

درباره روش بریتانیا در مقابله با کرونا

فرید فرخی^۱

۲۵ اسفند ۱۳۹۸

هدف از این نوشته اول توضیحی است از روش بریتانیایی مقابله با ویروس کرونا (کوید۱۹)، دوم توضیح کوتاهی در خطر ساده‌سازی و یا تعمیم آن به شرایط ایران.

در عمل، هر کشوری ترکیبی از روش‌های مختلف برای مقابله با ویروس کرونا را پیش می‌گیرد. این روش‌ها در رویکرد کلان‌شان تفاوت‌هایی دارند و در نتیجه شاید بتوانیم هر کدام آنها را روش یک کشور بنامیم. روشی که چین و بعداً ایتالیا پیش گرفتند ترکیبی از قرنطینه کردن مناطق پخش ویروس و تعطیل کردن فعالیت‌های اقتصادی و روابط اجتماعی تا حد ممکن است که لازمه آن بسیج رسانه‌ای و استفاده از قانون برای نگه داشتن مردم در خانه و کمک به تامین غذا و بهداشت برای این جمعیت است.

روش دیگری که کشوری مثل تایوان پیش گرفت کنترل همگانی افراد جامعه و شناسایی افراد مشکوک به بیماری و ایزوله کردن آنها در اولین مراحل شیوع است. علاوه بر اقدام سریع و هشیاری بالای عمومی، موفقیت نسبی تایوان مدیون داشتن زیرساخت‌های منحصربفردی مثل داده‌های بسیار جزئی از تاریخچه سلامت افراد، کنترل به موقع سفرهای تک تک افراد جامعه، ابزار تشخیص موثر افراد بیمار و ایزوله کردن آنها، در کنار سازماندهی منظم مدیریتی بوده است. این درجه از آمادگی تا حدی به تجربه کشورهای آسیای شرقی در برابر ویروس‌های گذشته مثل سارس برمیگردد.

در کنار این رویکردها روش دیگری هم پیشنهاد شده که می‌توان آن را روش دولت بریتانیا نامید. اولین فرض این رویکرد این است که درصد بزرگی از جامعه، شاید تا سه چهارم مردم، به طور اجتناب‌ناپذیری این ویروس را خواهند گرفت چرا که دیگر برای جلوگیری از شیوع گسترده و همه‌گیر دیر شده است. اما می‌توان سه چیز را مدیریت کرد: نرخ که مردم بیمار می‌شوند، اینکه چه گروه‌هایی بیمار بشوند، و اینکه گروه‌هایی که در معرض خطر شدیدی هستند ایزوله نگه داشته بشوند.

اگر این فرض درست باشد که بخش بزرگی از جامعه در هر حال ویروس را می‌گیرند، آنگاه لازم است با نرخ مبتلا بشوند که ظرفیت درمانی کشور (یعنی تعداد تخت‌های بیمارستان‌ها، تجهیزات پزشکی از جمله کیت‌های شناسایی، تعداد دکترها و پرستارها) توان پذیرش و

¹ از سحر زرمهری برای کمک به تهیه این متن تشکر می‌کنم.

درمان بیماران را داشته باشد. برای اینکه نرخ بیمار شدن افراد متناسب با ظرفیت درمانی جامعه باشد باید فقط به افراد کم خطر اجازه داد تا در معرض ویروس قرار داشته باشند، یعنی کسانی که مثلاً سنشان کمتر از ۵۰ یا ۶۰ سال است و سابقه بیماری ریوی، قلبی، یا دیابت ندارند چون به شرط ابتلا، نرخ بروز علائم شدید و نیاز به بیمارستان در این گروه بسیار کمتر از گروه پرخطر است. بنا به اینکه ظرفیت درمانی جامعه چه اندازه است باید محاسبه بشود که چه میزان از فعالیت‌های اقتصادی و گردهمایی‌های اجتماعی کاهش پیدا کند تا نرخ بیماران وارد شده به بیمارستان‌ها در تناسب با نرخ بیماران بهبودیافته از بیمارستان‌ها قرار بگیرد.

در نتیجه، شاید لازم باشد برای مدتی رویدادهای ورزشی و فرهنگی تعطیل شوند و عده‌ای از خانه کار کنند و مراقبت‌ها رعایت شود دقیقاً تا جایکه نرخ تولید بیمار در جامعه متناسب با نرخ خروج بیمار از جامعه (یعنی نرخ بهبودی به علاوه نرخ مرگ) باشد. فرق این روش با روش چین یا ایتالیا در اینجاست که گروه کم خطر تا جایی که ظرفیت درمانی اجازه می‌دهد در اجتماع و اقتصاد می‌ماند و به تدریج که این گروه ایمن می‌شود فعالیت‌های بیشتری نیز به وضع عادی برمی‌گردند. مثلاً رویدادهای ورزشی از سر گرفته می‌شود و مشاغل دیگر به فعالیت عادی برمی‌گردند. هزینه این روش این است که اجازه می‌دهد درصدی از گروه کم خطر مریض شوند و از بین آنها درصدی از بین بروند. نرخ مرگ به ابتلا شاید برای این گروه ده یا بیست مرتبه کوچکتر از گروه پرخطر باشد، اما هزینه انسانی همچنان بزرگ خواهد بود. علت اینکه سیاست‌گذار چین راهی را انتخاب می‌کند این است که در اعتقاد او جایگزین این هزینه انسانی بزرگ، یک هزینه انسانی بزرگتر است. پس باید دید که مزیت این رویکرد و در مقابل هزینه رویکرد جایگزین چیست.

نخستین نگرانی این است که رویکرد جایگزین (یعنی قرنطینه مناطق بیمار، نگه داشتن مردم در خانه، مراقبت‌های شدید همگانی و تعطیلی بخش بزرگی از کسب و کار) تا چه زمانی می‌تواند ادامه پیدا کند. آیا مثلاً در سه ماه آینده کاهش نرخ بازتولید بیماری به حدی میرسد که ویروس ناپدید شود؟ اگر لازم است که در این دوره ریاضتی بمانیم تا پروسه ساخت واکسن تمام شود، در این صورت آیا باید شش ماه صبر کنیم یا یک سال یا یک سال و شش ماه؟ اگر بعد از مدتی از مراقبت و ریاضت دست برداریم و به سیستم روزمره قبلی نزدیک بشویم آیا دوباره ویروس از راهی وارد می‌شود و ما با صورت مساله‌ای که امروز روبرو هستیم دوباره روبرو می‌شویم؟ علاوه بر این، هزینه شدیدی را که بر مردم به خاطر ضعیف شدن اقتصاد و تعطیل شدن کسب و کارها وارد می‌شود باید جدی گرفت. جامعه تا به کجا حاضر به پرداخت هزینه‌های اقتصادی است و دولت تا کجا می‌تواند حدی از رفاه را برای مردمی که مجبور شده‌اند کمتر کار کنند یا کار نکنند تامین کند؟

در مدل بریتانیایی، گروه کم خطر با نرخی متناسب با ظرفیت درمانی به ویروس مبتلا می‌شوند، و چون متناسب با نرخ بیماران مراقبت درمانی وجود دارد از مراقبت پزشکی محروم نمی‌شوند. در هر حال، به شکل اجتناب‌ناپذیری افرادی از این گروه کم خطر تلف می‌شوند. ما می‌دانیم که نرخ مرگ به ابتلا به مراتب در گروه کم خطر کمتر است، اما نمی‌دانیم دقیقاً چند است، شاید یک در هزار یا یک در چند هزار باشد، شاید هم بیشتر یا کمتر. در هر حال چون در این مدت گروه کم خطر فعالیت‌های اقتصادی را ادامه می‌دهند نگرانی چندانی درباره تامین ضروریات، از بین رفتن سرمایه‌ها و کسب و کارها و دیگر هزینه‌های اقتصادی وجود ندارد. در نهایت پس از این که همه افراد گروه کم خطر

ویروس گرفتند همه آنها با هم ایمن می‌شوند و به اصطلاح ایمنی گله‌ای به وجود می‌آید. چون این افراد ایمن دیگر ناقل هم نیستند، می‌توان گروه پرخطر را هم به جامعه برگرداند.

کارکرد این مدل بر چندین عقیده استوار است که اثبات درستی آنها بر ما معلوم نیست. آنچه اینجا سبک سنگین می‌کنیم فایده خریدن زمان است در برابر منفعت آن. مدل بریتانیا شباهت‌هایی به مدل ایتالیایی دارد از این جهت که باید با مراقبت و دوری اجتماعی مطمئن شد که ظرفیت درمانی سرریز نکند. اما تفاوت آن در این است که وقتی این شرط برقرار شد وزن کمتری به مراقبت و وزن بیشتری به از سرگیری فعالیت‌های اقتصادی می‌دهد. فرض دیگری که مدل بریتانیا دارد این است که افرادی که از بیماری بهبودی پیدا میکنند دوباره این بیماری را نمی‌گیرند بلکه ایمن می‌شوند و ناقل هم نخواهند بود.

در واقع، هزینه خرید زمان ضعیف شدن اقتصاد و ریاضتی‌شدن زندگی مردم است و منفعت آن تنها وقتی محقق می‌شود که بتوان در آینده جلوی ویروس را گرفت. اما این منفعت عدم قطعیت دارد چون ما نمی‌دانیم که این انتشار ویروس با گرم شدن هوا چقدر آهسته می‌شود و حتی اگر بشود احتمال می‌رود که دوباره در پاییز برگردد و اگر برگشت چه کار کنیم؟ دوباره باید مراقبت و قرنطینه را شروع کنیم و وارد یک چرخه‌ای می‌شویم که فقط وقتی می‌شکند که واکسن بیاید. اما ما نمی‌دانیم واکسن این ویروس چه وقتی به بازار می‌آید و اگرچه هر زمانی بیاید موثرترین ابزار برای جلوگیری از ادامه فاجعه خواهد بود ولی ممکن است تا آن زمان هم هزینه انسانی بزرگی داده باشیم هم اقتصاد را به شرایط ریاضتی برده باشیم.

در مقایسه با رویکرد کشوری مثل تایوان، رویکرد بریتانیا بر این فرض استوار است که جامعه زیرساخت لازم برای اجرای تشخیص موثر بیماران و ایزوله کردن آنها را در مقیاس ملی ندارد چون در واقع دیگر دیر شده است و سازماندهی لازم، آمادگی برای سیاست‌گذاری هماهنگ، یا ابزاری مثل اطلاعات دقیق رکوردشده از سلامت افراد جامعه یا تعداد کافی کیت شناسایی وجود ندارد. مبنای این رویکرد این است که اگر همه دنیا مثل تایوان بود ویروس بعد از مدتی ناپدید می‌شد ولی با شرایط موجود قبل از ورود واکسن درصد بزرگی از جامعه به هر حال این ویروس را می‌گیرند، در نتیجه هزینه خرید زمان بزرگتر از منفعت آن است.

این توضیحات بر اساس برداشت من از اخبار و مقالات موجود است و مصون از برداشت شخصی یا اشتباه احتمالی نیست. علاوه بر این، بحث بر سر اینکه چه رویکردی در مقابله با کوید ۱۹ موثرتر است ابعاد وسیعی دارد که نه در اندازه این نوشته می‌گنجد و نه قطعا در اندازه دانش من. هدف مهم‌تر این نوشته این است که رویکردی که من مدل بریتانیا نامیدم برای ما ایرانی‌ها چه پیام سیاست‌گذاری می‌تواند داشته باشد. جواب من این است که در حال حاضر مطلقا و هرگز از آن نباید نتیجه گرفت که سیاست‌گذار در ایران گروه کم‌خطر را از خانه در بیاورد و فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی را برای آنها باز کند. به دو دلیل بسیار مهم.

اول، حتی اگر مدل بریتانیا را بپذیریم اولین پیام آن این است که نرخ بیمار شدن افراد در جامعه باید متناسب با ظرفیت درمانی جامعه باشد. در کشور ما در حال حاضر ظرفیت بیمارستان‌ها کاملاً پر است و بیماران زیادی (چه ویروس و چه بیماری‌های دیگر) هستند که علی‌رغم نیازشان به مراقبت‌های جدی پزشکی ظرفیتی برای پذیرش آنها وجود ندارد. چنین وضعیت پرفشاری نه تنها این بیماران را در معرض ریسک بزرگی قرار می‌دهد بلکه باعث مریضی و از بین رفتن بخشی از پزشکان و پرستاران کشور می‌شود.

دوم اینکه ما هنوز در مرحله‌ای هستیم که بخشی از سیاست‌گذاران و مردم جامعه خطر ویروس را با یک یا دو ماه تأخیر درک می‌کنند، اقدامی که باید یک یا دو ماه قبل انجام می‌شد امروز قرار است انجام بشود و وقتی هم انجام می‌شود با هرج و مرج مدیریتی و به شکلی ناقص صورت می‌گیرد. در چنین شرایطی ساده‌سازی مدل بریتانیا باعث می‌شود که نسخه کاریکاتوری از آن ابزاری برای توجیه بی‌کفایتی‌ها و بی‌مسئولیتی‌ها بشود و علاوه بر این مانعی درست شود در برابر توصیه جمعی به در خانه ماندن و مراقبت‌های جدی. در نتیجه چه مدل بریتانیا را قبول داشته باشیم یا نه، می‌بایست در خانه ماندن و فاصله گرفتن اجتماعی به‌ویژه از مسن‌ترهای جامعه را به شکلی جدی توصیه کرد.