

تدوین سیاست‌های تاب‌آور برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌های استان اصفهان در برابر بلایا

رضوان ذاکری^۱، فرهاد حیدری^۲

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

برخورداری از بیمارستان‌های ایمن و تاب‌آور، برای پاسخگویی نظام سلامت در برابر بلایا ضروری است. این خلاصه سیاستی، مبتنی بر یافته‌های یک مطالعه‌ی شش‌ساله (۱۳۹۶-۱۴۰۱) در خصوص ارزیابی شاخص ایمنی بیمارستانی، کلیه ۵۵ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تدوین شد. این سند بر لزوم ورود به مرحله «اقدام هفتمند و نظارت پویا» تأکید دارد. بر این اساس، پنج گزینه‌ی سیاستی کلان پیشنهاد شد: اولویت نخست، «الزامی کردن و نظارت بر اجرای منظم مانورهای عملیاتی و بازیابی برنامه‌های مدیریت بحران» است که به طور مستقیم بر ارتقای فرهنگ ایمنی و آمادگی عملی تأثیر می‌گذارد. در مرحله‌ی بعدی، «توانمندسازی کمیته‌های مدیریت بحران بیمارستانی» و «توسعه‌ی سامانه ملی پایش آنلاین شاخص ایمنی» به عنوان اقدامات زیرساختی و مکمل یکدیگر توصیه می‌شوند. سرانجام، «تخصیص بودجه هفتمند برای رفع نقایص غیرسازه‌ای» و «مقاوم‌سازی سازه‌های بیمارستان‌های پرریسک» به عنوان اقدامات اساسی ولی پرهزینه و بلندمدت مورد تأکید قرار دارند. اجرای راهبرد ترکیبی پیشنهادی، علاوه بر تعهد سیاسی و تخصیص منابع، نیازمند غلبه بر موانعی چون محدودیت بودجه عمومی، بوروکراسی اداری، ذهنیت واکنشی به جای پیش‌گیرانه در برخی حوزه‌های مدیریتی و پرسنلی، و نبود استانداردهای شفاف است. این خلاصه سیاستی با ارائه‌ی تحلیل ذینفعان، بازه‌ی زمانی و اقدامات تسهیل‌کننده برای هر گزینه، ابزاری عملیاتی در اختیار سیاستگذاران و سازمناهای برنامه‌ریز قرار می‌دهد تا با اولویت‌بندی موثر مداخلات، برای تاب‌آوری بیمارستان‌ها در برابر بلایای احتمالی اقدام کنند.

واژگان کلیدی: ایمنی بیمارستان؛ مدیریت بحران؛ تاب‌آوری؛ بلایای طبیعی؛ اصفهان؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: ذاکری رضوان، حیدری فرهاد. تدوین سیاست‌های تاب‌آور برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌های استان اصفهان در برابر بلایا. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۹): ۱۵۳۷-۱۵۴۲.

توصیف مسأله

ایران در منطقه‌ای با مخاطرات طبیعی متنوع و پرشمار قرار دارد. تجربه تاریخی، آسیب‌پذیری زیاد زیرساخت‌های آن را در برابر بلایا و حوادثی مانند زلزله نشان می‌دهد (۱). در این بین، مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، به‌ویژه بیمارستان‌ها، نقشی بنیادین در مدیریت بحران و کاهش تلفات انسانی ایفا می‌کنند. عملکرد مؤثر این مراکز در شرایط بحرانی، مستلزم حفظ تمامیت فیزیکی سازه، تجهیزات و همچنین تداوم فرایندهای مدیریتی و خدمات‌رسانی است. اختلال در هر یک از این ارکان، توان پاسخگویی نظام سلامت را در بحرانی‌ترین شرایط کاهش داده و خود به عاملی برای تشدید بحران تبدیل شود (۲-۴).

استان اصفهان، به واسطه موقعیت جغرافیایی، تراکم جمعیتی و وجود قطب‌های صنعتی، در معرض طیف وسیعی از مخاطرات طبیعی و انسان‌ساز قرار دارد (۵). این واقعیت، لزوم توجه ویژه به مسأله

«تاب‌آوری» بیمارستان‌های این استان را به عنوان مراکزی راهبردی نشان می‌دهد. تاب‌آوری بیمارستان به معنای توانایی پیش‌بینی، جذب، سازگاری و بازیابی سریع از اثرات یک حادثه بزرگ، برای حفظ عملکردهای ضروری است. دستیابی به این سطح از آمادگی، نیازمند ارزیابی مستمر و نظام‌مند نقاط قوت و ضعف ایمنی در ابعاد سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی است (۴، ۶). فقدان دستورالعملی استاندارد برای پایش و ارتقای این شاخص‌ها، می‌تواند تصمیم‌گیری برای تخصیص بهینه منابع و اولویت‌بندی مداخلات تقویت‌کننده را با چالش مواجه کند و امنیت سلامت جامعه در مواجهه با بلایای احتمالی را در معرض خطر قرار دهد. بنابراین، تبیین وضعیت موجود، شناسایی شکاف‌های ایمنی و متعاقباً ارائه و تبیین راهکارهای سیاستی پیشنهادی برای اجرای هرگونه برنامه‌ی عملیاتی و دستیابی به خدمات سلامت پایدار و مؤثر در شرایط بحران ضروری است.

۱- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز آموزشی درمانی آیت الله کاشانی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده‌ی مسؤول: فرهاد حیدری؛ دانشیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز آموزشی درمانی آیت الله کاشانی، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: farhad_heidari@med.mui.ac.ir

روش اجرا

سند، با توجه به یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی تدوین شد که با هدف ارزیابی وضعیت ایمنی بیمارستان‌های استان اصفهان در برابر بلایا انجام گردید (۴). جامعه‌ی مورد مطالعه، کلیه‌ی ۵۵ بیمارستان استان اصفهان بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، نسخه‌ی فارسی پرسشنامه استاندارد «شاخص ایمنی بیمارستانی» سازمان جهانی بهداشت بود که روایی و پایایی آن تأیید شده است. این پرسشنامه ۱۴۵ آیت را در سه حیطه اصلی «ایمنی سازه‌ای»، «ایمنی غیرسازه‌ای» و «ظرفیت عملکردی» مورد سنجش قرار می‌دهد. جمع‌آوری داده‌ها توسط تیم‌های ارزیاب شامل کارشناسان مرکز مدیریت بحران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با همکاری کمیته مدیریت بحران هر بیمارستان صورت گرفت. فرایند ارزیابی شامل بازدید میدانی، مصاحبه با پرسنل و تکمیل چک‌لیست‌ها بود. داده‌های مربوط به شاخص ایمنی بیمارستان‌ها طی یک بازه‌ی زمانی شش ساله گردآوری و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ (IBM, version 25, Armonk, NY Corporation) مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های تحلیلی برای مقایسه میانگین‌ها و بررسی ارتباط بین متغیرها استفاده شد. مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1401.347 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شد.

یافته‌ها

تحلیل گزینه‌های سیاستی برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌ها در بلایا و تحلیل ذینفعان و برنامه‌ی اجرایی گزینه‌های سیاستی برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌ها در بلایا در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

بحث

با توجه به گزینه‌های سیاستی ارائه شده، برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌های استان اصفهان در برابر بلایا و با توجه به موانع ساختاری نظام سلامت، مهم‌ترین ملاحظات و موانع فراروی این سیاست‌ها را می‌توان در دو سطح «ساختاری- منابعی» و «سازمانی- فرهنگی» طبقه‌بندی نمود.

در سطح ساختاری، محدودیت بودجه عمومی، اصلی‌ترین مانع برای اقدامات سرمایه‌بر به‌ویژه در حوزه مقاوم‌سازی سازه‌ای و نوسازی گسترده تجهیزات غیرسازه‌ای است. رقابت این پروژه‌ها با دیگر اولویت‌های ضروری حوزه سلامت که بازدهی کوتاه‌مدت و عینی‌تری دارند مانند خرید تجهیزات در مانی نوین، می‌تواند سیاست‌های پیشگیرانه ایمنی را عملاً، در اولویت‌های پایین‌تر قرار دهد. این چالش به ویژه در گزینه اختصاص بودجه هدفمند و پروژه‌های مقاوم‌سازی

بارز است. در سطح مدیریتی، بوروکراسی اداری طولانی و عدم شفافیت در فرآیندهای تخصیص بودجه و نظارت، از یک سو موجب دلسردی مدیران بیمارستان‌ها و از سوی دیگر، افزایش ریسک سوءمدیریت منابع می‌شود. همچنین، نبود استاندارد‌های ملی دقیق و به‌روز برای قیمت‌گذاری خدمات و تجهیزات ایمنی، ارزیابی عادلانه طرح‌ها و کنترل هزینه‌ها را دشوار می‌نماید.

در سطح سازمانی و فرهنگی، مهم‌ترین مانع، «فرهنگ واکنشی» به جای «فرهنگ پیش‌گیرانه» است. این ذهنیت که بلایا حوادثی کم‌تکرار هستند، می‌تواند منجر به مقاومت پرسنل و مدیریت در برابر اجرای منظم و کیفی مانورها یا اختصاص زمان به آموزش‌های تخصصی مدیریت بحران شود. بار کاری زیاد پرسنل سلامت، این مقاومت را تشدید کرده و ممکن است موجب غیرمهم تلقی شدن این فعالیت‌های ضروری گردد. موانع فنی نیز قابل توجه هستند؛ راه‌اندازی و نگهداری سامانه ملی پایش ایمنی، مستلزم زیرساخت فناوری اطلاعات یکپارچه، تأمین امنیت داده‌ها و پشتیبانی مستمر است که در برخی مراکز دورافتاده یا با بودجه محدود، چالش‌برانگیز است. در نهایت، نبود مکانیسم‌های قانونی شفاف برای تعریف اختیارات و مسئولیت‌های کمیته‌های مدیریت بحران بیمارستانی در شرایط اضطراری، می‌تواند در لحظه اقدام از کارآیی نهادهای اصلی بکاهد.

با در نظر گرفتن یافته‌های ارائه شده مبنی بر بهبود تدریجی اما ناکافی ایمنی، و تحلیل موانع گفته شده، گزینه‌های سیاستی را می‌توان بر اساس معیارهای «قابلیت اجرا در کوتاه‌مدت»، «اثربخشی بالادر بهبود تاب‌آوری» و «نیاز به سرمایه مالی کمتر» اولویت‌بندی نمود. بر این مبنا، اولویت‌های سیاستی برای تصمیم‌گیران حوزه سلامت استان به این صورت پیشنهاد می‌شود:

الزامی‌سازی و نظارت بر اجرای منظم مانورها و بازیابی برنامه‌های مدیریت بحران، با اجرای کوتاه‌مدت و اثربخشی بالا در اولویت نخست پیشنهاد می‌شود. این گزینه با هزینه مالی تاحدی متعادل، به‌طور مستقیم بر بهبود ایمنی عملکردی - که طبق مطالعه هنوز نیاز به ارتقا دارد - تأثیر می‌گذارد و فرهنگ پیشگیری را نهادینه می‌کند. اقدام تسهیل‌کننده مهم، ادغام این الزام با نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها و مدیران آن‌ها است. تقویت و توانمندسازی کمیته‌های مدیریت بحران بیمارستانی به موازات توسعه سامانه ملی پایش ایمنی (پایلوت استانی)، دومین اولویت پیشنهادی است. این دو گزینه مکمل یکدیگر هستند؛ به این صورت که سامانه پایش، داده‌های عملیاتی برای تصمیم‌گیری و رصد پیشرفت فراهم می‌آورد و کمیته‌های توانمند شده، کاربران اصلی این داده‌ها و مجریان برنامه‌های اصلاحی در سطح هر بیمارستان هستند. این راهبرد، رویکردی داده‌محور و غیرمتمرکز را برای مدیریت ایمنی ترویج می‌دهد. تخصیص بودجه

هدفمند برای ایمنی غیر سازه‌ای و مقاوم سازی سازه‌ای بیمارستان‌های پرخطر، اولویت بلندمدت و نیازمند تخصیص منابع کلان و

جدول ۱: تحلیل گزینه‌های سیاستی برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌ها در بلایا

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا	معایب
۱. اختصاص بودجه هدفمند و ایجاد سازوکار تشویقی مالی (مثلا یارانه، وام کم بهره)*	- تخصیص ردیف بودجه خاص در لوایح استانی و ملی - طراحی دستورالعمل‌های شفاف برای تخصیص و نظارت بر هزینه کرد - تشکیل کمیته فنی برای بررسی طرح‌های ارسالی بیمارستان‌ها	- محدودیت بودجه عمومی و رقابت با سایر اولویت‌های سلامت - بوروکراسی اداری طولانی برای جذب و تخصیص بودجه - نبود استانداردهای ملی دقیق برای قیمت گذاری مداخلات ایمنی	- شتاب بخشی به نوسازی و استاندارد سازی تجهیزات - کاهش مستقیم ریسک آسیب در حوادث - افزایش انگیزه بیمارستان‌ها (به ویژه خصوصی) برای سرمایه گذاری در ایمنی	- خطر سوءمدیریت مالی یا هزینه کرد در پروژه‌های کم‌اولویت - وابستگی بیمارستان‌ها به منابع دولتی و تضعیف ابتکار عمل بخش خصوصی - عدم تضمین برای اثربخشی بلندمدت در صورت عدم وجود نظارت مستمر
۲. الزامی کردن و نظارت بر اجرای منظم «مانورهای عملیاتی» و «بازبینی برنامه‌های مدیریت بحران» در تمام بیمارستان‌ها (حداقل دو بار در سال)	- ابلاغ دستورالعمل اجباری از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی - طراحی سناریوهای استاندارد شده و چک‌لیست ارزیابی مانور - آموزش و توانمندسازی ارزیابان مستقل	- مقاومت پرسنل و مدیریت به دلیل مشغله زیاد کاری - هزینه‌های اجرایی مانور (منابع انسانی، تجهیزات شبیه‌سازی) - صوری شدن فرآیند و عدم یادگیری عمیق از اشتباهات	- ارتقای آمادگی و هماهنگی تیم‌ها در شرایط واقعی - شناسایی شکاف‌های عملیاتی در برنامه‌های نوشته شده - ایجاد فرهنگ ایمنی و تمرین مستمر در سازمان	- ایجاد خستگی و بی‌اعتمادی پرسنل، در صورت استفاده صرف برای گزارش دهی اداری - اختلال موقت در خدمات رسانی جاری بیمارستان حین اجرای مانور
۳. توسعه و استقرار سامانه ملی پایش آنالین شاخص ایمنی بیمارستان‌ها (HSI) و ایجاد بانک اطلاعاتی پویا	- توسعه‌ی نرم افزار یکپارچه تحت وب با امکان گزارش دهی دوره‌ای - تعیین شاخص‌های کلیدی عملکردی (KPI) برای هر حیطه ایمنی - آموزش مسئولان بیمارستان‌ها برای به روزرسانی داده‌ها	- مقاومت در برابر شفافیت داده‌ها به دلیل ملاحظات سیاسی یا رقابتی - مشکلات زیرساخت اینترنت و فناوری اطلاعات در برخی مراکز - نیاز به پشتیبانی فنی و بروزرسانی مستمر سامانه	- امکان رصد روندها، شناسایی سریع نقاط ضعف و اولویت بندی هوشمند مداخلات در سطح کلان - ایجاد رقابت سازنده بین بیمارستان‌ها و استان‌ها - تسهیل تحقیقات و ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها	- هزینه‌ی اولیه طراحی و راه اندازی سامانه - نگرانی از امنیت داده‌ها و حریم خصوصی - خطر تبدیل شدن به یک سیستم گزارش دهی صوری بدون اقدام پیگیرانه
۴. تقویت و توانمندسازی «کمیته‌های مدیریت بحران بیمارستانی» از طریق آموزش تخصصی سالانه، شبیه‌سازی تصمیم‌گیری و تعیین اختیارات قانونی	- تدوین دوره‌های آموزشی استاندارد و گواهی دار - الزام به حضور تمام اعضای کلیدی کمیته (مدیریت، درمان، پشتیبانی) در آموزش‌ها - تعریف اختیارات و مسئولیت‌های این کمیته در شرایط بحران در مقررات	- چالش‌های زمان بندی برای گردهم آوردن اعضای شاغل پر مشغله - نبود مدرسین مجرب و با تجربه عملی در حوزه بحران - احتمال تعارض داشتن با سلسله مراتب معمول سازمانی	- افزایش کیفیت و سرعت تصمیم‌گیری در شرایط پیچیده بحران - تقویت رهبری و فرماندهی حادثه در بیمارستان - تضمین تخصیص بهینه منابع داخلی در زمان بحران	- عدم اختیار و اثربخشی کمیته در صورت عدم حمایت مدیریت ارشد - افزایش بار کاری و مسئولیت برای اعضای کمیته
۵. اولویت دهی به پروژه‌های مقاوم سازی و نوسازی برای بیمارستان‌های دارای ایمنی سازه‌ای متوسط و پایین	- انجام مطالعات دقیق کارشناسی و اولویت بندی فنی- اقتصادی پروژه‌ها - جذب و تخصیص منابع مالی ویژه (اعتبارات ملی، صندوق‌های توسعه) - برنامه ریزی برای انتقال موقت خدمات در طول عملیات مقاوم سازی	- هزینه بسیار سنگین و زمان‌بر بودن پروژه‌های مقاوم سازی سازه‌ای - اختلال گسترده در خدمات رسانی بیمارستان در حین اجرای پروژه	- کاهش اساسی ریسک فروپاشی و تخریب کامل در برابر زلزله - حفظ سرمایه‌های ملی و زیرساخت حیاتی	- نیاز به سرمایه گذاری کلان و بلندمدت با بازدهی غیرمستقیم (پیشگیرانه) - احتمال پوشش محدود بیمارستان‌ها، به دلیل هزینه زیاد

- چالش‌های فنی پیچیده در - افزایش اعتماد عمومی و امنیت

ساختمان‌های موجود روانی جامعه

* برای ارتقای ایمنی غیرسازه‌ای، به‌ویژه در حوزه‌های شناسایی‌شده به‌عنوان نقاط ضعف (مانند سیستم‌های اعلام و اطفای حریق، تثبیت تجهیزات و مبلمان)

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و برنامه‌ی اجرایی گزینه‌های سیاستی برای ارتقای ایمنی بیمارستان‌ها در بلایا

گزینه‌های سیاستی	ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	بازه زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
۱. اختصاص بودجه هدفمند و ایجاد سازوکار تشویقی مالی برای ارتقای ایمنی غیرسازه‌ای	-وزارت بهداشت و معاونت درمان -دانشگاه علوم پزشکی اصفهان -مدیریت بیمارستان‌ها (به‌ویژه بخش خصوصی) -سازمان برنامه و بودجه استان -شرکت‌های تأمین‌کننده تجهیزات ایمنی	-موافق: دانشگاه و بیمارستان‌ها (دستیابی به منابع) -ممتنع یا چالشی: سازمان برنامه و بودجه (تخصیص منابع محدود)	-توجه اقتصادی و اثربخشی هزینه برای سازمان برنامه و بودجه -برای بیمارستان‌ها: چگونگی تهیه طرح فنی قابل قبول و رقابت برای جذب بودجه	میان‌مدت (۱ تا ۳ سال)	-تهیه گزارش هزینه-فایده مبتنی بر داده‌های مطالعه -تشکیل کنسرسیوم خرید برای تجهیزات ایمنی جهت کاهش قیمت.
۲. الزامی‌سازی اجرای منظم مانورهای عملیاتی و بازیابی برنامه‌ها	-دانشگاه علوم پزشکی (ناظر) -مدیریت و پرسنل بیمارستان‌ها -مرکز مدیریت بحران استانی -انجمن‌های تخصصی پزشکی و پرستاری	-موافق: سازمان مدیریت بحران و دانشگاه (افزایش آمادگی) -مقاوم: برخی مدیران و پرسنل بیمارستان‌ها (بار کاری اضافه، اختلال در روال عادی)	-کمبود وقت و منابع انسانی برای اجرای با کیفیت مانور -نیاز به طراحی سناریوهای واقع‌گرایانه و چالش‌برانگیز	کوتاه‌مدت و مستمر (سالانه)	-ارائه الگوهای موفق اجرا شده در برخی بیمارستان‌ها به عنوان نمونه -ادغام اهداف آموزشی مانور با برنامه‌های آموزش ضمن خدمت پرسنل
۳. توسعه سامانه ملی پایش آنلاین شاخص ایمنی بیمارستان‌ها (HSI)	-وزارت بهداشت (معاونت درمان)، دفتر مدیریت بحران -شرکت‌های نرم‌افزاری بخش خصوصی -مدیران فناوری اطلاعات بیمارستان‌ها -پژوهشگران و سیاستگذاران	-موافق: وزارت بهداشت و پژوهشگران (شفافیت و داده‌محوری) -نگران: برخی مدیران بیمارستان‌ها (افشای نقاط ضعف، بار اداری جدید)	-یکپارچه‌سازی این سامانه با سایر سامانه‌های اطلاعاتی موجود (مانند سامانه نوبت‌دهی، مالی) -اطمینان از امنیت سایبری و محرمانگی داده‌ها	میان‌مدت (۲ تا ۴ سال)	-اجرای پایلوت در سطح استان اصفهان با استفاده از داده‌های موجود -تصویب قانون یا دستورالعمل برای حمایت از شفافیت داده‌های ایمنی
۴. تقویت و توانمندسازی کمیته‌های مدیریت بحران بیمارستانی	-اعضای کمیته‌های بحران بیمارستان‌ها (مدیران، پزشکان، سرپرستان) -مراکز آموزشی و مربیان حوزه مدیریت بحران -سازمان نظام پزشکی	-موافق: اعضای علاقه‌مند به یادگیری و افزایش مسئولیت -بی‌تفاوت یا متغیر: اعضای که تلقی تشریفاتی بودن دارند.	-تضمین حضور مستمر و مؤثر تمام اعضای اصلی در جلسات و آموزش‌ها -اندازه‌گیری عینی اثربخشی آموزش‌ها و عملکرد کمیته	کوتاه‌مدت و مستمر (سالانه)	-پیوند پاداش و ارتقای شغلی مدیران به عملکرد کمیته -ایجاد شبکه‌ای از کمیته‌های بحران بیمارستان‌ها برای تبادل تجربه
۵. اولویت‌دهی به پروژه‌های مقاوم‌سازی و نوسازی بیمارستان‌های با ایمنی سازه‌ای پایین	-دولت مرکزی (سازمان برنامه و بودجه کل کشور) -وزارت راه و شهرسازی (در بخش سازه) -دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های هدف -پیمانکاران بزرگ ساختمانی -جامعه محلی اطراف بیمارستان	-خیلی موافق: جامعه محلی و کارکنان بیمارستان (ایمنی جانی) -پیچیده: دولت و سازمان برنامه (تعهد مالی سنگین و بلندمدت)	-تأمین مالی پایدار در طول دوره چند ساله پروژه -مدیریت ریسک‌های ناشی از تعطیلی یا کاهش خدمات -نیاز به هماهنگی بین‌بخشی دشوار (بهداشت، بودجه، عمران)	بلندمدت (۵ تا ۱۰ سال)	-جذب کمک‌های بین‌المللی و صندوق‌های جهانی کاهش خطر بلایا -استفاده از روش‌های نوین مقاوم‌سازی با حداقل اختلال در عملکرد بیمارستان -اطلاع‌رسانی و اقناع افکار عمومی برای ایجاد مطالبه

شوند. پیاده‌سازی هدفمند رویکرد ترکیبی، ضمن افزایش تاب‌آوری عملیاتی در کوتاه‌مدت، زیربنای لازم برای نوسازی و ایمن‌سازی فیزیکی زیرساخت نظام سلامت را در بلندمدت فراهم می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکترای حرفه‌ای رشته‌ی پزشکی با کد ۳۴۰۱۳۹۱ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است.

برنامه‌ریزی ساختاری است. اگرچه پرهزینه‌تر و زمان‌بر هستند، اما اساسی‌ترین اقدام برای کاهش ریسک فاجعه بار محسوب می‌شوند. موفقیت این گزینه‌ها مستلزم ایجاد سازوکارهای تأمین مالی مانند مشارکت عمومی-خصوصی و صندوق‌های بیمه‌ای، اولویت‌بندی فنی-اقتصادی کارآمد و تعهد سیاسی دائمی است.

نتیجه‌گیری

به سیاستگذاران حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود به‌طور همزمان بر «توانمندسازی نیروی انسانی و فرایندها» از طریق دو اولویت اول و «تأمین و تخصیص هوشمند منابع مالی» برای اولویت سوم متمرکز

References

1. Yaghoob Nejad Asl, Nazila. The Role of Geomorphology in natural hazards, vulnerability and prevention of natural disasters in Iran [in Persian]. Geography and Human Relations 2023; 5(4): 231-61.
2. Rahmani A, Abadinia E, Saghafi A, Jafari-Oori M, Mahmoudi H, Shojafar J, et al. Investigating factors related to delirium in patients and family caregivers of patients hospitalized in the intensive care unit: a cross-sectional study [in Persian]. J Crit Care Nurs 2025; 17(3): 15-26.
3. Ghiyasi S, Verdi Baghdadi F, Hashemzadeh F, Soltanzadeh A. Assessing the components of crisis management: a comparative study in private and public hospitals [in Persian]. OHHP 2022; 5(4): 285-94.
4. Heydari F, Azimi Meibody A, Zakeri R, et al. Hospital safety index: evaluation of the readiness and safety of hospitals in Isfahan province, Iran. Front Emerg Med 2024; 8(2): e11.
5. Sheraft S, Manani M. Understanding Natural and Human Hazards in Isfahan Province. Proceedings of the 5th National Conference on Geographical Sciences, Payam Noor University; Isfahan, Iran; 2017. [in Persian].
6. Anisi S, Hajinabi K, Riahi L, Tabibi SJ. A conceptual review of hospital resilience in crises and disasters [in Persian]. Health Inf Manage 2024; 21(4): 238-47.

Developing Resilient Policies to Improve Disaster Safety in Hospitals in Isfahan Province

Rezvan Zakeri¹, Farhad Heydari²

Policy Brief

Executive Summary

Having safe and resilient hospitals is essential for the health system to respond to disasters. This policy brief was developed based on the findings of a six-year study (2017-2022) on the evaluation of the hospital safety index of all 55 hospitals under the auspices of Isfahan University of Medical Sciences. The document emphasizes the need to enter the stage of “targeted action and dynamic monitoring”. Accordingly, five broad policy options were proposed: The first priority is “mandating and monitoring the regular implementation of operational maneuvers and reviewing crisis management plans”, which directly affects the promotion of safety culture and practical preparedness. In the next stage, “empowering hospital crisis management committees” and “developing a national online safety index monitoring system” are recommended as infrastructural and complementary measures. Finally, “targeted budget allocation to address non-structural deficiencies” and “structural resilience of high-risk hospitals” are emphasized as essential but costly and long-term measures. In addition to political commitment and resource allocation, the implementation of the proposed hybrid strategy requires overcoming obstacles such as public budget constraints, administrative bureaucracy, a reactive rather than proactive mindset in some management and personnel areas, and the lack of transparent standards. By providing a stakeholder analysis, timeframe, and enabling measures for each option, this policy brief provides policymakers and planning organizations with an operational tool to effectively prioritize interventions to make hospitals resilient to potential disasters.

Keywords: Hospital safety, Crisis management, Resilience, Natural disasters, Isfahan, Policy brief

Citation: Zakeri R, Heydari F. **Developing Resilient Policies to Improve Disaster Safety in Hospitals in Isfahan Province.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(839): 1537-42.

1- School of Medicine, Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Kashani Hospital, Al-Zahra Hospital Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Farhad Heydari, Associate Professor of Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Kashani Hospital, Al-Zahra Hospital Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: farhad_heidari@med.mui.ac.ir