذی چابک

د) مانور قطع سیستم‌های دیجیتال

اجرای مانور فصلی "قطع کامل HIS و شبکه" که در آن کلیه فرآیندها از پذیرش تا ترخیص بیمار صرفاً با استفاده از کیت‌های کاغذی و ارتباطات چهره به چهره انجام می‌شود.

- ه) تجهیز EOC برای بازیابی اطلاعات: تجهیز مرکز فرماندهی بحران بیمارستان (EOC) به لپ‌تاپ‌های مقاوم، پرینتر و اسکنر متصل به UPS، جهت دسترسی اضطراری به نسخ پشتیبان و مدیریت فرآیند ورود مجدد اطلاعات پس از بحران.

جدول خلاصه مسئولیت‌ها

زیرساخت	دولت	وزارت بهداشت	دانشگاه/بیمارستان
برق	تأمین مالی، هماهنگی با وزارت نیرو	استانداردسازی، نظارت	نصب و نگهداری ژنراتور
آب	هماهنگی با وزارت نیرو	استانداردسازی مخازن	ساخت مخزن، حفر چاه
گازهای طبی	حمایت از تولید اکسیژن	ذخیره‌سازی ملی	ذخیره محلی، مدیریت مصرف
دارو	حمایت از تولید داخل، مقابله با تحریم	توزیع، کنترل کیفیت	ذخیره‌سازی، مدیریت مصرف
سیستم‌های اطلاعاتی	امنیت سایبری، در اختیار گذاری مراکز داده پشتیبان	استانداردسازی، جایگزینی سامانه های ملی	پشتیبان گیری چندلایه، پیاده‌سازی فرآیندهای جایگزین کاغذی

۳

بخش

مدیریت منابع انسانی

بخش سوم: مدیریت منابع انسانی، آموزش و توانمندسازی

مقدمه راهبردی: دکرین حفاظت و توانمندسازی سرمایه انسانی در تمامی سطوح

سرمایه انسانی، حیاتی‌ترین و در عین حال آسیب‌پذیرترین دارایی کل نظام سلامت در شرایط بحران است. در زمان جنگ، نه تنها بیمارستان‌ها، بلکه مراکز جامع سلامت، پایگاه‌های بهداشتی، درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری نیز در خط مقدم قرار می‌گیرند. این مراکز نقش بی‌بدیلی در مدیریت بیماران سرپایی، تریاژ اولیه، پیشگیری از شیوع بیماری‌ها، ارائه خدمات به بیماران غیرترومایی و کاهش بار مراجعات به بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند.

در شرایط جنگ و بحران، کادر درمان در تمامی این مراکز با تهدیدات چندگانه‌ای مواجه هستند: تهدیدات جانی، فشار کاری طاقت‌فرسا، فرسودگی روانی، کمبود امکانات و نگرانی مستمر برای امنیت خانواده.

این بخش، راهکارهای جامع و عملیاتی لازم برای حفظ، سازماندهی و توانمندسازی این سرمایه بی‌بدیل را در سراسر شبکه بهداشتی و درمانی کشور تشریح می‌کند. هدف نهایی، اطمینان از این است که در سخت‌ترین لحظات، نیروی انسانی کافی، بالنگیزه و آموزش‌دیده برای خدمت‌رسانی در تمام سطوح حضور داشته باشد. این رویکرد بر پنج ستون اصلی استوار است:

۱. سازماندهی پایدار: طراحی ساختاری برای حفظ توان عملیاتی در بحران‌های طولانی‌مدت.
۲. بسیج ظرفیت‌ها: فراخوان و بهره‌گیری هوشمند از تمام منابع انسانی موجود در کشور.
۳. تداوم رهبری: تضمین استمرار زنجیره فرماندهی و مدیریت تحت هر شرایطی.
۴. آمادگی عملیاتی: تبدیل دانش به مهارت عملی از طریق آموزش و تمرین مستمر.
۵. تاب‌آوری روانی: حفاظت از سلامت روان کادر درمان به عنوان یک ضرورت راهبردی.

پروتکل ۳.۱: سازماندهی، شیفت‌بندی و تضمین تداوم خدمات در کلیه مراکز

هدف: جلوگیری از فرسودگی کادر بهداشت و درمان و حفظ توان عملیاتی برای بحران‌های طولانی‌مدت از طریق مدیریت علمی نیروی انسانی در بیمارستان‌ها، مراکز جامع سلامت، درمانگاه‌ها و واحدهای پاراکلینیک.

۳.۱.۱. وظایف سطح دولت

- تصویب قانون حمایت از کارکنان نظام سلامت در شرایط اضطرار: این قانون باید تمام کارکنان شاغل در شبکه بهداشتی و درمانی درگیر یا فعال (اعم از دولتی و خصوصی) را تحت پوشش قرار دهد.
- ایجاد صندوق ملی حمایت از خانواده کادر شاغل در تمامی شبکه بهداشت و درمان: تأسیس صندوقی برای تضمین امنیت مالی و ارائه خدمات پشتیبانی به خانواده‌های تمام کارکنان.
- بسیج ملی نیروی انسانی: شامل فعال‌سازی ظرفیت اساتید و دانشجویان کلیه رشته‌های مرتبط با سلامت (پزشکی، بهداشت، پیراپزشکی) و سازمان‌های مردم‌نهاد.

۳.۱.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- ابلاغ استاندارد ملی شیفت‌بندی بحران برای سطوح مختلف:
- سطح بیمارستانی: مدل شیفت‌بندی سه‌گانه بر اساس تیم فعال، تیم آماده باش (در فاصله نزدیک بیمارستان)، و تیم استراحت.
- سطح مراکز بهداشتی و پاراکلینیک: ابلاغ مدل شیفت‌بندی دوگانه (مثلاً شیفت‌های ۱۲ ساعته) با تأکید بر تعریف مراکز معین شبانه‌روزی در هر منطقه برای پوشش خدمات سرپایی و پیشگیری.
- استانداردسازی مراکز استراحت و بازیابی توان: ابلاغ دستورالعمل برای تجهیز فضاهای امن در نزدیکی مراکز بهداشتی و درمانی منتخب.
- ایجاد سامانه ملی مدیریت یکپارچه نیروی انسانی: این سامانه باید قابلیت رصد و مدیریت نیرو در تمامی سطوح، از بهورز و مراقب سلامت تا پزشک فوق تخصص را داشته باشد.

۳.۱.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی/بهداشتی

- پیاده‌سازی شیفت‌بندی متناسب: اجرای مدل شیفت‌بندی ابلاغی در بیمارستان‌ها، و سازماندهی مراکز جامع سلامت و درمانگاه‌ها برای ارائه خدمات شبانه‌روزی یا گسترده.
- تجهیز و مدیریت مراکز استراحت محلی: اختصاص و آماده‌سازی فضاهای استراحت برای کارکنان.

- طراحی پروتکل انعطاف‌پذیر به‌کارگیری نیرو: تدوین برنامه‌ای که به مدیران شبکه بهداشت اجازه دهد در شرایط اضطرار، نیروهای یک پایگاه سلامت را برای تقویت پایگاه دیگر یا یک مرکز جامع سلامت به کار گیرند.

پروتکل ۳.۲: فراخوان و بهره‌گیری از نیروهای پشتیبان برای کل شبکه سلامت

هدف: جبران سریع کمبود نیرو در تمامی بخش‌های نظام سلامت از طریق بسیج، ارزیابی، آموزش و ادغام بهینه منابع انسانی خارج از کادر فعال.

۳.۲.۱. وظایف سطح دولت

- ایجاد سیستم فراخوان ملی: فراخوان باید شامل تمام تخصص‌های مورد نیاز باشد: از نیروهای خدماتی و اداری تا کارشناسان بهداشت محیط، بهورزان، ماماها، پرستاران و پزشکان، و غربالگری و مصاحبه و ارزیابی کامل امنیتی، روحی، روانی و اخلاقی و تایید نیروهای داوطلب
- تصویب مزایای ویژه داوطلبان: تعریف بسته حمایتی یکسان برای داوطلبان خدمت در بیمارستان، مرکز بهداشت یا درمانگاه.

۳.۲.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- راه‌اندازی ساختار/پایگاه جذب و مدیریت داوطلبان همکاری (تحت عنوان "ستاد ملی مدیریت داوطلبان سلامت - سَمَد سلامت"): این ساختار، بازوی اجرایی وزارت بهداشت برای تبدیل نیروهای بالقوه مردمی به یک منبع سازمان‌یافته و قابل اتکا در بحران است و شامل دو بُعد کلیدی می‌باشد:

۱. زیرساخت فناوری‌محور (سامانه ملی سَمَد):

- یک پلتفرم آنلاین یکپارچه که به عنوان بانک اطلاعاتی و مرکز فرماندهی مجازی عمل می‌کند. وظایف اصلی آن عبارتند از:
- ثبت‌نام و پروفایل‌سازی: ثبت اطلاعات فردی، سوابق تحصیلی، مهارت‌ها (بالینی و غیربالینی) و علاقمندی‌ها.

○ **غربالگری هوشمند:** اتصال به پایگاه‌های داده جهت استعلام اولیه صلاحیت‌های عمومی و تخصصی.

○ **آموزش مجازی پایه:** ارائه دوره‌های آموزشی استاندارد اولیه (مانند ایمنی در محیط درمانی، اصول اولیه کمک‌های روانی، حفاظت فردی) و صدور گواهی دیجیتال.

○ **تطبیق نیاز با تخصص:** دریافت اعلام نیاز از دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و پیشنهاد هوشمند داوطلبان مناسب بر اساس تخصص، موقعیت جغرافیایی و در دسترس بودن.

۲. ساختار اجرایی و فرآیندی (کانون‌های دانشگاهی سَمَد):

ایجاد “کانون مدیریت داوطلبان” در هر دانشگاه علوم پزشکی به عنوان بازوی عملیاتی ستاد ملی. وظایف این کانون‌ها عبارت است از:

○ **ارزیابی حضوری و مصاحبه:** انجام مصاحبه‌های تخصصی، روانی و امنیتی نهایی برای داوطلبان تأیید شده در سامانه.

○ **طراحی کارت شناسایی داوطلب خدمات سلامت:** صدور کارت برای تمامی داوطلبان واجد شرایط در حوزه‌های مختلف بهداشتی و درمانی.

○ **سازماندهی و تیم‌سازی:** تشکیل تیم‌های واکنش سریع داوطلب در رشته‌های مختلف (درمانی، پشتیبانی، بهداشتی، روانی) و تعیین سرپرست برای هر تیم.

○ **آموزش‌های عملی و مانور:** برگزاری دوره‌های تکمیلی عملی و مانورهای دوره‌ای برای حفظ آمادگی تیم‌ها.

○ **اعزام، پشتیبانی و نظارت:** اعزام هدفمند تیم‌ها به مراکز نیازمند، مدیریت شیفت‌بندی، تأمین لجستیک پایه (ایاب و ذهاب، تغذیه) و نظارت بر عملکرد آن‌ها در هماهنگی کامل با مدیران مرکز درمانی/بهداشتی میزبان.

○ **ثبت سوابق و قدردانی:** مستندسازی خدمات داوطلبانه و ایجاد سازوکار رسمی برای قدردانی و حفظ انگیزه نیروها پس از بحران.

این ساختار دوگانه (دیجیتال-ملی و فیزیکی-محلی) تضمین می‌کند که فرآیند جذب و به‌کارگیری داوطلبان از یک فعالیت احساسی و پراکنده، به یک عملیات مدیریتی دقیق، سریع و کارآمد تبدیل شود.

۳.۲.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی/بهداشتی

- ایجاد بانک اطلاعاتی نیروهای پشتیبان محلی: شناسایی و تهیه فهرست دقیق از کلیه ظرفیت‌های انسانی منطقه، شامل کارشناسان بازنشسته بهداشت، پرستاران شاغل در بخش خصوصی، ماماها و ...
- آموزش فشرده برای خدمت در چارچوب فعلی: اجرای دوره‌های آموزشی فشرده متناسب با محل خدمت. آموزش یک داوطلب برای خدمت در مرکز بهداشت، متفاوت از آموزش او برای بخش اورژانس بیمارستان خواهد بود. برنامه مربی‌گری در تمام سطوح الزامی است.

پروتکل ۳.۳: تضمین تداوم فرماندهی و مدیریت در کل ساختار

هدف: جلوگیری از خلاء فرماندهی در صورت حذف مدیران کلیدی در ستاد، دانشگاه، بیمارستان و شبکه بهداشت.

۳.۳.۱. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- الزام به تدوین "سند جانشین‌پروری بحران": این سند باید شامل تمام پست‌های کلیدی از جمله رؤسای مراکز بهداشت شهرستان‌ها و مدیران گروه‌های تخصصی بهداشتی نیز باشد.
- طراحی ساختار فرماندهی انعطاف‌پذیر: تدوین مدل‌هایی برای ادغام یا جایگزینی سریع تیم فرماندهی یک شبکه بهداشت در صورت لزوم.

۳.۳.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی/بهداشتی

- تهیه و به‌روزرسانی لیست‌های جانشینی عملیاتی: شناسایی پست‌های حیاتی در هر دو حوزه درمان و بهداشت (مانند مدیر شبکه بهداشت، مسئول واحد پیشگیری از بیماری‌ها، مسئول بهداشت محیط) و تعیین جانشین برای هر یک.

- آماده‌سازی جانشین‌ها: توانمندسازی جانشینان در تمامی سطوح از طریق تفویض اختیار و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها.

پروتکل ۳.۴: آموزش جامع و مانورهای عملیاتی یکپارچه

هدف: تبدیل دانش تئوریک به مهارت عملی از طریق آموزش‌ها و تمرین‌های واقع‌گرایانه‌ای که تمام اجزای نظام سلامت را در بر گیرد.

۳.۴.۱. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- طراحی برنامه آموزشی ملی چندلایه:
 ۱. آموزش‌های پایه همگانی (۴ ساعت): برای کلیه کارکنان نظام سلامت.
 ۲. آموزش‌های تخصصی بالینی (۱۶ ساعت): برای کادر درمانی بیمارستان‌ها و اورژانس.
 ۳. آموزش‌های تخصصی بهداشت عمومی (۱۲ ساعت): برای کارکنان مراکز بهداشت، شامل مدیریت اپیدمی، نظارت بر سلامت آب و غذا در شرایط اضطرار، بهداشت روان جامعه‌نگر و مدیریت پناهگاه‌ها.
 ۴. آموزش‌های مدیریتی و فرماندهی (۸ ساعت): برای مدیران کلیه سطوح (مثلا از طریق موسسه معتمد)

- طراحی تقویم مانورهای ملی یکپارچه: مانورها باید سناریوهای ترکیبی داشته باشند. برای مثال، یک مانور مصدومان انبوه باید شامل عملیات تریاژ در صحنه توسط اورژانس، انتقال به بیمارستان، و همزمان مدیریت افراد سرپایی و خانواده‌های نگران در نزدیک‌ترین مرکز جامع سلامت و نیز مانورهای قطع برق و آب و باشد.

۳.۴.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی/بهداشتی

- اجرای برنامه آموزشی مستمر: حصول اطمینان از اینکه تمام پرسنل بهداشت و درمان آموزش‌های مرتبط با حوزه خود را دیده‌اند.

- اجرای مانورهای متنوع و یکپارچه: برگزاری مانورهایی مانند “شیوع بیماری واگیر در اردوگاه اسکان موقت” که نیازمند هماهنگی کامل بین تیم‌های بهداشتی و درمانی است.
- ارزیابی و بهبود مستمر: تحلیل نتایج مانورها با حضور نمایندگان هر دو حوزه بهداشت و درمان برای شناسایی نقاط ضعف در هماهنگی.

پروتکل ۳.۵: حمایت روان‌شناختی و پیشگیری از فرسودگی برای همه

هدف: حفاظت از سلامت روان کلیه کارکنان نظام سلامت، از بهورز در دورافتاده‌ترین روستا تا جراح در اتاق عمل، با استفاده از روش‌های حضوری و از راه دور برای تضمین دسترسی حداکثری.

۳.۵.۱. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت

- ایجاد شبکه ملی متخصصین سلامت روان در بحران: این شبکه باید شامل متخصصینی باشد که توانایی ارائه خدمات حضوری و مشاوره از راه دور (Tele-Mental Health) را دارند.
- تدوین و ابلاغ پروتکل‌های استاندارد مداخله روانی:
- طراحی دستورالعمل‌های ملی برای مداخلات حضوری (مانند حمایت‌های روانی اولیه).
- توسعه و ابلاغ پروتکل‌های ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی از راه دور: این پروتکل‌ها باید شامل چارچوب‌های امنیتی برای حفظ حریم خصوصی، استانداردهای فنی و راهنماهای اخلاقی برای مشاوران باشد.
- ایجاد و پشتیبانی زیرساخت فنی: راه‌اندازی یا معرفی یک پلتفرم ملی امن و یکپارچه برای مشاوره مجازی (ویدئویی و متنی) و راه‌اندازی خطوط تلفنی ویژه و رایگان برای دسترسی ۲۴ ساعته کارکنان به خدمات مشاوره فوری.

۳.۵.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی/بهداشتی

- ایجاد محیط کاری حامی در تمام مراکز: اختصاص اتاق آرامش حتی در مراکز جامع سلامت و ترویج فرهنگ “مراقبت از همکار”.

• **نظارت مستمر بر سلامت روان پرسنل:** سرپرستان در شبکه‌های بهداشت باید آموزش ببینند تا علائم فرسودگی را در نیروهای خود (مراقبین سلامت، بهورزان) شناسایی کرده و آن‌ها را به استفاده از خدمات حمایتی تشویق کنند.

• **ارائه مداخلات چندوجهی و در دسترس:**

○ **مداخلات حضوری:** برگزاری جلسات کوتاه تخلیه هیجانی گروهی در پایان شیفت‌های کاری پرفشار.

○ **تسهیل دسترسی به خدمات از راه دور:**

▪ اطلاع‌رسانی گسترده در مورد سامانه مشاوره مجازی و خطوط تلفنی حمایتی به کلیه کارکنان.

▪ فراهم کردن فضاها و تجهیزات لازم (مانند یک اتاق خصوصی مجهز به کامپیوتر یا تلفن) در مراکز بهداشتی و درمانی تا پرسنل بتوانند در زمان استراحت خود، به راحتی از این خدمات استفاده کنند.

▪ برنامه‌ریزی برای تماس‌های فعال از سوی تیم‌های سلامت روان با بخش‌ها یا مراکزی که در معرض استرس شدید قرار دارند.

جمع بندی

همانطور که در جدول خلاصه مسئولیت‌ها مشاهده می‌شود، مدیریت سرمایه انسانی در شرایط بحران یک اقدام یکپارچه و چندلایه است که موفقیت آن در گرو هماهنگی کامل میان سه سطح حاکمیتی است. این رویکرد جامع بر پنج ستون اصلی استوار است که در جدول زیر نشان داده شده است.

در این مدل، دولت مسئولیت توانمندسازی قانونی و حمایتی کلان را بر عهده دارد، ستاد وزارت بهداشت نقش سیاست‌گذار، استانداردساز و هماهنگ‌کننده ملی را ایفا می‌کند، و دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها به عنوان بازوان اجرایی در خط مقدم، مسئولیت پیاده‌سازی و عملیاتی کردن این برنامه‌ها را بر عهده دارند. پروتکل‌های زیر، جزئیات وظایف هر یک از این حوزه‌ها را به تفصیل تشریح می‌نمایند.

جدول خلاصه مسئولیت‌ها در مدیریت منابع انسانی

حوزه مسئولیت	سطح دولت	سطح ستاد وزارت بهداشت	سطح دانشگاه‌ها/بیمارستان‌ها
سازماندهی و شیفت‌بندی	تصویب قوانین حمایتی؛ ایجاد صندوق حمایت خانواده؛ بسیج منابع ملی	ابلاغ استاندارد شیفت‌بندی سه‌گانه؛ سامانه ملی مدیریت داوطلبان؛ استانداردسازی آموزش	پیاده‌سازی شیفت‌بندی؛ مدیریت چرخش پرسنل؛ ایجاد مراکز استراحت؛ سازماندهی داوطلبان
فراخوان نیروی پشتیبان	سیستم اعلام عمومی؛ تصویب مزایای ویژه داوطلبان؛ حمایت‌های قانونی و تشویقی	سامانه هوشمند تطبیق نیاز؛ استانداردسازی پذیرش و ارزیابی؛ مدیریت متمرکز توزیع نیرو	بانک اطلاعات محلی داوطلبان؛ آموزش تسریعی؛ ادغام نیروهای جدید
تداوم فرماندهی	حمایت از برنامه‌های توسعه مدیریت؛ تضمین امنیت مدیران ارشد	الزام تدوین جانشینی‌نامه؛ آموزش مدیریت بحران؛ طراحی ساختار مقاوم	لیست‌های جانشینی عملیاتی؛ آماده‌سازی جانشین‌ها؛ تناوب مسئولیت‌ها
آموزش و مانور	تأمین بودجه برنامه‌های آموزشی؛ هماهنگی مانورهای بین‌بخشی	طراحی محتوای استاندارد؛ تقویم مانورهای ملی؛ ارزیابی و اعتبارسنجی	اجرای آموزش مستمر؛ مانورهای متنوع بر اساس سناریو؛ ارزیابی و بهبود مستمر
حمایت روان‌شناختی	تأمین منابع برای خدمات روان‌شناختی؛ حمایت از خانواده‌های کادر درمان	طراحی برنامه حمایت روانی؛ آموزش متخصصان؛ تدوین پروتکل‌های مداخله	ایجاد محیط حمایتی؛ نظارت مستمر بر سلامت روان؛ مداخلات پیشگیرانه

۴

بخش

آمادگی و استمرار خدمات سلامت

بخش چهارم: آمادگی و استمرار خدمات سلامت در شرایط بحران

مقدمه و فلسفه حاکم

این بخش، قلب عملیاتی سند جامع آمادگی و پاسخ نظام سلامت است. در حالی که بخش‌های پیشین به تقویت زیرساخت‌ها، مدیریت منابع و ساختار فرماندهی پرداختند، این بخش به تشریح سازوکارهایی می‌پردازد که تضمین می‌کند “کارکرد اصلی نظام سلامت” یعنی ارائه خدمت به مردم، حتی در تاریک‌ترین روزهای جنگ، تحریم و اپیدمی‌های احتمالی، متوقف نگردد.

فلسفه حاکم بر این بخش، یک **تغییر پارادایم** بنیادین از پزشکی فرد-محور به **پزشکی جمعیت-محور** در شرایط بحران است. هدف، دیگر ارائه بهترین خدمات ممکن برای یک فرد نیست، بلکه ارائه “**بهترین خدمات ممکن برای بیشترین تعداد افراد**” با استفاده بهینه از منابعی است که به شدت محدود شده‌اند. این تغییر رویکرد نیازمند درک عمیق مفاهیم کلیدی زیر است:

- **افزایش ظرفیت آنی (Surge Capacity):** توانایی سیستم برای گسترش سریع خدمات فراتر از ظرفیت عادی، از طریق فعال‌سازی فضاهای جایگزین، فراخوان نیروهای پشتیبان و ساده‌سازی فرآیندها.
- **تریاج (Triage):** قلب تپنده مدیریت بحران بالینی. فرآیندی علمی و اخلاقی برای اولویت‌بندی بیماران بر اساس شدت آسیب و شانس بقا، تا منابع حیاتی (جراح، تخت ICU، خون) به کسانی تخصیص یابد که بیشترین شانس زنده ماندن را دارند. این پروتکل، تریاژ را در دو مسیر موازی برای مصدومان جنگی و سایر بیماران اورژانسی تعریف می‌کند.
- **جراحی کنترل آسیب (Damage Control Surgery):** یک رویکرد مرحله‌ای و سریع برای مصدومان شدید تروما که در آن، هدف اولیه نه ترمیم کامل، بلکه صرفاً کنترل خونریزی و آلودگی و زنده نگه داشتن بیمار برای انتقال به ICU است. جراحی‌های تکمیلی و ترمیمی به زمان ثبات وضعیت بیمار موکول می‌شود.
- **شبکه‌سازی و فرماندهی یکپارچه (C&C & Network):** هیچ بیمارستانی به تنهایی قادر به مدیریت بحران نیست. ایجاد یک شبکه یکپارچه از بیمارستان‌های معین (خط مقدم) و پشتیبان (دولتی، خصوصی، نظامی) که تحت یک سیستم فرماندهی و کنترل (C&C) متمرکز عمل می‌کنند، برای توزیع هوشمند مصدومان و جلوگیری از فروپاشی یک مرکز، حیاتی است.

- **مراقبت مبتنی بر جامعه (Community-Based Care):** در بحران، بیمارستان‌ها باید بر روی موارد حاد و پیچیده تمرکز کنند. نقش مراکز جامع سلامت و تیم‌های سیار در مدیریت بیماران مزمن، خدمات بهداشتی پایه و مراقبت‌های اولیه برای جلوگیری از اشباع بیمارستان‌ها، نقشی حیاتی و غیرقابل جایگزین است.

این بخش، نقشه راهی برای تحقق این مفاهیم در سطح عملیاتی ارائه می‌دهد.

پروتکل ۴.۱: شاخص‌های کلیدی آمادگی و ارزیابی مستمر

هدف: تبدیل آمادگی از یک مفهوم انتزاعی به یک داشبورد مدیریتی، کمی و قابل پایش که به فرماندهان بحران در تمام سطوح اجازه می‌دهد وضعیت موجود، شکاف‌ها و نقاط قوت را به صورت آنی رصد کرده و تصمیمات مبتنی بر داده اتخاذ نمایند.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- **الزام:** تصویب آیین‌نامه‌ای که تمام دستگاه‌های اجرایی (وزارت نیرو، نفت، ارتباطات) را مکلف به ارائه داده‌های مرتبط با پایداری زیرساخت‌های حیاتی مراکز درمانی به سامانه پایش وزارت بهداشت نماید.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- **تدوین و ابلاغ:** تدوین شاخص‌های استاندارد ملی آمادگی (KPIs) در حوزه‌های مختلف (ساختار، منابع انسانی، لجستیک، خدمات بالینی و بهداشتی) با تعیین آستانه‌های رنگی (سفید، زرد، قرمز، بنفش).
- **ایجاد سامانه:** راه‌اندازی و پشتیبانی از "سامانه ملی پایش آنلاین آمادگی بحران (سمپاب)" جهت جمع و تحلیل داده‌های ارسالی از دانشگاه‌ها.
- **نظارت:** انجام ارزیابی‌های دوره‌ای (اعلام شده و سرزده) برای صحت‌سنجی داده‌های گزارش شده و ارائه بازخورد به دانشگاه‌ها.

- **سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و بهداشتی (عملیاتی):**

- **پایش و گزارش دهی:** انتصاب مسئول پایش در هر مرکز درمانی و بهداشتی و ورود مستمر و صادقانه داده ها به سامانه سمپاب.
- **تحلیل شکاف:** تحلیل مستمر داشبورد آمادگی مرکز، شناسایی نقاط ضعف (شاخص های قرمز) و تدوین برنامه عملیاتی برای رفع آن ها.
- **خودارزیابی:** اجرای مانورهای دوره ای و استفاده از نتایج آن برای به روزرسانی شاخص های آمادگی.

نمونه شاخص های کلیدی در داشبورد سمپاب		
حوزه	شاخص	آستانه قرمز (مثال)
زیرساخت حیاتی	ذخیره سوخت ژنراتور اضطراری	کمتر از ۷۲ ساعت کارکرد با بار کامل
	ذخیره آب آشامیدنی	کمتر از ۳ روز مصرف
لجستیک پیش-بیمارستانی	درصد آمبولانس های عملیاتی	کمتر از ۸۰٪
نیروی انسانی	درصد پرسنل آموزش دیده در تریاژ START/SAVE	کمتر از ۷۰٪ کادر اورژانس و جراحی
پشتیبانی بالینی	ذخیره استراتژیک پک های جراحی تروما	کمتر از نیاز ۵۰ عمل جراحی
	قرارداد فعال پشتیبانی و تعمیر تجهیزات حیاتی	عدم وجود قرارداد یا پاسخگویی بیش از ۲۴ ساعت
مدیریت بیماران خاص	تعداد دستگاه دیالیز فعال در مراکز پشتیبان	صفر
بهداشت عمومی	ذخیره کیت های کلرسنجی آب	کمتر از نیاز یک ماه

پروتکل ۴.۲: مدل پاسخگویی بالینی یکپارچه (بیمارستانی و جامعه محور)

هدف: طراحی یک سیستم مدیریت بیمار انعطاف پذیر و چندلایه که بتواند حجم عظیم مصدومان جنگی را مدیریت کند، در حالی که خدمات ضروری برای سایر بیماران اورژانسی و مزمن را نیز حفظ کرده و از ظرفیت نظام بهداشت به طور کامل بهره‌برداری نماید.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- **حمایت قانونی:** تصویب "قانون مصونیت قضایی کادر درمان در شرایط بحران" برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر پروتکل‌های تریاژ و محدودیت منابع.
- **تسهیل‌گری:** ایجاد کریدورهای امن حمل‌ونقل برای اعزام بیماران و تیم‌های درمانی بین شهرها با هماهنگی نیروهای نظامی و انتظامی.
- **امنیت:** تأمین امنیت فیزیکی بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و مسیرهای دسترسی به آن‌ها.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- طراحی شبکه ملی ارجاع و اعزام (بلوک‌بندی): تقسیم‌بندی بیمارستان‌های کشور به بلوک‌های جغرافیایی، تعیین بیمارستان‌های معین (خط مقدم)، پشتیبان (دولتی و خصوصی) و فوق تخصصی مرجع در هر بلوک و ایجاد سامانه مدیریت تخت و اعزام (MCMC) برای هدایت هوشمند بیماران.
- **ابلاغ راهنماهای بالینی بحران:** تدوین و ابلاغ پروتکل‌های ملی استاندارد برای:
- **تریاز دو مسیر (Dual-Track Triage):** بر اساس مدل‌های START/SAVE.
- **جراحی کنترل آسیب**
- **مدیریت بیماران شیمیایی، میکروبی و پرتویی**
- **دستورالعمل‌های نسخه‌نویسی و ارائه دارو در شرایط کمبود.**
- **فعال‌سازی ظرفیت‌های ملی:** ابلاغ دستورالعمل الزام‌آور برای همکاری بخش خصوصی، نیروهای مسلح و نهادهای عمومی (مانند تأمین اجتماعی) در پذیرش بیماران ارجاعی بر اساس مدل هوشمند اولویت ظرفیت

سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و بهداشتی (عملیاتی):

بیمارستان‌ها (نقش درمانی):

بیمارستان‌ها موظفند بر اساس کدهای هشدار اعلام شده از سوی ستاد ملی، سطوح پاسخگویی زیر را به صورت خودکار فعال نمایند:

سطح ۱: آماده‌باش (Conventional Capacity) - منطبق بر "کد زرد"

این سطح بر استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود و استاندارد بیمارستان تمرکز دارد. به محض اعلام کد زرد، اقدامات زیر الزامی است:

- **الف) توقف پذیرش الکتیو:** لغو کلیه اعمال جراحی و بستری‌های الکتیو غیرضروری. موارد نیمه‌فوری (مانند آنکولوژی) با تشخیص تیم درمان و فرماندهی بیمارستان مدیریت می‌شود.
- **ب) فعال‌سازی فرماندهی:** فراخوان فوری تیم مدیریت بحران بیمارستان (EOC) و استقرار فرمانده حادثه.
- **ج) آماده‌سازی فضا و منابع:** آماده‌سازی بخش‌ها برای افزایش ظرفیت، کنترل مجدد ذخایر دارو و تجهیزات، و آماده‌باش کلیه پرسنل.

سطح ۲: فعال‌سازی داخلی - منطبق بر "کد قرمز"

این سطح بر استفاده از ظرفیت‌های تطبیقی و فضاهای جایگزین در داخل محیط بیمارستان متمرکز است. با اعلام کد قرمز، علاوه بر اقدامات سطح ۱، موارد زیر اجرا می‌شود:

- **الف) ترخیص سریع (Rapid Discharge):** آغاز فرآیند ترخیص بیماران بستری با وضعیت پایدار بر اساس پروتکل ابلاغی برای آزادسازی حداکثری تخت‌ها.
- **ب) بازگشایی فضاهای غیرفعال:** بازگشایی بخش‌های بستری تعطیل یا با ظرفیت پایین.
- **ج) تغییر کاربری فضاها:** تبدیل فضاهای غیربالینی از پیش تعیین‌شده (مانند سالن کنفرانس، کتابخانه، کلینیک‌ها) به نقاهتگاه یا بخش بستری سرپایی.
- **د) اجرای شیفت‌بندی بحران:** اجرای فوری جداول شیفت‌بندی ۲۴ ساعته و فراخوان نیروهای پشتیبان بر اساس پروتکل ۳.۱.

سطح ۳: فعال سازی خارجی (Crisis Capacity) - منطبق بر "وضعیت بنفش (قرمز ۲)"، یا دستور مستقیم ستاد

این سطح، آخرین لایه پاسخ است که در آن مراقبت های پزشکی به خارج از فضای فیزیکی بیمارستان گسترش می یابد و استانداردها ممکن است تغییر کنند. این سطح با دستور مستقیم ستاد ملی یا دانشگاه فعال می شود:

- **الف) فعال سازی مراکز درمانی جایگزین:** راه اندازی بیمارستان های صحرایی در محوطه بیمارستان یا مکان های امن نزدیک.
- **ب) استفاده از فضاهای عمومی:** بهره برداری از فضاهای عمومی از پیش توافق شده (مانند ورزشگاه ها، مدارس، سالن های ورزشی) برای تریاژ ثانویه، بستری بیماران با حال عمومی مساعد و نگهداری بیماران در آستانه ترخیص.
- **ج) درخواست پشتیبانی شبکه:** اعلام رسمی تکمیل ظرفیت به EOC دانشگاه و درخواست اعزام هدمند بیماران به بیمارستان های پشتیبان در سایر شهرها یا استان های معین.

مراکز جامع سلامت (نقش بهداشتی و پشتیبانی):

- **تبدیل به مراکز تریاژ اولیه:** ارزیابی بیماران غیرترومایی و مدیریت موارد سرپایی برای جلوگیری از ارجاع غیرضروری به بیمارستان.
- **مراکز مراقبت از بیماران مزمن:** مدیریت و توزیع دارو برای بیماران دیابتی، فشار خونی، تالاسمی و ... بر اساس لیست های از پیش تهیه شده.
- **پشتیبانی لجستیک بیمارستان:** فعالیت به عنوان انبار ذخیره دارویی و ملزومات سبک برای بیمارستان معین منطقه.
- **مرکز هماهنگی تیم های سیار:** استقرار و اعزام تیم های سیار بهداشتی و درمانی از این مراکز.

پروتکل ۴.۳: استمرار خدمات پشتیبانی و خدمات سیار

هدف: تضمین کارکرد خدمات حیاتی پشتیبان (بانک خون، آزمایشگاه، استریلیزاسیون) که شاه‌رگ حیات بیمارستان هستند و گسترش خدمات به خارج از دیوارهای مراکز درمانی از طریق تیم‌های سیار و پزشکی از راه دور.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- **استانداردسازی و مدیریت ذخایر:** تعیین “لیست آزمایش‌های حیاتی در بحران”، “لیست داروهای ضروری” و “استاندارد پک‌های جراحی تروما” و ایجاد ذخایر استراتژیک ملی بر این اساس.
- **هماهنگی ملی زنجیره خون:** مدیریت متمرکز ذخایر خون و فرآورده‌های خونی توسط سازمان انتقال خون و ایجاد شبکه توزیع اضطراری.
- **توسعه پزشکی از راه دور:** ایجاد و تقویت زیرساخت ملی برای شبکه مشاوره سلامت از راه دور (تله‌مدیسین) جهت اتصال متخصصان ستادی به پزشکان خط مقدم و راه‌اندازی خطوط تماس ملی برای مشاوره عمومی و کاهش مراجعات غیرضروری.

سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و بهداشتی (عملیاتی):

- **مدیریت یکپارچه CSR (واحد استریلیزاسیون):**
 - تأمین منابع پایدار آب و برق اضطراری اختصاصی برای CSR.
 - اولویت‌بندی استریل‌سازی ست‌های جراحی تروما.
 - دپوی پک‌های جراحی استریل یکبار مصرف برای شرایط اوج بحران.
- **آمادگی آزمایشگاه و تصویربرداری:**
 - دپوی کیت‌ها و مواد مصرفی بر اساس “لیست آزمایش‌های حیاتی”.
 - استفاده گسترده از ابزارهای تشخیصی نقطه-مراقبت (Point-of-Care) مانند سونوگرافی پرتابل (POCUS)، دستگاه‌های سنجش گازهای خونی و گلوکومتر برای تسریع تصمیم‌گیری.
- **برنامه ملی تأمین اضطراری خون و فرآورده‌های خونی:**

الف) ذخیره‌سازی استراتژیک: سازمان انتقال خون موظف به ایجاد ذخایر استراتژیک ملی و منطقه‌ای از فرآورده‌های خونی با ماندگاری بالا (مانند پلاسمای منجمد) و کیت‌های گروه خونی است.

ب) فراخوان ملی اهدای خون: تدوین پروتکل فراخوان فوری و سراسری برای اهدای خون در شرایط بحران، با اولویت‌دهی به گروه‌های خونی کمیاب (O منفی).

ج) لجستیک توزیع: طراحی شبکه توزیع امن و سریع خون و فرآورده‌های آن از مراکز استان‌های معین به مناطق درگیر با استفاده از حمل‌ونقل زمینی و هوایی حفاظت شده.

د) کاهش مصرف: ابلاغ دستورالعمل‌های بالینی برای مدیریت و مصرف بهینه خون در جراحی‌ها و بخش‌های ویژه در شرایط کمبود.

• فعال‌سازی خدمات پرتابل و سیار:

- **تیم‌های درمانی سیار (Mobile Clinics):** تجهیز اتوبوس یا ون به امکانات اولیه برای ارائه خدمات درمانی پایه و واکسیناسیون در مناطق آسیب‌دیده یا کمپ‌های اسکان موقت.
- **تیم‌های دیالیز سیار:** پیش‌بینی یا تجهیز ون‌های مخصوص برای ارائه خدمت دیالیز به بیماران در مراکز تجمعی یا منازل (در صورت امکان).
- **تیم‌های مراقبت در منزل:** سازماندهی تیم‌های پرستاری و بهورزی برای پیگیری بیماران مزمن ترخیص‌شده و ارائه خدمات اولیه.

پروتکل ۴.۴: آمادگی بهداشت عمومی و پیشگیری از اپیدمی‌ها

هدف: جلوگیری از وقوع یک بحران ثانویه (شیوع بیماری‌های واگیر مانند وبا، حصبه و...) که می‌تواند به اندازه خود درگیری نظامی، مرگبار و فلج‌کننده باشد.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- تضمین سلامت آب و غذا: نظارت ویژه بر منابع آب شرب شهری و انبارهای کالاهای اساسی برای جلوگیری از آلودگی.
- اختیارات ویژه: اعطای اختیارات قانونی به بازرسان بهداشت محیط برای پلمپ یا معدوم‌سازی فوری مراکز و مواد غذایی آلوده.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- فعال‌سازی نظام مراقبت سندرمیک: تقویت و فعال‌سازی سیستم پایش آنالین بیماری‌ها برای شناسایی سریع هرگونه طغیان غیرعادی بیماری.
- تدوین پروتکل‌های بهداشتی بحران: ابلاغ دستورالعمل‌های واضح برای مدیریت پسماندهای بیمارستانی و شهری، مدیریت فاضلاب، کلسنجی مستمر آب، بهداشت اردوگاه‌ها و مدیریت اجساد.
- مدیریت واکسیناسیون: برنامه‌ریزی برای کمپین‌های واکسیناسیون اضطراری (مانند کزاز، سرخک) در صورت نیاز.

سطح دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی (عملیاتی):

- اعزام تیم‌های واکنش سریع بهداشت (Epi-Team): تشکیل و تجهیز تیم‌های متشکل از متخصص عفونی، کارشناس بهداشت محیط و اپیدمیولوژیست برای بررسی میدانی هرگونه گزارش طغیان بیماری.
- نظارت محیطی فعال: انجام مستمر و روزانه کلسنجی آب، نمونه‌برداری از مواد غذایی، نظارت بر دفع بهداشتی زباله و فاضلاب در سطح جامعه و مراکز درمانی.
- مراقبت‌های ادغام‌یافته مادر و کودک: اولویت‌دهی به مراقبت‌های بارداری، زایمان ایمن (حتی در فضاهای جایگزین) و واکسیناسیون کودکان برای جلوگیری از افزایش مرگ‌ومیر این گروه‌های آسیب‌پذیر.

پروتکل ۴.۵: مدیریت یکپارچه خدمات پیش‌بیمارستانی و اورژانس (EMS)

هدف: تضمین یک زنجیره نجات کارآمد و مقاوم از نقطه وقوع حادثه تا درب بیمارستان، با تمرکز بر نجات جان، درمان حیاتی اولیه در صحنه (Stop the Bleed)، و انتقال سریع و هوشمند مصدومان به مراکز درمانی مناسب. این پروتکل، اورژانس پیش بیمارستانی را نه فقط یک سرویس انتقال، بلکه **بازوی حیاتی نظام درمان در خط مقدم** تعریف می‌کند.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- **تسهیل واردات و تولید:** تصویب "قانون خرید اضطراری آمبولانس و تجهیزات EMS" برای واردات فوری حداقل ۱۵۰۰ دستگاه آمبولانس (با تأکید بر مدل‌های دو دیفرانسیل) و قطعات یدکی، با معافیت کامل از عوارض گمرکی و تشریفات اداری
- **تأمین سوخت استراتژیک:** الزام وزارت نفت به تأمین سهمیه سوخت (بنزین و گازوئیل) نامحدود و در اولویت برای کل ناوگان اورژانس، هلال احمر و خودروهای پشتیبانی نظام سلامت.
- **یکپارچگی فرماندهی میدانی:** ایجاد سازوکار هماهنگی مشترک بین اورژانس پیش بیمارستانی، هلال احمر، آتش‌نشانی و واحدهای امدادی نیروهای مسلح تحت فرماندهی واحد در صحنه حوادث بزرگ.

سطح ستاد وزارت بهداشت (سازمان اورژانس کشور - تاکتیکی):

- **مدیریت متمرکز ناوگان و لجستیک:** ایجاد مرکز ملی فرماندهی و پشتیبانی لجستیک اورژانس برای مدیریت هوشمند ناوگان، جابجایی آمبولانس‌ها بین استان‌ها بر اساس نیاز، و ایجاد انبار استراتژیک ملی قطعات یدکی حیاتی (لاستیک، باتری، فیلتر).
- **هماهنگی ملی اورژانس هوایی:** مدیریت متمرکز پرواز بالگردهای اورژانس، هماهنگی با نیروهای مسلح برای استفاده از ظرفیت بالگردی آن‌ها و صدور دستورالعمل برای انجام پروازهای امدادی در مناطق امن‌تر (Local NOTAMS) حتی در شرایط جنگی (مطابق فایل اکسل اورژانس).
- **استانداردسازی آموزش و تجهیزات:** ابلاغ پروتکل‌های استاندارد ملی برای:
 - **تربیت در صحنه (مبتنی بر مدل START/SALT):** یک فرآیند سریع برای اولویت‌بندی مصدومان در حوادث انبوه است تا منابع محدود پزشکی به شکل بهینه تخصیص یابد.
 - امدادگران با ارزیابی سریع تنفس، گردش خون و هوشیاری، مصدومان را به چهار گروه رنگی

(قرمز: فوری، زرد: تأخیری، سبز: سرپایی، سیاه: فوت شده) دسته‌بندی می‌کنند. هدف اصلی این روش، نجات جان بیشترین تعداد ممکن از افراد با استفاده از منابع موجود است.

- کنترل خونریزی: آموزش همگانی و تخصصی تکنیک‌های کنترل خونریزی با استفاده از تورنیکه و مواد هموستاتیک.
- تجهیز آمبولانس‌ها: تعیین پک استاندارد تجهیزات آمبولانس برای شرایط مصدوم انبوه جنگی (توسط سازمان اورژانس کشور)

سطح دانشگاه‌ها و مراکز اورژانس پیش بیمارستانی (عملیاتی):

- ایمن‌سازی و پایداری عملیات:
 - ایمن‌سازی پایگاه‌ها: مقاوم‌سازی پایگاه‌های اورژانس و دیسپچ در برابر تهدیدات.
 - دیپوی لجستیک محلی: ایجاد ذخیره سوخت، داروهای حیاتی (مرفین، آدرنالین)، سرم و ملزومات مصرفی به میزان حداقل ۷۲ ساعت عملیات در هر پایگاه.
 - ایمن‌سازی مسیرها: هماهنگی با شهرداری و راهداری برای پاکسازی و ایمن‌سازی مسیرهای اصلی تردد آمبولانس‌ها و آماده‌سازی پدهای فرود بالگرد در بیمارستان‌ها و نقاط استراتژیک شهر.

• توانمندسازی نیروی انسانی:

- آموزش مستمر: برگزاری مانورهای دوره‌ای تریاژ مصدومان انبوه، مدیریت صحنه و دفاع در برابر حملات CBRNE^۷.
- فعال‌سازی نیروهای داوطلب: سازماندهی و آموزش نیروهای واکنش اضطراری داوطلب (موتورسواران اورژانس) برای ارزیابی اولیه و اقدامات حیاتی قبل از رسیدن آمبولانس.

- ارتباطات پایدار: تجهیز تیم‌های عملیاتی و مراکز دیسپچ به سه لایه ارتباطی: شبکه اصلی (تلفن)، شبکه بی‌سیم دیجیتال، و شبکه جایگزین (تلفن ماهواره‌ای) برای تضمین ارتباط در صورت قطع زیرساخت‌ها.

^۷ Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and high-yield Explosives

پروتکل ۴.۶: بهداشت روان و حمایت‌های روانی-اجتماعی (MHPSS)

هدف: مدیریت “زخم‌های نامرئی” جنگ و بحران؛ کاهش بار روانی ویرانگر بر عموم مردم و پیشگیری از فرسودگی شغلی و فروپاشی روانی کادر درمان که ستون فقرات نظام سلامت هستند.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- پوشش بیمه‌ای: تصویب پوشش بیمه‌ای کامل برای خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی مرتبط با استرس پس از سانحه (PTSD) برای مردم و کادر درمان.
- رسانه و ارتباطات: مدیریت پیام‌های عمومی از طریق رسانه ملی با هدف امیدبخشی، ارائه اطلاعات صحیح و آموزش راه‌های مقابله با استرس، برای جلوگیری از وحشت عمومی.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- تدوین راهنمای ملی MHPSS: تهیه و ابلاغ بسته جامع آموزشی شامل:
- کمک‌های اولیه روان‌شناختی (PFA): برای تمام کارکنان نظام سلامت و امدادگران.
- پروتکل حمایت از کادر درمان: شامل غربالگری، مداخلات پیشگیرانه و درمانی.
- راهنمای اطلاع‌رسانی به خانواده‌های داغدار.
- راه‌اندازی زیرساخت ملی: ایجاد و تقویت خطوط تلفنی سراسری حمایت روانی (خط آرامش) با حضور روان‌شناسان و مشاوران آموزش‌دیده برای ارائه خدمات ۲۴ ساعته.

سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و بهداشتی (عملیاتی):

• حمایت از کادر درمان (اولویت اول):

- غربالگری فعال: انجام غربالگری منظم برای شناسایی علائم فرسودگی، اضطراب و PTSD در کادر درمان.
- ایجاد فضاهای آرامش: اختصاص فضایی امن و آرام در بیمارستان برای استراحت کوتاه، تجدید قوا و دریافت حمایت از همکاران.

- سیستم حمایت همکار: جفت کردن کارکنان برای حمایت متقابل و شناسایی علائم خطر در یکدیگر.
- مداخله فوری: ارائه خدمات مشاوره محرمانه و فوری برای کارکنانی که دچار بحران روحی شده‌اند.
- حمایت از بیماران و جامعه:
 - ادغام MHPSS در درمان: حضور مددکار اجتماعی و روان‌شناس در تیم تریاژ و اورژانس برای ارائه کمک‌های اولیه روان‌شناختی به مصدومان و همراهان.
 - اعزام تیم‌های سیار حمایت روانی: اعزام تیم‌های متشکل از روان‌شناس و مددکار اجتماعی به مراکز اسکان موقت، مدارس و مراکز تجمعی برای ارائه خدمات حمایتی به جامعه.
 - توجه ویژه به کودکان: ارائه خدمات تخصصی بازی‌درمانی و مشاوره‌های متناسب با سن کودکان در معرض بحران.

پروتکل ۴.۷: مدیریت اجساد و تکریم متوفیان (DVI)

هدف: مدیریت علمی، سریع، ایمن و محترمانه اجساد قربانیان حوادث انبوه، با هدف اصلی شناسایی دقیق هویت (DVI) برای پاسخگویی به خانواده‌ها و جلوگیری از بحران‌های اجتماعی و بهداشتی ثانویه.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- تعیین مسئولیت قانونی: تعیین سازمان پزشکی قانونی به عنوان مسئول اصلی و فرمانده عملیات DVI در سطح ملی و تفویض اختیار به دانشگاه‌های علوم پزشکی برای مدیریت اولیه در سطح محلی.
- تأمین امنیت: حفاظت از محل‌های نگهداری اجساد (سردخانه‌های موقت) توسط نیروهای انتظامی برای حفظ شواهد و جلوگیری از هرج و مرج.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- **تدوین پروتکل ملی DVI:** ابلاغ دستورالعمل یکپارچه با هماهنگی پزشکی قانونی برای جمع‌آوری، شماره‌گذاری، مستندسازی (عکس‌برداری، ثبت مشخصات)، اخذ نمونه DNA و نگهداری اجساد.
- **ابلاغ پروتکل‌های ویژه:** تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های خاص برای مدیریت اجساد آلوده به عوامل شیمیایی، میکروبی یا رادیواکتیو جهت حفاظت از کارکنان و جامعه.
- **تجهیز و پشتیبانی:** تأمین کیت‌های استاندارد DVI، کیسه‌های حمل جسد و تجهیزات حفاظت فردی برای تیم‌های مدیریت اجساد.

سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (عملیاتی):

- **برپایی سردخانه‌های موقت:** شناسایی و تجهیز فضاهای جایگزین (مانند کانتینرهای یخچالی، سالن‌های ورزشی با تهویه مناسب) به عنوان سردخانه موقت در صورت پر شدن ظرفیت سردخانه اصلی بیمارستان.
- **تشکیل و آموزش تیم‌ها:** تشکیل "تیم مدیریت اجساد بیمارستانی" شامل پرسنل آموزش‌دیده از واحدهای مختلف (خدمات، پرستاری، حراست) و آموزش آن‌ها بر اساس پروتکل ملی DVI.
- **حمایت از خانواده‌ها:** ایجاد "مرکز حمایت از خانواده" در محلی جدا از اورژانس و سردخانه، با حضور مددکار اجتماعی و روان‌شناس، جهت اطلاع‌رسانی محترمانه، اخذ اطلاعات پیش از مرگ (Ante-mortem data) و ارائه حمایت‌های روانی به بازماندگان.
- **مستندسازی دقیق:** تکمیل دقیق فرم‌های مربوط به هر جسد و الصاق مچ‌بند شناسایی ضدآب برای جلوگیری از اشتباه در شناسایی.

پروتکل ۴.۸: گذار به مرحله بازیابی و یادگیری سازمانی

- **هدف:** مدیریت فرآیند پیچیده بازگشت به شرایط عادی پس از فروکش کردن بحران و مهم‌تر از آن، تبدیل تجربیات تلخ و گران‌بهای بحران به دانش سازمانی برای بهبود آمادگی در آینده.

سطح دولت و نهادهای حاکمیتی:

- تأمین بودجه بازسازی: تخصیص بودجه ویژه برای بازسازی زیرساخت‌های آسیب‌دیده نظام سلامت و جبران خسارت‌های وارده.
- قدردانی ملی: برگزاری مراسم ملی برای قدردانی از ایثار و فداکاری کادر بهداشت و درمان و تقویت روحیه و سرمایه اجتماعی نظام سلامت.

سطح ستاد وزارت بهداشت (تاکتیکی):

- تدوین معیارهای خروج از بحران: تعیین شاخص‌های عینی (مانند کاهش تعداد مراجعین تروما به زیر X درصد، پایداری زنجیره تأمین) برای اعلام رسمی پایان وضعیت اضطراری و بازگشت به روال عادی.
- برگزاری جلسات “بازبینی پس از عملیات (AAR)”: راهبری جلسات ساختاریافته در سطح ملی با حضور مدیران ارشد برای شناسایی موفقیت‌ها، چالش‌ها و درس‌آموخته‌های کلان.
- به‌روزرسانی اسناد: بازنگری و ویرایش “سند جامع آمادگی و پاسخ” بر اساس نتایج جلسات AAR و تجربیات میدانی.

سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی و بهداشتی (عملیاتی):

- بازیابی روانی کادر درمان (اولویت اول): اجرای برنامه‌های سازمان‌یافته برای استراحت، تجدید قوا و ارائه خدمات حمایتی روانی به کلیه کارکنانی که در بحران درگیر بوده‌اند.
- بازگشت تدریجی به خدمات عادی: اولویت‌بندی و زمان‌بندی بازگشایی خدمات الکتیو و عادی بر اساس نیازهای انباشته شده جامعه.
- مستندسازی و درس‌آموزی:

- برگزاری جلسات AAR در سطح بیمارستان و مرکز بهداشتی با حضور تمام تیم‌های درگیر.
- مستندسازی دقیق تجربیات: جمع‌آوری داستان‌ها، عکس‌ها، آمار و گزارش‌های عملیاتی برای ایجاد یک آرشیو غنی از دانش بحران.

- **تدوین برنامه بهبود:** تبدیل درس‌آموخته‌ها به یک برنامه عملیاتی مشخص برای اصلاح فرآیندها، خرید تجهیزات و برگزاری دوره‌های آموزشی جدید، تا برای بحران بعدی آماده‌تر باشیم. شعار این مرحله “هرگز فراموش نکنیم، هرگز متوقف نشویم” است.

۴.۸.۱: مدیریت سلامت جمعیت‌های جابجا شده و مناطق میزبان:

- (الف) پیش‌بینی و شناسایی مناطق میزبان:** دانشگاه‌های علوم پزشکی موظفند با هماهنگی ستاد مدیریت بحران استان، شهرهای با پتانسیل بالای مهاجرپذیری در زمان بحران را شناسایی کنند.
- (ب) فعال‌سازی تیم‌های واکنش سریع سیار:** به محض وقوع بحران و مشاهده موج مهاجرت، دانشگاه‌های علوم پزشکی مناطق میزبان موظفند تیم‌های بهداشتی و درمانی سیار (Mobile Clinics) را برای ارائه خدمات اولیه، واکسیناسیون، مراقبت‌های مادر و کودک و غربالگری بیماری‌های واگیر به محل‌های تجمع جمعیت اعزام کنند.
- (ج) تقویت زیرساخت‌های مناطق میزبان:** ستاد وزارت بهداشت باید سازوکاری برای اعزام فوری نیرو، دارو و تجهیزات به مراکز درمانی شهرهای میزبان که با بار مراجعین فراتر از ظرفیت خود مواجه می‌شوند، طراحی و اجرا نماید.

۵

بخش

مدیریت فضای فیزیکی، ایمن سازی و پناهگاه

بخش پنجم: مدیریت فضای فیزیکی، ایمن سازی و پناهگاه

مقدمه راهبردی

در دکترین نوین جنگی، مراکز درمانی از وضعیت “منطقه امن” خارج شده و به “اهداف راهبردی” تبدیل شده‌اند. حمله به یک بیمارستان، تنها تخریب یک ساختمان نیست، بلکه فروپاشی نماد امید و آخرین پناهگاه جامعه است. بنابراین، فضای فیزیکی مراکز درمانی دیگر یک دارایی خدماتی نیست، بلکه یک سنگر استراتژیک است که حفاظت از آن هم‌تراز با حفاظت از جان بیماران و کادر درمان اهمیت دارد.

این بخش، نقشه راه تبدیل بیمارستان‌های آسیب‌پذیر به “قلعه‌های تاب‌آور سلامت” را ترسیم می‌کند. فلسفه حاکم بر این نقشه راه، حرکت از مدیریت انفعالی پس از حادثه به سمت پدافند غیرعامل پیش‌دستانه و چندلایه است. این استراتژی بر سه ستون اصلی استوار است:

۱. حفاظت فیزیکی: مقاومت‌سازی سازه و جریان‌های حیاتی در برابر تهدیدات مستقیم.
۲. تداوم عملکرد: تضمین کارکرد بی‌وقفه خدمات حتی در صورت آسیب‌دیدگی.
۳. فرماندهی پایدار: ایجاد مراکز فرماندهی امن و غیرقابل نفوذ برای هدایت عملیات.

تشریح مفاهیم کلیدی برای مدیران

مدیریت مؤثر فضای فیزیکی در بحران بر پایه چهار اصل بنیادین استوار است که درک عمیق آنها برای موفقیت برنامه‌ریزی ضروری است:

۱. اصل مقاومت‌سازی چندلایه

مقاومت‌سازی به معنای ایجاد دفاع عمقی در برابر انواع تهدیدات است. این مفهوم در دو سطح اجرا می‌شود:

مقاومت‌سازی سازه‌ای: تقویت عناصر بارگیر ساختمان (ستون‌ها، تیرها، دیوارهای باربر) برای مقاومت در برابر انفجار، زلزله و آتش‌سوزی. این شامل استفاده از مصالح مقاوم، ایجاد redundancy در سیستم سازه‌ای، و طراحی مسیرهای فرار چندمنظوره است.

مقاوم‌سازی غیرسازه‌ای: ایمن‌سازی اجزای متحرک و تجهیزات که بیشترین خطر را در هنگام حوادث دارند. تحقیقات نشان داده که ۸۰٪ تلفات در زلزله‌ها ناشی از سقوط تجهیزات، شیشه‌ها و اجزای غیرسازه‌ای است نه فرو ریختن کلی ساختمان.

۲. اصل افزونگی و تنوع

هیچ عملکرد حیاتی نباید به یک نقطه واحد وابسته باشد. این اصل در سه سطح تحقق می‌یابد:

- **افزونگی مکانی:** ایجاد گزینه‌های جایگزین برای فضاهای حیاتی (اتاق عمل دوم، ICU جایگزین)
- **افزونگی سیستمی:** چندگانه‌سازی سیستم‌های حیاتی (چندین ژنراتور، مسیرهای مختلف برق)
- **افزونگی مدیریتی:** مراکز فرماندهی چندگانه که در صورت آسیب به یکی، دیگری فعال شود

۳. اصل قابلیت تطبیق

فضای فیزیکی باید قابلیت تغییر سریع کاربری را داشته باشد. در بحران، ممکن است لازم باشد یک بخش عادی به سرعت به ICU یا اتاق عمل تبدیل شود. این نیازمند طراحی فضاهای منعطف با زیرساخت‌های قابل تطبیق است.

۴. اصل خودکفایی موقت

مرکز درمانی باید حداقل برای ۷۲ ساعت بتواند بدون هیچ پشتیبانی خارجی (برق، آب، گاز، ارتباطات) عمل کند. این زمان کافی است تا کمک‌های خارجی سازماندهی شده و مسیرهای لجستیکی بازگشایی شوند.

پروتکل ۵.۱: مقاوم‌سازی جامع و حفاظت از شریان‌های حیاتی

هدف: ایجاد یک پوسته دفاعی فیزیکی و زیرساختی نفوذناپذیر برای مراکز درمانی، با اولویت‌بندی اقدامات کم‌هزینه و پرتأثیر.

۵.۱.۱. وظایف سطح دولت (توانمندسازی و الزام‌آوری)

- الف) ایجاد “صندوق ملی تاب‌آوری سلامت”: تخصیص ردیف بودجه‌ای ثابت و سالانه برای مقاوم‌سازی، تأمین تجهیزات پدافند غیرعامل و ایمن‌سازی زیرساخت‌های حیاتی بیمارستان‌ها. این صندوق باید ابزار مالی لازم برای تبدیل برنامه‌ها به واقعیت را فراهم کند.
- ب) بازنگری و الزام‌آور کردن مقررات ملی ساختمان: همکاری فوری با وزارت راه و شهرسازی و سازمان پدافند غیرعامل برای گنجاندن “پیوست الزامات پدافند غیرعامل مراکز درمانی” در مقررات ملی ساختمان. این پیوست باید برای تمام پروژه‌های ساخت، بازسازی و مقاوم‌سازی بیمارستان‌ها لازم‌الاجرا باشد.
- ج) هماهنگی فرابخشی برای ایجاد “حلقه حفاظتی پیرامونی”:
- مکلف نمودن وزارتخانه‌های نیرو، نفت و ارتباطات به اجرای طرح حفاظت از شریان‌های اصلی ورودی به بیمارستان‌های استراتژیک (ایجاد مسیرهای جایگزین و مقاوم‌سازی ایستگاه‌های اصلی).
- تعریف “حریم امن بیمارستانی” در طرح‌های جامع شهری که هرگونه ساخت‌وساز پرخطر یا نصب تأسیسات حساس در این حریم را ممنوع می‌کند.

۵.۱.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت (راهبری، استانداردسازی و نظارت)

- الف) تهیه “اطلس آسیب‌پذیری بیمارستان‌های کشور”: انجام یک ارزیابی ملی برای طبقه‌بندی بیمارستان‌ها بر اساس ماتریس “اهمیت راهبردی / سطح تهدید”. خروجی این اطلس، لیست اولویت‌بندی شده مراکز برای تخصیص منابع مقاوم‌سازی خواهد بود.
- ب) تدوین “بسته ابزار فنی مقاوم‌سازی”: ارائه راهنماهای عملیاتی و چک‌لیست‌های کاربردی برای دانشگاه‌ها، شامل:
- راهنمای مقاوم‌سازی غیرسازه‌ای: دستورالعمل‌های مصور برای مهار تجهیزات سنگین (MRI, CT-Scan)، ایمن‌سازی مخازن اکسیژن، نصب فیلم‌های ضد انفجار بر شیشه‌ها و تقویت قفسه‌های دارو و آزمایشگاه.
- استانداردهای تأسیسات پشتیبان: تعیین حداقل ظرفیت مورد نیاز برای ژنراتور برق، مخزن آب (تأمین برای حداقل ۷۲ ساعت) و ذخیره سوخت بر اساس اندازه و اهمیت بیمارستان.

- (ج) تشکیل “تیم‌های واکنش سریع ارزیابی خسارت”: ایجاد تیم‌های مهندسی متخصص که پس از هر حادثه، به سرعت به محل اعزام شده و ایمنی سازه‌ای باقی‌مانده بیمارستان را برای ادامه فعالیت یا لزوم تخلیه ارزیابی کنند.

۵.۱.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (اجرا، تمرین و نگهداری)

- الف) تشکیل “کمیته پدافند غیرعامل و مدیریت بحران بیمارستان”: این کمیته مسئولیت اجرای سالانه ارزیابی جامع آسیب‌پذیری، تدوین برنامه بهبود و نظارت بر اجرای آن را بر عهده دارد.
- ب) اجرای فوری “طرح ایمن‌سازی سه‌ماهه”: یک برنامه عملیاتی فشرده با تمرکز بر اقدامات کم‌هزینه و پرتأثیر:

۱. مهار ۱۰۰٪ تجهیزات و اشیاء متحرک در بخش‌های حیاتی (ICU، اتاق عمل، اورژانس).

۲. ایمن‌سازی تمام پنجره‌ها با فیلم‌های محافظ.

۳. ایجاد حفاظ فیزیکی برای تأسیسات حیاتی در محوطه (مخازن سوخت و اکسیژن).

- ج) برنامه‌ریزی برای ارتقاء تدریجی: تدوین یک طرح ۳ ساله برای اجرای پروژه‌های بزرگ‌تر مانند مقاوم‌سازی سازه‌ای بخش‌های کلیدی، ارتقاء سیستم اطفاء حریق و ایجاد مسیرهای خروج اضطراری امن.

پروتکل ۵.۲: طراحی، تجهیز و مدیریت پناهگاه‌های چندمنظوره

هدف: تبدیل پناهگاه از یک “مخفیگاه” به یک “مرکز درمانی و بقای اضطراری” که قابلیت ارائه خدمات پزشکی حیاتی را در شرایط تهدید مستقیم داشته باشد.

۵.۲.۱. وظایف سطح دولت و ستاد وزارت بهداشت (استانداردسازی و پشتیبانی)

- الف) تدوین “استاندارد ملی پناهگاه بیمارستانی”: تهیه یک آیین‌نامه جامع با همکاری سازمان پدافند غیرعامل که مشخصات فنی، سازه‌ای، تأسیساتی و تجهیزاتی پناهگاه‌های بیمارستانی را تعیین کند.

ب) طراحی و تأمین “کیت‌های استاندارد پناهگاه”؛ ستاد وزارت بهداشت مکلف است بسته‌های از پیش آماده‌شده (کیت) را طراحی و برای بیمارستان‌ها تأمین کند. این کیت‌ها باید شامل تجهیزات پزشکی پرتابل، داروهای حیاتی، آب، غذا و وسایل ارتباطی اضطراری باشند.

ج) ایجاد “شبکه پناهگاه‌های معین”؛ هماهنگی با وزارت کشور و شهرداری‌ها برای شناسایی پناهگاه‌های عمومی امن (مانند ایستگاه‌های مترو) و عقد تفاهم‌نامه برای استفاده از آن‌ها به عنوان نقاهتگاه یا مرکز پشتیبان در شرایط اضطرار.

۵.۲.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (پیاده‌سازی و عملیات)

الف) شناسایی و آماده‌سازی فضای پناهگاه اصلی و جایگزین:

- پناهگاه اصلی: در مقاوم‌ترین نقطه بیمارستان (معمولاً زیرزمین) با دسترسی مستقیم به تأسیسات حیاتی.
- فضای امن جایگزین: شناسایی فضاهای امن داخلی (مانند راهروهای مرکزی بدون پنجره) برای پناه‌گیری سریع در مواقعی که فرصت رسیدن به پناهگاه اصلی نیست.

ب) تجهیز و فعال‌سازی:

- نصب اتصالات دائمی برای برق اضطراری، اکسیژن و ساکشن در پناهگاه اصلی.
- نصب سیستم تهویه مستقل با قابلیت فیلتراسیون CBRNE^۱.
- ذخیره‌سازی “کیت‌های پناهگاه” در محلی امن و با دسترسی سریع.

ج) آموزش و مانور، کلید موفقیت:

- آموزش پروتکل تخلیه عمودی و افقی: آموزش به کلیه کارکنان برای انتقال سریع و ایمن بیماران به پناهگاه (تخلیه عمودی) یا فضای امن جایگزین (تخلیه افقی).
- مانور ماهانه پناه‌گیری: شبیه‌سازی سناریوهای مختلف، به ویژه تخلیه بیماران بدحال و اینتوبه از ICU به پناهگاه، که پیچیده‌ترین بخش عملیات است.

^۱ Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and high-yield Explosives

پروتکل ۵.۳: طراحی و پیاده‌سازی مراکز فرماندهی بحران (EOC) مقاوم

هدف: تضمین بقا و کارآمدی “مغز متفکر عملیات” بیمارستان از طریق ایجاد مراکز فرماندهی مقاوم، چندلایه و با قابلیت ارتباطی پایدار.

۵.۳.۱. وظایف سطح دولت و ستاد وزارت بهداشت (تضمین ارتباطات و استانداردسازی)

الف) ایجاد “شبکه ارتباطی اضطراری سلامت”: اختصاص کانال‌های ارتباطی امن و با اولویت بالا (ماهواره‌ای، رادیویی کدگذاری شده) برای ارتباط بی‌وقفه بین EOC بیمارستان‌ها، دانشگاه‌ها و ستاد ملی.

ب) تدوین “استاندارد جامع EOC بیمارستانی”: ارائه یک راهنمای دقیق شامل الزامات فیزیکی (مقاومت سازه‌ای، عدم وجود پنجره)، تکنولوژیک (حداقل ۳ مسیر ارتباطی مستقل) و عملیاتی (ساختار فرماندهی ICS).

ج) الزام به ایجاد EOC جایگزین: تمام بیمارستان‌های راهبردی موظف به تعیین و تجهیز یک EOC جایگزین (گرم یا سرد) در فاصله‌ای ایمن از مرکز اصلی هستند. فعال‌سازی این مرکز جایگزین باید جزئی از مانورهای فصلی باشد.

۵.۳.۲. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (ایجاد، تجهیز و تمرین)

الف) مکان‌یابی و تجهیز EOC اصلی: انتخاب امن‌ترین و مقاوم‌ترین نقطه بیمارستان و تجهیز آن بر اساس استانداردهای ملی. این مرکز باید دارای نقشه کامل بیمارستان، خطوط ارتباطی مستقل، و دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی باشد.

ب) آماده‌سازی “کیت فعال‌سازی EOC” (Kit-Go):

- هر مدیر ارشد و فرمانده حادثه باید یک کیف آماده حاوی نسخه‌های کاغذی پروتکل‌ها، نقشه‌ها، لیست‌های تماس، رادیو دستی، شارژر و چراغ قوه داشته باشد. این کیت تضمین می‌کند که حتی در صورت تخریب EOC، فرماندهی می‌تواند از هر نقطه‌ای ادامه یابد.

ج) مانورهای فرماندهی و کنترل:

- **مانور دورمیزی:** تمرین هفتگی فرآیندهای تصمیم‌گیری بر اساس سناریوهای مختلف.
- **مانور فعال‌سازی:** تمرین ماهانه فرآیند فراخوان تیم فرماندهی و فعال‌سازی EOC در کمتر از ۱۵ دقیقه.
- **مانور انتقال فرماندهی:** تمرین فصلی انتقال کامل عملیات از EOC اصلی به EOC جایگزین برای شبیه‌سازی شرایط انهدام مرکز اصلی.

جمع‌بندی: از آسیب‌پذیری تا مقاومت

بخش پنجم این سند، تحولی بنیادین در نگرش به فضای فیزیکی مراکز درمانی ایجاد می‌کند و آنها را از محیط‌های خدماتی عادی به دارایی‌های استراتژیک مقاوم تبدیل می‌سازد. این بخش بر پایه سه رکن اصلی استوار است: **مقاوم‌سازی چندلایه** (ترکیب اقدامات سازه‌ای و غیرسازه‌ای با تأکید بر راهکارهای کم‌هزینه و پرتأثیر)، **پناهگاه‌های چندمنظوره** (فضاهای انطباق‌پذیر که قابلیت تبدیل به ICU موقت یا اتاق عمل اضطراری را دارند) و **مراکز فرماندهی مقاوم** (EOC‌های غیرقابل نفوذ با سیستم‌های ارتباطی چندگانه). پروتکل‌های ۵.۱ تا ۵.۳ نشان می‌دهند که بیمارستان‌ها در شرایط جنگ باید همزمان سه مأموریت حیاتی را بر عهده بگیرند: محافظت از جان، تداوم درمان و هدایت عملیات.

رویکرد اجرایی این بخش، تدریجی، عملی و اثربخش است که از برنامه ۱۰۰ روزه اقدامات فوری (مانند مهار تجهیزات و ایمن‌سازی شیشه‌ها) آغاز شده و به طرح ۳ ساله مقاوم‌سازی کامل ختم می‌شود. هدف نهایی، تحول از رویکرد واکنشی به استراتژی پیش‌دستانه است که در آن مراکز درمانی نه تنها قادر به بقا در شرایط بحرانی هستند، بلکه به قلعه‌هایی برای نجات جان و نمادهایی از مقاومت ملی تبدیل می‌شوند. پیاده‌سازی موفق این پروتکل‌ها، ضمن نجات جان‌های بی‌شمار، اعتماد عمومی به نظام سلامت را در بحرانی‌ترین لحظات حفظ خواهد کرد.

جدول زیر، خلاصه‌ای از وظایف ارکان سه گانه را در مدیریت فضای فیزیکی و پناهگاه‌ها نشان می‌دهد.

جدول خلاصه مسئولیت‌های مدیریت فضای فیزیکی و پناهگاه

حوزه مسئولیت	سطح دولت	سطح ستاد وزارت بهداشت	سطح دانشگاه‌ها/بیمارستان‌ها
مقاوم‌سازی جامع	ایجاد صندوق ملی پدافند غیرعامل؛ بازنگری مقررات ملی ساختمان؛ طرح ملی مقاوم‌سازی شریان‌های حیاتی	نقشه آسیب‌پذیری ملی؛ راهنمای مقاوم‌سازی غیرسازه‌ای؛ تیم‌های بازرسی تخصصی	ارزیابی HVA سالانه؛ برنامه ۱۰۰ روزه مقاوم‌سازی اضطراری؛ طرح ۳ ساله ارتقاء ایمنی
پناهگاه چندمنظوره	آیین‌نامه ملی پناهگاه بیمارستانی؛ شبکه هوشمند اطلاع‌رسانی؛ تضمین دسترسی اولویت‌دار	راهنمای طراحی پناهگاه چندمنظوره؛ کیت جامع پناهگاه بیمارستانی؛ استانداردسازی تجهیزات	شناسایی و طراحی پناهگاه‌های اصلی و جایگزین؛ تجهیز عملیاتی؛ آموزش و مانور واقع‌گرایانه
مراکز فرماندهی مقاوم (EOC)	اختصاص کانال‌های ارتباطی امن؛ تضمین امنیت فیزیکی؛ حریم امنیتی مراکز فرماندهی	راهنمای طراحی EOC؛ الزام EOC جایگزین؛ شبکه ملی هم‌افزایی EOC	EOC اصلی استاندارد؛ EOC جایگزین؛ کیت فعال‌سازی Go-Kit؛ آموزش و مانور مستمر

۶

بخش

فرماندهی، هماهنگی و تامین مالی اضطراری

بخش ششم: فرماندهی، هماهنگی و تامین مالی اضطراری

مقدمه راهبردی: از بوروکراسی به فرماندهی عملیاتی

در شرایط عادی، قوانین و مقررات، ضامن نظم و انضباط سازمانی هستند؛ اما در بحبوحه جنگ، همین قوانین می‌توانند به زنجیری بر پای مدیران و فرماندهان میدانی تبدیل شوند. زمانی که هر دقیقه برای نجات جان یک انسان اهمیت دارد، تأخیر در خرید یک داروی حیاتی یا اعزام یک تیم تخصصی به دلیل فرآیندهای اداری، معادل از دست رفتن جان‌هاست.

بخش ششم این سند، با درک این واقعیت تلخ، یک دکترین مدیریتی نوین برای شرایط بحران ارائه می‌دهد. هسته اصلی این دکترین، ایجاد مسیرهای ویژه قانونی، مالی و اجرایی است که به مدیران در تمام سطوح اجازه می‌دهد با اختیارات کامل و بدون هراس از پیگردهای بعدی، تصمیمات حیاتی را در لحظه اتخاذ کنند. هدف، جایگزینی «فرآیندهای اداری» با «پروتکل‌های فرماندهی» و تبدیل «مدیران» به «فرماندهان عملیات» است. این بخش، نقشه راه گذار از ساختار صلب بوروکراتیک به یک نظام فرماندهی منعطف، پاسخگو و قدرتمند را ترسیم می‌کند.

پروتکل ۶.۱: ساختار فرماندهی و تفویض اختیارات عملیاتی

هدف: ایجاد یک زنجیره فرماندهی روشن، یکپارچه و قدرتمند که ضمن حفظ هماهنگی ملی، اختیارات لازم برای اقدام سریع را به سطوح عملیاتی در خط مقدم تفویض نماید.

۶.۱.۱. وظایف سطح دولت (ایجاد بستر قانونی برای فرماندهی)

الف) تصویب «قانون مدیریت اضطراری نظام سلامت»: ارائه لایحه‌ای فوری به مجلس یا شورای عالی امنیت ملی برای تصویب قانونی که:

۱. اختیارات ویژه به وزیر بهداشت تفویض کند: وزیر بهداشت به عنوان فرمانده کل عملیات سلامت در بحران، اختیار کامل برای بسیج تمام منابع بخش دولتی و خصوصی، تغییر کاربری فضاها، و صدور دستورات لازم‌الاجرا به سایر دستگاه‌ها در حوزه سلامت را خواهد داشت.

۲. ایجاد مصونیت قضایی برای مدیران: مدیران و کارکنانی که در چارچوب پروتکل‌های این سند و در شرایط اضطرار تصمیمات فوری اتخاذ می‌کنند، از هرگونه پیگرد قضایی و اداری مصون خواهند بود. این بند، “ترس از تصمیم‌گیری” را از بین می‌برد.

ب) فعال‌سازی “شورای عالی سلامت در بحران”: تشکیل فوری این شورا به ریاست معاون اول رئیس‌جمهور و عضویت وزرای کلیدی (کشور، دفاع، صمت، نیرو، نفت) برای هماهنگی‌های فرابخشی و پشتیبانی ملی از تصمیمات فرمانده کل عملیات سلامت. این شورا، فقط در زمان بحران جنگی تشکیل و فقط وظیفه فرماندهی عملیات بحران نظام سلامت در این دوره را بر عهده خواهد داشت (وظایف این شورا متداخل و یا منافی وظایف عالی‌ه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی نخواهد بود).

۶.۱.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت (راهبری متمرکز و تفویض اختیار هوشمند)

الف) استقرار کامل “ستاد هدایت عملیات بحران ملی سلامت” (ICS): این ستاد، مغز متفکر عملیات است که وظیفه تمرکز در راهبری و عدم تمرکز در اجرا را بر عهده دارد. وظایف کلیدی آن عبارتند از:

- رصد یکپارچه منابع: نظارت بر خط بر موجودی تخت، دارو، تجهیزات و نیروی انسانی در سراسر کشور.
- تخصیص هوشمند منابع: اعزام نیرو و تجهیزات از مناطق کم‌خطر به مناطق درگیر بر اساس نیازسنجی دقیق.
- ابلاغ پروتکل‌های عملیاتی: تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های روشن، کوتاه و کاربردی به جای بخشنامه‌های طولانی.

ب) تدوین و ابلاغ “جانشین‌نامه فرماندهی”: الزام تمام دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها به تدوین سندی رسمی که در آن، جانشینان تمام مسئولیت‌های کلیدی (از رئیس بیمارستان تا سرپرستار بخش) از پیش مشخص شده باشند. این سند تضمین می‌کند که در صورت حذف هر یک از مدیران، زنجیره فرماندهی دچار وقفه نشود.

۶.۱.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (فرماندهی در خط مقدم)

الف) استقرار “مرکز هدایت عملیات بحران بیمارستان” (EOC): رئیس بیمارستان به عنوان فرمانده صحنه، با استقرار در این مرکز، مسئولیت کامل عملیات در محدوده خود را بر عهده می‌گیرد. این مرکز

(EOC) در بالاترین سطح آمادگی و در شرایط جنگی، به عنوان **اتاق جنگ سلامت** شناخته شده و کلیه تصمیمات تاکتیکی و عملیاتی از این مرکز صادر خواهد شد.

ب) استفاده از اختیارات تفویض شده برای اقدام فوری: فرمانده صحنه (رئیس بیمارستان) با استناد به مصوبات قانونی، اختیار کامل برای موارد زیر را دارد:

- تغییر شیفت بندی و لغو مرخصی ها برای تضمین حضور حداکثری کادر درمان.
- تغییر کاربری بخش ها (مثلاً تبدیل بخش داخلی به بخش تروما) بدون نیاز به کسب مجوز.
- خرید اضطراری اقلام حیاتی از هر منبع در دسترس، خارج از تشریفات مناقصه.
- بکارگیری نیروهای داوطلب و تعریف شرح وظایف برای آنها در لحظه.

پروتکل ۶.۲: تأمین مالی اضطراری و ایجاد مسیرهای ویژه خرید

هدف: تضمین جریان نقدینگی پایدار و حذف موانع بوروکراتیک در فرآیندهای مالی و خرید، به منظور پشتیبانی بی وقفه از عملیات در خط مقدم.

۶.۲.۱. وظایف سطح دولت (ایجاد کریدور سبز مالی و تدارکاتی)

الف) تصویب "آیین نامه مالی شرایط اضطرار": این آیین نامه باید به صورت قانون تصویب و ابلاغ شود و شامل موارد زیر باشد:

۱. مستثنی شدن از قانون محاسبات عمومی: وزارت بهداشت و دانشگاه های تابعه برای خرید تمام کالاها و خدمات مرتبط با بحران (دارو، تجهیزات، آمبولانس، خدمات پشتیبانی) از رعایت تشریفات مناقصه معاف می شوند.
۲. ایجاد مسیر ویژه تخصیص ارز: بانک مرکزی مکلف است یک "کریدور سبز ارزی" ایجاد کند تا ارز مورد نیاز برای واردات فوری دارو و تجهیزات، خارج از نوبت و در کمتر از ۴۸ ساعت تأمین شود.
۳. ترخیص فوری از گمرک: ایجاد یک "مسیر ویژه گمرکی" برای ترخیص محموله های سلامت محور در کمتر از ۲۴ ساعت، حتی در روزهای تعطیل.

ب) تأمین منابع مالی پایدار و فوری:

- تخصیص یک دوازدهم بودجه در ابتدای هر ماه: سازمان برنامه و بودجه مکلف است سهم وزارت بهداشت را به صورت کامل در ابتدای هر ماه به خزانه واریز کند.
- مجوز برداشت از صندوق توسعه ملی: اخذ مجوز از رهبری برای برداشت اضطراری از صندوق توسعه ملی جهت پوشش هزینه‌های غیرمترقبه جنگ.
- الزام سازمان‌های بیمه‌گر: بیمه‌ها موظف به پرداخت حداقل ۸۰٪ از اسناد ارسالی بیمارستان‌ها به صورت علی‌الحساب و در کمتر از ۱۵ روز هستند.

۶.۲.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها (مدیریت بهینه منابع و استفاده از اختیارات)

الف) تشکیل “کمیته اضطراری منابع و مصارف”: این کمیته در سطح دانشگاه مکلف است منابع مالی را اولویت‌بندی کند. اولویت مطلق با:

- پرداخت حقوق و مزایای پرسنل برای حفظ انگیزه.
- خرید دارو و ملزومات حیاتی برای تداوم درمان.
- تأمین هزینه‌های پشتیبانی (سوخت، غذا).

ب) اجرای خریدهای اضطراری: مدیران مالی و تدارکات با استفاده از اختیارات قانونی کسب‌شده، اقدام به خرید فوری کرده و تنها به مستندسازی فرآیند برای پاسخگویی پس از بحران اکتفا می‌کنند.

ج) افزایش سقف پرداخت‌های تشویقی: تدوین دستورالعمل‌های تشویقی برای افزایش پرداخت‌ها و اضافه‌کار پرسنل درگیر در عملیات، با استفاده از اختیارات قانونی کسب‌شده.

د) تعیین تکلیف هزینه‌های مربوط به اتباع: ستاد وزارت بهداشت مکلف است با هماهنگی وزارت کشور و وزارت امور خارجه، راهکار تأمین هزینه خدمات سلامت ارائه شده در دوره بحران به اتباع خارجی مقیم یا پناهنجویانی که در اثر بحران وارد کشور می‌شوند را از طریق منابع دولتی یا کمک‌های بین‌المللی (مانند کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل) پیش‌بینی و در قالب یک دستورالعمل مالی ابلاغ نماید.

جمع‌بندی و چارچوب یکپارچه

این بخش در نهایت یک نظام فرماندهی سه سطحی یکپارچه ایجاد می کند که در آن:

سطح راهبردی (شورای عالی) تصمیمات کلان ملی و تخصیص منابع بزرگ را بر عهده دارد، سطح تاکتیکی (ستاد ملی وزارت بهداشت) هماهنگی عملیاتی و مدیریت اطلاعات را انجام می دهد، و سطح عملیاتی (دانشگاه ها و بیمارستان ها) اجرای مستقیم و گزارش دهی را بر عهده دارند.

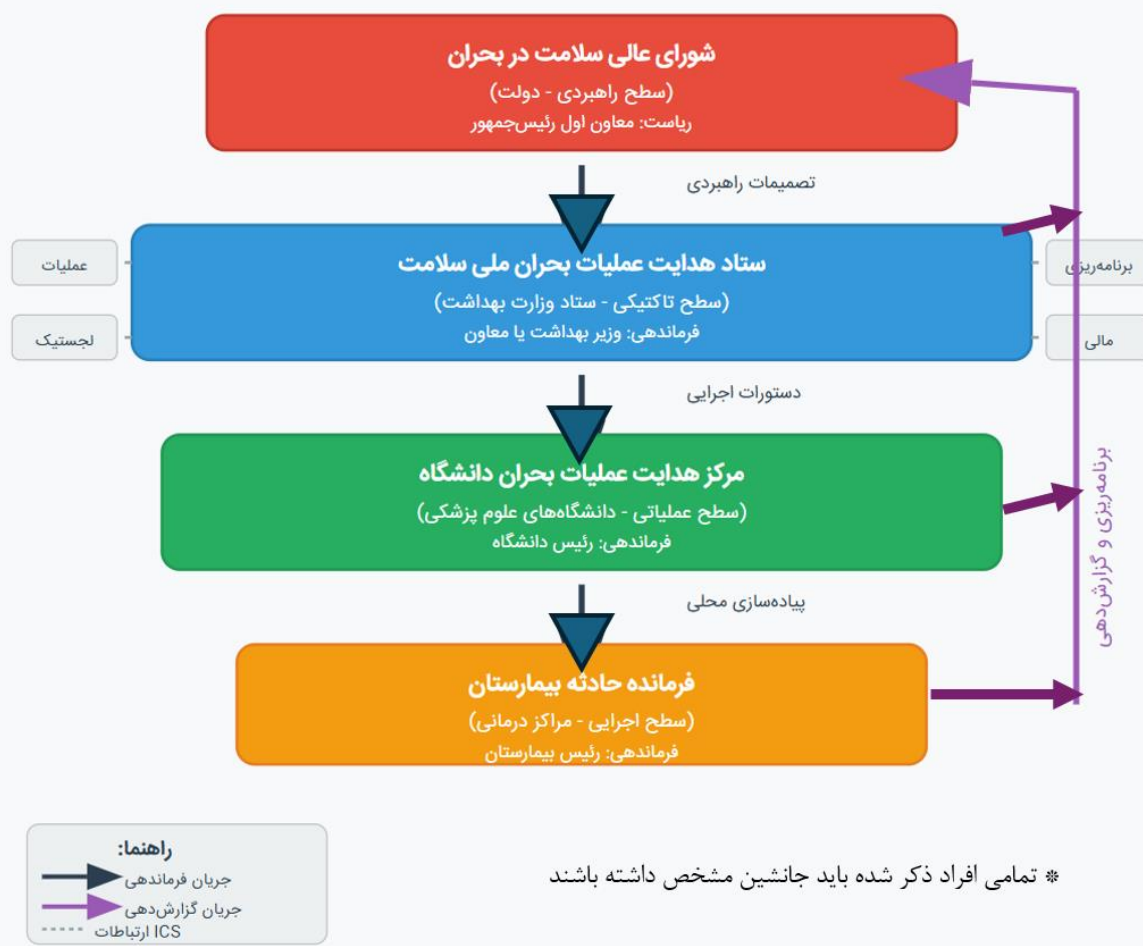
کلید موفقیت این سیستم، جریان دوطرفه اطلاعات است: گزارش های دقیق و به موقع از پایین به بالا، و دستورات روشن و قابل اجرا از بالا به پایین. همچنین، تأمین مالی چابک اطمینان می دهد که تصمیمات با سرعت لازم به اقدامات عملی تبدیل شوند.

جدول ۶.۱ خلاصه کامل مسئولیت ها را نشان می دهد، در حالی که نمودار ۶.۱ مسیر جریان تصمیم گیری و اطلاعات در شرایط بحران را به تصویر می کشد.

جدول ۶.۱: خلاصه مسئولیت ها در فرماندهی، هماهنگی و امور مالی

حوزه مسئولیت	سطح دولت	سطح ستاد وزارت بهداشت	سطح دانشگاه ها/بیمارستان ها
فرماندهی	تشکیل شورای عالی، تصمیمات راهبردی ملی	استقرار ستاد ملی (EOC)، مدیریت کلان عملیات	استقرار EOC محلی، اجرای عملیات میدانی
هماهنگی	هماهنگی فرابخشی بین وزارتخانه ها	هماهنگی با نهادهای نظامی و امدادی	هماهنگی با اورژانس، آتش نشانی و فرمانداری محلی
امور مالی	ایجاد صندوق ملی بحران، تسهیل قوانین	مدیریت صندوق، توزیع اعتبارات، تخصیص تنخواه	نیازسنجی، هزینه کرد اضطراری، گزارش دهی
اطلاعات	تصویب سیاست های اطلاع رسانی عمومی	مرکز اطلاعات یکپارچه، تحلیل داده ها	گزارش دهی مستمر، ثبت دقیق اطلاعات

نمودار ۶.۱: جریان تصمیم‌گیری و اطلاعات در بحران



۷

بخش

نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر

بخش هفتم: نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر

مقدمه بخش

این بخش، چرخه حیاتی تکمیل‌کننده کل سند آمادگی و پاسخ نظام سلامت محسوب می‌شود. بدون یک سیستم نظارت دقیق، ارزیابی منظم و بهبود مستمر بر اساس تجربیات کسب شده، حتی بهترین برنامه‌ها نیز به مرور زمان از کارایی خود خواهند افتاد و در مواجهه با چالش‌های نوین ناتوان خواهند بود.

فلسفه اصلی این بخش بر **یادگیری مستمر از تجربه** استوار است. هر بحران، هر مانور و هر اجرای جزئی از پروتکل‌ها، فرصتی ارزشمند برای شناسایی نقاط قوت، کشف خلأهای موجود و بهبود عملکرد آینده فراهم می‌کند. این رویکرد تضمین می‌کند که نظام سلامت نه تنها برای تهدیدات امروز، بلکه برای چالش‌های آینده نیز آماده باشد.

تشریح مفاهیم کلیدی برای مدیران

۱. **چرخه PDCA در مدیریت بحران:** این چرخه شامل چهار مرحله **برنامه‌ریزی (Plan)**، **اجرا (Do)**، **بررسی (Check)** و **بهبود (Act)** است که به صورت مستمر تکرار می‌شود. در مدیریت بحران، این چرخه تضمین می‌کند که تجربیات هر واقعه، مانور یا حتی گزارش‌دهی روزانه، مدخلی برای بهبود عملکرد آینده باشد.

۲. **فرهنگ یادگیری سازمانی:** یکی از بزرگترین چالش‌های سازمان‌های بزرگ، مقاومت در برابر تغییر و “سندرم همه چیز روبراه است” می‌باشد. ایجاد فرهنگی که در آن گزارش اشتباهات و نقاط ضعف نه تنها مورد انتقاد قرار نگیرد بلکه مورد تشویق باشد، برای بهبود مستمر ضروری است.

۳. **شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI) در بحران:** برخلاف شرایط عادی که شاخص‌های عملکرد بیشتر بر کیفیت و رضایت متمرکز است، در بحران شاخص‌ها باید بر سرعت پاسخ، درصد بقا، کارایی استفاده از منابع و زمان بازیابی متمرکز باشند.

پروتکل ۷.۱: نظارت و پایش مستمر

۷.۱.۱. وظایف سطح دولت (نظارت راهبردی):

تشکیل “کمیته عالی نظارت بر آمادگی ملی”: این کمیته به ریاست شورای عالی بحران سلامت (با مدیریت معاون اول رئیس جمهور) و با عضویت نمایندگان وزارتخانه‌های کلیدی، تشکیل می‌شود تا بر حسن اجرای کلیه بخش‌های این سند نظارت نماید.

وظایف کلیدی:

- ارزیابی سالانه آمادگی ملی: انجام ممیزی جامع از وضعیت آمادگی کل نظام سلامت کشور و ارائه گزارش به مقامات عالی کشور
- تصویب شاخص‌های ملی آمادگی: تعیین معیارهای مشخص و قابل اندازه‌گیری برای سنجش میزان آمادگی هر استان و دانشگاه
- بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد آمادگی بحران: تخصیص بودجه‌های آمادگی بر اساس نتایج ارزیابی و عملکرد هر منطقه
- هماهنگی بین‌بخشی در نظارت: اطمینان از اینکه تمام نهادهای درگیر (دفاع، کشور، اطلاعات) بر اساس معیارهای مشترک عمل می‌کنند
- ایجاد “سامانه ملی پایش آمادگی”: یک پلتفرم دیجیتال که به صورت آنلاین وضعیت آمادگی هر استان، دانشگاه، بیمارستان، و مراکز جامع یا اصلی سلامت را بر اساس شاخص‌های از پیش تعریف شده نمایش دهد و امکان مقایسه عملکرد و رتبه‌بندی را فراهم کند.

۷.۱.۲. وظایف سطح ستاد وزارت بهداشت (نظارت تاکتیکی):

راه‌اندازی “اتاق کنترل آمادگی ملی”: مرکز نظارت مستمر بر وضعیت آمادگی سراسر کشور که ۲۴ ساعته فعال است و قابلیت پایش آنی تغییرات وضعیت آمادگی را دارد.

ابزارهای نظارت:

- داشبورد آمادگی ملی: نمایش آنلاین وضعیت موجودی منابع راهبردی، وضعیت تجهیزات، آمادگی پرسنل و سطح ذخایر در همه مراکز

- سیستم هشدار زودهنگام: شناسایی خودکار روندهای نگران‌کننده (مانند کاهش ناگهانی موجودی دارو یا افزایش غیبت پرسنل) و ارسال هشدار به مسئولان
- نقشه ریسک پویا: نمایش تعاملی مناطقی که از نظر آمادگی در وضعیت بحرانی قرار دارند

برنامه ممیزی دوره‌ای:

- ممیزی فصلی: بازرسی میدانی از ۲۵٪ دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های اصلی کشور در هر فصل (به گونه‌ای که در یک سال کل کشور پوشش داده شود)
- ممیزی سرزده: انجام بازرسی‌های غیرمترقبه از مراکزی که در ارزیابی‌های قبلی عملکرد ضعیفی داشته‌اند
- ممیزی تخصصی: بررسی عمیق حوزه‌های خاص (مانند مدیریت دارو، آمادگی جراحی اضطراری) در مراکز منتخب

سیستم امتیازدهی و رتبه‌بندی:

- تعریف سیستم امتیازدهی ۱۰۰ نمره‌ای برای هر مرکز بر اساس معیارهای مشخص
- انتشار فهرست برترین و ضعیف‌ترین مراکز به صورت فصلی
- ایجاد سیستم تشویق و تنبیه بر اساس عملکرد

۷.۱.۳. وظایف سطح دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (نظارت عملیاتی):

تشکیل «کمیته داخلی کیفیت آمادگی»: در هر دانشگاه و بیمارستان، کمیته‌ای متشکل از معاون درمان، مدیر پرستاری، مسئول اورژانس، مسئول تجهیزات و نماینده کارکنان تشکیل می‌شود.

وظایف کمیته:

- خودارزیابی ماهانه: بررسی دقیق وضعیت آمادگی مرکز بر اساس چک‌لیست‌های استاندارد
- رفع نواقص شناسایی شده: اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات کشف شده
- گزارش‌دهی شفاف: ارسال گزارش‌های دقیق و بدون پنهان‌کاری به ستاد ملی

سیستم پایش روزانه:

- چک لیست آمادگی روزانه: بررسی روزانه موارد حیاتی مانند وضعیت ژنراتور، موجودی اکسیژن، آمادگی اتاق عمل و تعداد پرسنل حاضر
- گزارش وضعیت قرمز: اطلاع رسانی فوری به ستاد ملی در صورت کاهش آمادگی به زیر سطح قابل قبول
- ثبت دقیق رویدادها: مستندسازی کلیه مشکلات، اقدامات اصلاحی و نتایج حاصله

پروتکل ۷.۲: ارزیابی عملکرد و درس آموزی

یکی از اصول بنیادین مدیریت مدرن بحران این است که هر رویداد، درسی برای آینده است. این اصل به ویژه در حوزه سلامت که با جان انسان‌ها سروکار دارد، اهمیت دوچندانی پیدا می‌کند. تجربه کشورهای مختلف در مواجهه با بحران‌های بزرگ نشان داده که سازمان‌هایی که قادر به یادگیری سریع و عمیق از تجربیات خود بوده‌اند، در بحران‌های بعدی عملکرد بهتری داشته‌اند.

ارزیابی عملکرد در مدیریت بحران، فراتر از یک گزارش‌نویسی ساده است. این فرآیند باید به گونه‌ای طراحی شود که نه تنها اشتباهات و کمبودها را شناسایی کند، بلکه درک عمیقی از چرایی رخداد آن‌ها و چگونگی جلوگیری از تکرار آن‌ها در آینده ارائه دهد. همچنین، این فرآیند باید به شناسایی و تقویت نقاط قوت و موفقیت‌ها نیز بپردازد تا آن‌ها در رویدادهای آتی تکرار و تقویت شوند.

فرآیند ارزیابی ۷۲ ساعته پس از هر رویداد

تجربه بین‌المللی نشان داده که بهترین زمان برای ارزیابی یک رویداد بحرانی، بلافاصله پس از پایان آن است، زمانی که جزئیات هنوز در ذهن افراد تازه است و احساسات و تجربیات زنده هستند. با این حال، ارزیابی فوری نیز خطرات خود را دارد، زیرا ممکن است تحت تأثیر استرس و خستگی ناشی از رویداد قرار گیرد. به همین دلیل، فرآیند ارزیابی ۷۲ ساعته به سه مرحله تقسیم شده تا ترکیبی از فوریت و دقت را فراهم کند.

مرحله اول - جمع‌آوری داده‌های خام (ساعت ۰ تا ۲۴):

این مرحله بر سرعت و جامعیت تمرکز دارد. هدف، ثبت حداکثر اطلاعات ممکن قبل از اینکه جزئیات از یاد برود یا تحت تأثیر تفسیرهای بعدی قرار گیرد. در این مرحله، کلیه افراد درگیر در رویداد موظفند بلافاصله پس از پایان شیفت خود، گزارش کاملی از اقدامات انجام شده، تصمیمات اتخاذی، مشکلات مواجه شده و نتایج مشاهده شده ارائه دهند. این گزارش‌ها باید بر اساس یک فرمت استاندارد و به زبان ساده نوشته شوند تا امکان مقایسه و تحلیل آن‌ها فراهم باشد.

علاوه بر گزارش‌های فردی، در این مرحله تمام مستندات مربوط به رویداد، شامل لاگ‌های دستگاه‌ها، فیلم‌های دوربین‌های مداربسته، گزارش‌های ارتباطی، فرم‌های تکمیل شده و هر مدرک دیگری که بتواند اطلاعاتی از رویداد ارائه دهد، جمع‌آوری و بایگانی می‌شود. این مرحله نیاز به سازماندهی دقیق دارد، زیرا افراد پس از یک رویداد بحرانی معمولاً خسته و تحت استرس هستند و ممکن است انگیزه کافی برای تکمیل گزارش‌ها نداشته باشند.

مرحله دوم - تحلیل اولیه (ساعت ۲۴ تا ۴۸):

پس از گذشت ۲۴ ساعت و کسب آرامش نسبی، تیم ارزیابی شروع به بررسی و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده می‌کند. در این مرحله، هدف اصلی شناسایی الگوها، روندها و نقاط عطف در جریان رویداد است. تحلیلگران باید قادر باشند تایم‌لاین دقیقی از وقایع تهیه کنند و مشخص کنند که در چه نقاطی عملکرد مطابق انتظارات بوده و در کجا انحرافات رخ داده است.

یکی از ابزارهای مفید در این مرحله، نقشه‌کشی فرآیند (Process Mapping) است که نشان می‌دهد اطلاعات، منابع و تصمیمات چگونه در طول رویداد جریان یافته‌اند. این نقشه کمک می‌کند تا نقاط گلوگاه، حلقه‌های مفقوده و فرصت‌های بهبود شناسایی شوند. همچنین در این مرحله، مقایسه عملکرد واقعی با پروتکل‌های از پیش تعریف شده انجام می‌شود تا مشخص شود کدام بخش‌های پروتکل به درستی اجرا شده و کدام بخش‌ها نیاز به بازنگری دارند.

مرحله سوم - تدوین گزارش نهایی و برنامه اقدام (ساعت ۴۸ تا ۷۲):

در این مرحله، تمام یافته‌ها و تحلیل‌های انجام شده در قالب یک گزارش جامع و قابل فهم تنظیم می‌شود. این گزارش نه تنها باید شرح کاملی از آنچه اتفاق افتاده ارائه دهد، بلکه باید راه‌حل‌های مشخص و عملی برای بهبود عملکرد آینده نیز پیشنهاد کند. هر توصیه باید دارای مسئول مشخص، جدول زمانی واقع‌بینانه و معیارهای قابل اندازه‌گیری برای سنجش موفقیت باشد.

روش شناسی عمیق ارزیابی عملکرد

تحلیل علل ریشه‌ای (Root Cause Analysis):

تحلیل ریشه‌ای یکی از قدرتمندترین ابزارهای موجود برای درک عمیق مشکلات و شکست‌هاست. برخلاف بررسی‌هایی که تنها به علت‌های سطحی می‌پردازند، این روش به دنبال کشف علت‌های اصلی و بنیادین است که اگر برطرف نشوند، مشکلات مشابه در آینده نیز تکرار خواهند شد.

فرآیند تحلیل ریشه‌ای با طرح سؤال “چرا؟” شروع می‌شود و تا زمانی ادامه می‌یابد که به علت اصلی قابل کنترل برسیم. برای مثال، اگر در یک رویداد بحرانی، تأمین اکسیژن برای بیماران با مشکل مواجه شده باشد، تحلیل ممکن است به این صورت پیش برود:

چرای اول: چرا اکسیژن کافی در دسترس نبود؟ پاسخ: چون کپسول‌های یدکی تمام شده بود.

چرای دوم: چرا کپسول‌های یدکی تمام شده بود؟ پاسخ: چون سفارش تأمین به موقع داده نشده بود.

چرای سوم: چرا سفارش تأمین به موقع داده نشده بود؟ پاسخ: چون سیستم پایش موجودی کار نمی‌کرد.

چرای چهارم: چرا سیستم پایش موجودی کار نمی‌کرد؟ پاسخ: چون کارمند مسئول آموزش لازم را ندیده بود.

چرای پنجم: چرا کارمند مسئول آموزش لازم را ندیده بود؟ پاسخ: چون برنامه آموزشی منظم وجود نداشت.

با این تحلیل، مشخص می‌شود که علت اصلی مشکل، نبود برنامه آموزشی منظم است، نه کمبود کپسول اکسیژن. بنابراین، راه‌حل اصلی باید بر روی ایجاد برنامه آموزشی منظم متمرکز باشد.

تحلیل SWOT بحرانی:

تحلیل SWOT (نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها) ابزار شناخته شده‌ای است که در حوزه مدیریت بحران نیز کاربرد فراوان دارد. با این حال، کاربرد این ابزار در ارزیابی بحران نیاز به تطبیق با ماهیت خاص شرایط اضطراری دارد.

نقاط قوت (Strengths) در این تحلیل شامل تمام عواملی می‌شود که در طول بحران به خوبی عمل کرده‌اند. این می‌تواند شامل عملکرد برجسته افراد، کارایی سیستم‌های خاص، مؤثر بودن پروتکل‌های خاص یا حتی تصادفات خوشبختانه‌ای باشد که نتایج مثبت داشته‌اند. شناسایی این نقاط قوت برای تقویت و نهادینه کردن آن‌ها در آینده حیاتی است.

نقاط ضعف (Weaknesses) شامل تمام جنبه‌هایی است که عملکرد مطلوبی نداشته‌اند. این ممکن است شامل نقایص آموزشی، کمبود تجهیزات، ضعف در ارتباطات، مشکلات سازمانی یا حتی مسائل فیزیکی ساختمان باشد. مهم است که این نقاط ضعف بدون تعصب و با هدف بهبود شناسایی شوند.

فرصت‌ها (Opportunities) در این زمینه به درس‌ها و قابلیت‌هایی اشاره دارد که از رویداد می‌توان کسب کرد. هر بحران، فرصتی برای بهبود سیستم‌ها، تقویت تیم‌کار، شناسایی استعدادهای پنهان و حتی جلب حمایت مدیریت برای تغییرات لازم است.

تهدیدها (Threats) شامل ریسک‌ها و خطرات آینده‌ای است که از تجربه فعلی می‌توان برای آن‌ها آماده شد. ممکن است رویداد فعلی نشان‌دهنده آسیب‌پذیری‌هایی باشد که در بحران‌های آتی می‌تواند مشکلات بزرگ‌تری ایجاد کند.

سیستم یادگیری سازمانی و تسهیم دانش

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سازمان‌های بزرگ، به ویژه در بخش دولتی، این است که دانش و تجربیات کسب شده در یک بخش یا مرکز، به سایر بخش‌ها منتقل نمی‌شود. در نتیجه، هر مرکز مجبور است همان اشتباهات را تکرار کند و از صفر شروع کند. ایجاد یک سیستم مؤثر یادگیری سازمانی می‌تواند این مشکل را حل کند و باعث شود که تجربه یک مرکز، به نفع کل شبکه تمام شود.

بانک دانش تجربیات بحران:

این بانک اطلاعات، بسیار فراتر از یک آرشیو ساده است. باید به گونه‌ای طراحی شود که کاربران بتوانند به راحتی اطلاعات مورد نیاز خود را بر اساس نوع بحران، شدت، منطقه جغرافیایی، یا هر معیار دیگری جستجو کنند. همچنین، این سیستم باید قابلیت تحلیل روندها و الگوها را داشته باشد تا بتواند پیش‌بینی‌هایی درباره بحران‌های آتی ارائه دهد.

محتوای این بانک اطلاعات شامل گزارش‌های تفصیلی رویدادها، خلاصه درس‌های آموخته، فیلم‌ها و تصاویر مستند، مصاحبه‌هایی با افراد کلیدی درگیر در رویدادها، و حتی شبیه‌سازی‌هایی از رویدادهای مهم می‌شود. مهم است که این اطلاعات به زبان ساده و قابل فهم نوشته شوند و برای مخاطبان مختلف (مدیران، کارشناسان، کارکنان عملیاتی) سطوح مختلف جزئیات ارائه دهند.

برنامه تسهیم دانش و یادگیری متقابل:

یادگیری نباید تنها از طریق مطالعه اتفاق بیفتد. تعامل مستقیم بین افرادی که تجربیات مشابه داشته‌اند، یکی از مؤثرترین روش‌های انتقال دانش است. برگزاری جلسات منظم “درس‌های آموخته” که در آن‌ها نمایندگان مراکز مختلف تجربیات خود را به اشتراک می‌گذارند، می‌تواند فرصت ارزشمندی برای یادگیری فراهم کند.

این جلسات نباید صرفاً گزارش‌دهی باشند، بلکه باید فضایی برای بحث و تبادل نظر فراهم کنند. شرکت‌کنندگان باید بتوانند سؤالات خود را مطرح کنند، تجربیات مشابه خود را تعریف کنند و حتی

چالش‌های فعلی خود را برای دریافت مشاوره مطرح کنند. این تعامل دوطرفه، نه تنها برای یادگیری مفید است، بلکه به تقویت روحیه همکاری و همبستگی بین مراکز نیز کمک می‌کند.

پروتکل ۷.۳: بهبود مستمر و به‌روزرسانی

مفهوم بهبود مستمر (Continuous Improvement) ریشه در فلسفه مدیریت ژاپنی “کایزن” دارد که به معنای “تغییر به سوی بهتری” است. این فلسفه بر این اصل استوار است که هرگز نباید به وضعیت موجود راضی بود و همواره باید به دنبال راه‌هایی برای بهبود بود، حتی اگر این بهبودها کوچک و تدریجی باشند. در حوزه مدیریت بحران سلامت، این اصل اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا هر بهبود کوچک می‌تواند به معنای نجات جان انسان‌های بیشتری باشد.

بهبود مستمر در مدیریت بحران نباید صرفاً واکنشی به مشکلات رخ داده باشد، بلکه باید رویکردی پیش‌گیرانه و آینده‌نگر داشته باشد. این بدان معناست که حتی زمانی که همه چیز به خوبی پیش می‌رود، باید به دنبال فرصت‌های بهبود بود و خود را برای چالش‌های آینده آماده کرد.

چرخه بازنگری سالانه

یکی از ابزارهای کلیدی بهبود مستمر، چرخه بازنگری سالانه است که تضمین می‌کند هیچ تجربه‌ای فراموش نشود و همه درس‌های آموخته در برنامه‌ریزی‌های آتی لحاظ شوند. این چرخه باید به گونه‌ای طراحی شود که هم جامع باشد و هم منجر به اقدامات عملی شود.

فاز جمع‌آوری بازخورد (ماه‌های ۱-۳ سال):

در ابتدای هر سال، کلیه تجربیات، گزارش‌ها، شکایات، پیشنهادات و مشاهدات سال گذشته جمع‌آوری و طبقه‌بندی می‌شوند. این کار باید فراتر از یک گردآوری ساده باشد و شامل تحلیل اولیه روندها و الگوها نیز شود. برای مثال، ممکن است مشخص شود که در فصل زمستان، مشکلات خاصی تکرار می‌شوند یا اینکه مراکز واقع در مناطق خاص، چالش‌های مشترکی دارند.

در این فاز، نظرسنجی گسترده از کلیه ذی‌نفعان نیز انجام می‌شود. این نظرسنجی نه تنها شامل مدیران و کارکنان درمانی می‌شود، بلکه باید نظرات بیماران، خانواده‌های آن‌ها، سازمان‌های همکار و حتی رسانه‌ها را نیز در بر گیرد. هدف، کسب دیدگاهی جامع و چند بعدی از عملکرد سیستم است.

همزمان با جمع‌آوری بازخوردهای داخلی، مطالعه تغییرات محیطی و تهدیدات جدید نیز انجام می‌شود. این شامل بررسی تحولات تکنولوژیک، تغییرات جمعیت‌شناختی، الگوهای جدید بیماری‌ها، تهدیدات امنیتی

نوظهور و تجربیات سایر کشورها می‌شود. هدف این است که مطمئن شوند برنامه‌ها نه تنها برای چالش‌های امروز، بلکه برای چالش‌های احتمالی آینده نیز آماده‌اند.

فاز تحلیل و طراحی (ماه‌های ۴-۶):

پس از جمع‌آوری کلیه اطلاعات، فاز تحلیل عمیق آغاز می‌شود. در این مرحله، تیم‌های متخصص به بررسی دقیق یافته‌ها می‌پردازند و اولویت‌بندی مسائل را انجام می‌دهند. این اولویت‌بندی باید بر اساس معیارهای مشخصی مانند شدت خطر، احتمال وقوع، هزینه رفع مشکل و تأثیر بر کیفیت خدمات انجام شود.

برای هر مسئله اولویت‌دار، راه‌حل‌های مختلف بررسی و مقایسه می‌شوند. این مقایسه نه تنها جنبه‌های فنی، بلکه ملاحظات مالی، منابع انسانی، زمان‌بندی و پذیرش سازمانی را نیز در نظر می‌گیرد. نتیجه این فاز، مجموعه‌ای از راه‌حل‌های قابل اجرا با جدول زمانی مشخص و برآورد هزینه دقیق است.

در این فاز همچنین، بازنگری کلی در اهداف و استراتژی‌های بلندمدت انجام می‌شود. ممکن است تجربیات سال گذشته نشان دهد که برخی از اهداف غیرواقعی بوده‌اند یا اینکه اولویت‌ها نیاز به تغییر دارند. این بازنگری راهبردی، تضمین می‌کند که برنامه‌ها همواره با واقعیت‌های محیطی هماهنگ باشند.

فاز پیاده‌سازی (ماه‌های ۷-۹):

این فاز، قلب اصلی فرآیند بهبود محسوب می‌شود. تمام طرح‌ها و ایده‌های مطرح شده در فازهای قبلی، در این مرحله به واقعیت تبدیل می‌شوند. موفقیت این فاز، بستگی زیادی به برنامه‌ریزی دقیق، تخصیص منابع کافی و مدیریت مؤثر تغییر دارد.

یکی از چالش‌های اصلی در این فاز، مقاومت در برابر تغییر است. انسان‌ها به طور طبیعی تمایل دارند که با روش‌های آشنا کار کنند و از تغییرات جدید اجتناب کنند. برای غلبه بر این مقاومت، ضروری است که کارکنان نه تنها درباره روش‌های جدید آموزش ببینند، بلکه درباره دلایل و مزایای این تغییرات نیز متقاعد شوند.

پیاده‌سازی باید به صورت تدریجی و با نظارت مستمر انجام شود. معمولاً بهتر است که ابتدا تغییرات در یک مرکز آزمایشی اجرا شوند و پس از کسب اطمینان از موفقیت آن‌ها، به سایر مراکز گسترش یابند. این رویکرد، ریسک شکست را کاهش می‌دهد و امکان اصلاح مشکلات قبل از اجرای گسترده را فراهم می‌کند.

فاز ارزیابی و تثبیت (ماه‌های ۱۰-۱۲):

در پایان سال، زمان ارزیابی نتایج تغییرات اعمال شده فرا می‌رسد. این ارزیابی باید بر اساس معیارهای قابل اندازه‌گیری و از پیش تعریف شده انجام شود. مهم است که این ارزیابی منصفانه و بی‌طرفانه باشد و هم موفقیت‌ها و هم شکست‌ها را به رسمیت بشناسد.

برای تغییراتی که موفقیت‌آمیز بوده‌اند، برنامه تثبیت و نهادینه‌سازی تدوین می‌شود. این بدان معناست که این تغییرات به بخشی از فرآیندهای استاندارد تبدیل شوند و دیگر به عنوان یک «آزمایش» تلقی نشوند. برای تضمین تداوم، ممکن است نیاز به تغییر در آیین‌نامه‌ها، توصیف شغل‌ها یا سیستم‌های اطلاعاتی باشد.

برای تغییراتی که موفقیت‌آمیز نبوده‌اند، تحلیل دقیق علل شکست انجام می‌شود. هدف، یادگیری از این تجربه و جلوگیری از تکرار همان اشتباهات در آینده است. گاهی اوقات، شکست یک ایده به خودی خود یک درس ارزشمند است که می‌تواند از اتلاف منابع در مسیرهای غلط جلوگیری کند.

مکانیزم‌های نوآورانه بهبود مستمر

سیستم پیشنهادات کارکنان و مشارکت همگانی:

یکی از منابع غنی ایده‌های بهبود، کارکنانی هستند که روزانه با چالش‌های عملیاتی مواجه‌اند. این افراد اغلب بهترین درک را از مشکلات واقعی سیستم دارند و ممکن است راه‌حل‌های ساده و عملی پیشنهاد کنند که برای مدیران قابل تصور نیست. ایجاد یک سیستم مؤثر برای جمع‌آوری و بررسی این پیشنهادات، می‌تواند منبع ارزشمندی برای بهبود باشد.

این سیستم باید به گونه‌ای طراحی شود که استفاده از آن ساده و جذاب باشد. کارکنان باید بتوانند پیشنهادات خود را به راحتی و بدون ترس از انتقاد یا تنبیه ارسال کنند. همچنین، باید فرآیند شفاف برای بررسی پیشنهادات وجود داشته باشد و پیشنهاددهندگان از وضعیت پیشنهاد خود مطلع شوند.

برای تشویق مشارکت، سیستم پاداش‌دهی قابل توجهی باید در نظر گرفته شود. این پاداش‌ها نه تنها مالی می‌تواند باشد، بلکه شامل تقدیر عمومی، ارتقای شغلی، فرصت‌های آموزشی یا مسئولیت‌های جدید نیز می‌شود. مهم است که پاداش‌دهی عادلانه و متناسب با ارزش پیشنهاد باشد.

کمیتة نوآوری و تحقیق کاربردی:

علاوه بر پیشنهادات خودجوش کارکنان، تشکیل کمیته‌ای تخصصی برای تحقیق و توسعه راه‌حل‌های نوآورانه نیز ضروری است. این کمیته باید متشکل از متخصصانی از حوزه‌های مختلف باشد که توان تحلیل چالش‌های پیچیده و ارائه راه‌حل‌های خلاقانه را داشته باشند.

این کمیته نه تنها باید به مسائل فعلی بپردازد، بلکه باید نقش پیش‌بینی کننده تحولات آینده را نیز ایفا کند. مطالعه روندهای جهانی، تکنولوژی‌های نوظهور، تجربیات سایر کشورها و تحقیقات دانشگاهی، بخش مهمی از وظایف این کمیته است.

همکاری با دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، برای انجام پروژه‌های تحقیقاتی کاربردی نیز بسیار مفید است. این همکاری‌ها می‌تواند هم منجر به یافتن راه‌حل‌های علمی برای مشکلات عملی شود و هم باعث ارتقای دانش فنی کارکنان گردد.

شبکه تبادل تجربیات بین‌المللی:

در عصر جهانی‌سازی، هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی با تمام چالش‌ها مقابله کند. تبادل تجربیات با سایر کشورها، به ویژه آن‌هایی که چالش‌های مشابه داشته‌اند، می‌تواند منبع ارزشمندی از ایده‌ها و راه‌حل‌ها باشد.

این تبادل تجربیات می‌تواند از طریق کانال‌های مختلفی صورت گیرد: عضویت در سازمان‌های بین‌المللی، شرکت در کنفرانس‌ها و سمینارهای تخصصی، برقراری روابط مستقیم با هم‌تایان خارجی، مطالعه مقالات و گزارش‌های بین‌المللی، و حتی استفاده از شبکه‌های اجتماعی حرفه‌ای.

مهم است که این تبادل تجربیات، یک طرفه نباشد. کشور ما نیز تجربیات ارزشمندی در زمینه مدیریت بحران دارد که می‌تواند برای سایر کشورها مفید باشد. این تبادل دوطرفه، نه تنها به بهبود روابط بین‌المللی کمک می‌کند، بلکه اعتماد به نفس و جایگاه علمی کشور را نیز ارتقا می‌دهد.

جمع‌بندی بخش هفتم

بخش هفتم این سند، با تمرکز بر نظارت، ارزیابی و بهبود مستمر، چرخه حیاتی کامل‌کننده کل فرآیند آمادگی و پاسخ نظام سلامت را تشریح کرده است. این بخش نشان می‌دهد که چگونه می‌توان از طریق سه سطح نظارت راهبردی، تاکتیکی و عملیاتی، بر حسن اجرای پروتکل‌ها نظارت کرد و از تجربیات کسب شده برای بهبود مستمر عملکرد استفاده نمود.

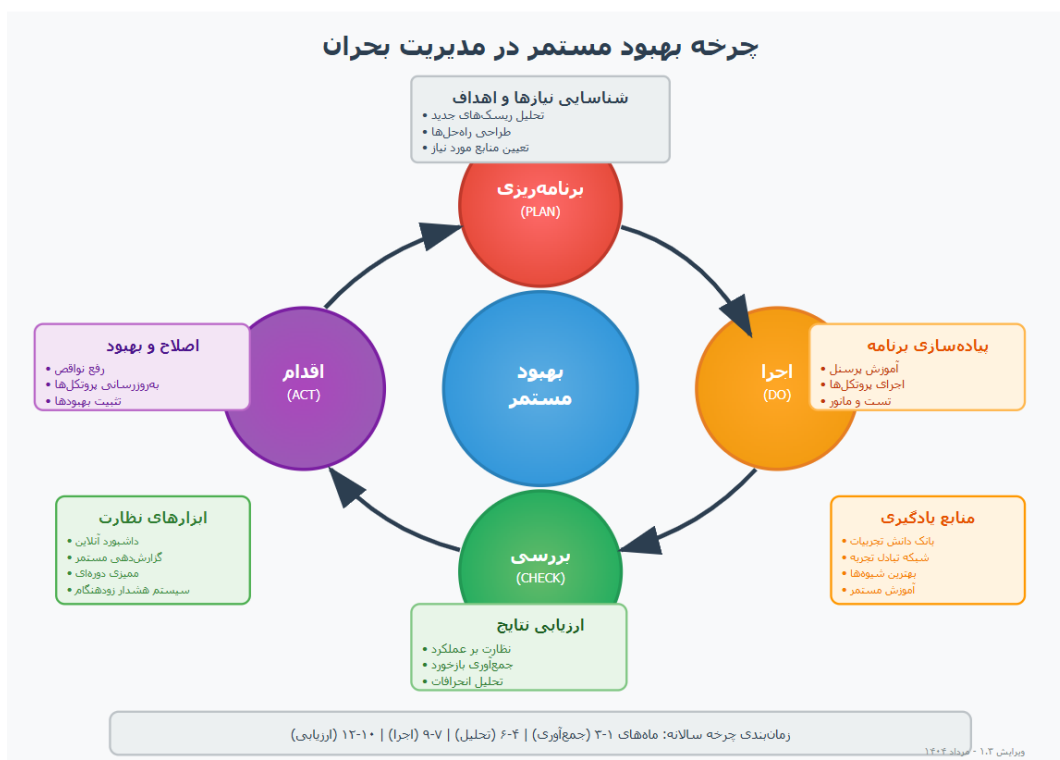
فرآیند ارزیابی ۷۲ ساعته پس از هر رویداد، روشی منظم برای تبدیل تجربیات به دانش قابل استفاده ارائه می‌دهد، در حالی که چرخه بازنگری سالانه تضمین می‌کند که این دانش در برنامه‌ریزی‌های آتی لحاظ شود. مکانیزم‌های نوآورانه مطرح شده در این بخش، از جمله سیستم پیشنهادات کارکنان و شبکه تبادل تجربیات بین‌المللی، راه‌هایی برای تقویت فرهنگ یادگیری سازمانی فراهم می‌کنند.

جدول ۷.۱ که در ادامه ارائه می‌شود، خلاصه‌ای از ماتریس نظارت و ارزیابی در چهار سطح راهبردی، تاکتیکی، عملیاتی و میدانی ارائه می‌دهد و نشان می‌دهد که چگونه هر سطح با دوره زمانی و مسئولیت‌های مشخص، به تکمیل تصویر کلی عملکرد سیستم کمک می‌کند. همچنین نمودار ۷.۱ چرخه بهبود مستمر را به صورت بصری نمایش داده و نشان می‌دهد که چگونه چهار مرحله برنامه‌ریزی، اجرا، بررسی و اقدام در یک چرخه پیوسته به یکدیگر متصل‌اند و به بهبود تدریجی اما مستمر سیستم منجر می‌شوند.

جدول ۷.۱: ماتریس نظارت و ارزیابی

سطح نظارت	فرآیند	مسئول اصلی	دوره زمانی	خروجی کلیدی
راهبردی	ارزیابی آمادگی ملی	کمیته عالی نظارت	سالانه	گزارش آمادگی ملی، بودجه سال آینده
تاکتیکی	ممیزی عملکردی	ستاد وزارت بهداشت	فصلی	رتبه‌بندی مراکز، شناسایی نقاط ضعف
عملیاتی	خودارزیابی مستمر	دانشگاه‌ها/بیمارستان‌ها	ماهانه	گزارش وضعیت، برنامه اصلاحی
میدانی	پایش روزانه	مدیران مراکز	روزانه	چک‌لیست آمادگی، گزارش فوری

نمودار ۷.۱: چرخه بهبود مستمر در مدیریت بحران





بخش

منشور اختیارات، الزامات قانونی و تفویض اضطراری

بخش هشتم: منشور اختیارات، الزامات قانونی و تفویض اضطراری در بحران ملی سلامت

مقدمه راهبردی: شکستن زنجیرهای بوروکراسی برای نجات جان‌ها

در میدان نبرد علیه زمان برای نجات جان انسان‌ها، قانون باید سپر محافظ مدیران قاطع باشد، نه شمشیری ترسناک بر فراز سر آنان. تجربه بحران‌های گذشته در ایران و جهان نشان داده است که بزرگترین مانع بر سر راه واکنش سریع و مؤثر، نه کمبود منابع، بلکه فلج شدن سیستم تصمیم‌گیری در اثر ترس از فرآیندهای اداری، قوانین دست‌وپاگیر و مسئولیت‌های قضایی پس از بحران است.

این بخش، ستون فقرات قانونی کل سند جامع آمادگی و پاسخ است. هدف آن، ایجاد یک “فضای عملیاتی ویژه” است که در آن، اختیارات لازم به صورت شفاف و سلسله‌مراتبی تفویض شده و مدیران در تمام سطوح، با پشتوانه قانونی محکم، قادر به اتخاذ تصمیمات جسورانه و فوری باشند. این منشور، نقشه راه گذار از “انفعال ناشی از احتیاط” به “اقدام قاطعانه مبتنی بر اختیار” است و تضمین می‌کند که در لحظات طلایی، هیچ فرصتی برای نجات جان‌ها به دلیل خلأ یا ابهام قانونی از دست نخواهد رفت.

پروتکل ۸.۱: اختیارات و الزامات راهبردی سطح حاکمیت (دولت و قوای سه‌گانه)

هدف: ایجاد چارچوب حقوقی و اجرایی کلان برای بسیج تمام ظرفیت‌های ملی، گشایش گره‌های مالی و قانونی و پشتیبانی همه‌جانبه از عملیات نظام سلامت، مبتنی بر پیشنهادات عملیاتی ارائه شده.

۸.۱.۱. اختیارات ویژه و فوق‌العاده:

۱. اعلام رسمی “وضعیت اضطراری نظام سلامت”: رئیس‌جمهور، به پیشنهاد وزیر بهداشت و تأیید شورای عالی امنیت ملی، مکلف است ظرف حداکثر ۶ ساعت پس از وقوع بحران، وضعیت اضطراری اعلام نماید. با اعلام این وضعیت، کلیه پروتکل‌های این منشور به صورت خودکار فعال می‌شود.
۲. تصویب “قانون اختیارات ویژه در بحران سلامت”: این قانون که پیش‌نویس آن باید در زمان صلح آماده و در اولین جلسه سران قوا پس از بحران تصویب شود، باید به طور مشخص شامل موارد زیر باشد (برگرفته از فایل مصوبات):

- تعلیق موقت قوانین معارض (اصل خروج از شمول): مستثنی شدن وزارت بهداشت، سازمان‌ها و دانشگاه‌های تابعه از شمول کلیه قوانین و مقرراتی که مانع سرعت عمل می‌شوند، از جمله قانون

محاسبات عمومی، قانون برگزاری مناقصات، قوانین گمرکی، قوانین استخدامی کشوری و قانون منع واردات خودرو.

- **اختیار به کارگیری منابع ملی:** اجازه استفاده و در صورت لزوم، مصادره موقت کلیه منابع و زیرساخت‌های ملی (اعم از دولتی و خصوصی شامل بیمارستان‌ها، کارخانجات داروسازی، هتل‌ها، انبارها، وسایل نقلیه سنگین و پناهگاه‌ها) برای پشتیبانی از عملیات سلامت، با تضمین پرداخت غرامت عادلانه پس از بحران.

۸.۱.۲. اختیارات ویژه مالی و ارزی:

۱. ایجاد “حساب ویژه بحران سلامت”: به سازمان برنامه و بودجه اجازه داده می‌شود با دستور رئیس‌جمهور، رأساً نسبت به برداشت مستقیم از **صندوق توسعه ملی** و جابجایی ردیف‌های بودجه عمومی برای تأمین فوری منابع مالی مورد نیاز وزارت بهداشت اقدام و وجوه را به این حساب واریز نماید.
۲. **افزایش سقف تخصیص:** سازمان برنامه و بودجه مکلف است سقف تخصیص ردیف‌های اعتباری وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را به صورت ۱۰۰٪ و **بالاتر از سقف مصوب قانونی** در شرایط بحرانی تأمین نماید.
۳. ایجاد “مسیر سبز ارزی و گمرکی”: بانک مرکزی مکلف است ارز (ترجیحی و نیمایی) مورد نیاز وزارت بهداشت برای واردات اقلام حیاتی را **خارج از نوبت و ظرف حداکثر ۴۸ ساعت** تأمین کند. گمرک جمهوری اسلامی ایران نیز مکلف به **ترخیص فوری (حداکثر ۲۴ ساعته)** کلیه محموله‌های مرتبط است.

۸.۱.۳. الزامات و تکالیف حاکمیتی:

۱. **تضمین امنیت فراگیر:** نیروهای مسلح و انتظامی موظف به تأمین امنیت فیزیکی مراکز درمانی، انبارهای دارویی، مسیرهای امدادی و کارکنان نظام سلامت در سراسر کشور هستند.
۲. **تضمین پایداری زیرساخت‌های حیاتی:** وزارتخانه‌های نیرو، نفت و ارتباطات موظفند **ارائه بی‌وقفه و در اولویت مطلق** برق، آب، سوخت (بنزین، گاز، گازوئیل) و ارتباطات به کلیه مراکز درمانی و بهداشتی را تضمین کرده و هرگونه قطعی را ممنوع سازند.

۳. پشتیبانی لجستیکی ملی: وزارتخانه‌های صمت، جهاد کشاورزی و راه و شهرسازی موظف به تأمین کالاهای اساسی (غذا، شوینده‌ها) و زیرساخت‌های حمل‌ونقل برای پشتیبانی از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مطابق اعلام نیاز وزارت بهداشت هستند.

پروتکل ۸.۲: اختیارات و الزامات تاکتیکی سطح ستاد وزارت بهداشت

هدف: تمرکز فرماندهی، هدایت یکپارچه عملیات و تخصیص هوشمند منابع ملی سلامت با استفاده از اختیارات تفویض شده.

۸.۲.۱. اختیارات ویژه فرماندهی و عملیات:

- فرماندهی یکپارچه نظام سلامت: وزیر بهداشت به عنوان “فرمانده ملی عملیات سلامت”، اختیار تام بر کلیه منابع انسانی، فیزیکی و مالی نظام سلامت (دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی) را در سراسر کشور دارا می‌باشد.
- جابجایی و توزیع ملی منابع: اختیار جابجایی پرسنل، تجهیزات، دارو و آمبولانس بین دانشگاه‌ها و استان‌های مختلف بر اساس نیازسنجی عملیاتی مرکز هدایت عملیات ملی (EOC).
- تمدید یا تعویق تعهدات قانونی کارکنان: اختیار تمدید طرح نیروی انسانی مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و به تعویق انداختن بازنشستگی کارکنان کلیدی با رضایت ایشان.
- تغییر کاربری کلان: اختیار تغییر کاربری ساختمان‌های عمومی (نمایشگاه‌ها، هتل‌ها، ورزشگاه‌ها) به بیمارستان صحرایی یا نقاهتگاه با هماهنگی وزارت کشور.

۸.۲.۲. اختیارات ویژه مالی و قراردادی:

- خرید بدون تشریفات (متمرکز و غیرمتمرکز): اختیار خرید مستقیم کالاها و خدمات در سطح ملی و بین‌المللی با هر سقف اعتباری، بدون نیاز به طی تشریفات مناقصه.
- عقد قراردادهای اضطراری نیروی انسانی: اختیار جذب و به‌کارگیری فوری نیرو (خارج از آزمون استخدامی) و تدوین دستورالعمل‌های پرداخت تشویقی و فوق‌العاده ویژه بحران خارج از سقف‌های پرداختی معمول.

۳. **حساب عملیاتی ویژه بیمارستان ها در دوره بحران:** وزارت بهداشت مکلف است پیشنهاد قانونی لازم جهت تصویب در هیئت وزیران یا شورای هماهنگی سران قوا را آماده نماید که به موجب آن، در صورت اعلام وضعیت قرمز، درآمدهای اختصاصی بیمارستان ها به یک حساب عملیاتی ویژه که مستقیماً در اختیار رئیس دانشگاه/بیمارستان است واریز گردد. هدف از این اقدام، حذف فرآیند تمرکز وجوه در خزانه و ایجاد نقدینگی فوری برای خرید اضطراری دارو، ملزومات و پرداخت کارانه پرسنل جهت جلوگیری از وقفه در ارائه خدمت است.
۴. **افزایش سقف اضافه کار:** افزایش سقف اضافه کار کارکنان بالینی تا ۱۷۵ ساعت در ماه بنا به تشخیص وزیر بهداشت.

۸.۲.۳. الزامات و تکالیف عملکردی:

۱. **ایجاد مرکز فرماندهی یکپارچه (EOC ملی):** راه اندازی و فعال نگه داشتن مرکز ملی هدایت عملیات به صورت ۲۴ ساعته برای رصد، تحلیل و صدور دستورات.
۲. **گزارش دهی راهبردی:** ارائه گزارش تحلیلی و یکپارچه از وضعیت عملیات، چالش ها و نیازها هر ۱۲ ساعت به شورای عالی امنیت ملی و دفتر رئیس جمهور.
۳. **شفافیت و مستندسازی:** ثبت و ضبط دقیق کلیه تصمیمات و هزینه کردهای مالی به منظور پاسخگویی پس از بحران.

پروتکل ۸.۳: اختیارات و الزامات عملیاتی سطح دانشگاه ها و مراکز درمانی

هدف: اعطای اختیارات تصمیم گیری و اقدام فوری به فرماندهان میدانی در خط مقدم بحران.

۸.۳.۱. اختیارات ویژه عملیاتی محلی:

فرماندهی صحنه: رئیس دانشگاه/بیمارستان به عنوان "فرمانده عملیات منطقه"، اختیار کامل بر کلیه منابع سلامت (دولتی و خصوصی) در محدوده جغرافیایی خود را دارد.

- **فراخوان و بسیج نیروهای محلی:** اختیار فراخوان کلیه کارکنان نظام سلامت (شاغل، بازنشسته، دانشجویان سال آخر) و داوطلبان مردمی در منطقه.
- **به کارگیری منابع محلی:** اختیار استفاده موقت از کلیه امکانات درمانی و غیردرمانی منطقه (کلینیک های خصوصی، داروخانه ها، هتل ها، مدارس، سالن های ورزشی) برای ارائه خدمات.

- **اختیار تخلیه و جابجایی:** اختیار تصمیم‌گیری برای تخلیه بیمارستان‌ها یا بخش‌های در معرض خطر و انتقال بیماران به نقاط امن.

اصل آتش به اختیار در شرایط اضطرار (کد مشکی): در صورت اعلام وضعیت قرمز ملی یا قطع کامل ارتباط با ستاد هدایت عملیات وزارت بهداشت (ICS) برای مدتی بیش از [مثلاً ۶] ساعت، رئیس دانشگاه علوم پزشکی به عنوان فرمانده میدانی، اختیار کامل برای اجرای کلیه پروتکل‌های این سند، جابجایی منابع، استخدام اضطراری، تغییر کاربری فضاها، خرید بدون تشریفات و مدیریت یکپارچه کلیه مراکز درمانی (دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و نظامی) در محدوده جغرافیایی تحت پوشش را خواهد داشت. این اختیارات تا زمان برقراری مجدد ارتباط و دریافت دستور از ستاد مرکزی پابرجا خواهد بود.

۸.۳.۲. اختیارات ویژه مالی محلی:

۱. **تنخواه گردان اضطراری:** دریافت تنخواه گردان اضطراری تا سقف سه برابر هزینه جاری ماهانه مرکز درمانی ظرف ۲۴ ساعت پس از اعلام بحران.
۲. **خرید فوری محلی:** اختیار خرید مستقیم کالا و خدمات مورد نیاز تا سقف پنج برابر نصاب معاملات متوسط بدون طی مراحل تشریفات قانونی، صرفاً با دستور رئیس مرکز و تأیید مدیر مالی.
۳. **پرداخت‌های تشویقی:** اختیار پرداخت فوق‌العاده ویژه بحران به پرسنل بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، خارج از قوانین و مقررات جاری.

۸.۳.۳. الزامات و تکالیف عملکردی:

۱. **اجرای بی‌قید و شرط دستورات:** اجرای فوری و دقیق کلیه دستورات ابلاغی از سوی ستاد ملی فرماندهی.
۲. **گزارش‌دهی عملیاتی:** ارائه گزارش دقیق از وضعیت تخت‌ها، مصدومان، موجودی‌ها و نیازها هر ۴ ساعت به EOC دانشگاهی و ملی.
۳. **حفاظت از منابع:** مسئولیت مستقیم حفاظت فیزیکی و امنیتی از کلیه منابع و تجهیزات تحت اختیار.

پروتکل ۸.۴: مکانیزم‌های نظارت، مصونیت و پاسخگویی

هدف: ایجاد توازن میان اعطای اختیارات گسترده و تضمین استفاده صحیح از آنها، و مهم‌تر از آن، ایجاد مصونیت قضایی برای مدیران جسور و قاطع.

۸.۴.۱. مصونیت قضایی و اجرایی:

۱. اصل برائت در تصمیم‌گیری بحران: هر تصمیمی که توسط مدیران در سطوح سه‌گانه (از وزیر تا رئیس بیمارستان) در چارچوب این سند و با هدف نجات جان و کنترل بحران اتخاذ شود، در فرض “حسن نیت” و “اضطرار” بوده و مدیران و مجریان تصمیمات، از هرگونه پیگرد قضایی و اداری در آینده مصون هستند، مگر آنکه سوءنیت، فساد مالی یا انتفاع شخصی به صورت قطعی اثبات گردد. این مصونیت باید صراحتاً در قانون مصوب سران قوا ذکر شود.

۸.۴.۲. نظارت هوشمند و آنی:

۱. کمیته عالی نظارت بر عملیات: تشکیل کمیته‌ای متشکل از نمایندگان دفتر بازرسی مقام معظم رهبری، سازمان بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات که در EOC ملی مستقر شده و بر “فرآیند” و “انطباق تصمیم‌گیری‌ها با اختیارات این سند” (و نه محتوای تخصصی آنها) نظارت آنی دارند. عدم اعلام تخلف یا جرم مشهود توسط این کمیته در حین عملیات (دوره نظارت آنی)، به منزله تأیید انطباق تصمیمات با چارچوب اختیارات بوده و قابلیت پیگیری پس از بحران را سلب می‌نماید.

۸.۴.۳. پاسخگویی و مجازات تخلفات:

۱. مستندسازی برای پاسخگویی: کلیه تصمیمات مهم مالی و عملیاتی باید به صورت خلاصه و مستدل (حتی به صورت صوتی، پیامکی یا دست‌نویس در دفتر وقایع EOC) ثبت شوند تا پس از بحران، امکان ارزیابی عملکرد و پاسخگویی فراهم باشد.

۲. اخلال در عملیات: هرگونه سرپیچی از دستورات فرماندهان، احتکار اقلام سلامت‌محور یا سوءاستفاده از اختیارات تفویض‌شده، جرم جنگی و در حکم اقدام علیه امنیت ملی تلقی شده و در دادگاه‌های نظامی یا ویژه، به صورت فوری و خارج از نوبت رسیدگی خواهد شد.

پروتکل ۸.۵: مکانیسم پرداخت هزینه مصدومان جنگی در شرایط قطع شبکه‌ها

- **اصل ۱: درمان رایگان برای مصدوم:** کلیه خدمات ارائه شده به مصدومان جنگی در نقطه ارائه خدمت، رایگان است.
- **اصل ۲: ثبت دستی اطلاعات:** با توجه به احتمال قطع شبکه‌هایی نظیر سپاس، بیمارستان‌ها موظف‌اند یک پرونده کاغذی حداقلی برای هر مصدوم تشکیل دهند که شامل کد ملی (در صورت امکان)، نوع مصدومیت و خدمات اصلی ارائه شده باشد. این فرم‌ها اسناد پشتیبان محسوب می‌شوند.
- **اصل ۳: پرداخت علی‌الحساب:** دولت (از طریق صندوق ملی سلامت در بحران که در پروتکل ۸.۵ ذکر شده) مکلف است به صورت هفتگی، یک مبلغ علی‌الحساب به ازای هر تخت فعال در بخش اورژانس و بستری بحران، به بیمارستان‌ها پرداخت کند تا نقدینگی آنها حفظ شود.
- **اصل ۴: تسویه نهایی پس از بحران:** پس از عادی شدن شرایط، هزینه‌ها بر اساس اسناد کاغذی ثبت‌شده و بر مبنای یک تعرفه ویژه بحران که توسط دولت تعیین می‌شود، با بیمارستان‌ها تسویه حساب نهایی خواهد شد.

جدول ۸.۱: ماتریس تفویض اختیارات ویژه در شرایط اضطراری نظام سلامت

حوزه اختیار	سطح حاکمیت (سطح راهبردی)	ستاد وزارت بهداشت (سطح تاکتیکی)	دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (سطح عملیاتی)
اختیار مالی	تخصیص بودجه از صندوق توسعه ملی و منابع عمومی؛ ایجاد کریدور سبز ارزی.	خرید ملی و بین‌المللی بدون محدودیت و جابجایی اعتبارات بین دانشگاه‌ها.	خرید فوری محلی (تا سقف ۵ میلیارد تومان) و مدیریت تنخواه اضطراری.
اختیار منابع	به‌کارگیری و مصادره موقت کلیه منابع استراتژیک ملی (صنعتی، لجستیکی).	در اختیار گرفتن کلیه منابع نظام سلامت (دولتی و خصوصی) در سطح کشور.	به‌کارگیری کلیه مراکز درمانی و عمومی در محدوده جغرافیایی.

حوزه اختیار	سطح حاکمیت (سطح راهبردی)	ستاد وزارت بهداشت (سطح تاکتیکی)	دانشگاه‌ها و مراکز درمانی (سطح عملیاتی)
اختیار نیرو	فراخوان عمومی و به‌کارگیری نیروهای مسلح و بسیج.	جابجایی و توزیع کلیه پرسنل نظام سلامت در سطح کشور.	فراخوان پرسنل بهداشتی-درمانی (شاغل و بازنشسته) در سطح منطقه.
اختیار قانونی	تعلیق قوانین معارض و ایجاد چارچوب حقوقی اضطراری.	ابلاغ پروتکل‌های ملی و تغییر کاربری‌های کلان (مانند ورزشگاه‌ها)، و ...	تغییر کاربری داخلی و اجرای پروتکل‌های تریاژ و درمان.

بخش ۹

جمع بندی کلی و نتیجه گیری

جمع‌بندی کلی و نتیجه‌گیری

پس از طی مسیری جامع و تفصیلی در هفت بخش این سند، اکنون زمان جمع‌بندی و ارائه تصویری کلی از نقشه راه ترسیم شده برای آمادگی و پاسخ نظام سلامت در شرایط بحران و جنگ است. این سند، فراتر از یک مجموعه دستورالعمل‌های فنی، فلسفه‌ای جامع برای تفکر استراتژیک درباره مدیریت بحران ارائه داده است.

ماهیت یکپارچه و سیستمی رویکرد:

آنچه این سند را از سایر راهنماهای مدیریت بحران متمایز می‌سازد، نگاه سیستمی و یکپارچه آن است. از تحلیل دقیق سناریوهای تهدید در بخش اول تا ایجاد چرخه بهبود مستمر در بخش هفتم، هر عنصر به دقت با سایر عناصر هماهنگ شده و در خدمت هدف واحد "حفظ جان شهروندان در سخت‌ترین شرایط" قرار گرفته است. این یکپارچگی تضمین می‌کند که حتی اگر بخشی از سیستم آسیب ببیند، سایر بخش‌ها قادر به جبران و حفظ کارکرد کلی خواهند بود.

تطبیق با واقعیت‌های ایرانی:

این سند با در نظر گیری واقعیت‌های خاص کشور ایران طراحی شده است. از جمله محدودیت‌های ناشی از تحریم‌ها، ویژگی‌های جغرافیایی و آب‌وهوایی، ساختار اداری موجود، فرهنگ سازمانی و منابع در دسترس. این تطبیق باعث شده که راه‌حل‌های پیشنهادی علاوه بر زیرساخت نظری قوی، بلکه از نظر عملی نیز قابل اجرا و پایدار باشند.

تعادل بین آمادگی و عملیات:

یکی از چالش‌های اساسی در مدیریت بحران، تعادل بین آمادگی در زمان صلح و واکنش مؤثر در زمان بحران است. این سند با ارائه پروتکل‌های دقیق برای هر دو حالت و ایجاد سازوکارهای انتقال سریع از حالت عادی به حالت اضطراری، این تعادل را برقرار کرده است. کارکنان می‌دانند که در زمان عادی چگونه آماده باشند و در زمان بحران چگونه عمل کنند.

نقش انسان در مرکز توجه:

علی‌رغم تأکید بر فناوری، تجهیزات و سیستم‌ها، این سند انسان را در مرکز توجه قرار داده است. از آموزش مستمر کارکنان تا حفظ روحیه و انگیزه آن‌ها، از مدیریت استرس تا تضمین امنیت شغلی، همه جنبه‌های انسانی مدیریت بحران مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد انسان‌محور، تضمین می‌کند که حتی در سخت‌ترین شرایط، کارکنان انگیزه و توان لازم برای ارائه خدمات مطلوب را خواهند داشت.

انعطاف پذیری و قابلیت تطبیق:

این سند با آگاهی از اینکه آینده غیرقابل پیش بینی است و تهدیدات جدیدی ممکن است ظهور کنند، بر انعطاف پذیری و قابلیت تطبیق تأکید کرده است. چارچوب های ارائه شده به گونه ای طراحی شده اند که بتوانند با تهدیدات مختلف و حتی غیرمنتظره سازگار شوند. این انعطاف پذیری از طریق ایجاد چند سطح پاسخ، تعریف سناریوهای مختلف و ایجاد مکانیزم های بهبود مستمر تضمین شده است.

فرهنگ سازی و نهادینه سازی:

موفقیت این سند نه تنها در طراحی صحیح آن، بلکه در نحوه اجرا و نهادینه سازی آن نهفته است. سند با تأکید بر آموزش مستمر، مانورهای دوره ای، ایجاد فرهنگ مشارکت و یادگیری سازمانی، بستری فراهم کرده که این پروتکل ها از حالت "دستورالعمل روی کاغذ" خارج شده و به بخشی از DNA سازمانی تبدیل شوند.

پیام نهایی

این سند نه یک پایان، بلکه آغازی برای مسیری طولانی و پیوسته در جهت ارتقای آمادگی نظام سلامت است. هر مدیر، هر کارشناس و هر کارمندی که با این سند سروکار دارد، نه تنها مسئول اجرای دستورالعمل های آن، بلکه مسئول حفظ، ارتقا و انتقال آن به نسل بعد است.

در جهانی که تهدیدات روز به روز پیچیده تر می شوند، تنها نظام هایی می توانند بقا پیدا کنند که یاد گرفته باشند چگونه سریع یاد بگیرند، سریع سازگار شوند و سریع بهبود یابند. این سند، نقشه راهی برای چنین نظامی ارائه داده است. اکنون زمان آن رسیده که این نقشه راه از حالت تئوری خارج شده و به واقعیت تبدیل شود.

"آمادگی امروز، آرامش فردا" - این جمله، فلسفه کلی این سند را در خود خلاصه می کند. امید است که این سند هرگز در شرایط جنگی آزمایش نشود، اما آمادگی برای چنین آزمایشی همواره حفظ شود.

تاب آوری نظام سلامت،

تضمین پایداری ملی



معاونت توسعه و مدیریت منابع

وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی