

محلث دانشگاه  
صنعت و رسانه  
در ایران فارما  
2017

۲۱ تا ۲۳ شهریور ۱۳۹۶ | مصلی بزرگ تهران - ایران  
www.iranpharmaexpo.com

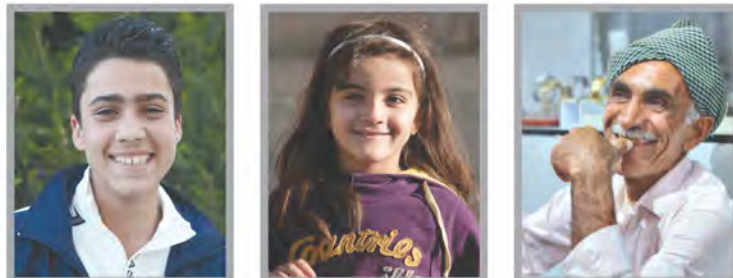
# عظا دارو

ماهنامه تخصصی | شماره ۱۷ سال ۶ | تیر ۱۳۹۶ | تیراژ ۱۵۰۰۰ نسخه | قیمت ۷۰۰۰۰ ریال | توزیع سراسری



از هر ۱۶ ایرانی ۱ نفر مبتلا به

دیابت است



بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو  
گزارشی از ابقای طرح تحول سلامت در دولت دوازدهم با وجود مشکلات عدیده مالی  
دکتر نیارکی: تحقق توسعه صادرات در گروی دیپلماسی فعال است

- اولین شرکت داروسازی تخصصی در حوزه سلامت بانوان ایران
- سرمایه گذاری مشترک اروپایی برای انتقال تکنولوژی پیشرفته تولید فرآورده های هورمونی به ایران
- اولین کارخانه داروسازی دارای گواهینامه GMP در تولید هورمونهای جنسی در ایران
- اولین کارخانه داروسازی ماژولار ایران



WELCOME TO ATIPHARMED

www.atipharmmed.com



# Xalerban<sup>®</sup>

Rivaroxaban



a New Oral Anticoagulant  
(NOAC)

## *The Most Radical Change in Anticoagulation Therapy<sup>1</sup>*

### Xalerban meets all your concerns

- No need for monitoring & dose-adjustment regarding weight or age<sup>2</sup>
- No need for perioperative overlapping with parenteral therapy<sup>3</sup>
- Lowest food & drug interactions compared to traditional drugs<sup>4</sup>
- Used once daily in different preventive & therapeutic indications<sup>5</sup>
- **Xalerban 10 mg** Prophylaxis of DVT following hip or knee replacement surgery
- **Xalerban 15 mg** DVT & PE treatment & their recurrence risk reduction
- **Xalerban 20 mg** Stroke risk reduction in nonvalvular atrial fibrillation

References: 1. Braunwald 2015; Ch73: 1674 -75. 2. Fundamental & Clinical Pharmacology 2012; 26:27-32. 3. Chest. 2016; 149 (2): 315-352. 4. Clin Pharmacokinet 2014; 53:1-16. 5. FDA Label 2015. Reference ID: 3688029

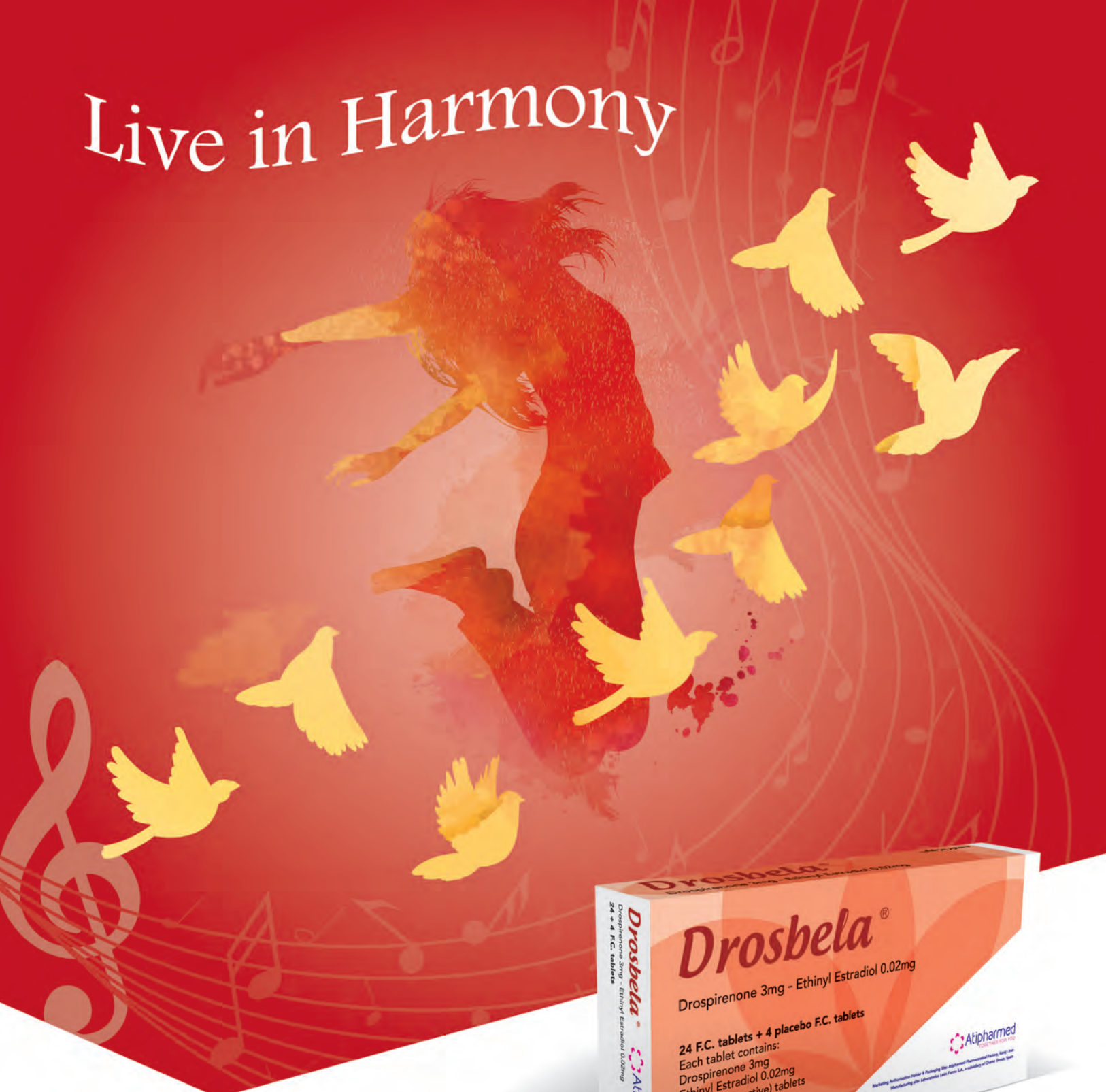


## The Most Physician & Patient-Friendly Anticoagulant

**abidi**  
SINCE 1946

Promotion & Marketing by  
**Avast Darou**

# Live in Harmony



- Ultra-Low-Dose estrogen oral contraceptive
- FDA approved for PMDD & Moderate Acne Vulgaris
- Produced under license of CHEMO Spain

## **Drosbela**<sup>®</sup>

Drospirenone 3mg - Ethinyl Estradiol 0.02mg



Ginseng  
+  
Argenin

کپسول سندروس حاوی دو ماده گیاهی جنسینگ، دارچین به همراه آل آرژنین و ویتامین E است که محصول فوق العاده مؤثری در تقویت و تحریک قوای جنسی است. همچنین می تواند محرکی مثبت برای تحریک بدنی افرادی باشد که دچار ضعف عضلانی می باشند.

## کپسول تقویت و محرک قوای جنسی سندروس

### تأثیرات استفاده از این محصول:

قوای جنسی و جسمی را تقویت میکند. قوای جنسی را تحریک نموده و تمایلات جنسی را بالا می برد. به رفع دردهای عضلانی از جمله زانو درد و کمر درد کمک میکند. سرد مزاجی جنسی را به نشاط جنسی بدل می کند. قابل مصرف برای آقایان و خانم ها می باشند.

تلفن مشاوره: ۲۲ ۵۰ ۳۲ ۸۵ - ۲۲ ۵۳ ۷۹ ۷۹

# زردبند

شرکت دارویی زردبند  
ZARDBAND Pharmaceuticals

## Silymarin ZB سیلیمارین

درمان کبد چرب  
بهبود هپاتیت و سیروز کبدی

فرمولاسیون مایع  
برای  
جذب بهتر  
اثر بخشی بیشتر



بدترین درد  
بهترین دارو

## Urtica ZB عصاره اورتیکا

تسکین درد  
و کمک به دفع  
سنگ کلیه  
کاهش التهاب و عفونت  
دستگاه ادراری

دارای فرمولاسیون  
انحصاری  
مایع ساده موثر  
کولرستین

## Pumpkin Seed Oil ZB روغن کدو طبی

بهبود هایپرپلازی  
خوش خیم پروستات



[www.zardband.com](http://www.zardband.com)



@zardband\_co



@zardbandco

برای یافتن نزدیکترین داروخانه یا فروشگاه به سایت طبیعت یاب مراجعه فرمایید.

[www.tabiatyab.com](http://www.tabiatyab.com)

## سیستم قفسه بندی متحرک هوشمند انبار



شرکت داروسازی سیناژن

## مزایای استفاده از قفسه بندی هوشمند انبار

- صرفه جویی در فضای انبارها
- صرفه جویی در سرمایه گذاری
- صرفه جویی در مصرف انرژی
- قابلیت کنترل و اتوماسیون بیشتر

## افزایش ظرفیت انبارهای موجود تا ۲/۵ برابر

### تعدادی از پروژه های اجرایی:

- شرکت داروسازی ابوریحان
- شرکت داروسازی اکسیر
- شرکت داروسازی امین
- شرکت باختر بیوشیمی
- شرکت پگاه آذربایجان غربی
- شرکت پاکبان
- شرکت داروسازی رازک
- شرکت روناک دارو
- شرکت سبحان دارو
- شرکت سیناژن
- شرکت نانوالوند



شرکت پگاه استان آذربایجان شرقی

*space saving solutions*

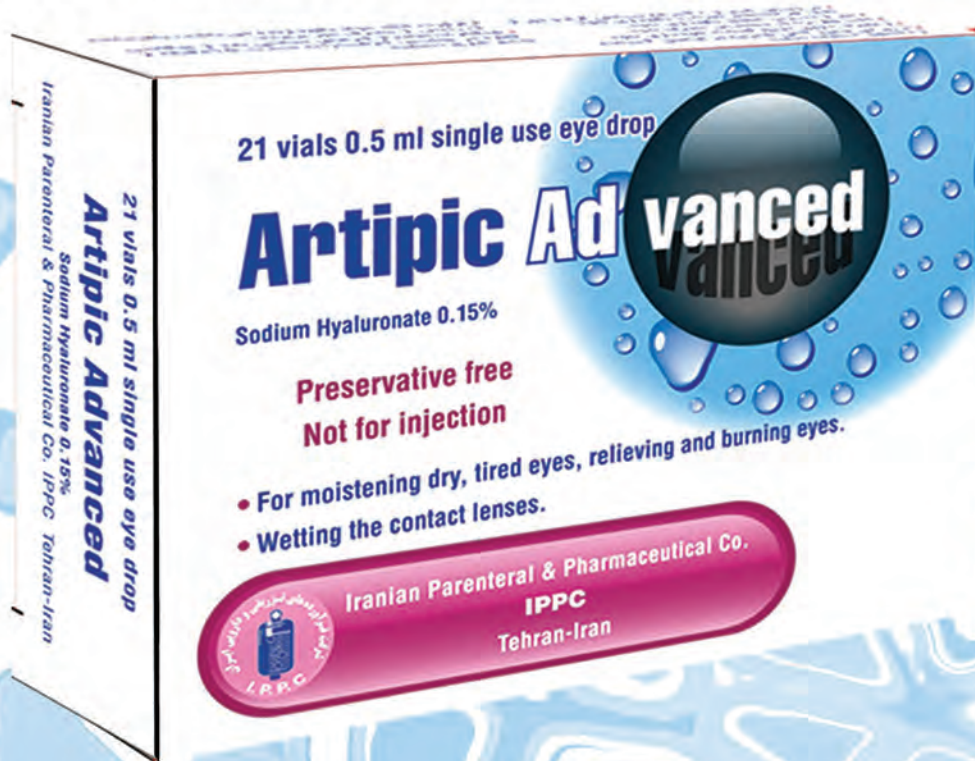


تاسیس ۱۳۳۵



# Artipic Advanced

Sodium Hyaluronate 0.15%



*Bring dry eyes to life*



توزیع توسط پخش های سراسری دارو  
هجرت ، فردوس ، محیا دارو، التیام ، سیناژن

Marketing@iphco.net  
(+98)2155536216



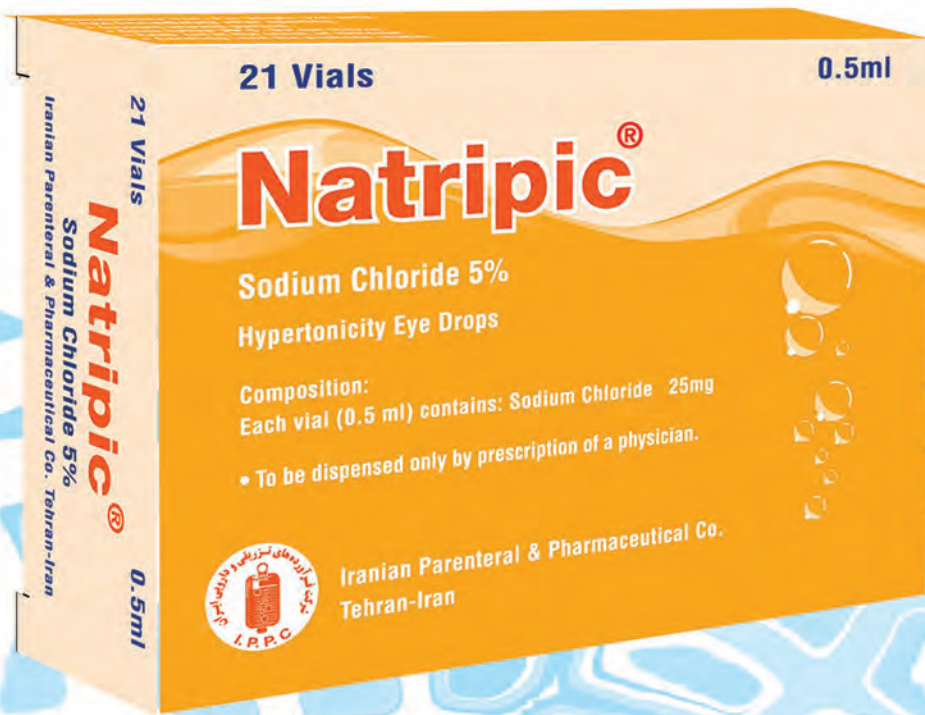
تاسیس ۱۳۳۵



# Natripic

**Sodium Chloride 5%**  
**Decreasing corneal edema**

**Bring dry eyes to life**



توزیع توسط پخش های سراسری دارو  
هجرت ، فردوس، محیا دارو، التیام، سیناژن

Marketing@iphco.net  
(+98)2155536216



صاحب امتیاز: مؤسسه رساگفتمان صنعت بینش

سر دبیر: مهندس شادمهر راستین

مدیر مسئول: لیلا چگینی

**مشاوران علمی:** دکتر عباس کبریایی زاده، دکتر جعفر میرفخرایی  
دکتر سیدعلی کشاورز، دکتر مهدی سلیمانجاهی، دکتر محمود نجفی عرب  
دکتر هاله حامدی فر، دکتر ناصر نقدی، دکتر حسین امیرعضدی  
دکتر مرتضی خیرآبادی، دکتر علی منتصری، دکتر امیرحسین جمشیدی  
دکتر محمود خدادوست، دکتر محمدحسن عصاره

تحریریه

دبیر تحریریه: حمیدرضا حافظی

تحریریه: سحر عصرآزاد، شفق ضرغامی، لیلا کریمی

شقایق سلیمانی و رسول سعدونی

مقالات

سرپرست: اکرم اظهاری

شواری تألیف و گردآوری: رانا محمدی، فریده فرهادی، فرخ ده‌بزرگی

بازرگانی

مدیر بازرگانی: میثم کریمی

سرپرست سازمان آگهی‌ها: معصومه پارسا

امور توزیع: مهدی فخرآور

امور نمایشگاه: محمدرضا اسماعیلی

گرافیک و نشر

مدیر هنری: مهدی نعمتی

سرپرست گرافیک: الهامه رازفر

سرپرست صفحه‌آرایی: محمد مهرجویا

گرافیک: سمیرا بابایی

عکس: حمید رضا حافظی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: چاپ مبینا

مالی و اداری

مدیر مالی: مهرداد حضرتی

مسئول اداری: نرگس قربانعلی

همکاران این شماره: آزاد ثابتی پور، مهدیه صنوبری

فرناز محمودی، رامینا خدمتی، رویا هیراد

پشتیبانی: فرشاد قادری، حسین حبیب‌اللهی

عباس پارسامنش، حسین یعقوبی، هاشم نجفی

روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران:

مؤسسه رسایش ۸۸۲۰۳۸۴۵

مسئول روابط عمومی: شفق ضرغامی

امور مشترکین: مهدی فخرآور ۸۸۸۷۱۲۲۸

امور سایت: حمید باصری baseri@fdmag.ir

امور بین‌الملل: رسول سعدونی sadooni@fdmag.ir

کانال تلگرام ماهنامه: @fdmag

انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

• نشانی: تهران، ولی عصر، بالاتر از پارک ساعی، نورسیده

به خیابان توانیر، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷، صندوق پستی:

۸۸۱۹۸۵۲۰، تلفن: ۶-۸۸۲۰۳۸۴۵، نمابر: ۸۸۱۹۸۵۲۰

### سرآغاز

یادداشت مدیر مسئول ۸

### گزارش ویژه

گزارشی از ابقای طرح تحول سلامت در دولت دوازدهم با وجود مشکلات عدیده مالی ۱۱

نقدی بر طرح تحول سلامت ۱۲

فهرست رسمی کالاها و اقدامات آسیب‌رسان به سلامت ۱۴

تجارت را از کجا شروع کنیم؟ ۱۶

دکتر نیارکی: تحقق توسعه صادرات در گروی دیپلماسی فعال است ۱۷

دکتر ریاحی: بخش خصوصی سرمایه صنعت داروسازی است ۲۰

۱۰ پیشنهاد اتاق بازرگانی برای حل مشکلات اقتصادی ۲۲

### فرهنگ سلامت

دکتر کاظمی دینان: روابط عمومی حافظ سازمان و مروج فرهنگ سلامت ۲۳

تغییر رفتار برای ارتقای بهداشت، توسعه اجتماعی و محیط زیست ۲۴

یادداشتی بر فیلم «کفش‌هایم کو» ۲۵

هزینه‌های اقتصادی دیابت بر سلامت جهان ۲۶

### مقالات

فراوانی کبد چرب و پاره‌ای از عوامل خطرزای آن در ناقلان بدون علامت ویروس هپاتیت بی ۲۹

پژوهش و بررسی نقش عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی در مبتلایان به سندروم دان ۳۲

بررسی ساختار بازار و اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی منتخب ایران ۳۷

بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ۴۱

### گزارش رویداد

گزارشی از حضور دبیرخانه ایران فارما ۲۰۱۷ در شانگاه‌های ۴۷

گزارش CPhI چین ۴۸

معرفی کشورهای حاضر در ایران فارما: مشارکت طلایی دولت و صنعت در دانمارک ۵۰

گزارشی از برگزاری جشنواره فیلم برای معلولان: از سینما تا سلامت ۵۲

خبرنامه سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران ۵۵

گفت‌وگو با دکتر کاظمی، دبیر نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی ۶۳

گزارشی از آخرین دستاوردهای رباتیک در اتاق عمل ۶۴

بخش انگلیسی ۷۲

### جناب آقای دکتر اکبر برندگی

مدیر عامل محترم شرکت سبحان دارو

انتخاب شایسته شرکت سبحان دارو را به عنوان واحد صنعتی

برتر در روز ملی صنعت و معدن صمیمانه تبریک گفته و از خداوند

متعال توفیق روزافزون برای جنابعالی و آن مجموعه خواستاریم.

### جناب آقای دکتر علی مزیدی

مدیر عامل محترم شرکت کارن

به این وسیله ماهنامه غذا و دارو درگذشت پدر گرامی‌تان را به

شما و خانواده محترم، تسلیت می‌گوید. رحمت الهی برای آن

مرحوم و سلامتی و طول عمر باعزت، برای جنابعالی از پروردگار

متعال خواهانیم.

### سرکار خانم بابایی

درگذشت نابهنگام مادر گرامی‌تان را به شما و خانواده محترم

تسلیت می‌گوییم. ما را در غم خود شریک بدانید.

از طرف همکاران شما در مؤسسه رسایش

ضرورت نگاه یکپارچه و نخبه‌جمع در حوزه محیط زیست و سلامت

# فرهنگ؛ بزرگ‌ترین چالش سلامت

یادداشت مدیر مسئول

محیط زیست و سلامت، آسیب‌های زیادی را از سیاست‌های غلط و رویکردهای نادرست خورده‌اند. در آن‌جا که رویکردها صحیح بوده نیز، عدم یکپارچگی و هماهنگی، مسبب شکل‌گیری آسیب‌های فراوانی شده و فعالان این حوزه هم‌چنان این دغدغه را که «چرا یک نگاه جامع و صحیح به سلامت وجود ندارد»، دارند.

شهروندان نیز به تبعیت از این نگاه‌های جزیره‌ای، بیشتر و بیشتر در بیماری‌های جدید قرن ۲۱ غرق می‌شوند. (رجوع شود به آمارهای متعددی که از مبتلایان به دیابت و دیگر بیماری‌های مزمن وجود دارد). در هر شماره از ماهنامه غذا و دارو یکی از بیماری‌های جدید که آفت قرن ۲۱ نامیده می‌شوند را معرفی خواهیم کرد و بر این باوریم که با فرهنگ‌سازی در حوزه سلامت می‌شود جلوی بسیاری از بیماری‌ها را گرفت یا حداقل آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل رساند. زمانی مردم نسبت به سلامت و مخاطرات، آگاه باشند، می‌شود به ارتقای شاخص‌های سلامت امیدوار بود.

به اذعان کارشناسان سلامت، بزرگ‌ترین مسائل و مشکلات سلامت امروز، ریشه در فرهنگ اشتباه دارد. فرهنگ اشتباه در تغذیه، فرهنگ اشتباه در مصرف دارو، فرهنگ اشتباه در تجویز، فرهنگ اشتباه در درمان‌گری، فرهنگ اشتباه خوددرمانی به جای خودمراقبتی. و گاهی فرهنگ اشتباه در سیاست‌گذاری که مضاف بر این احوال می‌شود و مردم را بیش‌تر سمت خوددرمانی تشویق می‌کند. کم‌این‌که به گفته مؤسسه تحقیقات ملی سلامت، یکی از ایرادات اساسی که به طرح تحول سلامت ایران وارد است، محوریت این طرح بر درمان - و نه اقدامات پیش‌گیرانه - است.

به نظر می‌رسد در حوزه فرهنگ‌سازی سلامت، نیازمند نگاه‌هایی جدی‌تر و یکپارچه‌تر هستیم. و بدون شک دولت دوازدهم باید این واقعیت را بپذیرد، که فرهنگ‌سازی نیز مشمول هزینه‌هایی است که باید در طرح‌های سلامت، در نظر گرفته شود. این‌که چگونه شهر و شهروندان در سلامت باشند، باید با هم‌اندیشی و بحث‌های میان‌رشته‌ای مورد بررسی قرار بگیرد.

این موضوع که مردم ایران به سلامت خود اهمیت نمی‌دهند، باید جدی‌تر مورد پژوهش قرار بگیرد و روش‌های تبلیغاتی درستی برای اصلاح و ساخت فرهنگ‌های صحیح در حوزه سلامت، به کار گرفته شود. باید از نیروهای جوان و ایده‌پردازهای خلاق، کمک گرفته شود و در قدم آخر، باید مردم را در حوزه سلامت بیشتر وارد کرد. نقش مؤسسه‌های مردم‌نهاد در این حوزه بسیار حیاتی است. خوب است در دولت دوازدهم از ظرفیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد بیشتر استفاده شود.

در حوزه محیط زیست و سلامت، تمام فعالیت‌ها باید با نیم‌نگاهی به تصمیمات جهانی صورت بگیرد. چیزی که امروز در کشور ما به عنوان مخاطرات محیط زیستی و سلامت، مشاهده می‌شود، در کشورهای دیگر نیز به شکل‌های مختلف وجود دارد و هر کشوری داشته‌های علمی و تحقیقاتی فراوانی روی مسائل مربوط به سلامت و محیط زیست دارد.

دولت دوازدهم باید در ایجاد فضاهای جدید برای گفت‌وگوهای علمی و تحقیقاتی میان ایران و سایر کشورها بیش از پیش همت کند. در این حوزه، ایران نیز داشته‌ها و یافته‌های خوبی را می‌تواند در اختیار کشورهای دیگر قرار دهد. کم‌این‌که مشاهده کردیم در دومین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته (ایران‌فارما ۲۰۱۶) شرکت‌های خارجی تمایل زیادی برای تشکیل تیم‌های تحقیقاتی مشترک با ایرانی‌ها داشتند. این موضوع نشان می‌دهد دستاوردهای ارزشمندی در حوزه تحقیقات علمی در ایران وجود دارد. امیدواریم در (ایران‌فارما ۲۰۱۷) استقبال مضاعفی را شاهد باشیم. و البته این امید نیز می‌رود که ۲۱ تا ۲۳ شهریور، شرکت‌های داخلی نیز، هدفمندتر و دست‌پُرت‌تر در مصالای بزرگ تهران دور هم جمع شوند و این بار آن‌ها باشند که برنامه‌های‌شان را به شرکت‌های خارجی دیکته می‌کنند. یکی از مهم‌ترین دستاوردهای تعامل با جهان در پس‌ابرجام، راهکارها و خروجی‌های مفیدی است که در نهایت به ارتقای شاخص‌های سلامت شهر و شهروندان منجر می‌شود.

هم‌اکنون با توجه به تغییر مدیریت شهر و روی کارآمدن شورای جدید اسلامی شهر تهران، این امید می‌رود که تمام ارگان‌های شهر، بیش از پیش برای سلامت شهر و شهروندان، گام بردارند و این تکلیف را نه یک دستور دولتی، که یک حکم باطنی بدانند.

اگرچه قوانین نوشته و نانوشته زیادی در مورد چگونگی حفظ سلامت شهر و شهروندان وجود دارد، اما از نتایج این‌گونه بر می‌آید که یک جایی در میانه راه، اشتباهات فراوانی صورت گرفته است. اگرچه این اشتباهات دامن ما را گرفته است، اما با کمی بلندنظری و صبر می‌توان حداقل، آینده سالم‌تری را برای نسل‌های آتی به جا بگذاریم. به امید آن روز که تمام کشورها فارغ از نگاه‌های سیاسی، یک‌صدا شعار صلح و سلامت را سر بدهند. ►

۲۰۰ سال تجربه اثبات کرده است که دولت‌ها، تاجران و صنعتگران خوبی نیستند. اما متأسفانه شاهدیم بخش خصوصی در ایران زیاد جدی گرفته نمی‌شود و از طرفی خود بخش خصوصی هم از ظرفیت کوچکی که دارد کم‌تر استفاده می‌کند. از همه بدتر این که وزارت بهداشت وارد جزئی‌ترین امور اقتصادی بخش خصوصی می‌شود. بر اساس کمیسیون ماده ۲۰ قانون مصوب سال ۱۳۳۴ که بیش از ۶۰ سال است بر کالاهای دارویی، آرایشی و بهداشتی حاکم است، قدرت مطلق به وزارت بهداشت داده شده است تا در رابطه با هر موردی تصمیم بگیرد. به این معنی که مقررات را وضع و اجرا می‌کند و نظارت هم دارد. همین قدرت مطلق وقتی دست کسی باشد، مسئولان هم به مراتب تصمیمات متناقضی خواهند گرفت. (بخشی از گفت‌وگو با دکتر ریاحی - در صفحه ۲۰ بخوانید)

### گزارشی از ابقای طرح تحول سلامت در دولت دوازدهم با وجود مشکلات عدیده مالی

نقدی بر طرح تحول سلامت:

تأکید بر درمان به جای مراقبت‌های پیش‌گیرانه

فهرست رسمی کالاها و اقدامات آسیب‌رسان به سلامت

تجارت را از کجا شروع کنیم؟

دکتر نیارکی:

تحقق توسعه صادرات در گروه دیپلماسی فعال است

دکتر ریاحی:

بخش خصوصی سرمایه صنعت داروسازی است

۱۰ پیشنهاد اتاق بازرگانی برای حل مشکلات اقتصادی

گزارشی از هزینه‌های اقتصادی دیابت بر سلامت جهان



زندگی بدون درد  
A Painless Life

هر ۴ یا ۶ ساعت یک عدد

نحوه صحیح مصرف را  
از پزشک یا داروساز بپرسید.

# نیوفن®

استامینوفن | کافئین | ایبوپروفن

۲۰۰ میلی‌گرم

۴۰ میلی‌گرم

۳۲۵ میلی‌گرم



تسکین انواع دردها و پایین آورنده تب  
سردرد های تنشی • سردردهای میگرنی  
دردهای عضلانی • دردهای مفصلی (کمر درد و آرتروز)  
دردهای قاعدگی • دندان درد • سینوزیت و سرما خوردگی

Experience Novel Rapid Control



Lexatal® 10



• Escitalopram •  
10 mg Scored F.C. Tablet

**Once daily**

Major depression disorder (MDD)  
General anxiety disorder (GAD)  
Social anxiety disorder (SAD)  
Obsessive compulsive disorder (OCD)  
Panic disorder with or without agoraphobia

# بار سلامت بردوش فعالان به جای مردم

یکی از اقداماتی که از سوی کارشناسان اقتصادی مطرح شده، گرفتن مالیات از مواد زیان‌رسان به سلامت است. به گفته دکتر آقاجانی، طرح این موضوع تصویب شده است و در مورد برخی از محصولات زیان‌رسان به سلامت، در حال پی‌گیری است. دکتر آقاجانی در پاسخ به پرسش مجری صدا و سیما، در مورد اقلام و اسامی این کالاها، چیزی نگفت و این موضوع را به سازمان غذا و دارو ارجاع داد. آقاجانی گفت: سازمان غذا و داروی ایران لیستی از مواد زیان‌رسان به سلامت دارد که دولت بر اساس همان لیست، مالیات‌ها را اخذ می‌کند.

در گزارش ویژه این شماره از ماهنامه غذا و دارو، علاوه بر بررسی چالش‌های طرح تحول سلامت، فهرست مواد و اقدامات زیان‌رسان به سلامت را نیز منتشر خواهیم کرد. این فهرست، اساساً همان بند الف ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه است که در سال ۱۳۹۳ منتشر شد. از جمله مهم‌ترین این مواد، می‌توان به نگهدارنده‌ها، بنزین، سیگار و مواد دخانی اشاره کرد. اما پرسش این جاست، آیا واقعاً مالیات‌ها اخذ خواهد شد؟ آیا دولت توان اجرای طرح اخذ مالیات از مواد زیان‌رسان به سلامت را دارد؟ ▶

طرح تحول سلامت در حالی کار خود را در دولت دوازدهم، ادامه داده است که هم‌چنان مشکلات تأمین مالی گریبان‌گیر این طرح است. به گفته بسیاری از کارشناسان و منتقدان، اساساً طرح تحول، خود باید درگیر تحول شود و با از طریق، منابع مالی برای این طرح فراهم آید. اگرچه سازمان نظام پزشکی کشور، درخواست افزایش ۱۵ درصدی تعرفه خدمات درمانی را ارائه کرده بود اما در نهایت تصمیم بر این شد که با میزان رشد معمول تعرفه‌ها، سال ۱۳۹۶ نیز فقط ۵ درصد، تعرفه‌های خدمات درمانی افزایش پیدا کند. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مجلس و دولت برای تصویب و اجرای افزایش ۵ درصدی تعرفه‌ها، فشار نیامدن بر مردم است.

دکتر محمد حاجی آقاجانی معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، در گفت‌وگو با صدا و سیما، ضمن تشکر و قدردانی از فعالان صنعت سلامت کشور بر این نکته تأکید کرد که هم‌چنان طرح تحول با مشکلات اقتصادی دست و پنجه نرم می‌کند و این ماجرا برای ۲ تا ۳ سال آینده هم‌چنان پابرجا خواهد بود. او از فعالان صنعت، دست‌اندرکاران بیمارستان‌ها، پزشکان و پرستاران و... خواستار تحمل و بردباری شد و پس از آن نیز در مورد خدمات ارزشمندی که طرح تحول سلامت به مردم ارائه کرده است سخن گفت.

حرف‌های دکتر آقاجانی به نحوی رویکردهای دولت را برای سال‌های آینده نشان می‌دهد. طرح تحول سلامت پابرجا می‌ماند و هزینه‌ها بر دوش مردم نمی‌افتد؛ البته در ظاهر امر این‌طور به نظر می‌آید و در باطن، همان‌طور که مؤسسه ملی تحقیقات سلامت گزارش کرده است، تأکید طرح تحول سلامت بر درمان (به جای اقدامات پیش‌گیرانه) می‌تواند در طولانی‌مدت، گران‌تر از این‌ها تمام شود. پیشنهاد سازمان نظام پزشکی مبنی بر افزایش ۱۵ درصدی تعرفه خدمات درمانی، می‌توانست اولاً از بار مالی طرح تحول سلامت کم کند و ثانیاً، مردم را بیش‌تر به سمت اقدامات پیش‌گیرانه مجاب می‌کرد.

اما در هر صورت طرح تحول سلامت با افزایش معمول تعرفه‌ها، به کار خود ادامه خواهد داد و در این میان باید برای تأمین مالی، فکری صورت گیرد.



نقدی بر طرح تحول سلامت

# تاکید بر درمان به جای مراقبت‌های پیش‌گیرانه

احمد فرقانی



تأمین منابع مالی برای سایر بخش‌های اقتصادی کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با این وجود، افزایش شکاف درآمدی بین بخش‌های مختلف نظام سلامت، بر کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده، تأثیر سوء می‌گذارد. هم‌چنین اختلاف درآمدی بخش سلامت با سایر بخش‌های کشور می‌تواند مقدمه بروز آثار مخرب در نظام اقتصادی کشور در سال‌های آتی باشد.

### اهداف طرح تحول نظام سلامت

**۱. محافظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت:** کاهش میزان پرداخت بیماران در بیمارستان‌های دولتی، ناشی از تخصیص منابع مالی گسترده (ناشی از هدفمندی یارانه‌ها، ۱٪ ارزش افزوده، طرح پزشک خانواده و بیمه‌ها) است؛ به عبارتی دیگر، کاهش هزینه‌های درمانی مردم (فقط در بخش دولتی)، با افزایش هزینه‌های دولت همراه شد. شایان ذکر است، با اجرای فاز سوم طرح تحول، تعرفه‌ها رشد ۱۲۰ تا ۳۰۰ درصدی را تجربه نمود که باعث افزایش مجدد منابع تخصیصی دولت و هم‌چنین هزینه درمانی بیماران در بیمارستان‌های خصوصی شد.

**۲. ارتقای کیفیت خدمات درمانی:** ارتقای کیفیت خدمات درمانی، ناشی از ارتقای کیفیت خدمات ویزیت (استفاده از پزشکان متخصص و فوق تخصص) و هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی بوده که پشتوانه ارتقای کیفیت خدمات نیز تزریق منابع مالی برای ایجاد انگیزه در پزشکان برای حضور در بخش دولتی و ارتقای تجهیزات بیمارستان‌ها است.

**۳. افزایش دسترسی به خدمات درمانی (عدالت درمانی):** به علت انگیزه پایین کادر درمانی برای خدمت در مناطق محروم، همواره این مناطق از کمبود نیروی انسانی، بالأخص پزشکان متخصص رنج می‌برد؛ از این‌رو، یکی از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت، تأمین کادر درمانی این مناطق بوده است که در بسته دوم طرح تحول، سعی شده انگیزه لازم برای تأمین پزشکان متخصص این مناطق با تزریق منابع مالی ایجاد شود. قابل ذکر است: تداوم اهداف ذکر شده، فقط با تداوم تزریق منابع مالی ممکن است.

### پیشنهادات

تزریق منابع مالی به حوزه سلامت از اهمیتی بسیار برخوردار است ولی با توجه به این که بخش‌های مختلف اقتصاد، با کمبود منابع مالی مواجه است، انتظار می‌رود تخصیص منابع بر اساس اصول پذیرفته‌شده نظام‌های سلامت، به ویژه بخش‌های بهداشت و پیش‌گیری که دارای حداکثر بازدهی است، صورت گیرد و از آزمون و خطا در تزریق منابع پرهیز شود.

تأمین سلامت آحاد جامعه بر اساس قانون، بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این مهم با سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزش‌یابی و نظارت، امکان‌پذیر است؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت مکلف است با راهبری و هماهنگی سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف، سلامت جامعه را تأمین کند ولی در نظام سلامت فعلی، از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌کننده خدمت یاد می‌شود، نقش تصدی‌گری و ذی‌نفع بودن، می‌تواند بر وظایف اصلی این وزارتخانه که شامل سیاست‌گذاری، هماهنگی، ارزیابی و نظارت است، تأثیر سوء داشته باشد؛ از این‌رو، مشاهده می‌شود، بسیاری از قوانین و برنامه‌ها که با هم‌کاری این وزارتخانه تهیه و به تصویب می‌رسد، در عمل اجرا نشده و یا به طور ناقص اجرا می‌شود.

در این راستا، ارتقای کیفیت و عدالت در ارائه خدمات که با مدیریت و اجرای قوانین مصوب امکان‌پذیر است، با تزریق مالی گسترده و احاطه بر بیمه‌ها، برای پوشش ناکارایی ارائه‌دهندگان بخش دولتی، صورت می‌گیرد. ▶

در سال‌های اخیر، نظام سلامت کشور با مشکلاتی گوناگون همراه بوده که سبب بروز نارضایتی مردم و بخش‌های مختلف نظام سلامت شده است. پس از روی کار آمدن دولت یازدهم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول نظام سلامت را تدوین کرد. این طرح که به دنبال «محافظت مالی» مردم در قبال هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات درمانی است، از ۱۵ اردیبهشت سال ۱۳۹۳، در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور به اجرا درآمد.

اگرچه اجرای طرح، زمینه افزایش رضایتمندی مردم و گروهی از بازیگران حوزه سلامت را فراهم آورد ولی تداوم اجرای طرح با چالش‌هایی جدی مواجه است. در این نوشتار تلاش شده، ضمن بررسی اهداف طرح تحول، به پارهای از چالش‌های ذاتی و اجرایی آن اشاره شود.

### چالش‌های ذاتی طرح تحول نظام سلامت

چالش‌های طرح تحول را می‌توان به دو گروه چالش‌های ذاتی و اجرایی طرح تقسیم‌بندی کرد، که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

**• بی‌توجهی به خدمات بهداشتی و پیش‌گیری:** محور اصلی طرح تحول، درمان است در حالی که، پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت‌های پیش‌گیرانه است و بدون بسط و گسترش نظام‌های مراقبت سلامت، مواجهه با چالش‌های نظام سلامت بسیار دشوار است؛ از این‌رو، مشاهده می‌شود که در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، پیش‌گیری بر درمان اولویت می‌یابد.

**• ارتقای نظام سلامت مبتنی بر تخصیص مستقیم منابع مالی:** اکثر نظام‌های توسعه‌یافته نظام سلامت، از ساز و کارهای تأمین مالی برای مدیریت و سوق نظام به اهداف تعیین‌شده و رفع چالش‌های پیش رو سود می‌برند و تولید نظام سلامت، نقش سیاست‌گذاری و نظارت را بر عهده می‌گیرند. این در حالی است که در طرح تحول سلامت، نقش بیمه به عنوان یک ساز و کار برای مدیریت منابع سلامت، کم‌رنگ شده و اکثر منابع مالی به‌صورت مستقیم تخصیص یافته است که این امر، زمینه بروز فساد را فراهم می‌آورد. (بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بر تفکیک وظایف تولید و تأمین مالی و تدارک خدمات، تأکید داشته و مدیریت منابع سلامت را بر عهده بیمه قرار می‌دهد). هم‌چنین طرح تحول قوانین مبنایی حوزه سلامت، مانند قانون برنامه پنجم توسعه، در مواردی شامل مراقبت‌های اولیه سلامت، خرید راهبردی خدمات، جواز خدمت پزشکان در بخش دولتی یا خصوصی و... که مبنای هر تغییری در نظام سلامت است را به حاشیه رانده است.

**• به حاشیه‌رفتن وظایف حاکمیتی:** مأموریت اصلی وزارت بهداشت، ایجاد بستر برای تأمین سلامت کلیه افراد کشور است که این مهم، از طریق سیاست‌گذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش‌های مختلف امکان‌پذیر است اما عملاً، مشاهده می‌شود که وزارت بهداشت، خود به بزرگ‌ترین ارائه‌کننده خدمات درمانی تبدیل شده که این امر انجام مؤثر وظایف حاکمیتی را با مشکل مواجه می‌کند و این موضوع، در اجرای طرح تحول نیز آشکار است؛ به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت، مسئول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد.

### چالش‌های اجرایی طرح

قرارگرفتن طرح تحول نظام سلامت به عنوان یکی از دستاوردهای بزرگ دولت یازدهم، تداوم طرح را در میان مدت تضمین می‌کند اما تزریق منابع مالی با روند کنونی، موجب افزایش هزینه‌های سلامت شده است؛ به علاوه افزایش منابع مالی مورد نیاز با تداوم سیاست یکسان‌سازی تعرفه‌ها،

**محور اصلی طرح تحول، درمان است در حالی که، پیشرفت**

**حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت‌های پیش‌گیرانه است**

**و بدون بسط و گسترش نظام‌های مراقبت سلامت، مواجهه با**

**چالش‌های نظام سلامت بسیار دشوار است از این‌رو، مشاهده**

**می‌شود که در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، پیش‌گیری بر درمان**

**اولویت می‌یابد.**

فهرست رسمه کالاهو اقدامات آسیب رسان به سلامت

# مالیات بر کدام؟!

۳ تیر ۱۳۹۶، دکتر آقاجانی معاون درمان وزیر بهداشت مصاحبه‌ای را با صدا و سیما داشت. موضوع برنامه، افزایش معمول ۵ درصدی نرخ تعرفه‌های خدمات درمانی بود اما مسئله، پیشنهاد افزایش ۱۵ درصدی تعرفه توسط سازمان نظام پزشکی بود. تمام برنامه در پی پیداکردن پاسخی برای این بود که چه چیزی می‌تواند این فاصله ۱۰ درصدی را پر کند و چه راهکارهایی برای تأمین مالی طرح تحول سلامت وجود دارد. کارشناسان برنامه و دکتر آقاجانی، همگی اذعان داشتند که طرح تحول سلامت خدمات ارزشمندی را در حوزه درمان، برای مردم به وجود آورده است و پایداری این طرح نیازمند استقامت و صبر بیشتر است. نکته‌ای که پیش‌تر در حوزه سلامت کم‌تر دیده بودیم و اکنون بیش‌تر به چشم می‌خورد، صداقت و شفافیت مسئولان است. دکتر آقاجانی به خوبی از چالش‌های اقتصادی طرح تحول سلامت آگاه بود و حتی به آن‌ها اشاره‌های جدی‌ای هم می‌کرد. اما از سوی دیگر صمیمانه از همه می‌خواست تا با قبول پایداری این طرح، همکاری بیشتر داشته باشند تا صنعت سلامت، این چند سال را هم پشت سر بگذارد. پیش‌بینی معاون درمان وزیر بهداشت این بود که ۲ تا ۳ سال آینده، وضعیت به همین منوال پیش خواهد رفت. تا این‌که قفل ناگشوده‌ای باز شود و منابع مالی ادامه راه طرح تحول سلامت، فراهم گردد.

در شرایط فعلی که تمام دغدغه مسئولان سلامت ایران، بر ارتقای شاخص‌های سلامت است، به نظر می‌رسد مسیر دیپلماسی باید به صورت جدی‌تری از سوی وزارت بهداشت، پی‌گیری شود. البته دیپلماسی فعال، تنها ضرورت امروز صنعت سلامت نیست و راهکارهای دیگری نیز از سوی کارشناسان مطرح شده. یکی از آن‌ها، اخذ مالیات بر مواد و رفتارهای زیان‌رسان به سلامت، است. در حال حاضر تنها فهرست معتبر از این مواد و اقدامات، مربوط به سال ۹۳ است که در ادامه می‌آید:

## فهرست اقدامات آسیب رسان به سلامت

ارائه قلیان در چای‌خانه‌ها و سفره‌خانه‌ها	فهرست اقدامات آسیب رسان به سلامت
تولید و پخش فیلم و سریال و محصولات فرهنگی مروج خشونت و مصرف دخانیات	
ارائه خدمات رژیم‌های سریع لاغری و چاقی	
ارائه خدمات آرایشی مانند برنزه‌کردن با سولاریوم	
مداخلات افزایش قد	
عرضه و فروش لباس و کفش دست دوم	
استفاده از ظروف یک‌بار مصرف پلی‌اتیلن غیر اکسپندد برای مواد غذایی و نوشیدنی‌های گرم	
بسته‌بندی با وزن بیش از ۲۰ کیلوگرم	
آلودگی صوتی با صدای بالاتر از ۸۰ دسی‌بل	
انتشار امواج الکترومغناطیسی با طول موج...	
انواع دسرهای پرچرب و انواع شیرینی، شکلات، زولبیا و بامیه	

## فهرست داروهای دارای پتانسیل سوء مصرف

نام دارو	طبقه‌بندی دارویی
ترامادول، دیفنوکسیلات، کدئین	مواد افیونی (اپیوئیدها)
دکستروآمفتامین، متیل فنیدات، پسدوافدرین (به عنوان پیش‌ساز)	محرک‌های شبه آمفتامینی
الکل طبی اتیلیک	الکل
کتامین	داروهای توهم‌زا
-	مکمل‌ها



فهرست کالاها و اقدامات آسیب‌رسان به سلامت / بند (الف) ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه / سال ۱۳۹۳

ردیف	عنوان کالا	گروه فرآورده
۱	انواع سوسیس و کالباس و ژامبون / انواع همبرگر و کباب (شامل کباب‌های کوبیده و لقمه) صنعتی و صنفی با چربی بیش از ۲۰ درصد	فرآورده‌های گوشتی و غذاهای آماده مصرف
۲	انواع ساندویچ و پیتزا و کنسروهایی که دارای سوسیس، کالباس و ژامبون می‌باشند	
۳	غذاهای آماده مصرف شامل سالاد الویه صنعتی و صنفی، انواع سمبوسه و فلافل آماده‌شده با روش غوطه‌وری در روغن	
۴	کنسرو کله و پاچه	
۵	انواع ماست با چربی بالاتر از ۵ درصد	فرآورده‌های لبنی
۶	انواع پنیرهای خامه‌ای پُرچرب با چربی ۲۸ درصد و بالاتر و انواع پنیرهای پُرچرب (با چربی بیش از ۴۵ درصد در ماده خشک)	
۷	انواع کره، خامه‌های معمولی و نیز طعم‌دار	
۸	سرشیر و فرآورده‌های مشابه	
۹	دوغ‌های معمولی با میزان نمک بالاتر از ۲ درصد	
۱۵	انواع خیارشور و شورهای سبزیجات (مخلوط و یا جزء) با نمک بیش از ۵ درصد	انواع فرآورده‌های شور با نمک بیش از ۵ درصد
۱۶	انواع آجیل‌های شور با نمک بیش از ۵ درصد	
۱۷	انواع نگهدارنده‌های شیمیایی	مواد شیمیایی با کاربرد در مواد غذایی
۱۸	انواع اسانس‌های مصنوعی و از جمله اسانس دود	
۱۹	انواع طعم‌دهنده‌های مصنوعی	
۲۰	انواع رنگ‌های مصنوعی در مواد غذایی	
۲۱	بتزین و گازوئیل با استاندارد پایین‌تر از یورو ۴	سایر
۲۲	سیگار و سایر فرآورده‌های دخانی	
۲۳	انواع کرم‌های آنتی‌سلولیت و لاغرکننده‌های موضعی	
۲۴	انواع رنگ‌های حاوی سرب	
۲۵	انواع لوازم آرایشی و بهداشتی و اسباب‌بازی‌های حاوی سرب	
۲۶	انواع روغن‌های جامد و مایع نباتی و مارگارین با میزان اسید چرب اشباع‌شده بالاتر از ۳۰ درصد یا میزان اسیدهای چرب ترانس بالاتر از ۲ درصد	
۲۷	انواع روغن‌های حیوانی و پیه گوسفند و غذاهای تهیه‌شده از آن‌ها	
۲۸	انواع سس‌های پُرچرب (مایونز و سس سالاد و سس‌های سفید) با چربی بیش از ۳۰ درصد	
۲۹	انواع فرآورده‌های سرخ‌شده در روغن بر پایه سیب‌زمینی و غلات (چیپس سیب‌زمینی و غلات)	
۳۰	انواع فرآورده‌های حجیم‌شده بر پایه ذرت (اصطلاحاً انواع پفک)	
۳۱	انواع دسرهای پُرچرب و انواع شیرینی، شکلات، زولبیا و بامیه	

تجارت را از کجا شروع کنیم؟

# از یک دایره

با توجه به مشکلات و چالش‌هایی که امروزه گریبان طرح تحول سلامت، و به تبعیت از آن، خود سلامت، را گرفته، و باز از آنجایی که عمده این مشکلات، اقتصادی هستند، به نظر می‌رسد باید تجارت را به عنوان یک ضرورت در ساختار شرکت‌های دارویی و تمام ارگان‌های وابسته به نظام سلامت، نهادینه کنیم.

فعالیتی که شرکت‌های دارویی، در بازار دارویی ایران دارند، بیش‌تر بر مبنای تولید است و به موقع‌رساندن داروها به دست مردم، اما به ندرت می‌بینیم، برند داروی ایرانی، دغدغه‌های تجارت در سر داشته باشد. این‌که مدیران دارویی ایران، دغدغه تجارت را جدی بگیرند، در حال حاضر منوط شده است به تأمین مالی طرحی که ناگزیر است اقدامات عاجلی را برای بیرون‌رفتن از بحران، انجام دهد. شرکت‌های دارویی برای ادامه مسیر نیازمند تزریق نقدینگی هستند و بسیاری از کارشناسان بر این باورند که اگر اقدام عاجلی در حوزه اقتصاد دارو، صورت نگیرد، باید شاهد مرگ این صنعت و رشد برندهای خارجی وارداتی باشیم.

دیپلماسی فعال و دانشور، می‌تواند یکی از راهکارهای اساسی برای ورود سرمایه خارجی به ایران باشد و همین اقدام موجبات جان‌گرفتن دوباره صنعت را فراهم می‌آورد. در مورد سلامت و محیط زیست باید اقدامات بر اساس همین دیپلماسی طرح‌ریزی شود. به گونه‌ای که ایران بتواند امتیازهای بزرگی را از کشورهای توسعه‌یافته، در حوزه صنعت سلامت بگیرد.

ایران امروز، سلامت ندارد و این را از رنگ و روی زرد بسیاری از شهرها و شهروندان می‌شود مشاهده کرد. امروز بیش‌تر از همیشه، نیازمند یکپارچگی سازمان‌ها هستیم. جزیره‌ای نگاه کردن سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها، جز سردرگمی و اتلاف انرژی و سرمایه - مضاف بر وارد آمدن آسیب‌های جدی به سلامت - هیچ چیز دیگری عاید صنعت در ایران نمی‌کند.

در این شماره از ماهنامه غذا و دارو، سراغ دو نفر از مدیران دارویی رفتیم و دیدگاه آن‌ها را نسبت به امر صادرات و تجارت در صنعت سلامت، جویا شدیم. نقطه نظرات دیگری به مسئله تجارت وجود دارد که در ادامه این پرونده، از زبان دکتر نیارکی و دکتر ریاحی می‌خوانید:



# تحقق توسعه صادرات در گروه دیپلماسی فعال است

دکتر مهدی صادقی نیارکی مدیر کل دفتر صنایع غذایی، دارویی و بهداشتی وزارت صنعت، معدن و تجارت است. با او درباره مؤلفه‌های توسعه تجارت و صادرات در صنعت داروسازی به گفت‌وگو پرداختیم. به عقیده دکتر نیارکی، توسعه صادرات در صنایع داروسازی بیش از هر چیز در گروه تغییر نگاهی است که بین نهادهای تأثیرگذار در تصمیم‌گیری وجود دارد.

صنعت داروسازی به عنوان یکی از استراتژیک‌ترین صنایع تولیدی کشور نقش قابل توجهی در صادرات غیر نفتی دارد. این صنعت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و به رغم وجود جنگ تحمیلی و تحریم‌های چند ساله، گام‌های بلند و مؤثری در راستای امنیت ملی و ارتقای سلامت کشور برداشته است به طوری که بیش از ۹۶ درصد داروهای مصرفی مردم در داخل کشور تولید می‌شود. تلاش و فعالیت برای حضور در بازارهای جهانی و صدور فرآورده‌های دارویی نیز از دغدغه‌های مهم این روزهای تولیدکنندگان دارو است. کیفیت داروهای تولید داخل باعث شده تا در سطح منطقه‌ای، داروی ایرانی مورد توجه قرار بگیرد. برای نمونه در کشور افغانستان تا قبل از این که انحصار بازار را از دست دهیم، داروی ایرانی را به عنوان یک داروی «شفابخش» قلمداد می‌کردند. در حالی که بارها از سوی کارشناسان بر لزوم تقویت گسترش بازارهای صادراتی به منظور حفظ این صنعت استراتژیک و خودکفایی تأکید می‌شود، اما متأسفانه شاهدیم که صادرات دارو آن اندازه که باید در بازارهای بین‌المللی جایگاه مطلوبی ندارد. در ادامه گفت‌وگو با دکتر نیارکی را می‌خوانید.



کیت‌ها ۱۱۶ میلیون دلار بود که این رقم در مقایسه با سال گذشته از رشد ۳۱ درصدی برخوردار بود و ۱۱۳ درصد از برنامه‌ریزی که نسبت به سال ۹۴ داشتیم، محقق شد. برای نمونه در خصوص مواد اولیه دارویی پارافین و وازلین که جزو مواد اولیه صنعت دارو محسوب می‌شود، پیش‌بینی ما ۴۸ میلیون دلار بود، اما عملاً آن‌چه که محقق شد با رشد ۳۳ درصدی، ۶۰ میلیون دلار بود.

• وضعیت صادرات دارو را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ به عقیده شما چه عواملی باعث شده است در صنایع مربوط به حوزه سلامت، نتوانیم تجارت خوبی داشته باشیم؟

قبل از ورود به این بحث، لازم می‌دانم گزارشی از وضعیت صادرات در سال ۹۵ نسبت به سال ۹۴ ارائه بدهم. در سال ۹۵، مجموع صادرات انواع دارو اعم از داروهای انسانی، دامی و مواد تشخیصی و آزمایشی یعنی

تجاری، بازدهی و هیئت‌های تجاری، قراردادهای بلندمدت و تحت لیسانس به تسهیل تجارت کمک می‌کنند. از طرفی صنایع کوچک نقش برجسته‌ای در احیا و پویایی صنایع بزرگ هر کشوری دارند. بنابراین دولت باید با جدیت هر چه تمام‌تر از این صنایع حمایت کند.

• یکی از گله‌هایی که امروزه از داروسازان زیاد می‌شنویم، نگاه وزارت بهداشت به صنایع دارویی است که توسعه‌محور نیست و بر این نکته تأکید دارند که اگر این نگاه تغییر نکند، در آینده‌ای نه‌چندان دور باید شاهد مرگ استراتژیک‌ترین صنعت تولیدی کشور باشیم. نظر شما چیست؟

وزارت بهداشت یک تنظیم‌کننده است که باید به عنوان یک ناظر کمی و کیفی همان نقش را ایفا کند. البته بر اساس قانون مسئولیت تنظیم بازار دارو هم در حوزه تأمین و هم توزیع دارو بر عهده این وزارتخانه است که این مسئولیت باعث می‌شود که نگاه وزارت بهداشت بر این محور باشد که دارو، به موقع از منابع داخلی یا خارجی با قیمت کم به دست مصرف‌کننده برسد.

این در حالی است که در دنیا برندها یک حاشیه گسترده‌ای برای خودشان تعریف کرده و از این محل حاشیه، اقدام به توسعه می‌کنند. لازمه این توسعه، ایجاد یک نظام پویا در حوزه تحقیق است. از طرفی تحقیق برای توسعه نیاز به سرمایه‌گذاری در ابعاد مختلف نیروی انسانی، تجهیزات آزمایشگاهی و... دارد. وقتی ما مجموعه‌ای داریم که استراتژی آن به درست یا به غلط، اولویتش تأمین به موقع دارو به کم‌ترین قیمت هست، قطعاً خیلی از این کارها را نمی‌توان در آن مجموعه انجام داد.

متأسفانه در حال حاضر نظام تأمین به موقع و مناسب تأمین دارو در کشور باعث شده است پول دارو خیلی دیر به کارخانه‌ها بازگردد؛ به طوری که امروز متوسط بازگشت (چیزی که خود صنعتگران عنوان می‌کنند) بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ روز و در مورد بعضی از داروها مثل آنتی‌بیوتیک‌ها بیش‌تر از ۳۰۰ روز است.

زنجیره‌های تأمین دارو به هم وابسته هستند و با افزایش هزینه‌های بنگاه، باعث خواهد شد تا به همان نسبت سود کاهش پیدا کند. با کاهش سود هم دیگر نمی‌توان انتظار داشت بنگاه در تحقیق و توسعه نوآوری و ابداعات سرمایه‌گذاری کند و در نتیجه با عدم سرمایه‌گذاری، محصول جدیدی هم وارد بازار نخواهد شد و متعاقباً در بازار صادراتی هم حرفی برای گفتن ندارد.

واقعیت این است که باید یک همبستگی بین تنظیم‌کننده مقررات (سازمان غذا و دارو)، صنف و وزارت صنعت به عنوان متولی بحث صنعت، در کشور برای این موضوعات ایجاد و یک خطوط قرمزی تعریف شود. یعنی به همان اندازه که تأمین به موقع دارو به عنوان یک کالای استراتژیک اهمیت دارد، توسعه این صنعت هم باید حائز اهمیت باشد.

اگر بتوانیم به موقع دارو را در کشور تأمین و تولید کنیم و کارخانجات متوقف شوند، مطمئن باشید داروهایی که امروز تولید می‌کنیم، باید با نرخ ارز چند برابری وارد شوند. در این هنگام است که ارز ارزشمندی که حاصل صادرات است به جای هزینه در تولید و تقویت زیرساخت داخلی، صرف واردات خواهد شد. به همین دلیل است که مجدد تأکید می‌کنم، ما به یک میثاق‌نامه یا یک سند راهبردی نیاز داریم که همه اجزا و حلقه‌ها به آن

**آن چیزی که در دهه ۹۰ به عنوان استراتژی کشور تعریف و تأکید شده، «صادرات» است. به عبارتی امروزه، هدف، تولید صادرات محور است. این تولید دارای ویژگی‌هایی است که در درجه اول هدف، رضایت مصرف‌کننده داخلی است. از طرفی این کالا می‌بایست رضایت کشورهای که قصد خرید محصول را دارند، جلب کند.**

امسال نیز بر اساس برنامه‌ریزی‌های صورت‌گرفته و شناختی که از ظرفیت صنایع داروسازی وجود دارد، پیش‌بینی می‌کنیم نسبت به سال گذشته ۱۷ درصد در صادرات رشد داشته باشیم. اما در بحث اصلی که چرا نتوانستیم در صادرات به رشد مطلوب برسیم، دلایل مختلفی برای این موضوع وجود دارد.

اولین بحث پس از پیروزی انقلاب اسلامی - که شرکت‌های چندملیتی حضور داشتند - اداره این شرکت‌ها بود. زیرا شرکت‌های خارجی از ایران خارج شدند و در این زمان اولویت اول، اداره بهینه این شرکت‌های چندملیتی بود. می‌دانید که در صنعت دارو، آن چیزی که حائز اهمیت است، فرمولاسیون محصول است و برای این کار نیاز هست که منابع مشخص داخلی و خارجی شناسایی شده و با دانش فنی موجود و ترکیب این دو، محصول نهایی تولید شود.

با توجه به اتفاقاتی که در دهه اول انقلاب افتاد و آغاز جنگی به معنای واقعی تحمیلی، ناچار شدیم نیاز فزاینده به دارو و درمان را در کشور خود تولید کنیم. بنابراین استراتژی کشور از همان زمان به استراتژی «جایگزینی واردات» تغییر یافت. به منظور تحقق این هدف، در همان زمان شرکت‌های دولتی که زیرمجموعه سازمان صنایع ملی ایران بودند، بر اساس اقتضانات روز و با توجه به نیاز فوری که وجود داشت پایه‌گذاری شدند.

آن چیزی که در دهه ۹۰ به عنوان استراتژی کشور تعریف و تأکید شده، «صادرات» است. به عبارتی امروزه، هدف، تولید صادرات‌محور است. این تولید دارای ویژگی‌هایی است که در درجه اول هدف، رضایت مصرف‌کننده داخلی است. از طرفی این کالا می‌بایست رضایت کشورهای که قصد خرید محصول را دارند، جلب کند. این استراتژی کشور در تولید کل کالاها بوده و دارو هم از این موضوع مستثنی نیست. در صنعت دارو با توجه به این‌که اکثر ساختارهای ما مربوط به زمان ابتدای انقلاب است و بسیار کم در بحث نوآوری ساختارها اقدام کردیم، بنابراین ویژگی‌هایی که باید تأییدکننده صادرات باشند وجود ندارد.

در حال حاضر چالش‌های صنعت داروسازی علاوه بر GMP، محدودیت‌های بین‌المللی و نهادهایی مثل اف‌دی‌ای آمریکا و اتحادیه اروپاست که اقدام به صدور گواهی صادرات می‌کنند و به واسطه تخصصی که وجود دارد نخواسته‌اند صنایع ما را تأیید کنند. علاوه بر این، بیش‌تر داروهای تولید کشور، داروهای ژنریک هستند (البته داروهای برند نیز به بازار عرضه می‌شود) و داروهایی که بر اساس تولید تحت لیسانس کمپانی‌های روز دنیا تولید شوند، کم هستند.

• با توجه به عواملی که برای عدم موفقیت صنعت داروسازی کشور در عرصه تجارت جهانی نام بردید، چه می‌توان کرد؟

به نظر می‌رسد یکی از اقداماتی که برای گسترش بازارهای صادراتی می‌توانیم انجام دهیم، در وهله نخست ترغیب تولیدکنندگان به تولید داروهایی است که قابلیت صادرات داشته باشند و از طرفی دیگر باید سرمایه‌گذار خارجی را مجاب کنیم که اقدام به سرمایه‌گذاری در صنعت کند. اگر این مسیر در کشور هموار شود، به تبع آن شاهد گسترش بازارهای صادراتی خواهیم بود. البته نباید فراموش کنیم که تحقق توسعه صادرات در گروی دیپلماسی فعال است. این دیپلماسی در قالب موافقت‌نامه‌های

**در حال حاضر چالش‌های صنعت داروسازی علاوه بر GMP،**

**محدودیت‌های بین‌المللی و نهادهایی مثل اف‌دی‌ای آمریکا**

**و اتحادیه اروپاست که اقدام به صدور گواهی صادرات**

**می‌کنند و به واسطه تخصصی که وجود دارد نخواسته‌اند**

**صنایع ما را تأیید کنند.**

متعهد باشند. به طوری که در آن نقش وزارت صنعت، معدن و تجارت، نقش سازمان غذا و دارو، نقش بنگاه‌های اقتصادی و حتی نقش دولت و حاکمیت مشخص باشد و اقدامات اجرایی هر کدام در این صنعت تعریف شود. از طرفی اگر کسی به این اقدامات متعهد نبود، مسئولیت عدم تعهد را بپذیرد. در این صورت است که می‌توانیم در یک افق بیست ساله این چالش‌های ابتدایی را که به محدودیت صادرات منجر می‌شود، حل کنیم.

یکی از نکات مهم این است که صنعت داروسازی ما مثل صنایع غذایی نیست. ۹۵ درصد صنایع غذایی کشور دست بخش خصوصی واقعی است. به این معنی که مالکیت در آن وجود دارد و همین امر موجب می‌شود که بهره‌وری بالا رود.

#### • از دیگر گلايه‌های توليدکنندگان تغييرات مکرری است که در وزارت صنعت و معدن و تجارت اتفاق می‌افتد. نظرتان در این خصوص چیست؟

باید تأکید کنم که صنعت داروسازی جزیی از مأموریت‌های وزارت صنعت است، اما نقش سازمان غذا و دارو آن قدر در این حوزه پُررنگ است که نتوانستیم مانند بقیه صنایع درباره آن با دوستان دارو در سازمان گفت‌وگو کنیم. با این حال خوشبختانه وزارت صنعت و وزارت بهداشت به ویژه سازمان غذا و دارو در حوزه غذایی، آرایشی و بهداشتی و حوزه دارو تقریباً به یک تفاهم گفتمانی و یک هماهنگی نسبی حداقل بین اداره کل ما با این دو حوزه‌ای که عرض کردم در مسائل کلان رسیده‌اند که در نوع خود ارزشمند است.

اما بحث اصلی این است که موضوعات را فرآیندی ببینیم یا وظیفه‌گرا؟! پاسخ به این سؤال در گروهی آن است که ما کارهای کشور را در فرآیند ببینیم. نباید فراموش کنیم که اجزای به هم پیوسته دارای تعاملات هدفمند برای رسیدن به یک هدف مشترک هستند. یا این که من وظیفه‌ام این است که بی‌توجه به سایر نهادها و عوامل دیگر به موقع و با نرخ کم دارو تأمین کنم. اگر وظیفه‌گرا باشیم بعضی از این چالش‌ها که امروز در صنعت دارو هست، هم‌چنان وجود خواهند داشت. چون وظیفه من توسعه است و وظیفه آن یکی تنظیم بازار. اما اگر این زنجیره را به صورت یک فرآیند ببینیم، بدون شک برخی از مشکلات مان مرتفع خواهد شد.

نباید فراموش کنیم که در حوزه تکنولوژی انباشت دانش بسیار خوبی در این سال‌ها در کشور داریم و در حوزه داروهای شیمیایی که جزو مزیت‌های کشور است، منابعش در داخل موجود است. خلاصه بگویم، زنجیره ارزش را باید کلی در صنعت دارو ببینیم.

#### • مهم‌ترین سیاست‌های تشویقی وزارت صنعت، معدن و تجارت برای صادرات چیست؟

یکی از کارهایی که به جد دنبال می‌شود، ایجاد دیپلماسی فعال در بازارهای هدف و بازارهای همسایه است که به گسترش بازارهای صادراتی کمک خواهد کرد. از طرفی، بخشی دیگر از برنامه‌ها به پیش‌بینی‌های مان در برنامه اقتصاد مقاومتی باز می‌گردد که فیلد مشخصی را برای بازسازی و نوسازی صنایع داروسازی تعریف کردیم که این بازسازی و نوسازی از یک سو انبیه و تأسیسات و ماشین‌آلات را شامل می‌شود که در این بخش تأکید اصلی ما برای صادرات، روی جی‌ام‌پی است. زیرا محصول خاص است و نیاز به الزامات زیرساختی هم دارد.

از طرف دیگر بخشی هم سرمایه‌گذاری مشترک تولید تحت لیسانس و سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی را شامل می‌شود. علاوه بر این‌ها بهره‌گیری از تخصص تشکله‌ها در دستور کار وزارت صنعت قرار گرفته و سعی می‌کنیم از نظرات بخش خصوصی بهره بگیریم. به طوری که تعاملات خوبی بین وزارتخانه و سندیکای تولیدکنندگان دارو وجود دارد و تلاش می‌شود در تصمیم‌گیری‌ها از نظرات اعضای هیئت مدیره استفاده شود. ▶

گفت‌وگو با دکتر ریاحی



## بخش خصوصی سرمايه صنعت داروسازی است

دکتر ناصر ریاحی عضو هیئت نمایندگان اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران است. او در گفت‌وگو با ماهنامه غذا و دارو ضمن برشمردن عوامل مزاحم در صادرات دارو، به بیان راهکارهایی برای حل این مشکل پرداخت. به عقیده وی اجرای «طرح تحول سلامت» هر چند که مشکلاتی به خصوص برای صنعت داروسازی به همراه داشت، اما یکی از مهم‌ترین طرح‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی بود. بخش خصوصی که پس از اجرای این طرح بیش از پیش نادیده گرفته شد، امروز نیازمند حمایت جدی دولت است. ۲۰۰ سال تجربه، ثابت کرده است که دولت‌ها، تاجران و صنعتگران خوبی نیستند. بنابراین تا دیر نشده باید بخش خصوصی را دریابیم.

باید خاطرنشان کنم نظام دارویی ما از نظر کنترل و نظارت یکی از بهترین‌هاست؛ ما تا چند سال پیش کشور قانونمندی محسوب می‌شدیم، در حالی که هند و ترکیه این‌طور نبودند. علاوه بر این، در سال‌های گذشته داروسازی ایران در برخی حوزه‌ها به ویژه بیوتکنولوژی خوش درخشیده‌اند و برخی شرکت‌های ایرانی در این زمینه در بازارهای خارجی حرف برای گفتن دارند، اما متأسفانه در حال حاضر خودمان این قانونمندی را از بین بردیم و امروز صحبت می‌شود که چرا صادرات نداریم؟

• چه شد که این نظام قانونمند را در مدتی کوتاه از دست دادیم؟ از حق نگذریم طرح تحول نظام سلامت، یکی از بزرگ‌ترین اقداماتی است که دولت یازدهم در تاریخ انجام داده است. مهم‌ترین وظیفه دولت ایجاد سلامت برای همگان است؛ دولت‌ها معمولاً بحث امنیت، سلامت و آموزش را باید با هم انجام دهند. در کشورهای فدرال یا پیشرفته این سه موضوع را دولت یا با اختصاص یارانه انجام می‌دهد یا مستقیماً خودش وارد عمل می‌شود. بنابراین طرح تحول سلامت، خیلی طرح خوبی است، اما چند اشکال اساسی به این طرح وارد است؛ اول این‌که زیرساخت‌های لازم قبل از شروع آن پیش‌بینی نشد، متأسفانه ما همیشه عجله داریم و وقتی می‌خواهیم کاری را انجام دهیم به عواقب آن فکر نمی‌کنیم.

دوم این‌که کارشناسی‌های لازم انجام نشد و درنهایت این‌که بودجه اجرایی شدن این طرح هم به درستی پیش‌بینی نشد. من و همکارانم که در تجارت دارو هستیم، هنوز هم با نیت حمایت، داریم کار می‌کنیم. می‌توانیم به دیوان عدالت عالی شکایت کنیم، اما ما حتی در نشریات هم تند برخورد نمی‌کنیم، چون همه ما یک خانواده‌ایم، اما این طرح بیش از آن‌که کارشناسانه باشد، بلندپروازانه بود.

این‌که بعد از دو ماه هزینه از جیب مردم نصف شود و ۶ میلیون نفر و حتی بیش‌تر تحت پوشش این طرح قرار بگیرند، بسیار خوب است، اما باید به همان نسبت هم هزینه‌هایش پرداخت شود. یا بحث پزشک خانواده مطرح شود، که خیلی صرفه‌جویی ایجاد می‌کند، اما ما که از کانادا و انگلیس و آلمان

• امروز بیش از هر زمان دیگری صدای تولیدکنندگان دارو را می‌شنویم که نسبت به سیاست‌های دولت در قبال این صنعت استراتژیک، اعتراض دارند. در حالی که دولت معتقد است بخش خصوصی و تولیدکننده باید بتواند مشکلات خود را حل کند و متولی اصلی صنعت باشند. نظر شما در این مورد چیست؟

اجازه بدهید از زاویه دیگری به این موضوع نگاه کنیم. دارو کالایی است که مشتری آن دولت است؛ به دلیل این‌که به خصوص از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت که پوشش بیمه روی تمام امور درمانی از جمله دارو قرار گرفت، دولت خریدار تمام داروهای تولیدی و وارداتی شد. در این زمان با دخالت در تعیین قیمت، نظام قیمت‌گذاری به شکلی سختگیرانه شد. به این معنی که نه تنها با افزایش قیمت موافقت نمی‌کند، حتی در حد تورم جاری هم اجازه افزایش قیمت داده نمی‌شود تا طرح تحول سلامت فقط پیش رود. این در حالی است که نوسازی صنعت یا بالابردن کیفیت دارو، طبیعی است و همین امر باعث افزایش هزینه‌های تولیدکننده و افزایش قیمت محصول نهایی می‌شود.

بنابراین وقتی دولت با هر گونه افزایش قیمتی مخالفت می‌کند، طبیعی است که نه کیفیتی بالا می‌رود و از آن طرف نه سرمایه‌گذاری، صورت می‌گیرد. اما جالب است که در همین شرایط که تولیدکننده فعالیت می‌کند، زمان پرداخت معوقات دولت به صنعت به بیش از یک سال رسیده است. در کشوری که هزینه پول بالای ۲۰ درصد در سال است و وزارت بهداشت به صنعت حاشیه سود حدود ۲۰ درصدی می‌دهد و زمان بازگشت پول طولانی است، چه انتظاری داریم که صنعت بتواند ادامه یابد و نابود نشود؟ به رغم تأکیدی که بر حفاظت دولت از صنایع می‌شود، اما به عنوان یک فعال صنعت، به نظر من اگر دولت هیچ کاری با ما نداشته باشد و به اسم صیانت، مزاحمت ایجاد نکند شرایط از اینی که هست، بهتر خواهد شد.

• از آن جایی که شما رییس اتحادیه واردکنندگان دارو هم هستید، بگویید که واردات دارو درگیر چه مشکلات و چالش‌هایی است؟

### نجات صنعت و بقای آن است، چه باید کرد؟

یکی از مشکلات فعلی صنعت داروسازی، نرخ ارز است. نرخ ارز مصنوعی پایین نگاه داشته می‌شود و زمانی که این اتفاق می‌افتد، برای نمونه حقوق پرسنل و خریدهای داخلی نسبت به این تورم بالاتر می‌رود و همه این موارد بر هزینه تمام‌شده تولید، تأثیر می‌گذارد. در حالی که این امر روی کالای اساسی بی‌تأثیر است چون مبلغ دلار آن همان دلار است. این‌جا شاهد بروز شکافی هستیم که باعث می‌شود تولیدکننده داخلی نتواند با واردکننده رقابت کند.

از طرفی وقتی هم وارداتی انجام می‌شود، قیمت آن به طور مصنوعی در مقایسه با تولید داخلی ارزان‌تر است که باعث می‌شود واردات از مقبولیت برخوردار باشد. در چنین شرایطی شاهدیم به جای اصلاح روش، قانونی وضع می‌کنیم که منجر به شکل‌گیری قاچاق می‌شود. برآوردهای مختلفی نیز وجود دارد؛ از ۴۰۰ تا ۵۰۰ میلیون دلار، که رییس سازمان غذا و دارو اعلام کرده؛ تا یک و نیم میلیارد دلار که مسئول سازمان حمایت از تولیدکننده و مصرف‌کننده آمار داده است.

بیش‌تر این برآوردها از نصف بالاتر است و بر اساس آماري که به سازمان نزدیک‌تر است حدود ۷۰ درصد داروهای وارداتی، قاچاق هستند؛ که ضروری است راه حل اساسی برای آن‌ها اندیشیده شود.

نکته دیگر این‌که اگر ما بزرگ‌ترین کشورهای تولید دارو را در نظر بگیریم، با این‌که آن‌ها قطب داروسازی هستند، اما واردات داروی آن‌ها از سرانه ما بیش‌تر است. دلیلش هم مشخص است؛ چون به طور موازی هم صادر می‌کنند و هم وارد.

متأسفانه ضوابط حاکم بر تولید در ایران سهل‌گیرانه است. بنابراین مستندسازی به درستی انجام نمی‌شود و مهم‌ترین نکته‌ای که باعث می‌شود صادرکننده ما دچار مشکل شود، همان‌طور که ما برای واردات به دنبال مستندات هستیم، کشورهای دیگر هم همین انتظار را از ما دارند که مدارکمان شفاف باشد. فاکتور دیگر تولید تحت لیسانس است که خیلی‌ها نسبت به آن موضع گرفته‌اند.

مسئله بعدی یکنواخت‌بودن تولید ماست. مدام منابع ماده اولیه عوض می‌شود. وقتی ماده اولیه داخل وجود دارد، مدام با ماده اولیه خارجی عوض می‌شود، باز منابع ماده اصلی عوض می‌شود، کیفیت و بسته‌بندی مرتب تغییر می‌کند و چندین عامل دیگر...

اما راهکار: در اتاق بازرگانی، یک کمیسیون حمایت غذایی و مالکیت فکری وجود دارد که تا ۹۵ درصد هزینه ثبت برند را در کشورهای آمریکایی و اکثر دنیا پرداخت می‌کند. علاوه بر این به صورت فیزیکی هم کمک‌هایی اعطا می‌کند و عملیات اجرایی را عهده‌دار می‌شود.

به نظر می‌رسد وزارت بهداشت باید برای ثبت داروهای ایرانی در کشورهای دیگر هم چنین راهکاری را در پیش بگیرد. چه‌طور اتحادیه تولیدکنندگان دارو، به عنوان یک (NGO) توانست از دفتر ریاست جمهوری بودجه دریافت کند؟ پس قطعاً وزارت بهداشت هم می‌تواند این کار را انجام دهد. علاوه بر این وزارت بهداشت می‌تواند خودش سازمانی ایجاد کند یا بخش خصوصی اقدام به این کار کند، اما بودجه را وزارت بهداشت تأمین کند و با کمک اعضا که کارکنان یا بازنشستگان وزارت بهداشت هستند، هم بر هزینه نظارت کنند و هم کمک کنند که داروی ایرانی در کشورهای دیگر ثبت شود.

حرفم این است که حتی اگر با کمبود در داخل مواجه شدیم، نگذارند این زنجیره تأمین دارو قطع شود. زیرا در این زمان است که مجبور به واردات با چند برابر قیمت هستیم. از طرفی وقتی کمبود وجود داشته باشد، این کمبود، کمبود جهانی است. فراموش نکنیم در بحران است که می‌توان موقعیت پیدا کرد. ▶

پول‌دارتر نیستیم. در این کشورها اگر پزشک خانواده تشخیص دهد فرد لازم است به متخصص مراجعه کند، این کار صورت می‌گیرد که در برخی از موارد اصلاً برخی موارد را لازم و فوری نمی‌دانند.

صرف نظر از این مسائل، طرح تحول نظام سلامت، می‌خواهد سلامت را با هزینه بخش خصوصی که به قول خود مسئولان در حوزه دارو بخش ضعیف و کوچکی هست، اجرا کند. وقتی پول تولیدکننده را یک سال تا یک سال و نیم بعد پرداخت می‌کنند، آن هم دارویی که مجوز و قیمت را خود دولت تعیین می‌کند یا گمرک مانع از واردات می‌شود با این بهانه که متعهد شده‌ایم یک میلیارد دلار بیش‌تر دارو وارد نکنیم در حالی که مجوز داده شده است، نباید شاهد نابودی این نظام قانونمند بود؟!

جدای این موضوع، دارو کالایی نیست که بتوان تعهد کرد مریض با مصرف آن بهبود می‌یابد. یک ویژگی منحصر به فرد دارو این است که اگر در لحظه به دست مصرف‌کننده نرسد، حتماً آسیب خواهد دید. دارو مثل آهن نیست که بگوییم برای تکمیل ساختمان می‌تواند یک ماه در انتظار ساخت بماند. مصرف دارو باید به موقع باشد نه این‌که نظام سهمیه‌ای را بر آن غالب کنیم.

بگذارید مسئله را این طور روشن کنم. در اتحادیه واردکنندگان دارو که بنده ریاستش را عهده‌دار هستم، با صدور مجوز، تعداد اعضا در یک دوره مشخص افزایش یافت. شش سال پیش تعداد اعضای اتحادیه ۶۵ شرکت بود که تا سال گذشته به ۹۹ شرکت افزایش پیدا کرد. اما امسال با کاهش ۲۰ درصدی، تعداد اعضا به ۸۰ شرکت رسیده است. دلیلش هم مشخص است چون شرکت‌ها بدهکار هستند. وقتی طلبکار دولت باشد، قدرتش به من خواهد رسید و طلبش را می‌گیرد، اما آیا به همان نسبت زور من به دولت می‌رسد که بخواهم طلبم را وصول کنم؟

اگر مالیات من یک روز دیر شود یا حقوق تأمین اجتماعی یک روز به تعویق بیفتد، من جریمه خواهم شد؛ اما تکلیف دولتی که یک سال و نیم به من بدهکار است و نه تنها جریمه پرداخت نمی‌کند، بلکه برای بدهی‌اش، پرداخت اوراق مرابحه ۴ سال آینده را پیشنهاد می‌دهد چیست؟ قبول کنید همه این‌ها ظلم است و نتیجه آن این می‌شود که عده‌ای پیشکسوت کار را رها خواهند کرد و نیروهای جوان‌تر شغلشان را تغییر می‌دهند.

از طرفی بخش خصوصی سرمایه صنعت دارو است و باید مراقبت کرد، تا این سرمایه از دست نرود، زیرا در این صورت کسی را از دست داده‌ایم که جانشینی جز دولت ندارد. ۲۰۰ سال تجربه اثبات کرده است که دولت‌ها، تاجران و صنعتگران خوبی نیستند. اما متأسفانه شاهدیم بخش خصوصی در ایران زیاد جدی گرفته نمی‌شود و از طرفی خود بخش خصوصی هم از ظرفیت کوچکی که دارد کم‌تر استفاده می‌کند. از همه بدتر این‌که وزارت بهداشت وارد جزئی‌ترین امور اقتصادی بخش خصوصی می‌شود.

### • پس معتقدید تضاد منافی بین وزارت بهداشت - به عنوان نماینده دولت - و بخش خصوصی وجود دارد؟

بر اساس کمیسیون ماده ۲۰ قانون مصوب سال ۱۳۳۴ که بیش از ۶۰ سال است بر کالاهای دارویی، آرایشی و بهداشتی است، قدرت مطلق به وزارت بهداشت داده شده است تا در رابطه با هر موردی تصمیم بگیرد. به این معنی که مقررات را وضع و اجرا می‌کند و نظارت هم دارد. همین قدرت مطلق وقتی دست کسی باشد، مسئولان هم به مراتب تصمیمات متناقضی خواهند گرفت.

• صرف نظر از همه چالش‌های این روزهای صنعت داروسازی، برای گسترش بازارهای صادراتی که به عقیده صاحب‌نظران راه

**دارو کالایی است که مشتری آن دولت است؛ به دلیل این**

**که به خصوص از زمان اجرای طرح تحول نظام سلامت**

**که پوشش بیمه روی تمام امور درمانی از جمله دارو قرار**

**گرفت، دولت خریدار تمام داروهای تولیدی و وارداتی شد.**

**در این زمان با دخالت در تعیین قیمت، نظام قیمت‌گذاری**

**به شکلی سختگیرانه شد.**







گفت و گو با دکتر کاظمی دینان



# روابط عمومی حافظ سازمان ومروج فرهنگ سلامت

دکتر غلامرضا کاظمی دینان رییس انجمن روابط عمومی ایران با اشاره به نقش حیاتی مدیران روابط عمومی در شکل گیری فرهنگ سلامت، معتقد است که این فرهنگ از جزء (سازمان) به کل (جامعه) منتقل خواهد شد. به این معنی در صورتی که فرهنگ سلامت در سازمان و شرکت های دارویی نهادینه شود، به تدریج به سطح کل جامعه تسری پیدا خواهد کرد و این موضوع، جز به وسیله روابط عمومی ها میسر نخواهد شد. در ادامه گفت و گوی ماهنامه غذا و دارو با این استاد ارتباطات را می خوانید:

مناسب آن، به افراد یا سازمان هایی است که به این اطلاعات نیاز دارند.

• با این حساب مؤلفه های جامعه سلامت محور چیست؟  
جامعه سلامت، یک جامعه آگاه و توانمند است. این جامعه با نگرش مثبتی که دارد، شاد است و سالم. در برقراری یک ارتباط سالم و مؤثر، تبادل اطلاعات صورت می گیرد که همین تبادل، منجر به آگاهی می شود. در راستای گسترش ارتباط در سازمان، نقش روابط عمومی ها در توسعه و ایجاد مثبت نگری بسیار حائز اهمیت است. از نظر پزشکی انسان زمانی بیمار می شود که احساس کند کسی او را نمی بیند و احساس تنهایی کند. در هر سازمانی اگر روابط عمومی با عملکردش بتواند آن سازمان را به توسعه برساند، سازمان، سلامت خواهد شد. اگر همه سازمان های یک جامعه این رویکرد را داشته باشند، در نهایت آن جامعه سالم خواهد شد. اهمیت این امر در سازمان ها و شرکت هایی که مستقیماً با سلامت جسمی و روحی مردم در ارتباط هستند به خصوص شرکت های داروسازی بسیار بیش تر است. معتقدم در این سازمان ها، مثبت نگری باید در حد اعلا باشد.  
توجه داشته باشیم فضای کاری که یک پزشک یا دکتر داروساز در آن مشغول فعالیت است، نقش به سزایی در تولید محصول نهایی دارد. اگر این فضا مثبت باشد و داروساز یا پزشک بتواند در آن ایفای نقش کند، مطمئن باشید جز مصرف کننده کسی دیگر نمی تواند از فضا منتفع شود و محصولی مصرف کند که با مثبت نگری تولید شده است. ▶

ذهن ما باغچه است،

گل در آن باید کاشت،

ور نکاری گل من ، علف هرز در آن می روید

زحمت کاشتن یک گل سرخ ،

کمتر از زحمت برداشتن هرزگی آن علف است

گل بکاریم بیا تا مجال علف هرز فراهم نشود.

• نقش روابط عمومی ها در شکل گیری فرهنگ سلامت و گسترش آن در جامعه چیست؟

توسعه عبارت است از فاصله گرفتن از یک وضعیت و رفتن به وضعیتی جدید و مناسب که متضمن بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه در زمینه های مادی و معنوی است. در جوامع کم تر توسعه یافته و توسعه نیافته، بی نظمی اجتماعی، محصول عدم تعادل و نقصان هم دردی و هم فکری بین اعضای جامعه است. در این جامعه طلاق، فحشاء، بی عدالتی، فقر و مهاجرت رشد می کند که به اصطلاح، چنین جامعه ای بیمار است. نقش مدیران روابط عمومی در این جامعه بسیار حائز اهمیت است. روابط عمومی مسیر جامعه را به سمت توسعه هموار خواهد کرد.

چهار الگو در روابط عمومی وجود دارد که نمایانگر ارزش ها، هدف ها و رفتارهایی است که سازمان ها در کار روابط عمومی خود اعمال می کنند، این الگو توسط «گرونیچ و هانت» در سال ۱۹۸۴ ارائه شده که عبارت است از «روابط عمومی انتشاراتی - تبلیغاتی با هدف ایجاد انگیزه و ترغیب»، «روابط عمومی اطلاع رسانی عمومی با هدف انتقال و انعکاس اطلاعات سازمان ها به مردم»، «روابط عمومی دوسویه با هدف ایجاد آشتی، حل اختلاف و جلب موافقت» و «روابط عمومی دوسویه هم سنگ با هدف کمک به رفع مشکلات سازمان ها و گروه های اجتماعی»، به طوری که منافع هر دو طرف تأمین شود. روابط عمومی ها می توانند مشکلات و تعارضات بیرونی و درونی را با گفت و گو کردن، متقاعد کردن، معرفی اهداف و برنامه های سازمان، ایجاد جریان آزاد اطلاعات و گرفتن دیدگاه ها، نظرات و خواسته ها و نیازهای مخاطبان حل کنند. نظام سلامت هم از این قضیه جدا نیست. ارتباطات اثربخش به معنای انتقال مفاهیم و اطلاعات است و اصولاً سلامت جامعه از نظر فکر و جسم بدون اطلاعات امکان پذیر نیست. نظام بهداشت و درمان کشور بدون اطلاعات قادر به ایفای نقش حیاتی خود در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت مردم نیست. این اطلاعات در اشکال گوناگون و از منابع مختلف و از درون یا بیرون بخش بهداشت حاصل می شود و شرط اصلی موفقیت سیستم مدیریت اطلاعات نظام سلامت، گردآوری دقیق، صحیح و منظم اطلاعات و ارائه به موقع و

# تغییر رفتار برای ارتقای بهداشت توسعه اجتماعی و محیط زیست

نویسنده: آلن اندرسن مترجم: ناصر بلیغ، محمدرضا جوادی یگانه، مهدی عباسی لاخانی  
ناشر: طرح آینده / تهران تعداد صفحات: ۴۱۴

## مقدمه و معرفی کتاب:

بازاریابی اجتماعی در دهه ۱۹۷۰ توسط فیلیپ کاتلر معرفی شد. این روش بازاریابی به دنبال فروش ایده‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی (بهداشتی) است. بازاریابی اجتماعی به دنبال اثر گذاشتن بر رفتارهای اجتماعی (مانند بستن کمربند یا سیگار نکشیدن) است، نه سود و مزیت برای بازار. این نوع بازاریابی که در راستای شناخت نیازها و منافع مخاطبان صورت می‌گیرد، کاربرد مختلفی در درمان بیماری‌ها دارد و به عنوان مؤثرترین روشی که مردم را به انجام عملی تحریک می‌کند، معرفی شده است. این نوع بازاریابی به طور مستقیم و غیر مستقیم طیف وسیعی از برنامه‌های بهداشت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اهمیت بازاریابی اجتماعی در بهبود سلامت فرد و جامعه باعث شده تا توجه ویژه‌ای از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر نوع بازاریابی صورت بگیرد. طبق تعریف این سازمان، ارتقای سلامتی روند توانمندسازی افراد در راستای کنترل خود و بهبود سلامتی است که فراتر از رفتار فردی، طیف وسیعی از جامعه و مداخلات زیست‌محیطی را دربر می‌گیرد. بر همین اساس، شباهت‌های بسیاری در اهداف ارتقای سلامتی و بازاریابی اجتماعی وجود دارد.

نمونه‌های متعددی از بازاریابی اجتماعی در موضوعات مرتبط با سلامت از جمله، ایدز، نکشیدن سیگار، پیشگیری از افسردگی، جلوگیری از تصادفات جاده‌ای وجود دارد. این نوع بازاریابی کمپین‌های استراتژیکی را برای تشویق مردم به تغییر رفتارهای پرخطر ارائه کرده است. برای نمونه مطالعه نتایج حاصل از بازاریابی اجتماعی درباره کنترل و پیشگیری بیماری مالاریا به کمک توری‌های پشه‌بند و ضد حشره در مناطق روستایی تانزانیا نشان داد که این کمپین توانست ۱۵۶۰ دلار به ازای هر مرگ و ۵۷ دلار به ازای هر سال زندگی در اثر روزهای از دست‌رفته عمر در اثر ناتوانی پیشگیری کند. نمونه‌های موفقیت‌آمیز بسیاری از این نوع بازاریابی در حوزه بهداشت عمومی و ارتقای سلامت فردی وجود دارد که باعث شده تا تمامی کارشناسان بر این نکته اتفاق نظر

داشته باشند که بازاریابی اجتماعی مؤثر است. کتاب معرفی شده از یازده فصل تشکیل شده است:

در فصل اول محور قراردادن مصرف‌کننده هدف، در تمام بازاریابی اجتماعی بررسی شده است. در این قسمت توضیح داده شده که مشتری باید تصمیم نهایی را بگیرد و بنابراین تنها راه منطقی و مؤثر برای پدید آوردن یک برنامه تغییر رفتار، شروع کردن با یک فهم دقیق و کامل از نیازها، خواسته‌ها و برداشت‌های مشتریان است.

در فصل دوم فرآیند تدوین و اجرای یک راهبرد مؤثر بازاریابی اجتماعی بر مبنای ذهنیت مشتری توصیف شده است. این فرآیند، خواننده را در شش مرحله هدایت می‌کند که با گوش دادن به مشتری آغاز می‌شود. سپس با تدوین راهبرد بازاریابی، محوری بر مبنای آموخته‌های حاصل از آن شنیده‌ها ادامه پیدا می‌کند. این راهبرد و اجزای اصلی آن پس از این مرحله در معرض پیش‌آزمون روی مصرف‌کنندگان هدف، قرار می‌گیرند.

همواره فرض می‌شود که بهترین راهنمای مؤثر بودن یا نبودن یک شیوه، مصرف‌کنندگان هستند که کنترل نهایی روی نتایج را در اختیار دارند. پس از مرحله پیش‌آزمون کار طراحی ساختار و سیستم‌های بازاریابی که می‌تواند برنامه‌های مؤثر را اجرا کند، صورت می‌گیرد. سپس بررسی می‌شود که آیا برنامه‌های اجرا شده، آثار مورد نظر را دارند یا نه. سیر مرحله فرآیند طراحی راهبردی مستلزم آن است که بازاریابان اجتماعی پژوهش‌هایی را در خصوص مشتریان هدف انجام دهند.

در فصل سوم، روش‌های پژوهش کمی و کیفی شرح داده شده است. در فصل چهارم شیوه درک چگونگی تغییر رفتار مشتری و در فصل پنجم موضوع تقسیم کردن بازار یعنی علت و نحوه تقسیم کردن بازارهای هدف، بررسی شده است. عناوین فصل‌های بعد به این شرح است: آوردن مشتری تا آستانه عمل، جذاب کردن و کم‌هزینه نمودن رفتار جدید، بهره‌برداری از نفوذ اجتماعی و تقویت خویش‌داری، القا کردن اقدام و تضمین تداوم آن، ایجاد مشارکت‌های راهبردی، بازاریابی در میان جمعیت‌های دیگر، و اصول محوری پارادایم جدید بازاریابی اجتماعی. ▶





یادداشتی بر فیلم «کفش هایم کو؟»

## خاطر اتم کو؟!

### سحر عصر آزاد

«کفش هایم کو؟» نوزدهمین فیلم کارگردان باتجربه؛ کیومرث پوراحمد است. فیلمسازی که بیش تر به واسطه فیلم‌ها و سریال‌های خاطره‌انگیزش درباره نوجوانان در ذهن پی‌گیران سینمای ایران جای دارد. از مجموعه تلویزیونی «قصه‌های مجید» که چند قسمت آن تبدیل به فیلم سینمایی شد تا «بی‌بی چلچله»، «گاوپار»، «لنگرگاه»، «به خاطر هانی»، «خواهران غریب» و...

فیلم‌هایی که به شکلی درونی و باورپذیر با شرایط، مسائل روحی - روانی، دغدغه‌ها و دنیای این گروه سنی قرابت و هم‌خوانی داشته و نشان می‌داند نویسنده و کارگردان این آثار با درک متقابل و احاطه بر جزئیات، توانسته به این تأثیرگذاری ناب دست پیدا کند و جالب این‌که این فیلم‌ها هنوز هم تماشایی و جذاب هستند.

البته به تدریج با بالا رفتن سن، پوراحمد نیز سمت و سوی نگاه خود را به گروه سنی قهرمانان فیلم‌هایش یا در واقع مخاطبانش تغییر داد و بیش تر توجه‌اش را به بزرگسالان و سوژه‌های رایج و مبتلا به، و چه بسا موردی درباره آن‌ها معطوف کرد. به این ترتیب او در امتداد این مسیر و در آستانه ۷۰ سالگی در جدیدترین فیلمش به یک بیماری رایج سالخوردگان و به گفته بهتر ترس بزرگ این گروه سنی پرداخته است یعنی بیماری آلزایمر.

آلزایمر که به شکلی به زوال عقل اطلاق می‌شود، با توجه به تعریف عامی که از این بیماری وجود دارد و از آن به عنوان فراموشی زمان حال و گذشته نزدیک و به یاد آوردن خاطرات گذشته‌های دور یاد می‌شود، ترسناک و در عین حال به شدت دراماتیک است.

بیماری که فرد را از زمان و مکان حال جدا کرده و به میان خاطره‌های دور و حتی کودکی پرتاب می‌کند، می‌تواند نوعی واکنش به پذیرش زندگی زمان حال با همه مصائب و مشکلاتش در دوران سالخوردگی باشد.

به نظر می‌رسد همین دو وجه؛ یعنی هم ترس از این شکل از زوال مغز و فراموشی و غرق شدن در گذشته که می‌تواند برای هر سالخورده‌ای یک تهدید مداوم محسوب شود، هم چنین دراماتیک بودن این شکل از فراموشی که به نوعی جریان سیال ذهن، شناور شدن در جهان سوررئال و تداخل جهان واقعی و غیر واقعی شباهت دارد که فرد هیچ کنترلی روی آن ندارد، دو دلیل مهم ساخته شدن فیلم «کفش هایم کو؟» هستند.

فیلمی که در سال ۱۳۹۴ با الهام از قطعه شعری از زنده‌یاد سهراب سپهری (کفش هایم کو؟) و با هدف پرداختن به بیماری آلزایمر در مردی سالخورده و ترک‌شده، ساخته شده است. فیلمنامه این اثر یک همکاری مشترک بین پوراحمد و فرید مصطفوی؛ فیلمنامه‌نویس مستقل و برجسته سینمای ایران است که آثار مهمی هم چون «زیر پوست شهر»، «گیلان» و «خون بازی» را در کارنامه دارد.

نکته قابل توجه درباره بروز و نمود آلزایمر در «کفش هایم کو؟» این است که فیلمنامه بر اساس تحقیقات پزشکی و بالینی این بیماری بر بستر قصه‌ای دراماتیک شکل گرفته که خود به خود باعث یک خوانش خاص از این بیماری شده است.

حتی رضا کیانیان؛ ایفاگر نقش این مرد سالخورده با نام حبیب کاوه نیز در صحبت‌هایش اشاره داشته که سعی کرده نشانه‌های رایج این بیماری را که در اطرافیان مشاهده کرده، به گونه‌ای از فیلتر شخصی خود عبور بدهد تا در فیلم با یک نمونه قابل باور و در عین حال منحصر به فرد از این بیماری مواجه باشیم.

«کفش هایم کو؟» داستان زندگی یک کارخانه‌دار قدیمی است که سال‌هاست از سوی همسر و دختر کوچکش ترک شده و در حالی که آن‌ها در خارج از کشور زندگی می‌کنند او نیز روزگار را به تنهایی می‌گذراند تا جایی که با شدت گرفتن نشانه‌های بیماری آلزایمر، دختر که حالا زن جوانی شده، تصمیم می‌گیرد به دیدار پدر بیاید در حالی که پدر او را نمی‌شناسد.

فیلم هر چند در نقطه اوج کارنامه پوراحمد هم چون فیلم‌های ماندگارش قرار نمی‌گیرد اما از فیلم‌های متأخر او همراهی برانگیزتر است و به خصوص از این جهت که نوعی حدیث نفس را بازگو می‌کند، تأثیرگذار است. قرار است طی فیلم رابطه یک پدر و دختر بعد از سالیان احیا شود البته در شرایطی که به واسطه آلزایمر دراماتیزه شده است؛ پدر دخترش را نمی‌شناسد و دختر هم فرصت کوتاهی دارد تا به عنوان پرستار خاطرات کودکی‌اش را با پدر مرور کرده و زمینه‌ای برای بازیابی گذشته فراهم کند ولو با مواجه کردن پدر و مادر.

بخش اعظم فیلم متکی بر بازی حسی بازیگران است که در این میان رضا کیانیان با تکیه بر نمونه‌های واقعی که از نزدیک با آن‌ها ارتباط برقرار کرده و البته سابقه حرفه‌ای در سینما، تئاتر و تلویزیون توانسته تصویر این مرد سالخورده مبتلا به آلزایمر را باورپذیر جلوه دهد و البته رنگ و بویی از خودش هم به این کاراکتر اضافه کند که در منحصر به فرد شدن این نقش بین بیماران آلزایمری که تا کنون در فیلم‌های ایرانی ظاهر شده‌اند، تأثیر مهمی داشته است.

همین چند ویژگی برای ثبت شدن فیلم «کفش هایم کو؟» کیومرث پوراحمد در فهرست فیلم‌های ایرانی مرتبط با بیماری و مشکلات روحی - روانی کفایت می‌کنند تا هر از گاهی برای مواجهه با ترس‌های مان از سالخوردگی، دیداری با این فیلم تازه کنیم. ▶



تهیه کننده: علی قائم مقامی

تولید: سحر عصر آزاد / توزیع: پوراحمد / فیلمبرداری: سحر عصر آزاد / تدوین: سحر عصر آزاد / صدا: سحر عصر آزاد / طراحی صحنه: سحر عصر آزاد / طراحی لباس: سحر عصر آزاد / آهنگ: سحر عصر آزاد / بازیگر نقش اصلی: رضا کیانیان / بازیگر نقش مکمل: مینا وحید / بازیگر نقش مکمل: شقایق فرهانی





# ۶۷۳ میلیارد دلار در یک سال

## ترجمه: رسول سعدونی

میان کودکان و نوجوانان شایع‌تر است. افراد مبتلا به این بیماری نیاز به تزریق هر روزه انسولین دارند تا بتوانند سطح گلوکز خون خود را کنترل کنند. اگر فرد مبتلا به دیابت نوع ۱ به انسولین دسترسی نداشته باشد، خواهد مرد.

دیابت نوع ۲ پیش از این با عنوان دیابت بی‌نیاز به انسولین و یا «دیابت آغازشونده در بزرگسالی» شناخته می‌شد و ۹۰ درصد از تمام مبتلایان به دیابت به این نوع از این بیماری مبتلا هستند. ویژگی اصلی این نوع از دیابت مقاومت در برابر انسولین و کمبود نسبی انسولین است که ممکن است یک یا هر دوی این نشانه‌ها در زمان تشخیص بیماری مشاهده شود. تشخیص دیابت نوع ۲ می‌تواند در هر سنی انجام شود. بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ ممکن است سال‌ها از بیماری خود بی‌اطلاع باشد و تشخیص زمانی که یک پیچیدگی رخ دهد و یا آزمایش خون و یا ادرار ساده انجام شود، صورت گیرد. این بیماری غالباً و نه همیشه با اضافه وزن یا چاقی در ارتباط است، که به نوبه خود می‌تواند باعث مقاومت در برابر انسولین شده و منجر به بالا رفتن سطح گلوکز شود. افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ معمولاً می‌توانند وضعیت خود را از طریق ورزش و تغییر رژیم غذایی مدیریت کنند. البته، با گذشت زمان، مبتلایان به بیماری دیابت مجبور به استفاده از دارو و یا انسولین خواهند شد.

دیابت‌های نوع ۱ و ۲ هر دو بیماری‌هایی جدی هستند. چیزی با عنوان دیابت متعادل وجود ندارد. دیابت احتقانی (GDM) نوعی از دیابت است که به دلیل سطح بالای گلوکز طی دوران بارداری رخ می‌دهد. از میان هر ۲۵ بارداری در جهان، یک مورد با این بیماری درگیر می‌شود و مادر و نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دیابت احتقانی معمولاً پس از بارداری از بین می‌رود اما زنان و نوزادان درگیر با این نوع از دیابت، خطر بیش‌تری برای ابتلا به دیابت نوع ۲ در آینده دارند. تقریباً نیمی از زنانی که سابقه ابتلا به دیابت احتقانی دارند، پنج تا ده سال بعد از زایمان به دیابت نوع ۲ مبتلا می‌شوند.

بر اساس آخرین آمار ارائه‌شده از سوی مراجع ذی‌صلاح،

هم‌اکنون ۴ تا ۵ میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند

که اگر در جمعیت ۷۹.۱۱ میلیون نفری ایران، آن را در نظر

بگیریم متوجه می‌شویم به صورت حدودی، از هر ۱۶ نفر

ایرانی، یک نفر مبتلا به دیابت است.

دیابت بیماری مزمنی است که زمانی که پانکریاس توانایی تولید انسولین را از دست بدهد و یا زمانی که بدن نتواند از انسولین تولید شده به درستی استفاده کند اتفاق می‌افتد. انسولین هورمونی است که پانکریاس آن را تولید می‌کند و عنصری کلیدی برای راهیابی گلوکز از طریق مجاری خون به سلول‌های بدن برای تولید انرژی است. تمام مواد غذایی حاوی کربوهیدرات در خون به گلوکز تبدیل می‌شوند. انسولین به گلوکز کمک می‌کند تا وارد سلول‌ها شود.

ناتوانی در تولید انسولین و یا استفاده بهینه از آن سبب افزایش سطح گلوکز در خون می‌شود (پدیده‌ای که با عنوان Hyperglycemia، یا از دیابت قند خون شناخته می‌شود). در گذر زمان، سطح بالای گلوکز باعث آسیب‌هایی به بدن و ناکارآمدی تعدادی از اندام‌ها می‌شود.

اطلس دیابت IDF، شماره هفتم ۲۰۱۵ آخرین آمار، اطلاعات و پیش‌بینی‌ها را درباره وضعیت کنونی و آینده اپیدمی دیابت گزارش می‌دهد.

• حدود ۶۱۵ میلیون بزرگسال از بیماری دیابت رنج می‌برند؛ تا سال ۲۰۴۰ این رقم به ۶۴۲ میلیون نفر خواهد رسید.

• نسبت افرادی که مبتلا به بیماری دیابت نوع دو هستند در بیشتر کشورها در حال افزایش است؛ ۷۵ درصد بزرگسالان مبتلا به بیماری دیابت در کشورهایی با درآمد سرانه پایین و یا متوسط زندگی می‌کنند.

• بیشترین آمار افراد مبتلا به بیماری دیابت از میان افراد ۴۰ تا ۵۹ ساله است.

• حدود یک نفر از هر دو نفر (۴۶ درصد) افراد مبتلا به بیماری دیابت از بیماری خود مطلع نیستند.

• در سال ۲۰۱۵، ۵ میلیون نفر بر اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست دادند؛ هر ۶ ثانیه یک نفر بر اثر بیماری دیابت جان خود را از دست می‌دهد.

• در سال ۲۰۱۵، حداقل ۶۷۳ میلیارد دلار هزینه درمان و سلامت بیماران مبتلا به بیماری دیابت شد؛ ۱۲ درصد از کل مصارف بیماران بزرگسال

• تا سال ۲۰۱۵ بیش از ۵۴۲,۰۰۰ کودک مبتلا به بیماری دیابت نوع یک وجود داشت.

• طی بارداری‌های صورت گرفته در سال ۲۰۱۵ بیش از ۲۰۹ میلیون تولد تحت تأثیر بیماری دیابت انجام گرفت؛ ۱ تولد از هر ۷ تولد

## دیابت بر سه نوع اصلی است

دیابت نوع ۱ در گذشته با عنوان «دیابت آغازشونده در نوجوانی» شناخته می‌شد. این بیماری غالباً محصول یک عکس‌العمل خودایمنی است که در آن سیستم دفاعی بدن به سلول‌هایی که انسولین تولید می‌کنند، حمله می‌کند. دلیل این اتفاق هنوز به طور کامل روشن نیست. افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ یا انسولین تولید نمی‌کنند و یا اگر تولید می‌کنند میزان آن ناچیز است. افراد با هر سنی ممکن است مبتلا به این بیماری شوند، اما به طور معمول این بیماری

از هر ۱۶ ایرانی یک نفر مبتلا به دیابت است

بر اساس گفته متخصصان، اصلاح شیوه‌های تغذیه و سبک زندگی مؤثرترین روش‌های درمان برای این بیماری به حساب می‌آید. از همین رو لازم است، دولت دوازدهم بیش از پیش به فرهنگ‌سازی در این حوزه توجه کند. فرهنگ‌سازی در حوزه سلامت، نه یک هزینه، بلکه یک اقدام پیش‌گیرانه برای کاهش ابتلا به بیماری و در نتیجه ارتقای شاخص‌های سلامت است. ►

DIABETES IN 2015

DIABETES IN 2040



Over 400million adults



Over 640million adults



75% Live in Low- and middle-income countries



5million annual deaths



More than USD 670 billion in healthcare costs

علت بیماری سندروم دان یک اختلال و نقص کروموزومی است. این بیماران یک کروموزوم از نوع شماره ۲۱ یا G را بیش تر دارند. به عبارت دیگر به جای داشتن دو عدد کوموزم شماره ۲۱، سه عدد از کروموزوم مذکور را دارند و معمولاً این حالت به دو صورت اتفاق می افتد. در ۹۵ درصد موارد علت بیماری و کروموزوم اضافی عدم انفصال طبیعی کروموزوم های مادر است. این اختلال به علت ازدیاد سن مادر و اختلال عمل تخمدان های مادران مسن می باشد. ثابت شده که هر چه مادر مسن تر باشد این نقص کروموزومی بیش تر دیده می شود. (بخشی از مقاله سندروم دان - در صفحه ۳۲ بخوانید)



فراوانی کبد چرب و پاره ای از عوامل خطرزای آن در ناقلان بدون علامت ویروس هپاتیت پژوهشی و بررسی نقش عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی در مبتلایان به سندروم دان بررسی ساختار بازار و اولویت بندی بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی منتخب ایران بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو



**Balance In the Middle**  
**Once Daily**

# Januption®

Sitagliptin 50 & 100 mg Tablet

درمان دیابت نوع ۲





Sobhan Darou

# Help Lower All Three



## Cinacet®

Cinacalcet 30 mg Tablet

- Secondary Hyperparathyroidism
- Hypercalcemia in Parathyroid carcinoma
- Primary Hyperparathyroidism

# فراوانی کبد چرب و پاره‌ای از عوامل خطرزای آن در ناقلان بدون علامت ویروس هپاتیت B

## مراجعه‌کننده به درمانگاه هپاتیت سازمان انتقال خون تهران

دکتر سید مویذ علویان، دکتر مجید رضانی، دکتر آوید بزاز، دکتر مهدی عزیز آبادی فراهانی، دکتر بیتا یینوا، دکتر مریم کشوری

عفونت با ویروس هپاتیت B (HBV) امروزه یکی از مشکلات مهم بهداشتی در جهان می‌باشد. از ۶ میلیارد جمعیت جهان حدوداً ۲ میلیارد نفر دچار این عفونت شده‌اند. شواهد روشنی دال بر ایجاد کارسینوم هپاتوسلولر و سیروز در اثر عفونت HBV مزمن وجود دارد. بر اساس تخمین CDC، حدود ۱.۲۵ میلیون نفر در آمریکا (۰.۳ درصد جمعیت این کشور) دچار عفونت مزمن HBV هستند و بیماران زیادی ممکن است از عفونت خود آگاه نباشند. تعداد ناقلان مزمن هپاتیت B در ایران حدود ۲ میلیون نفر گزارش شده است. استئاتوز کبدی به صورت تجمع بیش از حد چربی در داخل سیتوپلاسم هپاتوسیت تعریف شده و در مطالعه‌های انجام‌شده ارتباط آن با عوامل مختلفی از جمله اندازه دور کمر، گلوکوز، پپتید C، دیابت و ژنوتیپ ۳ هپاتیت مزمن C در مبتلایان به CHB و CHC، سن، نمایه توده بدن، قند خون، کلسترول و تری‌گلیسرید در بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن B درمان نشده و سندرم متابولیک (چاقی شکمی، مقاومت به انسولین، فشار خون بالا و هایپر تری‌گلیسریدمی) در مبتلایان به کبد چرب فاقد هپاتیت مشخص شده است. شیوع کبد چرب در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۵ درصد تخمین زده شده است. هم‌چنین شیوع آن در دو مطالعه مختلف، ۱۸ درصد در بیماران مبتلا به هپاتیت B مزمن فعال (تأییدشده توسط بیوپسی) (۸۴.۱ درصد HBeAg منفی) و ۴۰.۱ درصد در بیماران HBsAg مثبت (۷۵.۶ درصد HBeAg منفی) (تشخیص داده‌شده توسط سونوگرافی) به دست آمده است. شیوع کلی کبد چرب غیر الکلی در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد می‌باشد. در مطالعه‌ای روی بیماران ایرانی دچار افزایش بدون علامت آنزیم‌های کبدی، ۴۳ درصد مبتلا به استئاتوز هپاتیت غیر الکلی بودند (تشخیص توسط سونوگرافی و بیوپسی). شیوع این بیماری در اهداکنندگان بدون علامت خون در تهران ۲.۳۵ درصد گزارش شده است.

بیماری کبد چرب یکی از عوامل خطرزای پیشرفت عفونت مزمن HBV است. این بیماری اخیراً به عنوان یک علت مهم سیروز و نارسایی کبدی مورد توجه قرار گرفته است.

وجود و درجه‌های شدیدتر استئاتوز کبدی به طور معنی‌دار با شدت بیش‌تر فیبروز در بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن B در ارتباط است. در مطالعه‌ای روی مبتلایان به هپاتیت B مزمن، میزان ALT (مارکر آسیب سلول کبدی) در افراد دچار کبد چرب در مقایسه با افراد فاقد آن بالاتر بوده که در افراد HBeAg منفی این موضوع بیش‌تر دیده شد. هم‌چنین کبد چرب به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده افزایش سطح ALT در آینده در بیماران HBeAg منفی مطرح شده است.

یک مطالعه در سال ۲۰۰۷ عنوان کرد که ابتلا به کبد چرب در ناقلان بدون علامت ویروس هپاتیت B با پیامد بیماری همراهی دارد. در آن مطالعه، که در ۱۶۲ فرد ناقل این ویروس انجام شد، مبتلایان دچار کبد چرب با درجه متوسط تا شدید بیش‌تر دچار seroclearance HBsAg شده بودند، حال آن‌که ابتلا به کبد چرب با شدت خفیف با این پیامد همبستگی نداشت. کبد چرب، به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش ALT در ناقلان ویروس HBV که HBeAg مثبت و هم‌چنین HBV DNA منفی هستند گزارش شده است.

اغلب مطالعه‌های انجام‌شده به بررسی استئاتوز کبدی در مبتلایان به هپاتیت C (نه هپاتیت B) پرداخته‌اند و ارتباط معنی‌داری بین این دو بیماری به دست آمده است. دلیل آن شاید این باشد که کبد چرب در بیماران دچار هپاتیت مزمن ناشی از HCV شایع‌تر از هپاتیت مزمن ناشی از HBV گزارش شده است.

با توجه به اهمیت بالقوه کبد چرب در بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن ویروسی و نیز با توجه به محدودیت مطالعه‌های انجام‌شده در زمینه بررسی شیوع این بیماری و عوامل خطرزای آن در ناقلان HBV به خصوص کشور ما، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی شواهد سونوگرافی کبد چرب و عوامل خطرزای آن در ناقلان بی‌علامت ویروس هپاتیت B مراجعه‌کننده به سازمان انتقال خون تهران انجام شد.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت مقطعی توصیفی بر روی ۱۱۲۰ بیمار ناقل بدون علامت هپاتیت B که دارای آنزیم‌های کبدی طبیعی بودند انجام شد. بیماران از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه هپاتیت سازمان انتقال خون تهران در سال‌های ۱۳۷۳ - ۱۳۸۵ انتخاب شدند. ناقلان بدون علامت هپاتیت B یعنی HBsAg مثبت به صورت افراد HBeAg منفی دارای آنزیم‌های کبدی طبیعی در ظرف ۶ ماه گذشته تعریف شدند. بیماران مبتلا به عفونت هم‌زمان با HDV، HCV، و HIV مبتلایان به بدخیمی و مبتلایان به سایر بیماری‌های سیستمیک یا کبدی مزمن به جز دیابت از مطالعه خارج شدند.

آزمایش HBsAg به روش الایزا با استفاده از کیت Biomerix ساخت فرانسه انجام شد. آزمایش‌های HBcAb و HBsAb با استفاده از کیت Radim انگلستان انجام شد. آزمایش HCV Ab به روش الایزا و با استفاده از کیت Avicenna (روسیه) انجام شد. همه موارد واکنش‌دار مجدداً با همان کیت تکرار شدند و درنهایت موارد مثبت با استفاده از روش HCV-RIBA و کیت clinical Ortho diagnostics (US) آزمایش شدند. HIV Ab به روش الایزا با استفاده از کیت BioRad (US) اندازه‌گیری شد؛ همه موارد واکنش‌دار

مجدداً با همان کیت تکرار و در نهایت موارد مثبت با استفاده از کیت Blot HIV Diagnostic Genelabs تأیید شدند. HBeAg و Ab HBe Anti با استفاده از کیت Radim انگلستان اندازه‌گیری شدند. داده‌ها شامل سن، جنس، وضعیت تأهل و آزمایش‌های CBC، LFT، PT، FBS و پروفایل لیپید سرم (کلسترول تام و TG) که با روش‌های در دسترس تجاری انجام شده بودند و نیز مصرف الکل برای همه بیماران در یک چک‌لیست ثبت شد. بیماران به گروه‌های سنی زیر ۱۸، ۱۸ - ۳۹، ۴۰ - ۶۴ و بالاتر یا مساوی ۶۵ سال تقسیم شدند. وجود کبد چرب در بیماران، با استفاده از اولتراسونوگرافی و مشاهده کبد بزرگ هاپتوکو تعیین شد. آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ انجام شد. فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای کیفی گزارش و متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) توصیف شدند. ارتباط کبد چرب با هر یک از متغیرها با استفاده از آزمون‌های آماری آن‌ها و مجذور خی تعیین شد. P کم‌تر از ۰.۰۵ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

این مطالعه در ۱۱۲۰ بیمار ناقل بدون علامت هیپاتیت B انجام شد. بیماران، ۸۶۰ نفر (۷۶.۸٪) مرد و ۲۶۰ نفر (۲۳.۲٪) زن بودند. محدوده و میانگین (±انحراف معیار) سن بیماران به ترتیب ۷ - ۷۹ و  $41.61 \pm 12.4$  سال بود. ۱۰۶ نفر (۹.۵٪) مبتلا به کبد چرب بودند. ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین کبد چرب و جنس ( $P < 0.001$ ) و نیز بین کبد چرب و شغل ( $P < 0.001$ ) مشاهده شد. ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین وجود کبد چرب و سابقه مصرف سیگار ( $P = 0.009$ ) و نیز بین کبد چرب و سابقه بیماری کبدی در خانواده ( $P = 0.007$ ) مشاهده شد. ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین وجود کبد چرب و سطح هموگلوبین ( $P < 0.001$ ) و ( $P < 0.001$ ) AST و ALT ( $P < 0.001$ ) و بیلی روبین تام ( $P = 0.004$ )، بیلی روبین مستقیم ( $P = 0.032$ ) و ( $P = 0.002$ ) TG مشاهده شد.

### بحث

در مطالعه حاضر فراوانی شواهد سونوگرافی کبد چرب در ناقلان هیپاتیت B مزمن بدون علامت مراجعه‌کننده به سازمان انتقال خون تهران، ۹.۵٪ به دست آمد. با وجود جست‌وجوی به عمل آمده، مقاله منتشرشده‌ای در زمینه شیوع کبد چرب در ناقلان بی‌علامت HBV به دست نیامد. به همین دلیل مطالعه‌هایی که شیوع کبد چرب را در مبتلایان به هیپاتیت مزمن B بررسی کرده‌اند، مرور شدند، که اگرچه به صورت مستقیم با مطالعه حاضر قابل مقایسه نیستند کمک‌کننده به نظر می‌رسد. شیوع کبد چرب در مبتلایان به هیپاتیت B مزمن ۱۸ تا ۷۶ درصد گزارش شده است.

متفاوت بودن یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه‌های دیگر قسمتی به دلیل متفاوت بودن درجه بیماری (مزمّن فعال، غیر فعال و یا سیروز) و قسمتی نیز به دلیل تفاوت در روش تشخیص کبد چرب (سونوگرافی در مقابل بیوپسی کبد) است. هم‌چنین سایر عوامل تأثیرگذار بر شیوع کبد چرب و سندرم‌های متابولیک شامل فشار خون، چاقی، مصرف الکل و نژاد می‌توانند توجیه‌کننده بخشی از این تفاوت باشند.

کبد چرب در این مطالعه با سن ارتباط معنی‌داری نشان نداد. آلتپارماک و همکاران و مارچسینی و همکاران نیز یافته‌های مشابهی گزارش کرده‌اند. در مطالعه توموپولوس و همکاران کبد چرب در افراد مسن‌تر شایع‌تر گزارش شده است. کبد چرب در این مطالعه در ناقلان مرد در مقایسه با ناقلان زن HBV شایع‌تر بود. این یافته مشابه مطالعه آلتپارماک و همکاران است. در برخی مطالعه‌ها شیوع استئاتوز در زنان مبتلا به هیپاتیت مزمن B بالاتر و در برخی یکسان گزارش شده است. در مطالعه پورشمس و همکاران در جمعیت سالم شیوع استئاتوهایپاتیت غیر الکلی در مردان بیش‌تر از زنان گزارش شده است. شیوع کبد چرب در این مطالعه در برخی مشاغل بیش‌تر بود. این یافته می‌تواند ناشی از تأثیر سبک زندگی متفاوت افراد با مشاغل گوناگون باشد.

شیوع کبد چرب در مطالعه حاضر در ناقلان دارای سابقه بیماری کبدی در خانواده بیش‌تر بود. این یافته می‌تواند بیان‌گر نقش احتمالی ژنتیک و عوامل ارثی در ایجاد کبد چرب باشد.

در این مطالعه، هیچ یک از عوامل خطرزای ابتلا به هیپاتیت B (شامل سابقه دریافت خون) با شیوع کبد چرب مرتبط نبود. در مطالعه توموپولوس و همکاران، مانند مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین کبد چرب و سابقه دریافت خون مشاهده نشد. ارتباط سایر عوامل خطرزای هیپاتیت و کبد چرب در مطالعه‌های دیگر کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است.

شرح حال مصرف الکل در مطالعه حاضر با کبد چرب مرتبط نبود. اگرچه مقدار دقیق مصرف روزانه الکل برای ایجاد تأثیر منفی روی کبد هنوز مشخص نشده است، شواهدی در دست است که مقادیر روزانه بیش از ۳۰ گرم / روزانه برای مردان و ۲۰ گرم / روزانه برای زنان مورد نیاز است. یک علت احتمالی برای توجیه این یافته، غیر قابل اعتماد بودن شرح حال مصرف الکل است. علت احتمالی دیگر، کم‌بودن مصرف الکل در کشور ما است، زیرا در برخی موارد عنوان شده است که مصرف اندک الکل، باعث افزایش شیوع کبد چرب نمی‌شود. هم‌چنین سابقه مصرف سیگار در مطالعه حاضر با کبد چرب ارتباط معنی‌داری داشت. با وجود جست‌وجوی انجام‌شده، مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط کبد چرب و مصرف سیگار اختصاص داشته باشد، یافت نشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین کبد چرب و عدد خام ALT مشاهده شد. یافته‌های مشابهی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن B گزارش شده است. این یافته، مطالعه‌های دیگر تأیید نشد. به علاوه ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین کبد چرب و عدد خام AST مشاهده شد که مشابه مطالعه مارچسینی و همکاران بود اما توسط مطالعه‌های دیگر تأیید نشد.

عدد خام ALP در مطالعه حاضر مشابه مطالعه آلتپارماک و همکاران با کبد چرب مرتبط نبود. عدد خام بیلی روبین در مطالعه حاضر در ناقلان مبتلا به کبد چرب در مقایسه با افراد فاقد آن بالاتر بود. مطالعه توموپولوس و همکاران ارتباطی را بین این دو متغیر نشان نداد.



سطح TG در مطالعه حاضر در ناقلان مبتلا به کبد چرب بالاتر بود. این یافته مشابه یافته‌های به دست آمده در مبتلایان به هیپاتیت مزمن B در سایر مطالعه‌ها بود. در یک مطالعه سطح TG با ابتلا به کبد چرب در مبتلایان به هیپاتیت B مرتبط نبود. سطح کلسترول در این مطالعه با کبد چرب مرتبط نبود. یافته‌های مشابهی در این زمینه از مطالعه توموپولوس و همکاران به دست آمده است. برخی مطالعه‌ها نیز چنین یافته‌هایی را تأیید نمی‌کنند. در مطالعه دیگری سن بالاتر و ابتلا به فشارخون و چربی بالا به عنوان عوامل خطرزای کبد چرب در مبتلایان به هیپاتیت مزمن B گزارش شده است.

در مطالعه حاضر بین سطح قند خون ناشتا و کبد چرب ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. پیش از این، توموپولوس (۲۰۰۶) و آلتلپارماک (۲۰۰۵) نشان داده بودند که کبد چرب با سطوح بالای FBS در ارتباط است. با توجه به متفاوت بودن جمعیت مورد مطالعه در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه‌های ذکر شده به نظر می‌رسد مطالعه‌های پیش‌تری در این زمینه مورد نیاز است.

اگرچه حجم نمونه کلی مناسب، امکان نتیجه‌گیری مطمئن را از یافته‌های این مطالعه فراهم می‌کند با این وجود، حجم نمونه در برخی از زیرگروه‌های مطالعه (برای مثال جنس زن) می‌تواند محدودیت محسوب شود. به عنوان نقص مطالعه حاضر، می‌توان به عدم بررسی بسیاری از متغیرهای مرتبط با سندرم متابولیک شامل لیپید خون، BMI و فشارخون شریانی اشاره کرد. از آنجا که چنین متغیرهایی مورد سنجش قرار نگرفتند، نمی‌توان ابتلا به استئاتوز را در جمعیت مورد مطالعه به ویروس هیپاتیت B نسبت داد. هم‌چنین با توجه به بهره‌گیری از سونوگرافی به منظور تشخیص کبد چرب در مطالعه حاضر، و با توجه به این موضوع که تشخیص قطعی کبد چرب نیازمند بیوپسی کبد است، باید یادآور شد که در این مطالعه، فراوانی شواهد سونوگرافی کبد چرب و نه شیوع دقیق کبد چرب مورد بررسی قرار گرفته است، که به عنوان یک نقطه ضعف برای مطالعه حاضر قابل ذکر است. هم‌چنین با توجه به مشخص نبودن شیوع کبد چرب در جمعیت عمومی ایران، بر خورداری مطالعه حاضر از یک گروه شاهد می‌توانست بسیار کمک‌کننده باشد، و عدم خورداری از گروه شاهد از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر است.

اغلب مطالعه‌های انجام شده در زمینه استئاتوز کبدی در مبتلایان به هیپاتیت ویروسی، به ویروس هیپاتیت C اختصاص دارد و مطالعه‌های مربوط به مبتلایان به هیپاتیت مزمن B اندک است. تا حد اطلاع نگارندگان، گزارشی از شیوع و عوامل خطرزای کبد چرب در ناقلان بدون علامت هیپاتیت B در دست نیست. با توجه به این که استئاتوز کبدی می‌تواند در کنار هیپاتیت‌های ویروسی، منجر به افزایش آسیب کبدی شود و پیشرفت به سمت فیبروز را سبب شود بررسی فراوانی شواهد سونوگرافی کبد چرب در ناقلان بی‌علامت مبتلا به هیپاتیت B ضروری به نظر می‌رسد. شاید بتوان این مطالعه را نخستین مطالعه در این زمینه دانست.

## منابع

1. McMahon BJ. Selecting Appropriate Management Strategies for Chronic Hepatitis B: Who to Treat. Am JGastroenterol 2006; 101 Suppl 1: S7-12
2. Sharifi MR, Ghorraishian SM, Epidemiology of chronic vector for Hepatitis B surface antigen in Yazd. Journal Of Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences And Health Services 1378; 7: 9-5(Farsi).
3. Papatheodoridis GV, Chrysanthos N, Savvas S, Sevastianos V, Kafiri G, Petraki K, et al. Diabetes mellitus in chronic hepatitis B and C: prevalence and potential association with the extent of liver fibrosis. J Viral Hepat 2006; 13: 303-10.
4. Gordon A, McLean CA, Pedersen JS, Bailey MJ, Roberts SK. Hepatic steatosis in chronic hepatitis B and C: predictors, distribution and effect on fibrosis. J Hepatol 2005; 43: 38-44.
5. Thomopoulos KC, Arvaniti V, Tsamantas AC, Dimitropoulou D, Gogos CA, Siagris D, et al. Prevalence of liver steatosis in patients with chronic hepatitis B: a study of associated factors and of relationship with fibrosis. Eur J Gastroenterol Hepatol 2006; 18: 233-7.
6. Altıparmak E, Koklu S, Yalinkilic M, Yuksel O, Cicek B, Kayacetin E, et al. Viral and host causes of fatty liver in chronic hepatitis B. World J Gastroenterol 2005; 11: 3056-9.
7. Cindoruk M, Karakan T, Unal S. Hepatic steatosis has no impact on the outcome of treatment in patients with chronic hepatitis B infection. J Clin Gastroenterol 2007; 41: 513-7.

## پژوهش و بررسی نقش عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی در مبتلایان به سندروم دان

دکتر مریم سیف‌نراقی، دکتر عزت‌الله نادری، دکتر محمود فتح‌الدین، زهرا عادل‌نژاد، عبدالله شفیق آبادی

### مقدمه:

«سندروم دان» اولین بار در سال ۱۸۶۶ توسط دان پزشک انگلیسی شرح داده شده است. علت بیماری یک اختلال و نقص کروموزومی است. این بیماران یک کروموزوم از نوع شماره ۲۱ یا G را بیش‌تر دارند به عبارت دیگر به جای داشتن دو عدد کروموزوم شماره ۲۱، سه عدد از کروموزوم مذکور را دارند و معمولاً این حالت به دو صورت اتفاق می‌افتد. در ۹۵ درصد موارد علت بیماری و کروموزوم اضافی عدم انفصال طبیعی کروموزوم‌های مادر است. این اختلال به علت ازدیاد سن مادر و اختلال عمل تخمدان‌های مادران مسن می‌باشد. ثابت شده که هر چه مادر مسن‌تر باشد این نقص کروموزومی بیش‌تر دیده می‌شود.

در نوع دوم که فقط ۵ درصد موارد را تشکیل می‌دهد سن مادر دخالتی ندارد و علت بیماری را غیر طبیعی بودن کروموزوم‌های شماره ۱۵ یا ۲۲ مادر و ندرتاً پدر می‌دانند. به علت غیر طبیعی بودن کروموزوم‌های نامبرده حالتی به وجود می‌آید که به آن، جابه‌جاشدگی قطعات کروموزومی می‌گویند. در این حالت کروموزوم‌های شماره ۱۵ یا ۲۲ روی کروموزوم شماره ۲۱ افتاده و یک جوش خوردگی و ذوب‌شدگی بین کروموزوم‌ها به وجود می‌آید.

با وجود این‌که حالت تریزومی وجود دارد با این وجود تعداد کروموزوم‌ها همان ۴۶ باقی می‌ماند. در این حالت استعداد داشتن طفل دیگر مبتلا به سندروم دان، به ۳۵ درصد می‌رسد و خانم‌های جوانی که فرزند مبتلا به سندروم دان به دنیا می‌آورند اکثراً از این نوع می‌باشد. تعداد پسران مبتلا به سندروم دان، بیش‌تر از دختران و به نسبت ۶۴ درصد پسر ۳۶ درصد دختر می‌باشد. بهره‌هوشی این افراد به طور متوسط بین ۲۵ تا ۷۵ متغیر است.

### \*پانویس:

از آن‌جایی که اعتراضاتی نسبت به واژه «منگول» و «منگولیسیم» در خصوص توهین نژادی مستتر در آن، صورت گرفته، این واژه از داخل مقاله حذف شده است. پس از اعتراضاتی که نسبت به واژه «منگول» صورت گرفت، منابع پزشکی رسمی واژه «سندروم دان» را جایگزین کردند.

### ترایزومی ۱۸

ترایزومی ۱۸ یا همان «سندروم ادوارد» با وجودی که زیاد شایع نیست مرگ‌آورتر از سندروم دان می‌باشد. این حالت معمولاً یک مورد در ۳ هزار تولد اتفاق می‌افتد و مطالعات کروموزومی در سقط جنین‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از این جنین‌ها دارای یک ناهنجاری و تغییر شکل بوده که باعث سقط جنین در سه ماه اول بیماری می‌گردند. این بیماری در جنس مؤنث بیش‌تر از جنس مذکر شایع بوده و نسبت آن سه بر یک است. ۷۵ درصد این‌ها در دوران طفولیت معمولاً تا شش ماهگی می‌میرند در بررسی‌های کروموزومی در بیش‌تر موارد شماره ۱۸ به صورت اضافی مشاهده شده است اما در تعداد محدودی از بیماران نیز تریزومی نسبی ناشی از جابه‌جایی می‌باشند. میانگین سن مادرانی که دارای چنین فرزندی هستند از حد نرمال بیش‌تر است. نشانگان تریزومی ۱۸ به شرح زیر است:

۱. عدم رشد کافی
  ۲. کندی روانی، حرکتی
  ۳. ازدیاد تونسیه
  ۴. برجستگی ناحیه پس سری
  ۵. پایین‌تر از حد معمول قرارگرفتن. چرخش و تغییر شکل گوش
  ۶. شکاف چشمی کوچک‌تر از حد معمول
  ۷. کوچک‌بودن آرواره به ویژه آرواره پایین
  ۸. قرارگرفتن انگشت سبابه روی انگشت وسطی
  ۹. کوچک‌بودن استخوان جناغ سینه
  ۱۰. ناهنجاری‌های قلبی مادرزادی
- (یافته‌های فعلی در ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به تریزومی ۱۸)

### سندروم تریزومی ۱۳

سندروم تریزومی ۱۳ (سندروم پاتو) نسبت به سایر تریزومی‌ها، کم‌تر شایع است و یافته‌های کلینیکی این بیماری را در ادامه می‌خوانید.

این کودکان حملات آپنیک (قطع موقتی تنفس) دارند که به دنبال آن حملات تشنجی ظاهر می‌شود. ۸۶ درصد این بیماران بیش‌تر از یک سال نمی‌توانند زنده بمانند و عقب‌ماندگی بسیار شدید است. اکثر موارد تراژمی‌های ۱۳ اسپورادیک بوده اما موارد معدودی هم از جابه‌جایی کروموزومی ناشی می‌شود. معمولاً برای تایید تشخیص این بیماری در کودکان مطالعات کروموزومی توصیه می‌شود اما مادامی که در والدین جابه‌جایی کروموزومی دیده نشده احتیاج به آنالیز و تجزیه و تحلیل ندارند. اگرچه احتمال عود بیماری در زایمان‌های بعدی بسیار کم است باز تست آمینوسنتز در دوران حاملگی پیشنهاد می‌شود.

۱. داشتن انگشت اضافی
  ۲. بیماری‌های قلبی مادرزادی
  ۳. کوچکی کره چشم که ممکن است با تغییر شکل مردمک همراه باشد یا نباشد
  ۴. لب‌شکری، شکاف سقف کام
  ۵. حملات قطع موقتی تنفسی
  ۶. اختلال در جمجمه
- (یافته‌های فعلی در ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به تراژمی ۱۳)

### تعریف عملیاتی

معمولاً این افراد از اجتماع را به اسامی مختلفی می‌نامند مانند:

۱. عقب‌مانده ذهنی subnormal retarded
  ۲. نقیصه عقلی menally defectir
  ۳. کندذهن debile
- مسئله تعریف این دسته افراد یکی از دشواری‌هایی است که در تعریف هوش نیز وجود دارد. طبق قانون بهداشت روانی انگلستان عقب‌ماندگی هوش به حالتی گفته می‌شود که رشد مغز و هوش از هنگام تولد و یا از مراحل اولیه زندگی متوقف بماند و یا تکامل ناقص صورت گیرد.

سازمان جهانی بهداشت روانی در سال ۱۹۵۹ عقب‌افتادگی ذهنی را این‌گونه تعریف می‌کند؛  
 ۱. گروه‌بندی تربیتی و روانی ۲. گروه‌بندی روان‌شناسان ۳. گروه‌بندی روان‌پزشکان ۴. گروه‌بندی آموزشی.

### گروه‌بندی تربیتی و روانی

۱. عقب‌افتادگی روانی خفیف یا کم‌هوشی که در آن هوش کمی از حد معمول پایین‌تر است.
۲. عقب‌ماندگی روانی شدید که عبارت از توقف یا رشد ناقص قوای هوشی در یکی از مراحل ابتدایی. معمولاً این بیماران نمی‌توانند زندگی مستقلی داشته باشند.

### گروه‌بندی روان‌شناسان

- این گروه‌بندی بیش‌تر بر اساس درجه هوش و مبتنی بر مقدار اختلالی که بین سن عقلی و سن زمانی است. البته در این گروه‌بندی روان‌شناسان توافق عقیده ندارند.
- تقسیم‌بندی از طرف جامه روان‌کاران:
- بهره هوشی ۷۰ - ۸۵: عقب‌ماندگی ذهنی خفیف
  - بهره هوشی ۵۰ - ۷۰: عقب‌ماندگی ذهنی متوسط
  - بهره هوشی کم‌تر از ۵۰: عقب‌ماندگی ذهنی شدید

### گروه‌بندی روان‌پزشکان

- عقب‌ماندگی ذهنی از دیدگاه پزشکی به دو دسته تقسیم می‌شود:
۱. عقب‌ماندگی‌های اصلی یا ارثی که وراثت عامل اصلی عقب‌ماندگی تلقی می‌شود و تقریباً ۳۰ تا ۴۰ درصد عقب‌مانده‌ها را تشکیل می‌دهد، در حال حاضر از این مقدار به علت توسعه بهداشت عمومی کاسته شده است.
  ۲. عقب‌ماندگی ثانوی یا محیطی که عوامل محیطی بیماری‌های مغزی در اثر عفونت و ضربه در ایجاد آن مؤثر بوده است. این طبقه‌بندی تا سال ۱۹۵۹ مورد استفاده قرار می‌گرفته است.

### گروه‌بندی آموزشی

۱. عقب‌ماندگی ذهنی آموزش‌پذیر: کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر (مطابق با کودک عقب‌مانده خفیف) فردی است که به دلیل رشد ذهنی‌اش نمی‌تواند از برنامه‌های رایج تحصیلی که در مدرسه عادی ترتیب داده شده است، بهره کافی ببرد. اما اگر آموزش و پرورش مناسب باشد، او ظرفیت رشد در سه زمینه را دارد: آموزش‌پذیری در سطوح دروس ابتدایی (خواندن، نوشتن و چهار عمل اصلی در سطح مدارس ابتدایی)، آموزش‌پذیری در تطابق اجتماعی که به این ترتیب کودک سرانجام می‌تواند به استقلال نسبتاً مناسبی در جامعه دست یابد. به دست‌آوردن شغلی که با آن بتواند در بزرگسالی به طور کامل یا نسبی مخارج خود را تأمین کرده و از خود نگهداری کند. باید توجه داشت که در بسیاری از محیط‌ها، معمولاً یک کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر در خلال دوره‌های نوزادی و خردسالی به عنوان یک عقب‌مانده ذهنی شناخته یا متمایز نمی‌شود زیرا در سال‌های پیش‌دبستانی انتظاراتی که از قابلیت‌های ذهنی کودک می‌رود،

آن قدر سنگین نیست که عقب‌ماندگی وی را آشکار کند. لذا یک کودک عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر در وهله اول ممکن است در مدرسه مورد شناسایی قرار گیرد. زمانی که توانایی یادگیری دروس مختلف به عنوان مهم‌ترین انتظارات اجتماعی از کودک مطرح می‌شود، زیرا در اکثر مواقع علائم ظاهری مشخص و آشکاری که به عنوان عقب‌ماندگی ذهنی به حساب آیند، وجود ندارند.

• **عقب‌مانده‌های ذهنی تربیت‌پذیر:** کودک عقب‌مانده تربیت‌پذیر (مطابق با کودک عقب‌مانده با میزان عقب‌ماندگی متوسط) دارای مشکلاتی در زمینه‌های زیر است:

- در یادگیری مهارت‌های آموزشگاهی حتی در سطح ابتدایی
  - در کسب استقلال و سازش اجتماعی در سطح بزرگسالی
  - در کسب کفایت‌های حرفه‌ای در سطحی که برای مواظبت از خود به کمک و همراهی یا نظارت دیگران احتیاج نداشته باشد
- اما وی در زمینه‌های زیر دارای استعداد است:
- مهارت‌های خودیاری (برای مثال، لباس‌پوشیدن و درآوردن، استفاده از توالت، غذاخوردن و...)
  - توانایی حفظ خود از خطرهای در خانه، مدرسه و همسایگی
  - سازگاری در خانواده یا همسایگی (برای مثال، شریک‌شدن با دیگران، احترام به مالکیت آنان، همکاری کردن در واحد خانواده و در همسایگی)

• همکاری در کارهای عادی و روزمره در خانه و همسایگی و مفیدبودن به لحاظ اقتصادی و سرانجام کار در یک محیط محافظت‌شده و در پاره‌ای از موارد، اشتغال به مشاغل عادی تحت نظارت.

در اکثر موارد، عقب‌ماندگی ذهنی این قبیل از کودکان در خلال نوزادی و کودکی مشخص می‌شود، زیرا نشانه‌های جسمی یا بالینی شناخته‌شده و نیز تأخیر در توانایی‌های حرکتی و کلامی مانند راه‌رفتن و صحبت‌کردن، وجود دارد.

عقب‌ماندگان ذهنی حمایت‌پذیر: اکثر کودکان عقب‌مانده ذهنی حمایت‌پذیر (مطابق با عقب‌ماندگی شدید و عمیق) معلولیت‌های چندگانه دارند. برای مثال: علاوه بر عقب‌ماندگی ذهنی، کودک ممکن است دارای فلج مغزی، فقدان شنوایی یا بینایی نیز باشد. هدف برنامه‌های تربیتی برای این دست از کودکان محدود به آموزش آنان برای کسب سازگاری اجتماعی در محیط‌های تحت نظارت است. طبقه‌بندی ذیل تقریباً مورد قبول اکثریت است:

۱. نقش عوامل ارثی
۲. نقش دوران بارداری
۳. نقش دوره بعد از زایمان و سال‌های اولیه زندگی
۴. نقش عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی

### نقش دوران بارداری

عواملی که در روی جنین اثر دارند به طور خلاصه عبارتند از:

بیماری سرخچه، بیماری سیفلیس، بیماری توکسو پلاسموزیس، اثر اشعه ایکس بر روی جنین مخصوصاً در سه ماه اول بارداری، الکل و دخانیات، داروهای شیمیایی که خودسرانه استفاده شود، عامل RH که به علت منفی بودن RH مادر، در زایمان‌های دوم و سوم بیماری‌هایی به صورت مختلف دیده می‌شود.

### نقش زایمان و دوره بعد از زایمان

زایمان‌های مشکل، استفاده از فورسپس، کوچک‌بودن لگن خاصره مادر، ضربه‌های زایمان و یا نقص رشد جنین و ضربه‌های بعد از زایمان، عفونت مغز در این دوره باعث بیش‌تر بیماری‌ها از جمله صرع، عقب‌ماندگی فلج مغزی و غیره می‌شود.

### نقش عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی

**اول: عواملی که در رشد هوش اثر قطعی دارند**

الف) فقر انگیزه‌های محیطی: برای این‌که قوای ذهنی کودک به نحو احسن رشد کند احتیاج به حرکات طبیعی دارد: در این مورد بررسی‌های زیادی انجام گرفته که نتایج حاصله را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

- کمبود انگیزه‌های محیطی باعث عدم رشد طبیعی هوش می‌شود.
- کودکان محیط‌های نامساعد با کودکان هم‌سال خود در محیط‌های مساعد از لحاظ هوشی در درجات پایین‌تری قرار دارند.
- هر قدر طول مدت اقامت کودک در محیط نامساعد بیش‌تر باشد میزان نارسایی هوشی بیش‌تر خواهد بود و تدریجاً نیز میزان عقب‌ماندگی افزایش پیدا خواهد کرد.

ب) اثر کمبودهای عاطفی:

بررسی‌های زیادی نشان داده است کودکانی که از نظر پیوندهای عاطفی با مادر یا اطرافیان دچار فقر شدید بوده‌اند اکثراً مبتلا به اختلالات شخصی هستند. تحقیقات زیادی نشان می‌دهد که اختلافات خانوادگی مشاخره لفظی والدین، تبعیض، بدرفتاری پدر و نهایتاً طلاق، احساس حقارت و ناایمنی شدید در طفل ایجاد می‌نماید.

**دوم: عواملی که در رشد هوشی اثر حتمی ندارند**

- الف) رابطه هوش کودک با میزان تحصیلات پدر و مادر.
- ب) تأثیر زندگی شهر و روستا.
- ج) امکانات بهداشتی و پزشکی.

## طبقه‌بندی عقب‌ماندگی ذهنی از نقطه نظر علت‌شناسی

چندژنی یا چندعاملی، عوامل فردی مغلوب، اختلالات کروموزومی، نقص اصلی، غیر طبیعی بودن فعالیت‌های بهداشت روان، فنیل کتونوریا، اختلال تا سی‌ساج، مسدودشدن درزهای جمجمه، سندروم دان، سندروم ترازمی (XXX)، سندروم کلاین فیلیتر (XXY)، بهره هوشی ۵۰ یا ۷۰، عوامل اجتماعی و روانی که هر دو مهم هستند، میکروسنال، سندروم دارونمی، منول بیلدل، سندروم ترنر (XO)، سندروم پا تو، سندروم کری دوچات (صدای گربه)، سندروم ادوارد، بیماری‌های جنسی، عامل حین تولد، دوران طفولیت، سرخچه، سیفیلیس، توکی پلاسماوز، کرنی کتروس، تومورهای مادرزادی، خونریزی‌های مغزی و سایر ضربه‌ها، دادن اکسیژن بیش از حد به نوزادان نارس، کرتینیسیم، کرنی کتروس، فلج مغزی، انسفالیت، ضربه‌ها، اسکیزوفونی، نِفروجنیک و دیابت بی‌مزد.

## مشکلات خانواده کودکان معلول ذهنی

کودکان معلول به ویژه کودکان عقب‌مانده ذهنی تربیت‌پذیر در گستره وسیعی از خانواده‌ها با زمینه‌های متفاوت اجتماعی - اقتصادی دریافت می‌شوند. معمولاً اطلاع از خبر معلولیت کودک برای والدین به مثابه شوکی دردناک عمل می‌کند، زیرا وجود کودک ناتوان و معلول در جریان عادی خانوادگی اختلال ایجاد می‌کند و مسائل و مشکلاتی را فراهم می‌سازد.

این مشکلات با گذشت زمان و رشد کودک، تغییر می‌کند اما لزوماً ساده‌تر نمی‌شود. برخی از این مشکلات عبارتند از:

- تصمیم‌گیری در خصوص این‌که آیا کودک را به مؤسسه‌ای بسپارند یا خود از وی نگهداری کنند.
- تفکر در این زمینه که ممکن است کودک هرگز به خودکفائی لازم نرسد و مانند آن خانواده را دچار ابهام می‌کند. البته در این موارد از والدین انتظار می‌رود که در جهت حل مشکلات، صبور، فهیم، خوش‌خلق و قوی باشند.
- ریندرزو هاروبین برای آموزش خانگی والدین به کودکان مبتلا به سندروم دان، برنامه‌ای تنظیم کرده است که در آن والدین با پی‌ریزی مواد درسی و مطالب مورد نظر در قالب بازی، مفاهیم اساسی را به کودک می‌آموزند و به این ترتیب میزان قابل توجهی از یأس و ناامیدی والدین را که حتی در مواقعی شانس رشد کودک در همان ظرفیت و توانایی محدود را به مخاطره می‌اندازد، کاهش می‌دهد. برخی از نکات برجسته برنامه عبارت است از:

- هر فعالیتی باید به گونه‌ای صورت گیرد که کودک و والد را درگیر حالات عاطفی و تعامل حسی و حرکتی متمرکز کند.
- در هر فعالیت، والد درگیر بایستی ضمن صحبت با کودک، کلمات لازم را در اختیار او قرار دهد و در به کارگیری آن‌ها کودک را کمک کند.
- در این برنامه باید در آموزش مرحله به مرحله یا سلسله مراتبی استفاده شود.
- والدین باید در آموزش کودکان همیشه به رابطه بین اشیای واقعی، تصاویر آن‌ها و نیز نشانه‌های نوشتاری مربوط، توجه کافی داشته باشند.

• ضمن تبعیت از الگوی این برنامه، والدین می‌توانند به طور ابتکاری و راحت، محتوای آن را مطابق با وضعیت کودک خود تغییر دهند. نتایج تحقیق ریندرزو و هاروبین در خصوص به کارگیری این برنامه نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به سندروم دان آموزش‌دیده مطابق این برنامه، در مقایسه با دیگر کودکان سندروم دان، پیشرفت‌هایی در زمینه مفهوم‌سازی و توانایی‌های کلامی از خود نشان داده‌اند. این برنامه که به الگوی «والد به عنوان معلم» شهرت دارد، به لحاظ زمام بیش‌تری که والدین نسبت به یک متخصص حرفه‌ای با کودک صرف می‌کنند، از اقبال خوبی برخوردار شده است. ضمناً جهت موفقیت بیش‌تر این برنامه توصیه‌هایی را برای والدین مطرح کرده‌اند که برخی از آن‌ها عبارتند از:

- جریان آموزش را از مطالب و مفاهیم آشنا برای کودک شروع کنید.
- هدف‌های آموزشی را مشخص نمایید. به عبارت دیگر، انتظارات خود را از کودک، معلوم دارید و چگونگی اقدامات خویش در جهت رشد وی را مشخص سازید.
- با استفاده از روش‌های مناسب، میزان پیشرفت کودک را معلوم دارید. زیرا این امر، یعنی مشاهده عینی پیشرفت کودک سبب تشویق والدین می‌شود.
- محیط خانه را برای قبول کودک معلول به عنوان یک عضو آماده کنید. به طوری که خواهران و برادران عادی ضمن کسب تجارب ارزشمند، سازگاری مناسبی نیز با کودک معلول پیدا کنند.
- به منظور کاهش اضطراب‌ها و تنش‌های موجود مشاوره‌های خانوادگی می‌تواند مؤثر باشد. سوگیری این مشاوره‌ها باید ایجاد فعالیت‌های مثبت و کاهش احساسات منفی والدین باشد تا آنان به صورت والدینی مبارز و فعال درآیند.
- گردهمایی خانواده‌هایی که دارای کودکان معلول هستند و تبادل آگاهی‌های آنان در خصوص کودکان‌شان و طرح مسائل و مشکلات می‌تواند موجبات کاهش دشواری‌های خانواده را فراهم سازد. ضمناً بهره‌گیری از متخصصان در این چنین گردهمایی‌ها، برای پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات خانواده‌ها در زمینه‌های مسائل مربوط به رشد و چگونگی تعامل با کودک معلول، مفید است.
- رسیدگی و مراقبت از کودک معلول، مسئولیت مشترک و مستمر جامعه و والدین است. بنابراین فراهم‌آوردن آگاهی‌های لازم در خصوص تسهیلات موجود در جامعه برای این‌گونه کودکان می‌تواند مسیر ناهموار و مشکلاتی که آنان ناگزیر از مواجهه با آن هستند را تا اندازه‌ای آسان کند.

## اهمیت پژوهش

قبل از اقدام به درمان و آموزش این کودکان بایستی به این اصل مهم و اساسی توجه نماییم که در درجه اول این کودک، یک انسان است و در جامعه حق زندگی دارد و شرایط، او را به این حالت در آورده است. وقتی با این نگرش اقدام به آموزش و درمان این کودکان کنیم مسلم است که موفق خواهیم شد. به طور کلی موارد ذیل می‌تواند در این امر کمک نماید:

• تشخیص نارسایی هوش و یافتن راه حل درمانی که با معاینات بالینی انجام تست‌های هوش و مصاحبه‌های دقیق از والدین امکان‌پذیر است.

- جلوگیری از تحقیر این قبیل کودکان توسط افراد ناآگاه و مغرض
- آزادگذاشتن کودک در محیط خانه و یا مدرسه جهت انجام کارهای فردی
- ایجاد توانایی‌های لازم جهت سازگاری و انطباق با محیط
- اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب برای هر کودک عقب‌مانده
- تقویت دقت و توجه کودک از طریق نشان‌دادن تصاویر و جلوگیری از خسته‌شدن مربی
- رعایت اصول بهداشتی که این امر از وظایف اساسی مراقبان بهداشت مدارس است
- حذف رفتارهای نامناسب و جایگزین کردن رفتارهای مناسب از طریق رفتار درمانی
- داشتن رفتار عادی و نداشتن توقع بیش‌تر از کودک عقب‌مانده ▶

### منابع

- دکترسیف نراقی و دکترنادری/ مریم و عزت‌الله/ آموزش و پرورش کودکان استثنایی/ انتشارات دانشگاه پیام نور
- عادل نژاد/ زهرا/ اصول پرستاری روانی/ انتشارات نشر
- شفیع آبادی/ عبدالله/ روانشناسی عقب‌ماندگان ذهنی/ انتشارات دانشگاه
- دکتر فتح‌الدین/ محمود/ شناخت آموزش کودکان/ انتشارات قلم مهر
- پایگاه فرهنگی و اطلاع‌رسانی تبیان زنجان

## بررسی ساختار بازار و اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی منتخب ایران

محمد خداوردی‌زاده، سمیه محمدی

### چکیده

گسترش صادرات غیر نفتی و تنوع‌بخشیدن به درآمدهای صادراتی کشور به منظور کاهش آسیب‌پذیری اهداف توسعه اقتصادی، ضرورت دارد. نظر به اهمیت گیاهان دارویی در صادرات غیر نفتی کشور پژوهش حاضر با هدف تعیین ساختار بازار و اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات جهانی گیاهان دارویی منتخب (رازپانه، بادیان، انیسون و گشنیز) صورت پذیرفته است. دوره مورد مطالعه این تحقیق ۲۰۱۲ - ۲۰۰۱ می‌باشد.

به منظور تعیین ساختار بازار صادرات گیاهان دارویی ایران از دو شاخص نسبت تمرکز و هرفیندال و برای اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی ایران از روش تحلیل تاکسونومی عددی استفاده گردید. با توجه به این که مقدار عددی عکس شاخص هرفیندال طی دوره مورد بررسی از یک تا چهار در نوسان می‌باشد، بنابراین ساختار بازار مورد نظر طی دوره مورد بررسی از دو نوع بنگاه مسلط و انحصار چندجانبه بسته می‌باشد و ایران از تنوع در صادرات برخوردار نیست. همچنین کشورهای پاکستان، عربستان، امارات و قطر با توجه به سهم بین ۴ تا ۹۲ درصدی از صادرات ایران، بزرگ‌ترین شرکای تجاری ایران طی دوره مورد مطالعه بوده‌اند. نتایج اولویت‌بندی بازارهای هدف نشان داد که کشورهای ویتنام، قرقیزستان، زیمباوه، ازبکستان، گرجستان، کامرون، جامائیکا، ارمنستان، بنگلادش، هند و لیبی به عنوان بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی ایران انتخاب شدند.

**کلیدواژه‌ها:** بازارهای هدف، گیاهان دارویی، تحلیل تاکسونومی عددی، ساختار بازار.

### ۱. مقدمه

تجارت جهانی روز به روز از سرعت و حجم بیش‌تری برخوردار می‌شود به طوری که ارزش کل صادرات جهانی طی سال‌های ۲۰۱۲ - ۲۰۰۰ از ۶۴۰۴ میلیارد دلار به بیش از ۱۸۲۹۷ میلیارد دلار افزایش یافته است (فائو، ۲۰۱۲:۳). جهانی شدن اقتصاد با خود گسترش بازارها و آزادی تجاری را به دنبال می‌آورد و در طی آن میدان رقابت به سطح جهانی گسترش پیدا می‌کند (اصفهان، ۱۳۸۵:۲۵). از دیرباز نوسانات شدید درآمدهای حاصل از صدور نفت خام، افزایش جمعیت کشور و از همه مهم‌تر پایان پذیر بودن منابع نفتی، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور را به این باور رسانده است که توسعه صادرات غیر نفتی و رهایی از اقتصاد تک‌محصولی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر هست (عزیزی، ۱۳۸۳:۲۱). بنابراین از مهم‌ترین اقدامات در زمینه کاهش وابستگی کشور به درآمد نفت، افزایش صادرات غیر نفتی است. جهش صادرات غیر نفتی در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جزو اهداف اصلی است که تنها با بهره‌گیری از تمامی مزیت‌های نسبی و قابل خلق در بخش‌های مختلف اقتصادی، تلاش و برنامه‌ریزی برای حفظ بازارهای صادراتی و نفوذ در بازارهای هدف، قابل دستیابی خواهد بود (تاجیانی و کوپاهی، ۱۳۸۴:۵۷۳).

با توجه به سیاست‌های اقتصادی کشور به ویژه در برنامه پنجم توسعه مبنی بر توسعه صادرات غیر نفتی توجه به صادرات محصولات کشاورزی ضروری می‌باشد (مهرپرور حسینی و همکاران، ۱۳۹۲:۲۱). در ایران صادرات بخش کشاورزی و منابع طبیعی بخش عمده‌ای از صادرات غیر نفتی کشور را تشکیل می‌دهد به طوری که در سال ۱۳۹۰ میزان کل ارزش صادرات غیر نفتی کشور و صادرات بخش کشاورزی به ترتیب برابر با ۵۵۳۱ و ۳۷۱۸ هزار تن بوده که حاکی از سهم ۱۶/۴ درصدی صادرات این بخش از کل صادرات غیر نفتی کشور می‌باشد. با تقویت این بخش از یک طرف می‌توان کشور را در تولید برخی کالاهای راهبردی به خودکفایی رساند و از طرف دیگر دریافت‌های ارزی حاصل از صدور این محصولات را به طور قابل توجهی افزایش داد (عزیزی، ۱۳۸۳:۱۹). گیاهان دارویی از جمله محصولات کشاورزی و منابع طبیعی می‌باشند که در حوزه مطالعات اقتصادی کم‌تر ظهور کرده‌اند و توجه کمی به آن‌ها شده است. تقریباً بیش از ۹۰ درصد گیاهان دارویی مشهور و قابل مصرف در دنیا در اکثر نقاط ایران کشت می‌شود (کشفی بناب، ۱۳۸۸:۷۰). طبق آمار سازمان خوار و بار کشاورزی (فائو) طی سال‌های ۲۰۱۲ - ۲۰۰۰ کشور ایران از عمده‌ترین تولیدکنندگان و صادرکنندگان گیاهان دارویی در جهان به شمار می‌رود به گونه‌ای که رازپانه، بادیان، انیسون و گشنیز چهار محصول اصلی صادراتی گیاهان دارویی ایران را تشکیل می‌دهد. میزان صادرات گیاهان دارویی منتخب شامل رازپانه، بادیان، انیسون و گشنیز ایران طی سال‌های ۲۰۰۷، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲ به ترتیب برابر با ۲۳۴۸۷، ۹۲۲۱، ۶۹۹۰، ۱۷۱۹۵، ۱۳۵۳۸ و ۹۱۴۲ تن بوده و همچنین طبق آمار FAO سهم ایران از کل صادرات گیاهان دارویی

دنیا طی سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ به ترتیب برابر با ۴/۱۶، ۳/۶۵، ۱/۰۲۹، ۷/۴۷، ۵/۰۵ و ۲/۸ درصد بوده است. لذا کشور ایران توانسته طی سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ به ترتیب رتبه ۶، ۴، ۱۷، ۳ و ۶ و ۱۱ صادرات جهانی گیاهان دارویی را به خود اختصاص دهد.<sup>۱</sup> لذا بایستی از این پتانسیل موجود نهایت استفاده را برده و به شناسایی بازارهای هدف گیاهان دارویی پرداخت تا ارزش بیش‌تری از صادرات آن‌ها وارد کشور گردد؛ اما عدم شناخت بازارهای صادراتی مناسب، موانع موجود در بازارهای هدف و یا فقدان آگاهی از قوانین و مقررات حاکم بر آن از موانع صدور کالا به این بازارها محسوب می‌گردد. در راستای سیاست افزایش صادرات غیر نفتی، شناخت محصولات و فعالیت‌های تولیدی کشور که شرایط لازم جهت نفوذ در بازارهای جهانی را دارا باشند، امری ضروری به نظر می‌رسد. جهت دستیابی به این امر لازم است، اولاً اقلام صادراتی مزیت‌دار مشخص گردد و ثانیاً بازارهای بالقوه صادراتی به لحاظ پتانسیل وارداتی جهت هر محصول خاص شناخته شوند و نهایتاً این صادرات به طور همه‌جانبه مورد حمایت دولت قرار گیرد. با توجه به قابلیت‌های کشور، چنین به نظر می‌رسد که کشور ایران هنوز نتوانسته از ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های موجود به خوبی بهره‌برداری کند و جایگاه مناسبی در عرصه تجارت در بازارهای جهانی گیاهان دارویی بیابد. به عبارت دیگر مسئله اصلی این است که در سطح کلان هنوز معلوم نیست که با اولویت‌ترین بازارهای هدف گیاهان دارویی منتخب ایران که در عین حال بالاترین عایدی را نصیب کشور نماید کدام بازارها هستند تا با پاسخ علمی به این مسئله بتوان به بهینه‌سازی صادرات این محصول و درآمدهای ارزی حاصل از آن پرداخت. چه‌بسا یک کشوری که در تولید و صدور کالاهایی از مزیت نسبی برخوردار باشد، اما عدم شناخت از بازارهای صادراتی مناسب (بازارهای هدف) مانع از صدور مؤثرتر کالا به بازارهای هدف گردد (رازینی و فتحی، ۱۳۸۱: ۳۴).

هر چند که انتخاب یک بازار مناسب با هدف گسترش صادرات گیاهان دارویی جهت کسب سود بیش‌تر و جلوگیری از خروج ارز مهم می‌باشد، ولی حضور فعال و مستمر صادرکنندگان ایران با استفاده از روش‌های نوین بازاریابی در بازارهای هدف صادرات شرط ماندگاری در آن محسوب می‌شود. بدین ترتیب، گام اول برای ورود به بازارهای جهانی، شناسایی بازارهای هدف صادراتی محصولات هست. تحقیق حاضر نیز به دنبال تعیین ساختار بازار صادرات ایران و اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی منتخب ایران (رازیانه، انیسون، بادیان، گشنیز) می‌باشد. ارائه راهکارهای علمی به صادرکنندگان گیاهان دارویی در زمینه انتخاب بازار هدف صادرات، ضرورت انجام چنین پژوهش‌هایی را مشخص می‌کند.

### نتیجه‌گیری

بررسی ساختار بازار صادرات گیاهان دارویی ایران نشان داد که ساختار بازار ایران از تنوع در صادرات برخوردار نیست به گونه‌ای که کشورهای پاکستان، عربستان و امارات بزرگ‌ترین شرکای تجاری ایران طی دوره مورد مطالعه بوده‌اند که این موضوع در بلندمدت احتمالاً به ضرر کشور ایران باشد؛ بنابراین توصیه می‌شود که با شناسایی بازارهای هدف جدید و نوپا، صادرات کالا به این کشورها و با افزایش تعداد بازارهای صادراتی و نزدیک کردن بازار صادراتی ایران به نوع رقابتی صادرات گیاهان دارویی ایران از حالت تمرکز بر روی چند بازار محدود و سنتی خارج شود.

نتایج اولویت‌بندی بازارهای هدف نشان داد که از ۱۰۳ کشور واردکننده گیاهان دارویی منتخب ایران (رازیانه، بادیان، انیسون و گشنیز)، ۱۰۰ کشور در زمره بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی ایران قرار گرفتند. با توجه به اولویت‌بندی بازارهای هدف صادراتی، پیشنهاد می‌شود مطالعات در رابطه با بازارهای اولویت‌دار از حیث ساز و کارهایی نظیر تبلیغات مؤثر، برگزاری نمایشگاه‌های تخصصی در بازارهای هدف شناسایی شده، ارتقای استانداردها و مقررات بهداشتی، بسته‌بندی بازارپسند مطابق سلیقه مصرف‌کنندگان بازارهای هدف صورت گیرد تا با شناخت کامل وارد این بازارها شد. به عبارت دیگر صرف موفقیت در ورود به بازارهای صادراتی کافی نبوده بلکه حفظ تقاضای وارداتی در آن بازارها از طریق اعمال موارد فوق از ضروریات بقا در بازارهای جهانی می‌باشد.

از بین کشورهایی که بیش‌ترین واردات گیاهان دارویی را از ایران به خود اختصاص داده‌اند که در واقع به عنوان بازارهای صادراتی عمده بالفعل مطرح هستند تنها ۵ کشور پاکستان، الجزایر، اوکراین، عراق و سوازیلند در میان ۴۰ کشور که دارای اولویت قوی هستند، قرار دارند و بقیه واردکنندگان گیاهان دارویی منتخب از ایران به عنوان بازارهای هدف با اولویت ضعیف محسوب می‌شوند. پس در صادرات گیاهان دارویی باید سیاستی اتخاذ شود که تمرکز اصلی بر روی کشورهای با اولویت بالا باشد و اولویت‌ها را به ترتیب بر طبق شرایط موجود آن‌ها بررسی کرد و با آگاهی کامل از تمامی شرایط بازارهای هدف به ویژه سلیقه مشتریان در آن‌ها نفوذ کرد.

با مقایسه بازارهای هدف صادرات گیاهان دارویی و بازارهایی که طی سال‌های ۲۰۱۲ - ۲۰۰۱ به آن‌ها از طریق ایران صادرات وجود داشته است ملاحظه می‌شود که برخی از کشورها از جمله ویتنام، قرقیزستان، ازبکستان، گرجستان، کامرون، لیبی، مصر و یمن از جمله کشورهایی هستند که به رغم این‌که به عنوان بازار هدف گیاهان دارویی مطرح می‌باشند ولی طی سال‌های مورد بررسی توسط کشور ایران به این کشورها صادرات صورت نگرفته است. بدین ترتیب می‌توان ادعا نمود که بازارهای هدف صادراتی بالقوه‌ای در مورد گیاهان دارویی منتخب وجود دارد که صادرکنندگان این محصولات می‌توانند با مطالعه بیش‌تر اولاً این بازارها را به خوبی شناسایی کنند. ثانیاً راه نفوذ به این بازارها را دریابند و ثالثاً با در نظر گرفتن راهبردهایی خاص حضور مستمری در این بازارها داشته باشند.

به رغم برخورداری مطلوب برخی از کشورهای همسایه و منطقه از شاخص‌های فاصله جغرافیایی و عضویت در موافقت‌نامه‌های تجاری که ایران هم در آن‌ها عضو می‌باشد، تنها ۶ کشور ارمنستان، قرقیزستان، قزاقستان، هند،



پاکستان و عراق در رتبه‌های قبل از ۳۰ قرار گرفته‌اند و بقیه در رتبه‌های بعدی قرار دارند. نتایج نشان داد که برخی از بازارهای بالفعل گیاهان دارویی ایران از جمله ترکیه با هدف صادرات مجدد، عمل واردات را انجام می‌دهند، یعنی این کشورها به عنوان واسطه هستند نه مصرف‌کننده نهایی؛ بنابراین به تدریج بهتر است که به کشورهای گیاهان دارویی را صادر کرد که مصرف‌کننده نهایی باشند و از صدور کالا به کشورهای که با هدف صادرات مجدد اقدام به وارد کردن گیاهان دارویی می‌کنند جلوگیری کرد. لذا ضرورت دارد جهت‌گیری توسعه صادرات گیاهان دارویی منتخب به نحوی باشد که کشورهایی که عمل صادرات مجدد انجام می‌دهند در اولویت قرار نگرفته و در شناسایی بازارهای مصرف نهایی دقت کرد.

ملاحظه رتبه هر یک از بازارهای هدف نشان می‌دهد که کشورهای عربستان، انگلستان، بحرین، کویت، تایلند، امارات، ترکیه و قطر به رغم این‌که به ترتیب در رتبه‌های ضعیف ۶۵، ۹۲، ۷۸، ۸۰، ۴۱، ۶۴، ۹۹ و ۸۹ اولویت‌بندی بازارهای هدف قرار دارند اما به عنوان شرکای تجاری مهم کشور ایران طی سال‌های مورد بررسی می‌باشند. بنابراین صادرکنندگان گیاهان دارویی در ایران این محصولات را به مصرف‌کنندگان نهایی صادر نکرده‌اند. هم‌چنین صادرات تا به حال در چارچوب یک استراتژی بازاریابی مدون و اصولی صورت نگرفته است و عمدتاً تصادفی و متأثر از روابط سیاسی و دیپلماتیک کشور با کشورهای خریدار بوده است؛ بنابراین بهتر است به تدریج این محصولات را به بازارهای جدید و نوپا، با انجام فرآیندهای بازاریابی بین‌المللی صادر و به تدریج سهم صادرات به بازارهای بالفعل با اولویت پایین (عربستان، امارات و پاکستان) کم شود. ►

## منابع

- اصفحانی، سیدمحمدجعفر (۱۳۸۵). بررسی مزیت نسبی محصولات کشاورزی با استفاده از ماتریس تحلیل سیاستی (PAM) (مطالعه موردی: استان آذربایجان شرقی)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده کشاورزی، دانشگاه تبریز.
- امجدی، افشین؛ محمدزاده، رویا و باریکانی، الهام (۱۳۸۹). «تعیین بازارهای هدف صادرات پسته و خرمای ایران با استفاده از الگوی تقاضای صادرات و روش غربال‌گری». مجله اقتصاد کشاورزی و توسعه، ۱۸(۱۸)، ۲۳۵ - ۱۹۳.
- آذر، عادل و رجب‌زاده، علی (۱۳۸۱). «تصمیم‌گیری کاربردی (رویکرد M.A.D.M)، نشر نگاه دانش. بی‌نام (۱۳۹). گزارش اقتصادی و ترازنامه سال ۱۳۹۰، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران.
- تاجانی، هما و کویاهی، مجید (۱۳۸۴). «تخمین توابع عرضه و تقاضای صادرات زعفران ایران». مجله علوم کشاورزی ایران، ۲۳(۳)، ۵۸۰ - ۵۷۳.
- چیندزی، امیرحسین و ابوالحسنی یاسوری، سمیه (۱۳۹۰). «بررسی مزیت‌های نسبی و اولویت‌بندی بازارهای هدف کیوی صادراتی ایران». اقتصاد کشاورزی و توسعه، ۱۹(۷۶)، ۱۲۰ - ۸۳.
- حسینی، میرعبدالله (۱۳۷۶). «ساختار بازار جهانی تولید و بازار صادراتی پسته ایران و تغییرات ساختاری آن». فصل‌نامه اقتصاد کشاورزی و توسعه، ۱۸، ۱۳۵ - ۱۱۵.
- حسینی، میرعبدالله و هومن، تقی (۱۳۸۶). «مطالعه بازار جهانی خرما و بازارهای هدف خرمای صادراتی ایران». فصل‌نامه اقتصاد کشاورزی و توسعه، ۱۵(۵۷)، ۲۹ - ۱.
- حسینی، میرعبدالله (۱۳۷۵). «تعیین قدرت انحصاری بازار جهانی خشکبار و جایگاه خشکبار ایران در آن». مجموعه مقالات سمینار کشاورزی ایران و بازارهای جهانی، ۱۲۲ - ۹۷.
- دشتی، قادر؛ خداوردی‌زاده، محمد؛ محمد رضایی، رسول و فتحی، یحیی (۱۳۸۸). «ساختار بازار و اولویت‌بندی بازارهای هدف صادرات پسته ایران». فصل‌نامه دانش کشاورزی، ۱۱(۱۹۱)، ۲۷ - ۱۱.
- رازی‌نی، ابراهیم علی و فتحی، یحیی (۱۳۸۱). «موانع تعرفه‌ای و غیر تعرفه‌ای صادرات ایران در بازارهای هدف، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی.
- زارع، ابراهیم (۱۳۸۷). «بررسی ساختار جهانی و بازار صادراتی بادام ایران». پژوهش و سازندگی در زراعت و باغبانی، ۷۸، ۱۰ - ۲.
- شهیکی تاش، محمد نبی و نوروزی، علی (۱۳۹۳). بررسی ساختار بازار صنایع کارخانه‌ای ایران بر اساس مدل‌های ساختاری و غیر ساختاری. فصل‌نامه مطالعات اقتصادی کاربردی ایران، ۳(۱۱)، ۷۹ - ۴۹.
- شنکایی، راضیه؛ امین‌زاده، میلاد؛ ریاحی، اندیشه و طالبیان کرمانی، طاهما (۱۳۹۳). «بررسی ساختار بازار صادراتی و بازارهای هدف کشمش ایران». نهمین کنفرانس دوسالانه اقتصاد کشاورزی ایران، ۱۵ و ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۳، تهران.
- صادقی، کامیل؛ خداوردی‌زاده، صابر و خداوردی‌زاده، محمد (۱۳۹۰). «تعیین مزیت نسبی صادراتی و ساختار بازار صادرات و واردات جهانی زعفران». تحقیقات اقتصاد کشاورزی، ۳(۳)، ۷۶ - ۵۹.
- عزیزی، مریم (۱۳۸۳). مطالعه ساختار بازار جهانی و تعیین بازارهای هدف زعفران ایران، چاپ اول، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، تهران.
- فهیمی‌فر، جمشید؛ ولی‌بیگی، حسن و عابدین مقانکی، محمدرضا (۱۳۸۳). اولویت‌بندی بازارهای هدف محصولات منتخب پتروشیمی ایران، فصل‌نامه پژوهش‌نامه بازرگانی، ۳۱، ۲۰۲ - ۱۵۳.
- کشفی بناب، علی‌رضا (۱۳۸۹). «مزیت نسبی اقتصادی کشت و تجارت گیاهان دارویی در ایران و ارزش آن در بازارهای جهانی». مجله بررسی‌های بازرگانی، ۴۴، ۷۸ - ۶۷.
- مجاوریان، سیدمجتبی؛ احمدی کلجی، سینا و امین روان، مرضیه (۱۳۹۴). «تعیین بازارهای هدف صادراتی گیاهان

- دارویی ایران». مجله تحقیقات اقتصاد و توسعه کشاورزی ایران، ۲(۴)، ۷۱۴ - ۷۳۲.
- مهرپرور حسینی، الهام؛ امینی‌زاده، میلاد؛ رفیعی، حامد؛ ریاحی، اندیشه و باستانی، مهدی (۱۳۹۲). «طرح‌ریزی الگوی تجاری خرمای ایران؛ کاربرد مزیت‌های تجاری و تنوعی ساختار بازار». نشریه اقتصاد کشاورزی، ۷(۲)، ۱۹ - ۴۶.
- Adetunji, M. O. and Adesiyan, I. O. (2008). Economic Analysis of Plantain Marketing Akinyele Local Government Area in Oyo State, Nigeria. *International Journal of Agricultural Economics & Rural Development*, 1 (1), 15-21.
- Agom, D. I.; Etim, G. C. and Etuk, E. A. (2012). Analysis of Wholesale Frozen Fish Markets in Calabar, Cross River State, Nigeria. *Trends in Agricultural Economics*, 5 (2), 61-69.
- Eghbali, AR.; Zamarri, A. and Gaskari, R. (2007). The ranking Irans banks by taxonomy numerical analysis. *Journal of International Research Publications: publication: economy and business*, 2, 128-138.
- Erlat, G. (2000). Country Concentrate of Turkish Exports and Imports Over Time. Department of Economics, Middle East Technical University.
- Folayan, J. A.; Daramola, G. A. and Oguntade, A. E. (2006). Structure and performance evaluation of cocoa marketing institutions in South-Western Nigeria: An economic analysis, *Journal of Food, Agriculture & Environment*, 4 (2), 125-128.
- Food and Agriculture Organization (FAO). 2013. <[www.fao.org](http://www.fao.org)>.
- Khaksar Astaneh, H.; Yaghoubi, H. and Kalateharabi, V. (2014). Determining Revealed Comparative Advantage and Target Markets for Iran's Stone Fruits. *Journal of Agricultural Science and Technology (JAST)*, 16, 253-264.
- Maddala, G. C.; Dobson, S. and Millen, E. (1995). *Microeconomics, The regulation of monopoly*, chap:10, Press Mc Grawhill Book Company, 185-195.
- World Bank, *World Development Indicators*, (2013).

## بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

علی منصوری، هایده اربابی، ساجده نوشیروانی، آزاده ارباب

### مقدمه

دیابت اختلال متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن مشخص می‌شود. این بیماری به سیستم‌های مختلف بدن صدمه وارد کرده و روی کمیت و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. سلامت عمومی تأثیر زیادی روی کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارد. از طرفی سواد سلامت به عنوان یک عامل در جهت بهبود سلامت عمومی این بیماران عمل می‌کند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سواد سلامت و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود و محیط پژوهش کلینیک دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهرستان زابل تشکیل و جامعه پژوهش را کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به این کلینیک تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به دیابت نوع ۲، توانایی در صحبت کردن، خواندن و نوشتن، گذشت حداقل شش ماه از قطعی شدن تشخیص و سابقه درمان دارویی دیابت بود. هم‌چنین بیمارانی که تمایل به ادامه درمان نداشته و دارای مشکلات شناختی بودند از مطالعه خارج شدند. بر همین اساس ۱۵۰ بیمار که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. داده‌ها به وسیله سه پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سواد سلامت و پرسش‌نامه سلامت عمومی جمع‌آوری شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه  $6/91 \pm 32/58$  بود. ۶۸ درصد از نمونه‌های پژوهش را زنان و ۳۳ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. ۸۶ درصد شرکت‌کنندگان متأهل و بقیه مجرد بودند. در زمینه تحصیلات ۲۴ درصد زیر دیپلم، ۴۶ درصد دیپلم و ۳۰ درصد بالاتر از دیپلم بودند. از نظر نوع اشتغال، ۴۰ درصد خانه‌دار، ۲۱ درصد شغل آزاد، ۱۵ درصد کارمند و ۲۴ درصد بازنشسته بودند. میانگین نمره سواد سلامت  $66/41 \pm 17/22$  بود.

که بر همین اساس می‌توان گفت افراد مورد پژوهش از نظر سواد سلامت در سطح مرزی قرار داشتند. بر همین اساس ۲۵/۳۳ درصد شرکت‌کنندگان دارای سواد سلامت ناکافی، ۳۴/۶۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۰/۱۱ درصد سواد سلامت کافی داشتند. از جهت دیگر می‌توان گفت نزدیک به ۶۰ درصد نمونه‌ها از سواد سلامت کافی برخوردار نبودند.

جدول ۱. توصیف سواد سلامت بیماران دیابتی

متغیر	میانگین + انحراف معیار	فراوانی	درصد	
سواد سلامت	ناکافی	$42/01 \pm 24/12$	فراوانی	درصد
	مرزی	$68/11 \pm 19/17$	فراوانی	درصد
	کافی	$89/13 \pm 13/26$	فراوانی	درصد
	کل	$66/41 \pm 17/22$	فراوانی	درصد

بیشترین اختلال در سلامت عمومی مربوط به زیرمقیاس سلامت جسمانی و کمترین اختلال مربوط به زیرمقیاس کارکرد اجتماعی بود.

جدول ۲. توصیف سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در بیماران دیابتی

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت جسمانی	$17/27 \pm 3/32$
اختلال خواب	$15/71 \pm 3/43$
کارکرد اجتماعی	$9/12 \pm 3/02$
افسردگی	$13/82 \pm 3/29$
نمره کل	$58/13 \pm 11/72$

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سواد سلامت و سلامت عمومی نیز از نظر آماری ارتباط آماری مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین سواد سلامت و زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی و اختلال خواب مربوط به سلامت عمومی نیز از نظر آماری ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد.

جدول ۳. ارتباط بین سواد سلامت با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در بیماران دیابتی

متغیر	ضریب همبستگی	p Value
سلامت عمومی کل	$0/22$	$0/001$
سلامت جسمانی	$0/20$	$0/01$
اختلال خواب	$0/17$	$0/02$
کارکرد اجتماعی	$-0/11$	$0/52$
افسردگی	$-0/09$	$0/13$

سواد سلامت با سن ارتباط آماری معنی‌داری داشت. همچنین بین سلامت عمومی نیز با مدت بیماری ارتباط معنی‌داری دیده شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی سواد سلامت با سلامت عمومی بیماران دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو در سطح مرزی است و نزدیک به ۶۰ درصد نمونه‌ها از سطح سلامت کافی برخوردار نبودند.

دکتر Orlow و همکاران در یک بررسی سیستماتیک سطح بهداشتی را در ۲۰ درصد از افراد، مرزی و در حدود ۲۶ درصد از افراد در حد ناکافی گزارش نمودند.

حجتی و همکاران نیز در مطالعه‌ای بیان داشتند که سطح سواد سلامت بیماران دیابتی در حد مرزی است که این نتایج با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی داشت.

بیشترین میزان اختلال در سلامت عمومی در بُعد سلامت جسمی و کمترین میزان در بُعد کارکردهای اجتماعی مشاهده شد. با توجه به این که سلامت عمومی در گروه‌های مختلف افراد جامعه هم‌چنین در بیماران با بیماری‌های مزمن و حاد متفاوت است، تنوع در میانگین سلامت عمومی طبیعی به نظر می‌رسد. در بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، اختلالات روان‌شناختی و جسمی نسبت به جمعیت عمومی شایع‌تر است. این بیماران کیفیت زندگی مرتبط به سلامتی پایینی داشته و در سلامت عمومی به خصوص در بُعد سلامت جسمانی دچار محدودیت هستند. مطالعه Zhu و همکاران نیز اختلالات فعالیت‌های روز از جمله عوامل مؤثر برای کنترل و ضعف قند خون بیان گردید.

DeWalt و همکاران نشان دادند، مطالعاتی که ارتباط مابین سطح سواد و سلامتی را مورد بررسی قرار می‌دهند، دارای سه نتیجه مهم می‌باشند:

۱. درک بهتر در مورد علت واقعی برآیندهای ضعیف تندرستی.
۲. مشخص نمودن شاخص‌های بالقوه بالینی در افراد در معرض خطر.
۳. دادن آگاهی بالا برای توسعه برای توسعه مداخلات بهداشتی.

سواد سلامت پایین با فعالیت فیزیکی پایین در ارتباط است. هم‌چنین با افزایش سواد سلامت، شخص از قرارگرفتن در موقعیت استرس‌زا جلوگیری می‌کند. فعالیت‌هایی از قبیل تماس منظم با دوستان و خانواده را افزایش داده و از مواد مخدر کم‌تر استفاده می‌کند. دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است. اگرچه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامتی تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است. اما طبق مطالعات مرکز راهبردهای مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی پایین، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند. با توجه به معنی‌دار بودن رابطه سواد سلامتی با سلامت عمومی به نظر می‌رسد افرادی که از سطوح بالای سواد سلامتی برخوردارند توانایی بهتری در کنترل مشکلات شناختی و جسمانی در ارتباط با بیماری دیابت دارند. به طور کلی بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی زیادی به دنبال دارد که این مشکلات به نوبه خود سبب محدودیت فعالیت‌های جسمانی - روانی افراد می‌شود. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که سواد سلامت با نتایج ناخوشایند سلامتی از قبیل مشکلات جسمی و روان‌شناختی در ارتباط است. مطالعه حاضر نشان داد که سواد سلامت و سلامت عمومی دو مقوله‌ای هستند که بیماران دیابتی نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه هستند. ►

## منابع

1. American Diabetes Association. Dignosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2010; 33(1)
2. Adili F, Larjani B, Haghghatpanah M. Diabetic Patients. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1084(1): 329-49
3. Moayedi F, Zare S, Nikbakht A. Anxiety and depression in diabetic patient referred to Bandar Abbas diabetes clinic. Bimonth Journal of Hormozgan University of MedicaSciences. 2014; 18(1): 65-71
4. Kaholokulajk A, Haynes SN, Grandinetti A, Chang HK. Biological, psychosocial, and, sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. J Behav Med. 2003;26(5): 435-58
5. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson J, Fauci A. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005
6. World Health Organization. The world Health Organization Quality Of Life-BREF. Genave: World Health Organization; 2004.
7. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2010; 33(1):62
8. Rafiezadeh Gharrehtapeh Sh, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjady M, Hojjati H. Relationship between the Health Literacy with selfefficacy of the diabetic patient's type 2 referred to Gorgan city clinic in 2014. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 3(2): 3042.
9. Dealavari A, Mahdavi A, NorooziNejad. A physician and diabetes. Tehran: Sead publisher; 2002.
10. Weiss BD, Palmer R. Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent Medicaid population. J Am Board FamPract. 2004;17(1): 44-7.
11. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns. 2003; 51(3): 267-75.
12. Bell RA, SmithSL, Arcury TA, Snively BM, Stafford JM, Quandt SA. Prevalence andcorrelates of depressive symptoms among rural older African Americans, Native Americans and whites with diabetes. Diabetes Care. 2005; 28(4): 823
13. Daghio M, Fattori G, Ciardullo A. Use of pictorial advice to promote compliance to diet and drugs among illiterate and migrant patients. Journal of Diabetes. 2010; 1(3): 4.



Food and Drug Administration



The Syndicate of Iranian Pharmaceutical Industries



Friend of the Environment

[www.iranpharmaexpo.com](http://www.iranpharmaexpo.com)

# IPH IRAN PHARMA 2017

سومین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته

۲۱ تا ۲۳ شهریور ۱۳۹۶ مصلی بزرگ امام خمینی (ره) تهران - ایران

- دارو
- تجهیزات و ماشین‌آلات داروسازی
- مواد اولیه و مواد موثره
- فرآورده‌های طبیعی و گیاهی
- مکمل‌های غذایی، رژیمی و دارویی
- خدمات چاپ و بسته بندی
- فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی
- خدمات قراردادی

دفترخانه اجرایی نمایشگاه: موسسه رسایش  
تهران، خیابان ولیعصر، بالاتراز پارک ساعی  
ترسیده به توانیر، بن‌بست نعمتی، پلاک ۷  
تلفن: ۰۳۸۴۵-۸۸۲۰۳۸۴۵-۶؛ فاکس: ۰۳۸۴۵-۸۸۱۹۸۵۲۰  
[www.rasayesh.com](http://www.rasayesh.com)



عبودیت  
تاسیس ۱۳۲۵  
پیشرو در نوآوری  
پیشرو در کیفیت

به گفته یکی از مدیران بازاریابی حاضر در نمایشگاه CPhI، بازار دارویی ایران در حال حاضر یکی از پُر ظرفیت‌ترین و امیدوارکننده‌ترین بازارهای دارویی جهان است. عملکرد ایران در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا به عنوان عملکردی مثال‌زدنی و فراتر از عملکرد کشورهای منطقه شناخته می‌شود. تعدادی از شرکتهای حاضر در نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷، نخستین گام‌های خود را در بازار دارویی ایران برمی‌دارند و با ماه‌ها تحقیق بازار و ارزیابی، برای قدم‌های بعدی برنامه‌ریزی می‌کنند. یکی دیگر از اهداف این شرکتهای آشنايي و همکاری با شرکتهای ایرانی برای استفاده از راهنمایی‌ها و بازخوردها و طراحی استراتژی بازاریابی خودشان است. (بخشی از گزارش دبیرخانه ایران فارما ۲۰۱۷ - در صفحه ۴۷ بخوانید)



گزارشی از حضور دبیرخانه ایران فارما (۲۰۱۷) در شانگهای؛

الماس ایران فارما در CPhI چین

گزارش CPhI چین

معرفی کشورهای حاضر در ایران فارما؛ مشارکت طلایی دولت و صنعت در دانمارک

گزارشی از برگزاری جشنواره فیلم برای معلولان؛ از سینما تا سلامت

# Melukast®

## Montelukast 5 & 10 mg Tablets



اولین تولید کننده این دارو در ایران

## Allergy Relief

۱- درمان و پیشگیری آسم مزمن (از ۱۲ ماهگی)

۲- آسم ناشی از ورزش (از ۶ سالگی)

۳- رینیت آلرژیک دائمی (از ۶ ماهگی)

۴- رینیت آلرژیک فصلی (از ۲ سالگی)

Help them Quit



**Varnex<sup>®</sup>**  
Varenicline

**SMOKING CESSATION**

سبحان دارو   
www.SobhanDarou.com



# المانس ایران فارما در CPhI چین

دبیرخانه نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷ با حضور در بزرگ‌ترین نمایشگاه دارویی جهان - CPhI چین - توجهات بسیاری را به خود جلب کرده است. به گزارش دبیرخانه دائمی ایران فارما - مستقر در سالن‌های ماشین‌آلات و مواد اولیه نمایشگاه - بازخوردها حاکی از استقبال بی‌سابقه شرکت‌های حاضر در این نمایشگاه، از ایران فارما ۲۰۱۷ بود.

لیروی زو، مدیر عامل شرکت تجهیزات دارویی روتک یکی از حاضران در CPhI بود. او با تقدیر از بهبود بخش دارویی اقتصاد ایران گفت که مجموعه آن‌ها مشتاق است تا سهم بزرگ‌تری در اقتصاد دارویی ایران به دست بیاورد. او همچنین اضافه کرد که شرکت روتک در صدد احداث یک خط تولید در ایران، طی ۲ - ۳ سال آینده است.

او با عنوان کردن اسامی شرکت‌های بزرگ دارویی ایران به عنوان مشتریان و شرکای خود و اشاره به ظرفیت‌های نمایشگاه دارو و صنایع وابسته (ایران فارما)، افزود: ایران فارما محملی مناسب برای معرفی شرکت و محصولاتمان به صنایع دارویی ایران است. ایران فارما صرفاً یک نمایشگاه نیست، پلی ارتباطی است برای تأمین‌کنندگان قدرتمند تا بتوانند در بازار ایران حضور داشته باشند.

هم‌چنین به گفته یکی از مدیران بازاریابی حاضر در نمایشگاه CPhI، بازار دارویی ایران در حال حاضر یکی از پُرظرفیت‌ترین و امیدوارکننده‌ترین بازارهای دارویی جهان است. عملکرد ایران در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا به عنوان عملکردی مثال‌زدنی و فراتر از عملکرد کشورهای منطقه شناخته می‌شود. اعضای دبیرخانه مستقر ایران فارما در CPhI، از بیش از ۴۰۰ غرفه شرکت‌های حاضر در شانگهای دیدن کردند. از میان این ۴۰۰ شرکت، تعداد بسیاری به عنوان بازدیدکننده در سایت نمایشگاه ثبت نام کرده‌اند و در حال برنامه‌ریزی برای بازدید ماه سپتامبر خود از تهران هستند. تعدادی دیگر غرفه‌های خود را رزرو کرده‌اند و مشتاق حضور در این نمایشگاه هستند تا سهمی در بزرگ‌ترین رویداد دارویی منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا داشته باشند. شرکت‌های دیگری هم با ابراز خوشحالی از افزایش فضای نمایشگاهی ایران فارما، اعلام کردند که طی چند روز آینده با دفتر مرکزی نمایشگاه در تهران برای رزرو غرفه در تماس خواهند بود. تعدادی از شرکت‌های حاضر در نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷، نخستین گام‌های خود را در بازار داروی ایران برمی‌دارند و با ماه‌ها تحقیق بازار و ارزیابی، برای قدم‌های بعدی برنامه‌ریزی می‌کنند. یکی دیگر از اهداف این شرکت‌ها، آشنایی و همکاری با شرکت‌های ایرانی برای استفاده از راهنمایی‌ها و بازخوردها و طراحی استراتژی بازاریابی خودشان است.

محمدحسین مروتی، مدیر عامل شرکت آروین پژوهان نور که نماینده انحصاری محصولات روتک در ایران است نیز در این نمایشگاه حضور داشت. وی با اشاره به حضور این شرکت در تمام ادوار نمایشگاه گفت: دیدگاه مجموعه ما به نمایشگاه ایران فارما، دیدگاهی استراتژیک است. توجه اصلی ما در این نمایشگاه به اهداف بلندمدت بوده و بر بازخوردهای مثبت حاصل شده از این نمایشگاه استوار است.

وی در پایان با تشکر از مدیران ایران فارما، ابراز امیدواری کرد که نمایشگاه امسال - ۲۰۱۷ - حتی بهتر از سال گذشته برگزار می‌شود و با حضور شرکت‌ها و رقبای جدید، زمینه چالش‌های مثبت را در بازار ایران فراهم می‌آورد.

بازخوردهای بسیار خوب چند ماه گذشته، اشتیاق مشاهده‌شده در نمایشگاه CPhI و آمار و ارقام گزارش‌شده از دبیرخانه دائمی ایران فارما، همگی نوید برگزاری نمایشگاهی بسیار قدرتمندتر در شهریور ۹۶ را می‌دهند. سومین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته (ایران فارما ۲۰۱۷) از ۲۱ تا ۲۳ شهریور در مصلاي بزرگ تهران برگزار خواهد شد.

در ادامه نگاهی خواهیم داشت به بزرگ‌ترین رویداد دارویی جهان - CPhI چین - که ۲۹ تا ۳۱ تیر ۱۳۹۶ در شانگهای برگزار شد.



کنفرانس بین‌المللی دارو - شانگهای ۲۰۱۷

# چین به سوی جهان دارو

## گردآوری و ترجمه: لیلا کریمی

نمایشگاه CPhI (کنوانسیون مواد دارویی) تا کنون در کشورهای مختلفی برگزار شده است و چین به عنوان پرچم‌دار برگزاری بزرگ‌ترین CPhI در جهان معروف است. در ایران نیز پلتفرمی مشابه CPhI وجود دارد به نام نمایشگاه دارو و صنایع وابسته (ایران فارما)، که در سال ۲۰۱۶ توانست رکوردهای چشم‌گیری را در میزان مشارکت فعالان دارو و صنایع وابسته و بازدیدکنندگان تخصصی، ثبت کند. برای چندمین سال پیاپی، رییس نمایشگاه ایران فارما به همراه تنی چند از اعضای سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، مدیر نمایشگاه ایران فارما و تیم بازرگانی، برای بازدید و پروموشن از نمایشگاه CPhI چین در سال ۲۰۱۷ بازدید به عمل آوردند که منجر به دستاوردها و نتایج مفیدی شد که به گفته مسئولان ایران فارما، می‌تواند در هر چه بهتر و مؤثرتر برگزار شدن ایران فارما ۲۰۱۷ تأثیرگذار باشد.

نمایشگاه CPhI چین با عنوان مشترک p-mec (کنوانسیون ماشین‌آلات و تجهیزات دارویی) از ۲۰ تا ۲۲ ژوئن در گروه نمایشگاه‌های علمی - صنعتی در شانگهای چین برگزار شد. این نمایشگاه به ۱۵ منطقه تقسیم شد که به صورت کلی ۱۲۰ کشور و ۲۸۰۰ شرکت در آن حضور داشتند. عناوین اصلی بخش‌هایی که برای بازدیدکنندگان برنامه‌ریزی و طراحی شده بود شامل موارد زیر می‌شود:

- تجهیزات آزمایشگاهی
- ماشین‌آلات دارویی
- برند ماشین‌آلات بین‌المللی
- تدارکات دارویی
- عصاره‌های دارویی

از دیگر برنامه‌های اصلی CPhI چین که آن را از دیگر نمایشگاه‌های تخصصی صنعت دارو در جهان متمایز می‌کند وجود کارگاه‌های آموزشی و انتقال تجربه است که بازدیدکننده مخصوص خود را داشته و بیش‌تر آن‌ها از قبل ثبت نام شده‌اند. شایان ذکر است ثبت شرکت‌های بزرگ صنعت دارو و صنایع وابسته که در CPhI چین شرکت داشتند از روش ورک‌شاپ‌های آموزشی - ترویجی غیر مستقیم بهره جستند و به جای آن که به صورت مستقیم و تبلیغاتی (Direct Advertisement) محصولات خود را به بازدیدکنندگان معرفی کنند، طوری برنامه‌ریزی فروش داشتند که با پروموشن علمی بتوانند مشتریان خود را ترغیب به آشنایی محصولات و دستاوردهای علمی‌شان کرده تا در مسیر برنامه‌ریزی فروش قرار گیرند.

در این‌جا چند عنوان برگزیده از کارگاه‌ها، مسترکلاس و پنل تخصصی در CPhI چین ذکر می‌شود تا میزان نوآوری و اثربخشی حوزه‌های مختلف در یک رویداد صنعتی - علمی - تجاری در جهان امروز مشخص شود:

### کارگاه‌های برگزیده

سخنران	عنوان
آقای ژو هوی مدیر اتاق بازرگانی چین برای واردات و صادرات دارو و محصولات بهداشتی	ملاحظات افتتاحیه: انتشار کتاب در زمینه رقابت بین‌المللی صنعت دارویی چین
آقای یانگ چانگ یونگ معاون مدیر مؤسسه اقتصادی بین‌المللی، NDRC	وضعیت جدید تجارت و اقتصاد بین‌المللی
خانم منگ دانگ‌پینگ، معاون مدیر اتاق بازرگانی چین برای واردات و صادرات دارو و محصولات بهداشتی	انتشار ۱۰۰ اقتصاد و تجارت برتر بین‌المللی
سخنرانی با حضور نمایندگان شرکت‌های برگزیده	
خانم ژانگ بی‌بی، معاون مدیر، اتاق بازرگانی چین برای واردات و صادرات دارو و محصولات بهداشتی شرکت‌کنندگان: نمایندگان شرکت‌های دارویی	پنل: مسیر بین‌المللی شدن شرکت‌های دارویی چین

### زنان پیشرو

خانم وو ژیا متخصص و مشاور لیزنی	توسعه فعالیت‌های رهبری زنان
جلسه تعاملی	رهبری، کارایی، مقابله با استرس ۱. مقابله با فشار و زندگی شاد ۲. نوآوری‌های سلامت روان

انجمن زیست محیطی دارو

عنوان	سخنران
چالش‌های زیست محیطی و راه‌حلهایی در صنعت داروسازی زیر نظر اقتصاد طبیعی چین	ژانگ یونگ‌هانگ، دبیر کل، فدراسیون محیط زیست چین سو مینگ، معاون مدیر اتاق بازرگانی چین برای واردات و صادرات دارو و محصولات بهداشتی
بحث و استقرار سیاست‌های مدیریت محیط زیست در صنعت داروسازی	نی شوانگ‌یینگ، متخصص، مرکز آمار مهندسی حفاظت محیط زیست برای کنترل آلودگی فاضلاب داروخانه
ارزیابی ریسک زیست محیطی و طرح واکنش اضطراری صنایع دارویی	ژانگ ژیمین، واکنش اضطراری زیست محیطی

انجمن زیست محیطی دارو

عنوان	سخنران
فرصت‌ها را از دست ندهید و به استقبال چالش بروید	کایسان چن، عضو انجمن علمی آکادمی علوم چین
توسعه و کاربرد فن‌آوری راکتور لوله‌ای پیوسته در صنعت داروسازی	وایک سو، استاد دانشگاه فن‌آوری ژجیانگ
فرآیند دارویی سبز	زیاهو چو، مهندس ارشد
مقایسه سه روش آماده‌سازی داروهای کریل	فولی ژانگ، مؤسسه صنعت داروسازی شانگهای
بحث در مورد وضعیت و استراتژی شرکت‌های دارویی چینی ورود به بازار عمومی ایالات متحده	هوایوانگ کو، لایبراتورهای آن
برنامه‌های نوآورانه از فن‌آوری غشای نانوفیلتراسیون در روند پیشرفت دارویی	اندرو ژانگ، مدیر فناوری و مدیریت کسب و کار OSN, Asia Pacific

برنامه تجارت بین‌الملل در CPhI چین طی هفته دارویی در این کشور، برای بازدیدکنندگان بین‌المللی که قصد دارند کسب و کار خود را در این کشور توسعه دهند، بینش عمیقی را به ارمغان می‌آورد. این برنامه از شرکت‌های خدمات مشاوره و حقوقی جهان دعوت به عمل آورد تا آخرین به روزرسانی‌های بازار دارو را تفسیر کنند و کارهای صنعتی در زمینه ثبت اختراع و حمایت فکری را با یکدیگر به اشتراک بگذارند. همایش فنی میزبان کارشناسان محترم صنعت و محققان برتر در زمینه آخرین نوآوری‌ها است. به عنوان مثال کارگاه دکتر الیور لوتز مدیریت دفتر شانگهای، (Spruson & Ferguson (ASIA) عناوین کارگاهی‌اش به شرح زیر است:

- افزایش ارزش حق امتیاز از طریق تهیه پیش‌نویس مقدماتی متمرکز
  - راهنمایی برای آزادی خاص چین برای انجام تجزیه و تحلیل
  - چین به تازگی پیشنهاد رژیم جدیدی را برای ایجاد ارتباط و حفاظت از اطلاعات ارائه کرده است
- از دیگر نکات برجسته CPhI چین اتاق قراردادهاست که با خدمات مشاوران حقوق تجارت بین‌الملل همراه بوده تا با این امکانات و تسهیلات عقد قرارداد با حداقل مالیات در مناطق آزاد تجاری به رونق تجارت جهانی در حوزه دارو کمک شود و از این روش با سود بیش‌تر و هزینه کم‌تر صاحبان صنایع تشویق شوند در تحقیقات علمی و دستاوردهای بشردوستانه بیش‌تر سرمایه‌گذاری کنند.

نتیجه‌گیری

چین به عنوان دومین کشور صنعتی جهان قصد ورود همه‌جانبه در صنعت، علم و تجارت دارو را داشته و در برابر ۵ ساله‌ای ابتدا به انتقال تجربه کشورهای پیشرفته غرب پرداخته و سپس با تمرکز بر حضور فعال در تجارت جهانی قصد دارد بازار قوی و پویای جنوب شرق آسیا، آسیا و آسیای میانه را از طریق CPhI چین به دست آورد. در این برنامه فعالیت نمایشگاهی اصلی‌ترین تاکتیک فروش صاحبان صنعت دارویی و صنایع وابسته چین محسوب می‌شود. ▶

# مشارکت طلایه دولت و صنعت در دانمارک

ترجمه: لیلا کریمی

ایران فارما (۲۰۱۶) به عنوان بزرگ‌ترین رویداد دارویی خاورمیانه میزبان کشورهای بزرگی بود. برای آن که مخاطبان نشریه و شرکت‌های فعال در صنایع دارویی ایران با این کشورها آشنا شوند در چند شماره آتی نشریه به معرفی وضعیت صنعت سلامت این کشورها می‌پردازیم. بدون شک ظرفیت‌های به وجود آمده امروزی در حوزه صادرات می‌تواند فرصت مناسبی برای شرکت‌های داخلی باشد تا گفت‌وگوهای تجاری خود را آغاز کنند.

در این شماره به معرفی صنعت سلامت کشورهای دانمارک و سوئد پرداخته‌ایم. نکته پُررنگ در کشور دانمارک تعامل درخشانی است که دولت و صنعت با یکدیگر داشته‌اند. به نظر می‌رسد دانمارک می‌تواند نمونه مناسبی برای الگوبرداری در جهت تعامل پیش‌تر دولت و صنعت، در ایران باشد. نماینده‌های دارویی این کشورها، در سومین نمایشگاه دارو و صنایع وابسته (ایران فارما ۲۰۱۷)، حضور خواهند داشت. این نمایشگاه، ۲۱ تا ۲۳ شهریور ۱۳۹۶ در مصلاي بزرگ تهران برگزار می‌شود.

داشته باشد. به همان شیوه، Lundbeck و Leo Pharma از مشارکت دولتی و خصوصی برای ایجاد یک تجارت صادراتی سود می‌برند. یکی دیگر از ویژگی‌های مشترک شرکت‌های داروسازی دانمارک این است که آن‌ها توسط بنیادها کنترل می‌شوند. به عنوان سهام‌دار ارشد، این بنیاد تعیین می‌کند چه کسی رییس هیئت مدیره باشد، فعالیت‌های شرکت را نظارت می‌کند، و هر زمان که شرکت‌ها نیاز به حمایت دارند، از جمله حمایت‌های مالی برای خرید، کمک می‌کند. مدیر عامل Lundbeck Foundation، کریستین دایویگ معتقد است: «این مدل پتانسیل زیادی برای نوآوری و توسعه داروهای جدید دارد، چیزی که ما نمی‌توانستیم به همان اندازه انجام دهیم اگر فقط بر آن چه بازار سهام از ما می‌خواست متمرکز می‌شدیم. بنیاد لاندبک مالک ۷۰ درصد سهام Lundbeck و سهام‌دار اصلی ALK، و تأمین‌کننده محصولات ایمونوتراپی آلرژی است که سهم آن از بازار جهانی حدود ۳۳ درصد است. آیا عدم وجود بازار سهام به عنوان وسیله‌ای برای بررسی واقعیت موجب شده تا شرکت‌های تابعه به راحتی در موقعیت فعلی خود قرار بگیرند؟»

دایویگ باور دارد: «این یک خطر است. مقالات علمی در بنیادها مفهوم دست‌مُرده (محدودبودن اختیارات) را توصیف می‌کنند. یک مالک بدون اختیار، پویایی خویش را در کسب و کار از دست می‌دهد. این یکی از دلایلی است که ما دوست داریم شرکت‌هایمان در لیست بازار سهام قرار بگیرند. دوگانگی ماهیت بلندمدت بنیاد و ماهیت کوتاه‌مدت بازار سهام، مزایای بسیاری را به همراه می‌آورد. با این اختلاف است که شما در نهایت بهترین نتایج را به دست خواهید آورد.»

## ۶۰۰ میلیون دلار برای تحقیق و توسعه

در کشور سوئد بودجه تحقیقات علمی حتی در طول بحران اقتصادی به طور قابل توجهی افزایش یافته است، و در ماه اکتبر سال ۲۰۱۲ دولت بودجه تحقیق و نوآوری خود را که طی سال‌های ۲۰۱۳ - ۲۰۱۶ برای تقویت توانایی‌های تحقیقاتی در سوئد هزینه می‌شود، ۶۰۰ میلیون دلار آمریکا اعلام کرد. یکی از ۶ زمینه‌ای که بودجه در آن

در زمانی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی اکثر کشورهای عضو اتحادیه اروپا در جریان بزرگ‌ترین بحران موجود در تاریخ پس از جنگ قرار داشتند، کشورهای نوردیکس (دانمارک، فنلاند، ایسلند، نروژ و سوئد) سیستم مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته با تکنولوژی پیشرفته را توسعه می‌بخشیدند.

علاوه بر این سوئد و دانمارک، مشارکت چشمگیری در صنعت علوم زیستی در جهان داشته‌اند. دانمارک کشوری با ۵/۶ میلیون نفر جمعیت چهره‌های دارویی مانند (Lundbeck)، (NovoNordisk) (LeoPharma) و (ALK) را به جهان معرفی کرده است. سوئد با جمعیتی معادل ۹/۵ نفر، پرورش‌دهنده یک صنعت پُرطرفدار علوم زیستی است، در حالی که، بازار دارویی آن، بزرگ‌ترین در منطقه، اغلب به دلیل ماهیت مترقی آن، شاخص استاندارد اروپا شناخته می‌شود.

دانمارک و سوئد در میان رقابت شدیدی که با یکدیگر دارند، با وجود جمعیت‌های اندک خود، در اغلب موارد به مدل «Nordic» وابسته هستند. این مفهوم تا حدی مبهم، به یک مدل مبتنی بر اجماع با تمرکز بر پایداری و سطح بالایی از اعتماد و همکاری بین دولت و صنعت اشاره دارد. آیا مدل «Nordic» واقعاً توضیح‌کننده پشت موفقیت قابل توجه صنعت علوم زیستی دانمارک و سوئد است؟

## دانمارک، سرزمینی که با شیر و دارو رشد می‌کند

چگونه یک کشور ۵.۶ میلیون نفری توانسته است مولد صنعتی دارویی باشد که در سال ۲۰۱۱ محصولات دارویی خود را به ارزش ۱۰.۱ میلیارد دلار (DKK58 میلیارد کرون دانمارک) صادر کند؟ وزیر تجارت و سرمایه‌گذاری Pia Olsen Dyhr گفته است: «این یک موفقیت تاریخی است که از طریق همکاری بین صنعت و دولت دانمارک شکل گرفته است.»

به عنوان مثال برای ارتباط نزدیک صنعت و دولت، می‌توان به Novo Nordisk، اشاره کرد که در تصمیم دولت برای دسترسی همه بیماران مبتلا به دیابت به داروهای رایگان، سهیم است. این شرکت توانسته است قبل از این‌که جهانی شود، در بازار داخلی حرفی برای گفتن

**Nordic مربوط می‌شود. «  
این مدل، واقعاً توضیح کلیدی پشت  
موفقیت قابل توجه در صنعت علوم  
زیستی دانمارک و سوئد است؟**

در دانمارک، همکاری بین دولت و صنعت مورد ستایش دو طرف قرار گرفته است و می‌توان گفت که این امر تمرکز صنعت را در زمینه‌های بلندمدت و بیماری‌های خاص مانند دیابت، CNS یا آلرژی پشتیبانی می‌کند.

در سوئد وضعیت پیچیده‌تر است. اگرچه دولت یک چارچوب جامع برای نوآوری رشد و پشتیبانی از صنعت علوم زیستی ایجاد کرده است، همکاری‌ها چندان رضایت‌بخش نیستند.

رانلد عقیده دارد: «طرح‌های خوبی در سوئد وجود دارد. اما گاهی اوقات مانند یک هشدار دیر هنگام عمل می‌کنند. تنها زمانی که AstraZeneca پروژه بزرگ تحقیقاتی خود را در سوئد تعطیل کرد دولت با عجله تلاش کرد تا برنامه‌ها و سیاست‌های جدیدی را در زمینه نوآوری ایجاد کند. دولت دانمارک و جاه‌طلبی‌های آن، با همکاری انجمن صنایع دارویی و سایر بازیگران، کمی منسجم و واقعی‌تر هستند». اما مدل Nordics نخستین و مهم‌ترین مشارکت‌های متقابل کشور مانند اتحاد Medicon Valley است که تسهیل هم‌گرایی فن‌آوری‌ها، شبکه‌های هوشمند و تثبیت قدرت را در اختیار دارد که Nordicsها به آن معروف هستند. یورگنسن در پایان اضافه می‌کند: «این فرآیندی است که ما در حال حاضر در حال بسط و گسترش آن هستیم، یا مناطقی که با یک عنوان مشترک در آن مراکز و رشته‌های مختلف را ترکیب می‌کنیم. همان‌طور که گروه سوئدی ABBA می‌گوید: شانس خود را در Nordics امتحان کنید.»



متمرکز است می‌توان به صنعت علوم زیستی اشاره کرد.

هم‌زمان، سوئد ممکن است به زودی سیستم قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش خود را با قیمت‌گذاری مرجع بین‌المللی برای کاهش هزینه‌های دارو پیوند دهد.

صنعت داروسازی هشدار می‌دهد که این تغییرات، تأثیر منفی بر جذابیت سوئد به عنوان بازار و محل فعالیت‌های تحقیق و توسعه خواهد داشت. آندرس بلانک، مدیر کل انجمن صنایع دارویی سوئد (LiF)، گفته است: «تمرکز صرفاً روی

بخش‌های مختلف کسب و کار است. دولت قصد دارد زیرساخت‌هایی مناسب در بخش علوم زیستی بسازد، اما نمی‌خواهد در مورد بازارها، استفاده از محصولات جدید و پرداخت هزینه برای آن‌ها صحبت کند. این به خصوص برای یک کشور با تولید ناخالص داخلی که به مراتب بالاتر از میانگین اتحادیه اروپا است شگفت‌انگیز است.

تامی سدرمن، مدیر عامل IPSEN، می‌گوید: «حتی اگر منطقه شمال اروپا بهتر از جنوب آن باشد، هنوز هم برای صنعت داروسازی، به ویژه در مورد قیمت‌گذاری محصولاتی که چند سال است به طور متوالی تولید می‌شوند، دشواری‌های خاص خود را داراست.»

تام رانلد، مدیر کل Nordic و منطقه بالتیک IMS، موافق است که صنعت با چالش‌های جدی روبرو است. «اقدامات سخت‌گیرانه و تلاش برای سلطه در هزینه‌های داروسازی به یک روند بلندمدت تغییر قوانین برای راهکاری که انتظار می‌رود شرکت‌های دارویی با سیستم مراقبت بهداشتی تعامل داشته باشند، منجر می‌شوند. این قوانین به اجماع و تعامل با مسئولان بهداشت، و چگونگی توانایی شرکت‌ها برای نظم‌بخشیدن به فعالیت‌های گوناگون پزشکان عمومی و غیره در



# از سینما تا سلامت

جشنواره محسوب می‌شود. هم‌چنین آقایان ساتیش کومار «مؤسس و دبیر جشنواره بین‌المللی فیلم we care» و دیپاک پرواتیار «مشاور رسانه‌ای جشنواره we care» که با هدف آگاهی‌رسانی در مورد مسائل معلولان در کشور هند فعالیت می‌کنند از مدعوین خارجی و مهمانان جشنواره بودند. استرکیش لاروش در اولین دوره از جشنواره پرواز به سخنرانی پرداخت که در ادامه می‌خوانید:

دوستان عزیز

برای من موجب کمال خرسندی است که امروز برای نمایش فیلم‌های منتخب جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز در میان شما حضور داشته باشم. یونسکو از این ابتکار حمایت کرده است چراکه تلاش چشم‌گیری است در جهت آگاهی‌رسانی در خصوص مسائل مربوط به معلولیت و مبارزه با نابهنجاری‌ها و کلیشه‌ها. در حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان دست به گریبان نوعی از معلولیت هستند و متأسفانه افراد دارای معلولیت اغلب متحمل تبعیض و طرد اجتماعی می‌شوند.

در حدود ۱۸۶ میلیون کودک معلول در سراسر جهان تحصیلات ابتدایی‌شان را تمام نکرده‌اند. برای افراد دارای معلولیت فرصت‌های اقتصادی کم‌تر و درصد بالاتری از فقر وجود دارد؛ و علت آن چارچوب‌های قانونی نامناسب برای حمایت از حقوق این افراد، عدم دسترسی به آموزش و اطلاعات، هزینه بالای فن‌آوری‌های یاری‌رسان (مانند ویل‌چیر، پروتز، کمک‌های شنیداری، کمک‌های دیداری) در اغلب کشورها و دیگر عوامل است.

لیکن؛ ما می‌توانیم، و ما باید این وضعیت را تغییر دهیم.

سازمان ملل متحد با هدف ارتقای سطح زندگی افراد دچار معلولیت سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۳ را دهه معلولان نام‌گذاری نموده است و تمامی کشورها ملزم به ارائه فعالیت‌هایی در این زمینه هستند، بر همین اساس جنبشی جهانی در عرصه ارائه فعالیت‌های ویژه برای معلولان شکل گرفته است. در این راستا جشنواره بین‌المللی فیلم پرواز با هدف بررسی مسائل معلولیت و توانمندی معلولان و با توجه به اهداف بین‌المللی جهت انعکاس مسائل معلولان، فرهنگ‌سازی و ایجاد آگاهی در جامعه، برخوردار از فرصت‌های برابر و نمایش توانمندی این افراد و حضور فعال آنان در فعالیت‌های اجتماعی که منجر به توسعه و بالندگی بیش‌تر کشور می‌شود اقدام به نمایش مسائل این حوزه با استفاده از رسانه قدرتمند فیلم نموده است.

اولین دوره این جشنواره با حمایت خانم استرکیش لاروش نماینده منطقه‌ای یونسکو در ایران و شهاب حسینی - به عنوان سفیر جشنواره پرواز - طی سه روز در هفته جهانی معلولان برگزار شد. این جشنواره تلاش داشته تا با دعوت از چهره‌های شاخص علمی و هنری در سطح ملی و بین‌المللی، کمیته علمی و داوری قدرتمندی را تشکیل دهد. تا جایی که کمیته داوری این جشنواره، با حضور کیانوش عیاری، خسرو معصومی، شهاب حسینی، مجید مصاحبی و مصطفی مهرآیین کار خود را آغاز کرد و به بررسی آثار پرداخت.

برگزاری ۶ کارگاه آموزشی جهت بررسی مسائل معلولیت و معلولان با حضور پروفسور پارسا چهره بین‌المللی در حوزه ژنتیک و سرطان‌شناسی، خانم دکتر نوابی‌نژاد چهره ماندگار، مهندس شریف‌نیا و مهندس محمودی مشاوران وزارت فناوری ارتباطات و اطلاعات از جمله دستاوردهای این





دارای معلولیت کاملاً در جنبه‌های مختلف زندگی ادغام شده و می‌توانند از توانایی‌های خود به طور کامل استفاده کنند. هدف یونسکو ترویج ادغام اجتماعی و توانمندسازی افراد دارای معلولیت از طریق همه برنامه‌های یونسکو در بخش آموزش، علوم، فرهنگ و ارتباطات و اطلاعات است. این هدف؛ علت حمایت ما از جشنواره فیلم پرواز از ابتدای شکل‌گیری بوده است. در خاتمه؛ اجازه می‌خواهم از خانم امیری - دبیر جشنواره - که نیروی اصلی این ابتکار بودند قدردانی کرده و از تلاش‌های بی‌دریغ و فداکاری‌های ایشان که من واقعاً آن را تحسین می‌کنم، تشکر کنم. از همه شما به خاطر حمایت و همبستگی تان تشکر می‌کنم. ▶

اولین گام؛ تغییر نگاه و طرز فکر مردم در خصوص معلولیت است. اغلب اوقات بزرگ‌ترین موانعی که افراد دارای معلولیت با آن مواجه هستند، رویکرد و نگرش‌هایی بر پایه نابهنجاری؛ تبعیض و افکار نادرست در مورد معلولیت است. ما نباید افراد دارای معلولیت را به چشم قربانیان ناتوان که محتاج کمک‌های خیریه و درمان پزشکی هستند، ببینیم. معلولیت بخشی از وضعیت انسان است. همه ما در طول زندگی خود با درجات مختلف، یا معلول هستیم یا خواهیم شد. بنابراین، ما باید نیازها و تجربیات افراد معلول را به طور کامل در طراحی و اجرای سیاست‌های دولت؛ برنامه‌های توسعه، خدمات اجتماعی و مدل‌های تجاری در نظر بگیریم و اطمینان حاصل کنیم که زنان و مردان، دخترها و پسرهای





پل ارتباطی دانش و صنعت



فراگیر و تخصصی



در داروخانه‌ها و رویدادهای سلامت محور

# غدا دارو

توزیع ماهنامه  
Food&Drug Magazine

ارتباطی دوسویه با مخاطب متخصص



مقالات علمی و مؤثر



ارتباط مستقیم با مخاطب



پایگاه ترویج سلامت



توزیع هدفمند



شماره ۱۴، سال دوم، تیر ۱۳۹۶

# نشریه داخلی



سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران



دکتر رحیم محترم:

**مؤلفه‌های توسعه صادرات صنعت دارو**

ریس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران:

**چرخه معیوب نقدینگی موجب کاهش کیفیت دارو می‌شود**

واکنش به یک گزارش خبری

**به جای لگدمال کردن صنعت به وظایف خود عمل کنید**

صاحب امتیاز: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران

مشاوران: دکتر عباس کبریایی‌زاده، دکتر اکبر برندگی، دکتر هاله حامدی‌فر، دکتر محمد عبده‌زاده، دکتر ناصر نقدی، دکتر محمود نجفی عرب، دکتر مرتضی خیرآبادی، دکتر علی منتصری، دکتر حسین امیرعزیدی، دکتر مهدی سلیمانجاهی

باتشکر از: مازیار یساره، سمانه زارع، آیدین پدرام

تحریریه خبرنگار: شفق ضرغامی

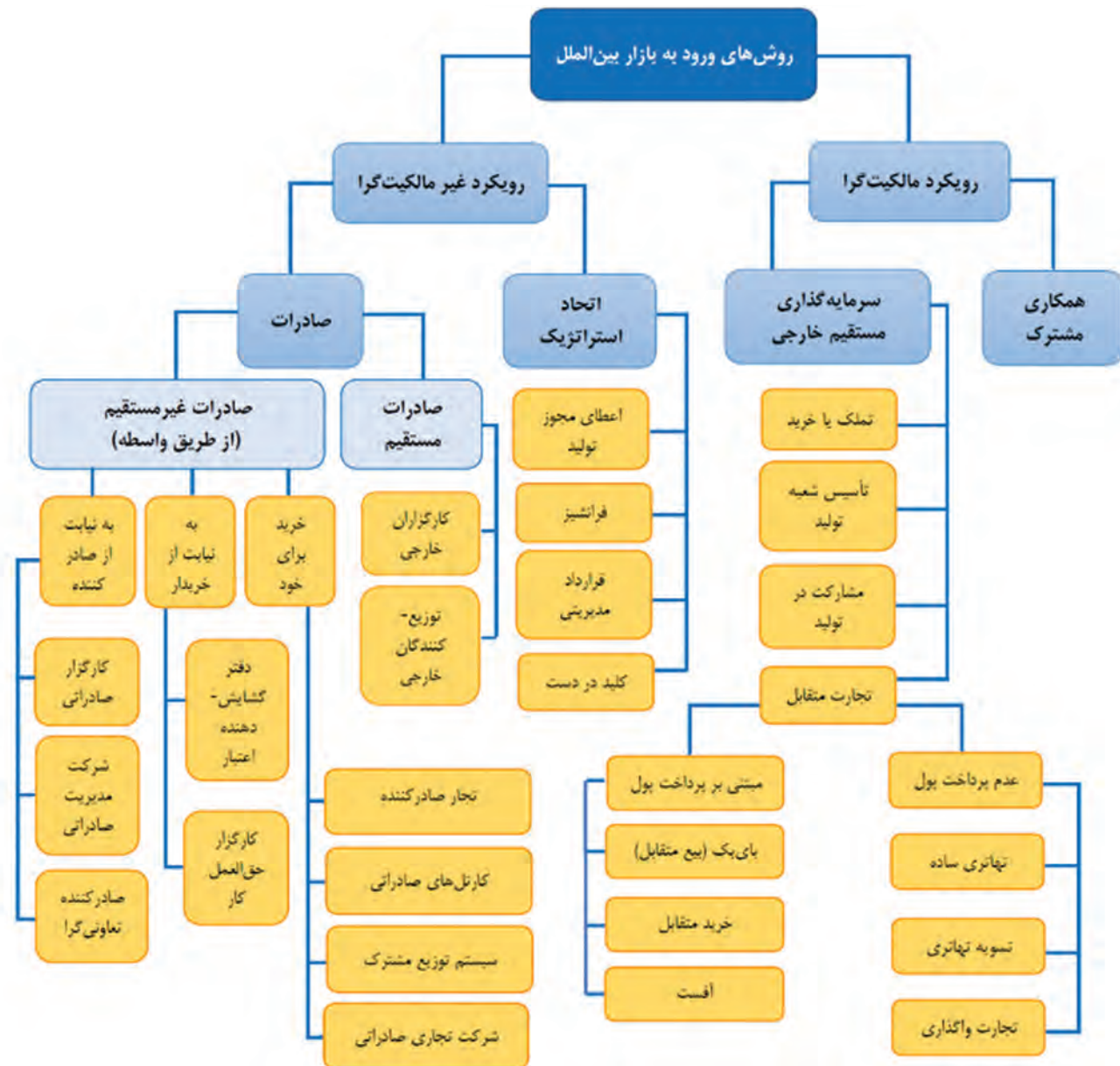
روابط عمومی، طراحی، انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

## مؤلفه‌های توسعه صادرات صنعت دارو به قلم دکتر رحیم محترم

دکتر رحیم محترم:

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران، مشاور بازرگانی و قراردادهای بین‌المللی

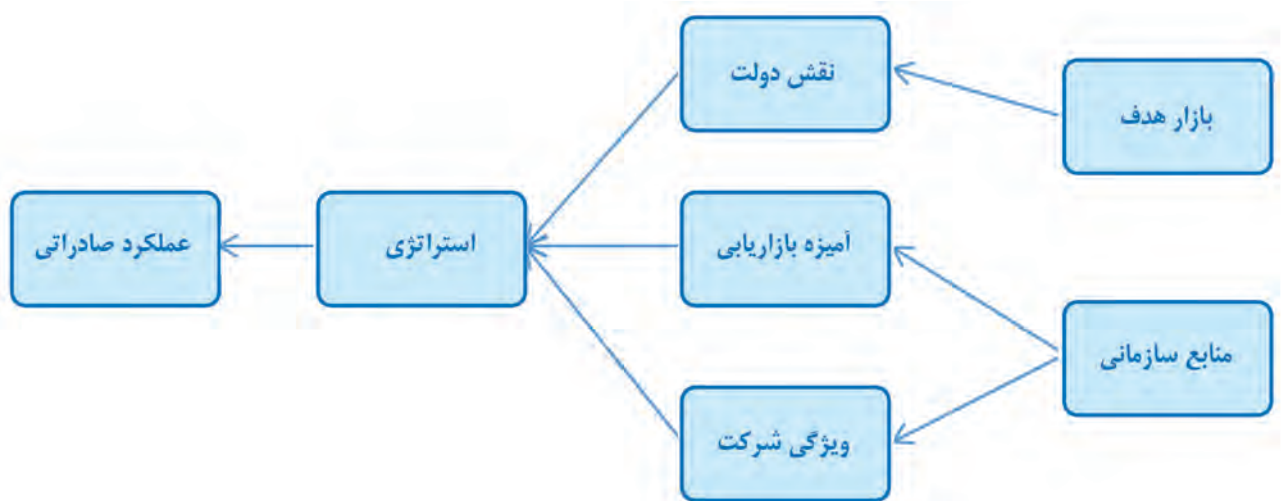
صنعت دارو یکی از قدیمی‌ترین و استراتژیک‌ترین صنایع کشور ایران است و در تعداد بسیار زیادی از متون معتبر، ایران را مهد این صنعت می‌دانند. در طول چند دهه اخیر، این صنعت با چالش‌های متعددی مواجه بوده و فراز و نشیب‌های زیادی را طی نموده است. راهیابی به بازارهای خارجی در حال حاضر اهمیت شگرفی برای توسعه صنعت داروی کشور دارد. مهم است دقت نماییم صادرات مستقیم تنها یک روش و شاید بتوان گفت ساده‌ترین روش برای حضور در بازارهای خارجی است. به نظر می‌رسد در چند دهه اخیر صادرات الزاماً بهینه‌ترین روش برای حضور در بازارهای خارجی نبوده و روش‌های متعدد دیگری نیز مطرح شده‌اند که باید مورد توجه قرار گیرند. برخی از این روش‌ها در شکل زیر ارائه شده‌اند:



هر کدام از موارد فوق باید به صورت دقیق مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرند و شرکت‌های علاقه‌مند به حضور در بازارهای خارجی باید روش ورود مناسب و بهینه را انتخاب نمایند. به هر حال روش صادرات مستقیم به عنوان سنتی‌ترین و ساده‌ترین روش مطرح است که شاخص آن حجم یا میزان صادرات شرکت‌هاست. شایان ذکر است در سال‌های اخیر در متون تخصصی به جای مطالعه «صادرات» به مطالعه «عملکرد صادراتی» به عنوان یک مفهوم عمیق‌تر پرداخته شده است. عملکرد صادراتی یک متغیر چندبعدی است که تنها شاخص آن حجم یا میزان صادرات نیست. نظریه‌های متعددی در این حوزه مطرح شده و شاخص‌های متعددی برای سنجش عملکرد صادراتی در نظر گرفته شده است. برخی از این شاخص‌ها عبارتند از حجم فروش صادراتی، نسبت صادراتی، رشد فروش صادراتی، مبلغ سودآوری صادراتی، درصد حاشیه سودآوری، سهم بازار صادراتی،

میزان رضایت از سودآوری صادرات، میزان رشد فروش صادراتی، سهم بازار، میزان دستیابی به اهداف استراتژیک صادراتی، تعداد محصولات صادراتی، تعداد بازارهای هدف صادراتی، قدرت برند در بازار صادراتی، مدت و تداوم حضور در بازار صادراتی و چندین متغیر دیگر که باید در تحلیل‌ها و تشویق‌ها مورد بررسی قرار گیرند.

از سوی دیگر عوامل متعددی بر عملکرد صادراتی و بهبود آن مؤثر هستند که در مدل زیر به صورت مختصر ارائه شده‌اند. در این مدل عوامل متعدد مؤثر بر عملکرد صادراتی مشخص شده و بهبود وضعیت هر کدام از عوامل مطرح شده می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر بهبود عملکرد صادراتی شرکت‌ها داشته باشد.



**منابع:** در این بخش متغیرهای متنوعی از جمله منابع اطلاعاتی، مالی، انسانی و برخوردار از عوامل تسهیل‌گر می‌تواند در موفقیت عملیات صادراتی شرکت‌ها مفید باشد. به عنوان مثال بهره مندی از نیروهای انسانی آموزش دیده مسلط به فرآیند صادرات، مذاکره و مکاتبه بازرگانی بین‌الملل و چگونگی حضور در مناقصات بین‌المللی دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی می‌تواند تأثیر زیادی در افزایش صادرات شرکت‌ها داشته باشد.

**بازار هدف:** ویژگی‌های بازار هدف معمولاً به دو دسته غیراقتصادی شامل (تشابه شرایط اجتماعی با کشور صادرکننده، برنامه‌های آتی دولت، سبک زندگی و مصرف دارو، سطح عمومی سلامتی و بیماری‌های رایج، مجوزها و گواهی‌نامه‌های مورد نیاز) و اقتصادی شامل (پتانسیل سودآوری، سطح رقابت، قدرت خرید، سطح توسعه‌یافتگی و غیره) تقسیم می‌شود. اولویت‌بندی و انتخاب بازار هدف مناسب یکی از مهم‌ترین گام‌های صادرات مداوم است که باید با توجه به اصول و مبانی بازاریابی و نه صرفاً تجربه شخصی مدیران انجام شود. موقعیت جغرافیایی ایران و وضعیت صنعت داروی کشورهای همسایه یکی از مهم‌ترین مزیت‌های رقابتی را برای شرکت‌های ایرانی ایجاد نموده است.

**ویژگی‌های شرکت:** یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهبود عملکرد صادراتی، ویژگی‌های خود شرکت‌ها است. این ویژگی‌ها شامل عوامل متعددی هم‌چون تناسب ساختاری، برند، کیفیت پرسنل، فن‌آوری مورد استفاده، وجود واحد بازاریابی حرفه‌ای، سابقه حضور در بازار میزبان، گرایش کارآفرینانه در حوزه تجارت بین‌الملل، انعطاف، فرصت‌جویی، گواهی‌نامه‌های بین‌المللی اخذشده، ابتکار و ریسک‌پذیری است.

**آمیژه بازاریابی:** هر چند این متغیر بیش از شصت سال پیش در علم بازاریابی مطرح شده اما هم‌چنان یکی از مهم‌ترین مفاهیم حوزه بازاریابی به شمار می‌رود. شرکت‌ها معمولاً بیش‌ترین کنترل را روی این عوامل داشته و با تغییر و تعدیل آن می‌توانند برنامه اثربخش‌تری برای بازارهای هدف خود داشته باشند. عوامل متعددی از جمله کیفیت، تنوع، تمایز و بسته‌بندی محصولات، قیمت و بهای تمام‌شده، تبلیغ، ترویج، معرفی و ترفیع محصولات در بازارهای هدف، کانال و سیستم‌های توزیع، همکاری با شرکای بومی، حمل و نقل و برخورداری از روش‌های مدرن پخش در این دسته قرار می‌گیرند. بهبود هر کدام از عوامل فوق می‌تواند تأثیر قابل توجهی در بهبود عملکرد صادراتی شرکت‌ها داشته باشد.

**نقش دولت:** واقعیت این است که دولت می‌تواند نقش پیش‌برنده و یا حتی بازدارنده در عملکرد صادراتی شرکت‌ها داشته باشد. عواملی هم‌چون جوایز صادراتی، برنامه‌های توسعه صادرات، حمایت مالی، مزایای مالیاتی و به ویژه ایجاد روابط سیاسی مناسب با کشورهای هدف از جمله فعالیت‌های پیش‌برنده هستند. از سوی دیگر عواملی هم‌چون ممنوعیت، تعرفه، الزام به اخذ مجوزهای پیچیده، موانع سیاسی و کنترل نرخ ارز به عنوان عوامل بازدارنده در نقش دولت تلقی می‌شوند.

**استراتژی شرکت:** شرکت‌های موفق در تجارت بین‌الملل معمولاً راجع به سه حوزه مهم استراتژی‌های خود را تدوین و تنظیم می‌نمایند. ابتدا **استراتژی شناخت و انتخاب بازار هدف**، در مرحله بعد **استراتژی ورود به بازار یا بازارهای هدف انتخاب‌شده** و در نهایت **استراتژی حضور و رقابت در بازار مربوطه**.

امید است هر کدام از بازیگران حوزه صادرات به ویژه دولت و شرکت‌ها با ایفای نقش اثربخش و به موقع به توسعه صادرات صنعت داروی کشور کمک نموده و باعث توسعه و بالندگی این صنعت مهم کشور شوند. ▶

## رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران: چرخه معیوب نقدینگی موجب کاهش کیفیت دارو می‌شود

یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که امروزه، صنعت داروی ایران به آن گرفتار شده، مشکل نقدینگی است. به گفته کارشناسان در صورت عدم تزریق منابع مالی به صنعت دارو، احتمالاً باید شاهد آسیب‌هایی جدی باشیم که بر پیکره صنعت داروسازی ایران وارد می‌شود.

دکتر عباس کبریایی‌زاده رییس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، ماه جاری در گفت‌وگو با نشریه «بهداشت» با اشاره به چالش‌های طرح تحول سلامت در دولت یازدهم، به بیان مشکلات صنعت داروسازی از جمله نقدینگی و ضرورت اصلاح آن در دولت دوازدهم پرداخت. به عقیده وی متأسفانه تولیدکنندگان دارو به صورت فزاینده شاهد افزایش هزینه‌های تولید هستند. از سوی دیگر دولت به راه‌های مختلف هزینه‌هایی به صنعت تحمیل می‌کند. متن کامل این گفت‌وگو به شرح زیر است:

• چالش‌های صنعت داروسازی در طرح تحول سلامت چه بود؟ این چالش‌ها چه تفاوتی نسبت به قبل از اجرای این طرح دارد؟ دولت یازدهم در شرایطی شروع به کار کرد که حوزه سلامت هم مانند سایر حوزه‌های اقتصادی و صنعتی کشور در پایان دولت دهم آسیب‌های خیلی جدی دیده بود. روابط حیاتی و ملزوم در ساختارهای حاکمیتی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی چه در امور داخلی و چه در امور خارجی وجود نداشت و متأسفانه از مدار کشورداری خارج شده بود. در نتیجه دولت ناچار بود یک قطار از ریل خارج شده را بازگرداند. متأسفانه در حوزه سلامت بی‌مبالاتی‌های صورت گرفته منجر به حاکم شدن بازار مکاره و سوداگری در حوزه کالاها و خدمات سلامت شد.

در آن دوران پرداخت از جیب بیماران بنا بر اعتراف وزیر وقت دولت دهم به بیش از ۵۰ درصد رسیده بود. بنابراین یکی از نگرانی‌های مطرح در اوایل دولت یازدهم هزینه‌های بالای درمان برای مردم بود و دولت تلاش کرد تا در این رابطه اندیشه کند و پرداخت از جیب مردم را کاهش دهد. اگرچه در ماه‌های پایانی دولت دهم در این خصوص فکریایی شده بود، اما اجرای آن به دولت یازدهم منتقل شد. این را نباید فراموش کنیم که مجلس وقت در نظر داشت تا بخشی از یارانه‌های ناشی از افزایش قیمت سوخت به بخش سلامت منتقل شود.



زبان‌دهی داروخانه‌ها می‌شود. باید توجه کرد که این مسئله می‌تواند یکی از تهدیدهای جدی برای نظام سلامت باشد و به مرور زمان داروخانه‌ها تمایل به فروش داروهای تحت پوشش بیمه را از دست می‌دهند. البته این اتفاق افتاده و خیلی از داروخانه‌ها ترجیح داده‌اند داروهای تحت پوشش بیمه را کار نکنند و به عبارتی خدمات را به افراد تحت پوشش بیمه کم‌تر بدهند. این یک تهدید جدی است که دولت آقای روحانی باید آن را جدی‌تر بررسی کند.

• **با توجه به این که اولین اولویت صنعت داروسازی در حال حاضر نقدینگی است، به نظر شما وزارت بهداشت در دولت دوازدهم باید در اقدامات خود، چه چیزی را برای حوزه دارو در نظر بگیرد؟**  
اتفاقی که در دولت قبل افتاد و باید در دوره جدید بررسی و بازنگری شود، بحث بی‌توجهی به اصلاح قیمت داروهای تولید داخل است. متأسفانه ما به صورت فزاینده شاهدیم که هزینه‌های تولید رو به افزایش است. از سوی دیگر دولت به طرق مختلف به صنعت هزینه تحمیل می‌کند؛ برای نمونه مالیات ارزش افزوده به ناحق به صنعت داروسازی تحمیل شده است در حالی که هیچ جای قیمت‌گذاری دیده نمی‌شود، و صنعت داروسازی بابت نهادهایی که استفاده می‌کند، مالیات ارزش افزوده پرداخت کند بدون آن‌که در قیمت آن لحاظ شود. صنعتی که باید نیازهای خود را به صورت نقدی خرید کند و متأسفانه پول خود را از شرکت‌های بیمه با ماه‌ها تأخیر دریافت کند، چرا باید این هزینه‌ها را متحمل شود؟

برای نمونه وزارت بهداشت کد رهگیری را دنبال کرد که به نظرم سیاست خیلی خوبی برای مبارزه با قاچاق و شفاف‌کردن بازار بود اما متأسفانه وزارت بهداشت هم ناقص اجرایش کرد و هزینه‌های آن را به صنعت تحمیل کرد. بنابراین به رغم همه سرمایه‌گذاری‌ها، فشاری که به صنعت داروسازی وارد می‌شود باعث افزایش هزینه‌های تمام‌شده تولید شده، بدون این‌که دولت این هزینه‌ها را در قیمت تمام‌شده لحاظ کند. مجموعه این چالش‌ها موجب شده که صنعت داروسازی رو به افول واقع شده در حالی که صنعت بسیار پویا و نوآوری بوده است. افول این صنعت برای افرادی که در قیمت‌گذاری دارو دخیل هستند، افتخارآمیز نیست و باید در آینده پاسخ‌گو باشند.

با توجه به این‌که صنعت داروسازی یکی از پویاترین صنایع کشور است و بالاترین نرخ نوآوری را دارد، دولت و وزارت بهداشت وظیفه دارند تا نسبت به پویا نگاه‌داشتن صنعت داروسازی و حمایت‌های مستقیم و غیر مستقیم در این خصوص، فعالیت کنند.

یکی از راه‌های پویایی صنعت داروسازی این است که چرخش نقدینگی اقتصادی صنعت را سودآور و بهره‌ور نگاه دارند که متأسفانه ما از شاخص‌های بهره‌وری خیلی فاصله گرفتیم. دوم این‌که کشور همواره برای نقدینگی، منابعی را اختصاص می‌دهد، مانند منابع و اعتبارات مدیریت‌شده‌ای که دولت برای صنعت در نظر گرفته است. با این حال به رغم رویکرد دولت و انتظاری که می‌رفت، وزارت صنعت، معدن در جهت جلوگیری از تعطیلی خطوط تولید و حمایت‌های ارزی و بانکی که باید از صنایع انجام می‌داد، صنعت داروسازی را در این اولویت قرار نداد که امیدوارم در دولت بعدی به آن توجه شود.

**اگر شرکت‌ها وارد رقابت کشنده بشوند، هم کیفیت و هم**

**صنعت آسیب خواهند دید. از طرف دیگر صاحبان صنعت**

**هم حرف‌هایی برای گفتن دارند. آن‌ها وقتی می‌بینند که**

**از طریق بیمه‌ها پول‌هایشان باز نمی‌گردد، ناچارند برای**

**ادامه حیات چوب حراج به کالاهای خود بزنند.**

**صنعت داروسازی توان تولید بالایی دارد و امروز با صنعتی**

**روبه‌رو هستیم که ۳ برابر نیاز کشور می‌تواند تولید کند.**

**این مسئله پیام خوبی است که صنعت داروسازی، به عنوان**

**یک صنعت بالغ، می‌تواند نیازهای کشور را فراتر از نیاز**

**پایه‌ای، تأمین کند.**

طبیعتاً خصلت طرح‌های جهشی و رفلکسی ناشی از حوادث اجتماعی مقداری عجولانه و گاهی همراه با کم‌توجهی‌هایی است. طرح تحول سلامت نیز از این مسئله مستثنا نبود و از همان ابتدا با این چالش‌ها روبه‌رو شد. دولت به دلیل این‌که می‌خواست به صورت شتاب‌زده پرداخت از جیب مردم را کاهش دهد، به برخی مسائل بی‌توجه ماند و بحث‌های زیادی را میان کارشناسان ایجاد کرد. به عنوان مثال یکی از چالش‌ها این بود که باید به چه خدمات و کالاهایی یارانه اختصاص بدهیم. این مسئله در حوزه دارو به این‌گونه مطرح شد که آیا باید به برخی از داروهای وارداتی که مشابه تولید داخل دارند، یارانه اختصاص یابد یا خیر؟ به همین دلیل از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح تحول سلامت، نبود فرصت کافی برای بررسی اولویت‌های مهم‌تر در تأثیرگذاری شاخص‌های سلامت بود. به طوری که به برخی از خدمات و کالاهای سلامت یارانه اختصاص یافت که از اولویت‌ها در نظام سلامت برخوردار نبودند.

از سوی دیگر طرح تحول سلامت موجب شد دولت به خدمات، یارانه پرداخت کند و سازمان‌های بیمه‌گر مسئول پرداخت باشند؛ در حالی که در گذشته دولت به کالاهای یارانه پرداخت می‌کرد. در نتیجه قیمت دارو در بازار عرضه واقعی شد. با این‌که طرح تحول سلامت موجب کاهش پرداخت مردم و ارزان تمام‌کردن کالاهای سلامت شده بود، اما تدبیری در خصوص تناسب مدیریت تقاضا و مصرف نشده بود. بر همین اساس یکی از چالش‌های جدی که در طرح تحول سلامت با آن مواجه شدیم این بود که شیفت مصرف یا تقاضا اتفاق افتاد. در نتیجه اگر در گذشته برخی از تقاضاهای ارزان‌تر چه در حوزه کالا و چه در حوزه خدمات نظام سلامت گرایش بیش‌تری داشت؛ این تقاضاها به سمت تقاضاهای گران‌تر سوق پیدا کرد.

همین مسئله منجر شد که سازمان‌های بیمه‌گر مجبور شدند به طور متوسط حدود ۷۰ درصد بودجه‌های خود را در نظام سلامت افزایش دهند. با این حال همیشه با کمبود بودجه مواجه بودند و همواره در صنعت داروسازی یکی از مهم‌ترین چالش‌ها همین است. در حال حاضر نزدیک به ۳ هزار میلیارد تومان بدهی بیمارستان‌های دولتی و عمومی به شرکت‌های پخش دارو است و انتقال این حجم از بدهی به صنعت موجب رکود جدی‌تر صنعت و افول آن می‌شود.

• **آخرین پرداختی بیمه‌ها چه تاریخی بوده است؟ این تأخیرات**

**چه تأثیری بر صنعت داروسازی دارد؟**

بیمه تأمین اجتماعی و بیمه سلامت تا پایان آذرماه پرداخت شده است و الان نزدیک به ۵ ماه است که تأخیر دارند. به نظر می‌رسد که فاصله ۵ ماهه میان فروش دارو تا پرداخت بیمه‌ها می‌تواند بحران‌آفرین باشد. در گذشته داروخانه‌ها اصلاً از منابع بانکی استفاده نمی‌کردند و داروخانه بیش‌تر با منابع داخلی خود، اداره می‌شد. دوره بازگشت پول در پایان دولت آقای خاتمی ۶۰ روز بود در حالی که این روزها ۶ برابر شده و به ۳۶۰ روز رسیده است. در نتیجه باعث شده هزینه‌ها در صنعت داروسازی بیش از ۶ برابر شود. از سوی دیگر داروخانه‌ها که اصلاً چیزی به نام هزینه مالی نداشتند حالا این روزها با سرفصلی به عنوان هزینه‌های مالی روبه‌رو هستند و سازمان امور مالیاتی نیز آن را در نظر نمی‌گیرد. همه این روند موجب



**طبیعتاً خصلت طرح‌های جهشی و رفلکسی ناشی از حوادث اجتماعی مقداری عجولانه و گاهی همراه با کم‌توجهی‌هایی است. طرح تحول سلامت نیز از این مسئله مستثنا نبود و از همان ابتدا با این چالش‌ها روبه‌رو شد.**

است که به نقدینگی برمی‌گردد. البته راهکار رفع نقدینگی این نیست. شما باید راه تنفسی را باز کنید. کلید حل کمبود نقدینگی دست دولت است. تفاهم سندیکا با وزارت بهداشت برای کنترل بازار برای این است که بیش‌تر از این به صنعت آسیب نخورد و از آسیب پیش‌رونده جلوگیری شود. ما همه تلاش خود را در مجلس انجام داده‌ایم تا مشکل نقدینگی حل شود. اگر مشکل نقدینگی برطرف نشود این کنترل بازار موجب می‌شود که کارخانجات میزان تولید خود را کاهش دهند و ناچار شوند تعدیل نیرو کنند. ناچار می‌شوند قیمت تمام‌شده خود را پایین بیاورند و ده‌ها مورد مشابه دیگر. گفتنی است سقف تخفیف در این تفاهم حداکثر ۱۰ الی ۱۵ درصد است.

**• تفاوت قیمت داروهای تولید داخل با داروی وارداتی در قدیم تفاوت زیادی داشته است. در حال حاضر چه قدر تغییر کرده است؟**

معتقدم که نظام قیمت‌گذاری در ایران منصفانه نیست. فرض کنید شما دارویی را در داخل کشور تولید کنید و این دارو را بر پایه کاست پلاس (ارزش افزوده) یا قیمت تمام‌شده تولید محاسبه می‌کنند در حالی که مشابه خارجی آن بر اساس اظهار تولیدکننده تعیین می‌شود. به عنوان مثال یک تولیدکننده قبرسی می‌گوید داروی من صد هزار تومان است در حالی که مشابه آن در ایران سی هزار تومان است. ما در گذشته شاهد بودیم که اختلاف قیمت داروی تولید داخل با داروی ژنریک خارجی مشابه هندی، ترکیه‌ای و غیره گاهی بسیار بالا بود.

در حال حاضر نیز به طور میانگین اختلاف قیمت میان داروی تولید داخل و وارداتی، هفت تا ده برابر است. این اختلاف قیمت موجب عدم توازن در بازار می‌شود؛ در نتیجه فردی که دارو وارد می‌کند، انگیزه بیش‌تری دارد، مارکتینگ می‌کند و بازاریابی بیش‌تری انجام می‌دهد. به علاوه برای داروخانه هم مقرون به صرفه است که داروی گران‌تر را بفروشد و همه مؤلفه‌های حمایت از بازار، متوجه کالای گران‌تر می‌شود و شاهد بودیم که ظلم بزرگی به داروهای داخلی شد. در دولت یازدهم آیین‌نامه قیمت‌گذاری اصلاح شد و مصوب شد که داروهای جدید تولیدی ۳۰ الی ۵۰ درصد قیمت اورجینال داشته باشند با این حال وزارت بهداشت به درستی رعایت نمی‌کند. مشکل جدی برای داروهای قدیمی این است که بر اساس قیمت تمام‌شده قیمت‌گذاری شده‌اند و دولت قیمت‌گذاری آن‌ها را بازنگری نکرده است. استدلال وزارت بهداشت هم این است که این مسئله تحمیل هزینه به بیمه خواهد بود که از عهده آن‌ها خارج است. بنابراین یکی از بحث‌های جدی ما بحث قیمت‌گذاری است که اعتقاد این است که قیمت‌گذاری منصفانه نیست و برای کنترل بازار و ایجاد یک بستر عادلانه برای تولیدکنندگان و واردکنندگان داروهای واردات به همان میزان داروهای تولید داخل به فروش برسد. این مسئله سبب می‌شود که میزان واردات و تمایل به آن به شدت کاهش یابد و یکی از خروجی‌های این قیمت‌گذاری غیر منصفانه تمایل به سرمایه‌گذاری از تولید به واردات منتقل می‌شود.

این اتفاقی است که در ۱۰ الی ۱۲ سال گذشته رخ داده است. هر چند که در ۴ سال اخیر این تمایل را کاهش داده‌اند ولی هم‌چنان واردات شیرین‌تر و پُرسودتر است. لذا تا زمانی که موازنه سودآوری به نفع صنعت واردات است، سرمایه‌گذاری در صنعت تولید خیلی جذاب نیست. ▶

• به عقیده شما شیوه‌نامه کنترل بازار که با همکاری سندیکا و سازمان غذا و دارو تدوین شده، می‌تواند مشکلات صنعت از جمله رقابت ناسالم میان شرکت‌ها را حل کند؟  
این اشکال ایجادشده به مشکلات اقتصاد کشور بازمی‌گردد. صنعت داروسازی توان تولید بالایی دارد و امروز با صنعتی روبه‌رو هستیم که ۳ برابر نیاز کشور می‌تواند تولید کند. این مسئله پیام خوبی است که صنعت داروسازی، به عنوان یک صنعت بالغ، می‌تواند نیازهای کشور را فراتر از نیاز پایه‌ای، تأمین کند. با این حال یک تهدید جدی وجود دارد؛ اگر به صادرات توجه نشود و به توسعه بازارها توجه نکنیم، صنعت دارو، مجبور می‌شود در میان خود به رقابت بپردازد که نتیجه آن می‌تواند یک رقابت ناسالم و آسیب‌رسان باشد. متأسفانه به دلیل تحریم‌هایی که وجود داشت و محدودیت‌هایی که با کشورهای اطراف داشتیم، شاهد سیر نزولی صادرات داروهای مان بودیم. البته بعد از برجام دوباره یک سری ارتباطات شکل گرفته ولی باید قبول کنیم که بازارهای اطراف از دست رفته‌اند و باید آن‌ها را دوباره بازیافت. رقابتی خارجی این صنعت، اعم از شرکت‌های داروسازی هندی، چینی و ترکیه‌ای به سرعت وارد این بازارها شده و آن‌ها را فراگرفته‌اند. به عنوان مثال در بازار افغانستان سهم ایران در گذشته بیش از ۸۰ درصد بوده ولی در حال حاضر کم‌تر از ۳۰ درصد شده است و برخی از گزارش‌ها می‌گویند کم‌تر از ۲۰ درصد است.

**• ریشه مشکلات اقتصادی صنعت دارو را در چه می‌دانید؟**

طبیعتاً بخشی از این مشکلی که در صنعت داروسازی با آن مواجه هستیم ناشی از ماهیت کل اقتصاد کشور است. ما در سندیکا بحث‌های جدی داشتیم که آیا وارد این شیوه‌نامه کنترل بازار بشویم یا خیر! نهایتاً اعضای هیئت مدیره به این نتیجه رسیدند که باید به طور جدی وارد شویم. زیرا بر این اعتقاد هستیم که اگر شرکت‌ها وارد این رقابت کشنده بشوند، هم کیفیت و هم صنعت آسیب خواهند دید. از طرف دیگر صاحبان صنعت هم حرف‌هایی برای گفتن دارند. آن‌ها وقتی می‌بینند که از طریق بیمه‌ها پول‌های‌شان بازنمی‌گردد، ناچارند برای ادامه حیات چوب حراج به کالاهای خود بزنند. به نوعی این بیماری اقتصادی که حاکم بر صنعت داروسازی شده، یکی از آن‌ها چوب حراج‌زدن‌هاست. اعتقاد من این است که ضررکننده اصلی هم در این مقوله، کشور است و نه فقط صنایع.

بسیاری از داروهای که با تخفیف‌های بالا به فروش می‌رسد از قیمت تمام‌شده هم کم‌ترند. و به نظر می‌رسد که شرکت، تنها برای ادامه حیات یک چنین اقدامی انجام می‌دهد که نتیجه آن به کیفیت آسیب خواهد زد. زیرا صنعت به سمتی می‌رود که کالاهای ارزان‌تر استفاده کند و قیمت آن‌ها را کاهش دهد. لذا ما به عنوان سندیکا به دنبال این هستیم که این آشفته‌گی را به حداقل برسانیم.

**• بر اساس این شیوه‌نامه قرار است که شرکت‌های داروسازی محدود شوند. با وجود مشکلات نقدینگی که وجود دارد سبب کاهش تولید می‌شود.**

طبیعتاً با این اقدام میزان تولید کاهش خواهد یافت. این چرخه معیوبی

**قیمت‌گذاری منصفانه نیست و برای کنترل بازار و ایجاد**

**یک بستر عادلانه برای تولیدکنندگان و واردکنندگان**

**داروهای واردات به همان میزان داروهای تولید داخل به**

**فروش برسد. این مسئله سبب می‌شود که میزان واردات و**

**تمایل به آن به شدت کاهش یابد.**



## واکنش به یک گزارش خبری به جای لگدمال کردن صنعت به وظایف خود عمل کنید



امروز وارد چرخه تولید در صنعت داروسازی می‌شود در خوش‌بینانه‌ترین حالت ۱۸ الی ۲۴ ماه بعد به صاحب کالا برمی‌گردد (۳۶۰ روز دوره وصول مطالبات از پخش و همین میزان گردش پول در چرخه تولید است).

• همکاران ما در وزارت بهداشت آگاه هستند و به طور مکرر این خبر را نیز به عنوان کارنامه خود اعلام می‌کنند که ۹۶ درصد نیاز دارویی کشور در داخل تولید می‌شود، به همین دلیل ضروری است تا بدانیم که این صنعت برای تأمین ۹۶ درصد نیاز کشور تنها ۸۰۰ میلیون دلار ارزبری دارد و شما برای واردات کم‌تر از ۴ درصد نیاز کشور سال گذشته بالغ بر ۱۰۰۰ میلیون دلار ارز داده‌اید، چرا قدرناشناسی می‌کنید؟

• عنوان شده است که از ۳۰۰ خط تولید تنها ۲۰ خط دارای استاندارد GMP هستند. آگاهان به این حوزه استحضار دارند که استانداردهای GMP استانداردهای نقطه‌ای نیستند، بلکه استاندارد GMP مجموعه‌ای از مقررات و رویه‌هایی است که هر شرکت و هر خط تولید از رعایت آن‌ها نمره‌ای می‌گیرد. بر اساس آخرین فهرست منتشر شده وزارت بهداشت از میان ۶۳ شرکت ایرانی که در فهرست صادرکنندگان دارو بوده‌اند، ۴۴ شرکت رتبه A و ۱۹ شرکت رتبه B دارند. چگونه ممکن است ۶۰ درصد شرکت‌های ایران (۶۳ شرکت از ۱۰۶ شرکت عضو سندیکا) که در مجموع ۳۰۰ خط تولید دارند تنها ۲۰ شرکت واجد گواهی GMP باشند.

• انتظار می‌رود به جای این که مرتب صنعت داروسازی آسیب‌دیده از ناملایمات اقتصادی کشور، بی‌تدبیری و کم‌توجهی مدیران به مسئولیت‌های خویش، ساختارهای ناکارآمد نیمه‌دولتی‌ها در اداره بهره‌ور و... لگدمال شود، اندکی به وظایف قانونی که همانا رعایت سیاست‌های کلی نظام سلامت و اصول اقتصاد مقاومتی ابلاغی مقام معظم رهبری است، توجه جدی‌تر صورت گیرد. ▶

چندی پیش دکتر اکبر عبداللهی اصل مدیر کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر سازمان غذا و دارو در مصاحبه‌ای اختصاصی با یکی از روزنامه‌های کشور مبنی بر تعداد خطوط تولید دارویی مجهز به استاندارد GMP، بیان کرده بود: «هم‌اکنون از ۳۰۰ خط داروسازی کشور فقط ۲۰ خط داروسازی دارای استاندارد GMP هستند و ما در این زمینه اغماض کرده‌ایم. همین باعث شده است تا بسیاری از شرکت‌های ما برای صادرات با مشکل مواجه شوند و استانداردهای لازم را کسب نکنند. بنابراین اگر قرار باشد داروهای ایرانی قیمتی معادل قیمت‌های جهانی داشته باشند باید جی‌ام‌پی آن‌ها هم مانند شرکت‌های بین‌المللی شود».

پس از انتشار این مصاحبه که موجب اعتراض تولیدکنندگان دارو شد، رئیس سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران به نمایندگی از فعالان صنعت در نامه‌ای خطاب به مدیریت آن رسانه و ریاست سازمان غذا و دارو، به بیان نکات زیر پرداخت:

• اصولاً این که گاهی برخی از مدیران وزارت بهداشت خود را در موضع اپوزیسیون قرار داده و به انتقاد از صنعت ملی داروسازی می‌پردازند و ناتوانی خود را در حل مشکلات کاملاً آشکار و عیان این صنعت که بخش عمده‌ای از آن‌ها حاصل بی‌تدبیری‌ها و ناتوانی‌های نهاد‌های مسئول است، به گردن این و آن می‌اندازند، شایسته مدیران نظام جمهوری اسلامی نیست. این سؤال مطرح می‌شود که چرا و به چه دلیل صنعت داروسازی که باعث افتخار ملی است، با بهانه‌هایی عجیب و غریب از حق قانونی خود که حداقل دیده‌شدن همانند یک شرکت قبرسی، هندی، آلمانی، اسلونی، یونانی و... است، محروم می‌شود. چرا دولت در اصلاح قیمت داروهای تولید داخلی، که تولیدکنندگان آن مجبورند تورم داخلی، هزینه‌های مالی لجام‌گسیخته، هزینه‌های به ناحق مالیات بر ارزش افزوده که سالانه افزایش می‌یابد، تعرفه‌های گمرکی، عدم پرداخت بدهی بیمارستان‌ها، بیمه‌ها و... را در قیمت تمام‌شده خود تحمل و هیچ‌گونه افزایشی را نداشته باشند، بهانه‌تراشی و تعلل می‌کند. چرا یک شرکت ژنریک‌ساز هندی، قبرسی، اسلونی و... می‌تواند محصول خود را در ایران ۵ تا ۱۰ برابر یک شرکت ایرانی بفروشد. کجای این سیاست با سیاست‌های نظام جمهوری اسلامی هم‌خوانی دارد، آیا این رعایت اقتصاد مقاومتی است؟

• در حال حاضر بدهی دانشگاه‌ها و مراکز نیمه‌دولتی به شرکت‌های توزیع دارو به بیش از ۳ هزار میلیارد تومان رسیده است. در حالی که در گذشته نه‌چندان دور دوره وصول مطالبات در این صنعت ۶۰ روز بود، امروز این رقم به بیش از ۳۶۰ روز رسیده است. به عبارت دیگر پولی که



## گفت‌وگو با دکتر مصدق دارو جایگاه بالایی در سیستم تأمین سلامت دارد

دکتر علی مصدق معاونت فروش، بازاریابی و صادرات یکی از شرکت‌های پُرسابقه در بحث تولید است. با او در خصوص جایگاه صنعت دارو در ارتقای شاخص‌های سلامت و چالش‌های این صنعت به گفت‌وگو پرداختیم. متن این گفت‌وگو را در ادامه می‌خوانید:

دنبال صادرات و بازارهای جدی‌تر باشیم. برای این امر باید نیروهای انسانی کارآمد، کنترل کیفی بیش‌تر، بسته‌بندی بهتر در جهت پیشبرد کسب کار حرفه‌ای داشته باشیم.

• با توجه به این‌که کشور ما در سطح جهانی بازیگر مطرحی در بخش صادرات نیست بازارهای هدفمند دارویی برای صادرات ما کدام کشورها است؟

کشورهایی مانند عراق، سوریه، لبنان و کشورهای CIS می‌توانند وضعیت مطلوبی برای صادرات داروهای ایران ایجاد کنند. در بازار افغانستان شرکت‌های موفق از ایران حضور دارند؛ هم‌چنین در حال حاضر به کشورهای آفریقایی و ترکیه و... نیز صادرات داریم.

در سال‌های گذشته ۴۰ تا ۴۵ کارخانه داروسازی داشتیم با جمعیت ۷۰ میلیون نفر. اما در حال حاضر ۱۶۸ کارخانه با جمعیت ۸۰ میلیون نفری داریم و به طور قطع ما ظرفیت بسیار بالایی برای تولید دارو داریم که نیازمند برنامه‌ریزی کمی و کیفی در صادرات هستیم.

در روابط جهانی و بین‌المللی اگر تحریم باشیم و روابط مناسبی با کشورها نداشته باشیم جایگاه مناسبی نیز نخواهیم داشت و بازار ما محدود خواهد بود و نمی‌توانیم طرح توسعه‌ای را برای صادرات اجرا کنیم. زیر سایه ارتباط جهانی که دولت ایجاد می‌کند ما نیز به بازارهای بزرگ جهانی دست می‌یابیم.

• کمک به صنعت سلامت از طریق صندوق توسعه ملی چندی پیش از سوی دکتر روحانی مطرح شد، آیا این صندوق می‌تواند مشکل نقدینگی صنعت دارو را حل کند؟

تزریق نقدینگی می‌تواند در بخش دارو و سلامت ارزش افزوده بالایی داشته باشد. رونق‌دادن به صنعت دارو منجر به ایجاد اعتبار برای نام ایران می‌شود.

با به‌کارگیری نیروهای انسانی کارآمد منابع دولتی و ملی را می‌توان در جهت بالابردن بهره‌وری استفاده کرد. در غیر این‌صورت این‌گونه سرمایه‌گذاری‌ها بی‌ارزش می‌شود و شاهد تبدیل شدن شرکت‌ها به گورستان ماشین‌آلات خواهیم بود. ▶

• با توجه به پرداخت‌نشدن مطالبات شرکت‌های داروسازی وضعیت مالی چه‌طور بوده و وضعیت کنونی را چه‌طور پیش‌بینی می‌کنید؟

حوزه دارو جایگاه بالایی در سیستم تأمین سلامت دارد. لذا از وزارت بهداشت و درمان خواستاریم با نگاهی جدی‌تر به این بخش بپردازد. اما مشکل پرداخت‌نشدن مطالبات گریبان‌گیر شرکت‌های تولید دارویی و مراکز پخش ملزومات سلامت‌محور شده است.

دارو یکی از کالاهای اساسی در کشور است و دوره درمان بیماری‌ها با دارو تکمیل می‌شود. بنابراین وزارت بهداشت و درمان باید هر چه سریع‌تر به موضوع پرداختی مطالبات شرکت‌های داروسازی بپردازد تا در آینده دچار کمبود دارو یا پایین‌آمدن کیفیت دارو نشویم.

• با توجه به این‌که دارو یک کالای استراتژیک محسوب می‌شود حل مشکلات این صنعت مثل قیمت‌گذاری و نقدینگی در گروهی انجام چه کارهایی است؟

قیمت‌گذاری باید براساس هزینه‌های کمی و کیفی محصول انجام شود. دوره درمان یک بیمار با توجه به هزینه‌های درمانی فرد بیمار در بخش آخر به دارو می‌رسد. بنابراین اگر دارو، بی‌کیفیت و اثرگذار نباشد هزینه‌های زیادی را برای نظام سلامت ایجاد می‌کند.

در نتیجه من به سیستم قیمت‌گذاری فیزیکی معتقد نیستم و بیش‌تر به کیفیت محصول و کنترل کیفیت محصولات دارویی مکمل و گیاهی تأکید دارم. وزارت بهداشت باید PMS را جدی بگیرد و طبق دستور WHO و با توجه به شرایط آب و هوایی نقاط مختلف کشور، کیفیت دارو را در آزمایشگاه‌های معتبر مورد ارزیابی قرار دهد.

• با توجه به این‌که کارشناسان دارو معتقدند صنعت دارو آن‌چنان که باید از ظرفیت‌های خود استفاده نکرده و این موضوع به سیاست‌های دولت ارتباط داده می‌شود، شما نیز معتقدید که صنعت دارو باید اقدامات اساسی (چه اقداماتی) انجام بدهند و وابسته دولت نباشد؟

ظرفیت صنعت دارو بیش از ۸۰ میلیون مصرف‌کننده داخلی است. ما باید به





# جراحی با دست‌های آهنی

شفاف در اختیار جراح قرار دهد. جراحی رباتیک حتی از راه دور هم قابل اجراء است.

در سال ۱۹۹۸ سیستم جراحی رباتیک با نام داونچی توانست برای اولین بار در جراحی لاپاراسکوپی مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا FDA قرار گیرد و دری تازه به روی جراحی رباتیک بگشاید. نمونه پیشرفته‌تری از این ربات هم‌اکنون در اتاق عمل بیمارستان‌های معروف دنیا در حال استفاده است. از این سیستم برای جراحی در بزرگسالان و کودکان استفاده می‌شود. برای اولین بار عمل جراحی از راه دور با کمک یک ربات در سپتامبر ۲۰۰۱ انجام گرفت. در این عمل جراحی کیسه صفراى زن ۶۸ ساله‌ای بستری در بیمارستان CIVIL در شرق فرانسه، توسط تیم جراحی در نیویورک برداشته شد. در این عمل جراحی حدود هفت هزار کیلومتر بین تیم جراحی در نیویورک و بیمار بستری‌شده در بیمارستانی در شرق فرانسه فاصله وجود داشت.

پزشک مستقر در نیویورک وسایل جراحی نهاده‌شده در اتاق عمل توسط ربات را دستکاری می‌کرد. این عمل با کمک خط فیبر نوری پرسرعت و با استفاده از سیستم جراحی رباتیک لاپاروسکوپی Zeus به مدت ۵۴ دقیقه به طول انجامید. در این عمل بیمار بعد از یک هفته فعالیت عادی خود را از سر گرفت. ربات به کار گرفته‌شده آن‌طور که همه تصور می‌کنند یک دستگاه خودکار نیست بلکه فقط یک تله‌منیپولیشن یعنی انتقال‌دهنده حرکت از راه دور و در حقیقت یک ابزار واسطه است.

ابزار مورد استفاده همانند دست انسان حرکت می‌کند و دارای ۷ درجه آزادی است. سیستم ربات، تصویر سه بُعدی در اختیار پزشک قرار می‌دهد و از ابزاری استفاده می‌شود که ابعاد آن به اندازه یک مداد است و قابلیت ورود به اندام را از یک شکاف یک سانتی‌متری دارد.

در حال حاضر حدود ۳۰۰ مرکز در دنیا جراحی رباتیک انجام می‌دهند که تقریباً همه انواع جراحی‌ها را دربر می‌گیرند. در سال ۲۰۰۵، حدود ۷۵ هزار عمل جراحی رباتیک انجام شد که هر چند در مقایسه با جراحی‌های معمولی بسیار کم به نظر می‌رسد ولی تعداد و کیفیت آن روز به روز در حال افزایش است.

## نخستین جراحی رباتیک قلب

جراحان در انگلیس موفق به انجام یک عمل جراحی قلب با استفاده از دست یک ربات از طریق کنترل از راه دور شدند. جراحانی که در حال اصلاح عملکرد «بای پاس» قلب بیماری بودند، از راه دور با استفاده از یک دست رباتیک این عمل را انجام دادند. در این عمل یک لوله باریک از درون عروق برای سوزاندن بافت تخریب‌شده گذرانده شد. دست رباتیک می‌تواند در چنین جراحی پیچیده‌ای دقیق‌تر از دست انسان عمل کند. در این عمل جراحی اغلب فرد جراح با استفاده از یک پیش‌بند سربی که وی را در برابر اشعه ایکس محافظت می‌کند، چنین عملی را انجام می‌دهد. اما در جراحی اخیر دست رباتیک به تخت جراحی بسته شد و جریان عمل از یک اتاق جداگانه هدایت شد که جراح در آن قرار داشت و با استفاده از یک نمایشگر که تصاویر ایکس‌ری شده عمل را پخش می‌کرد، نظارت

با رشد تکنولوژی و توسعه علم رباتیک، امروزه ربات‌ها نقش مهمی را در زمینه پزشکی ایفا می‌کنند. علم پزشکی نیز به نوبه خود کمک‌هایی را در زمینه رفتارشناسی، حرف‌زدن و ارتباط مغز با ربات به علم رباتیک کرده است. اما نمی‌توانیم این موضوع را نادیده بگیریم که ربات‌های جراح، از داستان‌های علمی و تخیلی گام به دنیای واقعیت گذاشتند. در عمل‌های جراحی رباتیک که ربات جراح به طور مستقل انجام یک عمل جراحی را به عهده می‌گیرد، پزشک متخصص جراح، از طریق رایانه، کنترل عمل جراحی را در دست می‌گیرد و این در حالی است که بازوهای جراح رباتیک به طور مستقل مسئولیت انجام عمل جراحی را روی فرد بیمار به عهده خواهد داشت.

به این ترتیب از طریق جراحی رباتیک، جراح قادر خواهد بود از راه دور و تنها با استفاده از برقراری ارتباطات با پهنای باند بالا، بیمار را که در گوشه دیگری از دنیاست تحت عمل جراحی قرار دهد. جراحی رباتیک امکانات بیش‌تری را در اختیار بیماران و جراحان قرار می‌دهد. در جراحی‌های رباتیک بریدگی‌های لازم روی بدن بیمار برای انجام عمل جراحی با دقت بیش‌تری ایجاد خواهد شد. به عبارت دیگر حرکت بازوهای رباتیک به گونه‌ای است که هیچ‌گونه لرزشی در آن وجود نداشته و بنابراین برش‌ها در محل دقیق خود ایجاد خواهند شد. این در حالی است که هنگامی که جراحی توسط پزشک انجام می‌شود، لرزش دست جراح هنگام ایجاد برش در محل انجام عمل جراحی، محدودیت‌هایی را برای پزشک معالج همراه خواهد داشت.

علاوه بر این از آن‌جا که جراحان رباتیک قادر خواهند بود در اعماق بدن انسان نفوذ کنند بنابراین تنها با ایجاد یک برش کوچک می‌توان جراحی را به دقت روی فرد بیمار انجام داده و نیاز به ایجاد برش‌های بزرگ نخواهد بود. در چنین شرایطی بهبودی بیمار پس از انجام عمل جراحی سریع‌تر خواهد بود. کنسول در نظر گرفته‌شده به عنوان محل استقرار پزشک معالج به پزشک امکان می‌دهد که بتواند مراحل انجام عمل جراحی را از این طریق تحت کنترل خود بگیرد. این کنسول یک دنیای مجازی از شرایط انجام عمل جراحی برای پزشک فراهم می‌کند تا به این ترتیب پزشک با بزرگ‌نمایی ۲۰ برابر عضوی از بدن بیمار را که تحت عمل جراحی قرار گرفته زیر نظر قرار دهد.

ربات جراح اطلاعاتی نظیر انعطاف‌پذیری، فشار و مقاومت بافت در محل جراحی را به کنسول رایانه‌ای ارسال می‌کند و پزشک بر اساس این اطلاعات چگونگی حرکت این بازوی رباتیک را تعیین می‌کند. ربات جراح نیز از دستورات پزشک که از طریق این کنسول رایانه‌ای ارسال می‌شود، پیروی می‌کند. دست‌ها یا به عبارتی بازوهای این ربات از آزادی عملکرد قابل توجهی برخوردار بوده و قادر است ابزارهای جراحی را که در انجام عمل جراحی از آن‌ها استفاده می‌شود در دست نگه داشته و جابه‌جا کند. این بازوهای رباتیک قادر هستند عمل جراحی را با کارایی بیش‌تری انجام دهند. این نوع جراحی در واقع استفاده از ابزاری است که با بهره‌گیری از بازوهای رباتیک می‌تواند حرکت دست جراح را بسیار دقیق به درون بدن بیمار منتقل کند و تصاویر هنگام عمل را به صورت واضح و

گران‌قیمت بودن ربات‌ها، عدم حضور دستیار برای پزشک، عدم درک حسی از محیط اطراف بیمار توسط پزشک.

### دو نمونه پیشرفته از ربات‌های جراح

مرکز پزشکی دانشگاه مریلند هم‌اکنون از پیشرفته‌ترین فناوری رباتیک به نام سیستم جراحی داونچی S استفاده می‌کند که از ۳ قسمت اصلی تشکیل شده است:

۱. ربات اصلی که در کنار بیمار قرار می‌گیرد، ۴ بازو و یک دوربین اندوسکوپ با قدرت بزرگنمایی بالا دارد که در خدمت دست و چشم جراح هستند.
۲. محلی برای نشستن و کنترل ربات توسط جراح.
۳. یک رایانه که آن‌چه دوربین می‌بیند را به تصاویر سه‌بعدی تبدیل می‌کند.

یکی از مزایای این دستگاه این است که جراح در وضعیت نشسته و با راحتی بیشتر جراحی را دنبال می‌کند. مهندسان دانشگاه دوکا نیز در حال کار روی ربات‌های جراحی هستند که قادرند به دور از اتاق عمل و با کمک یا بدون کمک انسان کار خود را انجام دهند. از این ربات‌های مجهز به هوش مصنوعی می‌توان برای درمان فشانوردان استفاده کرد. هم‌چنین این ربات‌ها قادر خواهند بود در میدان‌های جنگ جابه‌جا شوند و هر جا سربازی زخمی یافتند، وی را مداوا کنند. ربات آزمایشی گروه دوکا از فناوری سونوگرافی سه‌بعدی به همراه یک نرم‌افزار هوش مصنوعی استفاده می‌کند. این ربات می‌تواند داخل بافت ارگان‌ها را مشاهده کند، در حالی که تا کنون فقط ظاهر ارگان‌هایی که در مقابل دوربین قرار می‌گیرند، قابل مشاهده بودند.

این ربات دوربینی دارد که قادر است ۳۰ تصویر سه‌بعدی را در ثانیه به پردازنده رایانه ارسال کند. به عنوان مثال هنگام جراحی پروستات، رایانه با کمک تصاویر جمع‌آوری‌شده، تصاویری سه‌بعدی از پروستات می‌سازد. سپس این تصاویر را برای ربات و جراح ارسال می‌کند. پس از پردازش تصاویر، رایانه دستورات لازم را به مغز ربات می‌فرستد. نکته حائز اهمیت این است که این ربات می‌تواند جراحی را در یک‌دهم زمان و با دقت ۱۰ برابر نسبت به انسان جراح به پایان برساند. ▶

کامل خود را بر نحوه عمل جراحی انجام می‌داد. در این عمل فرد بیمار که از انقباض سریع عروق و ضربان ضعیف قلب که منجر به نرسیدن خون به بافت‌های حیاتی بدن می‌شد رنج می‌برد با استفاده از دست رباتیک مورد جراحی قرار گرفت و پس از عمل، روند عمل موفقیت‌آمیز بود و وی به طور کامل معالجه شد.

### مزایای جراحی رباتیک

کاهش دوران طولانی نقاهت پس از عمل جراحی، کاهش دردهای بعد از جراحی، کاهش زمان لازم برای بستری بیمار در بیمارستان، عدم نیاز به شکستن استخوان جناغ و بازکردن قفسه سینه، بهبود یافتن سریع زخم‌های مربوط به شکاف‌های کوچک ایجادشده، در دسترس بودن جراحان خیره با قابلیت‌های منحصر به فرد در مکان‌های بیش‌تر، دقت بیش‌تر و کاهش زمان عمل خصوصاً در جراحی سرطان مثانه، استفاده از ربات‌ها هنگام جراحی موجب افزایش دقت جراح حین عمل می‌شود. ربات‌ها قادرند بدون لرزش و با دقت بالا برش‌های مورد نظر جراح را ایجاد کنند، از جهتی دیگر استفاده از این ربات‌ها موجب صرفه‌جویی در وقت می‌شود. از مزایای این روش برای بیمار می‌توان به کاهش دردهای بعد از عمل، خون‌ریزی کم‌تر و خطر کم‌تر عفونت و هم‌چنین کوتاهی دوره بستری در بیمارستان و تسریع دوره بهبودی و بازگشت سریع‌تر به فعالیت روزمره اشاره کرد.

### معایب جراحی رباتیک

افزایش فاصله بین پزشک و بیمار، کاهش سرعت ارتباط با تجهیزات و مانیتورها، زمان تأخیر بین وقتی که جراح حرکت چاقو را می‌بیند تا وقتی که واقعاً برش را انجام می‌دهد کم‌تر از یک‌پنجم ثانیه افزایش احتمال برش محل اشتباه، در حال حاضر قابلیت انجام عمل توسط ربات در ماکزیمم فاصله حدود ۳۰۰ کیلو متر (در ارتباط با سیم) و ۳۵ کیلومتر (با ارتباط بی‌سیم)، عدم تمایل بیماران برای تحت عمل قرارگرفتن به دلیل جدید بودن این تکنولوژی،





رسانش  
RASAYESH

## تتما کجاى دنيا ايستاده ايد؟

تهران، خيابان ولي عصر، بالاتراز پارک ساعى، نرسیده به توائيىر  
بن بست نعمتى، پلاک ۷ تلفن: ۶-۸۸۲۰۳۸۴۵ نمابر: ۰۸۸۱۹۸۵۲  
[www.rasayesh.com](http://www.rasayesh.com)



- برگزارى جشنواره هاى علمى - تخصصى
- برپايى همایش و کنفرانس
- برگزارى نمايشگاه هاى تخصصى
- مدیریت رخدادها
- تحقیقات و توسعه بازار
- مدیریت ارتباطات
- بازاریابی و تبلیغات
- فناوری اطلاعات (IT)
- بازرگانی پروژه هاى صنعتى و خدماتى
- چاپ ویژه نامه هاى تخصصى
- آلتیه رسانش
- استودیو رسانش
- انتشارات رسانش
- مدیریت غرفه هاى نمايشگاهى
- کمپین تبلیغاتى

# مثلث دانشگاه، صنعت و رسانه در ایران فارما ۲۰۱۷



و دانشگاهی، شکل گرفته، دعوت از رسانه‌های حوزه سلامت برای حضور در این نمایشگاه است.

کاطمی ادامه داد: از آنجایی که رسانه‌های سلامت همواره نقش تأثیرگذاری در جریان‌سازی در حوزه فرهنگ سلامت، ایفا می‌کنند، از آن‌ها دعوت کرده‌ایم تا با حضور در دومین نمایشگاه کتاب‌های تخصصی علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی، به معرفی فعالیت‌های خود بپردازند. هم‌چنین این فرصت نیز برای آن‌ها فراهم شده است تا از طریق ارتباط با شرکت‌های حاضر در نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷، به جذب آگهی بپردازند.

دبیر نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی اعلام کرد: تا کنون از ۴۵۶ رسانه‌ای که در حوزه سلامت شناسایی کرده‌ایم، ۱۰۸ رسانه برای حضور در نمایشگاه کتاب، انتخاب شده‌اند. روزنامه‌ها، خبرگزاری‌ها، نشریات، هفته‌نامه‌ها، ماهنامه‌ها، دو ماهنامه‌ها، فصل‌نامه‌ها و برخی از سایت‌های معتبر خبری نیز زیرمجموعه این رسانه‌ها هستند که امیدواریم حضورشان در این رویداد فرهنگی، بتواند در معرفی ظرفیت‌های ایران به شرکت‌های خارجی، تأثیرگذار باشد.

کاطمی گفت: امروزه همه بر این نکته واقف هستند که ارتقای شاخص‌های سلامت در ایران، نیازمند اقدامات فرهنگی و افزایش آگاهی است. در همین راستا سیاست‌گذاری‌های این دوره از نمایشگاه کتاب‌های تخصصی علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی به گونه‌ای بوده است که ارتباط کارآمدی میان دانشگاهیان و اهالی رسانه با صنعتگران صورت بگیرد.

وی با اشاره به هم‌زمانی نمایشگاه کتاب با نمایشگاه ایران فارما ۲۰۱۷، بیان کرد: ایران فارما ۲۰۱۷ به عنوان مهم‌ترین رویداد دارویی بین‌المللی ایران، می‌تواند موقعیت خوبی برای معرفی توانمندی‌های صنعت داروسازی ایران به کشورهای دیگر باشد و در این میان، نقش دانشگاهیان، ناشران و اهالی رسانه در حوزه سلامت، برای معرفی هر چه بهتر ایران، انکارنشده است. امید می‌رود شهریور امسال، شاهد اتفاق‌های خوبی در حوزه دارو و به صورت کلی سلامت باشیم.

دومین نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی، هم‌زمان با سومین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته (ایران فارما ۲۰۱۷)، ۲۱ تا ۲۳ شهریور ۱۳۹۶ در مصلا بزرگ تهران برگزار می‌شود. ▶

دومین نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی هم‌زمان با سومین نمایشگاه بین‌المللی دارو و صنایع وابسته (ایران فارما ۲۰۱۷)، ۲۱ تا ۲۳ شهریور ۱۳۹۶ در مصلا بزرگ تهران برگزار می‌شود.

به گفته دکتر مهرشاد کاطمی دبیر نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی و رییس اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی شهرستان تهران، این نمایشگاه نقش مهمی در شکل‌گیری ارتباط مؤثر میان دانشگاه و صنعت در حوزه دارو و صنایع وابسته به سلامت، ایفا می‌کند.

مهرشاد کاطمی در مورد برگزاری این نمایشگاه به خبرنگار نشریه غذا و دارو گفت: با توجه به استقبال خوبی که از اولین نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی صورت گرفت، دومین دوره این نمایشگاه را با حمایت‌های بیش‌تری از سوی معاونت فرهنگی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی برگزار خواهیم کرد.

او به تخصیص یک میلیارد ریالی یارانه از سوی وزارت فرهنگ و ارشاد برای این نمایشگاه خبر داد و افزود: با توجه به حمایت‌هایی که از سوی وزارت ارشاد صورت گرفته است، ما در دومین دوره نمایشگاه، تخفیف ۵۰ درصدی برای دانشجویان در نظر گرفته‌ایم و با توجه به این که تاریخ برگزاری این نمایشگاه، هم‌زمان با بازگشایی دانشگاه‌های علوم پزشکی است، دانشجویان می‌توانند جهت خرید کتاب، از تخفیف ۵۰ درصدی برخوردار شوند.

دبیر نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی، بیان کرد: تا کنون با ۴۰ ناشر در حوزه کتاب‌های پزشکی و سلامت، صحبت‌هایی صورت گرفته است و دست‌اندرکاران نمایشگاه، در حال جانمایی غرفه‌ها هستند. هم‌چنین تعاملاتی با ناشران بین‌المللی صورت گرفته است که بر همین اساس نماینده‌هایی از این ناشران، در دومین نمایشگاه کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی و دانشگاهی حضور خواهند داشت.

## اولین نمایشگاه تخصصی رسانه‌های سلامت محور

رییس اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی شهرستان تهران هم‌چنین از برپایی اولین نمایشگاه تخصصی رسانه‌های سلامت محور، هم‌زمان با نمایشگاه کتاب، خبر داد و بیان کرد: یکی از مهم‌ترین اقداماتی که در دومین دوره از نمایشگاه تخصصی کتاب‌های علوم دارویی، پزشکی



The lawsuit cites several marketing practices that were allegedly deceptive, including Purdue's distribution of a promotional video that claimed "the rate of addiction amongst pain patients who are treated by doctors is much less than 1 percent."

The same marketing video claimed "they do not have serious medical side effects," the lawsuit states.

Contrary to that claim, the lawsuit contends "as many as one in four people prescribed opioids long term for non-cancer pain in primary care settings struggles with opioid addiction."

The attorney general alleges drug companies marketed their opioids through "clandestine channels" in Oklahoma and elsewhere, paying doctors to serve as consultants and funding third-party organizations that had the deceptive appearance of being independent.

"Defendants utilized and funded these organizations to spread their misrepresentations by downplaying the risks of addiction of opioids and (touting) the benefits of use for conditions like chronic pain," the lawsuit states.

Through "misrepresentations and omissions," drug companies were able convince doctors and patients that signs of addiction in patients were actually "signs of 'pseudoaddiction' requiring heavier doses of opioids."

The marketing has been extremely successful, with sales of OxyContin, alone, rising from \$48 million in 1996 to \$3 billion by 2009, the lawsuit states.

The consequences for Oklahoma have been "catastrophic," Hunter said.

#### Addiction in Oklahoma

In a 14-county area of northeastern Oklahoma, there were enough opioid pills prescribed in 2016 to provide every man, woman and child with 90 pills, Hunter said, citing data gathered by the Cherokee Nation through its examination of records created through a prescription monitoring program operated by the Oklahoma Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs Control.

The Cherokee Nation filed its own tribal court lawsuit against several large pharmacies and distributors in April.

In addition to thousands of deaths, the misuse of prescription painkillers has cost Oklahoma billions of dollars in extra costs for health care, law enforcement and addiction treatment, Hunter said.

"Our goal is to compensate the state for taxpayers' dollars that have had to be expended to address what has gone on in the state with regard to opioids that are literally flooding into the state," he said.

The lawsuit accuses the drug companies of violations of the Oklahoma Medicaid False Claims Act and Oklahoma Consumer Protection Act. It also alleges fraud, constructive fraud, unjust enrichment and that the companies have acted as a public nuisance.

The attorney general is asking for a jury trial. He wants the drug companies to pay both actual and punitive damages, as

well as be ordered to pay back their "ill-gotten gains."

#### State's legal team

The case has been assigned to Cleveland County District Attorney Thad Balkman, a former state representative.

Hunter has retained outside legal counsel to assist his office with the lawsuit.

Helping Hunter represent the state will be the Whitten Burrage law firm of Oklahoma City; attorney Glenn Coffee of Oklahoma City; and Nix, Patterson & Roach LLP, a firm based in Austin, Texas.

Hunter said he selected the Whitten Burrage firm because of the legal talents of Mike Burrage and Reggie Whitten and their high degree of motivation.

"Both Mike and Reggie have experienced tragedies in their families with respect to opioid overdoses," Hunter said. "I'm hiring somebody in behalf of the state that is going to have the interests of the state paramount and somebody who is going to have altruistic motivations here."

Burrage said his niece was a victim of drug abuse, as was Whitten's son.

Coffee is a former Oklahoma secretary of state and Senate president pro tem.

Nix, Patterson & Roach was one of five firms that represented the state of Texas in successful litigation against the tobacco industry and has experience suing pharmaceutical companies.

Burrage said opioid abuse has cost Oklahoma in a variety of ways.

"Oklahoma's economic loss is in the billions of dollars for health care costs, costs on the criminal justice system, work productivity, injuries to workers, absenteeism, unemployment — the list just goes on and on," Burrage said.

"We have two goals in this lawsuit," he said. "One is to recover the economic loss to the state of Oklahoma. But we also hope to make a change in the way that these companies do business and want to stop these fraudulent marketing tactics."

"They need to be honest when they make representations to doctors," he said.

The filing of Friday's lawsuit opens a new battlefield in Attorney General Hunter's efforts to combat Oklahoma's opioid abuse epidemic.

A week ago, he charged Midwest City doctor Regan Ganoung Nichols with five counts of second-degree murder, accusing her contributing to the deaths of patients by prescribing excessive amounts of opioids.

Earlier, he worked with the Legislature to create a new Oklahoma Commission on Opioid Abuse that will work to create new policies to help bring more control to the prescribing and use of opioid painkillers. In announcing the task force, Hunter said last April that he wouldn't hesitate to use the powers of the state's multicounty grand jury to obtain data from pill manufacturers. ◀

# Opioid overdoses to Go to Trial

## Oklahoma attorney general sues pharmaceutical companies

by Randy Ellis / June 30, 2017

Attorney General Mike Hunter announces lawsuit against pharmaceutical companies. [Photo by Chris Landsberger, The Oklahoman]

Oklahoma Attorney General Mike Hunter sued more than a dozen pharmaceutical companies Friday — accusing them of making fraudulent marketing claims that greatly understated the addictive risks of opioid painkillers while overstating the treatment benefits.

"We've had almost 3,000 overdose deaths in the last three years in Oklahoma," Hunter said. "We need to hold these people accountable. Manufacturers have in a consistent and ... coldblooded fashion marketed these drugs in a way that has misrepresented their tendency to be addictive and the extent to which they can be deadly."

Hunter said it is his hope that a substantial amount of money can be recovered and that a large part of it can be used to combat drug addiction in the state, treating addiction as an illness rather than a crime.

Johnson & Johnson, Purdue Pharma LP, Cephalon Inc., Teva Pharmaceuticals USA Inc., Allergan PLC and Janssen Pharmaceuticals Inc. are among the drug companies named as defendants in the lawsuit, which was filed Friday in Cleveland County District Court.

Hunter said Cleveland County was selected because it has a good mix of urban and rural areas and the state's drug addiction problem impacts all kinds of people.

"We believe these companies are culpable for the tragic, heartbreaking number of Oklahomans who have become addicted or who have died as a result of the opioid epidemic in our state," Hunter said at a news conference Friday.

"By waging a fraudulent, decades-long marketing campaign to profit from the suffering of thousands of Oklahomans, these companies have made in excess of \$10 billion a year, while creating a generation of Oklahomans who have become addicts, convicts or have met their deaths from opioid overdoses," he said.

A partial list of opioid drugs the various companies manufacture includes OxyContin, Dilaudid, Kadian, Actiq, Fentora, Duragesic and Nucynta.

Drug companies' reaction

Drug company officials defended the actions of their

companies Friday.

"Teva is committed to the appropriate promotion and use of opioids," said Nancy Leone, a spokeswoman for Teva. "We have programs in place that educate prescribers, pharmacists and patients on the responsible use of these products. We are committed to working with the health care community, regulators and public officials to collaboratively find solutions."

William Foster, spokesman for Janssen Pharmaceuticals Inc., said his company recognizes that opioid abuse is a serious public health issue that must be addressed.

"At the same time, we firmly believe Janssen has acted responsibly and in the best interests of patients and physicians with regard to these medicines, which are FDA-approved and carry FDA-mandated warnings about possible risks on every product label," Foster said.

Since 2015, Janssen has made several business decisions designed shift the company's focus to other areas of unmet medical needs and no longer promotes any opioid pain medications, a company official said.

Mississippi, Ohio and Missouri all previously have filed similar lawsuits against pharmaceutical companies.

What the lawsuit says

Oklahoma's lawsuit paints a bleak portrait of the alleged human and financial carnage that the abuse of opioid prescription drugs has inflicted on Oklahoma and the rest of the nation.

"From 1999 to 2015, more than 183,000 people died in the U.S. from overdoses related to prescription opioids," the lawsuit states.

Oklahoma has been particularly hard hit, the attorney general said.

"Drug overdose deaths in Oklahoma increased eightfold from 1999 to 2012, surpassing car crash deaths in 2009," the lawsuit said. By 2015, the number of Oklahoma drug overdose deaths had reached 823, with the number of prescription drug overdose deaths greater than the number of overdose deaths from "alcohol and all illegal drugs combined."

The lawsuit blames the drug companies for exacerbating the problem through "false and deceptive marketing campaigns."

benefits from coastal protections that limit the impact of major storms. Another fleet of cuts to the U.S. National Fisheries Marine Service would take away three quarters of the funding currently used to do fish stock assessments, manage fisheries, and reduce bycatch in the US. Inevitably, this would sideline the sustainability of its fisheries.

And in a move that's perhaps less unexpected--bearing in mind Trump's battle cry for 'America First'--the budget also delivers a 68% cut to the food security bureau of the US Agency for International Development (USAID). A large part of their job is to put in place farming and food security programs around the world that protect people from famine's grip--and save millions of lives a year. It's not a push to say that under the new budget, millions would likely perish.

It's unlikely that Trump's proposal will be approved in its entirety by Congress later this year. But that's hardly the point: what matters is that it's indicative of an insidious ignorance that's seeping into the ranks of the powerful.

There's a belief that food systems can be toyed with and undercut, treated as little more than a bargaining chip. But with what consequences for the rest of us and our food security?

The ones making these catastrophic decisions seem not to have pondered that. I'm curious about how they see agriculture. As some intangible and inconsequential artefact of political maneuvering? A quaint vestige from times gone by, when naughty children ran recklessly through fields of wheat?

In reality, our food system can't come away unscathed from the impact of ignorant, elitist, and shortsighted politics. Food nourishes people when it's managed properly, and starves them when it's not. Agriculture has the power to shape landscapes and ecosystems for the better, or simply grind them into dust. The sweeping political disregard shown over the last year for these concerns suggests that perhaps the ones in charge haven't yet grasped those risks. ◀





# World on a plate

## When deciding a nation's future, politicians play with their food

The guardian: In the UK and abroad, the political events of the past year prove that politicians are willing to gamble with the health, prosperity, and fate of our food systems.

One of the many things that the past year of political turmoil on both sides of the Atlantic has revealed, is that governments have a questionable relationship with food. As the UK inches towards the completion of Brexit negotiations, and the Trump administration in the US unleashes its budget proposal, a strange kind of disconnect has become apparent: those negotiating their nations' futures seem not to recognise that a chunk of its security and prosperity depends on how well they manage its food.

In the UK that trend became clear well before Brexit struck, when during the negotiations many pointed out a lack of meaningful discussion about what the split would actually mean for farmers. It didn't matter enough to be a priority. Until suddenly it did--when we realised we'd have to plug the hole left behind by the European migrants that currently make up roughly 20% of the UK's agricultural workforce, and who would exit if we ultimately back away from free movement.

Equally, while politicians and farmers alike beckoned an overhaul of the EU's inefficient and despised common agricultural policy (CAP) with Brexit, no one yet has outlined exactly how and if that policy will be replaced. It's true that CAP is deeply flawed: it awards subsidies based on land area, meaning that rich landowners who don't actually produce any food take a large share. And yet, CAP still provides 55% of farmers' incomes, which many do need to stay afloat.

So farmers are now understandably scared about their future prospects. That seems like one of the more powerful indictments of a government that inspires so little trust in its people, that farmers--whose willingness to stick around and

till the soil is what ensures the food security of a nation--are now wondering whether they're in the right profession at all.

The UK's departure is threatening to leave an agricultural dent beyond its borders, too. This week the European Commission raised the possibility of filling the funding deficit caused by the UK's exit by dramatically cutting spending on European agriculture--which would include subsidies for farmers. This comes as suicide hotlines in Europe are recording an increase in the number of calls from farmers.

Over in the United States, Trump's recent proposal for a \$38 billion cut to agriculture over 10 years, is leaving farmers to grapple with what that means: in practice, it would throw agricultural subsidies and farm insurance into disarray.

That accompanies a whole suite of other cuts to different programs in the US that are precisely designed to safeguard farmers and encourage them to protect the environment. And yet in a speech Trump recently gave to an audience of Iowa farmers, he characteristically rebranded his actions by promising to "rebuild rural America" so that the nation's farmers can "win, win, win on the world stage."

This is set against a background of rising climate uncertainty for US farmers, who face decades ahead where abundant risks will likely put them in greater need of federal support, not less.

Trump's flagrant cuts would go beyond field farming to fisheries and aquaculture, too. In the administration's efforts to shift financial responsibilities from the federal to the state, the budget would also eradicate the \$64 million in federal money provided to the Sea Grant program of the National Oceanic and Atmospheric Administration. This vital program provides technical assistance and marine research to support coastal habitats, fisheries, and aquaculture.

In 2015 alone Sea Grant turned out an estimated 854% return on federal investment--which includes the



# Culture: Health's Biggest Challenge

Leyla Chegini

Environment and health have received several damages from wrong policies and incorrect approaches. Even in places where the approaches were right, the lack of a homogenous and coordinated system has caused the formation of several issues and professionals off this field are still wondering why there is no comprehensive and correct view of health.

Citizens, in their turn, following these island-like views, are getting more and more stricken by the new diseases of the 21st century (A look at the several statistics of the number of diabetic patients and people with other chronic diseases will provide sufficient support of this statement.). In each issue of Food & Drug Monthly, we will be introducing diseases known as the plagues of the 21st century and we believe that many diseases can be prevented, or at least their damages minimized, by correcting the culture. When people are aware of their health and the risks, we can be more hopeful for having a rising trend in health variants.

According to health experts, the biggest issues and problems of today's health are rooted in the culture. Incorrect culture in nutrition, drug consumption, drug prescription, treatment, self-treatment instead of self-observation. And sometimes the incorrect culture applied in policy-making adds to these conditions and encourages people towards self-treatment. According to the National Health Research Institute, one of the major problems with the Iran's Health Evolution Plan is its treatment-based nature, as opposed to preventive measures.

It seems that in the field of health culture, we need new and homogenous approaches. Without a doubt, the new government must accept the fact that improving the culture poses expenses in health plans. The subject of keeping the city and its citizens healthy must be analyzed through seminars and inter-disciplinary discussions.

The fact that the people of Iran have no regard for their own health must be studied more seriously and appropriate advertisement methods must be utilized to correct and improve the health culture. Young experts with new ideas must be asked for help and finally, people

must be allowed to take part in the health sector more than ever. The role of NGOs is of great vitality in this sector. It is highly recommended that the potentials of these organizations are put to use in the next government.

In the field of environment and health, all activities must be done with a look at the global decisions. The subject that we now know of as environmental and health-related risks, has been worked on and studied in all countries.

The new government must work more towards creating new platforms for scientific and research debates between Iran and other countries. In this sector, Iran can also provide the other countries with its findings. In IRANPHARMA EXPO 2016, several foreign companies showed a lot of interest in forming research teams with Iranians. This shows that there are valuable achievements in the scientific researches made by Iranian scientists. We hope to see even more interest during IRANPHARMA EXPO 2017. We also hope to see Iranian companies' purposeful and fruitful show in the Grand Musalla of Tehran from 12th to 14th of September and see them dictate their plans to their non-Iranian counterparts.

One of the most important achievements in interacting with the world in the post-sanctions era, is the efficient methods and approaches that will ultimately lead to improvements of the health variants of the city and citizens.

Now, with regard to the change in the city management officials and the new City Council of Tehran, it is hoped that all the organizations of the city, take bigger steps toward the health of the city and its citizens and acknowledge this matter not as an official order issued by the government, but as a vote of their own conscience. Although there are several rules and regulations for keeping the city and its citizens healthy, the results show that somewhere along the way, something went terribly wrong and several mistakes were made. However, with a little far-sightedness and patience, we can leave a healthier future for the generations to come. We hope for the day that all countries, regardless of their political views, talk unanimously of peace and health for all. ◀



## URSOBIL<sup>®</sup> 250

Ursodeoxycholic Acid 250 mg Capsule 

- Gallstone Dissolution • Biliary Dyspepsia
- Primary Biliary Cirrhosis (PBC) • Primary Sclerosing Cholangitis (PSC)
- Cystic Fibrosis Liver Disease • Biliary Atresia



INTERNATIONAL  
PHARMA



SOBHAN DAROU

Under License of:  
ABC Farmaceutici S.p.A.-ABC International Division, Italy

According to health experts, the biggest issues and problems of today's health are rooted in the culture. Incorrect culture in nutrition, drug consumption, drug prescription, treatment, self-treatment instead of self-observation. And sometimes the incorrect culture applied in policy-making adds to these conditions and encourages people towards self-treatment. According to the National Health Research Institute, one of the major problems with the Iran's Health Evolution Plan is its treatment-based nature, as opposed to preventive measures. (Excerpts from Leila Chegini's article on health - read more in page 70)



Culture: Health's Biggest Challenge

When deciding a nation's future, politicians play with their food

Opioid Overdoses to Go to Trial



# Lexatal<sup>®</sup> 10

● **Escitalopram** ●  
10 mg Scored F.C. Tablet

**Once daily**

- Major depression disorder (MDD)
- General anxiety disorder (GAD)
- Social anxiety disorder (SAD)
- Obsessive compulsive disorder (OCD)
- Panic disorder with or without agoraphobia

**Experience Novel Rapid Control**

The First Drawing & Illustration Contest with the Theme of Eliminating Viral Hepatitis



دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه آزاد اسلامی



مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارشی و کبدی



مهلت ارسال آثار ۱۵ مرداد ۹۶

شبکه هپاتیت ایران برگزار می کند

نخستین فراخوان مسابقه

نقاشی و تصویرسازی با موضوعیت

ریشه کنی هپاتیت

جوایز مسابقه: نفر اول: ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  
نفر دوم: ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال  
نفر سوم: ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال

نمایش آثار در هفتمین کنگره بین المللی هپاتیت تهران

۱۷-۱۵ شهریور ۹۶

موضوعات مسابقه  
هپاتیت و راه های انتقال، هپاتیت و درمان، هپاتیت و جامعه  
هپاتیت و باورهای نادرست، هپاتیت و پیشگیری و ...

اطلاعات بیشتر و ارسال آثار در: [www.7.thc.ir/drawing](http://www.7.thc.ir/drawing)



سندیکای صاحبان صنایع  
داروهای انسانی ایران

# MBA Pharma

## یکمصدو بیست و یکمین دوره MBA و دومین دوره تخصصی دارویی



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری  
موسسه آموزش عالی آزاد بهسار

زمان آغاز دوره تخصصی  
ابتدای مردادماه ۹۶



دکتر عباس کبریایی زاده  
مدیر گروه دارویی



دکتر رحیم فرضی پور  
مدیر گروه مدیریت

با محوریت یکپارچه سازی دانش  
و تجربه در صنعت دارویی

ارائه گواهینامه رسمی  
با تایید وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

موسسه آموزش عالی بهار  
برند برتر آموزشی



INSTAGRAM

MBA.CENTER

BAHAR\_BUSINESS\_SCHOOL

تهران، خیابان شهید بهشتی (عباس آباد)، خیابان پاکستان،  
اتهای کوچه دوم، پلاک ۲۷ \_ تلفن تماس: ۰۱۸۴-۸۸۷۳۰۲۱

[www.bahar.ac.ir](http://www.bahar.ac.ir)

شرکت پارسان هوروف  
**PARSAN  
HORROOF**  
طرح و اجرای پروژه های چاپ و بسته بندی



استفاده

کیفیت

دارویی

طراحی

غذایی

خلاقیت

صنعتی

صنعتی

جعبه

طراحی

جعبه

# دارویی، آرایشی، بهداشتی صنعتی، غذایی

چاپ انواع جعبه های مقوایی و بروشورهای

چاپ انواع کاتالوگ، لیبل و فولدر

خلاقیت

انحصاری

غذایی

کیفیت

چاپ

بهداشتی

بسته بندی

جعبه

خلاقیت

[www.parsanhorroof.com](http://www.parsanhorroof.com) / [info@parsanhorroof.com](mailto:info@parsanhorroof.com)

دفتر مرکزی: تهران، میدان هفت تیر، خیابان بهار مستیان، بن بست اول، پلاک ۴، طبقه اول تلفن: ۸۸۸۴۴۵۴۹ فکس: ۸۸۳۱۹۱۵۴  
چاپخانه: کیلومتر ۱۲ جاده قدیم کرج، شهرک صنعتی گلگون، فاز ۲، خیابان اول غربی، پلاک ۷  
تلفن: ۶۵۶۱۲۹۴۲-۴ ۶۵۶۱۰۱۷۶-۷ فکس: ۶۵۶۱۰۱۷۸

جعبه

Your Global Strategic  
Partner with Local Center



# Sorena Kish

نماینده انحصاری شرکت



Your Reliable Purchasing Team of  
Active Pharmaceutical Ingredient  
Excipient , Intermediate and  
Pharma Packaging Material



## تامین کننده :

- مواد اولیه تولید دارو، واکسن و سرم
- مواد اولیه تولید محصولات بهداشتی
- مواد اولیه تولید محصولات آرایشی
- انواع عصاره و اسانس
- لوازم بسته بندی دارویی

☎ 021 - 88 71 83 55 | 026 Fax : 021 - 438 59 651

🌐 [www.sorenakish.com](http://www.sorenakish.com)

✉ [info@sorenakish.com](mailto:info@sorenakish.com)

📍 Unit 2 , No. 8 , 16th St , Khaled Eslamboli St , Tehran , Iran

مسئول فنی : خانم دکتر محرابی

۰۹۱۲۰۸۸۰۵۷۶

مدیر بازرگانی: آقای محمد اسعدی

۰۹۱۹۴۲۴۲۸۹۴

مدیر عامل: آقای داود اسعدی

۰۹۱۲۵۱۱۷۵۰۲



# اولین دارنده گواهینامه GMP

و

## خط مجزا برای تولید کارباپنم



منتخب وزارت بهداشت برای تولید ایمنی پنم و مروپنم در کشور 



# Afa chemi

## داروسازی آفاشیمی

 [afachemi.co](https://www.afachemi.co)

تهران - کیلومتر ۵ جاده قدیم کرج - ابتدای خیابان نورد - پلاک ۱۳ - داروسازی آفاشیمی

تلفن : ۶۴۰۵۹۹ فکس : ۶۶۷۸۰۷۸۱

**Levebel**<sup>®</sup>  
Levetiracetam

Get It Right First Time



- **As Efficacious as Older AEDs**<sup>1</sup>
- **1<sup>st</sup> Choice for Add-on Therapy**<sup>2,3,4</sup>
- **Licensed for Monotherapy**<sup>3,4</sup>
- **Rapid Onset of Action**<sup>5,6</sup>
- **Rapid Titration to the Therapeutic Dose**<sup>7</sup>
- **Well Tolerated, Safe Profile**<sup>8,9</sup>

**References:**

1. Neurology. 2007; 68(6): 402-408.
2. Levetiracetam: FDA Label 2013; Reference ID: 3343504.
3. Levetiracetam: EMA 2012; EPAR- Product information/WC500041334.
4. Levetiracetam: TGA eBS Public Summary 2010; Summary for ARTG Entry: 161295.
5. Epilepsia. 2005; 46(2): 324-326.
6. Seizure. 2006; 15(2): 112-116.
7. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2012; 83(11): 1093-1098.
8. Epilepsy Res. 2000; 42 (2-3): 89-95.
9. CNS Drug Review. 2007; 13(1): 57-78.

IR - 0219 - LVB - 3896 - AD



**COBEL DAROU**

No.5 - 13th Bokharest Ave. Tehran - Iran 1513815811  
Tel: (+98 21) 88 70 16 00 . Fax: (+98 21) 88 38 48 77

# LOXETA<sup>®</sup>

Duloxetine

## Relief & More

- ✓ **First line treatment in Diabetic Peripheral Neuropathic Pain.**<sup>1,3,4,5,6</sup>
- ✓ **Significant improvement at pain and functional ability in Fibromyalgia.**<sup>8,9</sup>
- ✓ **Effective in Chronic Low Back Pain treatment.**<sup>10</sup>
- ✓ **Effective for management of Osteoarthritis knee pain.**<sup>11</sup>
- ✓ **First line and effective treatment in Major Depression Disorder.**<sup>7</sup>
- ✓ **Favorable side effect profile.**<sup>2</sup>
- ✓ **Simple dosing.**<sup>2</sup>



**References:**

1. NICE clinical guideline 96; March 2010.
2. Pain. 251-237 (3)132,2007.
3. Myo Clin Proc. 4:81 ;2006 suppl; 5-12525.
4. Diabetes Metab. 19-12 (1)35; 2009.
5. Diabetes Vasc Dis Res. 119-108 (3) 2006.
6. Eur J Neurol. 1123-1113 (9)17; 2010.
7. J Psychiatr Res. 53-43 (1) 39; 2005.
8. Arthritis Rheum. 2984-2974 (9)50; 2004.
9. Arthritis Res Ther. 4:12; 2010; R141.
10. J Pain. 1290-1282 (12)11; 2010.
11. BMC Musculoskelet Disord. 14:137; 2013.

Think... Quality Is Your Right.



**DR. MOJALLALI**  
Industrial Chemical  
Complex Company  
Producer of pharmaceutical chemicals

USP Grade

HPLC Grade



**Grades:** Dried, GC, HPLC, USP, BP, Laboratory, Extra pure, Histology, Cleaning, Indicator

سدیم دی هیدروژن فسفات  
دی سدیم هیدروژن فسفات  
پتاسیم دی هیدروژن فسفات  
دی پتاسیم هیدروژن فسفات

سدیم استات  
سدیم کلراید  
سدیم هیدروکساید  
سدیم لوریل سولفات

اسید کلریدریک  
اسید سولفوریک  
اسید نیتریک  
اسید سیتریک

اتیلن گلیکول  
اتیل استات  
اسید استیک  
اسید فسفریک

متانول  
ایزوپروپیل الکل  
استون  
استونیتریل

مجتمع صنایع شیمیایی  
**دکتر مجللی**

تولید کننده مواد شیمیایی دارویی و آزمایشگاهی

دفتر مرکزی: تهران، خیابان سهروردی شمالی،  
کوچه افشار جوان، پلاک ۷، تلفن: ۸۸۱۷۷۶۵ (۵ خطی)

[www.drm-chem.com](http://www.drm-chem.com)

تنها دارنده گواهینامه **GMP**  
در تولید مواد شیمیایی دارویی و آزمایشگاهی



# لطیف اسپرت

وارد کننده تجهیزات پزشکی ورزشی

 **SPIRIT** FITNESS

**MEDICAL**  
*systems group*

## تخصص:

- ◀ ارتوپدی
- ◀ طب ورزشی
- ◀ مغز و اعصاب و توانبخشی قلبی
- ◀ پیشرو در آموزش سلامتی و توان بخشی



LATIFISPORT

[www.latifisport.com](http://www.latifisport.com)

خط ویژه: ۰۲۱-۸۴۲۷۲

دفتر مرکزی: ۰۲۱-۲۶۳۵۰۲۶۳



Food and Drug Administration



The Syndicate of Iranian Pharmaceutical Industries



Friend of the Environment

[www.iranpharmaexpo.com](http://www.iranpharmaexpo.com)



# IPH IRAN PHARMA 2017

The 3<sup>rd</sup> Int'l Exhibition on  
Pharmaceuticals & Related Industries

12-14 Sep 2017 Tehran Grand Musalla, IRAN

- Pharmaceuticals ○
- Pharmaceutical machineries ○
- APIs ○
- Herbal medicine ○
- Pharmaceutical and food supplements ○
- Printing and packaging services ○
- Cosmetic and hygienic products ○
- Contract services ○

**abidi** | Leading Innovation  
SINCE 1946 | Leading quality

Executive Secretariat: Rasayesh Institution

Number7 Nematiddend, Vali Asr Street, Tehran.

Tel: +98 2188 20 38 45 - 6 Fax: +98 2188 1985 20

[www.rasayesh.com](http://www.rasayesh.com)





Anti-angiogenesis with Avastin®

# The Power of Proof

15 positive pivotal trials across 7 cancer types<sup>1-16</sup>




**AVASTIN**  
bevacizumab

**References:** 1. Hurwitz H et al. N Engl J Med. 2004. 2. Giantonio B et al. J Clin Oncol. 2007. 3. Saltz L et al. J Clin Oncol. 2008. 4. Bennouna J et al. Lancet Oncol. 2013. 5. Sandler A et al. N Engl J Med. 2006. 6. Reck M et al. J Clin Oncol. 2009. 7. Miller K et al. N Engl J Med. 2007. 8. Fridman et al. J Clin Oncol. 2009. 9. Robert N et al. J Clin Oncol. 2011. 10. Burger R et al. N Engl J Med. 2011. 11. Perren T et al. N Engl J Med. 2011. 12. Aghajanian C et al. J Clin Oncol. 2012. 13. Escudier B et al. Lancet. 2007. 14. Pujade-Lauraine et al. J Clin Oncol. 2014. 15. Tewari et al. N Engl J Med. 2014. 16. Avastin Summary of Product Characteristics (SmPC) version 21.12.2015.

**Avastin®**  
Bevacizumab Antineoplastic agent HIGHLIGHTS OF PRESCRIBING INFORMATION: These highlights do not include all the information needed to use AVASTIN safely and effectively. See full prescribing information for AVASTIN. Indications and potential uses  
Metastatic colorectal cancer: First-line treatment of patients in combination with the following chemotherapies: 5-fluorouracil/folic acid, 5-fluorouracil/folic acid/irinotecan, capecitabine/oxaliplatin (XELOX). Second-line treatment after failure of fluoropyrimidine-based chemotherapy in combination with the following chemotherapy: 5-fluorouracil/folic acid/oxaliplatin (FOLFOX). In combination with paclitaxel for first-line treatment of patients with HER2-negative, metastatic breast cancer. First-line therapy in combination with cisplatin- and gemcitabine-containing chemotherapy in unresectable, advanced, metastatic or recurrent, non-squamous non-small cell lung cancer (NSCLC). In combination with interferon alfa-2a for first-line treatment of nephrectomized patients with advanced and/or metastatic renal cell cancer. As a single agent for the treatment of patients with relapsed glioblastoma (WHO grade IV) after prior therapy with temozolomide. In combination with carboplatin and paclitaxel for the treatment of previously untreated patients with ovarian cancer (FIGO stages III and IV) in whom complete tumor resection was not possible and who are unlikely to benefit from further surgery after chemotherapy. In combination with carboplatin and gemcitabine, is indicated for the treatment of patients with recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian, fallopian tube or primary peritoneal cancer (with a platinum-free interval of at least 6 months). In combination with paclitaxel, topotecan or pegylated liposomal doxorubicin for the treatment of patients with recurrent, platinum-resistant epithelial ovarian cancer, fallopian tube cancer or primary peritoneal cancer who have been treated with up to two prior chemotherapy regimens and have not been previously treated with bevacizumab or other VEGF inhibitors. In combination with chemotherapy for the treatment of patients with persistent, recurrent, or metastatic cervical cancer. Dosage and administration: General Do not administer as a rapid intravenous infusion or bolus. Avastin infusions must not be administered or mixed with glucose solutions. Reducing the dose of Avastin because of adverse events is not recommended. If necessary, Avastin should be withdrawn permanently or temporarily. Metastatic colorectal cancer: First-line treatment: 5 mg/kg body weight once every 2 weeks or 7.5 mg/kg body weight once every 3 weeks. Second-line treatment: 10 mg/kg body weight once every 2 weeks. It is recommended that Avastin treatment be continued until progression of the disease. Metastatic breast cancer: 10 mg/kg body weight given once every 2 weeks or 15 mg/kg body weight given once every 3 weeks. It is recommended that Avastin treatment be continued until progression of the disease. Advanced, metastatic or recurrent non-small cell lung cancer (NSCLC) In conjunction with cisplatin- and gemcitabine-containing chemotherapy as 7.5 mg/kg body weight once every 3 weeks for up to 6 treatment cycles. It is then continued as monotherapy until disease progression. Advanced and/or metastatic renal cell cancer: 10 mg/kg body weight once every 2 weeks as an intravenous infusion. It is recommended that Avastin treatment be continued until progression of the disease. Ovarian cancer: Previously untreated patients: In combination with carboplatin and paclitaxel for up to 6 treatment cycles. Avastin is then administered for 15 months or until disease progression, should this occur earlier. The recommended dose is 7.5 mg/kg body weight given once every 3 weeks as an intravenous infusion. Relapsing platinum-sensitive patients: In combination with carboplatin and gemcitabine for 6 to 10 treatment cycles. Avastin is then administered until disease progression. The recommended dose is 15 mg/kg body weight given once every 3 weeks as an intravenous infusion. Relapsing platinum-resistant patients: In combination with paclitaxel, topotecan (administered weekly) or pegylated liposomal doxorubicin, the recommended dose is 10 mg/kg body weight given once every 2 weeks as an intravenous infusion. In combination with topotecan, administered on days 1, 5, the recommended dose of Avastin is 15 mg/kg body weight given once every 3 weeks as an intravenous infusion. Cervical cancer: In combination with paclitaxel and cisplatin or paclitaxel and topotecan. The recommended dose is 15 mg/kg body weight once every 3 weeks as an IV infusion. Contraindications: Hypersensitivity to the active substance or any of the constituent excipients. Hypersensitivity to CHO (Chinese hamster ovary) cell products or other recombinant human or humanised antibodies. Pregnancy, Warnings and precautions: In order to improve the traceability of biological medicinal products, the trade name Avastin should be clearly recorded on the patient card. Substitution of another biological medicinal product requires the consent of the prescribing physician. The particulars in this prescribing information apply to Avastin only. Intravitreal use: Avastin is not suitable for intravitreal use. Pregnancy and lactation Pregnancy: Women of childbearing age must be strongly advised to use a reliable method of contraception during Avastin therapy. Lactation: Women should discontinue breast-feeding during Avastin therapy and should not breast-feed for at least 6 months after the last dose of Avastin. Undesirable effects: The adverse events most frequently observed across all clinical trials in patients receiving Avastin were hypertension, fatigue or asthenia, diarrhea, nausea and abdominal pain. The most serious adverse events were the following: Gastrointestinal perforations, Hemorrhage, including pulmonary hemorrhage/hemoptysis. Arterial thromboembolism Infections and infestations Common: sepsis, abscess, cellulitis, infection. Blood and lymphatic system disorders Very common: febrile neutropenia, leukopenia, neutropenia, thrombocytopenia. Common: anemia, lymphopenia. Endocrine disorders Very common: ovarian failure. Metabolism and nutrition disorders Very common: anorexia. Common: dehydration. Nervous system disorders Very common: peripheral sensory neuropathy, dysgeusia, headache, dysarthria. Common: cerebrovascular accident, syncope, somnolence Eye disorders Very common: eye disorder, lacrimation increased. Cardiac disorders Common: congestive heart failure, supraventricular tachycardia. Vascular disorders Very common: hypertension Common: arterial thromboembolism, deep vein thrombosis, hemorrhage. Respiratory organs Very common: dyspnea, epistaxis, rhinitis Common: pulmonary embolism, hypoxia, dyspnea, epistaxis, dysphonia. Gastrointestinal disorders Very common: diarrhea, nausea, vomiting, abdominal pain, constipation, stomatitis, rectal hemorrhage. Common: Intestinal perforation, ileus, intestinal obstruction, rectovaginal fistula (most commonly classified as enterovaginal fistula), gastrointestinal disorder, stomatitis, proctalgia, abdominal pain, gastrointestinal disorder, stomatitis. Skin disorders Very common: exfoliative dermatitis, dry skin, skin discoloration. Common: palmar-plantar hand-foot syndrome. Musculoskeletal and connective tissue disorders Very common: arthralgia. Common: muscle weakness, myalgia, back pain. Renal and urinary tract disorders Very common: proteinuria. Common: urinary tract infection General disorders and administration site reactions Very common: asthenia, tiredness, pyrexia, pain, mucosal inflammation. Common: lethargy, pain, mucosal inflammation Dosage Forms Vials 400 mg/16 ml, Vials 100 mg/4 ml Current at October 2015 Made for F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland, by: F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland, F. Hoffmann-La Roche Ltd, Kaiseraugst, Switzerland, Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany, Genentech Inc., South San Francisco, CA, USA, Genentech Inc., Hillsboro, OR, USA. The manufacturing site locally registered, and from which the product is imported, is stated on the outer box.

Prescription only medicine  
For full prescription information please contact: iran.medicalinformation@roche.com  
For adverse event reporting please contact: iran.drugsafety@roche.com  
Production Date: Nov 2016  
Medical code: IR.AVA.26.10.2016  
Roche Pars LTD, 4th fl., No.32, Valiasr Ave., Vanak Sq., Tehran, Iran

**SDF**<sup>®</sup>



**MARHAM  
DARU**



**Viagra**<sup>®</sup>



**SDF**<sup>®</sup> **100 & 50**

