



قرص گیاهی **نروکسین**

ضد اضطراب، ضد افسردگی

رفع اختلالات روحی دوران پیش از قاعدگی
رفع عوارض ذهنی و فیزیکی یائسگی



QMS
ITALIA
ISO 9001:2015
ISO 10002:2014
ISO 10004:2012

قابل تهیه در داروخانه های سراسر کشور



@dinehiran

صدای مشتری: ۰۲۱۶۱۰۱۸ داخلی: ۳

www.dinehiran.ir

info@dinehiran.ir

Ashena Tech Group



آشنا تک

گروه شرکت های



اولین تولید کننده ساندویچ پانل مدولار در ایران

- انجام پروژه های اتاق تمیز به صورت EPC (طراحی، ساخت تجهیزات و اجرا) با مستند سازی
- ساخت تجهیزات اتاق تمیز (درب، پنجره، فیلتر باکس و ...)
- ساخت هواساز هایژنیک



تولید هواساز هایژنیک



- ☎ 88172488-91
- 📷 ashenatech
- 📢 @ATcleanroomCO
- 📞 09036211854
- 🌐 www.ashenatech.com



پماد مسکن

بالمیکس

تسکین دهنده دردهای:
اسکلتی - عضلانی، دردهای مفصلی
اسپاسم، کشیدگی تاندونی
آسیب‌های ورزشی و ...



سامانه پیامکی: ۳۰۰۷۷۲۲۱۱



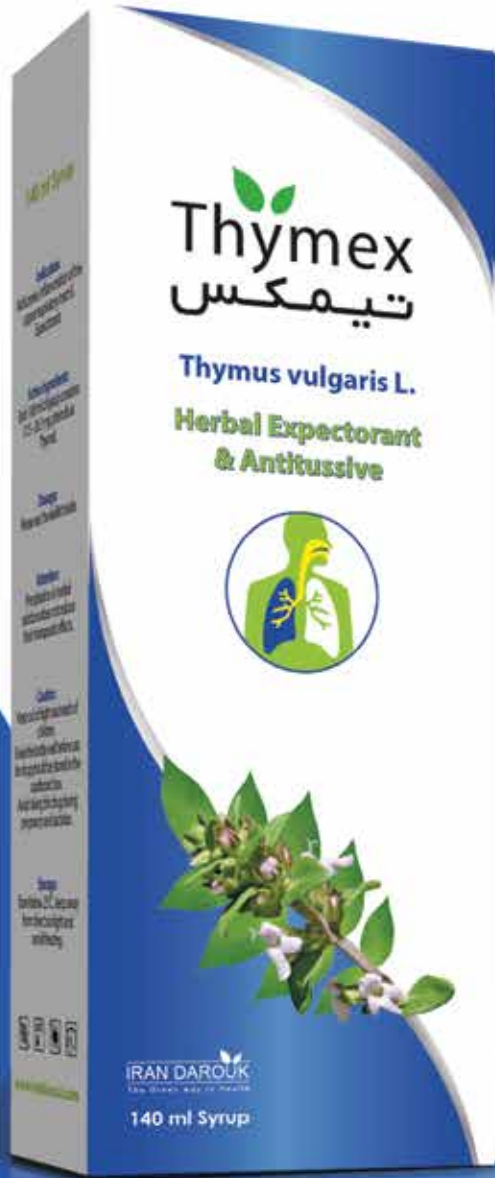
tosandarou

www.tosandarou.com

info@tosandarou.com

IRAN DAROUK

The Green way to Health



درمان سریع سرفه!

اکسپکتورانت گیاهی

بهبود سرفه و التهابات مجاری تنفسی

خلط آور

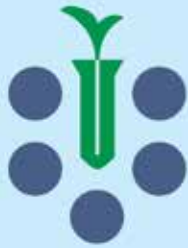
Thymex
تیمکس



@irandarouk



www.irandarouk.com



**سندیکای صاحبان
صنایع داروهای انسانی ایران**

شماره ۴۱، سال چهارم، آذر ۱۳۹۹

نشریه داخلی

بررسی مشکلات و چالش‌های صنعت در نشست خبری هیات‌مدیره
سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران

دولت برنامه مشخصی برای حمایت از تولید ندارد

در جلسه هیات مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی با
هدایت‌های دارویی مطرح شد:

پیگیری‌های سندیکا برای تخصیص ارز و روش‌های کاهش
جایزه‌های غیر متعارف

با رعایت تمامی پروتکل‌های ستاد ملی مبارزه با کرونا
ایران‌فارما ایمن برگزار می‌شود

**بررسی مشکلات و چالش‌های صنعت در نشست خبری هیات‌مدیره
سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران**

دولت برنامه مشخصی برای حمایت از تولید ندارد

روز ۲۵ آبان‌ماه نشست خبری با حضور اعضای هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران، دکتر حیدر محمدی؛ مدیر کل اداره دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو و تعدادی از خبرنگاران رسانه‌های خبری به صورت اینترنتی برگزار شد. در این نشست که به دلیل شرایط کرونایی به صورت اینترنتی اداره می‌شد، دکتر محمد عبده‌زاده؛ رئیس هیات‌مدیره، دکتر مهدی پیرصالحی؛ نایب‌رئیس اول، دکتر هاله حامدی‌فر؛ نایب‌رئیس دوم و دکتر عباس کبریایی‌زاده، دکتر محمود نجفی‌عرب، دکتر مرتضی خیرآبادی، دیگر اعضای هیات‌مدیره شرکت داشتند و به سوالات خبرنگاران رسانه‌ها درباره وضعیت فعلی و چالش‌های صنعت داروسازی، شرایط صادرات و موقعیت شرکت‌های ایرانی در بازارهای هدف، ارز دارو، قیمت‌گذاری و... پاسخ دادند.

وزارت‌خانه‌ها برنامه مشخصی برای حمایت از تولید ندارد

دکتر محمد عبده‌زاده؛ رئیس هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در ابتدای نشست خبری تأکید کرد این سندیکا با تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به صنعت دارو موافق نیست چون تبعات آن برای صنعت و کشور زیاد است و به همین دلیل راهکارهای خود را به نهادهای مختلف ارائه داده‌اند که حتی پرداختی بیماران افزایش پیدا نکند.

او یادآوری کرد ارز دولتی فقط به ماده موثره ارز تعلق می‌گیرد و هزینه‌های دیگر صنعت متاثر از ارز آزاد است. دکتر عبده‌زاده در پاسخ به سوالی در مورد تغییر شیوه فعلی گفت: «این تغییر را می‌توان به روش‌های مختلف اعمال کرد، پلکانی، مرحله به مرحله و... اما

نکته اصلی این است که ارز چند نرخ زمین‌ساز ایجاد رانت و فساد است و به سیستم کنترلی و نظارتی بیشتری نیاز دارد تا یارانه به مصرف‌کننده اصلی برسد و به دلیل شرایط کشور و اختلاف زیاد ارز نیمایی و دولتی، حتی اگر بخواهیم ادامه این روش نه برای بانک مرکزی و نه برای صنعت امکان‌پذیر نیست. ما در کنار پیشنهادهای خود راهکارهای حمایت از صنعت را نیز به صورت رسمی مطرح کرده‌ایم که در بسیاری کشورهای دیگر اعمال می‌شود ولی متأسفانه در کشور ما این حمایت و تولیدمحور بودن در حد شعار باقی مانده است.»

رئیس هیات‌مدیره سندیکا شرایط فعلی و ضوابط و بروکراسی جاری را مانعی برای رشد صنعت دارو عنوان کرد و با تأکید بر این که

صنعت احتیاج داشته در زمان مناسب تامین نشده است و از آنجا که نمی‌توانند هر زمان با توجه به نوع اترز موجود تامین‌کننده خود را تغییر دهند. به همین دلیل باید یک راهکار مناسب برای تامین ارز ماده اولیه دارو در نظر گرفته شود. ارز فعلی حتی برای تامین ماده اولیه کافی نیست چه برسد آن که داروسازان بخواهند تجهیزات خود را به روز کنند.»

او درباره وضعیت حضور شرکت‌های ایرانی در افغانستان و عراق و کاهش سهم داروسازان از بازار این کشورها گفت: «رقابت ناسالم بین شرکت‌های داخلی در افغانستان بی‌تاثیر نبود و باعث قیمت‌شکنی و نتیجه منفی برای ما شد. از طرف دیگر برگشت ارز از این کشور هم برای شرکت‌ها دردسرساز شد چون پول این داروها به صورت ریالی پرداخت یا بخشی از آن به شکل چمدانی منتقل می‌شد و امکان انتقال از طریق سامانه وجود نداشت. خیلی از خریداران افغانی پول دارو را به شکل ارز یا از طریق بانک نمی‌پرداختند و در واقع شرکت‌ها ارز خود را به شکل ریالی گرفته بودند و نمی‌توانستند آن را به سیستم نیما برگردانند و در نتیجه شرکت‌های دارویی به فهرست سیاه بانک مرکزی اضافه شدند و مسیرهای آن‌ها را بست. بنابراین داروسازان برای این که وارد فهرست سیاه بانک مرکزی نشوند، ترجیح دادند صادرات‌شان را کاهش دهند و سهم ما در این بازار خیلی کم شده است.»

نایب‌رئیس هیات مدیره سندیکا شرایط شرکت‌های ایرانی در بازار عراق را به تاییدیه اف‌دی‌ای مرتبط دانست و اضافه کرد: «با رایزنی‌های انجام‌شده داروسازان ایرانی از این قانون مستثنا شدند و صادرات خوبی خصوصا در زمینه داروهای های‌تک داشتیم اما با توجه به نامه‌ای که اخیرا از وزارت خارجه داشتیم به نظر می‌رسد عراق رگولیشن‌های سخت‌گیرانه قبلی را برگردانده و امتیازات خاصی که به شرکت‌های ایرانی داده شده بود، برداشته شده و دارو جزو اقلامی قرار گرفته که واردات آن از ایران ممنوع شده است.»

او در ادامه یادآوری کرد با توجه به تغییرات سیاسی عراق به نظر می‌رسد تجارت ما با این کشور سخت شده باشد ولی باید این موضوع پیگیری شود که آیا نامه برای داروهای جدید ایرانی است یا داروهای ثبت شده قبلی را نیز شامل می‌شود؟

دکتر هاله حامدی‌فر ارز ۴۲۰۰ تومانی را مانع مهمی برای صادرات عنوان کرد و توضیح داد: «به دلیل تخصیص ارز دولتی برای خرید مواد اولیه مجوزهای صادراتی به سختی صادر می‌شود. می‌توان به مسئولان تامین دارو تا حدی حق داد ولای بازار صادرات به این شکل نیست که هر زمان خلارج شدیم دوباره بتوان راحت به آن برگشت. اشتباه و غفلت می‌تواند باعث شود بازاری را که در بلندمدت به آن نفوذ کرده‌ایم، برای همیشه از دست بدهیم. بنابراین لازم است سندیکا و سازمان غذا و دارو با همراهی یکدیگر راهکار

با تداوم روند پیش‌رو نه تنها صنایع امکان توسعه ندارند، حتی حفظ وضعیت فعلی هم از بخش تولید کشور گرفته می‌شود، افزود: «در این زمینه نه تنها برنامه‌ریزی مدون و مشخصی از طرف وزارتخانه‌های مرتبط با تولید وجود ندارد بلکه با بخش‌نامه‌های متعدد و جدید و با بروکراسی زیاد، سدها و موانع دیگری بر سر راه تولیدکنندگان قرار داده‌اند. در شرایط فعلی و با وجود تحریم‌ها، در کشور ما نیز می‌توان مانند بسیاری کشورهای دیگر از طریق تخفیف‌ها و معافیت‌های بیمه‌ای و مالیاتی فشار روی صنعت را کاهش داد. با قیمت فعلی ارز کارخانه‌ها نمی‌توانند تجهیزات خود را به‌روز کنند و لازم است برای توسعه زیرساخت‌ها تسهیلات مناسبی در اختیار صنایع قرار گیرد تا بتوانند نیازهای کشور تامین کنند.»

دکتر محمد عبده‌زاده در همین مورد اضافه کرد: «ما از تمام نهادهای مرتبط با تولید مانند وزارت صمت، وزارت دارایی، بهداشت و... می‌خواهیم در سال جهش و با توجه به تحریم‌های سخت خارجی، برنامه‌های اجرایی خود برای پیشبرد صنعت را به شکل شفاف مشخص نمایند. لازم است این نهادها اعلام کنند در راستای سیاست‌های کلان کشوری و حمایت از صنعت چه برنامه‌های عملیاتی ارائه داده‌اند و بگویند برای کمک به تولید چه کرده‌اند یا چه راهکاری برای پیشبرد آن دارند؟ هر وزارتخانه‌ای دو برنامه اجرایی خود را نه فقط برای حمایت از صنعت دارو بلکه برای کمک به تولید در کشور اعلام کند.»

رئیس هیات‌مدیره ضمن یادآوری این نکته که مطالبه‌گری یکی از رویکردهای این سندیکاست و تاکید کرد: «ما در سندیکا و صنعت تلاش می‌کنیم که هر آن‌چه در توان داریم برای تولید و عرضه دارو انجام دهیم تا داروی مورد نیاز مردم تامین شود تا بیماران بدون دارو نمانند.»

قرار گرفتن شرکت‌ها در فهرست سیاه، به دلیل مشکل برگشت ارز

دکتر هاله حامدی‌فر؛ نایب‌رئیس هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران در پاسخ به سوالی که به موقعیت شرکت‌های ایرانی در کشورهای دیگر مرتبط بود، درباره مشکلات صادرات شرکت‌ها، چالش برگرداندن ارز و نیز کاهش ذخایر مواد اولیه به دلیل دیرکرد تخصیص ارز صحبت کرد.

بر اساس آمار سال‌های ۹۷ و ۹۸ نشان می‌دهد ذخایر مواد اولیه شرکت‌های دارویی رو به کاهش است. دکتر حامدی‌فر در پاسخ به سوالی مرتبط با این مساله، ضمن تایید کاهش ذخایر شرکت‌ها گفت: «ما ابتدای سال ۱۳۹۸ با وجود کاهش ارز تخصیصی توانستیم ذخایر خود را بالا ببریم. ولی امسال تخصیص‌ها به موقع اتفاق نیفتاده است و غیر از کمبود منابع ارزی، نوع ارزی که



عملیاتی برای آن تعریف و ارائه کنند.»

او در پایان با اشاره به این که در شرایط تحریمی تمام روابط بین‌المللی تحت تاثیر قرار گرفته‌اند، درمورد ثبت داروهای ایرانی در اروپا تاکید کرد هنوز به این مرحله نرسیده‌ایم ولی توانسته‌ایم جی‌ام‌پی اروپا را برای بعضی داروها بگیریم.

هزینه آی آر سی اضافی به مصرف‌کننده تحمیل می‌شود

دکتر محمود نجفی‌عرب؛ عضو هیات‌مدیره سندیکا به هزینه‌های جدید و اضافی آی آر سی برای همه اجزای یک محصول انتقاد و آن را بار سنگینی برای تمام صنایع (دارو، مکمل، آرایشی-بهداشتی و...) عنوان کرد.

دکتر محمود نجفی‌عرب افزایش چند برابری قیمت آی آر سی را روش نادرستی عنوان کرد و گفت: «قبلاً وزارت بهداشت تحت این عنوان مبالغی را برای صدور پروانه کالاهای سلامت‌محور تعیین کرده بود که به حساب خزانه واریز می‌شد. دی‌ماه گذشته سازمان غذا و دارو روش جدیدی را اعمال کرد و این مبلغ را بیش از حد افزایش داد، مثلاً نه تنها برای خود دارو حتی برای اجزای دارو، مکمل‌ها، لوازم بهداشتی و... هم به صورت تک‌تک، آی آر سی جداگانه‌ای تعیین کرد که هزینه‌های سنگینی را به بخش تولید تحمیل می‌کند.» او در ادامه افزود: «تولیدکنندگان به این دستورالعمل جدید اعتراض کردند ولی وزارت بهداشت آن را به درخواست دیوان محاسبات مرتبط دانست. براساس مصوبه کمیسیون ماده ۱۲ که نمایندگان وزارت، تولید و نیز قوای سه‌گانه حضور دارند، قرار شد این روش تغییر کند، اما وزارت بهداشت از طریق سازمان برنامه و بودجه دوباره این مساله را در هیات دولت مصوب کرد و نه تنها مشکل قبلی را حل نکرد بلکه هزینه‌های جدیدی هم به آن اضافه شد. در واقع این مصوبه هزینه‌های هنگفتی به بخش تولید تحمیل می‌کند که در نهایت به مصرف‌کننده و خود وزارت برخواهد گشت.»

دکتر نجفی‌عرب از درخواست اجرایی نشدن این مصوبه تا بررسی‌های بعدی و ارجاع آن به کمیسیون اجتماعی دولت برای اصلاحات لازم‌خبر داد.

بخشی زیادی از ارز داروی امسال صرف کرونا شد

دکتر حیدر محمدی؛ مدیر کل دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو در ابتدای صحبت خود افزایش هزینه آی آر سی را دستور سازمان بودجه اعلام و تاکید کرد: «مبلغ آی آر سی را مجموعه ریاست‌جمهوری تعیین می‌کند و سازمان غذا و دارو مکلف به اعلام و دریافت آن هنگام صدور پروانه دارویی است. این مبلغ چند سال یک بار تغییر می‌کند و نگرفتن آن به معنی وصول نشدن درآمد دولت است و تذکر دیوان محاسبات را در

پی خواهد داشت.»

او مبالغ اعلامی را برای صدور پروانه ناچیز و ارقام بالاتر را مرتبط با واردات دانست که جزو سیاست‌های کلی کشور است و با توجه به دخیل نبودن سازمان غذا و دارو، اعتراض‌ها به نهادهای مرتبط ارجاع می‌شود ولی این هزینه در همه شرکت‌ها برای خدماتی که به شرکت‌ها داده می‌شود، مرسوم است ولی در همین مورد تاکید کرد تصمیم‌های مرتبط با صنعت با شرکت و هم‌فکری ذینفعان گرفته می‌شود و اداره زیر نظر او بر این حضور اصرار دارد.

به گفته دکتر حیدر محمدی میزان تعرفه صدور پروانه دارو و سایر تولیدات سلامت‌محور در مصوبه ریاست‌جمهوری تعیین می‌شود و چندسال یک بار تغییر می‌کند. او سازمان غذا و دارو را ابلاغ‌کننده عنوان و تاکید کرد: «دریافت نشدن این مبلغ تذکر دیوان محاسبات کل کشور را در پی دارد چون یکی از راه‌های تامین بودجه کشور است. میزان تعرفه برای تولید ناچیز است، مبالغ بالاتر به واردات برمی‌گردد و برای آن که سازمان غذا و دارو خدمات خوبی به شرکت‌ها ارائه دهد باید هزینه‌های مربوطه پرداخت شود. اگر اعتراضی به رقم و اعداد باشد و قرار است درمورد مقدار آن بحث شود باید کارشناسان دولت و سازمان‌های تصویب‌کننده و دستوردهنده مانند سازمان برنامه و بودجه، دیوان محاسبات و سایر نهادهای تعیین‌کننده حضور داشته باشند تا به آن رسیدگی شود.»

او در همین مورد تاکید کرد ما از حضور ذی‌نفعان در چنین جلساتی استقبال می‌کنیم و هیچ موردی را بدون نظر آن‌ها ابلاغ نمی‌کنیم.

دکتر محمدی وضعیت تخصیص ارز دارو در نیمه اول سال را نامناسب دانست ولی در همین مورد گفت: «ما در سال جاری وضعیت مناسبی نداشتیم ولی خوشبختانه شرایط تغییر کرده و از اواسط شهریور تا اواخر مهرماه وضعیت تخصیص ارز دارو از طرف بارنگ مرکزی کمی بهتر شده است که این تخصیص باعث شد کمبودهای دارویی از ۲۶۰ قلم به ۹۶ قلم در پایان مهرماه برسد. میزان تخصیص امسال حدود یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون و از این مبلغ ۹۰۰ میلیون تامین ارز دولتی بوده است. تا پایان آذر و دی فرصت داریم که از سهمیه اصلی ما ۲.۵ میلیاردی استفاده کنیم ولی باید در نظر داشته باشیم این رقم حتی بدون هزینه‌های کرونا برای تامین نیازهای کشور کافی نبود.»

او در ادامه عنوان کرد بخش قابل توجهی از بودجه دارو و تجهیزات پزشکی امسال صرف کرونا شده است و سهمیه ارزی نباید از سال گذشته کمتر باشد تا بتوان وضعیت را مدیریت کرد. با این درخواست موافقت نشد ولی آقای جهانگیری دستور دادند که سهمیه ما به خاطر کرونا ۳۰۰ میلیون دلار افزایش پیدا کند و به



میزان نیاز، بسیار بیشتر از مصرف و تولید معمول کشور است. چنین فرآیندی مشکل و بار زیادی برای صنعت ایجاد می‌کند و داروهایی که قبلاً هیچ‌وقت کمبود نداشته‌اند ناگهان نایاب می‌شوند ولی مسئولان بانک مرکزی در تخصیص ارز دارو به این نکته توجه ندارند و هنوز بر عدد مصوب قبل از کرونا پایبند هستند و آن‌را تغییر نمی‌دهند.»

او در ادامه به کارمزد قابل توجه انتقال ارز به دلیل تحریم‌ها اشاره کرد و گفت: «بانک مرکزی این هزینه را جزو اعداد مصرفی در نظر گرفته است و ما امسال در زمینه دارو از چند جهت زیر فشار قرار گرفته‌ایم. با توجه به این موارد مسئولان باید بدانند که سیستم دارویی کشور بدون افزایش میزان ارز تخصیصی یا کاهش کارمزدها از مبلغ مصرفی شرکت‌ها، امکان ادامه روند فعلی را ندارند.»

لزوم همکاری صنعت و سازمان برای تامین داروی کشور

دکتر مهدی پیرصالحی؛ نایب‌رئیس هیات‌مدیره سندیکا صحبتش را با یادآوری این نکته آغاز کرد که با وجود فشارهای تحریمی و مشکلات اقتصادی صنعت دارویی ما در دوره کرونا خوب درخشید و داروهای معرفی شده مانند رمدیسور، فلوپیراویر و... را پس از معرفی جهانی تولید و عرضه کرد و کشور برای تامین آن‌ها در تنگنا قرار نگرفت. صنعتی که در شرایط سختی مانند سال‌های جنگ، دوره سازندگی و امروز در تحریم‌های سخت و کرونا به کشور کمک و نیازهای مردم را تامین کرده است باید نیاز ارزی آن در اولویت قرار گیرد.

او میزان ارز موزد دارو را به نسبت بودجه کل کشور ناچیز دانست و تاکید کرد: «تامین ارز دارو باید جزو اولویت‌ها و خارج از کنترل‌های سخت‌گیرانه باشد تا بتواند به فعالیت خود ادامه دهد. بهترین روش برای این که ارز دارو خارج از کنترل‌ها قرار بگیرد این است که ارز آزاد شود و سوبسید آن به بیمه‌ها تعلق بگیرد چون تامین موجودی دارو از قیمت آن مهم‌تر است.»

دکتر پیرصالحی در ادامه افزود: «این مساله باید در مجلس و سایر نهادها در نظر گرفته شود و کم‌کم به سمت تغییر برویم. اگر ارز دارو تغییر کند برای تخصیص و تامین آن نیاز به کنترل‌های سخت‌گیرانه نیاز نخواهد بود. باید از الان برنامه‌ریزی شود تا در سال‌های بعد ارز دارو تغییر کند، زیرساخت‌های لازم مهیا شود و برای تسهیل ضوابط برای تامین داروی کشور گام برداریم.»

دکتر پیرصالحی به کارگروه‌های فعال در سندیکا اشاره کرد که پیشنهادهای خود را برای رفع موانع و مشکلات فعلی به سازمان ارائه می‌دهند و در پاسخ به سؤالی درباره عملکرد سازمان غذا و دارو با توجه به سابقه حضور در سازمان غذا و دارو و همچنین مدیریت شرکت‌های دارویی گفت: «در هر دوره به عملکرد سازمان انتقادهایی هست که می‌تواند درست هم باشد ولی الان در شرایطی هستیم که هر چند سازمان می‌تواند موثر باشد ولی به تنهایی اختیار ارز را ندارد و این شرایط می‌تواند محدودیت ایجاد کند. از طرفی همه‌گیری کرونا شرایط سختی است که مسئولان درگیر آن هستند و بعضی جاها خوب عمل کرده‌اند و در بعضی موارد هم انتقاداتی وجود دارد. با توجه به شرایط فعلی کشور و همه‌گیری کرونا بهتر است این موضوع را برای زمان مناسب بگذاریم. الان باید همه فعالان صنف با همراهی مسئولان سازمان غذا و دارو کمک کنیم تا نیازهای دارویی کشور تامین شود.»

۲ میلیارد و ۸۰۰ برسد ولی با توجه به مشکلات فعلی در تامین ارز و سخت شدن تحریم‌ها، شرایط بدتر شده است.

دکتر محمدی ضمن یادآوری این نکته که بخشی از ارز امسال برای تهیه واکسن آنفلوآنزا صرف شده است، او تامین نشدن واکسن آنفلوآنزا علی‌رغم تامین ارز را به شرایط کرونا و سفارش‌های بالا به شرکت‌های تولیدی مرتبط دانست و اضافه کرد: «با آن‌که به موقع و حتی بیشتر از برآورد سال‌های قبل میزان واکسن مورد نیاز را سفارش داده بودیم ولی بخشی از آن به دلیل شرایط کرونا آماده نشد.»

مدیر کل دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو باز شدن مسیر عراق را برای تامین ارز دارو مفید دانست و تاکید کرد هرچه تخصیص ارز بیشتر باشد، کمبود دارو کمتر خواهد شد. او فلوپیراویر داروی خاص و پرخطری عنوان کرد که فقط با تایید تیم وزارت بهداشت در داروخانه‌های خاص عرضه می‌شود ولی پوشش بیمه‌ای آن با دستور وزیر بهداشت و مصوبه شورای عالی بیمه اجرایی خواهد شد.

قراردگیری داروها در پروتکل درمان کرونا، عامل کمبودهای مقطعی

دکتر مرتضی خیرآبادی درباره کاهش یک سومی ارز دارو به نسبت سال‌های گذشته، مشکلات انتقال ارز و هزینه این انتقال، تاثیر کرونا بر بودجه امسال و نیز کمبودهای دارویی صحبت کرد. او در ابتدای صحبت خود آمارى درباره وضعیت دارو تا پیش از تحریم‌های سال ۱۳۹۷ ارائه داد و گفت: «قبلاً به صورت سالانه حدود ۴.۵ میلیارد دلار به دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص داده می‌شد، بعد از سال ۹۷ این عدد به ۳.۵ میلیارد رسید و در سال ۹۸ به ۲.۵ میلیارد دلار کاهش یافت. امسال عددی که به دارو اختصاص یافته حدود ۱.۵ میلیارد دلار است که به دلیل شیوع کووید ۱۹ تقریباً حدود یک سوم تا یک‌چهارم این هزینه دارویی به بیماران کرونا اختصاص پیدا کرده و از سهمیه دارویی کشور کم شده است.»

او در ادامه با تاکید بر این که تدوام چنین شرایطی، تولید داروی کشور را دچار مشکل جدی می‌کند، اضافه کرد: «بخشی از ارز ما در کشورهای کره جنوبی، عمان و عراق به دلیل تحریم‌ها بلوکه شده و در طول سه ماه گذشته تلاش شده است تا ارز عمان آزاد شود که حدود ۶۰-۵۰ میلیون دلار به دارو اختصاص پیدا کرد ولی آمریکایی‌ها باز هم مشکل ایجاد کردند و بخشی از پول هنوز در این کشورها باقی مانده است که در حال مذاکره برای یافتن راه مناسب هستیم، خصوصاً که بخشی از پول فروش برق به عراق در آن کشور موجود است و امیدواریم بتوانیم امکان آزادسازی آن فراهم شود.»

دکتر خیرآبادی ورود داروهای متعدد و متنوع به پروتکل درمان کرونا را یکی دیگر از چالش‌های صنعت دارو در دوره همه‌گیری کرونا عنوان کرد و توضیح داد: «در این مدت مقالات متعددی منتشر و هر بار یک دارو برای درمان آن اعلام می‌شود که بعضی از آن‌ها بسیار کمیاب است و برای درمان بیماری‌ها دیگری مورد استفاده قرار می‌گیرد. با معرفی این داروها به عنوان درمان کرونا، تعداد زیادی از پزشکان آن‌را تجویز می‌کنند و در مدت کوتاهی میزان تجویز و تقاضای آن به شدت بالا می‌رود در حالی که این

در جلسه هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی با هلدینگ‌های دارویی مطرح شد:

پیگیری‌های سندیکا برای تخصیص ارز و روش‌های کاهش جایزه‌های غیرمتعارف

به گزارش روابط عمومی سندیکا، ظهر روز سه‌شنبه ۱۸ آذرماه جلسه‌ای با حضور اعضای هیات‌مدیره سندیکا و مدیران عامل هلدینگ‌های دارویی در محل شرکت توزیع داروپخش برگزار شد. محور این جلسه ارائه خلاصه گزارش پیگیری‌های هیات‌مدیره سندیکا از سازمان‌ها و نهادهای مربوط درمورد مشکلاتی مانند تخصیص نیافتن ارز کافی برای تأمین مواد و ماشین‌آلات، قیمت‌گذاری، مالیات بر ارزش‌افزوده، جوایز و تخفیف‌های غیرمتعارف در بعضی شرکت‌های دارویی و... بود. در این جلسه هر کدام از حاضران نظر خود را درباره موضوعات محور نشست عنوان کردند و اگر راهکاری برای آن داشتند، مطرح نمودند.

وضعیت تخصیص ارز و قیمت‌گذاری آن

ابتدای جلسه دکتر محمد عبده‌زاده رئیس هیات‌مدیره سندیکا با اشاره به اینکه در هیات‌مدیره پیگیری‌های متعدد حول چند محور انجام شده که مهمترین آن مرتبط با حوزه‌های وزارت بهداشت، بانک مرکزی، دولت و مجلس هستند، تاکید کرد مهم‌ترین مشکلاتی که در جلسات مطرح شد مسئله تأمین و تخصیص ارز، قیمت‌گذاری، مشکل صادرات، برنامه‌های توسعه صنعت و سایر مسائل جاری حوزه دارو بوده و پیگیری‌ها مداوم برای حفظ و توسعه صنعت استراتژیک دارو را ادامه می‌دهیم.

رئیس هیات‌مدیره سندیکا درمورد مشکلات قیمت‌گذاری گفت: «با توجه به این که جلسات کمیسیون قیمت‌گذاری یک هفته در میان است، از ابتدای سال تاکنون تعداد کمی از داروها قیمت گرفته‌اند، و ادامه روند فعلی بررسی‌ها در کمیسیون قیمت‌گذاری جوابگوی تورم تحمیل شده بر صنعت داروسازی نمی‌باشد، ضمن اینکه در همین ارتباط جلسه‌ای با سازمان حمایت از مصرف‌کننده و تولیدکننده برگزار و در پایان اعلام شد اگر مستندات شرکتهای تولیدی کامل و قابل استناد باشد درخواست‌های اصلاح قیمت قابل بررسی خواهد بود. در ادامه بعضی فعالیت‌ها و تلاش‌های سندیکا برای رفع مشکلات ارزی شرکت‌ها به شرح ذیل توضیح داده شد:

- پیگیری نتیجه جلسات با معاون و مدیران کل بانک مرکزی به شرح ذیل در دست اقدام است.
 - پیگیری خط اعتباری روپیه بین ایران و هند از طرف بانک مرکزی
 - در جلسه‌ای با هلدینگ صادرکنندگان پتروشیمی داشتیم، موافقت شد معادل ۳۰۰ میلیون دلار (روپیه) از محل صادرات شرکت‌های پتروشیمی به دارو تخصیص یابد، نامه مربوطه به سازمان غذا و دارو ارجاع شد و بعد از تایید ریاست سازمان مراتب با نظر موافق به بانک مرکزی فرستاده شد.
 - پیگیری جابجایی ارزهای تخصیص داده شده از طرف کارگزار جدید چین و جایگزینی تخصیص‌ها با سایر روش‌های قابل انجام
 - پیگیری و تعیین تکلیف ریال عمان
- در این جلسه زمان‌بر بودن مراحل تأیید و تخصیص ثبت سفارش‌ها در بانک مرکزی، تأخیر در ارسال لیست ثبت سفارش‌های تأییدی به بانک مرکزی و تأخیر در ابلاغ آراء کمیسیون قیمت‌گذاری یکی دیگر از مشکلات فعلی عنوان شد. دکتر عبده‌زاده درمورد بازسازی و نوسازی صنعت دارو گفت: «در جلساتی که با دولت و مجلس

داشتیم اعلام کردیم که با شرایط فعلی، کارخانه‌ها امکان بازسازی تجهیزات خود را ندارند، به همین منظور پیشنهادات سندیکا به مجلس و دولت در خصوص تأمین اعتبارات لازم و مشخص برای بازسازی، نوسازی و توسعه صنایع داروسازی از محل صندوق توسعه ملی، با مهلت بازپرداخت، نرخ بهره پایین و تنفس در بازپرداخت بصورت مکتوب ارائه گردید.

رئیس هیات‌مدیره سندیکا با اشاره به این که یکی از مشکلات بزرگی که به خود تولیدکنندگان برمی‌گردد مسئله جوایز و تسهیلات است، گفت: «علیرغم وضعیت نامناسب تأمین و تخصیص ارز و تأمین مواد اولیه خیلی از داروها با تخفیف، جایزه و شرایط نامتعارف به فروش می‌رسد و در انتها سود آن‌ها به تولیدکننده می‌رسد و نه مصرف‌کننده. با این روش درآمدی که می‌تواند به تولید برگردد و باعث تجهیز و توسعه صنعت شود هدر می‌رود. بطور قطع اگر به همین منوال پیش برویم و برنامه‌ریزی تولید منطبق بر نیاز را در پیش نگیریم، تعدادی زیادی از شرکت‌های داروسازی تعطیل و ورشکست خواهند شد.

جوایز، مانع قیمت‌گذاری و صادرات

دکتر مهدی پیرصالحی نایب‌رئیس هیات‌مدیره سندیکا در سخنان خود با بیان این که مسئله جوایز در قیمت‌گذاری و حتی صادرات مشکل‌ساز هست، توضیح داد: «برخی شرکت‌ها همان موقع که برای داروهای خود قیمت می‌خواهند، جایزه هم می‌دهند. ما با جوایزی که می‌دهیم مانع صادرات خود می‌شویم زیرا داروخانه‌ها دارو را ارزان‌تر به افغانستان و عراق می‌فروشند.»

لزوم برگشت هزینه‌های کرونا به سهمیه دارو

دکتر مرتضی خیرآبادی عضو هیات‌مدیره سندیکا با اشاره به مباحث مطرح شده در جلسه با دکتر جهانگیری؛ معاون اول ریاست جمهوری گفت: «یکی از موارد نرخ کارمزد انتقال ارز بود که نباید جزو آورده شرکتهای داروسازی قلمداد شود. بانک مرکزی موظف بوده یک و نیم میلیارد دلار به صنعت دارو اختصاص دهد ولی تاکنون تنها ۱۳۰ تا ۱۴۰ میلیون آن تخصیص داده شده است. از طرف دیگر هزینه کرونا نیز از بودجه دارو کسر شده است و هنوز برای بازگرداندن آن به نتیجه نرسیده‌ایم. تا وقتی سازمان به صورت مستند رقم کارمزد و میزان بودجه کرونا را اعلام نکند، نمی‌توانیم در این مورد به نتیجه برسیم.»

خیلی از پخش‌های کوچک را به داروخانه خود راه نمی‌دهند زیرا می‌دانند شرایط یکسان است و فرقی نمی‌کند که از کدام شرکت پخش خرید کنند و با چند پخش کار و داروی مورد نیاز خود را تأمین کنند؛ به همین دلیل در این بخش دو اتفاق می‌افتد که یکی ورشکستگی بسیاری از پخش‌های خصوصی و دیگری ورشکستگی تعدادی از کارخانه‌های کوچک است. به نظر من تنها راه باقی‌مانده سهمیه‌بندی داروست و اگر قرار بر اجرای این روش باشد، الان زمان خوبی است چون تعداد اقلامی که جایزه داده می‌شود محدود و بین ۳۰ تا ۵۰ قلم است.»

او با اشاره به این که سازمان غذا و دارو ادعا می‌کند شرکت‌ها سوددهی دارند ولی همیشه در حال شکایت هستند افزود: «متأسفانه سازمان توجه نمی‌کند که سود شرکت‌ها بر اساس ریتال حساب می‌شود ولی هزینه آن‌ها بر اساس دلار است. ما با هزینه‌ای که الان یک قطعه از یک دستگاه را می‌خریم قبلاً خود آن دستگاه را می‌خریدیم، یعنی در حال حاضر قیمت یک صدم دستگاه با خود دستگاه برابر است. متأسفانه به این وضعیت توجهی نمی‌شود و شاید هم دلیل آن بی‌اطلاع باشد.»

دکتر وحید محلاتی؛ مدیرعامل داروپخش صحبت خود را با اشاره به اطلاعات آمارنامه دارویی کشور در سال ۹۷ آغاز کرد که بر اساس آن میزان مصرف عددی داروی تولیدی کشور ۴۰ میلیارد بوده است و در سال ۹۸ با این که آمارنامه اعلام نشده است می‌دانیم شرکت‌ها حدوداً ۲۵ درصد رشد تعدادی فروش داشتند که معادل ۵۰ میلیارد عدد است. در شش ماهه اول امسال نیز رشد فروش داشته‌ایم که می‌توان گفت حداقل ۱۰ درصد بوده است، بررسی این ارقام و آمار نشان می‌دهد حدوداً بین ۱۰ تا ۱۵ میلیارد عدد دارو در سال قاچاق می‌شود که بالای ۲۵ درصد داروی کشور است.

او در مورد انواع بازار در کشور گفت: «ما چهار نوع بازار داریم، اولی بازار انحصار کامل است که قیمت‌گذاری و عرضه و تقاضا در اختیار یک نفر است، دومی بازار انحصار ناقص است که دو تا سه تأمین‌کننده وجود دارد، این بازار تعاملی است و میزان عرضه آن نزدیک به بازار است، سومی بازار رقابت ناقص است که مانند بازار انحصار ناقص به صورت تعاملی پیش می‌رود. چهارمی بازار رقابت کامل است و تعداد مشتریان و تأمین‌کنندگان به حدی زیاد است که ورود و خروج یکی از آن‌ها تفاوت زیادی ایجاد نمی‌کند.»

لزوم موافقت اعضای سندیکا با سیاست‌های کمیته

دکتر علی مهرآمیزی؛ عضو هیات‌مدیره سندیکا از برگزاری جلسه در کمیته کنترل بازار سندیکا و جمع‌بندی موضوعات مطرح شده در این کمیته خبر داد و گفت: «یکی از موضوعات بحث شده این بود که اعضای سندیکا سیاست‌های مطرح در کمیته قبول داشته باشند و از آن دفاع کنند. ما باید برای بازار غیرمتعارف تعریف داشته باشیم و با آن شاخص پیش برویم، اگر شرکتی بر این اساس غیرمتعارف عمل کرد، با مدیران آن جلسه‌ای گذاشته شود و اگر قرار شد با سیستم قدرت و قوه قهریه استفاده کنیم، هیات‌مدیره سندیکا تصمیم بگیرد.»

دکتر عبده‌زاده رییس هیات‌مدیره سندیکا در پایان جلسه تأکید کرد: «حفظ و توسعه داشته‌های صنعت باید برای همه مهم باشد و اجازه ندهیم این سرمایه ملی با جایزه، تخفیف و فروش غیرمتعارف از دست برود. باید دست‌به‌دست هم دهیم و کاری کنیم تا صنعت داروسازی توسعه یابد.»

کنترل عرضه دارو، بخشی از کمبود ارز را جبران می‌کند

دکتر علی منتصری؛ مدیرعامل شرکت بهوزان با بیان این که مسائل مرتبط با دارو گزاره و مسئله اقتصادی به حساب می‌آید، افزود: «ما باید نگرشمان را عوض کنیم و در نظر بگیریم که در تمام حیطه‌های اقتصادی عرضه و تقاضا وجود دارد، هرچقدر عرضه بیشتر باشد مصرف ارز بالا می‌رود و طبیعتاً جایزه هم افزایش پیدا می‌کند بنابراین مشکل به این راحتی حل نمی‌شود؛ چون وقتی یک شرکت محصولاتش در انبار می‌ماند و به تاریخ انقضا نزدیک می‌شود، پس مجبور است جایزه بدهد. ما در زمان جنگ برنامه‌ریزی متمرکز داشتیم و طبق برنامه‌ای بدون برنامه تولید شرکتها را اعلام می‌کردیم و عرضه تا حدودی کمتر از تقاضا بود.» او در همین مورد اضافه کرد: «در شرایط فعلی هم باید عرضه دارو کنترل شود و اگر این اتفاق بیفتد بخشی از مشکل ارز حل و بازار رقابت هم کنترل خواهد شد. لازم است سندیکا برای ۳۵ تا ۴۰ درصد داروها برنامه‌ریزی متمرکز داشته باشد.»

قاچاق، مانعی برای صادرات

دکتر اکبر برندگی؛ مدیرعامل گروه دارویی برکت پژوهش و تحقیق را پیش‌زمینه ضروری برای آزادسازی نرخ ارز دانست و در این مورد توضیح داد: «باید بدانیم با آزادسازی نرخ ارز دارو چه اتفاقی در کشور خواهد افتاد و چه تغییراتی پیش می‌آید؟ انجام چنین کاری به همت مضاعف و برنامه‌ریزی بدون نیاز دارد؛ بنابراین اگر سندیکا بتواند این کار را انجام دهد و در پژوهش و طرح خود بیمه‌ها، کشور و دسترسی مردم را در نظر بگیرد و بتواند نهادهای ذیربط را توجیه کند، می‌توانیم به نتایج مطلوبی برسیم.»

او با تأکید بر این که میزان تولید صنعت داروسازی ما بیشتر از ظرفیت کشور است، افزود: «وقتی به موضوع صادرات می‌پردازیم این موضوع کاملاً مشهود است. تا زمانی که داروهای ما به صورت قاچاق و به یک سوم قیمت در داروخانه‌های افغانستان وجود داشته باشد، تاجران این کشور حاضر به خرید دارو و واردات آن از طریق قانونی نیستند و نمی‌توانیم صادراتی به آن کشور داشته باشیم. در واقع آن بخش از تولیدات داخلی که بیش از نیاز داخل است، معمولاً قاچاق می‌شود.»

دکتر برندگی در مورد قیمت‌گذاری دارو گفت حتی یک قلم از مواد مورد استفاده در تولید دارو در کنترل ما نیست و به همین دلیل نمی‌توانیم قیمت آن را کنترل کنیم. او در ادامه افزود: «ما باید به فکر توسعه بازار باشیم ساختار کشور طوری است همه برای واردات پیش‌قدم هستند ولی در مورد صادرات شرایط برعکس است و همه مانع هستند؛ مثلاً صادرات الکل و ماسک به دلیل نیاز کشور ممنوع شده ولی در حال حاضر بازار اشباع شده و محصولات روی دست تولیدکننده مانده است. سندیکا باید به این موضوع ورود و با کمیته کرونا مذاکره کند تا بتوانم صادرات داشته باشیم چون تا وقتی صادرات نداشته باشیم، نمی‌توانیم صنعت را توسعه دهیم.»

نظارت بر توزیع دارو، روشی برای کنترل تسهیلات و جوایز

دکتر پویا فرهنگ؛ مدیرعامل هلدینگ تی‌پی‌کو ضمن تشکر از هیات‌مدیره سندیکا برای پیگیری‌های مداوم در زمینه تسهیلات و جوایز دارویی گفت: «باید تسهیلات و جوایز به طور کامل برداشته و شرایط برای تمامی شرکت‌ها مساوی شود، صاحبان داروخانه‌ها



با رعایت تمامی پروتکل‌های
ستاد ملی مبارزه با کرونا و عبور از وضعیت قرمز

ایران فارما ایمن برگزار می‌شود

ایران فارما به‌عنوان مهم‌ترین رویداد صنعت داروی ایران در آستانه ششمین سال برپایی‌اش دچار بحران شیوع ویروس کرونا شد. به همین دلیل برگزاری این رویداد فراگیر که بیش از سی‌هزار متخصص و نزدیک به پانصد شرکت ایرانی و خارجی در آن حضور به هم می‌رساندند، در اوج محدودیت‌های مقابله با کرونا به علت ازدحام بازدیدکنندگان امکان‌پذیر نبود.

اعضای هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران با توجه به اصل سلامت عمومی و رعایت پروتکل‌های ایمنی در دوران کرونا به دنبال راه‌حلی بودند تا تداوم این بزرگ‌ترین نمایشگاه دستاوردهای دارویی و رخدادهای جانبی آن دست‌خوش کم‌ترین تغییر شود و ماهیت اصلی ایران فارما به‌عنوان یگانه گردهمایی هدفمند و سراسری صنعت داروسازی در کشور خدشه‌دار نشود. دبیرخانه اجرایی نمایشگاه ایران فارما با بررسی شیوه برگزاری نمایشگاه‌ها و همایش‌های مشابه در سطح جهان به‌خصوص CPhI به این نتیجه رسیدند که در دوران قرمز به هیچ‌وجه امکان برپایی نمایشگاه نیست و باید با توسل به فناوری دیجیتال و به‌روز، ارتباط بین مخاطبان ایران فارما حفظ شود و در شیوه اطلاع‌رسانی اینترنتی تغییر بنیادینی صورت پذیرد.

از این رو مجموعه جلسات آنلاین، کارگاه‌های وبینار و گفت‌وگوهای زنده اینستاگرامی برگزار شد تا قابلیت‌سنجی توان IT مؤسسه رسایش به‌عنوان مجری نمایشگاه ایران فارما ارتقا پیدا کرد و گروه متخصصان رویدادهای مجازی این مؤسسه مجهز به آخرین دستاوردها در زمینه ارتباط اینترنتی حتی با خارج از کشور شدند.

گام بعدی آماده‌سازی فضای نمایشگاهی مصلا بزرگ تهران برای اجرای کامل پروتکل‌های بهداشتی ستاد مقابله با کرونا بود. طی جلساتی که مدیر نمایشگاه ایران فارما و تیم اجرایی با مدیران مصلا داشتند دستورالعمل‌ها و مقررات جدیدی برای حفظ سلامت تمامی بازدیدکنندگان و غرفه‌داران تنظیم و مدون شد و مواردی همچون افزایش فضای نمایشگاهی، کاهش رویدادهای جانبی، محدودیت شدید برای حضور حداقلی بازدیدکنندگان متخصص، افزایش روزهای آماده‌سازی و تحویل نمایشگاه، حذف برنامه ملاقات‌های حضوری مدیران و جایگزینی سیستم کنفرانس و ملاقات به‌صورت مجازی، کنترل شدید در هنگام ثبت‌نام بازدیدکننده و چک‌های لازم تیم پزشکی، استقرار آمبولانس‌های ویژه و به‌خصوص برنامه دقیق و منظم ضدعفونی تمامی فضاهای داخلی و بیرونی نمایشگاهی مصلا فقط بخشی از دستورالعملی است که مقرر شده هنگام برگزاری ششمین ایران فارما علاوه بر پروتکل‌های ستاد ملی مقابله با کرونا اعمال شود؛ البته شرط اصلی برگزاری ایران فارما استقرار وضعیت زرد و ترجیحاً سفید شدن در ایران بود.

از طرفی در پی بیش از یک سال وقفه‌ای که در برگزاری ایران فارما به‌وجود آمده پرسنل اجرایی رسایش در مانورهای مختلف شرکت کرده و با توجه به کمپین #ایمن_بِگزار_می_کنیم نه تنها با درجه قابل قبول همایش مکمل‌ها را در هتل المپیک قبل از اعلام محدودیت‌های تردد برگزار کردند بلکه توانستند به‌عنوان الگویی از یک کمپین موفق برگزاری رویداد در وضعیت زرد کرونا قلمداد شوند.

بالاخره دبیرخانه اجرایی به تهیه مستندات، ارائه دستورالعمل‌های مقابله با کرونا که به‌طور مشترک بین رسایش و مصلا منعقد شده و بررسی زمان مناسب در سال ۱۴۰۰ از طرف رئیس هیئت مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران مهر تأیید ششمین ایران فارما صادر شد و طی نامه‌ای دکتر محمد عبده‌زاده به تمامی شرکت‌های حاضر در ایران فارما زمان جدید یعنی ۲۰ تا ۲۲ فروردین ماه سال آتی را اعلام کرد.

امید است روند رو به رشد مقابله و کنترل کرونا ادامه یافته و در دورانی که خبرهای خوش تولید واکسن و کاهش آمار مبتلایان در رسانه‌ها منتشر می‌شود، سال آینده سال سلامت و برگزاری رویداد اصلی حوزه تداوم و ترویج سلامت در ایران یعنی همان ایران فارما باشیم. ▶



#ایمن برگزار می‌کنیم



نماینده انحصاری تامین کنندگان خارجی
تامین زنجیره کامل صنعت داروسازی
و اجرای پروژه‌های زیست فناوری

BLC Series Coaters



Flexibility without interchangeability

BLC Model=>	BLC Mini	BLC 40	BLC 70	BLC 90	BLC 120	BLC 150	BLC 180
Min Capacity (Kgs)	0.3	1.8	16	36	71	138	239
Max Capacity (Kgs)	1.3	7.8	64	130	312	610	1055
No. of Guns	2	3	4	6	8	10	12

شرکت بازرگانی صباحی با بیش از

- ۱۰۰ سال تجربه | ۲۱۰۰ مشتری بالقوه | ۵۰ تامین کننده انحصاری
- اجرای ۶۹ کارخانه کلید در دست | ۱۵۰ پروژه راه اندازی ماشین آلات در ایران



خدمت رسانی به تولیدکنندگان ایرانی
SERVING IRANIAN MANUFACTURERS

آماده ارائه هرگونه خدمات به صنایع تولیدی
(علوم زیستی، زیست فناوری و پلیمر)

BECTOHEM LÖDIGE
PROCESS TECHNOLOGY



Serving Pharmaceutical Industry for 4 decades

Bectochem-Global diversified group founded in 1978

Four world class manufacturing facilities

Providing turnkey solutions for pharmaceuticals

General/Hazardous, Oral solid dosage & Material handling systems

Technology partners from Europe

Sales Reference in IRAN

Process Machinery



MIXING



REACTING



DRYING



COATING



GRANULATING



- | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Fermenters (Steel & Glass) | Filter Housing | Piping & Process Design (CFD) |
| Bioreactors (Steel & Glass) | WFI Generator | Orbital Welding |
| CIP/SIP System | PSG | Chromatography Columns |
| Virus Inactivation Vessel | Magnetic Agitator | Pass Box (Dynamic & Static) |
| TFF System | IBC | Central SCADA with CSV |
| Process Vessel | Homogenizer | Clean room SS Furniture |
| Filtration System | Clean Piping | Heat Exchanger |
| Kill Tank | Boroscopy | Bio Safety Cabinet |
| Bio-Inactivation System | Electro Polish | LAF |

Validation Documents (DQ, IQ, OQ)

کرج، شهرک صنعتی سین دشت، خیابان دوم غربی - پلاک ۱۰

تلفن: ۰۲۶۳۶۶۷۰۲۴۴

فکس: ۰۲۶۳۶۶۷۰۳۰۹

Info@arokobioeng.com



ماهنامه اختصاصی حوزه دارو، تغذیه، بهداشت و سلامت
فارسی - انگلیسی
شماره ۵۳ . سال هفتم . آذر ۱۳۹۹
تیراژ ۵۰۰۰ نسخه - قیمت ۱۰۰۰۰۰ ریال - توزیع سراسری
انتشارات مطالب نشریه غذا و دارو با ذکر منبع بلامانع است.

صاحب امتیاز: مؤسسه رساگفتمان صنعت بینش
مدیر مسئول: لیلا چگینی
سردبیر: شادمهر راستین
مشاوران علمی: دکتر جعفر میرفخرایی، دکتر محمد
عبدزاده، دکتر مهدی پیرصالحی، دکتر عباس کبریایی زاده،
دکتر محمود نجفی عرب، دکتر هاله حامدی فر، دکتر مرتضی
خیرآبادی، دکتر علی مهرآمیزی، دکتر فضل اله حیدرزاد، دکتر
مهدی سلیمانجاهی، دکتر محمدرضا کاظمعلی،
دکتر محمد ناصر

مدیر اجرایی:
اکرم اظهاری

دبیر تحریریه:
زهره صدری نژاد

همکاران این شماره تحریریه: رسول سعدونی، سمانه رنجبر،
صحرا بختیاری، پرنیان پناهی، سمیه مقصودعلی

امور ارتباطات و رسانه: فرخ دبیزرگی، پگاه حبیبی، سپیده اسماعیلی

گرافیک و نشر
مسئول گرافیک: الهامه رازفر
عکاسان: امین سروری، افرا شهباززاده

سازمان آگهی ها
مدیر امور مالی: مهرداد حضرتی
مدیر بازاریابی: مهسا عباسی
گروه بازاریابی: مهدی فخرآور، محمدرضا اسماعیلی،
محمد یزدان پرست

فناوری اطلاعات: اردشیر شیرزادیان

با همکاری: مریم قربانی، فرزاد محمودی، نرگس قربانعلی،
محمدامین حسینی، مقدی وارطانی، حسین حبیب الهی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت مبینا چاپ



آینده بیوتکنولوژی در رویدادی تخصصی ۱۶
صنعت بیوتکنولوژی، پرچم افتخار کشور است ۱۷

بررسی آزادسازی قیمت دارو در ایران ۲۱

شکوفایی جریان دارو در بورس ۲۷

چالش جهانی قیمت دارو ۳۱

انسولین هنوز کم است ۳۵

آیا ایران جایگاه خود را در بازار دارو حفظ می کند؟ ۴۱

نگاهی به فاکتورهای موثر بر رشد قدی در کودکان ۴۴

نگاهی به موارد مصرف فرمولهای غذایی، تنوع و دسترسی آنها در ایران ۴۶

تغذیه مناسب بیماران مبتلا به کرونا چیست ۴۸

ایدز در سایه کرونا ۵۰

نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران ۵۳

۵۹ Headlines / Headlines from this Issue

مجله غذا و دارو درگذشت دکتر مصطفی فاطمی؛ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را به خانواده ایشان و جامعه رسانه‌های کشور تسلیت می گوید.
دکتر فاطمی، رئیس سابق جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران اوایل دهه ۸۰ سردبیری ایسنا را به عهده داشت.

روابط عمومی سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران

مؤسسه رسایش: ۸۸۲۰۳۸۴۵

امور مشترکین: ۸۸۸۷۱۲۲۸

امور سایت: it@fdmag.ir

معرفی کتاب: books@fdmag.ir

سازمان آگهی ها: ۸۸۲۰۳۸۴۶

مقالات علمی: scientific@fdmag.ir

امور بین الملل: intl@fdmag.ir

انتشار و توزیع: مؤسسه رسایش

دفتر مرکزی: تهران، خیابان ولی عصر، توانیر، خیابان نظامی گنجوی، خیابان بیوند، خیابان حماسی

تلفن: ۸۸۲۰۳۸۴۵-۶ نمابر: ۸۸۱۹۸۵۲۰

ساختمان رسایش، پلاک ۲۶



مطالب این شماره
را با اسکن
QR . Code
بازدید نمایید.



ضرورت برگزاری رویدادی تخصصی و فراگیر در حوزه بیوتکنولوژی دارویی

آینده بیوتکنولوژی در رویدادی تخصصی

جشنواره و رویدادهای زیادی در همه حوزه‌های سلامت و کالاهای سلامت محور برگزار می‌شود، در حوزه بیوتکنولوژی نیز همایش و نمایشگاه‌های علمی متعددی برگزار شده که هر یک بخشی از زیست‌بوم گسترده بیوتکنولوژی را در بر گرفته است. اما آن‌چه تولیدکننده‌ها، مراکز علمی و تحقیقاتی، صاحبان صنایع، دانشجویان و پژوهشگران انتظار دارند یک رویداد فراگیر و جامع در حوزه بیوتکنولوژی دارویی است؛ رویدادی که تجمیع انتظارات از آن به موارد زیر می‌رسد:

۱. فرصت نمایش دستاوردهای حوزه زیست‌فناوری دارویی

توانمندی‌های دارویی ایران بسیار بالاست و اوج آن‌را در در صنعت داروهای بیوتکنولوژی شاهدیم، جایی که تقریباً تمامی داروهای با ارزشی بالا، به تولید داخلی رسیده‌اند. از نزدیک به ۵۰ داروی ارزبر بیوتک، ۲۸ دارو بومی شده و در کشور تولید می‌شود که سالانه حدود ۱.۴ میلیارد دلار، ارزبری کشور را کاهش می‌دهند. در حال حاضر با در نظر گرفتن میزان صادرات و رفع نیازهای بازار داخل، زیست‌فناوری ایران بین ۴۰٪ تا ۵۰٪ درصد از حجم بازار جهانی زیست‌فناوری را در اختیار دارد و کارشناسان چشم‌انداز، کسب ۳ درصد از بازار جهانی زیست‌فناوری در افق ۱۴۰۴ یعنی عددی در حدود ۲۰ میلیارد دلار را برای این صنعت متصور هستند. این توانمندی قطعاً نیازمند فضایی برای نمایش پتانسیل‌ها و نمایشگاه‌ها و همایش‌های تخصصی فرصتی برای ارائه دستاوردهای علمی و صنعتی است.

۲. برگزاری کارگاه‌های آموزشی و مهارتی

یکی از مهم‌ترین ضرورت‌ها و اهداف یک رویداد تخصصی آن است که به آموزش و ارتقا سطح علمی و مهارت‌آموزی نیز توجه داشته باشد تا دانش تخصصی را به افراد فعال در صنعت دارو، پژوهشگران و دانشجویان آموزش دهد، چون بحث آموزش و استمرار آن نکته‌ای است که اگر مورد توجه قرار نگیرد، قطار فناوری عقب خواهد افتاد. برپایی کارگاه‌های کوتاه‌مدت که براساس نیاز صنعت دارویی طراحی شده باشد فرصتی برای ارائه توانمندی‌های علمی، پژوهشی و فناوری ایجاد خواهد نمود و محیط مناسبی به منظور تبادل نظر بین متخصصان و گسترش همکاری صنعت و دانشگاه فراهم می‌آورد. اصلی‌ترین هدف این کار، آشنا کردن دانشجویان با فضای صنعتی حوزه زیست‌فناوری و آماده‌سازی آن‌ها برای حضور در واحدهای تحقیقاتی شرکت‌های دارویی است. دانشجویان، آینده صنعت به‌شمار می‌روند و این اقدام نشان می‌دهد سیاست‌گذاران رویداد به خوبی بر این موضوع واقف هستند.

۳. فرصت مشتری‌مداری و برندسازی

میزبانی مناسب شرکت‌های تولیدکننده یا ارائه‌دهنده خدمات در حوزه بیوتکنولوژی از مخاطبان و مصرف‌کنندگان، می‌تواند مهم‌ترین فعالیت آن‌ها در راستای تعهد به مشتری و مشتری‌مداری باشد. نمایشگاه‌ها از دیرباز به‌عنوان کامل‌ترین ابزار رسانه‌ای مطرح بوده‌اند و فرصت ارتباط مستقیم میان تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان (از هر نوع و دسته‌ای) را به‌وجود می‌آوردند. پایداری، مهم‌ترین اصل برندسازی است و حضور شرکت‌ها در نمایشگاه و همایش‌های تخصصی، آن‌هم در شرایط سخت کنونی و شرایط اپیدمی کرونا، نشان‌دهنده دوام و استقامت این شرکت‌هاست. شرکت‌ها در این‌گونه رویدادها فرصت دارند تا ارتباط نزدیک‌تری با مخاطبان و مشتریان خود برقرار کنند.

۴. حضور در یک رویداد یکپارچه

چشم‌اندازها و چالش‌های تولید داروهای بیوتک، اقتصاد و مدیریت داروهای بیوسیمیلار، کسب و کارهای نوپا و رویکرد سلامت الکترونیک، داروهای دامی، فرآورده‌های مشتق از پلاسما و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی از مهم‌ترین محورهایی است که در نظرسنجی از شرکت‌ها و پژوهشگران به‌عنوان توقعات موضوعی از محورهای یک همایش تخصصی به آن اشاره شده است. این افراد همچنین انتظار دارند بازدیدکننده نمایشگاهی باشند که شرکت‌های فعال در حوزه‌های زیست‌فناوری، پزشکی و دارویی، دامی، بیوانفورماتیک و زیست‌سامانه‌ها، تولید و تأمین مواد اولیه محصولات بیوتکنولوژی، موسسات مالی و مراکز سرمایه‌گذاری، مراکز و موسسات تحقیقاتی در آن مشارکت داشته باشند تا طیف وسیعی از زیست‌بوم زیست‌فناوری کشور گرد هم آمده باشند.

ایران‌بایو، آینه صنعت بیوتکنولوژی در ایران

اکنون مسئولان و شورای سیاست‌گذاری اولین کنفرانس و نمایشگاه ایران‌بایو با در نظر گرفتن تمامی انتظارات از یک رویداد تخصصی پا به عرصه میدان گذاشته‌اند تا بهمن‌ماه ۹۹، ایران‌بایو را برگزار نمایند. آن‌ها معتقدند بسیاری از توانمندی‌های صنعت بیوتکنولوژی کشورمان، آنچنان که باید به خوبی معرفی نشده است در حالی که این صنعت پرچم افتخار ایران است و برگزاری رویدادهایی در این سطح می‌تواند زمینه همکاری‌های مشترک فی‌مابین را بیش از پیش ارتقا بخشد. از این رو کنفرانس و نمایشگاه ایران‌بایو هم‌هدف با گفته‌های مقام رهبری در زمینه حمایت از تولید داخلی است و با نگاه اقتصاد مقاومتی چه در حوزه ملی و چه توسعه کالای ملی هم‌راستاست و می‌تواند تاثیرگذاری بسیاری داشته باشد. ▶

دکتر فریدون مهبودی؛ عضو هیات‌مدیره انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان محصولات بیوتکنولوژی پزشکی ایران

صنعت بیوتکنولوژی، پرچم افتخار کشور است

بیوتکنولوژی صنعتی جوان در تمام دنیا است که از سال ۱۳۷۰ در ایران پایه‌گذاری شده و فعالیتش را آغاز کرده است. خوشبختانه طی سه دهه گذشته پیشرفت‌های چشمگیری در این حوزه به دست آمده تا جایی که با تلاش اساتید و محققان دانشگاهی محصولات بیوتکنولوژی داخلی به مرحله تولید و عرضه در بازارهای داخلی و خارجی رسیده است. این پیشرفت‌ها باعث شده است ایران جزو ۱۲ کشور برتر دنیا در زمینه تولید داروهای بیوتک قرار بگیرد. با دکتر فریدون مهبودی؛ بنیان‌گذار این صنعت در ایران و عضو هیات‌مدیره انجمن تولیدکنندگان و صادرکنندگان محصولات بیوتکنولوژی پزشکی ایران و درباره تاریخچه بیوتکنولوژی در ایران و فعالیت‌های او در این حوزه گفت‌وگو کرده‌ایم. دکتر مهبودی عضو هیات‌مدیره و موسس اولین شرکت‌های تولیدکننده داروهای بیوتک مانند سیناژن و آریوژن نیز هست.



آقای دکتر لطفاً گفت‌وگو را با تاریخچه شکل‌گیری صنعت بیوتکنولوژی در ایران شروع کنیم.

برای هر تکنولوژی یا هر نوع حرکت بزرگ دیگری که در دنیا شکل می‌گیرد دو شاخص مهم وجود دارد، این دو شاخص زمان و مکان مناسب هستند و بیوتکنولوژی هم چنین ویژگی دارد. اولین محصول بیوتکنولوژی سال ۱۹۸۰ میلادی یا ۱۳۶۱ شمسی وارد بازار جهانی شد که مصادف با اوایل انقلاب جمهوری اسلامی و جنگ تحمیلی بود. به دلیل شرایط آن زمان ایران آمادگی شروع کار در حوزه چنین صنعتی نداشت. اولین مجموعه‌ای که وارد این حوزه شد، «مرکز ملی ژنتیک و مهندسی زیستی» و معادل آی‌سی‌جی‌بی جهانی بود که کارش را سال ۱۳۶۷ شروع کرد. آی‌سی‌جی‌بی، موسسه‌ای آموزشی وابسته به یونایند نشنال دولوپمنت کانتریز و مرکز آن در کاناداست، یک شعبه آن سال ۱۹۶۷ توسط دکتر نوری در ایران افتتاح شد و سال ۱۳۷۲ هم دکتر زالی (که آن زمان معاون پژوهشی وزارت بهداشت و درمان بود)، بخش بیوتکنولوژی موسسه انستیتو پاستور را دایر کردند. سال ۱۹۸۶ یعنی وقتی محصولات اریتروپویتین و مانند آن وارد بازار شد، اوایل دوران رشد بیوتکنولوژی بود، من آن زمان ساکن آمریکا بودم و روند پیشرفت این صنعت را دنبال می‌کردم.

غیر از آمریکا و شوروی، کشور دیگری هم در این صنعت پیشرو بود؟

کشور کوبا، قبل از فروپاشی شوروی سابق، رابطه تنگاتنگی با این کشور داشت و سالانه حدود ۲ میلیارد دلار کمک از آن دریافت می‌کرد. کوبا کشور کوچک و توریست‌پذیری بود و بیشتر توریست‌ها هم آمریکایی و اروپایی بودند. وقتی کمک مالی از طرف شوروی حذف

شد این کشور به تدریج به تکنولوژی‌های کلیدی قرن بیستم، هوا و فضا، آی‌تی، بیوتکنولوژی و... روی آورد. کوبا با شناختی که از بیوتکنولوژی داشت در این زمینه سرمایه‌گذاری کرد و تعداد زیادی از نیروهای خود را به روسیه فرستاد تا دانش بیوتکنولوژی را به این کشور انتقال دهند. آن‌ها متوجه شدند تکنولوژی که در کشورهای دیگری مانند آلمان وجود دارد بسیار متفاوت‌تر، کامل‌تر و غیرقابل مقایسه با روسیه است. کوبا، دانش روسیه را با تجهیزات تکنولوژی اروپا در هم آمیخت و اولین داروی تولیدیش، اینترفرون آلفا بود.

نمی‌توان هوشیاری کاسترو را در این زمینه نادیده گرفت که شخصاً بر این امور نظارت داشت و پیشرفت کار را دنبال می‌کرد. مرکز ما نیز همکاری با کوبا را آغاز کرده بود تا بتواند واکسن هپاتیت بی را به ایران انتقال دهد.

با متخصصان بیوتکنولوژی در آمریکا نبود و قرار شد یکی از آن‌ها با ما همکاری کند. با توجه به شرایط اقتصادی شوری پس از فروپاشی، این کار با هزینه کمی انجام شد.

با توجه به محدودیت و امکانات اندکی که آن موقع وجود داشت چطور توانستید بیوتکنولوژی را که علم جدیدی بود، در ایران گسترش دهید؟

سال ۱۳۷۳ در مرکز ژنتیک و در انستیتو پاستور فقط یک ترمو سایکلر برای پی‌سی‌آر وجود داشت. برای گسترش کار، وورک شاپ‌های متعددی برگزار می‌کردیم که باعث شد در عرض ۲-۳ سال حدود ۳۰-۴۰ آزمایشگاه فعال شوند. من در بخش دارو فعال بودم و دکتر زینلی هم آزمایشگاه تشخیص قبل از تولد را راه‌اندازی کردند که کمک بزرگی برای کشور بود. آن موقع (یعنی حدود سال ۱۳۷۴) سقط جنین شرعی نبود و خانواده‌ها برای سقط جنین به قبرس و کشورهای دیگر سفر می‌کردند. برای گرفتن مجوز رابطی نزد آقای خامنه‌ای رفتند و ایشان به‌عنوان مرجع تقلید مجوز سقط قبل از ۳ ماه را دادند ولی مهم این بود که ما توانستیم ناهنجاری‌های جنینی را قبل از ۳ ماهگی تشخیص بدهیم. این تکنولوژی را دکتر زینلی به شیراز، سیستان بلوچستان و سایر شهرها انتقال دادند.

بخش دیگر تمرکز ما روی خط تولید دارو بود. دکتر ملک افضلی -معاون پژوهشی وزارت بهداشت وقت- که از نظر علمی در دنیا اعتبار خاصی دارند از ما خواست تا شبکه بیوتکنولوژی ملی کشور راه‌اندازی کنیم تا بتوانیم تمام مراکز مرتبط درون کشور را تقویت کنیم. یکی از کارهای این شبکه اولویت‌های بیوتک بود. مثلاً وقتی روی دارو تمرکز می‌کردیم، اولویت‌ها مبتنی بر مواردی بود که ارزیابی بیشتری داشته باشد تا باری از روی کشور برداشته شود. شاخص دیگر این بود که داروهای هدف در دنیا تولید کننده داشته باشد و اگر به مشکلی برخوردیم

آن موقع قیمت هر دوز واکسن هیپاتیت که از اروپا وارد کشور می‌شد، حدود ۱۲ دلار بود ولی کوبا توافق کرد که این واکسن را با قیمت یک و نیم دلار به همراه تکنولوژی تولید در اختیار ما قرار دهد و این قرارداد منعقد شد.

کار شما از چه زمانی در ایران شروع شد؟

ما سال ۱۳۶۰ با این‌که ایران تحریم بود، تصمیم گرفتیم تا کار را گسترده‌تر کنیم. همان زمان خانم شفیقه رهیده همسر مرحوم دکتر حسن حبیبی معاون اول ریاست جمهوری وقت، مسئول هلال احمر ایران بود و سایتی به نام هلال ۲ داشتند که برای تولید داروهای بیوتک راه‌اندازی شده بود. من هم برندی از تی‌وی‌آر داشتیم که از موسسه‌ای در ژنو مستقر و سرمایه‌گذار آن سازمان بهداشت جهانی بود که برای واکسن سرمایه‌گذاری می‌کند. برای خرید مواد اولیه واکسن علیه لیشرمانیاز یا سالک باید مواد از اروپا وارد ایران می‌شد. آن زمان مواد اولیه فقط در یک شرکت آمریکایی تولید می‌شد و از آمریکا به اروپا و از اروپا به دست ما می‌رسید. مواد اولیه باید در دمای ۷۰- درجه نگهداری می‌شد ولی اولین محموله ارسالی واکسن به خاطر شرایط نگهداری نامناسب و آب شدن یخ، دیگر قابل استفاده نبود. دلیل این مشکل هم باقی ماندن محصول در گمرک بود که مجوزی گرفتیم تا محصولات به محض رسیدن هواپیما، مستقیماً به دست خودمان برسد و وارد گمرک نشود.

تصمیم گرفتیم مشکلات مرتبط با تحریم را حل کنیم که یکی از آن‌ها تکمیل پلیمرز بود، بالاخره توانستیم این محصول را تولید کنیم ولی پایدار نبود. (البته پایداری ۲۴ ساعته داشت) این مشکل همچنان قابل حل نبود تا این‌که با پیشنهاد دکتر میرزاده قرار شد من همراه یک گروه به روسیه بروم و با دانشمندان روس ملاقاتی داشته باشم. آن‌جا وارد انستیتوی شدیم که حدود ۴۰۰ متخصص بیوتکنولوژی مشغول بودند و کار این افراد اصلاً قابل مقایسه



رویکرد درستی به این حوزه دیده نمی‌شود. در هر کشوری اولویت‌های ملی ارجح و تعریف شده است و اگر این اولویت تعریف نشود، توقف خواهیم داشت. در کشور آمریکا اجازه انتقال چند تکنولوژی خاص حتی به همپیمانانش وجود ندارد. اولویت حتما باید از سوی دولت تعریف شود. وقتی اولویت بیوتکنولوژی است، دولت باید شرایط را برای پیشرفت و تحقیق، تخصیص ارز و... مهیا کند و همه سازمان‌های مرتبط مثل وزارت صمت، کشاورزی، بازرگانی و... همراستا به آن کمک کنند. مشکل ما فراتر از وزارت بهداشت و سازمان غذا و داروست، این که دولت بیوتکنولوژی را در اولویت ملی قرار ندهد و یک مشکل اساسی است.

شرکت‌های بایوتک در دوره همه‌گیری کرونا نقش موثری در تولید دارو داشتند، لطفاً از فعالیت در این حوزه هم بفرمایید.

رسیژن و اینترفرون بتا جزو داروهایی هستند که مقدار ویروس کرونا را در بدن کاهش می‌دهند و وقتی دارو وارد بدن می‌شود خاصیت ضدالتهابی ایجاد می‌کند. البته زمان مصرف بسیار مهم است و دوره طلایی دارد یعنی باید به موقع برای بیمار تجویز شود و قبل از این که ریه از بین برود، استفاده شود. البته محصول دیگری با شکل متفاوت‌تری هم در حال تهیه است که از چسبیدن ویروس به ریه و گلو جلوگیری می‌کند و مقدار مصرف این دارو در کشور به ۱۷ برابر رسیده است. داروی دیگر توسیلیزومب است که باعث بسته شدن گیرنده و جلوگیری از التهاب می‌شود. این دو دارو در فهرست دارویی بیماران مبتلا به کروناست با درگیری ریوی که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند.

با این اوصاف آیا می‌توانیم به تکنولوژی‌هایی مانند بیوتک و امثال آن، به عنوان راهی برای کاهش وابستگی به درآمدهای نفتی نگاه کنیم؟

تکنولوژی تنها راه نجات ایران است. ما پتانسیل بالایی در حوزه نیروی انسانی و تکنولوژی قوی داریم که یکی از این علوم جدید، بیوتکنولوژی است. ما این توانایی را داریم که از بیوتکنولوژی پزشکی، سالانه ۳ میلیارد درآمد داشته باشیم که نزدیک ۲ میلیارد آن مصرف داخلی و نزدیک ۲ میلیارد هم صادرات باشد. از سال ۱۳۸۰ به بعد حدود ۲۱ دارو وارد بازار مصرف کشور کردیم و ۲۸-۲۷ آنتی‌بادی را به شرکت‌ها دادیم. ولی ۵-۴ سال است که این روند متوقف شده است. در طول این سال‌ها تعداد شرکت‌ها را بالا بردیم و اگر تولیدات آن‌ها وارد فهرست تولیدات ما می‌شد، تعداد محصولات به ۳۶-۳۵ قلم می‌رسید و صادرات ما از ۱۸۰-۱۷۰ میلیون دلار عبور می‌کرد.

شما دلیل و ریشه این مشکل را در چه چیز می‌دانید؟ علت این مسائل، مشکلات ساختاری در سیستم

بتوانیم از کشور دیگری جبران کنیم. طبیعتاً شاخص سوم این بود که در کشور ما انجام‌پذیر باشد.

آیا شرکت‌های دیگری هم آن زمان در حوزه بیوتکنولوژی فعالیت می‌کردند؟

بله. شرکت دیگری به نام پویش در زمینه اینترفرون آلفا برای بیماران مبتلا به سیروز کبدی فعالیت می‌کرد. بعد از این شرکت نیز، ما اینترفرون بتا را برای بیماران مبتلا به ام‌اس تولید کردیم. اینترفرون بتا نجات‌دهنده جان بیماران ام‌اس است و وقتی بیمار دارو نداشته باشد دچار استرس و حملات متعاقب آن می‌شود، خوشبختانه از آن موقع به بعد این دارو در کشور ما کمبود ندارد. فعالیت‌های ما گسترده‌تر شد تا این که به تدریج در وزارت بهداشت، کمیته ملی بیوتکنولوژی را تاسیس کردیم که حتی بعد از تغییر وزرای بهداشت ثابت مانده است. در همین راستا هر ماه بولتنی در شورای پژوهش‌های کشور چاپ می‌کردیم که جدیدترین اخبار و حتی مسائل اقتصادی مرتبط با این حوزه نوشته می‌شد و بیوتکنولوژی از نظر علمی کاملاً جا افتاد.

وقتی کارتان را شروع کردید، چه هدف‌گذاری ویژه‌ای در این حوزه داشتید؟

هدف اصلی ما این بود که بتوانیم جزو بیست کشور اول در صنعت و دانش بیوتک دنیا باشیم و توانستیم به آن دست پیدا کنیم. در دورانی که من عضو هیات‌علمی انستیتو پاستور بودم، در ایران دانشجوی پی‌اچ‌دی بیوتکنولوژی هم پذیرش می‌شد. حدود ۱۴۰ نفر نیروی بیوتک و مولکولار مدیسن داشتیم. این ۱۴۰ نیرو غیر از این که نیاز کشور را برطرف کرد، به عنوان نیروی کارآفرین هم مشغول فعالیت شدند. رشد صنعت بیوتکنولوژی ایران از سال ۱۳۷۴ به بعد در دنیا بی‌نظیر بود. آن زمان فقط ۴ مقاله بیوتک داشتیم که ۳ مقاله آن در زمینه تالاسمی بود ولی اکنون سالانه حدود ۱۲۰۰ تا ۱۳۰۰ مقاله در زمینه بیوتک ارائه می‌شود. کشور ما بعد از آمریکا و ژاپن سومین کشوری است که بیشترین تعداد دارویی بیوتک را تولید می‌کند و دلیل اصلی این موفقیت، حمایت حاکمیت و دولت وقت بود. رئیس‌جمهور، معاون رئیس‌جمهوری و وزیر بهداشت وقت، در این پروژه مشارکت کردند و بیوتکنولوژی در ایران بومی شد. حمایت هر سیستم و حکومتی برای پیشرفت علمی و ادبی لازم است، همان‌طور که دلیل نوشتن شاهنامه حمایت حکومت غزنوی از فردوسی بود.

در حال حاضر شرایط بیوتکنولوژی ایران را چطور می‌بینید؟ ظاهراً حمایت‌ها ادامه پیدا نکرده است.

به نظر می‌رسد امروز علاقه‌ای به حمایت از بیوتکنولوژی وجود ندارد و حتی در حوزه ارز و قیمت‌گذاری دارو...

مدون شد ولی با ورود به قوه مقننه، منتفی می‌شود.

با توجه به برگزاری اولین کنفرانس بیوتک ایران در بهمن‌ماه، فکر می‌کنید این کنفرانس چطور می‌تواند در معرفی و انعکاس دستاورها و توانمندی‌های ایران و انتقال تکنولوژی موثر باشد؟

ایران رتبه سوم بیوتک در منطقه و دوازدهم در دنیا را دارد و توانستیم تولیداتمان را در کشورهای قزاقستان، پاکستان، عراق، سوریه، تاجیکستان، روسیه، قرقیزستان، ارمنستان، هندوراس، تونس ثبت کنیم. باید نگاه ما به خارج از کشور قطع شود و روی پای خودمان بایستیم. البته روابط بین‌الملل جای خود دارد ولی نباید امیدمان این باشد که فلان تکنولوژی را از فلان کشور اروپایی وارد کنیم. هدف ما در سیناژن ایجاد امید در نسل جدید بود، در ترویج بیوتکنولوژی بین جوانان موفق بودیم و توانستیم دانشجویان نخبه با رتبه‌های زیر ۵۰ را در این رشته جذب کنیم. حدود ۲۴۰ فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های داخل کشور داشتیم که هرچند امید داشتند و می‌خواستند برای کشورشان کار کنند متأسفانه به دلیل شرایط سال‌های اخیر ۲۰۰ نفر آن‌ها مهاجرت کردند. واکسن پاپیلوما(سرطان دهانه رحم) در حوزه بیوتکنولوژی تولید شد و همچنین می‌خواستیم سفیر بیوتک در دنیا باشیم و توانستیم جی‌ام‌پی اروپا را به دست آوریم. وقتی تکنولوژی بومی شود، قابلیت گسترش دارد این کارها افتخار ملی بودند ولی دولتمردان ارزش آن‌ها را نمی‌دانند. در واقع بزرگ‌ترین مشکل ما در ایران از بین رفتن تعصب، بخصوص در دولتمردان است. طبق برآوردها حدود ۳۵ درصد از درآمد شرکت‌های تولیدی به حساب دولت می‌رود، پس دولت عملاً شریک و حتی به نوعی سهامدار ماست ولی این شریک از این سود خودش حمایت و دفاع نمی‌کند.

اگر بخواهید صنعت بیوتکنولوژی را در یک جمله تعریف کنید چه می‌گویید؟

بیوتکنولوژی صنعت پرچم افتخار کشور ماست. ▶

دولتی ماست. ما باید از هر وزارتخانه‌ای انتظاری متناسب با اختیاراتش داشته باشیم، مثلاً وظیفه وزارت بهداشت ارتقاء سلامت کشور است و واردات و صادرات و قیمت‌گذاری دارو در حوزه و بخش بازرگانی قرار می‌گیرد. در همه کشورها اول محصولی تولید و بعد از آن، مجوزها با توجه به مطالعات بالینی صادر می‌شود. مثلاً برای تولید یک دارو، اثربخشی و عوارض جانبی سنجیده و سپس اجازه ورود به بازار داده می‌شود. حتی تولیدکننده با شرکت‌های بیمه هم در مورد این دارو گفتگو می‌کند. اما در یک ساختار اشتباه، تولیدکننده باید از شروع تا آخر کار با وزارت بهداشت هماهنگ باشد. در چنین فرآیندی آیا وزارتخانه اصلاً برای وظیفه اصلی خود که ارتقاء سلامت کشور است، وقت خواهد داشت؟ بیشتر وزیران بهداشتی که استیضاح یا از کار برکنار شدند به دلیل مشکلات در عرصه دارویی کشور سمت خود را از دست دادند.

به نظر شما پیامدهای این ساختار غلط چیست؟

تا وقتی چنین ساختار غلطی وجود دارد فساد نیز در آن دیده می‌شود. چقدر می‌توان مرزها را بست؟ چقدر می‌توان جلوی صادرات را گرفت؟ چقدر باید محیط را پلیسی کرد؟ در یک ساختار اشتباه سالم‌ترین افراد به بیراهه می‌روند. مشکلات دارویی ما هیچ فرقی با ۶۰-۵۰ سال قبل ندارد. باید تمرکز وزارت بهداشت روی این باشد که چرا سکنه در کشور زیاد است؟ چرا تعداد مبتلایان به ام‌اس افزایش یافته است؟ نه این که به دنبال ارز برای دارو باشد. وظیفه این کار برعهده وزارت بازرگانی است.

آیا به‌عنوان یک فعال حوزه تولید، راهکارهایی به نهادهای مرتبط داده‌اید؟

بله، ما سه قوا کشوری، وزیر، هیات دولت، شورای ارتباط فرهنگی و... نامه ارسال کردیم. ولی دولت برنامه‌ای در این حوزه ندارد، هرچند بعضی نهادهای دیگر نظرشان متفاوتی دارند ولی مجری، قوه مجریه است. از طرف دیگر اهمیت این حوزه برای تشخیص مصلحت نظام



در گفت‌وگو با دکتر علیرضا یکتادوست؛
داروساز و متخصص مدیریت و اقتصاد دارو

بررسی آزادسازی قیمت دارو در ایران

زهره صدری‌نژاد؛ اختلاف قیمت ارز دولتی و ارز آزاد چالشی همیشگی برای صنعت گران و به‌ویژه تولیدکنندگان بوده است که قیمت کلای آن‌ها از طرف دولت کنترل می‌شود. از سال ۱۳۹۶ با افزایش فاصله بین نرخ ارز دولتی و آزاد این چالش‌ها بیشتر شد و داروسازی را به‌عنوان یک صنعت استراتژیک که قیمت‌گذاری محصولاتش کاملاً در اختیار دولت است، با شرایط سختی مواجه کرد. داروسازان معتقدند از آن‌جا که به جز ماده موثره تمامی اجزای محصولات و نیز هزینه‌های دیگرشان به‌صورت آزاد تهیه می‌شود ولی قیمت‌گذاری بر اساس ارز دولتی صورت می‌گیرد، نه تنها امکان بازسازی زیرساخت و تجهیزات خود را ندارند حتی با گذشت زمان این فرآیند می‌تواند ورشکستگی صنعت را در پی داشته باشد. پیشنهاد آن‌ها حذف کامل ارز دولتی برای تهیه ماده موثره دارو، قیمت‌گذاری آزاد و تزریق سوبسید به بیمه‌ها برای حمایت از بیماران است. یکی دیگر از دلایل آن‌ها قاچاق معکوس داروهای ایرانی و رسیدن سوبسید دولت به همسایه‌هاست. به نظر می‌رسد مخالفت و مقاومت دولت و بعضی ارکان حکومتی تنها مانع اجرای این سیاست نیست و ساختار نظام دارویی کشور و بیمه‌ها نیز در شرایط فعلی امکان و آمادگی چنین تحولی را ندارد. در گفت‌وگویی با دکتر علیرضا یکتادوست؛ داروساز و متخصص مدیریت و اقتصاد دارو که با دو دهه فعالیت در صنعت، عضو کمیته قیمت‌گذاری داروهای بدون نسخه سندیکا است، راهکارهای مختلف تغییر روش قیمت‌گذاری دارو را بررسی کرده‌ایم. او هم‌اکنون معاونت بر زنجیره تامین هلدینگ تی‌پی‌کو و رئیس هیات‌مدیره کارخانجات داروپخش است.

روش‌های متداول قیمت‌گذاری دارو

در ضابطه قیمت‌گذاری سازمان غذا و دارو تعیین شده است. داروهای با سطح تکنولوژی معمولی (داروهای کانونشنال)، داروهای با سطح تکنولوژی متوسط (مدیوم-تک) و داروهای با سطح تکنولوژی پیشرفته (یا اصطلاحاً های‌تک). هرچه سطح تکنولوژی تولید داروها بالاتر و تولید آن‌ها نیازمند به ماشین‌آلات و خط تولید پیشرفته‌تر و مجهزتری باشد، قیمت نمونه تولید داخل به قیمت برند اصلی آن نزدیک‌تر می‌شود. در حال حاضر این روش فقط برای داروهایی که برای اولین بار در کشور قیمت‌گذاری می‌شوند کاربرد دارد و قیمت این داروها نسبت به سطح تکنولوژی بین ۱۰ تا ۶۰ درصد قیمت برند اصلی خواهد بود.

در دنیا دو روش کلی برای قیمت‌گذاری دارو براساس هزینه (cost-base) و ارزش (value-base) اجرا می‌شود. به‌عنوان مثال در برخی کشورها سیستم قیمت‌گذاری لیبرال و آزاد دارند و معتقدند نباید هزینه تولید دارو را در نظر گرفت بلکه باید به ارزشی که برای بیمار و نظام سلامت ایجاد می‌کند، توجه شود. مثلاً دارویی که تعداد حملات یک بیمار آسمی در ماه را از ۱۰ به ۲ می‌رساند و کیفیت زندگی او را بهبود می‌بخشد، چه ارزشی را برایش ایجاد می‌کند و او حاضر است چه مقدار پول برای این ارزش بپردازد؟ با پرسیدن فرم‌های پرسشنامه‌ای در دهک‌های درآمدی و اقشار مختلف، به این نتیجه می‌رسند که با توجه به ارزش دارو برای بیمار و اثری که روی کیفیت زندگی خواهد گذاشت، به طور متوسط چه مبلغی حاضر است برای آن بپردازد؟ این روش عمدتاً در دنیا توسط شرکت‌های چندملیتی برای قیمت‌گذاری داروهای برند اصلی استفاده می‌شود.

طی ماه‌های اخیر سازمان غذا و دارو ویرایش جدیدی از ضابطه قیمت‌گذاری داروها در ایران (مصوب بهمن ۱۳۹۶) تهیه کرده که تا این تاریخ هنوز به تصویب نهایی کمیسیون قانونی قیمت نرسیده و به‌صورت عمومی منتشر نشده است.

دلایل تامین نشدن ارز دارو

مشکل ارز دارو را باید از چند منظر بررسی کنیم و سوال اول این است که آیا ارز لازم از سوی بانک مرکزی قابل تامین است یا نه و اگر هست چرا هرازگاهی نحوه تخصیص و تامین آن دچار وقفه می‌شود؟ در قسمت

در کشور ما بنا بر این گذاشته شده که قیمت مبنای داروهای برند براساس کم‌ترین قیمت داروی برند اصلی در یکی از پنج کشور انتخابی به‌عنوان مرجع (کشورهای ترکیه، یونان، اسپانیا، پرتغال و استرالیا) باشد (روش قیمت‌گذاری مرجع). برای قیمت‌گذاری داروهای تولید داخل نیز به‌همین‌ماه سال ۱۳۹۶ سه سطح تکنولوژی

علت و دلیل در سیستم بانکی است یا به موضوعات دیگری برمی‌گردد؟ بخشی از مشکل به دلیل کمبود ارز ناشی از شرایط تحریمی است ولی بخشی هم به مشکلات سیستم بانکی و تعاملات بانکی با سایر کشورها مربوط می‌شود؛ مثلاً اخیراً بانک مرکزی پول را به بانکی در عمان فرستاد ولی این بانک نتوانست پول را به کشورهای اروپایی یا چین منتقل کند تا داروی وارداتی یا ماده اولیه مورد نیاز صنعت تهیه شود. بنابراین در چنین شرایطی فرقی نمی‌کند قیمت ارز ۴۲۰۰ یا ۲۵۰۰۰ تومان باشد و مشکل جابه‌جایی و نقل و انتقال آن پابرجاست. بانک‌های بزرگ به دلیل نگرانی از تحریم با ما کار نمی‌کنند و بانک‌های هندی و چینی نیز در این مورد مشکل دارند و ارز دارو یا سایر کالاها به سختی تامین می‌شود.

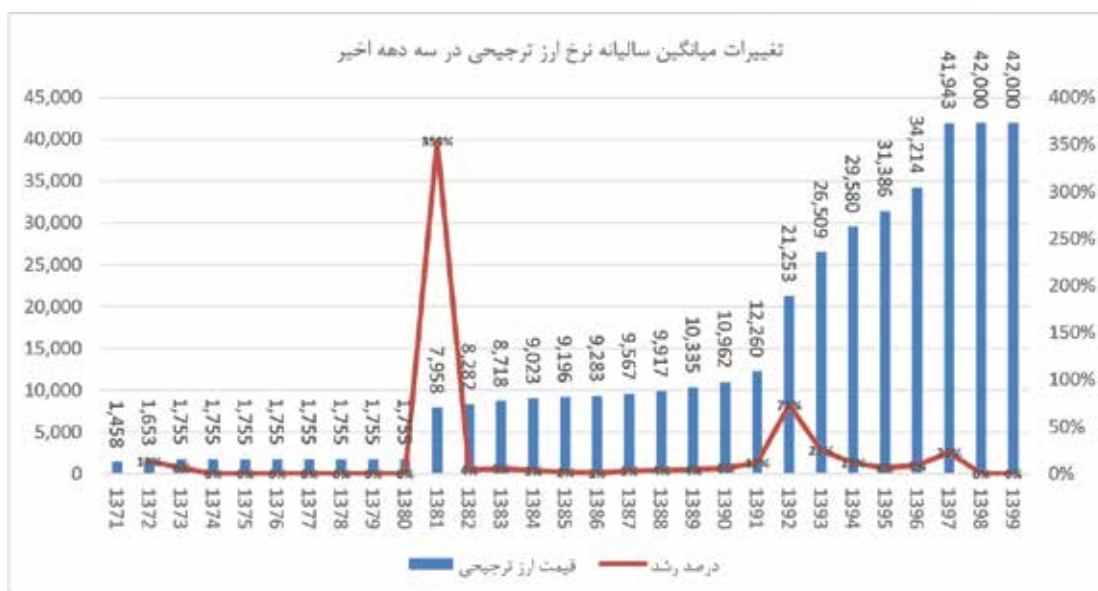
بررسی نرخ ارز دولتی (ترجیحی) در سه دهه اخیر

ارز مورد نیاز دارو به عنوان یک کالای اساسی تاکنون ارز دولتی (ترجیحی) بوده است. تغییرات نرخ ارز ترجیحی (به دلار) را می‌توان روی سایت بانک مرکزی دنبال کرد. سال ۱۳۸۱ قیمت ارز دولتی یا ترجیحی بعد از ۱۰ سال حفظ در محدوده ۱۷۵-۱۴۵ تومان، به یک‌باره ۳۵۰ درصد رشد کرد و به ۷۹۵ تومان افزایش یافت. پس از آن دوباره تا سال ۱۳۹۲ به مدت یازده سال تقریباً نرخ ارز دولتی در محدوده ثابت باقی ماند (در محدوده ۱۲۲۰-۸۰۰ تومان) و نوسانات سالیانه اندکی (۱ تا ۶ درصد) داشت. تیرماه ۱۳۹۲ قیمت ارز با رشد بیش از ۱۰۰ درصدی از ۱۲۲۶ به ۲۴۷۹ تومان افزایش یافت، در ادامه تا سال ۱۳۹۷ قیمت ارز ترجیحی رشد سالانه اندکی (بین ۶ تا ۲۵ درصد) داشته و از فروردین سال ۱۳۹۷ تاکنون قیمت آن روی ۴۲۰۰ تومان ثابت مانده است. نکته قابل توجه این‌که با

نظارت هم این مساله مطرح است که آیا سازمان غذا و دارو ارز را به شکل بهینه و به اولویت‌های بالا تخصیص می‌دهد؟ آیا واقعاً داروهایی که در اولویت نیستند از این سوبسید استفاده نمی‌کنند؟ آیا سامانه‌های بانک مرکزی، سامانه جامع تجارت، سامانه ردگیری و رهگیری سازمان غذا و دارو (سیستم TTAC) و... کاملاً با یکدیگر هماهنگ هستند؟ بحث کنترل‌ها و پیشگیری از فساد نیز در تمام دوره‌های مدیریتی سازمان مطرح بوده است و این‌که کدام شرکت‌ها توانسته‌اند بیشتر ارز بگیرند؟ چرا بعضی شرکت‌ها نتوانسته‌اند ارز مورد نیاز تولید خود را به شکل مناسبی دریافت کنند؟

براساس آمارهای ارائه شده از طرف مسئولان سازمان غذا و دارو کل مبلغ ارز ۴۲۰۰ تومانی برای تولید مواد موثره و دارو در سال جاری کمتر از ۲ میلیارد دلار است و به نظر می‌رسد علی‌رغم مشکلات فعلی و به دلیل استراتژیک بودن دارو و در هر شرایطی می‌باید تامین شود. هرچند گاهی روند تخصیص ارز با تاخیر یا به صورت قطره‌چکانی است ولی دولت سعی می‌کند به هر شکلی آن را تامین نماید و این سوبسید به ابتدای زنجیره تامین دارو تعلق می‌گیرد.

در مرحله بعد از تخصیص ارز از سوی سازمان غذا و دارو، بانک مرکزی قرار دارد. طی سال‌های گذشته بعضی شرکت‌ها روابطی برقرار کرده و در بخش حواله این بانک ارز مورد نیاز خود را سریع‌تر دریافت کرده‌اند، بنابراین به دلیل وجود این سوبسید گاهی شاهد فساد و رانت بوده‌ایم. در بخش بعدی مساله سوبسید و انتقال ارز از بانک مرکزی به بانکی است که فروشنده خارجی در آن حساب دارد و مشکل عمده و اصلی صنعت در همین بخش است. درمورد مشکلات ارزی این سوال مطرح می‌شود که آیا



میلیارد تومان (با سناریوی ارز نیمایی ۲۵۵۰۰ تومانی) پرش خواهد کرد؛ یعنی بازار حدود ۱۰۰ هزار میلیارد تومان بزرگ‌تر می‌شود. از آن‌جا که سهم ماده موثره در همه داروها و اشکال مختلف، به یک اندازه نیست و الان هم بخشی از نیازهای تولید با ارز آزاد تهیه می‌شوند، در محاسبه جدید با این‌که قیمت ارز بیش از شش برابر می‌شود ولی عدد بازار دارویی تقریباً ۳ برابر خواهد شد.

در این زمینه سال ۹۹ تجربه مشابهی برای تغییر قیمت داروهای بدون نسخه تولید داخل داشته‌ایم که به‌صورت کامل با ارز نیمه تهیه می‌شوند. در این اقلام تا پیش از نیمایی شدن ارز، سهم ماده موثره بین حدود ۵ درصد برای اشکال شربت و حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد برای اشکال جامد بود، بنابراین افزایش نرخ آن‌ها فرق داشت و به‌طور متوسط رشد قیمت‌شان با وجود ۶ برابر شدن قیمت ارز ماده موثره در نهایت ۷۰ تا ۸۰ درصد بوده است. از آن‌جا که سهم ماده موثره در بهای تمام‌شده محصولات دارویی تولید داخل به‌طور متوسط (میانگین کل بازار) بین ۳۰ تا ۴۰ درصد است، اگرچه با تغییر ارز دولتی به نیمایی، قیمت داروهای وارداتی حدوداً ۶ برابر خواهد شد ولی قیمت داروهای تولید داخل میانگین سه تا چهار برابر خواهد شد و حجم بازار دارویی نیز با توجه به سهم ریالی تولید و واردات از کل بازار به کمتر از ۳ برابر خواهد رسید؛ پس ارزش بازار دارویی کشور در سال ۱۴۰۰، از برآورد ۴۸ هزار میلیارد تومان (با ارز ۴۲۰۰) به ۱۴۰ هزار میلیارد تومان (با ارز ۲۵۵۰۰) خواهد رسید.

در سناریوی اول طی سال جاری به‌طور متوسط حدود ۴۳ هزار میلیارد تومان توسط دولت در ابتدای زنجیره تامین با ارز ترجیحی (۴۲۰۰ تومانی) سوسید داده می‌شود، اگر بیمه‌ها هفتاد درصد ارزش داروهای نسخه‌ای تحت پوشش را تقبل کنند، حداکثر ۲۰ هزار میلیارد تومان سهمی است که برای داروهای تحت پوشش می‌پردازند. البته می‌دانیم در حال حاضر بیمه‌ها این توانایی را ندارند و مقدار کمتری پرداخت می‌شود. اگر این میزان سهم بیمه‌ها را به ۴۳ هزار میلیارد تومان ابتدای زنجیره، اضافه کنیم به عدد ۶۳ هزار میلیارد تومان می‌رسیم و کل سوسیدی است که دولت باید در سناریوی اول به دارو و مصرف‌کننده آن بپردازد ولی به احتمال زیاد بودجه کمتری برای آن در نظر گرفته شده و به همین دلیل میزان پرداخت از جیب بیماران در سال‌های اخیر به شدت افزایش یافته است.

در سناریوی دوم دولت ابتدای زنجیره تامین سوسیدی نمی‌پردازد، یعنی ۴۳ هزار میلیارد تومان اولیه باید به بخش بیمه‌ای پرداخت شود. اگر از ۱۴۰ هزار میلیارد تومان عدد برآورد بازار در سال ۱۴۰۰ (با فرض حذف ارز ترجیحی)، بخش داروهای بدون نسخه و داروهای بدون بیمه را حذف کنیم؛ سهم بیمه‌ها تقریباً همان ۶۰ تا ۷۰ هزار میلیارد تومان خواهد شد و در مجموع برای دولت تفاوت خاصی

وجود دو رقمی بودن تورم کشور همواره اصرار بوده نرخ ارز دولتی پایین نگه داشته شود و به همین دلیل فاصله قیمت بین ارز دولتی و آزاد در سال ۱۳۹۹ به بیشترین حد خود در سه دهه گذشته رسید و الان شاهد اختلاف شش برابری نرخ این دو ارز هستیم.

به نظر می‌رسد از ابتدای سال ۱۴۰۰ یا لااقل پس از روی کار آمدن دولت بعدی در سال آینده، با سه سناریوی ارزی مختلف روبه‌رو خواهیم بود: سناریوی اول حفظ ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو (احتمال کم)، سناریوی دوم رشد حدود ۲۰ درصدی قیمت ارز ترجیحی و از ۴۲۰۰ به حدود ۱۲-۱۱ هزار تومان (بیشترین احتمال) و سناریو سوم قطع روند تخصیص ارز ترجیحی به دارو (احتمال کم).

راهکارهای قیمت‌گذاری / سناریوی اول، ادامه روش فعلی

با توجه به شرایط ارز دولتی، نوع قیمت‌گذاری و افزایش نرخ آن در سال‌های اخیر و استفاده از این نرخ برای کنترل قیمت کالاهای اساسی و تامین ارز دارو و قیمت‌گذاری، سه راهکار مختلف در پیش رو داریم.

سناریوی اول همان چیزی است که در سال‌های گذشته اجرا شده و هنوز هم ادامه دارد. دولت سالانه نزدیک ۲ میلیارد دلار ارز ترجیحی به تولید دارو و مواد اولیه دارویی اختصاص می‌دهد. با توجه به گزارش فروش ۹ ماهه سال جاری شانزده شرکت پخش بزرگ کشور که حدود ۸۵ درصد از بازار دارویی کشور را در اختیار خود دارند، بازار دارویی کشور تا پایان سال حدود ۴۲ هزار میلیارد تومان برآورد می‌شود، بنابراین اگر قیمت ارز دولتی را در سال آینده همان ۴۲۰۰ تومان در نظر بگیریم، بازار دارویی به حدود ۴۸ هزار میلیارد تومان خواهد رسید.

در حال حاضر با تخصیص ارز دولتی به دارو و اختلاف قیمت ۵ تا ۶ برابری ارز دولتی و آزاد، شاهد قاچاق معکوس خصوصاً در مورد برخی داروها به‌ویژه داروهای وارداتی هستیم. در این شرایط دارو با نشت از زنجیره تامین در اختیار سوداگرانی قرار می‌گیرد که آن را با قیمت بالاتری به زنجیره مصرف‌برمی‌گردانند و در بازار سیاه به بیماران دیگر می‌فروشند یا به کشورهای دیگر قاچاق می‌کنند. بنابراین شاهد مشکلات و تبعاتی هستیم که پیامد تداوم تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به داروست.

راهکارهای قیمت‌گذاری دارو / سناریوی دوم، بر مبنای ارز نیمایی

اگر تعرفه‌ها، هزینه‌ها و مارک‌آپ‌های مختلف تولید و واردات دارو را در طول زنجیره تامین آن، (شامل تولید و واردات) در نظر بگیریم، عدد بازار دارویی از برآورد ۴۸ هزار میلیارد تومانی برای سال آتی (براساس سناریوی اول یعنی تداوم ارز ۴۲۰۰ تومانی) به حدود ۱۴۰ هزار



از نظر حجم سوبسید و یارانه ایجاد نخواهد شد. در این سناریو نیم دیگر (۷۰ هزار میلیارد تومان) بر دوش بیماران خواهد بود و سرانه هزینه‌های دارویی هر فرد (به صورت پرداخت از جیب) به عدد ۷۰ هزار تومان در ماه و ۸۵۰ هزار تومان در سال می‌رسد که عدد بزرگی است.

این روش برای داروهای بدون نسخه و مکمل‌ها اعمال شده و افزایش قیمت این اقلام محسوس است ولی چون جزو داروهای ضروری نیستند به چشم نمی‌آید ولی دسترسی به بسیاری از داروها حتی اقلام بدون نسخه مانند مسکن‌ها، تب‌برها، قطره استامینوفن کودکان و... می‌تواند برای بسیاری از بیماران حیاتی باشد.

باید به این نکته مهم اشاره کنیم که با بازار ۴۲ هزار میلیارد تومانی سال جاری نیز بیمه‌ها توانایی بازپرداخت هزینه‌های دارویی را ندارند، اگر این سناریو اجرایی شود، ریسک بالایی تامین مالی صندوق‌های بیمه‌ای را تهدید می‌کند و باید منابع آن به صورت پایدار و برای سال‌های آیند دیده شود؛ در غیر این صورت دسترسی بیماران به دارو در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت.

در این سناریو، سهم دارو در سبد خانوار حداقل ۳ برابر خواهد شد و این موضوع روی دهک‌های پایین جامعه بار زیادی وارد خواهد کرد. با توجه به سیاست ملی دارویی ما که دارو باید برای همه مردم در دسترس و قابل پرداخت و تامین باشد، این افزایش قیمت «قابل پرداخت بودن» را برای بخش قابل توجهی از جامعه کاهش می‌دهد. در شرایط فعلی هم می‌شنویم که بعضی مردم به خاطر نداشتن توان پرداخت هزینه‌ها از درمان باز مانده‌اند، پس به‌عنوان صنعت‌گر و تولیدکننده نمی‌توانیم این نکته را نادیده بگیریم و بخواهیم به هر قیمتی شده ارز دارو

سناریوی سوم/ به حداقل رساندن فاصله قیمت ارز ترجیحی و آزاد

سیستم دارویی ما با ارز دولتی و ترجیحی شکل گرفته است و مشکل اصلی به اختلاف نرخ ارز دولتی و آزاد برمی‌گردد. مقاومتی که در دولت‌های مختلف پیشین در زمینه افزایش نرخ ارز ترجیحی وجود داشته باعث شده است پس از چند سال و به یک‌باره، رشد سرسام‌آور قیمت ارز ترجیحی و تنش‌ها و التهابات زیادی را در بازار دارویی کشور شاهد باشیم.

با توجه به شرایط فعلی، ادامه تولید دارو براساس ارز ۴۲۰۰ عملی نیست و تبعات آن برای کشور و مردم بسیاری سمی و خطرناک است ولی از آن طرف نیز اگر واقع‌بین باشیم و مساله را درست بررسی کنیم، باید بپذیریم که دولت نمی‌تواند دارو را با ارز آزاد به مردم برساند و سوبسید بسیار بزرگ سهم بیمه‌ها را تامین کند چون هزینه از جیب مردم برای داروهای بیمه‌ای و غیربیمه‌ای افزایش زیادی خواهد داشت. همین‌طور یکی دیگر از مشکلاتی که باید در نظر گرفته شود ورشکستگی بیمه‌هاست، ما یک بیمه واحد نداریم و ذی‌نفعان بیمه‌های مختلف، افراد و مراکز متفاوت هستند که تحمل آزاد شدن قیمت دارو را ندارند. بنابراین باید اختلاف قیمت ارز ترجیحی و آزاد را به عدد منطقی برسانیم که لازم است متخصصان اقتصاد کشور در سطح کلان و افرادی در بانک

کنند تا عدالت برقرار شود ولی ما در همین زمینه هم عملکرد درستی نداریم و بیماران خاص، افراد مبتلا به سرطان و بیماری‌های صعب‌العلاج در بسیاری از موارد به خوبی از مزایای بیمه‌ای بهره نمی‌برند.

در بسیاری از کشورها سهم بیمه‌ای افراد براساس مالیات آن‌ها تعیین می‌شود و بعضی از کشورها مانند ایران صندوق بیمه‌ای دارند و یکی از دلایل مشکلات صندوق‌های بیمه‌ای ما این است که نرخ زاد و ولد در مقابل نرخ بازنشستگی کاهش پیدا کرده و نسبت کسانی که باید حق بیمه بپردازند نسبت به افرادی که باید مستمری بگیرند، تقلیل یافته است به همین دلیل بسیاری از صندوق‌های بیمه‌ای مانند تامین اجتماعی با ادامه این روند دچار مشکل می‌شوند. به نظر متخصصان در شرایط فعلی بالای ده درصد از تولید داخل قاچاق می‌شود ولی نمی‌توان عدد دقیقی برای آن ارائه داد. باید این نکته را هم در نظر گرفت که اختلاف قیمت ارز تنها دلیل قاچاق و نشت دارو از زنجیره تامین نیست و بخشی از مشکلات به سیاست‌گذاری‌های نادرست برمی‌گردد.

آزاد شدن ارز دارو و کاهش قدرت رقابت داروهای داخلی

هر چند پایین بودن ارزش پول ملی در مجموع شرایط خوبی برای کشور نیست ولی چنین دوره‌ای فرصت مناسبی برای صادرات و نفوذ در بازارهای دیگر است، به شرط آن‌که منابع تامین مواد اولیه و تولید وجود داشته باشد. کشور چین خیلی هوشمندانه چند سال ارزش پول ملی خود را پایین نگه داشت و توانست صادراتش را گسترش دهد. الان هر چند ارزش پول ملی ما کاهش پیدا کرده است ولی به خاطر تحریم‌ها برای تامین منابع مشکل داریم و نتوانسته‌ایم صادرات خوبی داشته باشیم. از طرفی اگر ارز دارو با قیمت آزاد تامین شود طبیعتاً امتیاز رقابتی ما کاهش پیدا می‌کند و نمی‌توانیم از آن بهره ببریم. ولی باید در نظر داشته باشیم الان اولویت فعلی ما تامین نیاز داخل است و سازمان غذا و دارو اجازه صادرات دارو را نمی‌دهد یا مقررات سخت‌گیرانه‌ای وضع می‌کند که عملاً صادرات منتفی می‌شود.

برای حمایت از تولید داخل در مقابل واردات داروهای مشابه، رگولاتور دو نوع محدودیت وضع می‌کند، یکی موانع تعرفه‌ای و دوم موانع غیرتعرفه‌ای و ایجاد محدودیت و ممنوعیت است. در روش اول اجازه می‌دهیم هر شرکتی دارویش را وارد کند و برای آن تعرفه تعیین می‌کنیم تا اختلاف قیمت داروی وارداتی و تولیدی زیاد و رقابت سخت شود. این روش قبلاً استفاده می‌شد ولی با تداوم محدودیت‌های ارزی کشور موضوعیت ندارد. در بعضی موارد دیگر سازمان اجازه واردات برخی داروها را به شرکت‌های وارداتی داده ولی شرط اصلی آن استفاده از ارز نیمایی است که با این شرایط برای بسیاری داروها امکان فروش

مرکزی، وزارت اقتصاد و دارایی و... آن را بررسی کنند. با توجه به شرایط فعلی کشور و مشکلاتی مانند تحریم‌ها، کاهش منابع ارزی، کمبود منابع در بیمه‌ها و مشکلات اقتصادی کشور مهم است که به چه عددی برسند.

اگر قیمت ارز ترجیحی بین ۱۰ تا ۱۲ هزار تومان در نظر گرفته شود و این فاصله کاهش پیدا کند، بخشی از مشکلات فعلی رفع خواهد شد. زمانی که ارز دولتی و آزاد اختلاف خیلی کمی داشتند، بهترین فرصت برای عملی کردن چنین روشی بود ولی این اختلاف به ۵ تا ۶ برابر رسیده و بدترین زمان است ولی ناچار این اتفاق باید بیفتد و پس از آن نیز در سال‌های آتی با تامین منابع لازم این فاصله به حداقل ممکن برسد. فراموش نکنیم که هرچند همیشه در ظاهر می‌گوییم ما به فکر مردم هستیم ولی در نهایت با حذف سوبسید و یارانه‌ها در هر موردی، دهک‌های پایین و کم درآمد زیر فشار شدید قرار می‌گیرند و هیچ ضمانتی وجود ندارد که از آن‌ها محافظت و مراقبت شود، بنابراین تصمیم نهایی باید به گونه‌ای باشد که مردم آسیب کمتری ببینند.

براساس محاسبات انجام‌شده در سال ۱۴۰۰ با سناریوی ارز ترجیحی ۱۱۵۰۰ تومانی، حجم بازار دارویی کشور حداکثر به ۷۵ هزار میلیارد تومان خواهد رسید که با توجه به نیمایی بودن بسیاری از اقلام مورد نیاز تولید دارو (مانند مواد جانبی، اقلام بسته‌بندی، بخش زیادی از مواد موثره و...) و رشد ۲۰۷ برابری قیمت ارز ترجیحی، بازار دارویی در مقایسه با سناریوی ارز ۴۲۰۰ تومانی ۸۰ درصد رشد خواهد کرد.

زیرساخت‌های لازم برای تغییر ارز و تغییر قیمت دارو

مبنای سیستم بیمه‌ای کشور ما بر این است که همه مردم بدون توجه به میزان درآمدشان درصدی از آن را به بیمه می‌پردازند که از یک حد درآمدی به بعد این مبلغ ثابت می‌ماند اما در سیستم‌های پیشرفته‌تر افراد با افزایش درآمد، حق بیمه بیشتری هم می‌پردازند که درصد آن با افزایش درآمد بیشتر می‌شود و از حدی پایین‌تر ممکن است از پرداخت بیمه معاف شوند. متأسفانه از آن‌جا که در کشور ما امکان تعیین میزان درآمد افراد به خوبی وجود ندارد، حق بیمه هم متناسب با سطح توان افراد نیست؛ در حالی‌که بیمه دو قاعده کلی دارد بر اساس قاعده اول اشخاص برخوردار و متمکن باید حق بیمه بیشتر و افراد کم‌برخوردار و مستضعف حق بیمه کمتری به صندوق بپردازند. این تغییر تا حدی اعمال شده ولی هنوز اختلاف زیاد است و میزان حق بیمه خیلی از افراد زیادی با درآمدشان تناسب ندارد.

بر اساس قاعده دوم کسانی که به دریافت خدمات درمانی و دارویی بیشتری نیاز دارند -مانند بیماران صعب‌العلاج- باید از پوشش و حمایت بیشتری استفاده



لزوم توجه به سیاست ملی دارویی و تدوین برنامه بلندمدت

واقعیت این است که سیاست ملی دارویی ما فقط در حد کتابچه‌ای است که تاکنون ۲ ویرایش آن منتشر شده و خیلی ضمانت اجرایی ندارد. این موضوع سبب می‌شود سیاست‌گذاری و مدیریت کلان نظام دارویی کشور در سنوات مختلف به صورت سلیقه‌ای و مطابق درک اشخاص از شرایط موجود باشد. باید چشم‌انداز حداقل ۱۰ سال آینده نظام دارویی کشور ترسیم و برای آن اهداف، برنامه‌های عملیاتی، شاخص و ... در نظر گرفته شود. باید برای دستیابی به این اهداف به صورت مستمر اهداف سیاست ملی و چشم‌انداز دارویی کشور پیش و ارزیابی و بازخوردهای لازم به ارکان مربوط فرستاده شوند.

باید سندیکاهای دارویی کشور، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، بیمه‌ها، معاونت‌های مرتبط وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو و ... در مجموع تمامی ذینفعان در این امر مشارکت جدی و فعالانه‌ای داشته باشند. همچنین لازم است نماینده بیماران و مردم (شامل انجمن‌های بیماران خاص و سایر انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد دیگر) در تدوین سیاست ملی دارویی کشور حضور داشته باشند. تدوین سیاست ملی دارویی جامع و کارآمد و اجرای صحیح آن باعث تضمین دسترسی همه بیماران و آحاد جامعه به داروهای ایمن، اثربخش، با کیفیت و هزینه-اثربخش خواهد شد و نظارت بر تجویز و مصرف منطقی داروها، عدالت و پایداری را برای نظام دارویی کشور به ارمغان خواهد آورد. ▶

در داخل وجود ندارد.

در روش دوم چون صنعت توان رقابت با بعضی داروهای خارجی را ندارد از واردات آن‌ها جلوگیری می‌شود. بعضی داروها اگر وارد شوند، قیمت‌شان حتی از تولید داخل با ارز ۴۲۰۰ تومانی کمتر خواهد بود یا اگر گران‌تر باشند اختلاف قابل تحملی دارند ولی سازمان غذا و دارو از این موانع برای حمایت از تولید استفاده می‌کند. به نظر می‌رسد اگر شرایط کشور ایده‌آل باشد، تحریم نباشیم و در سازمان تجارت جهانی نیز عضو شویم، خیلی از داروهای ما قدرت رقابت با موارد مشابه خارجی را نخواهند داشت و صنعت باید آمادگی لازم برای مواجهه با این شرایط را داشته باشد و خود را مهیا نماید.

براساس مطالعه سال ۱۳۹۸ در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مقایسه قیمت داروهای تولید داخل با نمونه‌های ژنریک و برند اصلی آن‌ها، در شرایط فعلی قیمت بسیاری از داروهای ژنریک ما از کشورهای مرجع پایین‌تر است ولی در بعضی موارد هم قیمت داروهای داخل از نمونه ژنریک اروپایی و در موارد نادر حتی از برند اصلی در کشور مرجع بیشتر است. پس این مساله مورد به مورد متفاوت است، باید روی صادرات داروهایی که قدرت رقابت دارند کار شود و در مورد داروهایی که قیمت آن‌ها در مقایسه با قیمت‌های مرجع بالاست، تولیدکننده متقاعد شود که نحوه خرید، تولید و قیمت خود را بهینه کند و گرنه باید بپذیرد در آینده و در عرصه تجارت آزاد توان رقابت و ورود به بازارهای جهانی را نخواهد داشت و با ورود رقبا از بازار کشور هم حذف خواهد شد.



بررسی وضعیت شرکت‌های دارویی در بازار سرمایه

شکوفایی جریان دارو در بورس

بورس ایران در یک سال اخیر و با بحران سرمایه‌های کسانی که نمی‌خواستند نقدینگی‌شان ثابت بماند روبه‌رو شد و شاخص کل بورس در همان سه ماهه آخر سال ۹۸ چنان رشدی داشت که مورد توجه عموم مردم قرار گرفت. هدف تازه‌واردان این بود که از بازار سرمایه برای حفظ ارزش پول‌شان در برابر افزایش بی‌رویه نرخ دلار استفاده کنند و حتی به سودی هم دست یابند. این مسئله باعث شد افراد بیشتری با نمادها و جریان‌های اقتصادی مرتبط با بازار سرمایه آشنا شوند که در بین آن‌ها نام شرکت‌های دارویی نیز جلب توجه می‌کرد. در حالی که نام یا نماد دارویی‌ها برای بعضی از سرمایه‌گذاران جدید بورس، تازگی داشت ولی از همان سال‌های اولیه شروع فعالیت بورس، سهام شرکت‌های دارویی قدیمی در بازار سرمایه عرضه شده بود. در سال‌های اخیر و با افزایش روند خصوصی‌سازی سه شرکت عمده و اصلی دارویی کشور در بورس حاضر شدند و به گفته هاشم آردم سالانه دو تا سه عرضه اولیه در این گروه وجود دارد و شرکت‌های دیگر هم کم‌کم به جمع بورسی‌ها می‌پیوندند. با توجه به رشد بی‌سابقه و در پی آن سقوط سخت بازار سرمایه در نیمه اول امسال و همچنین اقبال عامه به بورس، درباره وضعیت شرکت‌های دارویی در این بازار، تاثیر قیمت‌گذاری یا کمبودها روی سهام شرکت‌ها، تغییر شرایط با حذف یا امتداد ارز ۴۲۰۰ تومانی و... بر ارزش دارویی‌ها با هاشم آردم؛ تحلیلگر بازار سرمایه گفت‌وگو کرده‌ایم.

بزرگی هستند؛ بنابراین می‌توانیم بگوییم گروه دارویی هم از لحاظ اقبال و هم از نظر ارزش بازار جزو دسته صنایع متوسط کشور در بازار سهام محسوب می‌شوند.

شرایط فعلی شرکت‌های دارویی را در بورس چطور ارزیابی می‌کنید؟

ما در بازار سهام دو مقوله کلی داریم، یک مورد انتظارات سهام است که لزوماً به عملکرد فعلی شرکت‌ها ارتباطی ندارد یعنی شرایط و عملکرد فعلی می‌تواند خیلی نامناسب باشد ولی انتظارات در بازار سهام به گونه‌ای باشد که پیش‌بینی کند عملکرد شرکت در آینده تغییر و بهبود پیدا می‌کند، پس سهام آن می‌تواند رشد کند و شرایط برعکس این وضعیت هم امکان‌پذیر است؛ بنابراین برای بررسی شرایط شرکت‌های دارویی در بورس باید این دو مقوله را در نظر بگیریم.

اغلب شرکت‌های دارویی حاضر در بورس به یکی از سه هلدینگ بزرگ تی‌پی‌کو متعلق به شستا، شفا دارو متعلق به دولت و برکت متعلق به ستاد اجرایی فرمان امام وابسته هستند ولی هر کدام از آن‌ها شرایط متفاوتی دارند. چیزی که در حال حاضر باعث توجه بازار سرمایه به شرکت‌های دارویی شده احتمال حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی است چون اگر این دلار حذف شود، عملاً قیمت‌های فروش این شرکت‌ها افزایش پیدا می‌کند. با وجود آن‌که پس از آزاد شدن یا حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی قیمت مواد اولیه دارویی رشد پیدا می‌کند ولی اگر حاشیه سود شرکت‌ها ثابت باشد و مبلغ تولید و فروش آن‌ها رشد کند، سود ریالی آن‌ها با افزایش همراه خواهد بود. الان انتظار بازار سرمایه نسبت به شرکت‌های دارویی در چنین فضایی شکل می‌گیرد.

شرکت‌های دارویی ایران از چه زمانی وارد بورس سهام شده و از چه زمانی مورد توجه قرار گرفته‌اند؟

مجموعه‌های دارویی جزو گروه‌های قدیمی بازار سرمایه هستند که از ۶۰-۵۰ سال پیش در بازار سهام حضور داشته‌اند. با این‌که جدیداً در گروه دارویی‌ها عرضه اولیه داشته‌ایم، از بین ۴۵ تا ۵۰ شرکت دارویی حاضر در بورس بعضی از آن‌ها مثل البرز دارو، داروسازی عبیدی، ابوریحان و... قدیمی هستند و در کل حضور دارویی‌ها در بورس قدمت دار است ولی هلدینگ برکت، شفا دارو از دو سه سال پیش و تی‌پی‌کو از ۸-۷ سال قبل وارد بازار سهام شده‌اند. عرضه اولیه در این گروه مداوم و مستمر است و سالانه یکی دو شرکت جدید به جمع دارویی‌های بازار سهام اضافه می‌شوند.

در مجموع استقبال از شرکت‌های دارویی را در بورس چطور می‌بینید؟

در بازار سهام افراد معمولاً تعصبی روی گروه خاصی ندارند، یک زمان وضع دارویی‌ها خوب است و مورد توجه قرار می‌گیرند، بعد این شرایط به نفع گروه دیگری تغییر می‌کند و... اما گروه دارویی از نظر ارزش بازار که حدود ۷۰۰۰ میلیارد میلیارد تومان است شرکت‌های دارویی رتبه دوازدهم یا سیزدهم به خود اختصاص داده‌اند و از نظر ارزش معاملات در بعضی گروه‌ها جزو ۶-۵ مورد اول قرار می‌گیرند و در بعضی دیگر جزو گروه‌های دهم و یازدهم هستند. شرکت‌های دارویی نسبت به گروه‌های پالایشی، خودرویی، پتروشیمی، فلزات سنگین، صنایع غذایی و امثال این‌ها کوچک محسوب می‌شوند ولی نسبت به خیلی گروه‌های کوچک بازار دارویی‌ها، گروه

آیا همه شرکت‌های بزرگ و کوچکی که اشاره کردید، شرایط مشابه دارند؟

خیر. این وضعیت کلی شرکت‌های دارویی در بورس است اما هر چند دارویی‌ها در یک گروه قرار می‌گیرند و در کل شباهت‌های نسبی دارند ولی در عین حال تفاوت‌های بنیادی هم بین آن‌ها وجود دارد. مثلاً بعضی از شرکت‌ها پورتهوی تولیدشان را بیشتر به سمت تولید داروهای مکمل برده‌اند که معمولاً حاشیه سود بالاتری دارند و در قیمت‌گذاری، شرایط و محدودیت داروهای درمانی شامل آن‌ها نمی‌شود و سازمان غذا و دارو سخت‌گیری زیادی برای قیمت‌شان ندارد. بنابراین چنین شرکت‌هایی بیشتر مورد توجه بازار سرمایه بوده‌اند. دسته دوم شرکت‌ها در پورتهوی خود داروهای دارند که چندان مشمول دلار ۴۲۰۰ تومانی نمی‌شود و قیمت آن‌ها به گونه‌ایست که از نظر سودسازی وضعیت مطلوبی ندارند. مسئولان اعلام کرده‌اند دلار ترجیحی همچنان سرچایش هست اما این انتظار وجود دارد که دولت قادر به تامین ارز ترجیحی نخواهد بود و سال آینده ارز ۴۲۰۰ تومانی از بودجه حذف خواهد شد، در این صورت شرکت‌هایی که در پورتهوی خود داروهای اساسی دارند با رشد قابل توجهی روبه‌رو خواهند شد و قیمت سهام آن‌ها هم می‌تواند رشد کند.

از طرف دیگر اگر یک شرکت فقط روکش کپسول یا دیگری فقط نوعی خاص از ویال یا داروی حساس قلبی تولید می‌کند، بازارهای آن‌ها به صورت ماهوی هم با یکدیگر تفاوت‌های جدی دارند. برای روشن شدن تفاوت‌ها می‌توانیم شرکتی را مثال بزنیم که تولیدکننده فرآورده‌های گیاهی است ولی به دلیل صادرات و درآمد ارزی، ارزش سهام آن بالاتر است. در حالی که هر کدام از این شرکت‌ها باید به صورت موردی بررسی شوند، به صورت کلی مهم‌ترین نکته درباره شرایط دارویی‌ها در بورس همان احتمال حذف ارز ۴۲۰۰ تومانی در بودجه سال ۱۴۰۰ است. ریزش سهام این شرکت‌ها نیز یکی از عوامل توجه به آن‌هاست چون وقتی قیمت یک سهام خیلی پایین می‌آید، پیش‌بینی این است که پس از مدتی قیمت‌ها رشد می‌کنند و دوباره ارزشمند می‌شوند؛ شرکت‌های دارویی الان در چنین وضعیتی هستند.

چرا ریزش قیمت سهام شرکت‌های دارویی آن‌ها را برای فعالان بازار سرمایه جذاب کرده است؟

این‌طور به نظر می‌رسد که چون سهام دارویی‌ها از بقیه بازار عقب مانده‌اند و مثلاً قیمت سهام یک گروه از اول سال تا الان چهار برابر شده است ولی شرکت‌های دارویی به‌طور متوسط افزایشی دو برابری داشته‌اند، بنابراین از بازار عقب هستند و مورد توجه قرار می‌گیرند چون احتمال افزایش قیمت دارند. نکته دیگر این است که عمده شرکت‌های دارویی حاضر در بورس جزو مجموعه‌های با سابقه هستند و ممکن است تا ۵۰-۴۰ سال قدمت داشته باشند، ویژگی

شرکت‌های قدیمی ایرانی داشتن دارایی‌ها و املاک زیاد و با ارزش است. مثلاً زمین‌ها و املاک یکی از این شرکت‌ها در کرج از نظر وسعت و ارزش دست کمی از دارایی ایران خودرو و سایپا در این حوزه ندارد و همین مساله محرکی برای خریداران سهام شرکت‌های قدیمی و بزرگ است؛ خصوصاً با توجه به این که دارایی چنین شرکت‌هایی ۳۰ تا ۴۰ سال پیش و با قیمت خیلی پایین خرید و انباشت شده و قیمت روز آن‌ها به شدت رشد کرده است که به عنوان یک امتیاز برای دارویی‌ها دیده می‌شود. هرچند به اعتقاد من ارزش دارایی‌های یک شرکت مهم نیست و معیار اصلی این است که توسعه و بهره‌وری شرکت چقدر است ولی این مورد هم گاه به صورت دوره‌ای مورد توجه قرار می‌گیرد.

چرا سهام شرکت‌های دارویی در دوره رشد، افزایش چند برابری نداشتند ولی در دوره افت بورس ارزش سهام‌شان پایین آمد؟

معمولاً وقتی یک یا چند گروه در بازار لیدر می‌شوند، بیشتر گروه‌هایی مانند خودروسازی، بانکی، پالایشی، پتروشیمی و خصوصاً فلزات اساسی و امثال این‌ها بیشتر رشد می‌کنند. در آن مقطع عمدتاً نظر افراد این بود که دولت می‌خواهد سهام خودش را در پالایشگاه‌ها واگذار کند، بنابراین قیمت سهام آن‌ها رشد خواهد کرد و توجه‌ها و اقبال بیشتر به سمت نمادها و گروه‌های بزرگ‌تر و صنایع معظم بازار بود. نمادهای کوچک‌تر مانند صنایع دارویی اگرچه هر کدام شرکت‌های عریض و طویلی هستند اما در مقایسه با صنعت پتروشیمی یا فلزات اساسی بسیار کوچک هستند و کم‌تر مورد توجه قرار گرفتند. در آن مقطع ما شاهد چرخش نقدینگی از نمادها و صنایع کوچک‌تر به سمت نمادهای بزرگ‌تر بودیم ولی وقتی ریزش قیمت‌ها شروع شد، هیجان کل بازار را فرا گرفت و ترس زیادی ایجاد شد و صنایع دارویی هم از این هیجان و ترس مصون نماندند. دلایل اصلی رشد کم‌تر و ریزش برابر شرکت‌های دارویی را باید در انتظاراتی جستجو کنیم که در بازار شکل می‌گیرد چون این «انتظارات» یکی از پیچیده‌ترین مباحث مالی و اقتصادی در بازار سرمایه است. ما می‌توانیم خیلی از اطلاعات، آمار و داده‌ها را رصد و دنبال کنیم ولی نمی‌دانیم افراد چگونه فکر می‌کنند در حالی که افکار و سیر فکری آن‌ها در میان مدت به یک روند تبدیل می‌شود و بعد روند بزرگ‌تری را شکل می‌دهد که ساختار آن از روش فکری تک‌تک افراد و فعالان بازار شکل گرفته است. یک مساله پس از رخ دادن و گذشت زمان و مشخص شدن جوانب برای ما روشن می‌شود ولی وقتی در همان برهه زمانی هستیم نمی‌توانیم بفهمیم بازار واقعاً به چه چیزی فکر می‌کند. پس از گذشت یک تا دو ماه و جمع شدن اطلاعات و مشخص شدن حجم معاملات و به دست آمدن اطلاعات جدید می‌توانیم انگاره‌هایی داشته باشیم که بازار دو ماه پیش به چه چیزی فکر می‌کرد اما حقیقت این است که نه در مورد شرکت‌های دارویی و نه

آینده را پیش خور می‌کند، بنابراین اگر سال آینده ارز ۴۲۰۰ تومانی برای دارو حذف شود، قیمت سهام آن جهش و رشد چند برابری نخواهد داشت. اگر شرایط آن‌ها در سال بعد بهتر شود، قیمت و روند فعلی قابل توجیه است اما اگر شرایط آن‌ها به هر دلیلی بدتر شد باید آماده ریزش سهام آن‌ها در بازار سرمایه باشیم.

آیا کمبودهای دارویی روی قیمت سهام شرکت‌های دارویی اثر دارد؟

تمام عوامل تاثیرگذار هستند اما جدا کردن اثر عوامل مختلف شدنی و نیست و به راحتی نمی‌توان گفت اگر سهامی رشد کرده به کدام دلیل است؟ مجموعه‌ای از عوامل افزایش یا کاهش قیمت سهام شرکت‌ها را رقم می‌زند. اگر کمبود یا التهایی در بازار مصرف این شرکت‌ها پیش بیاید یک سیگنال برای سهام‌داران شرکت تولیدکننده خواهد بود. هرچند این سیگنال برای بازار مصرف منفی است ولی می‌تواند برای سهام‌داران مثبت باشد چون احتمالا شرکت می‌تواند محصولاتش را گران‌تر بفروشد.

با توجه به این که شرکت‌های دارویی اجازه ندارند هر قیمتی را برای محصولاتشان در نظر بگیرند و قیمت تولیداتشان از طرف دولت کنترل می‌شود، آیا باز هم چنین اتفاق و نتیجه‌ای برای سهام شرکت‌های دارویی محتمل است؟ برای پاسخ به این سوال باید یک نکته را در نظر داشته باشیم که قیمت فروش بیشتر محصولات تولید شده در صنعت دارو تولید بر اساس مکانیسم کاست-لاست (Cost- Lost) انتخاب و مشخص می‌شود. در این روش هزینه‌ها استخراج می‌شود، سودی روی آن اضافه و قیمت نهایی تعیین می‌گردد اما در ایران همیشه این محدودیت را داریم که نهاد ناظر قیمت داروها را کنترل می‌کند. البته این

شرکت‌های دیگر نمی‌توان به راحتی انتظارات بازار را حدس زد و پیش‌بینی کرد.

با توجه به مواردی که گفتید، می‌توان شرایط نسبی سهام شرکت‌های دارویی را در بورس پیش‌بینی کرد؟

بیشتر فعالان و تحلیل‌گران بازار سهام سعی می‌کنند از روش‌هایی که می‌دانند مسیر بازار را در بلندمدت حدس بزنند، مثلا همین که شرکت‌های دارویی مایملک زیادی دارند یا این احتمال که شرکت‌های دارویی سال آینده می‌توانند سودسازتر باشند وقتی روی کاغذ قرار می‌گیرد، ارزش سهام شرکت‌ها را نشان می‌دهد. اگر قیمت‌های فعلی یک شرکت زیر ارزش تخمینی باشد، نتیجه می‌گیریم که می‌توانند رشد کنند اما اگر قیمت‌های فعلی بیش از ارزش محاسبه‌ای باشند، نتیجه می‌گیریم که قیمت‌ها در میان‌مدت و بلندمدت افت خواهند کرد اما انتظارات بازار چیزی است که این روند را مختل می‌کند. در واقع اگر ما در بازار سهام تنوع انتظارات نداشته باشیم، قیمت و ارزش همیشه در یک محدوده قرار می‌گیرد و انگیزه‌ای برای فعالیت و معامله در بازار سهام باقی نمی‌ماند.

بنابراین شرکت‌های دارویی به چند دلیل برای فعالان بازار سرمایه جذابیت دارند، یک مورد این که از بازار عقب مانده‌اند و دارایی‌های زیاد این شرکت‌ها که ارزش روزشان رشد قابل توجهی داشته است، دومین عامل برای افزایش جذابیت آن‌هاست. از طرف دیگر این احتمال وجود دارد که سال آینده ارز ۴۲۰۰ تومانی حذف شود و سود شرکت‌ها بالا برود. با این حال در مقطع فعلی عملکرد شرکت‌های دارویی با قیمت سهام آن‌ها هم‌خوانی ندارد و به نظر می‌رسد ارزش سهام آن‌ها پایین‌تر از قیمت‌هایی موجود در بازار است. با این حال به نظر می‌رسد به دلیل انتظار بهتر شدن وضعیت شرکت‌های دارویی در سال بعد، بازار از همین الان ارزش



کنترل و محدودیت شامل همه داروها نیست و داروهای غیرضروری، بعضی داروهای بدون نسخه، مکمل‌ها و... از این قاعده مستثنا هستند. در واقع شرکت‌های دارویی اگر بخواهند قیمت محصولاتشان را افزایش بدهند باید مستنداتی ارائه کنند که ثابت کند مواد اولیه مورد نیازشان گران شده است، حقوق و مزایای پرسنل افزایش داشته و به هر دلیل حاشیه سودشان کاهش پیدا کرده است، بنابراین درخواست مجوز افزایش نرخ دارند. زمانی که در مواد اولیه دارویی کمبود داریم و به راحتی تامین نمی‌شود برای شرکت‌های دارویی هزینه بیشتر ایجاد می‌کند و آن‌ها مدارک بیشتری خواهند داشت تا برای مجوز افزایش نرخ فروش اقدام کنند.

یکی از موضوعات بحث برانگیز و چالشی چند ماه اخیر تقاضای افزایش قیمت داروها و قیمت‌گذاری آن‌ها بر مبنای ارز آزاد است، چنین تغییری چه تاثیری روی ارزش سهام دارویی‌ها دارد

اگر چنین اتفاقی بیفتد روند فعلی قیمت‌های سهام شرکت‌های دارویی توجیه‌پذیر می‌شود، در واقع این روند معقول و منطقی است مگر این که قیمت فروش داروها رشد نکند. باید این نکته را در نظر داشته باشیم که هرچند دارو فقط ماده موثره نیست و خط تولید هزینه‌های جانبی مانند سایر ملزومات و ترکیبات ساخت یک دارو، مواد بسته‌بندی، هزینه نقل و انتقال، نیروی انسانی و... رشد قیمت جدی داشته‌اند و روی شرکت‌هایی داروی فشار آورده است. اما به نظر شخصی من که ممکن است دیگران با آن مخالف باشند، دخالت‌ها و خصوصا دخالت‌های قیمت‌گذاری باید در هر بازاری به حداقل برسد تا از طریق مکانیزم عرضه و تقاضا به تعادل برسد اما در مورد کالای بهداشت، سلامت و دارو که بازارها عمدتاً با پدیده‌ای به نام شکست بازار مواجه می‌شوند، به نظر می‌آید دخالت دولت اجتناب‌ناپذیر است. شرایط کشور را می‌بینیم و واقعیت این است تنها کالایی که مردم نسبت به سال‌های قبل چندان گران‌تر نمی‌خرند، داروست. به جز برخی داروهای خاص که نایابی و کم‌یابی داریم برای سایر داروها کمبود و مشکل جدی نداریم. با توجه به شرایط اقتصادی فعلی کشور اگر به دارو هم اجازه داده شود رشد قیمت چند برابری داشته باشد و بعضی از مردم حتی نتوانند نسخه‌های معمول خودشان را تهیه کنند، تبعات اجتماعی سنگینی خواهد داشت. من در این مورد با دوستانی که معتقدند قیمت دارو باید آزاد شود، مخالفم و بازار دارو، سلامت و بهداشت را با سایر بازارها متفاوت می‌دانم.

اگر تحریم‌ها برداشته شوند، شرکت‌های دارویی چه موقعیتی خواهند داشت و ارزش سهام آن‌ها چه تغییری خواهد کرد؟

هر مساله و اتفاقی که مانعی برای تولید و پیشرفت یک

صنعت عمل کند، حذف یا برداشتن آن به‌عنوان یک اتفاق مثبت تلقی می‌شود. هر چند گفته می‌شود شرکت‌های دارویی تحریم نیستند اما می‌دانیم که در عمل برای تهیه مواد اولیه و انتقال پول آن شرایط سختی دارند؛ طبیعتاً وقتی این تحریم برداشته شود هزینه مبادلات برای شرکت‌های دارویی کاهش پیدا می‌کند و با کاهش هزینه تمام‌شده محصولات، سود شرکت‌های دارویی بالا می‌رود و نتیجه‌اش افزایش سود این شرکت‌هاست. بنابراین سود بیشتری بین سهام‌داران تقسیم می‌شود و حتی می‌توانند آن‌را صرف توسعه دانش و تجهیزآلات خود نیز بکنند اما لزوماً چنین اتفاقی به این معنی نیست که در بازار سهام شاهد رونقی باشیم چون اگر فرض کنیم شرکت‌های دارویی وارد یک دوره ثبات شوند و شایعات، اخبار مثبت و منفی، عدم شفافیت درباره دارویی‌ها کاهش پیدا کند، ارزش واقعی این شرکت‌ها مشخص می‌شود و فعالان بازار سرمایه هم سعی می‌کنند سهام دارویی را به قیمت خریداری کنند. بخشی از التهاب و تلاطمی که الان در بازار سهام می‌بینیم به خاطر نبودن شفافیت است. وقتی این تصور در میان عده‌ای از افراد جامعه وجود دارد که سال آینده هم ابر تورم خواهیم، حاضرند به جای آن که پول نگه دارند، سهام بخرند و سرمایه خود را به این شکل نگه دارند. چنین شرایطی تقاضای مازادی ایجاد می‌کند که باعث رشد قیمت سهام می‌شود ولی اگر احساس کنیم فعالیت شرکت‌ها در سال آینده روی روال خواهد بود و از آن مهم‌تر، تحریم برداشته شود، انتظارات تورمی نخواهیم داشت یا این انتظارات به‌شدت محدود می‌شود. در چنین شرایطی نه تنها شرکت‌های دارویی، بلکه بقیه گروه‌ها هم کمتر مورد استقبال و توجه قرار می‌گیرند و تقاضا برای آن‌ها کاهش پیدا می‌کند.

به نظر شما اگر در سال‌های آینده تحریم برداشته شود و اقتصاد کشور شرایطی ثابت پیدا کند، وضعیت دارویی‌ها در بورس چگونه خواهد بود؟

هر چند شرکت‌ها مجبورند مرتب پورتهوی خود را تغییر بدهند ولی از آن‌جا که نسبت به مصرف داخلی ظرفیت نقدشده شرکت‌ها کمتر به نظر می‌آید ولی شرکت‌های دارویی جزو گروه‌های خاصی هستند که هر وقت هر چقدر تولید داشته باشند، می‌توانند محصول خود را بفروشند و این ویژگی یک مزیت برای تولیدکنندگان داروست. ما بخش عمده داروهای پرمصرف را خودمان تولید می‌کنیم ولی به کرات دیده شده است که وقتی تحریم‌ها برداشته شود با ورود شرکت‌ها و محصولات خارجی، تولیدکنندگان دارو نمی‌توانند روی تامین ۹۷ درصد داروی مورد نیاز کشور تاکید کنند. بنابراین برداشتن تحریم برای بعضی تولیدکنندگان مانند شمشیر دولبه است، از یک طرف روند و مراحل تولید را ساده‌تر می‌کند و از طرف دیگر پای شرکت‌ها و محصولات خارجی را به کشور باز می‌کند که لزوماً شرکت‌های داخلی نمی‌توانند با آن‌ها رقابت نمایند. ▶

سازش‌پذیری، تعادل بین سیاست‌ها و دسترسی به درمان‌های جایگزین
ضرورت برنامه‌ریزی دارویی کشور

چالش جهانی قیمت دارو

سیاست‌گذاران در کشورهای رو به توسعه تلاش می‌کنند که هزینه‌های دارویی خود را کاهش دهند. هزینه‌های دارویی معمولا جایگاه دوم تا سوم را پس از نیروی انسانی در مراقبت‌های بهداشتی در بودجه‌های ملی به خود اختصاص می‌دهند. معمولا سهم دارو در این کشورها از کل هزینه‌های سلامت تا ۵۰ درصد می‌رسد؛ در حالی که سال ۲۰۰۹ این نسبت در کشورهای سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه یافته به طور متوسط ۱۹ درصد بوده است. این مقاله به دنبال معرفی عوامل اصلی هزینه برای داروها و بحث درباره استراتژی‌های مهار هزینه دارویی است و سعی می‌کند راهنمایی برای توسعه چارچوب سیاست‌های دارویی جهت پایداری مالی ارائه دهد. *امیر ویانچی / کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان این مطلب را برای روزنامه دنیای اقتصاد نوشته که بخش اول آن در شماره قبل مجله چاپ شده است.*

تلاش می‌شود تا تعادلی بین منافع صنعت بومی و تشویق آن‌ها به ادامه تحقیق با محدودیت‌های تامین مالی نظام سلامت دولت برقرار شود.

۶. برخی از کشورها تخفیف‌های اجباری برای مقابله با هزینه‌های دارویی در حال رشد اعمال کرده‌اند. آلمان برای مثال یک تخفیف بیمه اجتماعی موقت ۶ درصد و بعداً ۱۶ درصدی برای داروهای نوآورانه‌ای که تحت محدودیت بازپرداخت قرار نمی‌گرفتند، تعبیه کرد. اما اثر معکوسی با افزایش ۲۰ درصدی مصرف دارو در نیمه اول سال پس از شروع تخفیف، ایجاد نمود که سبب شد برای پایدارتر شدن استراتژی‌های مهار هزینه به جست‌وجوی بیشتری بپردازند. باید توجه داشت که تنها بخشی از قیمت پرداخت شده برای دارو در داروخانه به جیب تولیدکننده می‌رود. هزینه‌های پخش و مالیات معمولا ۳۰ تا ۵۰ درصد از کل هزینه را دربر می‌گیرند. حاشیه سود عمده‌فروشی ۵ تا ۱۰ درصد و برای داروساز خرده‌فروش حاشیه سود در محدوده ۱۵ تا ۲۰ درصد طبیعی است. تعرفه‌های واردات و مالیات فروش عناصر هزینه‌ای تحمیلی توسط دولت هستند و می‌توانند تا ۲۵ درصد به قیمت خرده‌فروشی دارو اضافه کنند. تمام این عناصر لازم است در استراتژی مهار هزینه دارو، مد نظر گرفته شوند.

نیروهای بازار دارو و انگیزه در طرف تقاضا

بازارهای دارویی بازارهای ناقص با اطلاعات نامتقارن قابل توجه هستند. به این معنی که مصرف‌کنندگان و خریداران، اطلاعاتی که بهترین امکان انتخاب را برای بیشینه کردن منافع سلامتی یا رفاه اقتصادی آن‌ها ممکن سازد را ندارند. برای مهار هزینه و بهره‌گیری از مکانیسم‌های بازار لازم است تا طرف تقاضا تقویت شود:

۱. دستورالعمل‌های درمان را تعریف کنیم که پزشکان برای تعدادی از نشانه‌های استاندارد چه داروهایی تجویز کنند.

انواع مدل‌های قیمت گذاری دارو در کشورهای مختلف:

۱. قیمت‌گذاری آزاد: هیچ نظارتی در سطح قیمت‌گذاری صورت نمی‌گیرد و دولت یا سازمان‌های بیمه‌گر تلاش می‌کنند تا کاهش هزینه‌های دارو را از طرف تقاضا از طریق محدودسازی بازپرداخت یا مکانیسم‌های بازار مانند مناقصه عمومی یا قرارداد عرضه انجام دهند.

۲. قیمت‌گذاری بر اساس قیمت کشور مبدأ: سازنده یا وارد کننده، اطلاعات مربوط به قیمت دارو را از کشوری که این دارو در آن تولید شده است به دست می‌آورد. این قیمت، پایه و اساس مذاکرات بوده و در فرمول قیمت‌گذاری برای تنظیم لیست قیمت در این کشور وارد می‌شود. در زنجیره تامین جهانی در جهان امروز این روش منسوخ شده است: تولیدکنندگان دارو در چند کشور، قدرت اقتصادی قابل توجهی دارند و می‌توانند با قیمت‌های نسبتا بالا مذاکره کنند و مدل اقتصادی ناکارآیی به وجود آورده‌اند.

۳. مرجع قیمت‌گذاری خارجی: تولیدکننده (یا مرجع مستقل تنظیم قیمت اطلاعات قیمت را از تعدادی از کشورهای که به عنوان مرجع استاندارد انتخاب شده‌اند، به دست می‌آورد. سپس یک فرمول برای محاسبه لیست قیمت استفاده می‌شود. این مدل در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و کشورهای با درآمد متوسط مورد استفاده قرار می‌گیرد. پارامترهایی مثل نوسانات نرخ ارز، نرخ تورم و شرایط مختلف بازار در کشورهای مرجع می‌تواند منجر به اعوجاج قیمت بشوند.

۴. قرارداد حجم / قیمت: در فرانسه برای مقابله با رشد تجویز دارو استفاده می‌شود (فرانسه بالاترین مصرف سرانه دارو در اروپا را دارد). اگر مصرف دارو از میزان خاص مورد توافق گذر کند، دولت می‌تواند قیمت را پایین بیاورد.

۵. در انگلستان، صنعت با کنترل توافقی سود عمل می‌کند. قیمت‌ها طوری هستند که تولیدکنندگان به حاشیه سود مورد توافق دست پیدا می‌کنند. در این مدل

۲. اطلاعات در مورد گزینه‌های دارویی یک نیاز اساسی است تا پزشکان رفتار نسخه نویسی خود را اصلاح کنند. برای مثال از طریق یک لیست دارو به طور مرتب به روز شده که نام داروی برند و معادل ژنریک در دسترس آن را با تعیین موارد مصرف و ماده موثرش نشان دهد.

۳. آموزش مصرف‌کنندگان کمک می‌کند تا بیماران به خطرات ناشی از تجویز بیش از حد و استفاده ناکافی دارو حساس شوند. گروه‌های مصرف‌کننده دارو می‌توانند از متحدان مهم برای حصول سیاست مصرف منطقی دارو باشند.

۴. محدودیت بازپرداخت هزینه‌های دارو در بسیاری از کشورها معمولاً برای داروهایی که دوره پتنت آن‌ها تمام می‌شود دارای جایگاه مهمی است. سطح بازپرداخت در سطح قیمت ژنریک تنظیم می‌شود (مرجع داخلی). بیمارانی که بر نوع گران قیمت از همان دارو پافشاری کنند مجبور به پرداخت تفاوت قیمت آن از جیبشان خواهند بود. در برخی از کشورها، این سیستم با ترکیب قانون جایگزینی، به داروسازان اجازه می‌دهد داروی ژنریک قابل بازپرداخت را با یک داروی گران‌تر تجویز شده توسط پزشک عوض کنند. برخی از کشورها هم داروخانه را به جایگزینی داروی برند و پزشک را به تجویز دارو با نام غیراختصاصی بین‌المللی INN به جای استفاده از نام تجاری مجبور می‌کنند. در برخی دیگر، پزشک می‌تواند با نوشتن «جایگزینی ممنوع» در نسخه، اطمینان یابد که داروی برند به بیمار عرضه شده است.

۵. برخی از کشورها (مثل آلمان) سقف بازپرداخت برای داروهای معادل تعیین کرده‌اند، حتی اگر برخی از این داروها هنوز پتنت داشته باشند. محل اختلاف در تعریف هم ارزی درمان است؛ زیرا نتایج در دنیای واقعی در مقایسه با جمعیت کارآزمایی بالینی کنترل شده که از آن داده‌های کارآیی و ایمنی به دست می‌آیند متفاوت می‌باشند.

۶. فرانشیز داروها که به منظور پرداخت قسمتی از هزینه‌های دارو توسط بیماران است جهت آگاهی آن‌ها از هزینه‌های دارو است. فرانشیز می‌تواند به مانعی برای دسترسی مردم فقیر یا بیماران دچار مرضی مزمن به داروهای مورد نیازشان تبدیل شود. بسیاری نظام‌ها با توجه به این نکته، معافیت‌هایی در نظر می‌گیرند. سطوح فرانشیز به‌عنوان نرخ درصد تعریف می‌شود (برخی از کشورها ۸۰ درصد بازپرداخت را انجام می‌دهند و بعضی با توجه به شدت بیماری ملاحظات را دارند) یا به عنوان یک کمک ثابت، مستقل از قیمت دارو می‌باشد. دومی دارای اثر صرفه‌جویی بیشتری است؛ زیرا افراد مبتلا به ناخوشی‌های جزئی کمتر نزد پزشک می‌روند به این ترتیب که مثلاً خرید هزینه داروی آنفلوآنزا از جیب شخص ارزان‌تر است تا شخص با صرف وقت به مطب دکتر برود و فرانشیز ویزیت و هزینه ثابت نسخه‌پیچی را بپردازد.

۷. استفاده از برخی از داروهای گران‌قیمت را می‌توان با

۸. حاشیه سود داروخانه که به عنوان درصدی از قیمت خریده فروشی تعریف شده است، انگیزه‌ای برای داروخانه‌داران ایجاد می‌کند تا بیشتر، داروهای گران‌قیمت را توصیه و به فروش رسانند این نکته می‌تواند سیاست پایین آوردن هزینه داروهای ژنریک را که نیاز اساسی سلامت مردم است، تضعیف کند چندین کشور اروپایی حاشیه سود براساس درصد را در طول سال‌های گذشته کنار گذاشته‌اند و نرخ سود ثابتی را برای توزیع دارو در داروخانه وضع کرده‌اند که در همراهی با قانون جایگزینی با داروهای ژنریک است که با اعمال فشار بر داروخانه‌داران آن‌ها را وادار به فروش داروی ارزان ژنریک می‌کند ولو اینکه در نسخه پزشک داروی برند آمده باشد.

۹. در آلمان برای تعیین افزایش حجم مصرف دارو که با محدودیت بازپرداخت قابل نشان دادن نیست، بودجه نسخه نویسی مقرر کرده‌اند. پزشکان در صورتی که از حد معین «بودجه فصلی» خود داروی برند نسخه کرده باشند، از حق ویزیتشان کسر خواهد شد. این موضوع سبب مصرف قابل توجه در داروهای ژنریک می‌شود.

۱۰. ثبت داروهای ترجیحی: نهاد دولت یا موسسه خرید (مرکز مدیریت سود دارو درباره قیمت به ازای ورود یک «داروی ترجیحی» به لیست داروها (فرمولری)، مثلاً انتخاب یکی از پنج استاتین (داروهای ضد چربی و فشار خون) مذاکره می‌کند. دیگر استاتین‌ها باز هم می‌توانند تجویز شوند، اما قیمت‌های بالاتر یا مقادیر فرانشیز به عنوان بازدارنده عمل می‌کند. این داروی ترجیحی در صورت داشتن قیمت پایین، سهم بالایی از بازار را خواهد داشت. در این تنظیم جدید از لیست داروها، میزان فرانشیز دارو براساس اهمیت و هزینه اثربخش بودن آن تغییر می‌کند. به طور کلی، تمام رویکردها برای مدیریت بالینی و استفاده اقتصادی عقلانی از داروها، به سیستمی نیاز دارند که نظارت بر نسخ اطبا و فروش داروی داروخانه‌داران را ممکن سازد. در حالت ایده‌آل، چنین سیستمی با یکپارچه کردن اطلاعات بیمار نسخه‌نویس و داروفروش در محیط وب امکان‌پذیر است. برنامه‌ای که اطلاعات نسخ را پردازش کند و موارد مربوط به قصور عرضه‌کننده از دستورالعمل و چارچوب منطقی را آشکار کند (به‌عنوان مثال نسخه‌پیچی‌های غلط، تجویز داروی سالمندان برای کودکان، دادن دو دارو با یک مکانیزم عمل برای یک بیمار و تداخلات دارویی).

ارزش و نتیجه رویکردها

شرکت‌های دارویی هر سال محصولات و طرح‌های نو ارائه می‌دهند. برخی از آن‌ها درمان‌های مهم و جدیدی برای بیماری‌هایی که قبلاً قابلیت درمان کمی داشتند عرضه می‌کنند. بعضی هم درمان‌های موجود را بهتر می‌کنند و باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها یا راحت‌تر شدن درمان می‌شوند، البته برخی محصولات هم با درمان‌های موجود

کشورها ایجاد شود و با ارائه نظرات در مورد داروهای جدید، به دنبال پارامترهای خاص در بستر کشورهای در حال توسعه باشد. در غیاب چنین منابع، کشورها باید با استفاده از ظرفیت علمی خود برای جمع‌آوری اطلاعات از موسسات HTA در انگلستان (NICE)، استرالیا و هلند، آن اطلاعات را با قضاوت صحیح و مناسب فضای داخلی کشور خود به کار بگیرند. فرآیند تصمیم‌گیری که معمولاً در کمیسیون اتفاق می‌افتد دیگر تنها در دست پزشکان که به نظر می‌رسد ضد درمان‌های جدید نیستند نخواهد بود و تصمیم‌گیری شامل داروسازان بالینی، اپیدمیولوژیست‌ها و اقتصاددانان سلامت یک نظر پزشکی متعادل خواهند داشت. این تصمیمات به رهبری سیاسی و چشم‌انداز استراتژیک متصل به راهبرد کلی بهداشت عمومی هم نیاز دارد.

رویکرد دیگر برای توزیع ریسک و مدیریت هزینه‌های دارویی، جبران مبتنی بر نتایج است. این یک ایده نسبتاً جدید است که اخیراً در طرح توزیع خطر بیماری مولتیپل اسکلروزیس در انگلستان به کار گرفته شده است، به این معنی که شرکت دارویی بابت میزان بهبودی از یک درمان خاص پول می‌گیرد. مناطقی که در آن‌ها چنین مدلی می‌تواند وجود داشته باشد جاهایی هستند که به دلیل وجود بیماری‌های مزمن گمان می‌شود که هزینه داروهای گران‌قیمت آن‌را می‌توان با تهیه پارامترهای قابل اندازه‌گیری موفقیت در درمان مدیریت کرد. برای مثال می‌توان با انجام «برون‌سپاری» درمان دارویی دیابت در یک موسسه فرضی و یا قلمرویی محدود، بازپرداخت بر اساس دستیابی به سطح خاصی از HbA1c، که یک شاخص آزمایشگاهی برای مدیریت خوب درمان دیابت است اقدام کرد. اگر پارامترها به‌طور صحیح اصلاح شدند، باید به شرکت دارویی برای ارائه مقرون‌به‌صرفه‌ترین درمان، پاداش داده شود. چنین اصلاحی در دراز مدت، منجر به صرفه‌جویی کل در سیستم می‌شود، زیرا تعداد عوارض مرتبط با دیابت که مسوول بیشترین بار هزینه این بیماری هستند کاهش خواهند یافت.

رفتار تطبیقی شرکت‌کنندگان در بازار

تمام مدل‌ها به‌طور بالقوه در استراتژی مهار هزینه جنبه‌های منفی خود را دارا هستند. محدود کردن لیست دارو و پیاده‌سازی قوانین جایگزینی در برابر منافع گروه‌های قوی حرفه‌ای (داروسازان و پزشکان) دشوار است، در صورتی که مباحث اقتصادی و سهمیه‌بندی در جابه‌جا نمودن سود پزشکی ظاهر شوند و پزشکان دیگر نتوانند

تفاوت قابل توجهی در فایده به لحاظ پیامدهای بالینی، هزینه یا سهولت درمان ندارند. چند کشور توسعه‌یافته هنگام ورود داروی جدید قبل از اعطای بازپرداخت و تنظیم قیمت یا مذاکره درباره آن بررسی علمی و ارزیابی اقتصادی (ارزیابی فناوری سلامت) انجام می‌دهند. آن‌ها روی مفهوم اساسی «ارزش پول» کار می‌کنند: یک شخص حقیقی با توجه به سلیقه و وضعیت مالی خود در انتخاب کالاها با قیمت‌های مختلف آزاد است. (مثلاً ممکن است یک ساعت مچی گران‌قیمت را به‌خاطر دقت بیشتر آن در اندازه‌گیری زمان نسبت به مدل ارزان‌تر انتخاب کند) اما، مدیران صندوق‌های مالی عمومی در خریدهای خود باید به معیارهای منطقی در قیمت و نتایج اثبات شده توجه داشته باشند و نمی‌توانند براساس درک و سلیقه خود تصمیم بگیرند.

البته فرآیند طبقه‌بندی وجود نوآوری زیاد یا کم برای یک داروی فرضی، بحث‌برانگیز است. نتایج در زندگی واقعی می‌تواند متفاوت با نتایج کارآزمایی‌های بالینی باشد. توجه داشته باشید که برخی بیماران مانند زنان باردار، کودکان و افراد مسن مبتلا به چند بیماری معمولاً در آزمایش‌های بالینی حضور ندارند و برخی از مزایای بلندمدت یک دارو هم مثل توانایی آسپرین برای جلوگیری از لخته شدن خون، پس از چند سال یا حتی چند دهه حضور آن در بازار دیده شده است.

اقتصاد دارو رشته نسبتاً جدیدی از تحقیقات است و داده‌های منافع اقتصادی دارو در اکثر موارد، تنها در زمینه اقتصادی نسبت به محیطی (سیستم مراقبت سلامت) که در آن به‌دست آمده‌اند، معنی‌دار هستند. همه این‌ها، گزینه‌ها را برای کشورهای در حال توسعه برای ایجاد HTA به عنوان یک ابزار معمول برای تعیین قیمت برای یک داروی جدید یا تصمیم‌گیری در مورد ورود آن به لیست بازپرداخت محدود می‌کند. گزینه احتمالی در آینده این خواهد بود که یک موسسه مشترک HTA برای خدمت در تعدادی از



معمول شامل برخی از داروهای بیولوژیکی و برند گران تر است. تجویز این داروها باید محدود به چند نهاد و متخصص مجاز، که بودجه تعریف شده برای این داروها دارند، باشد. در صورت امکان روش‌های خرید متمرکز ارجحیت دارد. کارشناسان مستقل، از جمله داروسازان بالینی و اقتصاددانان، باید درگیر توسعه پذیرش دارو و تنظیم بودجه آن باشند. کشورهایی با بازار دارویی دایر و ارائه خدمات توسط بخش خصوصی ممکن است بخواهند روی سیاست دارویی ژنریک به عنوان سنگ بنای راهبرد مهار هزینه تمرکز کنند این سیاست، ترکیبی از اطلاعات مربوط به داروهای ژنریک، دسترسی بازار ترجیحی برای کیفیت ژنریک‌ها که پس از انقضای دوره پتنت دارو به زودی به بازار می‌آیند، مکانیسم‌های خرید رقابتی مانند مناقصه و رتبه بندی اولویت لیست دارویی، مشوق‌هایی برای پزشکان برای تجویز و داروسازان برای توزیع داروهای ژنریک (برای مثال بودجه نسخه نویسی برای پزشکان با نسخه‌های مبتنی بر اسامی غیر اختصاصی INN و نرخ سود یکنواخت برای داروخانه داران) و بازپرداخت محدود به قیمت داروهای ژنریک برای داروهای خارج شده از پتنت، می‌باشد.

کشورهای با درآمد متوسط در حال مواجه شدن با افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های مزمن با پتانسیل بالا برای عوارض پرهزینه دیررس هستند. به این دلیل است که شروع به آزمایش انواع مدل‌های عقد قرارداد با ارائه دهندگان خدمات سلامت به منظور توزیع ریسک و ایجاد یک چارچوب برای مدیریت نتیجه محور بیماری‌ها، علاوه بر ابزار سیاست استانداردسازی هستند. دیتابیس برای چنین استراتژی‌هایی هنوز هم محدود است و به طور خاص در ایالات متحده و برخی از کشورهای اروپایی به سرعت در حال رشد می‌باشند.

دایر بودن نظام اطلاعات سلامت برای تعیین اعتبار پارامترها به دست آمده، مورد نیاز است. خدمات دارویی می‌تواند در قراردادهای ارائه خدمات با ترکیبی از داروهای ژنریک - در اکثر موارد بدون ایجاد عارضه - و داروهای مدرن، برای آن دسته از بیماران که پاسخ خوبی به درمان استاندارد نمی‌دهند، جامعیت یابند. توجه داشته باشید به طور کلی، تمام گزینه‌های سیاست دارویی جنبه‌های مثبت و منفی خود را دارند و بروز واکنش بازار لزوماً قابل پیش‌بینی نیست. روشنی چشم‌انداز برای اهداف سیاسی میان‌مدت و تعادل زیرکانه بین مهار هزینه، نتایج سلامت و منافع اقتصادی برای کل سیستم و «راحتی» دسترسی به درمان‌های جایگزین مدرن اهمیت زیادی دارد حتی اگر بهبودی اساسی هم ندارند. در افق درازمدت این چشم‌انداز، سیاست‌های خاص و اقدامات مدیریتی لازم است سازش‌پذیر باشند و برای گروه‌هایی که روال دلخواهشان را در طول زمان از دست می‌دهند مشکلات عمیق ایجاد نکند ▶

(این مقاله در دو بخش ارائه شده است که می‌توانید بخش اول آن را در شماره قبل بخوانید.)

درمان مورد نظرشان را که برای بیماران خود لازم می‌دانند ارائه کنند، آن‌ها سعی خواهند کرد که مردم را در برابر این سیاست‌ها تهییج کنند.

مدل‌های قیمت‌گذاری و بازپرداخت، تغییرات تطبیقی در طرف ارائه‌دهنده ایجاد می‌کنند که می‌توانند پایداری اثر خود را تضعیف کنند. محدودیت بازپرداخت برای برخی داروها ممکن است منجر به تغییر مصرف به سوی داروهای شود که نرخ بازپرداخت بالاتری دارند.

محدود کردن بودجه می‌تواند سبب «پرش هزینه» شود به این معنی که ارائه‌دهندگان خدمت، بیماران دشوار را به مراکز سطح بالاتر ارجاع می‌دهند که موجب افزایش کل هزینه‌ها می‌شوند، در حالی که بودجه را برای خود حفظ می‌کنند. سقف بازپرداخت می‌تواند به همگرایی قیمت و رقابت برای سهم بازار از طریق دادن کالاهای رایگان یا انگیزه‌های القائی دیگر به جای ایجاد قیمت رقابتی به نفع مصرف کنندگان و سازمان‌های بیمه‌گر منتهی شود.

در هر استراتژی باید گزینه‌هایی را برای نظارت بر ارائه کننده خدمت و رفتار بیمار در یک نظام فرضی در نظر بگیریم، ما فقط می‌توانیم چیزهای قابل اندازه‌گیری را تحت تاثیر قرار دهیم و برای به حداقل رساندن عواقب ناخواسته، انگیزه‌ها را با دقت متعادل کنیم. علاوه بر این، استراتژی‌های مهار هزینه باید به عنوان راه حل‌های پویا و مقایسه‌ای، ساخته شوند و برای موثر باقی ماندن آن‌ها به طور منظم بررسی و به روز شوند.

انتخاب سیاست یکپارچه

سیاست‌های مهار هزینه دارویی همیشه مخلوطی از اقدامات مختلف، بر اساس وضعیت شروع و اهداف فرضی هستند: تکیه بر یک بودجه معین و تامین درمان برای جمعیت هدف در یک زمان. در مقیاس جهانی، دادن انگیزه به شرکت‌های داروسازی برای ادامه سرمایه‌گذاری در تحقیق و توسعه لازم است. مطالب زیر برخی از ترکیب‌های استاندارد سیاست‌هایی را که در تعدادی از کشورها به کار گرفته می‌شوند، توصیف می‌کند:

رویکرد سیاست مبتنی بر فهرست سخت‌گیرانه داروهای ضروری (EDL) بهترین انتخاب برای کشورهای بسیاری با منابع محدود است و فقط داروهای عمدتاً ژنریک EDL تهیه، توزیع و بازپرداخت می‌شوند. چنین سیستمی نیاز به بهینه‌سازی تهیه و توزیع، با تلاش‌های قابل مشاهده تضمین کیفیت در زنجیره توزیع است تا از پذیرش محصولات گزینش شده اطمینان حاصل شود. در غیر این صورت ضرب‌المثل هرچیز ارزان بی کیفیت است، سیاست را تضعیف خواهد کرد.

اگر یک کشور عملکرد ثانویه و سطح سوم درمان داشته باشد، به محدودیت‌های اضافی بیشتری برای پذیرش دارو در لیست الزام‌آور دارویی برای ارائه داروهای این سطوح بالاتر درمان نیاز خواهد داشت. چنین ورودی‌هایی به طور

گزارش بررسی کمبود انسولین، هشدارهای کارشناسان و ادعاهای مسئولان

انسولین هنوز کم است

زهره صدیقی نژاد: در ایران بیش از پنج میلیون نفر به بیماری دیابت مبتلا هستند که از این تعداد بیش از ۶۰۰ هزار نفر به تزریق روزانه انسولین و همین‌طور به سنجش قند خون با نوارهای تست در منزل نیاز دارند تا بتوانند میزان انسولین را اندازه‌گیری و از افت قندهای مکرر و مرگ‌بار پیشگیری کنند. براساس آمار نه‌تنها سن ابتلا به دیابت در ایران پایین آمده و به ۲۵ سالگی رسیده است، تعداد این بیماران در کشور ما بیش از میانگین جهانی و در بعضی شهرها مانند یزد و کرمان هم آمار بالاتر از میانگین کشوری است.

دیابت با بعضی از افراد به‌صورت ژنتیکی به دنیا می‌آید ولی دلیل اصلی ابتلای بقیه، تغذیه ناسالم و سبک زندگی غلط است؛ دو موضوعی که آموزش و فرهنگ‌سازی درمورد آن‌ها به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بلندمدت مسئولان وزارت بهداشت نیاز دارد؛ نکته مهمی که کمتر شاهد آن هستیم. در حالی‌که قلم انسولین و نوار تست قندخون جزو اقلام ضروری مورد نیاز بیماران دیابتی است، هر از گاهی کمبود آن‌ها موجی از نگرانی و ترس را برای آن‌ها و خانواده‌شان ایجاد می‌کند. هرچند این کمبودها مقطعی است ولی نمی‌توان آن‌را نادیده گرفت یا کوچک شمرد، خصوصاً که این بار دوره کمبود از تابستان آغاز شده است و هنوز ادامه دارد.

هشدار بی‌اثر پزشکان

بحران کرونا، توجه به بیماران دیابتی ضرورت ویژه دارد. علی‌رغم اطلاع‌رسانی و مکاتبات مکرر انجمن‌های دیابت کشور با مقامات مسئول در بانک مرکزی و وزارت بهداشت، متأسفانه نه تنها بهبودی حاصل نشده است. بررسی‌های انجام شده پس از مذاکره با شرکت‌های تولیدکننده، واردکننده و سازمان‌های مرتبط، نشانگر عدم تخصیص ارز کافی برای واردات انسولین و نوار تست قند خون است.» رئیس‌جمهور دو روز پس از وصول این نامه هشدارآمیز در نامه‌ای آنی و فوری خطاب به دکتر نمکی وزیر بهداشت دستور بررسی و اقدام فوری به وضعیت انسولین و تست قندخون را صادر کرد ولی اتفاقات هفته‌های بعد نشان داد

پنجم مهرماه امسال ۱۲۰ نفر از پزشکان متخصص غدد درون‌ریز در نامه‌ای به حسن روحانی درمورد کمبود انسولین و نوار تست قند خون هشدار دادند. دلیل نوشتن این نامه کمبودهای گاه و بی‌گاه این دو قلم ضروری در ماه‌های قبل و در آن آمده شده بود: «فراهم نبودن هر یک از این دو بیماران را در کوتاه‌مدت با خطر جدی افت قند خون، کاهش سطح هوشیاری و خطر مرگ و در بلند مدت، با عوارضی چون قطع عضو، سکته قلبی و مغزی و آسیب به کلیه‌ها مواجه خواهد ساخت. این گروه، در صورت ابتلاء به کرونا در خطر بسیار بالاتر مرگ قرار دارند و در



هشدار پزشکان و دستور آنی به جایی نرسید.

وارداتی با ارزش ۴۲۰۰ تومانی، قاچاق معکوس می‌شود. هفتم آبان خبری از کشف ۳۰۰ هزار واحد انسولین منتشر شد. پایگاه خبری پلیس به نقل از سردار کیوان ظهیری نوشت: در راستای اجرای طرح‌های مبارزه با قاچاق کالا و ارز، ماموران پلیس آگاهی غرب استان تهران موفق به شناسایی انبار بزرگ دپوی انسولین قلمی قاچاق در شهرستان قدس شدند. ارزش ریالی این کالای مکشوفه توسط کارشناسان بیش از ۱۴۰ میلیارد ریال برآورد شده است.

دو روز بعد دبیر کل انجمن شرکت‌های پخش دارو در نامه‌ای به تجارت‌نیوز اعلام کرد: «اولا تاریخ مصرف بخش مهمی از انسولین‌های کشف شده گذشته بود. دوما سازمان غذا و دارو مجوز توزیع حدود ۷۲۰۰ عدد از این انسولین‌ها را نداده بود. سوماً کل اطلاعات انسولین‌های این انبار، در سامانه تیتک سازمان غذا و دارو ثبت بوده است.»

اما دکتر محسن عبدالله‌زاده؛ مدیر عامل گروه بهفار که جزو شرکت‌های پخش داروست در این مورد گفت: «واردات و توزیع دارو، قوانین و مقررات خاص خود را دارد. ذخیره انسولین کشور محدود اما زماندار است و مجوز توزیع و پلن آن را سازمان غذا و دارو باید به شرکت‌ها بدهد. تا زمانی که این مجوز صادر شود، شرکت‌های پخش باید انسولین را در سردخانه نگهداری کنند.»

او تاکید کرد: «این انباری که گفته می‌شود در غرب تهران کشف شده، انبار مرکزی یکی از شرکت‌های پخش دارو بوده و کل موجودی آن در سامانه ثبت بوده است. به عبارتی سازمان غذا و دارو در جریان ۳۰۰ هزار عدد انسولین موجود در این انبار بود. آن‌ها می‌دانستند که بخش مهمی از انسولین‌ها قابل مصرف نیست و حدود ۷۲۰۰ عدد انسولین قابل استفاده، هم منتظر پلن توزیع خود این سازمان بود. ما در این مدت باید چه می‌کردیم؟ دارو را دور می‌ریختیم؟»

واردات فوری در اوج بی‌پولی!

در حالی که قرار بود تولید داخلی یا تحت لیسانس بخشی از نیاز کشور به انسولین را کم کند، این اتفاق نیفتاد و سازمان غذا و دارو مجبور شد با وجود کمبود ارز انسولین را وارد کند و نکته قابل توجه پایین‌تر بودن قیمت این واردات به نسبت عدد اعلام‌شده از طرف شرکتی است که قول تولید داخل یا به‌نوعی آماده‌سازی قلم در ایران را داده بود.

چهارم آبان‌ماه دکتر کیانوش جهانپور؛ سخنگوی سازمان غذا و دارو دلیل دیگری برای کمبود انسولین عنوان کرد و با اشاره به اینکه یک شرکت به تازگی خط تولید انسولین قلمی تحت لیسانس در کشور راه‌اندازی کرده است، گفت: «این شرکت عملاً مونتاژ دارو را در داخل انجام می‌داد و متأسفانه اخیراً به تعهداتش عمل نکرده و باعث تشدید کمبود و بروز مشکل در دسترسی بیماران دیابتی به این

تلاش بی‌نتیجه تولید اقلام حیاتی در کشور

مردادماه ۹۹ با بالا گرفتن زمزمه‌های کمبود انسولین دکتر کیانوش جهانپور؛ مدیر روابط عمومی وزارت بهداشت و سخنگوی سازمان غذا و دارو دلیل کمبودها را تحریم و کرونا دانسته و گفته بود: «به دلیل مشکلات حمل‌ونقل هوایی پس از کرونا و همزمان مشکلاتی که تحریم‌ها در حوزه تبادلات بانکی و واردات ایجاد کرده و درعین حال کمبودهای مقطعی ارز، ممکن است ورود و عرضه برخی اقلام مثل انسولین‌های قلمی مطابق برنامه زمانی تعیین شده، پیش نرود. این اقلام به زودی تامین، وارد و پس از برچسب‌گذاری در داروخانه‌های منتخب توزیع می‌شود.»

در شرایطی کمبود انواع انسولین قلمی از تابستان اوج گرفت که امسال خبر افتتاح دو کارخانه تولید منتشر شده و وعده خودکفایی در زمینه تولید آن داده شده بود. اول تیر ماه خبر راه‌اندازی اولین خط تولید قلم‌های تزریقی انسولین با حضور دکتر محمدرضا شانه‌ساز، منتشر شد که در این مراسم گفته بود: «روز بزرگی برای بیماران دیابتی و کشور است، چون با تولید انسولین قلمی در کشور هم از لحاظ تامین انسولین مورد نیاز بیماران و هم از لحاظ صرفه‌جویی ارزی اتفاق بزرگی رخ داده است. با افتتاح این پروژه سالانه از خروج ۲۰ میلیون دلار از کشور جلوگیری می‌شود.» رئیس سازمان غذا و دارو، پیش‌تر و در بهمن ۱۳۹۸ وعده افتتاح این خط تولید را داده بود.

به فاصله کمی و در دهم شهریورماه خبر دیگری درباره راه‌اندازی خط تولید انسولین در کشور منتشر شد. بر اساس این خبر، وزیر بهداشت به صورت آنلاین و از طریق ویدیو کنفرانس اولین کارخانه شرکت نوونوردیسک پارس در منطقه خاورمیانه و مدیترانه شرقی و هشتمین کارخانه در دنیا، را افتتاح کرده بود.

التهاب در بازار، استرس در خانه بیماران دیابتی

علی‌رغم هشدار پزشکان، دستور رئیس‌جمهور، وعده مسئولان و اخبار خوش افتتاح خطوط تولید انسولین کمبودها ادامه پیدا کرد و نگرانی بیماران و خانواده آن‌ها را در دوره کرونا بیشتر و بیشتر کرد.

پس از آن که بیماران و خانواده‌هایشان تجربه و ترس و نگرانی خود را نبودن انسولین را در توییت با هشتگ #کمبود انسولین منتشر کردند، این خبر بیش از پیش در رسانه‌ها منعکس و تقریباً هر روزی تیرتی درباره آن دیده می‌شد. نکته منفی دیگر این بود که همزمان با این خبرها و نگرانی‌ها، خبر کشف ۱۹ کامیون داروی قاچاق در دیاله عراق که گفته می‌شد محموله آن ایرانی است، واکنش‌های زیادی ایجاد کرد. مسئولان سازمان غذا و دارو خیلی زود ایرانی بودن آن محموله را رد کردند ولی در عین حال این همیشه این مساله مطرح می‌شود که بخشی از داروهای



دارو شده است. سازمان غذا و دارو برای جبران کمبودهای ایجاد شده، اقدام به واردات فوری انواع انسولین قلمی با قیمت یک سوم قیمت داروی وارداتی شرکت مذکور کرده است. مشخص شد در شرایطی که تخصیص و تأمین ارز مورد نیاز دارو با چالش‌هایی مواجه است، شرکت مذکور هزینه‌های مضاعفی را به سیستم تحمیل کرده و تداوم چنین رفتاری به هیچ وجه قابل قبول نیست.»

نکته قابل توجه در سخنان جهانبور غیر از اشاره به بدعهدی شرکت واردکننده، تفاوت قیمت انسولین وارداتی از طرف این شرکت با واردات خود سازمان است. آن‌طور که اعلام شده بود انسولینی که به صورت فوری وارد شد، از داروخانه‌ها خریداری شده ولی قیمت نهایی از عددی که شرکت واردکننده به سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت و درمان تحمیل کرده، کمتر است. این سوال پیش می‌آید که مجوز واردات برچه اساس و با چه معیاری به این شرکت داده شده و چرا قیمت پیشنهادی که معمولاً در مناقصه‌ها اعلام می‌شود، بررسی نشده است؟

داستان تکراری و همیشگی کمبود!

کمبود انسولین مساله تازه‌ای نیست و توزیع این دارو هم مانند بسیاری داروهای پر مصرف و ضروری دیگر هرازگاهی دچار مشکل می‌شود. آذرماه ۱۳۹۸ هم زمزمه‌های کمبود انسولین قلمی، موجی از نگرانی و استرس را بین بیماران دیابتی ایجاد کرد.

سال گذشته نیز اولین واکنش وزارت بهداشت این بود که کمبودی نداریم یا کمبودها مقطعی و محلی است. مثلاً در پی گزارش‌هایی که از التهاب بازار و کمبود قلم انسولین در یزد منتشر شد، وزیر بهداشت در این مورد گفت: چون تعداد بیماران دیابتی استان کرمان و یزد بالاتر از معمول کشوری است قرار شد در ارتباط با سهمیه انسولین بازنگری شود. اما دکتر محمدحسین مصدق مهرجردی معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در مصاحبه با بشارت یزد گفته بود: «مشکل کمبود داروی انسولین قلمی یک موضوع کشوری است و سهمیه استان یزد با ریزنی‌هایی که در سفر رئیس جمهور به استان انجام شد

افزایش پیدا کرد.»

همان زمان هم پیشنهادهای جایگزین برای قلم انسولین مطرح شده و مصدق مهرجردی در مصاحبه خود اضافه کرده بود: «انسولین مشابهی به نام اپیدرا وجود دارد که از متخصصین و پزشکان خواستیم با نوروپید جایگزین کنند. این نوع انسولین که کارکردی مشابه با نوروپید دارد به اندازه‌ای در کشور زیاد است که حتی احتمال دارد تاریخ آن منقضی شود.»

پوشش بیمه‌ای انسولین و کنترل توزیع

یکی از روش‌های کاهش قاچاق یا عرضه انسولین در بازار آزد، سخت‌گیری در بیمه‌ها و نیز کنترل عرضه انسولین قلمی بوده است. سال ۱۳۹۵ سازمان بیمه سلامت ایران در اطلاعیه‌ای اعلام کرد از اول آذر ماه آن سال باید برای دریافت انسولین قلمی پرونده‌خ تشکیل شود تا با این روش بار مراجعات ادارات کل کاهش یابد و نسخه‌ها در سامانه تایید شود. بر همین اساس بیمه‌شدگانی که سابقه دریافت انسولین قلمی داشتند در اولین مراجعه به داروخانه پس از آذر ماه ۹۵، می‌توانستند سه عدد انسولین بدون تشکیل پرونده و حتی با مهر پزشک عمومی فقط برای یک نوبت

بگیرند ولی این روش برای هر بیمار فقط یک بار اعمال می‌شد. بر اساس بخشنامه‌های آن سال بیمار حتی با نسخه نمی‌توانست بیش از سه انسولین دریافت کند و چنین نسخه‌ای باید تایید می‌شد و اگر بیمار بیش از سه انسولین تهیه می‌کرد از سهم بیمه او کسر می‌شد. یکی دیگر از روش‌های پیشگیری نشت انسولین از طریق نسخه و فروش آزاد آن، لزوم تجویز نسخه از طرف پزشک متخصص است. در عین حال اگر نوع داروی بیماری تغییر کند مثلاً در بیمه تامین اجتماعی اعلام شد که موقع تغییر نوع دارو، باید فقط یکی از انواع انسولین‌های سریع‌الاثرب یا یکی از انواع طولانی‌اثر موجود باشد.

همزمان اعلام شد برای جلوگیری از سوءاستفاده؛ تجویز انسولین‌های قلمی بیماران دیابتی بر عهده پزشکان متخصص است. دکتر حنان حاج‌محمودی در مصاحبه‌ای اعلام کرد گفت: «در راستای مدیریت منابع و بهینه‌سازی هزینه‌های دارویی و بر اساس نتایج بررسی گزارش‌های هزینه‌ای و سوابق مصرف داروی بیمه‌شدگان، تعدادی از داروهای پرهزینه و پرمصرف از تاریخ ۹۵/۹/۱ مشمول تشکیل پرونده (کنترل مدارک بیماری و ثبت در پرونده بیمه‌شده توسط نمایندگان بیمه) هستند و انسولین‌های قلمی نیز شامل این داروهاست.»

مدیرکل وقت دفتر مدیریت خدمات بیمه سلامت تخصصی و فوق تخصصی این سازمان در همان مصاحبه اضافه کرد: «از آن‌جا که شواهد متعددی از درمان بیماران دیابتی با انسولین قلمی بدون اندیکاسیون دیده شده است. موارد متعدد سوءاستفاده از این دارو در سطح کشور به علت قیمت بالای آن وجود دارد، مثلاً گاهی پزشکان عمومی برای بیماران غیردیابتی انسولین قلمی تجویز کرده‌اند. با توجه به اهمیت

و حساسیت تعیین میزان مصرف انسولین‌های قلمی بر حسب شدت بیماری، برای جلوگیری از بروز عوارض ناشی از تنظیم نشدن دوز انسولین و تجویز غیرضروری آن که هزینه‌های زیادی برای سازمان‌های بیمه‌گر به همراه دارد، شروع مصرف و کنترل دوز در

به نظر می‌رسد چنین روشی که برای کنترل مصرف انواع دارو یا کاهش تعداد آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های غیرضروری در کشورهای دیگر مرسوم است، برای اولین مرتبه به منظور کاهش بار روی بیمه‌ها در ایران اجرا شد. هر چند این روش درست بود و اجرای آن برای بسیاری دیگر از داروها یا تست‌های پزشکی هم ضروری به نظر می‌رسد ولی جلوی کمبود و حتی قاچاق انسولین گرفته نشد و مشکل در سال‌های بعد هم ادامه پیدا کرد و سال ۱۳۹۹ بار دیگر اوج گرفت.

توزیع انسولین با کد ملی

این بار هم کنترل دارو در زمینه دسترسی بیماران به آن بیشتر و اعلام شد انسولین قلمی فقط با کد ملی توزیع می‌شود. دکتر کیانوش جهانپور؛ سخنگوی سازمان غذا و دارو در این زمینه گفت: «ارائه کد ملی برای دریافت انسولین تصمیم جدیدی نیست و به منظور احراز هویت افراد مبتلا به دیابت از طریق کد ملی بیماران صورت می‌گیرد. سامانه‌ای در نظر گرفته شده و تمامی افراد مبتلا به دیابت که طبق تجویز پزشک، نیازمند دریافت انسولین هستند در این سامانه احراز هویت می‌شوند و انسولین قلمی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند.»

او رابطه کمبود دارو و عرضه انسولین از طریق احراز هویت بیماران رد کرد و توضیح داد: «دلیل این کار تفاوت قیمتی بسیار زیاد این دارو در داخل کشور نسبت به کشورهای همجوار و جلوگیری از نشت دارو و اطمینان از دسترسی مصرف‌کننده واقعی به انسولین قلمی است. امکان اینکه کسانی غیر از بیماران واقعی، به اقلام دارویی مانند انسولین قلمی دسترسی پیدا کنند و در فرآیند قاچاق معکوس، در کشورهای همجوار به فروش برسد، وجود داشت که با اجرای بهینه این روش، انسولینی که با ارز دولتی تأمین می‌شود، به دست مصرف‌کننده واقعی خواهد رسید و زنجیره توزیع تا مصرف‌کننده نهایی مشخص و قابل رصد می‌شود.»

تدوام کمبود، اختکار و قاچاق انسولین

علی‌رغم محدودیت‌های اعمال شده طی سال‌های اخیر به نظر می‌رسد کمبود انسولین و نشت و قاچاق آن در ابعاد و ارقام بزرگ‌تری رخ می‌دهد. تا جایی که اول دی‌ماه ۱۳۹۹ فرمانده انتظامی شهرستان ساوه از کشف انبار اختکار دو هزار قلم انسولین در این شهرستان خبر داد. سرهنگ علی‌اکبر عیسی‌آبادی در مورد این کشف پلیس گفت: «در ادامه روند مبارزه با قاچاق دارو، ماموران پلیس آگاهی شهرستان، در تحقیقاتی از اختکار مقادیری انسولین در یک شرکت تولید دارو در یکی از شهرک‌های صنعتی این شهرستان مطلع شدند. ماموران پلیس آگاهی شهرستان ساوه با هماهنگی مقام قضایی به همراه کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی و سازمان صنعت، معدن و تجارت به محل مورد نظر مراجعه کردند و در بازرسی از این شرکت تولیدی دو هزار قلم انسولین اختکار شده کشف شد.» فرمانده انتظامی شهرستان ساوه اظهار کرد: «در تحقیقات پلیس مشخص شد داروهای مکشوفه حدود سه ماه پیش تولید شده ولی با وجود کمبود انسولین در بازار این داروها در شرکت اختکار شده است.»

با توجه به این خبر و از آن‌جا که علی‌رغم برگزاری دو مراسم افتتاحیه، هنوز خط تولید قلم انسولین در ایران فعال نشده است، احتمالاً انسولین‌های کشف‌شده در یکی دو ماه اخیر وارد کشور و اختکار شده‌اند. چنین کشفیاتی بحث قاچاق گسترده را پررنگ‌تر می‌کند خصوصاً که هر بار این موضوع مطرح می‌شود، فعالان حوزه دارو معتقد هستند بخش عمده‌ای از قاچاق معکوس به داروهای وارداتی مربوط است که به‌طور کامل با ارز ۴۲۰۰ تومانی خرید و عرضه می‌شوند.

دکتر محمود نجفی‌عرب، رئیس کمیسیون اقتصاد سلامت اتاق بازرگانی در این مورد گفته بود بیش از یک و نیم برابر نیاز کشور انسولین وارد شده است اما «بخش عمده‌ای از آن قاچاق شده و این قاچاق معکوس، فقط مخصوص انسولین نیست و برای همه داروهای گران با مشکل قاچاق معکوس مواجه هستیم.»

جو روانی یا نبودن مدیریت؟

مسئولان بخشی از کمبودهای انسولین را ناشی از جو روانی اعلام می‌کنند و این موضوع هر چند وقت یک بار تکرار می‌شود. طبیعی است که وقتی اولین خبر و گزارش‌های درست یا غلط درباره کمبود یک دارو منتشر شود، تعدادی از بیماران از ترس کمبود یا نداشتن دارو، تعدادی بیش از نیاز خود تهیه و نگهداری می‌کنند.

«انسولین قلمی» وسیله‌ای است که از آن برای تزریق انسولین در بیماران دیابتی استفاده می‌شود و استفاده آن به سرسوزن یکبار مصرف نیاز دارد. استفاده از قلم انسولین ساده‌تر از راه‌های سنتی مثل تزریق با سرنگ است، نگهداری و حمل و نقل آن ساده‌تر است و هنگام تزریق،

تنظیم دوز آسان‌تر انجام می‌شود و درد کمتری هم نسبت به سرنگ دارد. به همین دلیل طبیعی است که بسیاری از بیماران مصرف آن را ترجیح بدهند. با این حال فرامرز اختراعی رییس هیات‌مدیره سندیکا ی تولیدکنندگان مواد دارویی، شیمیایی و بسته‌بندی دارویی تهران که پیشتر به روزنامه همشهری گفته بود

در تولید داروی ایرانی مشکل جدی وجود ندارد او در یک فایل ویدئویی طی اظهارات عجیبی قلم انسولین را یک وسیله لوکس عنوان می‌کند که می‌تواند با سرنگ آنالوگ جایگزین شود.

اسدالله رجب، رییس هیات مدیره انجمن دیابت ایران نیز اعلام کرده بود: «انسولین تولید داخل موجود است و مشکل اصلی، «تامین انسولین‌های آنالوگ یا قلمی و خارجی» است. انسولین‌های تولید داخل را هم می‌توان با قلم تزریق کرد و اگر تولیدات داخلی نبود بیماران دیابتی با مشکلات اساسی‌تری مواجه می‌شدند.»

با این حال دکتر بابک قرایی‌مقدم جراح مغز و اعصاب در واکنش به این اظهارات گفته بود: «انسولین قلمی داخل ایران تولید نمی‌شود و تولیدات ما از انواع دیگر این داروست. خوشبختانه ایران در ماه‌های گذشته توانست در داخل ایران انسولین تولید کند. قاچاق انسولین هم مثل کالاهای دیگر است و چون قیمت‌ها بالا رفته، برای سود بیشتر قاچاق می‌شود. وقتی چنین مساله‌ای پیش می‌آید افرادی خرید اضافه می‌کنند و کمبود پیش می‌آید.»

با توجه به این‌که کمبودهای دارویی حتی در زمینه داروهای مهم و اساسی مانند داروی قلب، انسولین و... که مستقیماً با جان افراد مرتبط است، هرازگاهی پیش می‌آید و تکرار می‌شود، همچنین به دلیل شرایط بد اقتصادی و تلاطم و نوسان‌های دائمی در اقتصاد که اخبار منفی هم آن‌را تشدید می‌کند، می‌توان به بیماران و خانواده‌هایشان حق داد که با اولین خبر در مورد کمبود دارو به خرید و ذخیره آن روی بیاورند.

کمبود دارویی مختص ایران نیست و گاهی تامین بعضی داروها در هر کشوری حتی در شرایط عادی، دچار مشکل می‌شود. در کشور ما به دلیل تحریم‌های سخت و ادامه‌دار و مشکلات اقتصادی این مشکل بیشتر است

هشدار پزشکان و کارشناسان برای جلوگیری از کمبودهای شدید و بحرانی شدن شرایط روبه آن‌ها را تغییر نمی‌دهد. در واقع مسئولان از جامعه عقب هستند و درباره هر مورد آن قدر صبر می‌کنند تا کمبودها شدید شود و پس از اعتراض بیماران و واکنش رسانه‌ها برای رفع بحران اقدام می‌کنند و این شرایط بارها و بارها تکرار می‌شود.

سید حیدر محمدی؛ مدیر کل دارو و مواد تحت کنترل سازمان و داروی وزارت بهداشت در آخرین اظهار نظر خود طی مصاحبه‌ای عنوان کرد: «علی‌رغم افزایش قیمت برخی داروها، انسولین نه تنها افزایش قیمت نداشته بلکه کاهش قیمت نیز داشته است. قیمت این دارو حدود ۳۵ هزار و ۷۰۰ تومان بود و پس از واردات فوریتهی نرخ آن به حدود ۳۰ هزار تومان رسید. بخشی از انسولین‌های داخلی که به صورت مناقصه‌ای وارد کشور شد با قیمت ۱۸ هزار و نهصد تومان توزیع شد. با توجه به این که اقبال بیماران در تمام دنیا از انسولین ویالی به سمت انسولین قلمی رفته، میزان مصرف آن افزایش یافته است.»

سید حیدر محمدی؛ با اشاره به این که فقط ده درصد انسولین مورد نیاز بیماران در داخل کشور تولید می‌شود، گفت ما مجبوریم انسولین را وارد کنیم و به آن ارز دولتی بدهیم. ▶

و همه‌گیری کرونا (با صرف بخشی از بودجه بهداشت و درمان) کمبودها را افزایش داده است. به همین خاطر همیشه خبرهایی درباره کمبود نوعی از دارو منتشر می‌شود و مردم و خصوصا بیماران و خانواده‌هایشان را نگران می‌کند. این کمبودها در زمینه محصولات مهم و اساسی مانند داروی قلب، انسولین، داروی بیماران خاص مانند تالاسمی و... که مستقیماً با جان افراد مرتبط است، بیشتر پیش می‌آید و استرس و اضطراب بیماران و التهاب در جامعه را به دنبال دارد.

از طرف دیگر شرایط بد اقتصادی و تلاطم و نوسان‌های دائمی اقتصاد، مردم و جامعه را ترسانده و باعث شده است با انتشار خبرهای منفی واکنش نشان دهند؛ بنابراین می‌توان به بیماران و خانواده‌هایشان حق داد که با اولین خبر درمورد کمبود دارو به خرید و ذخیره آن روی بیاورند؛ حتی اگر شرایط چندان فوریتهی نباشد و اگر دارو در خانه‌ها انبار نشود، تا رسیدن محموله‌های بعدی همه بیماران می‌توانند نیازشان را تامین کنند.

در واقع اگر انتقاد و اعتراضی هم باشد، باید آن را متوجه مسئولانی بدانیم که علی‌رغم سال‌ها تحریم و بارها کمبود و التهاب، هنوز شرایط را پیش‌بینی و مدیریت نمی‌کنند و حتی

RNSHYESH



- ▶ فناوری اطلاعات (IT)
- ▶ بازرگانی پروژه‌های صنعتی و خدماتی
- ▶ چاپ ویژه‌نامه‌های تخصصی
- ▶ آتلیه رسایش
- ▶ استودیو رسایش
- ▶ انتشارات رسایش
- ▶ مدیریت غرفه‌های نمایشگاهی
- ▶ کمپین تبلیغاتی

- ▶ طراحی و مدیریت رخدادهای
- ▶ برگزاری نمایشگاه‌های تخصصی
- ▶ برپایی همایش و کنفرانس
- ▶ برگزاری جشنواره‌های تخصصی
- ▶ تحقیقات و توسعه بازار
- ▶ مدیریت ارتباطات
- ▶ بازاریابی و تبلیغات

نگاهی به تاثیر سياست اقتصادي دولت بر بقاي صنعت دارو

آيا ايران جايگاه خود را در بازار دارو حفظ مي‌کند؟

ليلا به‌طلب؛ صنعت دارو در جهان جزو برترين صنايع محسوب مي‌شود. صنعتي راهبردي که به دليل توليد محصولات حياتي، قادر است تحولات چشمگيري در زندگي بشري رقم بزند و به سبب رعايت استانداردها و مقررات تعيين شده و البته پژوهش و گسترش مداوم، در جايگاه برتري نسبت به صنايع ديگر قرار بگيرد. بررسي درآمد صنايع داروسازي در جهان نشان از رشد سالانه سه تا شش درصدي اين صنعت دارد. به همين سبب کشورهاي پيشتاز صنعت داروسازي، براي حفظ جايگاه خود در بازار داروي جهاني و همچنين افزايش سهم از اين بازارها تلاش مي‌کنند. دستيابي به جايگاه برتر در صنعت داروسازي تا آن حد از اهميت برخوردار است که مي‌تواند دستمايه تحت فشار قرار دادن برخي کشورهاي بدون صنعت دارو نيز قرار گيرد.

از آنجا که اين صنعت بر پايه «دانش» بنیان نهاده شده، نيازمنند به‌روزرساني در زمينه فناوري و همينطور تجهيزات است. همراهي با بازارهاي روز جهان، صاحبان صنايع داروسازي را به تکاپوي هميشگي واداشته تا براي رشد و ماندگاري به انواع روش‌هاي رقابتي بينديشند. مثلا به نوآوري در توليدات خود بپردازند يا همزمان بر تنوع، کيفيت و کميت محصولات بيفزاييند.

رشد ملموس صنعت داروسازي در ايران

ايران يکي از کشورهاي برخوردار از صنعت داروسازي است که طی ۱۰ سال گذشته به‌طور متوسط سالانه ۲۸ تا ۳۰ درصد رشد را پشت سر گذاشته است. علاوه بر اين، تعدد شرکت‌هاي فعال دارويي در کشور، ايران را در جايگاه ويژه‌اي قرار داده است. در سال ۱۳۹۷ سخنگوي وقت سازمان غذا و دارو اعلام کرده بود ايران مي‌تواند براي جمعيتي معادل ۲۰۰ تا ۴۰۰ ميليون نفر دارو توليد کند. عددي که نشان از ظرفيت بالاي توليد دارو و رشد صنعت داروسازي کشور دارد. از طرفي سخنگويان سازمان غذا و دارو در دوره‌هاي مختلف، اذعان داشته‌اند کيفيت و استاندارد داروهاي توليد داخل در اغلب موارد قابل رقابت با داروي خارجي است.

دکتر محمد عبده‌زاده؛ رئيس هيات‌مديره سندیکاي صاحبان صنايع داروهاي انساني ايران در نشست هم‌انديشي اعضاي هيات‌مديره انجمن‌هاي دارويي يادآوري کرد تا ميمين داروي کشور وظيفه همه فعالان حوزه داروست او با اشاره به اين که دارو يک سرمايه ملي است، گفت: به‌عنوان کساني که قسم خورده‌ايم و در اين حرفه تعهد داريم، فارغ از مشکلات حوزه دولتي و اداري، اگر هر کدام وظيفه خود را به بهترين و درست‌ترين شکل انجام دهيم، مي‌توانيم عملکرد بهتري داشته باشيم و با تا ميمين داروي مورد نياز مردم از اين بحران عبور کنيم.»

دکتر احمد شيباني؛ رئيس پيشين هيات‌مديره سندیکا در زمان برگزاري نمايشگاه دارويي ايران‌فارما ۲۰۱۹ تاکيد کرده بود ايران در بخش نانو تکنولوژي، بايو تکنولوژي و فناوري‌هاي جديد در خاورميانه پيشقدم است به نحوي که

داروهاي بايو تک و نانو با تکنولوژي پيشرفته در کشورهای همسايه و حتی کشورهای اروپايي ثبت شده است. علاوه بر اين صنعت داروسازي تا مرحله‌اي رشد يافته که بسته‌بندي دارو به صورت صددرصدي در داخل کشور انجام مي‌شود.

کارآزمودگي نيروي متخصص در صنعت دارو

کارنامه ايران نشان مي‌دهد کشورمان سابقه درخشاني در تربيت نيروهاي متخصص در حوزه داروسازي دارد. از آنجا که تربيت اين نيروهاي متخصص با توجه به خودکفائي در توليد دارو انجام شده، دانشگاه‌هاي ايران توانسته‌اند متخصصاني متعهد، مجرب و کاربلد آموزش دهند. اين رويکرد براي افزايش توليد داخلي و قطع نياز به کمک‌هاي خارجي پس از انقلاب در دانشگاه‌هاي کشور مورد توجه قرار گرفت. افزايش پرورش نيروي انساني مرتبط با صنعت داروسازي به همراه بومي‌سازي دانش، ساختار قدرتمندي بنا کرده که در راس آن داروسازان کشور و صاحبان صنايع داروسازي قرار گرفته‌اند.

سهم ايران از بازار داروي غرب آسيا و شمال آفريقا

ايران با توجه به موقعيت جغرافيايي خود در مجاورت کشورهای غرب آسيا و شمال آفريقا قرار گرفته و نزديکي به کشورهای اين منطقه به همراه توان توليد دارو در داخل، شرايط ويژه‌اي را براي کشورمان فراهم کرده است. از آنجا که کشورهای غرب آسيا و شمال آفريقا از پتانسيل لازم براي توليد دارو در داخل کشور برخوردار نيستند، نياز دارويي خود را به صورت واردات تا ميمين مي‌کنند. واردات

کارکنان شرکت تولیدی بیکار خواهند شد، یا راه دیگر را برگزینند که کاستن از کیفیت محصولات دارویی است. در این صورت علاوه بر نارضایتی مصرف‌کننده داخلی، بازار خارجی دارو نیز مورد تهدید قرار می‌گیرد.

ضربه اوراق قرضه

پرداخت نشدن بدهی دولت و بیمه‌ها به شرکت‌های دارویی، بحران مالی این شرکت‌ها را دوچندان می‌کند. شرکت‌های دارویی خریدهای خود را به صورت نقدی انجام می‌دهند، یعنی در صورت خرید مواد اولیه، مبلغ آن را نقدا پرداخت کرده‌اند. به خصوص که دولت به جای پرداخت‌های نقدی و در ازای بخشی از مطالبات این شرکت‌ها اوراق قرضه‌ای به آن‌ها ارائه می‌شود که مدت‌دار بوده و هزینه پرداختی شرکت‌ها را در سال‌های بعد به آن‌ها برمی‌گرداند. با توجه به افسارگسیختگی تورم در کشور، برخی از شرکت‌ها ناگزیر به فروش اوراق قرضه قابل فروشی می‌شوند که در اختیار آن‌ها قرار گرفته است. این اوراق، به گفته عباس کبریایی‌زاده؛ عضو هیات‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی تاسی درصد زیر قیمت به فروش می‌رود و ضرر مالی را بیش از پیش متوجه شرکت‌های دارویی می‌کند.

وقتی نمی‌توان وام گرفت

میزان نقدینگی شرکت‌های دارویی، توان آن‌ها را برای بازپرداخت بدهی‌هایشان مشخص می‌کند، به عبارتی، اگر میزان نقدینگی یک شرکت دارویی بالا تخمین زده شود آن شرکت در پرداخت بدهی‌های خود اعم از وام‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برخواهد آمد. بنابراین نقدینگی شرکت‌های داروسازی به محکی برای ارزیابی توان آن شرکت در تبدیل دارایی خود به پول نقد و اجرای تعهدات تبدیل شده است. بر همین اساس، کاهش و افزایش نقدینگی آثار منفی و مثبت خود را بر فعالیت‌ها و بازار شرکت‌های دارویی برجای می‌گذارد. بدیهی است شرکت‌های دارویی با وضعیت مالی مطلوب، سهم بیشتری از بازار دارویی نصیب خود خواهند کرد و بالعکس شرکت‌های کم‌برخوردار از قافله جا خواهند ماند.

«کمبود نقدینگی» یکی از مسایلی است که در حال حاضر برخی شرکت‌های دارویی داخلی با آن دست به گریبانند و عباس کبریایی‌زاده در دومین نشست آنلاین



دارو از آمریکا و اروپا برای این کشورها هزینه مالی بالاتری در بر خواهد داشت. این در حالیست که ایران می‌تواند داروی مورد نیاز این کشورها را با قیمتی پایین‌تر در اختیار این کشورها قرار دهد و بازار دارویی غرب آسیا و شمال آفریقا را از آن خود کند. ایران قادر است با در دست‌گیری بازار دارویی غرب آسیا و شمال آفریقا به مرکز توزیع دارو در این منطقه تبدیل شود. این موضوع، قابل تامل است چون سیاست‌های کلی نظام در جهت کاهش وابستگی به فروش نفت بوده‌اند و کشور توانایی بالقوه آن‌ها را دارد که با تامین دارو در منطقه غرب آسیا و شمال آفریقا بخشی از این طرح را عملی کند.

چالش نرخ ارز برای صنعت داروسازی

در حالت کلی نرخ ارز و نوسان‌های شدید آن در کشور، صنعت داروسازی را به شدت تحت تاثیر قرار داده است. به‌طور مثال، بالا رفتن نرخ ارز هزینه واردات مواد اولیه را برای شرکت‌های داروسازی بالا می‌برد و بالتبع قیمت محصول نهایی را برای آن‌ها افزایش می‌دهد. بنابراین، نوسان نرخ ارز می‌تواند به عاملی برای کاهش درآمد شرکت‌های داروسازی تبدیل شود.

دکتر عبده‌زاده شهریورماه امسال درباره مشکلات داروسازان در زمینه تامین ارز اظهارنگرانی کرده و گفته بود: «نوسان روزانه نرخ ارز و اینکه کسی خود را متولی تامین آن نمی‌داند، مشکلات بیشتری برای تولیدکنندگان دارو ایجاد کرده است. تغییرات هر روزه ارز، نرخ تمام‌شده محصول را برای شرکت‌های داروسازی افزایش می‌دهد. وزارت بهداشت و سایر نهادهایی که وظیفه تامین ارز نیمایی را دارند چندان در این زمینه احساس مسئولیت نمی‌کنند اما تامین ارز همان‌قدر که برای تهیه مواد اولیه مهم و لازم است، برای خرید مواد جانبی، بسته‌بندی یا سایر محصولات مرتبط با تولید دارو نیز ضروری است.»
در حالی که قیمت نهایی دارو همواره توسط دولت کنترل و سبب می‌شود شرکت‌های دارویی برای ادامه مسیر دچار یک سوال اساسی شوند؛ ادامه به هر قیمت یا اعلام ورشکستگی؟

تبعات پایین نگه‌داشتن قیمت دارو

از قیمت دارو در ایران با اصطلاح «کنترل‌شده» یاد می‌شود. کنترلی که همواره سبب شده قیمت تمام‌شده برای مصرف‌کننده، نسبت به سایر کشورها پایین‌تر باشد. این موضوع هرچند باعث جلب رضایت مصرف‌کننده داخلی است اما از سویی می‌تواند او را به مصرف خودسرانه دارو سوق دهد. اما تبعاتی که دامنگیر شرکت‌های دارویی است، متفاوت هستند، چرا که کنترل و پایین نگه‌داشتن قیمت دارو شرکت‌های دارویی را بر سر دوراهی تعطیلی و ادامه حیات قرار می‌دهد. شرکت‌ها در این‌گونه مواقع ناگزیرند یا به تعطیلی تن دهند که در این صورت تمام

شد که بدانیم صاحبان صنایع دارویی با برخورداری از چنین نیروهای متخصصی، سرمایه‌گذاری خود را معطوف به آینده صنعت دارویی کشور کرده‌اند، اما با چالش‌هایی مواجهند که دست آن‌ها را برای رویارویی با مشکلات فعلی بسته نگه داشته است.

هاله حامدی‌فر؛ نایب‌رئیس هیات‌مدیره سندیکا معتقد است وقتی به‌عنوان فعال اقتصادی در این کشور زندگی می‌کنیم، با شرایط اقتصاد و تحریم آشنا می‌شویم، می‌دانیم منابع ارزی محدود است و دولت و بانک مرکزی هم تحت فشارند. اما دانستن ما دلیل نمی‌شود که درخواست و توقعی نداشته باشیم چرا که ما سیاست‌گذار کلان نیستیم بلکه یک فعال اقتصادی هستیم و عمده ادعای ما مدیریت بنگاه خودمان است؛ اما کسانی که مدیریت اقتصادی کشور را به دست گرفته‌اند دیدگاه کلانی دارند و منابع و مشکلات را نیز در کنار هم می‌بینند؛ بنابراین باید مدیریتی برقرار باشد تا همین صادرات کنونی که آب باریکه تامین ارز کشور را برعهده دارد متوقف نشود.»

به گفته دکتر عبده زاده هم‌اکنون دستورالعمل‌ها و ابلاغیه‌های سختگیرانه‌ای وجود دارند که نه تنها سهولتی در کار شرکت‌های دارویی ایجاد نمی‌کنند بلکه باعث از دست رفتن فرصت‌ها و اهدافی می‌شوند که شرکت‌های دارویی برای دستیابی به آن‌ها سال‌ها هزینه و تلاش کرده‌اند. او ۲۵ آبان‌ماه امسال، با اظهار نگرانی از سدهایی که بر سر راه تولید دارو قرار گرفته، پیشنهاد کرده بود مسئولان مربوطه با اعمال تخفیف‌ها، معافیت‌های بیمه‌ای و مالیاتی و تسهیلات مناسب، از فشار وارده بر دوش صنعت داروسازی بکاهند.

رئیس هیات‌مدیره سندیکا در هفتمین دوره انتخابات این سندیکا به موشکافی مشکلاتی پرداخته بود که شرکت‌های دارویی با آن‌ها روبرو هستند. دکتر محمد عبده‌زاده با صحنه گذاشتن بر حمایت دولت از تولید داخلی، مطالبات تولیدکنندگان داخلی دارو را در قالب پرسش‌هایی مطرح کرده بود:

- برنامه حمایتی نهادها فراتر از شعار حمایت از تولید داخلی برای صنعت دارو چیست؟
- وزارت دارایی برای تشویق تولیدکننده، چه مشوق‌های مالیاتی در نظر گرفته است؟
- آیا وزارت رفاه برای صنعت‌گر مشوق‌های بیمه‌ای در نظر می‌گیرد؟
- آیا بانک مرکزی برای توسعه زیرساخت‌های صنعت و نوسازی تجهیزات مستهلک شده، منابع ارزی با بهره پایین در نظر گرفته است؟
- برنامه وزارت بهداشت در حوزه سیاست‌های دارویی، قیمت‌گذاری، تدوین و تنظیم فهرست دارویی، پوشش بیمه‌ای و... چیست؟
- پرسش‌هایی که با تنگ‌تر شدن عرصه بر صاحبان صنایع دارویی کشور همچنان پابرجا هستند. ▶

سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی، آن‌را یکی از چالش‌های روز صنعت داروسازی خوانده بود. بسیاری از شرکت‌های دارویی کشور در نبود نقدینگی کافی از دریافت وام برای سرپا نگهداشتن خود باز خواهند ماند. در چنین شرایطی است که راهی به جز اعلام ورشکستگی و بالتبع سقوط سهام شرکت در انتظار صاحبان شرکت مذکور نیست. سوال اساسی این‌جاست که در چنین شرایطی چه کسانی حاضرند ریسک سرمایه‌گذاری در شرکت‌های دارویی را بپذیرند؟

تحریم و چگونگی واکنش به آن

دور جدید تحریم‌های ظالمانه‌ای که علیه ایران اعمال شد از آبان ماه سال ۱۳۹۷ سیستم بانکی ایران را تحت فشار بی‌سابقه‌ای قرار داد. با مسدود شدن تراکنش‌های بانکی، طبیعی بود که بازارهای دارویی ایران نیز از این رخداد تاثیر بپذیرند و بازاریابی‌های انجام‌شده قبلی را بی‌اثر کنند. ناگفته نپساید که کاهش سهم ایران از بازار دارویی منطقه (غرب آسیا و شمال آفریقا)، فضا را برای برخی از کشورهای همسایه فراهم می‌کند تا بازار دارویی منطقه مذکور را به‌دست گیرند. اما تحریم‌های غیرقانونی اعمال شده علیه ایران، تنها زمین بازی را به رقبای ایران واگذار نمی‌کند. بلکه با اخلاف در تولید دارو برای داخل کشور، حوزه سلامت کشور را هم تحت تاثیر قرار می‌دهد.

شرکت‌های دارویی برای تولید دارو در داخل، نیازمند تهیه برخی مواد اولیه از خارج از کشور هستند و تحریم‌های بانکی به سدی برای خرید مواد اولیه دارویی تبدیل شده‌اند. کاملاً روشن است که در صورت نبود ماده اولیه، صنعت دارویی کشور دچار صدمه‌های جبران‌ناپذیری خواهد شد. در قدم اول، صنعت داروسازی از تامین نیاز داخل کشور و تامین سلامتی هموطنان که اولویت حکومت است، بازخواهد ماند. از دیگر سو بازارهای صادراتی که با کوشش صاحبان صنایع دارویی کشور بدست آمده از دست خواهند رفت. همین دو رویداد کافیهست تا چرخ صنعت داروسازی از حرکت بازایستد و از کارگر کارخانه گرفته تا متخصصان حوزه داروسازی به آمار بیکاران کشور اضافه شوند. معضلی که تنها دامن‌گیر کارگران بیکار نیست و خانواده آن‌ها را هم تحت تاثیر قرار داده و کم‌درآمد یا بی‌درآمد خواهد کرد. وضعیت متخصصان حوزه داروسازی نیز چندان بهتر نیست. چرا که نیروی متخصص در نبود فضا برای فعالیت در حوزه داروسازی، چاره‌ای جز تغییر حوزه فعالیت یا بدتر از آن؛ خروج از کشور نخواهد داشت.

و این همه در حالی رخ می‌دهد که کشور برای آموزش متخصصان خود در حوزه داروسازی هزینه گزافی پرداخت کرده است. این متخصصان طی سال‌های فعالیت خود تجربه‌ها اندوخته‌اند بنابراین خروج آن‌ها از کشور ضربه بزرگی به حساب می‌آید چراکه جایگزینی این نیروها به آسانی ممکن نیست. زنجیره تخریب، زمانی کامل خواهد

در گفت‌وگو با دکتر مریم رزاقی‌آذر، فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم کودکان و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران مطرح شد:

نگاهی به فاکتورهای موثر بر رشد قدی در کودکان

هر نوع بیماری و عارضه در هر یک از اعضای بدن مثل دستگاه گوارش، کلیه‌ها، قلب و... می‌تواند باعث کاهش رشد و کندی روند آن شود. بنابراین رشد، شاخص سلامتی است و از بدو تولد تا سه سال ابتدای زندگی باید قد، وزن و اندازه دورسر، روی نمودارهای مخصوص و منحنی‌های رشد قرار بگیرد و روند رشد بررسی و پایش شود. قد پدر و مادر هم باید بررسی و قد هدف یا قابل انتظار کودک نسبت به قد آن‌ها تعیین شود و روی قسمت انتهائی منحنی رشد قرار بگیرد. ابتدا باید دید قد و وزن کودک روی کدام منحنی قرار دارد و آیا روی منحنی مربوط با قد هدف متناسب هست یا خیر؟ سپس در طول زمان با پیگیری قد هر ۶ ماه روند آن مورد مطالعه می‌گیرد. ممکن است قد کودکی روی منحنی ۷۵ درصد باشد ولی ۶ ماه بعد روی منحنی ۵۰٪ بیاید و افت منحنی داشته باشد که حتماً در این مورد، نیاز به بررسی است. در صورت کندی رشد قدی، باید یک معاینه کامل بالینی و بررسی‌های آزمایشگاهی انجام شود.

چقدر احتمال دارد کندی رشد به دلیل کمبودهای تغذیه‌ای باشد و چه ویتامین‌ها و مواد معدنی در آن دخالت دارند؟
به طور حتم این مساله می‌تواند تاثیرگذار باشد. در کشور ما بعضی عناصر و مواد معدنی کمیاب است و به همین دلیل مواد غذایی را با آن غنی می‌کنند. زینک و روی از این دسته عناصر هستند که روی رشد قد کودکان تاثیر به سزایی دارند. ثابت شده در مناطقی که مقدار روی دریافتی مردم کم است کوتاهی قد شایع می‌شود. روی در منابع مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین آن گوشت قرمز و گوشت پرندگان است. مغزها مثل گردو، پسته، فندق و بادام هم سرشار از روی هستند اما در کل میزان روی و زینک در منابع طبیعی و در خاک کشور ما کم است بنابراین توصیه می‌شود مکمل روی مصرف شود. اندازه‌گیری زینک ارزش‌دار نیست و با آزمایش خون نمی‌توان کمبود آن را تشخیص داد. روی و زینک میزان دریافت مشخص روزانه دارند که پزشک باید بر اساس آن مکمل را تجویز کند.

کلسیم هم یک ماده معدنی است که اصلی‌ترین منبع آن لبنیات است. هرچه لبنیات نمک کمتری داشته باشد جذب کلسیم آن بالاتر است. دوغ سدیم بالایی دارد و در جذب کلسیم تداخل ایجاد می‌کند. پس لبنیات مصرفی باید بدون نمک و کم‌چرب باشد. غیر از لبنیات، در سبزیجات، خانواده

هر فردی یک کد ژنتیکی دارد که بر اساس آن بلندی قد او نهایی تعیین می‌شود اما بعضی افراد پتانسیل‌های لازم برای رسیدن به نهایت قد ژنتیکی خود را ندارند و به همین دلیل گرچه والدین بلندقدی دارند، به قد واقعی خود نمی‌رسند. مسایل زیادی در رسیدن فرد به قد ژنتیکی تاثیر دارد. تغذیه و خواب کافی جزو این مسایل است. متأسفانه در سطح جامعه ما کمبودهای شایعی از نظر تغذیه‌ای وجود دارد. کمبود آهن، روی، منیزیم و ویتامین‌های A و D، فیبرهای محلول و غیرمحلول و اسیدهای آمینه ضروری از جمله رایج‌ترین این کمبودها هستند که با تغذیه درست و بدون هزینه بالا قابل درمانند. در صورتی که به هر دلیل با منابع طبیعی امکان رفع کمبودها وجود نداشته باشد می‌توان با مصرف مکمل‌ها و مواد غذایی غنی شده، این کمبود را رفع کرد. این نکته را هم به یاد داشته باشیم که بهترین محرک هورمون رشد در کودکان بعد از تغذیه درست، میزان خواب مناسب است. ترشح هورمون رشد در ساعات نیمه شب و در خواب عمیق رخ می‌دهد. کودکانی که خواب نامناسبی دارند و دیروقت می‌خوابند به شدت در معرض اختلالات رشدی قرار دارند.

در گفت‌وگویی با دکتر مریم رزاقی‌آذر، فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم کودکان و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران به موضوع اختلالات رشد قدی در کودکان، علل و درمان‌های آن پرداختیم.

علل کندی و اختلالات رشدی در کودکان چه مواردی هستند؟

رشد به افزایش اندازه‌های بدن، قد، وزن و دور سر در طول زمان اطلاق می‌گوییم و از زمان جنینی شروع می‌شود. وقتی شرایط مادری و جفتی مناسب باشد و نوزادی با وزن طبیعی به دنیا می‌آید و بعد از تولد تا پایان دوران بلوغ رشدش ادامه خواهد داشت تا قد نهائی حاصل و کودک تبدیل به نوجوان و یک فرد بزرگسال شود. هورمون‌های مختلفی در رشد دخالت دارند که از آن جمله می‌توان به هورمون رشد، هورمون‌های تیروئیدی و غیره اشاره کرد.

علت کمبود هورمون رشد چیست؟ و در چه شرایطی این درمان توصیه می‌شود؟

علت کمبود هورمون رشد می‌تواند ژنتیکی یا اکتسابی باشد. اگر توده‌ای در مغز به هیپوفیز فشار بیاورد یا داخل آن باشد، کار هیپوفیز مختل و منجر به کندی رشد می‌شود که در نهایت باعث کوتاهی قد یا به اصطلاح کوتولگی خواهد شد. در مواردی مثلاً در برخی از سندرم‌ها هم هورمون رشد تجویز می‌شود. سندرم به مجموعه‌ای از علائم در یک فرد اطلاق می‌شود که نشان دهنده یک اختلال ژنتیکی است. در موارد کوتاهی قد بدون علت یا ایدیوپاتیک هم در شرایط مخصوصی این درمان داده می‌شود. این شرایط طبق راهنماهای بین‌المللی علمی برای پزشکان غدد کودکان تعریف شده است. مثلاً کودکانی که با وزن کمتر از طبیعی به دنیا آمده‌اند، اگر تا ۴ سالگی به قد طبیعی نرسند اجازه تجویز هورمون رشد وجود دارد.

با تزریق این هورمون چه اتفاقی در بدن می‌افتد؟

تزریق هورمون رشد در این بیماران باعث ترشح فاکتور رشد خواهد شد. در دو طرف استخوان‌های دراز صفحات رشد وجود دارند که فاکتور رشد باعث تحریک و ساخته شدن نسوج و در نهایت بلند شدن قد فرد خواهد شد ولی باید خاطر نشان کرد این هورمون در کودکی که کمبود آن را ندارد اثری نخواهد داشت و حتی باعث جلوگیری از کار هیپوفیز در زمینه ترشح هورمون رشد می‌شود و هورمون رشد خود کودک ترشح نمی‌شود. از طرفی باعث سریع‌تر شدن پدیده بلوغ می‌شود، رشد قدی

زودتر متوقف خواهد شد و قد نهایی اگر کوتاه‌تر نشود، بلندتر نخواهد شد.

آیا هورمون رشد تزریقی در داخل کشور تولید می‌شود؟

بله. این دارو در ایران کامل و بدون هیچ ایرادی ساخته می‌شود و کیفیت آن با انواع خارجی یکسان است. آرژنین تزریقی با دوز بالا برای تست تحریکی هورمون رشد استفاده دارد اما کپسول آن بر خلاف باور بسیاری از متخصصان تأثیری بر رشد قدی ندارد. باقی اسیدوآمین‌ها هم اگر در دوز بالا تجویز شوند می‌توانند بر مغز اثر منفی داشته باشند. هنوز هیچ مقاله‌ای که تأثیر مثبت آرژنین خوراکی را بر رشد تأیید کند وجود ندارد. ▶

کلم به‌ویژه کلم بروکلی و مغز بادام هم کلسیم خوبی دارد. برای تامین کلسیم مورد نیاز بدن باید حداقل ۲-۳ لیوان شیر در طول روز مصرف شود و اگر فردی به آن حساسیت دارد باید از شیر بدون لاکتوز یا شیر سویا استفاده کند. البته کلسیم شیر سویا کمتر از شیر دام است و باید انواع غنی شده را خریداری کرد.

برای جذب کلسیم به ویتامین D نیاز داریم. متأسفانه منابع غذایی ویتامین D کم است. تنها در زرده تخم‌مرغ، جگر و ماهی وجود دارد و از سوی دیگر به دلیل آلودگی هوای اکثر شهرهای ایران امکان جذب این ویتامین از طریق پوست وجود ندارد. حتی در روزهای پاک بودن نیز مخصوصاً در تابستان به دلیل گرم و خشکی هوا، مردم از آفتاب فراری هستند و امکان جذب کافی ویتامین D وجود ندارد. طبق آمار ۸۰ درصد ایرانی‌ها ویتامین D پایینی دارند. باید با آمپول یا قرص میزان ویتامین D را بالا برد. البته میزان بالای ویتامین D هم خطرناک است. متأسفانه گاهی مادرها از چند دکتر مختلف مولتی‌ویتامین و مکمل‌های گوناگون برای فرزندشان می‌گیرند و کودک از چند منبع مختلف ویتامین دریافت می‌کند. مصرف بیش از حد باعث می‌شود کلسیم زیادی در بافت‌ها و نسوج نرم از جمله کلیه رسوب کند و خطر سنگ کلیه و بیماری‌های قلبی-عروقی را بالا می‌برد، گاهی نیز سن استخوانی کودک را جلو می‌برد و سبب کوتاهی قد فرد خواهد شد.

زمان مناسب تجویز هورمون رشد برای کودک در چه سنی است؟

گاهی کودک از نظر ظاهری علائم بالینی کمبود هورمون رشد را دارد که بیشتر در موارد ژنتیکی آن دیده می‌شود ولی در مواردی قیافه ظاهری نشان‌دهنده کمبود هورمون رشد نیست. اگر تمام بررسی‌های بالینی و آزمایشگاهی انجام شد و هیچ بیماری مشخص نشد باید تست تحریکی هورمون رشد انجام شود تا به کمبود آن پی ببریم. هیچ کودکی روی هورمون رشد گذاشته نمی‌شود و برایش این درمان تجویز نخواهد شد مگر اینکه از ۶ ماه تا یک سال قبل از شروع درمان پیگیری رشد برای او انجام شده باشد. وقتی کمبود هورمون رشد ثابت شد از مغز MRI گرفته می‌شود تا علت کمبود آن مشخص شود. وقتی درمان با هورمون رشد شروع شود باید کودک هر شب هورمون را به‌صورت تزریق زیر جلدی دریافت کند. اگر جوابگوئی خیلی خوب باشد، نشان می‌دهد که کودک واقعاً کمبود داشته است. متأسفانه تست‌های هورمون رشد ۱۰۰٪ نشان‌دهنده کمبود هورمون رشد در بدن نیست ولی جوابگوئی به درمان ثابت می‌کند که کمبود وجود داشته است. درمان نیز تا پایان دوران بلوغ و گاه تا زمانی که سرعت رشد به کمتر از ۲ سانتیمتر در سال برسد ادامه می‌یابد. در این صورت درمان متوقف می‌شود یا درمان بزرگسالی با دوز به مراتب کمتر تا زمان کهنسالی ادامه می‌یابد.



در گفت‌وگو با دکتر میترا زرانی متخصص تغذیه و رژیم درمانی:

نگاهی به موارد مصرف فرمول‌های غذایی، تنوع و دسترسی آن‌ها در ایران

سمیه مقصودعلی؛ یکی از دغدغه‌های تیم پزشکی در مواجهه با مراجعه‌کنندگان مبتلا به سرطان، تغذیه درست و کافی بیمار و دریافت مواد مغذی است که در روند بهبودی بیمار و پیشگیری از عود سرطان در سال‌های بعد نقش به‌سزایی دارد. در این میان سئوالی جای بحث دارد که چون فرد بیمار در دوره درمان به دلیل بی‌اشتهای، حالت تهوع و حتی زخم‌های دهانی میلی به مصرف مواد غذایی ندارد، چطور می‌توان تغذیه بهتری داشت؟ در گفت‌وگویی با دکتر میترا زرانی متخصص تغذیه و رژیم درمانی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران از راهکارهایی پرسیدیم که متخصصان تغذیه در این شرایط به بیماران پیشنهاد می‌دهند.

و به ازای ۲۵ کیلوکالری برای هر کیلو وزن بدن در افراد سالم باید انرژی را در بیمار به ۳۰ تا ۳۵ کیلوکالری برای هر کیلو وزن افزایش داد. برای دریافت پروتئین کافی، بیمار باید سفیده تخم مرغ، انواع گوشت سفید و اگر نفخ ندارد از حبوبات به‌ویژه عدس و دال عدس و پنیر و ماست استفاده کند. شیر حالت تهوع و نفخ را تشدید می‌کند پس توصیه نمی‌شود.

چطور می‌توان با وجود بی‌اشتهایی، به بیمار توصیه کرد این مواد غذایی را دریافت کند و میزان پروتئین و انرژی‌اش را بالا ببرد؟

در شرایطی که بیمار بی‌اشتهاست و نمی‌تواند مواد غذایی مصرف کند فرمول‌های تغذیه‌ای تجویز می‌کنیم که حاوی ترکیبات ویژه‌ای هستند و اصطلاحاً به آن‌ها مکمل‌های غذایی می‌گوییم. این فرمول‌ها شبیه شیر خشک هستند و در حجم مشخص شده‌ای که متخصص تغذیه محاسبه می‌کند باید در میزان آب محاسبه شده، حل و به عنوان وعده اصلی و میان وعده مصرف شوند.

این فرمول‌ها استاندارد و در یک نوع است یا انواع گوناگونی دارد؟

خیر، انواع گوناگونی دارد و به هیچ‌وجه نباید سر خود و بدون نظر پزشک مصرف شود. برخی از آن‌ها حاوی اسید آمینه گلوتامین هستند، این اسید آمینه غذای سلول‌های روده است ولی مصرف آن در بیماران مبتلا به سرطان روده خطرناک است و سبب تشدید رشد سلول‌های سرطانی می‌شود. بنابراین قبل از تجویز این فرمول‌ها باید بدانیم بیمار به چه نوع سرطانی مبتلاست و چه بیماری‌های زمینه‌ای دارد. البته فرمول‌های تغذیه‌ای موجود در بازار ایران متناسفانه تنوع بسیار کمی دارد و اگر هدف مثلاً افزایش دریافت کالری باشد، متناسفانه فرمول‌های تغذیه‌ای

وقتی بیمار مبتلا به سرطان وارد مرحله درمان می‌شود و تحت شیمی‌درمانی، رادیوتراپی یا جراحی قرار می‌گیرد، عوارض متعددی پیدا می‌کند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها که مانع دریافت مواد مغذی برای بیمار در طول درمان می‌شود، بی‌اشتهایی است. بی‌اشتهایی و دریافت نکردن مواد مغذی کافی چه مشکلاتی برای بیمار پیش خواهد آورد؟

این بی‌اشتهایی در روزهای اولیه پس از تزریق به شدت سبب تحلیل عضلانی در فرد می‌شود و حتی بر میزان مایعات دریافتی بیمار هم تاثیر منفی می‌گذارد. این مسایل سبب افزایش فشار کلیوی و کبدی در بیمار می‌شود و در بسیاری از موارد شاهد آزاد شدن آنزیم‌های کبدی و افزایش آنزیم‌های، ALP، AP، AC، در داخل خون هستیم. تغذیه درست در این دوران اهمیت به‌سزایی در روند پیشرفت درمان دارد. در غیر این صورت بیمار دچار تحلیل عضلانی، افت گلبول‌های قرمز و گلبول‌های سفید، افت سیستم ایمنی و پلاکت خواهد شد.

در این دوره دریافت کدامیک از گروه‌های غذایی مهم‌تر است؟

از دیدگاه متخصص تغذیه در دوران شیمی‌درمانی میزان نیاز به پروتئین افزایش می‌یابد. به این معنی که اگر یک فرد سالم به ازای هر کیلو از وزنش به ۰.۸ گرم پروتئین نیاز دارد، کسی که جراحی کرده یا تحت شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی قرار گرفته است بسته به شرایط، به یک تا یک و نیم گرم به ازای هر کیلو وزن بدنش، به پروتئین نیاز دارد. در بیماری که سرطان به کبد یا استخوان متاستاز داده است، باید میزان پروتئین را تا ۱.۵ گرم بالا برد اما در بیماری که تحت شیمی‌درمانی است و سرطان عارضه خاصی در او ایجاد نکرده همان یک گرم پروتئین به ازای هر کیلو از وزن بدن کافی است. در این دوره انرژی دریافتی بدن بیمار نیز باید بالا رود

گلوتامین هستند ولی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش مناسب نیست و به جای آن از فرمول‌های بر پایه وی-پروتئین استفاده می‌کنیم که از لحاظ تکثیر سلول‌های سرطانی مشکلی در بدن بیمار ایجاد نمی‌کنند. متأسفانه در ایران برای بیماران مبتلا به مشکلات کلیوی فرمول‌های اختصاصی نداریم و ناچاریم از فرمول‌های غذایی استاندارد استفاده کنیم. این موضوع یکی از دغدغه‌های متخصصان تغذیه است که به هر علتی ناچارند این نوع فرمول‌های غذایی را برای بیمارانش تجویز کند.

چرا تاکید دارید که فرمول‌های غذایی به دقت و زیر نظر متخصص تغذیه محاسبه و مصرف شود و بیمار سر خود آن را مصرف نکند؟

دریافت مواد مغذی مثل املاح و ویتامین به‌ویژه آنتی‌اکسیدان‌ها در دوران شیمی‌درمانی روی اثر بخشی داروها تأثیر منفی می‌گذارد. متخصص تغذیه باید محاسبه کند که مثلاً با دریافت ۴ پیما به از فرمول‌های غذایی پروتئین بیمار چه میزان ویتامین دریافت می‌کند. نکته مهم دیگر این‌که فرمول‌های غذایی در روزهای اول بعد از تزریق و فقط در زمانی که بیمار دچار بی‌اشتهایی و تهوع است و معمولاً برای بیمارانی تجویز می‌شود که تحت شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی قرار می‌گیرند و در شرایط دیگر اگر بیمار می‌تواند مواد غذایی را مصرف کند، تاکید می‌کنیم بر استفاده فرمول‌های غذایی نداریم.

در نهایت نیز به بیمار آموزش می‌دهیم برای افزایش تحمل از مقدار کم مثلاً ۲۵۰ کیلوکالری شروع کند و در روزهای بعد، آن را به ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ کیلوکالری برساند. در اکثر موارد ناچاریم این فرمول‌ها را غلیظ درست کنیم تا با افزایش غلظت در حجم کم، پروتئین و کالری بیشتری به بدن بیمار برسانیم. باز هم تاکید می‌کنم نباید فرمول‌ها را سرخود مصرف کرد زیرا مصرف بیش از حد آن‌ها می‌تواند میزان آنتی‌اکسیدان‌ها را در بدن بالا ببرد و از اثرگذاری داروها بکاهد.

اشاره کردید که تنوع این فرمول‌ها در کشور کم است، آیا نکته‌ای در این مورد قابل ذکر است؟

از تولید کنندگان درخواست دارم میزان تولید این فرمول‌ها را در ایران افزایش دهند. تنوع فرمول‌های غذایی و در دسترس بودن آن‌ها برای برخی بیماران به شدت حیاتی است. ما بین محصولات داخلی برای بیماری‌های خاص، فرمول‌های خاص نداریم این در حالی که خارج از کشور فرمول‌های مایع با تنوع زیاد برای انواع بیماری‌ها و در مزه‌های گوناگون تولید می‌شود. ▶

که فقط با یک ساشه کالری بالایی به بدن برسانند و مشتمل بر کربوهیدرات، پروتئین و چربی باشند کم هستند و دسترسی به آن‌ها برای بیماران بسیار مشکل است.

معمولاً برای چه بیمارانی این فرمول‌ها را تجویز می‌کنید؟

بیماران به دو دسته تقسیم می‌شوند، بیمارانی که می‌خواهیم انرژی دریافتی را بالا ببریم و بیمارانی که هدف اصلی برای آن‌ها افزایش دریافت پروتئین یا فیبر است. برای بیماری که کاشتکتیک است و به شدت دچار کاهش وزن شده، عمدتاً از فرمول‌های پر پروتئین استفاده می‌کنیم. متأسفانه در بازار ایران این نوع فرمول‌ها تنوع ندارد. در بازارهای خارجی انواعی از این دست فرمول‌ها به شکل مایع وجود دارد اما در بازار ایران فقط یکی دو نوع به شکل پودر داریم که آن‌ها نیز در دسترس بیمار نیست و در داروخانه‌ها به خوبی توزیع نمی‌شود. نوع دیگری از فرمول‌های غذایی پرفیبر هستند. تجویز این نوع از فرمول‌ها در بیماران مبتلا به یبوست یا اسهال ارجحیت دارد اما اگر بیمار مبتلا به سرطان دستگاه گوارش باشد و گزارشی از انسداد، مخصوصاً انسداد روده داشته باشیم قبل از جراحی اجازه تجویز این نوع از فرمول‌ها را نداریم. در چنین شرایطی از فرمول‌های استاندارد استفاده می‌کنیم که فیبر کمی دارند و حاوی کربوهیدرات، پروتئین، انواع چربی و املاح هستند.

این نوع فرمول‌های غذایی فقط مختص بیماران مبتلا به سرطان است؟

خیر. فرمول‌هایی که برای تغذیه بیماران مبتلا به سرطان استفاده می‌کنیم عمدتاً با ویتامین و املاح دارند یا فقط درشت‌مغذی و حاوی کربوهیدرات، پروتئین و چربی هستند. اگر یک بیمار دچار بی‌اشتهایی شدید باشد و نتواند هیچ‌گونه ماده مغذی چه ریزمغذی و چه درشت‌مغذی دریافت کند، سراغ فرمول‌هایی می‌رویم که هم حاوی درشت‌مغذی‌ها هستند هم ریزمغذی‌ها ولی اگر هدف تنها افزایش انرژی دریافتی باشد از فرمول‌هایی استفاده می‌کنیم که به شکل ساشه عرضه می‌شود و حاوی درشت‌مغذی‌ها هستند.

برای بیماران مبتلا به دیابت باید از فرمول‌های دیابتی استفاده کنیم. این فرمول‌ها قند کمی دارند و بیمار با مصرف آن‌ها دچار نوسان قند خون نمی‌شود. همچنین ما در کشور فرمول‌هایی داریم که پروتئین آن هیدرولیز شده است و برای افراد مبتلا به مشکلات دستگاه گوارش، اسهال یا کسانی که درد معده دارند مناسب است. این افراد نمی‌توانند پروتئین را به صورت دست نخورده جذب کنند و برای آن‌ها از فرمول‌های غذایی حاوی پروتئین هیدرولیز شده استفاده می‌کنیم.

یک سری از فرمول‌ها صرفاً حاوی پروتئین هستند و با حل یک ساشه از آن در آب ۱۲ گرم پروتئین خالص به بدن بیمار می‌رسانیم. این فرمول‌ها هضم راحتی دارند اما حاوی



تغذیه مناسب بیماران مبتلا به کرونا چیست؟

در دوران شیوع ویروس کرونا بسیار مهم است که بیماران مبتلا به کرونا چه مواد غذایی را مصرف کنند تا روند بهبود تسریع شود و چه مواد غذایی مصرف نکنند تا علائم بیماری آن‌ها شدت نگیرد. تغذیه نقش مهمی در بهبود و یا تشدید بیماری‌ها دارد، چرا که با تغذیه مناسب می‌توان سیستم ایمنی بدن را تقویت کرد تا بتواند با عوامل بیماری‌زا مانند کرونا ویروس بهتر مبارزه کند. اگر تغذیه فرد به گونه‌ای باشد که سیستم ایمنی بدن تضعیف شود، قطعاً کرونا ویروس به راحتی می‌تواند بر آن غلبه کند و با شدت بیشتری فرد را درگیر کند، خبرگزاری ایمنای برای آگاهی از نوع تغذیه بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در دوران کرونا، نحوه تقویت سیستم ایمنی بدن در این دوران، مصرف ویتامین‌ها و پروتئین‌ها برای بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در گفت‌وگویی با حسن انتظاری، رئیس دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نکات مهم تغذیه بیماران مبتلا به کرونا را بررسی کرده است.

آن برای بیماران مبتلا به کرونا ویروس ممنوع است و تداوم محدودیت‌ها و رژیم غذایی ویژه در افرادی که بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت و فشارخون بالا دارند نیز باید رعایت شود.

توصیه شما در خصوص رعایت نکات تغذیه‌ای به افراد مبتلا به کرونا چیست؟

قبل از هر چیزی باید افراد با رعایت پروتکل‌های بهداشتی مقابله با شیوع کرونا، فاصله گذاری اجتماعی و ماسک زدن از ابتلا به کرونا ویروس پیشگیری کنند، اما اگر مبتلا شدند، یادمان باشد که افراد مبتلا به کرونا به شدت بی‌اشتها هستند و محدودیت‌های شدید می‌تواند بی‌اشتهایی را تشدید کند و بیماران کرونایی برای بهبودی کامل و بازگشت به سلامتی، باید از مواد غذایی سالم خانگی استفاده کنند، رعایت نکات تغذیه‌ای احتمال ابتلا افراد به بیماری را کاهش می‌دهد و مقاومت بدن در مقابله با بیماری‌ها به ویژه بیماری کرونا را افزایش پیدا می‌دهد. نکته مهم در درمان بیماران مبتلا به کرونا ویروس توجه به کمبود مواد غذایی مهم، ویتامین‌ها، پروتئین و انرژی در بدن است و مواد غذایی که در دوران ابتلا به کرونا مصرف می‌شود باید متنوع و مختلف باشد تا جبران آن‌ها بشود. مصرف میوه‌ها در دوران ابتلا، به بیماران توصیه می‌شود و باید مصرف میوه‌های سرشار از ویتامین‌ها را در برنامه غذایی افراد مبتلا به کرونا گنجانده شود، در روزهای کرونایی خوردن میوه‌ها نباید فراموش شود و حتی در صورت بی‌اشتهایی روزانه حداقل یک یا دو واحد میوه و سبزیجات مصرف شود.

مصرف کدام دسته از پروتئین‌ها و ویتامین‌ها برای بیماران مبتلا به کرونا ضروری است؟

مصرف پروتئین و ویتامین در تقویت سیستم ایمنی بدن

چه توصیه‌ای برای تقویت سیستم ایمنی بدن در دوران کرونا دارید؟

در دوران کرونا سیستم ایمنی بدن باید هدایت شده عمل کند و به بدن کمک کنیم تا این سیستم با قدرت بیشتری در دوران کرونا عمل کند. در این دوران هم افراد سالم و هم افرادی که به کرونا مبتلا شده‌اند نباید سیگار و قلیان مصرف کنند، چرا که دستگاه تنفس را به شدت تحریک می‌کند و برای بدن مضر است. در روزهای سرد سال با پدیده آلودگی هوا بیشتر روبرو هستیم و بهتر است خود را در معرض هوای آلوده قرار ندهیم، همچنین علاوه بر پرهیز از مضرات در دوران کرونا، بهتر است از گرفتن رژیم‌های لاغری سخت خودداری کنیم تا سیستم ایمنی بدن ضعیف نشود، البته در این دوران علاوه بر تغذیه صحیح، رعایت نکات بهداشتی مقابله با شیوع کرونا نیز بسیار مهم است و باید رعایت شود.

افراد مبتلا به کرونا از مصرف چه مواد غذایی باید پرهیز کنند؟

بهتر است از مصرف غذاهای سنگین مانند کالباس و سوسیس و آش‌های سنگین که هضم آن دشوار است پرهیز شود، مصرف غذاهای پرچرب یا سرخ کرده مانند سیب زمینی سرخ شده، پنیر پیتزا و انواع کوکو، انواع فست‌فودها و غذاهای آماده فرآوری شده، مصرف نمک و شورلی‌ها و غذای کنسروی شور، فلفل، انواع سس‌های تند، مواد غذایی شیرین، آبمیوه‌های صنعتی، نوشابه‌های گازدار، شکر، مربا و قند، باید برای بیماران مبتلا به کرونا ویروس محدود شود و مصرف موارد گفته شده توصیه نمی‌شود و تمام این موارد باید با مشورت پزشک معالج و متخصص تغذیه مصرف شود.

استفاده از ترشی‌ها و سرکه که سبب خشکی دستگاه تنفس و تحریک آن می‌شود باید به صفر برسد و مصرف

فقط آب باشد و می‌توان غذاهای آب دار، میوه‌های آبدار و سبزیجات آبدار را در برنامه غذایی روزانه بیمار گنجانند. معمولاً بیماران در ایام نقاهت بیماری و اوایل دوران بعد از بهبودی کم اشتها شده و بدن آن‌ها ضعیف‌تر می‌شود. در این ایام می‌توانند از آبمیوه طبیعی استفاده کنند و بیماران بهبود یافته از کرونا بعد از به دست آوردن بهبودی کامل می‌توانند مواد غذایی را مانند افراد عادی مصرف کنند تا بدن سلامتی کامل خود را به دست آورد.

آیا مصرف آجیل‌ها برای بیماران مبتلا به کرونا مفید است؟
مصرف آجیل‌های خام و مغزیجات مانند مغز بادام، گردو، پسته و خشکبار برای بیماران مبتلا به کرونا و ویروس مؤثر است و می‌توان به غذای آن‌ها مقداری گردوی پودر شده که دارای کالری، پروتئین و چربی است اضافه کرد تا بدن آن‌ها تقویت شده و کالری از دست رفته بدنشان تأمین شود و مصرف مقدار کمی زنجبیل، آویشن برای کنترل سرفه و خلط و زردچوبه برای کم کردن التهاب در بیماران کرونایی مفید است. ▶

افراد مبتلا به کرونا و ویروس بسیار مؤثر است و فرد بهتر می‌تواند با بیماری کرونا مقابله کند، پروتئین به طور صد درصد برای سیستم دفاعی بدن لازم است، تخم مرغ نیز حاوی پروتئین بسیار بالایی است، درصد پروتئین لبنیات کم چرب تفاوتی با لبنیات پرچرب ندارد و در دوران ابتلا به کرونا مصرف لبنیات مانند ماست و دوغ کفیر و پنیر سفت توصیه می‌شود و بهتر است بیماران کرونایی از منابع غذایی دارای ویتامین A از جمله هویج، کدو حلواپی و سبزی‌های دارای برگ سبز تیره مثل اسفناج و کاهو و آب فراوان استفاده کنند، همین طور منابع ویتامین C مثل گوجه‌فرنگی و مرکبات، مکمل‌های ویتامین D، منابع پروتئین از جمله گوشت قرمز، تخم‌مرغ، ماهی و حبوبات برای بیماران مبتلا به کرونا بیشتر مورد تاکید است.

تمام ویتامین‌ها برای بدن و مبارزه با کرونا مورد نیاز است و در اپیدمی کرونا مصرف ویتامین D بیشتر از قبل توصیه می‌شود، اما نباید خوردن این ویتامین از سطح عادی مصرف بالاتر برود. اکثر کمبود ویتامین‌ها در بدن خطر ابتلا به کرونا را افزایش می‌دهد و با مصرف صحیح

ویتامین‌ها و دستور پزشک می‌توان به تقویت سیستم ایمنی بدن افراد مبتلا به کرونا و ویروس کمک شایانی کرد. همه سبزیجات و میوه‌ها منابع غنی ویتامین C هستند و باید به اندازه کافی مصرف شوند تا میزان ویتامین‌ها در بدن به حد نرمال برسد، مصرف ویتامین‌های ضروری برای بیماران مبتلا به کرونا باید تحت نظر پزشک متخصص باشد و خودسرانه انجام نشود.

افزایش خوردن مایعات چه کمکی به بیماران مبتلا به کرونا می‌کند؟

مایعات یکی از بهترین موادی بوده که می‌تواند سموم را از بدن را دفع کرده و به دفع باکتری‌ها و ویروس‌ها کمک می‌کند و آنتی‌بادی‌های بدن و سلول‌های گلبول سفید در بدن با حجم آب کافی قادر به دفاع از سیستم ایمنی بدن هستند، اگر بدن دچار کم‌آبی شود، قطعاً نمی‌تواند رشد کند و قدرت سیستم دفاعی و ایمنی بدن نیز کم خواهد شد، بنابراین حجم زیاد مایعات، روزانه باعث دفع یک تا سه لیتر حجم ادرار از بدن می‌شود و حتماً لازم نیست که مایعات مصرفی در دوران ابتلا



افزایش شمار مبتلایان به ایدز در جهان ایدز در سایه کرونا

نفر بر اثر ایدز (HIV) در گذشته‌اند و یک میلیون و ۷۰۰ هزار مورد جدید ابتلا به این بیماری گزارش شده است. این سازمان می‌گوید اکنون علاوه بر بیماران مبتلا به کووید-۱۹ احتمالاً ۲۹۳ هزار مورد جدید ابتلا به ایدز و ۱۸۴ هزار مورد مرگ بر اثر آن در راه است.

سال گذشته حدود ۳۸۰ نفر بر اثر (HIV) فوت کردند. لوتار ویلر، رئیس این موسسه گفته است که افزایش اندک در تعداد عفونت‌ها نشان می‌دهد که تلاش‌های بیشتری، به ویژه برای بهبود دامنه آزمایشات و اطمینان از دسترسی به درمان برای همه افراد مبتلا به ایدز در آلمان ضروری است. به گفته سون وارمینسکی، عضو هیات‌مدیره سازمان کمک به مبتلایان به ایدز در آلمان «می‌توان به طور قابل توجهی از ابتلا به ایدز و مرگ بر اثر آن جلوگیری کرد اما حالا حتی خطر عقب‌گرد وجود دارد زیرا همه‌گیری بیمار کرونا در این مسیر موانع زیادی ایجاد کرده است.»

سازمان توسعه One نیز به وضعیت نگران‌کننده در سطح جهانی اشاره کرده است. این سازمان می‌گوید پس از سال‌ها پیشرفت در مبارزه با HIV / AIDS که کاری دشوار بوده اکنون دچار یک عقب‌گرد بزرگ شده‌ایم. سازمان توسعه One تاکید می‌کند جامعه جهانی برای دستیابی بهتر به گروه‌های در معرض خطر و توسعه منابع مالی جدید باید سرمایه‌گذاری بیشتری کند. حدود ۳۸ میلیون نفر در سراسر جهان با (HIV) زندگی می‌کنند. دو سوم افراد مبتلا به ایدز وی داروهای ضدویروس دریافت می‌کنند که این بیماری و عفونت‌های ناشی از آن را کنترل می‌کند ولی یک سوم مبتلایان از این امکانات محروم هستند. در آلمان نسبت افراد مبتلا به (HIV) که تحت درمان قرار دارند ۹۶ درصد است.

از بین نزدیک به ۷۰۰ هزار نفر که سال گذشته بر اثر ایدز فوت کرده‌اند، آفریقای جنوبی بیشترین قربانی را داده است. در اروپای شرقی و آسیای میانه نیز در سال‌های اخیر تعداد مبتلایان به شدت افزایش یافته است. روز جهانی ایدز همه ساله اول دسامبر گرامی داشته می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی: شیوع کرونا روند مهار ایدز را ده سال عقب انداخت

شیوع ویروس جدید کرونا در جهان، برنامه‌ها و پیش‌بینی‌های سازمان ملل برای پایان دادن به همه‌گیری ایدز و ریشه‌کن ساختن ویروس آن تا سال ۲۰۳۰ میلادی را نقش بر آب کرد. سازمان جهانی بهداشت در آستانه روز جهانی ایدز در سایت رسمی خود با انتشار ی اعلام کرد شیوع ویروس نوظهور کرونا در جهان، روند پیشرفت‌های درمانی

صحرا بختیاری؛ ایدز ابتدا نوعی بیماری محلی یا آندمی در آفریقا محسوب می‌شد اما با انتشار وسیع آن به یک بیماری همه‌گیر تبدیل شده است. هرچند قدمت یکی از ویروس‌های هم‌ریشه ایدز به سال ۱۹۳۱ میلادی برمی‌گردد با اینحال نمی‌توان تاریخ دقیقی برای آن قائل شد. اولین کسی که در دنیای مدرن که بر اثر آلودگی به HIV جان سپرد، مردی آمریکایی بود و پزشکان ایالات متحده نخستین بار شیوع یک اختلال عجیب مربوط به ناکارآیی دستگاه ایمنی بدن انسان را سال ۱۹۸۱ تشخیص دادند. سه سال بعد محققان در انستیتو پاستور پاریس و موسسه ملی سرطان در واشنگتن ویروس ناتوان‌کننده دستگاه ایمنی (HIV) را جداسازی و قرنطینه کردند. HIV از هنگامی که برای نخستین بار شناسایی شده تا سال ۲۰۱۹ جان بیش از ۳۲ میلیون نفر را گرفته است. هرچند هنوز درمان قطعی برای ایدز یافت نشده ولی درمان‌های ضدچرخه ویروسی در طول سال‌ها پیشرفت کرده‌اند و پس از پیک دوم بیماری در سال ۲۰۰۴ میزان مرگ و میر تا ۶۰ درصد کاهش پیدا کرد.

در حال حاضر بیش از ۳۸ میلیون نفر بیمار شناخته شده در جهان زندگی می‌کنند ولی محققان نسبت به کاهش برنامه‌های جهانی پیشگیری و کنترل ایدز خصوصاً پس از همه‌گیری کرونا ابراز نگرانی می‌کنند.

افزایش شمار مبتلایان به ایدز در جهان

علی‌رغم ۴۰ سال مبارزه مستمر با بیماری ایدز و تلاش برای جلوگیری از گسترش آن، شمار مبتلایان به این بیماری در حال افزایش است، به‌عنوان مثال در آلمان عده کسانی که ایدز گرفته‌اند ۱۰۰۰ نفر بیش از سال پیش است. بنا بر گزارش موسسه تحقیقاتی روبرت کخ عده مبتلایان به ایدز در سال جاری به ۲۶۰۰ نفر رسیده که ۱۰۰۰ نفر بیش از سال گذشته است، آن هم با وجود تلاش مستمر برای ریشه‌کن کردن بیماری.

این روند نه تنها در آلمان که سراسر جهان مشاهد می‌شود. نهاد مبارزه با ایدز سازمان ملل (UNAIDS) نیز شکایت دارد که مبارزه با این بیماری پیش نمی‌رود چون کشورهای معدودی به تعهد خود برای سرمایه‌گذاری در پیشگیری از گسترش ایدز عمل کرده‌اند و جهان در رسیدن به اهداف سال ۲۰۲۰ در مبارزه با ایدز ناکام مانده است. بنابر آمار (UNAIDS) طی سال گذشته ۷۰۰ هزار

بیماری، سال گذشته جان حدود ۷۰۰ هزار نفر را گرفته است. ابتلای جهانی به ایدز، با رقم ۱.۷ میلیون نفر در سال تثبیت شده است اما یوان.ایدز با انتشار گزارش جدیدی هشدار داده است به علت اختلال‌های ناشی از کرونا، ممکن است در پایان سال ۲۰۲۲ میلادی، ۲۹۳ هزار مورد ابتلای جدید به این رقم اضافه شود.

قبل از ظهور ویروس کرونا نیز جهان از هدف‌گذاری ۹۰-۹۰ خود برای سال ۲۰۲۰ عقب افتاده بود. بر اساس این هدف‌گذاری قرار بود تا پایان سال ۲۰۲۰ میلادی ۹۰ درصد تمامی مبتلایان به ایدز در جهان را شناسایی کنند، ۹۰ درصد از کسانی که نتیجه آزمایش آن‌ها مثبت شده را تحت درمان قرار دهند و ویروس را در بدن ۹۰ درصد کسانی که تحت درمان‌ها هستند، از بین ببرند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۸۱ درصد مبتلایان به ایدز از وضعیت خود خبر دارند و ۶۷ درصد این افراد داروهای مقابله با بازگشت ویروس (ای.آر.وی) مصرف می‌کنند. ویروس فقط از بدن ۵۹ درصد افراد حذف شده است.

از زمان شیوع کووید-۱۹ وضعیت در کشورهای مثل کنیا، مالاوی، نیجریه و اوکراین که بیشترین فشار ابتلا به ایدز در جهان معطوف به آن‌هاست، بدتر شده است. در هشت ماه گذشته، ارائه خدمات جلوگیری از ایدز، به ناچار تعطیل شده است. اعلام نتایج آزمایش‌ها، کاهش شدیدی پیدا کرده و موجودی داروهای حیاتی ای.آر.وی کاهش یافته است. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، عرضه داروهای ای.آر.وی در ۳۶ کشور دچار اختلال شده و ۲۴ کشور از این کشورها اعلام کرده‌اند که موجودیشان خیلی کم شده است.

سازمان جهانی بهداشت ضمن اعلام اینکه عرضه این خدمات «در حال برگشت به حالت عادی» است، از کشورها و دولت‌ها درخواست کرده است «نبرد برای پایان دادن به ایدز را از سرگیرند». مگ دوهرتی، مدیر بخش ایدز در سازمان جهانی بهداشت، در مصاحبه با ایندپندنت گفت: باید کارهایی را که داریم انجام می‌دهیم تقویت کنیم. باید برای برگشتن به حالت عادی در دوران پس از کرونا، چاره‌اندیشی کنیم و برخی از بهترین روش‌های شناسایی شده امسال را به اجرا در آوریم.

خانم دوهرتی می‌گوید هدف‌گذاری جهانی برای مبارزه با ایدز در حال ارتقا به وضعیت ۹۵-۹۵-۹۵ است که باید تا سال ۲۰۲۵ محقق شود. یعنی باید تاخیر پیش‌آمده را جبران کنیم و اقدامات بیشتری هم انجام دهیم. خانم دوهرتی با اشاره به «میزان شگفت‌آور کسب دانش و رعایت فوریت‌ها در جهان» برای مقابله جهانی با کووید-۱۹ گفت: «اگر به راستی خواهان پیشرفت و برطرف کردن تهدید ایدز از بهداشت عمومی جهانیان هستیم، در برابر ایدز هم به رهیافت جامع جهانی مشابهی نیاز داریم.»

مایک پادامور، رئیس گروه استاپ‌ایدز هم می‌گوید در ۱۰

و مهار بیماری اچ آی وی را حدود ۱۰ سال یا بیشتر عقب خواهد انداخت؛ به گفته این نهاد نه تنها اهداف پیش‌بینی شده برنامه مشترک مقابله با ایدز در سال ۲۰۲۰ میلادی محقق نخواهد شد، بلکه دستاوردهای به دست‌آمده نیز در صورت عدم پاسخگویی به موقع به این بحران در معرض خطر از بین رفتن قرار خواهند گرفت.

بر اساس آخرین آمارهای ثبت شده تا سال ۲۰۱۹ میلادی، بیش از ۳۸ میلیون نفر در سراسر جهان با بیماری ضعف سیستم ایمنی اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند که این رقم یک میلیون نفر بیشتر از سال ۲۰۱۸ است. آن‌طور که در اطلاعیه یادشده آمده است، در سال ۲۰۱۹ افزون بر ۲۵ میلیون نفر مبتلای HIV تحت درمان داروهای ضد ویروسی قرار گرفته‌اند که این تعداد نشان از پیشرفت بزرگی در ده سال اخیر است. اگرچه ارزیابی‌های اخیر و ثبت بیش از یک میلیون و ۷۰۰ هزار مورد جدید ابتلا به این بیماری در سال ۲۰۱۹ به ویژه در شرق اروپا و آسیای مرکزی بیانگر این مطلب است که جهان تا موفقیت قطعی در کنترل و جلوگیری از ابتلای موارد جدید مسیر طولانی در پیش دارد. آمار تکان دهنده‌ای که در مقایسه با سال ۲۰۱۰، افزایش ۷۲ درصدی در شرق اروپا و آسیای مرکزی، ۲۲ درصد در خاورمیانه و شمال آفریقا و همچنین رشد ۲۱ درصدی در آمریکای لاتین را شامل می‌شود.

«وینی بیانینما» مدیر اجرایی آژانس مبارزه با ایدز سازمان ملل متحد همچنین اعلام کرد پایان بخشیدن همیشگی به اچ‌آی‌وی تا سال ۲۰۳۰ میلادی مستلزم تصمیم‌گیری‌های قاطع هر روزه در ده سال آینده خواهد بود. مدل‌سازی محققان سازمان جهانی بهداشت و برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز نشان می‌دهد اگر اقدام کافی در زمینه تامین خدمات بهداشتی و تجهیزات اولیه در طول پاندمی کووید-۱۹ انجام نپذیرد، می‌تواند در سال‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۲۱ میلادی به مرگ ۵۰۰ هزار نفر در جنوب صحرای آفریقا در اثر ابتلا به بیماری‌های مرتبط با ایدز از جمله سل بینجامد. در بخش دیگری از این ارزیابی‌ها آمده است زمانی که شیوع کرونا توانایی‌های نظام سلامت را تحت الشعاع قرار می‌دهد، کسانی که با ویروس ایدز زندگی می‌کنند و همچنین کسانی که بیشتر در معرض ابتلا به آن هستند دچار اختلال در زمینه دریافت خدمات بهداشتی می‌شوند.

به گفته کارشناسان و کنشگران، واکنش در برابر همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که جهان منابع، فناوری و سرمایه سیاسی لازم برای مقابله موثر با ایدز و برطرف کردن تهدید ناشی از آن را در بهداشت عمومی دارد. در بحبوحه نگرانی از اینکه بحران کووید، یک دهه اقدام‌های پیشگیرانه از ابتلا به ایدز را به باد داده است، سازمان جهانی بهداشت، برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز (یوان.ایدز) و خیریه‌های مختلف، به دولت‌ها گوشزد کرده‌اند که به تداوم همه‌گیری ایدز بی‌توجه نباشند. این

ماه گذشته، روحیه همکاری بین دست‌اندرکاران معروف بهداشت جهانی، دولت‌ها و صنعت دارو تقویت شده است و همین حالت باید برای مقابله با ایدز نیز شکل بگیرد.»

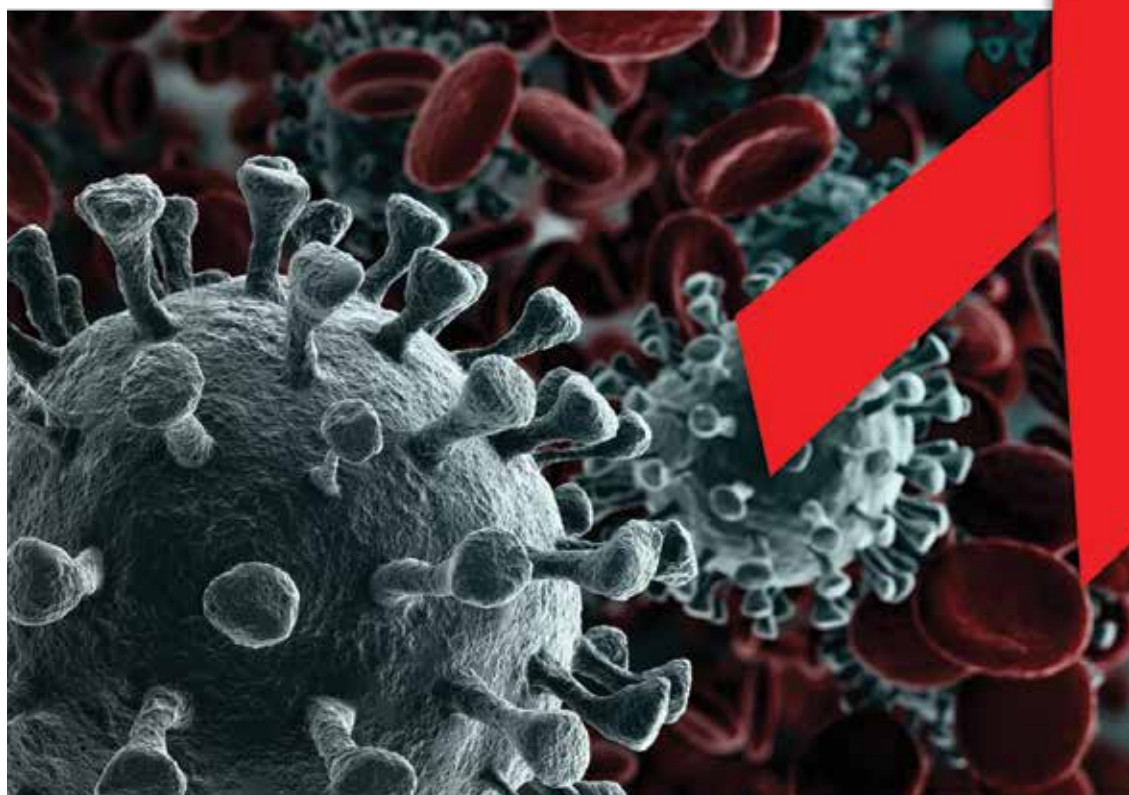
روند ابتلا به ایدز در ایران رو بالاست

مینو محرز؛ رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران با بیان اینکه تا کنون ۴۰ هزار مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده‌اند و تحت درمان هستند، گفت: «کل مبتلایان به این بیماری در ایران ۶۰ تا ۷۰ هزار مورد تخمین زده می‌شود. کشورهای توسعه یافته توانسته‌اند به خوبی ایدز را کنترل کنند اما متأسفانه در ایران، هنوز روند ابتلا به این بیماری رو به بالاست در حالی که قاره آفریقا توانسته آن را تا حدودی کنترل کند.»

رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران علت روند رو به افزایش ایدز در ایران را توضیح داد: «اطلاع مردمی درباره بیماری ایدز بسیار کم است و کم‌کاری رسانه‌ها در ارائه آگاهی مستمر و شفاف بسیار مشهود است. در نتیجه نبود اطلاع‌رسانی صحیح، این بیماری نوعی انگ اجتماعی به شمار می‌رود و همین عامل باعث پنهان‌کاری و مراجعه نکردن مبتلایان برای انجام آزمایش و تست شده است.» او در همین مورد تأکید کرد: «تعداد زیادی هنوز نمی‌دانند مبتلا هستند یا نه و باید برای تست مراجعه کنند اما از ترس انگ اجتماعی بیماری خود را پنهان می‌کنند.»

رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران در پاسخ به پرسش خبرنگار ایرنا درباره تعداد مراکز تست ایدز در کشور، گفت: «بیش از ۲۰۰ مرکز در سراسر کشور وجود دارد و تست و مشاوره ایدز رایگان زیر نظر پزشک متخصص انجام می‌شود. در این مراکز، در صورت مثبت شدن تست، مراجع به نزدیکترین درمانگاه یا مرکز درمان ایدز معرفی می‌شود و داروی رایگان در اختیار او قرار می‌گیرد اما متأسفانه مردم به دلیل ناآگاهی از این خدمات، از مراجعه سر‌بازمی‌زنند.» دکتر مینو محرز با بیان اینکه بیماری ایدز از سه روش تماس جنسی با فرد مبتلا، استفاده از سرنگ مشترک آغشته به خون آلوده و مادر باردار به جنین منتقل می‌شود، تصریح کرد: «به دلیل ناآگاهی از نحوه انتقال ایدز، هراس از افراد مبتلا زیاد است در حالی که این افراد در محیط کار هرگز ناقل نیستند زیرا ویروس با تماس‌های عادی منتقل نمی‌شود. ایدز از مادر بارداری که تحت درمان است منتقل نمی‌شود اما در غیر این صورت جنین هم مبتلا خواهد شد. ایدز دیگر کشنده نیست و بیماران به صورت سرپایی درمان می‌شوند و در برخی موارد بسیار کم نیاز به بستری پیدا می‌کنند.»

او با تأکید بر این‌که ایدز قابل درمان است، یادآوری کرد: «افراد مبتلا می‌توانند ازدواج کنند به شرط آن‌که موضوع را به همسر آینده بگویند و تحت درمان باشند، وقتی یکی از زوجها مبتلا و دیگری مبتلا نباشد برای بچه‌دار شدن محدودیتی ندارند.» ▶



نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران

سمانه مختاری، کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
قاسم آهی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
غلامرضا شریف‌زاده، مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

چکیده

مقدمه:

کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه پیچیده‌ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با تروماهای اولیه و ثانویه در محیط‌های کاری دارد. این پژوهش به منظور تعیین نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش کار:

این پژوهش توصیفی از نوع هم‌بستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران شاغل (۱۱۴ نفر؛ ۹۶ پرستار و ۱۸ بهیار) در بیمارستان دولتی شهر قاین در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهشی کلیه اعضا به عنوان نمونه مد نظر قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها مقیاس دلسوزی به خود نف، مقیاس شایستگی بالینی مرتوجا و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای استام مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل رگرسیون چندگانه بکار رفت.

یافته‌ها:

تحلیل‌ها نشان داد که شایستگی بالینی و خود دلسوزی سازگاران پیش بین مثبت مؤلفه رضایت از دلسوزی هستند و روی هم ۲۴ درصد از واریانس رضایت از دلسوزی را تبیین می‌کنند ($R\text{ Square}=0/24$). به علاوه خود دلسوزی ناسازگاران پیش‌بینی کننده مثبت استرس تروماتیک ثانوی بود و ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده در این مؤلفه را تبیین کرد ($R\text{ Square}=0/12$) هم‌چنین شایستگی بالینی و خود دلسوزی ناسازگاران به ترتیب پیش‌بینی کننده مثبت و منفی مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بودند و در مجموع ۲۲ درصد از واریانس فرسودگی را تبیین می‌کنند ($R\text{ Square}=0/22$).

نتیجه‌گیری:

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش حاکی از نقش شایستگی بالینی و خود دلسوزی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران و لزوم توجه به شایستگی و خوددلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل پرستاری در کلاس‌های درس در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت است.

واژگان کلیدی:

شایستگی بالینی، خود دلسوزی، کیفیت زندگی حرفه‌ای

مقدمه

متخصصان مراقبت بهداشتی و به طور خاص پرستاران معمولاً با موقعیت‌های استرس‌زای زیادی در زندگی مواجه هستند، این موارد شامل چالش‌های زندگی شخصی، ماهیت کاری که نیاز به ایستادن و تمرکز زیادی دارد، تعهد به مراقبت از بیمار

و کار کردن با بیماران نیازمند کمک می‌شود. این چالش‌ها به طور منفی بهزیستی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سطح کیفیت زندگی کاریشان را کاهش می‌دهد. کیفیت زندگی حرفه‌ای یک سازه کلی است که به عنوان کیفیت احساس شخص در ارتباط با کارش به عنوان یک مددکار تعریف می‌شود. کیفیت زندگی حرفه‌ای به عنوان هیجان‌ات مثبت و منفی تعریف می‌شود که فرد درباره عملکردش به عنوان یک کمک کننده احساس می‌کند. رضایت از دلسوزی، فرسودگی و خستگی از دلسوزی (استرس تروماتیک) عناصر کیفیت زندگی کاری هستند که توسط پرسنل درمانی در محیط‌هایی که هدفشان کمک به تسکین درد بیماران است تجربه می‌شوند. کیفیت زندگی حرفه‌ای رابطه پیچیده‌ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با تروماهای اولیه و ثانویه در محیط‌های کاری دارد Stamm معتقد است کیفیت زندگی ترکیبی از سه مؤلفه خستگی از دلسوزی، رضایت از دلسوزی و فرسودگی است. مطالعات نشان داده‌اند که فاکتورهای مرتبط با کیفیت زندگی کاری بین پرستاران می‌توانند به دو بخش موقعیتی و ذاتی (شخصی) تقسیم شوند. فرسودگی با میزان سختی کار، خود مراقبتی و تعادل تلاش-پاداش مرتبط می‌باشند، در حالی که خستگی از دلسوزی با تاب‌آوری روان‌شناختی، پاسخ‌های همدلانه و فعالیت تخصصی مرتبط‌اند. افزایش تجربه بالینی، رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی متنوع شاخص‌های رضایت از دلسوزی سطح بالا هستند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که دلسوزی برای دیگران به طور نزدیکی با خود دلسوزی مرتبط است خود دلسوزی نوعی دلسوزی است که به درون جهت داده می‌شود و با خود به عنوان شخص مراقب و مرتبط زمانی که شخص مجبور به تجربه رنج است، مرتبط است. خود دلسوزی به عنوان شکل سازگانه‌ای از خود ارتباطی که شامل سه مؤلفه اصلی ذهن آگاهی (گسترش حس آگاهانه از رنج شخصی)، مهربانی به خود (رفتار کردن با خود به منظور فهمیدن و مهربانی با خود در زمان‌های مشکل) و انسانیت مشترک (ارتباط تجارب استرس‌زای شخصی در یک چشم‌انداز تجارب انسانی گسترده‌تر) می‌شود، تعریف می‌شود. ادبیات پژوهش به طور هماهنگ نشان داده است که خود دلسوزی با نشانگان روانشناختی کمتر و شاخص‌های بهزیستی روانشناختی مرتبط است. افراد خود دلسوز به نظر می‌رسد که نیم رخ‌های روانشناختی (سازگارانه‌تری دارند که می‌تواند چنین یافته‌هایی را تبیین کند برای مثال خود دلسوزی با سطوح پایین نشخوار نشانگان ترومای پایین، ترس از ارزیابی منفی، کاهش اجتناب، کاهش نشانگان سایکوز، سرکوبی افکار و هیجان‌ات مزاحم و مهارت‌های همبسته است. مطالعات تجربی این، هیجانی قابل اطمینان یافته‌ها را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که خود دلسوزی می‌تواند در بهزیستی سهم داشته باشد، آن را افزایش دهد و درماندگی روانشناختی را کمتر کند. خود دلسوزی می‌تواند به متخصصان مراقبت سلامت و به طور خاص پرستاران کمک کند، زیرا آن ممکن است نقش مهمی در حفظ سلامت روانی‌شان داشته باشد. به علاوه از آنجا که مشخص شده است که خود دلسوزی با دلسوزی برای دیگران مرتبط است خود دلسوزی می‌تواند تأثیر مهمی بر پیامدهای بیماری (بیماران) داشته باشد. گسترش خود دلسوزی برای پیشگیری از خستگی از دلسوزی و ارتقای مراقبت‌های دلسوزانه مهم است.

آن گونه که اشاره شد اخیراً توجه بر مفاهیم مرتبط با کیفیت زندگی کاری متمرکز شده است. این مفهوم به طور نزدیکی با عملکرد شغلی پرستار از جمله عملکرد و شایستگی بالینی مرتبط است. Cowin و همکاران معتقدند که ارزیابی شایستگی پرستار یک شاخص مهم در ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری است. تعریف و اندازه‌گیری شایستگی بالینی مشکل است، اگر چه پذیرفته شده است که شایستگی بالینی در پرستاری برای ارائه خدمات مراقبتی ایمن و مؤثر برای بیماران ضروری است Black و همکاران شایستگی بالینی را به عنوان توانایی پرستار برای یکپارچه سازی و کاربرد دانش، مهارت، قضاوت‌ها و اسناد شخصی مورد نیاز برای فعالیت کردن مطمئن و اخلاقی در حرفه و محل کارشان تعریف می‌شود. انجمن پرستاری انگلستان شایستگی را به عنوان مجموعه‌ای از دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های مورد نیاز برای فعالیت ایمن و مؤثر بدون سوپروایزر مستقیم تعریف می‌کند. در محیط‌های مراقبت بهداشتی موضوعات متعددی در ارزیابی شایستگی پرستاران سهم دارند. برای مثال مطالعات قبلی مرتبط با شایستگی بالینی پرستاران نشان داده‌اند که فاکتورهای مرتبط با عملکرد و شایستگی پرستاران بر حسب نوع دپارتمان متفاوت است و عملکرد و شایستگی پرستاران بالینی با تجربه کاری و سطح آموزش افزایش می‌یابد مطالعات دیگر مربوط به نقش فاکتورهای مرتبط با عملکرد و شایستگی بالینی بر ویژگی‌های مرتبط با کار از جمله استرس شغلی، رضایت شغلی و ویژگی‌های جمعیت شناختی متمرکز شده‌اند و سایر مطالعات رابطه بین، مهارت‌های تفکر انتقادی پرستار و خود رهبری را بررسی کرده‌اند. ارزیابی شایستگی بالینی و اثر آن بر کیفیت خدمات مراقبتی همیشه یک مؤلفه کلیدی آموزش بالینی برای متخصصان سلامت بوده‌است. بیشتر مطالعات مربوط به این حیطه ارتباط شایستگی بالینی با متغیرهایی مانند استرس شغلی و رضایت شغلی، هوش هیجانی، خودکارآمدی، نیازهای انگیزشی و فعالیت تاملی را بررسی کرده‌اند. با وجود این یافته‌های پژوهشی مربوط به این زمینه ناهماهنگ است و کمتر شایستگی و عملکرد بالینی و کیفیت زندگی حرفه‌ای بررسی شده است. سازمان بهداشت جهانی مجموعه‌ای از شواهد مربوط به خطرات در محیط‌های کاری را ارائه کرده است که در آن استرس‌های مرتبط با کار به عنوان یک خطر جهانی برای سلامت کارکنان شناخته می‌شود. با توجه به شدت استرس‌های تجربه شده در حرفه پرستاری و اینکه استرس در پرستاران به عنوان جز مهم سیستم بهداشتی

درمانی موجب کاهش رضایت شغلی، افزایش ترک خدمت و کاهش کیفیت مراقبت‌های بالینی می‌شود پرداختن به خود دلسوزی به عنوان یک مکانیزم تعدیل کننده سایکوپاتولوژیکال مهم به نظر می‌رسد. در صورت وجود رابطه بین خود دلسوزی و کیفیت زندگی این مسیر پژوهشی در فعالیتهای پرستاری می‌تواند به منظور ارتقای کیفیت زندگی حرفه‌ای و دست یافتن به مراقبت‌های اصیل بکار گرفته شود. به علاوه از آنجایی که یافته‌ها مربوط به شرایط کنونی پرستاران نشان می‌دهد میزان تجربه، مهارت و سابقه کار آنان و یا حتی دانش تئوری و عملی آنان نیز ضعیف می‌باشد و از طرف دیگر موفقیت در فعالیت بالینی نیازمند ترکیب پیچیده دانش، مهارت‌های حسی- حرکتی، مهارت‌های حل مسئله و احساس شایستگی بالینی است. به علاوه تضمین مراقبت از بیماران به منظور اطمینان از شایستگی بالینی پرستاران در بیمارستان‌ها و سایر محیط‌های خدمات درمانی نگرانی عمده‌ای است و به شدت مورد توجه مدیران و نظام‌های خدمات سلامت است، پرداختن به شایستگی و تعیین نقش آن در تضمین خدمات مراقبتی ضروری است. از این رو و با توجه به گسترش روز افزون علوم و فنون و رد شدن برخی روش‌های علمی مراقبت و بهداشت لازم است ارتقاء علمی مراکز آموزش، بازآموزی و دوره‌های کوتاه مدت حرفه‌ای و تخصصی جدی گرفته شود. کتاب‌های جدید، مجلات علمی و تحقیقات، سمینارها مجدد و بر مبنای تکنولوژی روز طراحی و تولید شوند و این ممکن نیست مگر به مدد پژوهش‌های بیشتر و بهتر و بر مبنای تکنولوژی روز دنیا و آنچه این امر را میسر خواهد کرد همراه شدن پژوهشگران در این مسیر است. با توجه به آنچه گذشت و به منظور پر کردن خلاء پژوهشی موجود و ایجاد و گسترش یک چارچوب ارجاعی کامل‌تر این پژوهش به منظور تعیین نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام می‌شود.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع هم‌بستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان دولتی شهر قاین در سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. تعداد اعضای نمونه در این پژوهش با توجه به حجم جامعه و بر مبنای استفاده از جدول کرجسی مورگان (۱۹۷۰) ۱۴۰ نفر در نظر گرفته برآورد شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر به بیمارستان مراجعه کرده و آزمون‌های مورد نظر توسط تمامی پرستارانی که در روزهای اجرای آزمون در بخش‌های بیمارستانی حاضر بودند تکمیل گردید. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس دلسوزی به خود، پرسشنامه شایستگی بالینی و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار بالینی، به علاوه پرستار حتما باید در یکی از بخش‌های بیمارستان نظیر اورژانس، بخش‌های جراحی، روان درمانی یا مرکز مراقبت‌های ویژه مشغول به ارائه خدمات باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت شرکت‌کنندگان در مطالعه بود، پرستاران پاره وقت نیز از مطالعه خارج شدند.

مقیاس دلسوزی به خود

یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ سوالی است که توسط نف ساخته شد. این مقیاس ۶ خرده مقیاس مهربانی به خود (۵ گویه)، قضاوت از خود (۵ گویه)، مروت یا انسانیت عمومی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، ذهن آگاهی (۴ گویه) و هم‌دردی (بیش از حد ۴ گویه) را در بر می‌گرفت. آزمودنی‌ها به سوالات این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ دادند. میانگین نمرات این ۱ مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی دلسوزی به خود را به دست می‌دهد. پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسش‌نامه نشان داده‌اند که همه این ۱ مقیاس هم‌بستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود این هم‌بستگی درونی را تبیین می‌نماید. ثبات درونی این پرسش‌نامه در تحقیقات گذشته ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. در مطالعات ایرانی نیز هم‌سانی این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ مناسب ارزیابی شده است.

مقیاس شایستگی بالینی

مقیاس خود ارزیابی شایستگی بالینی پرستاران توسط مرتوجا و همکاران ساخته شد. این ابزار ۷۳ مهارت پرستاری را در ۷ حیطه بررسی می‌کند که شامل حیطه‌های، یاری رسانی و کمک به بیمار (هفت مهارت)، آموزش و هدایت (شانزده مهارت)، اقدامات تشخیصی (هفت مهارت)، توانایی‌های مدیریتی (هشت مهارت)، اقدامات درمانی (ده مهارت)، تضمین کیفیت (شش مهارت)، و وظایف شغلی و سازمانی (هجده مهارت)، می‌باشند. برای هر مهارت امتیازی بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده که هر فرد براساس میزان مهارت خود، عدد مربوط را می‌نویسد، برای هر حیطه میانگین مهارت‌ها و برای کل پرسشنامه میانگین امتیاز کل مهارت‌ها محاسبه می‌شود. شاخص‌های روان‌سنجی (پایایی و روایی) این ابزار با مشارکت ۴۹۸ پرستار تأیید شده است. در بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران همسانی درونی طبقات بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۸ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای یک پرسشنامه ۳۰ سوالی خود گزارش‌دهی است که توسط استام طراحی و ساخته شد. آیت‌ها بر روی یک مقیاس ۵ درجه لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی شامل فرسودگی، رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی را بدست داد. نمرات بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده‌ی علائم بیشتر است. آلفای کرباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرسودگی، رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۵، ۰/۸۱، گزارش شد. در مطالعه Kim و همکاران آلفای کرباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۱، ۰/۷۷، برآورد شد. با توجه به عدم وجود شاخص‌های روایی و پایایی در کشور در این پژوهش برای تعیین روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرباخ استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل را استخراج کرد که در مجموع ۴۴/۴۲ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. میزان آلفای کرباخ برای خرده‌مقیاس‌های سه‌گانه به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۶۴، برآورد شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت خواهد گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی نظیر میانگین، میانگین، درصدها برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و از تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۲۰ پرسشنامه توزیع شده ۹۶ پرسشنامه برگشت کرد. آن‌گونه که در جدول (۴-۱) مشخص است از مجموع ۹۶ نفر ۵۸ نفر (۵۰/۴۱ درصد) زن و ۳۸ نفر (۳۹/۵۹ درصد) مرد هستند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۰ تا ۵۲ سال با میانگین سنی ۳۰/۰۷ و انحراف معیار ۶/۸۷ بود. از مجموع ۹۶ نفر ۲۶ نفر (۲۷/۰۸ درصد) زیر ۲۵ سال، ۳۲ نفر (۳۳/۳۴ درصد) بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۸ نفر (۱۸/۷۵ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲۰ نفر (۲۰/۸۳ درصد) بالای ۳۵ سال سن دارند. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. یافته‌ها نشان داد هیچ یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون و بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای مستقل به کمک آماره عامل تور واریانس و شاخص تولورنس حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقی مانده‌ها و عدم هم‌خطی بودن چندگانه بود. جهت پیش‌بینی رضایت از دلسوزی از طریق خود دلسوزی (سازگارانه و ناسازگارانه) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون رضایت از دلسوزی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجدور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	شاخص تولورنس	عامل تورم واریانس	آماره دوربین واتسون
شایستگی بالینی	۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۳۸	۰/۰۸۱	۰/۳۵	۳/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۱	
دلسوزی سازگارانه	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۰۲۳	۰/۰۰۶	۰/۳۳	۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۱	۱/۷۰

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون استرس تروماتیک ثانوی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجدور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری
خوددلسوزی ناسازگارانه	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۳۴	۰/۰۹	۰/۳۵	۳/۶۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون فرسودگی از طریق شایستگی بالینی و خود دلسوزی

متغیر	همبستگی	مجدور همبستگی	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی داری	شاخص تولورنس	عامل تورم واریانس	آماره دوربین واتسون
شایستگی بالینی	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۰۴	۰/۴۰	۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰۷	
خوددلسوزی ناسازگارانه	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۰۸۲	۰/۲۱	۲/۲۶	۰/۰۲۶	۰/۹۹	۱/۰۰۷	۱/۹۸

مدل اول مشخص می‌کند که ۱۳ درصد از واریانس مشاهده شده در رضایت از دلسوزی از طریق شایستگی بالینی توجیه می‌شود (R Square=0/13). اضافه شدن مدل ۲ (خوددلسوزی سازگارانه) باعث افزوده شدن ۱۱ درصد به واریانس قبلی می‌شود، بدین ترتیب دو مدل روی هم ۲۴ درصد از واریانس رضایت از دلسوزی را تبیین می‌کنند (R Square=24%). بر این اساس اگر شایستگی بالینی به اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۳۵ نمرات رضایت از دلسوزی را افزایش می‌دهد. به علاوه یک واحد افزایش در خود دلسوزی سازگارانه ۰/۳۳ افزایش در نمرات رضایت از دلسوزی می‌گردد.

$$\text{رضایت از دلسوزی} = 0/33 + x0/35 \cdot 2/61 +$$

جهت پیش‌بینی استرس تروماتیک ثانوی از طریق خود دلسوزی (سازگارانه و ناسازگارانه) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. مدل نشان می‌دهد که متغیر خود دلسوزی ناسازگارانه وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۲)

مدل مشخص می‌کند که ۱۲ درصد از واریانس مشاهده شده در استرس تروماتیک ثانوی از طریق خود دلسوزی ناسازگارانه توجیه می‌شود (R Square=0/12). بر این اساس اگر خوددلسوزی ناسازگارانه به یک واحد افزایش یابد، این تغییر به اندازه ۰/۳۵ نمرات استرس تروماتیک ثانوی را افزایش می‌دهد.

$$\text{استرس تروماتیک ثانوی} = 0/35 \cdot 16/20 + x0/35$$

جهت پیش‌بینی فرسودگی از طریق خود دلسوزی (سازگارانه و ناسازگارانه) و شایستگی بالینی از تحلیل رگرسیون چندگانه برای ورود متغیرهای پیش‌بینی در مدل رگرسیون استفاده شد. مدل نشان می‌دهد که دو متغیر شایستگی بالینی و خود دلسوزی ناسازگارانه وارد معادله رگرسیون شده است (جدول ۳). مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۹۸ محاسبه شد که حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقی مانده‌ها است. همچنین مقدار شاخص VIF و شاخص تولورنس به ترتیب ۱/۰۰۷، ۱/۰۰۷ و ۰/۹۹ بدست آمد که نشان دهنده عدم هم خطی بودن چندگانه است.

مدل اول مشخص می‌کند که ۱۷ درصد از واریانس مشاهده شده در فرسودگی از طریق شایستگی بالینی توجیه می‌شود (R Square=0/22). بر این اساس اگر شایستگی بالینی به اندازه یک واحد اضافه یابد، این تغییر به اندازه ۰/۱۰ نمرات فرسودگی را کاهش می‌دهد. به علاوه یک واحد افزایش در خوددلسوزی ناسازگارانه سبب ۰/۲۱ افزایش در نمرات فرسودگی می‌گردد

$$\text{فرسودگی} = 0/21 + x0/40 \cdot 36/61 - x0/21$$

بحث

این پژوهش با هدف بررسی نقش خود دلسوزی و شایستگی بالینی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران (رضایت از دلسوزی، فرسودگی و استرس تروماتیک ثانوی) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که شایستگی بالینی و خود دلسوزی سازگارانه پیش‌بین مثبت مؤلفه رضایت از دلسوزی هستند. به علاوه خود دلسوزی ناسازگارانه پیش‌بینی کننده مثبت استرس تروماتیک ثانوی بود. همچنین شایستگی بالینی و خود دلسوزی سازگارانه به ترتیب پیش‌بینی کننده مثبت و منفی مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بودند. کیفیت زندگی حرفه‌ای کیفیت حساس فرد در ارتباط با کارش به عنوان یک کمک کننده (مددکار) است و جنبه‌های مثبت و منفی عملکرد شغلی، کیفیت زندگی حرفه‌ای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که شایستگی پرستاران یک تجربه فردی، فرآیندی پویا و تغییر اجتماعی تعاملی مثبت و سودمند است که باعث توانایی‌های فراشناختی، تماس با واقعیت، انگیزش، قدرت تصمیم‌گیری، درگیری شغلی، اقتدار حرفه‌ای، خود اعتمادی و دانش و مهارت‌های حرفه‌ای می‌شود و در کیفیت زندگی حرفه‌ای نقش دارد. در تأیید این موضوع و همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، یافته‌های Kim و همکاران نشان دادند که پرستاران با نمره‌های بالاتر در شایستگی بالینی رضایت از دلسوزی بالاتر و خستگی از دلسوزی پایین‌تری دارند. Lee, Seomun گزارش کردند که شایستگی با رضایت از دلسوزی رابطه مثبت و با استرس تروماتیک ثانوی و فرسودگی رابطه منفی دارد یافته‌های محمدی و همکاران نشان داد که شایستگی بالینی با کارآیی بالینی رابطه مثبت معنی داری دارد. همسو با این یافته‌ها Yu و همکاران گزارش کردند که همدلی شناختی، آموزش و حمایت از طرف سازمان شاخص‌های معنی‌دار کیفیت زندگی حرفه‌ای بودند مهم‌ترین شاخص رضایت از دلسوزی دیدگاه‌گیری بود. ویژگی‌های شخصیتی باز بودن به تجربه و وجدان‌گرایی به طور مثبت با رضایت از دلسوزی مرتبط بود، در حالی که نروتیسزم شاخص منفی فرسودگی و خستگی از دلسوزی بود. به علاوه یافته‌های Keidel و Leon و همکاران نشان دهنده ارتباط نروتیسزم و برون‌گرایی با مؤلفه فرسودگی کیفیت زندگی بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که شایستگی بالینی توانایی کاربرد دانش و مهارت‌های حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و بین فردی، مهارت‌های حل مسئله پیشرفته، مهارت‌های تصمیم‌گیری، توانایی برای انجام وظایف پرستاری و توانایی برای ترکیب مؤثر مهارت‌های شناختی، عاطفی و روان حرکتی به هنگام مراقبت از بیمار است. چنین مهارت‌هایی قابلیت‌های عملی پرستاران را هنگام نیاز به خدمات مراقبتی افزایش می‌دهد. به علاوه گزارش شده است که شایستگی بالینی به پرستاران یک احساس خودکفایتی می‌دهد و این احساس

خودکفایتی پرستاران را در کمک به بیماران خلاق تر می‌سازد و می‌تواند تصمیم‌های کارآمدتر بگیرند درباره ارتباط خود دلسوزی با مؤلفه‌های کیفیت زندگی هم‌سو یا یافته‌های این پژوهش گزارش‌ها نشان می‌دهد که خود دلسوزی ناسازگارانه رابطه بین همدلی با مؤلفه‌های رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی را تبیین می‌کند. هم‌سو با این یافته‌ها، یافته‌های Gleichgerrcht & Decety نشان دهنده ارتباط همدلی و جنبه‌های منفی کیفیت زندگی حرفه‌ای و یافته‌های MacBeth & Gumley (نشان دهنده اثرات مثبت و منفی خوددلسوزی با بهزیستی بود. همچنین Finlay-Jones و همکاران نشان داد که پس از کنترل متغیرهای سن و نروتیسم، خود دلسوزی شاخص اصلی نشانگان استرس بود و اختلال در تنظیم هیجانی این رابطه را میانجی کرد. در ارتباط با نقش مثبت خود دلسوزی سازگارانه در کیفیت زندگی حرفه‌ای می‌توان گفت احساس همدلانه مرتبط با دیگران به هنگام درماندگی با درک این مسئله که چنین احساساتی متفاوت با احساس شخصی هستند و همچنین توانایی برای پذیرفتن آگاهانه تجارب منفی به هنگام ارائه خدمات مراقبتی به نظر می‌رسد که در عملکرد پرستار نقش مثبتی داشته باشد. در تأیید این یافته‌ها Finlay-Jones و همکاران معتقدند که افرادی که خود دلسوزی سازگارانه بیشتری را تجربه می‌کنند و شفافیت هیجانی بیشتری دارند هیجانات منفی را راحت‌تر می‌پذیرند و احتمال کمتری هست تا در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا رفتارهای تکانشی را تجربه کنند. این آن‌ها را قادر می‌سازد تا راهبردهای مقابل‌های بهتری را انتخاب کنند و بدین وسیله پاسخ‌های سازگارانه‌تری به شرایط دیسترس‌زا بدهند. لری و همکاران نیز معتقدند که افراد با خود دلسوزی سازگارانه بالاتر احتمال بیشتری هست تا درباره رویدادهای منفی به روش‌های سازگارانه‌تر فکر کنند، آن‌ها هدفمندتر و معقول‌ترند، احتمال کمتری هست تا درباره خودشان بی‌رحمانه و فاجعه بار قضاوت کنند و این آنان را قادر می‌سازد تا تجارب و رویدادهای منفی را به عنوان بخشی از زندگی روزانه در نظر بگیرند. از طرفی دیسترس‌های شخصی و هیجانات منفی مبتنی بر خود از جمله خود قضاوتی و هم‌دردی بیش از حد که از طریق دیسترس‌های دیگران برانگیخته می‌شوند، تمایل به خود انتقادی و برش از دیگران به هنگام دیسترس و بیش ارزیابی تجارب منفی می‌تواند منجر به خستگی و فرسودگی شود. Klimecki & Singer استدلال می‌کنند که پرورش و ارتقای خود دلسوزی مراقبان سلامت روان را در برابر فرسودگی حمایت می‌کند. به طور خاص آن‌ها استدلال می‌کنند که اگر یک پرستار به رنج بیمار/مراجع با دلسوزی پاسخ دهد آن‌ها با رنج کشیدن همدلی خواهند کرد، اما با آن همانند سازی نخواهند کرد و بنابراین قادر خواهند بود تا احساسات منفی‌شان را کنترل کنند، در مقابل اگر یک پرستار با دیسترس شخصی/همدلانه پاسخ دهد همانندسازی با رنج بیمار باعث می‌شود تا آن‌ها احساس درماندگی کنند که در طولانی مدت منجر به فرسودگی می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن سال‌های تجربه بالینی پرستاری است. گزارش‌ها نشان می‌دهد تجربه بالینی بیشتر در کار پرستاری با خستگی از دلسوزی بیشتر مرتبط است، زیرا امکان دارد چنین پرستارانی بیشتر با بیماران دارای رنج شدید برخورد داشته باشند و چنین مواجهه‌هایی فشارهای هیجانی شدیدتری به آن‌ها تحمیل می‌کند. به علاوه عدم در نظر گرفتن نقش متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، جنسیت، سطح آموزش و ... محققان معتقدند که سن، جنسیت، سطح آموزش، موقعیت بیمارستان و مذهب می‌توانند کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین فاکتورهای مرتبط با کار نظیر سال‌های خدمت، دپارتمان محل کار، فشار و شیفت کاری و ویژگی‌های بیمارستان محل کار با مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری رابطه معنی داری دارند که در این پژوهش در نظر گرفته نشدند.

در گرفتن نقش متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، جنسیت، سطح آموزش و ... و کنترل این متغیرهای مداخله‌گر از طریق تحلیل رگرسیون‌های چند متغیری یا استفاده از رویکردهای آماری پیچیده‌تر از جمله مدل‌های معادلات ساختاری و طراحی مدل‌هایی با مکانیزم‌های میانجی که حتی امکان روابط علت و معلولی را نیز فراهم می‌آورد. با توجه به نتایج حاصل لزوم توجه به شایستگی و خود دلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل پرستاری در کلاس‌های درس در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت برجسته به نظر می‌رسد. بهبود و ارتقای شایستگی بالینی از طریق روش‌هایی چون بازاندیشی، ارزیابی‌های مبتنی بر شبیه سازی و لزوم معرفی خود دلسوزی‌های سازگارانه و ناسازگارانه و کاربرد اصول پایه درمان مبتنی بر خود دلسوزی گیلبرت و القای شفقت خود نکته‌ای است که به آن باید توجه شود.

نتیجه گیری

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش حاکی از نقش شایستگی بالینی و خود دلسوزی در کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران و لزوم توجه به شایستگی و خود دلسوزی و مؤلفه‌های آن به هنگام آموزش پرسنل پرستاری در کلاس‌های درس در دانشگاه، دوره‌های کارورزی، بازآموزی و دوره‌های ضمن خدمت است. سپاس‌گزاری از کلیه مسؤولان و دست‌اندرکاران محترم بیمارستان شهرستان قاین و تمامی پرستاران شرکت‌کننده که نهایت همکاری را برای اجرای این طرح داشته‌اند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌کنیم. در پایان لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند می‌باشد. همچنین قدردان زحمات این مسؤولان دانشگاه آزاد واحد بیرجند و به طور خاص معاونت پژوهشی این واحد هستیم. ▶

Headlines from this Issue

Biotech Industry, a Source for National Pride



The biotechnology industry is a relatively young industry and in Iran, it was first started in 1991. During the past three decades, notable advancements have been made in this domain, to the point that with the efforts made by academics and researchers, domestically manufactured biotech products have reached the stage of mass production and are supplied to domestic and international markets. Iran is now among the 12 pioneering countries in the world in the production of biotech products. In this issue, we have sat with Dr. Fereydoun Mahboudi, chairman of the Iranian Society of Manufacturers and Exporters of Medical Biotech Products and the founder of this industry in Iran and talked about the history of the biotech industry in Iran and his activities in this domain.

Analysis of Drug Prices Release in Iran



The difference between state-provided currencies and free market currencies has proven to be a constant challenge for the industry, and especially for manufacturers whose products' prices are controlled by the government. Drug manufacturers believe that since except for their API, all of their other expenses for producing their products are provided with free market currency, ascribing prices based on state-provided currencies, will not only rob them of the opportunity to renew their infrastructure and their equipment, with enough time, this could lead to the industry's bankruptcy. Their suggestion is to eliminate the state-backed currency for providing API, freeing up the pricing process and subsidizing insurance companies to support the patients. But it seems that the government's disapproval against this suggestion is not the only reason behind not implementing this policy, but also the government and the insurance structure at the current situation do not have the capacity to host such a transformation. In this issue, we have addressed different methods for changing the drug pricing practices with Dr. Alireza Yektadoust.

Flourishing Pharma Industries in the Stock Market



Although the names and titles of pharmaceutical companies rang as new comers to some new investors in the stock market, older pharmaceutical companies had been household names in the stock exchange market ever since its first years. In the past few years, and with the rising trend in privatization, the three main national pharmaceutical companies had their stocks presented in the exchange market. We have sat down with Hashem Ardam, market analyst to discuss their unprecedented growth and the hard fall that followed in the investment market during the past two quarters, and also the public interest in the stock market, the impact of drug pricing and shortages on companies' stocks and the changing conditions with the elimination or continuation of the state-backed currency.

Insulin is Still in Short Supply



There are more than 5 million people with diabetes in Iran and more than 600 thousand of them need daily insulin shots and also blood sugar tests at home. Although insulin pens and blood sugar test strips are considered vital for diabetic patients, once in a while, there is a wave of fear and concern for the patients and their families. Despite the fact that these shortages are temporary, they cannot be overlooked or simplified; especially when this time, the shortage began during the summer and is still an ongoing issue. We have tackled this issues of insulin pen shortage and the news and claims around it in this issue.



The Syndicate of Iranian
Pharmaceutical Industries



Food and Drug
Administration



Tehran Office of Culture
and Islamic Guidance



Ministry of Health
and Medical Education



The 6th Int'l Exhibition on Pharmaceuticals & Related Industries

11-13 April 2021 Tehran, IRAN

6 I P H

IRAN PHARMA

ششمین نمایشگاه بین‌المللی

ایران فارما دارو و صنایع وابسته

۲۲ تا ۲۴ فروردین ۱۴۰۰ تهران، مصلی امام خمینی (ره)

www.iphexpo.com





شرکت کاست به عنوان طراح، تولید کننده، تامین کننده کلیه خطوط پرکن در زمینه صنایع غذایی نوشیدنی ها، صنایع داروسازی آرایشی، بهداشتی فعالیت دارد.



- سیستم های دوزینگ و انتقال دهنده سیالات
- با کمترین حجم درصد میکرومیلی لیتر تا ۱ لیتر در دقیقه
- پمپ های سرامیکی و تکنولوژی جابه جایی مثبت با دقت بسیار بالا



www.cast-germany.de
oliver.mueller@cast-german.de
+49(0)1725240416

info@vistaseman.com
+98 (0) 21 - 22 28 34 20
مهندس رنجگر 09123228271

Out off the CAST Germany data backup

تهران - اول کامرانیه شمالی - خیابان سرو، برج سرو واحد یک، شرکت ویستا آسمان

NEW

L-carnitine 1500 + Vitamin B6

LIQUID FREE FORM AMINO ACID
WITH VITAMIN B6



67
Servings
Dietary Supplement



دفتر مرکزی: اشرافی امپهانی - بغداد
بلوار مرزداران - کوچه بی نظیر - پلاک ۱۷
تلفن: ۰۲۱ ۴۴۲۴۹۲۳۲

@GENESTAR_US
WWW.SETAHGANNIK.COM

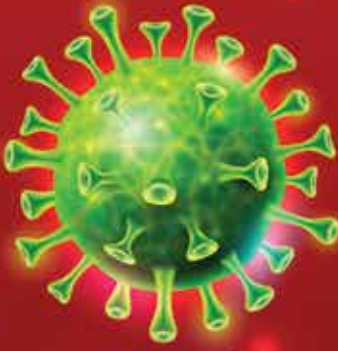
@GENESTAR_US
WWW.SETAREGANNIK.COM

1000 mg
With Rose Hip Extract



HIGH DOSED VITAMIN C
IMMUNE SYSTEM SUPPORT
HIGH POTENCY ANTIOXIDANT





ZINC PLUS

VITAMIN AND MINERAL NUTRIENTS
FOR HEALTHY SKIN, HAIRS & NAILS



NOVEL CORONAVIRUS
COVID-19

2019-NCOV

@GENESTAR_US
WWW.SETAREGANNIK.COM

GENESTAR

Natural Health Products & Sport Supplements



FOOD SUPPLEMENT
MULTIVITAMIN/MULTI-MINERAL SUPPLEMENT

**VITALITY DEFICIENCY
RELIEF OF DAILY FATIGUE
EXHAUSTION AND STRESS
FOR MEN & WOMEN**

30/ 100 tablets

©GENESTAR_US
WWW.SETAREGANNIK.COM

کتاب اطلاعات
از طریق اسکن یا اسس
QR code



انواع فیلتر های سرسرنگی و ممبران فیلتر، کارت ریج، کاغذ های وسترن، ستون hplc و... از کمپانی MS امریکا



انواع کاغذ های صافی، نوار ۱۹۱ و کارتوش و... از کمپانی جاسون انگلیس



انواع کیت های سنجش اندوتکسین به روش
Gel-Clot LAL, Chromogenic End-Point, Kinetic Turbidimetric



نماینده انحصاری فیلترهای MS آمریکا

نماینده انحصاری محصولات کشت سلول Sorfa

نماینده انحصاری محصولات کشت سلول NEST

نماینده انحصاری کیت های اندوتکسین BIOENDO

نماینده انحصاری کاغذهای صافی Johnson انگلستان

نماینده فروش Greiner آلمان

واردات کلیه مواد شیمیایی آزمایشگاهی و مواد اولیه دارویی و رفرنس استاندارد

SORFA
LIFE SCIENCE

Johnson
TEST PAPER

Membrane Solutions

SEKAMA-ALDFRECH

M

Lonza

greiner bio-one

NEST

USP

BIOENDO

شرکت پارسیان زیست وارد کننده و توزیع کننده تجهیزات و مواد مصرفی آزمایشگاهی و مواد شیمیایی می باشد که فعالیت خود را از سال ۱۳۸۷ در زمینه محصولات کشت سلول و لوازم مورد نیاز فیلتراسیون و انواع کیت سنجش اندوتکسین، آنتی بادی آغاز نموده است.

تلفکس:

۹-۳۴ ۷۰۹۴۶۶ (۲۱)

www.ParsianZist.com

info@ParsianZist.com

Instagram: ParsianZist



فروشگاه



رزومه

آدرس: تهران، میدان توحید، خیابان پرچم، پلاک ۴۱



AQVIDA



AqVida GmbH

Kaiser-Wilhelm-Str. 89
20355 Hamburg Germany

www.AqVida.com
info@AqVida.ir

شرکت داروسازی رویان دارو نماینده انحصاری AqVida آلمان در ایران



تلفن: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۴
فکس: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۵



AQVIDA



AqVida GmbH

Kaiser-Wilhelm-Str. 89
20355 Hamburg Germany

www.AqVida.com
info@AqVida.ir

شرکت داروسازی رویان دارو نماینده انحصاری AqVida آلمان در ایران

تلفن: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۴
فکس: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۵

AQVIDA



AQVIDA



AqVida GmbH

Kaiser-Wilhelm-Str. 89
20355 Hamburg Germany

www.AqVida.com
info@AqVida.ir

شرکت داروسازی رویان دارو نماینده انحصاری AqVida آلمان در ایران

تلفن: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۴
فکس: ۸۸ ۸۹ ۴۲ ۵۵



TABRIZ PHARMA

Tabriz Chemical and Pharmaceutical Ind.

صنایع شیمیایی و داروئی تبریز

**CHEMICAL AND
PHARMACEUTICAL IND.**

Production of pharmaceutical raw materials

Tabriz Chemical and Pharmaceutical Industries Company started its activity in 1997 in the first phase of production of animal calcium diphosphate and mono calcium phosphate. The second phase of the plant was built in 2001 on a land of 20,000 square meters with a base of 6,000 square meters and set up and started R&D unit at the same time. In 2008, the company started producing, distributing and selling pharmaceutical raw materials to pharmaceutical plants throughout the country.



Contact Us For More Information.

 +98-41-36 300 762-4

Email: info@tabrizpharma.com

www.tabrizpharma.com

تولید مواد اولیه دارویی

Chemical and Pharmaceutical Ind.

Products List

ROW	Cas number	Material Title	عنوان ماده
1	471-34-1	Calcium Carbonate (Heavy) USP	کلسیم کربنات سنگین USP
2	144-55-8	Sodium Bicarbonate USP-BP	سدیم بی‌کربنات USP-BP
3	7757-93-9	Calcium Hydrogen Phosphate Anhydrous USP	کلسیم هیدروژن فسفات آنهیدروس USP
4	6132-04-3	TriSodium Citrate Dihydrate USP-BP	تری سدیم سیترات دی هیدرات USP-BP
5	7789-77-7	Calcium Hydrogen Phosphate Dihydrate USP	کلسیم هیدروژن فسفات دی هیدرات USP
6	471-34-1	Calcium Carbonate (Light) USP	کلسیم کربنات سبک USP
7	557-04-0	Magnesium Stearate USP	منیزیم استئارات USP
8	6100-05-6	Potassium Citrate monohydrate USP	پتاسیم سیترات منو هیدرات USP
9	14807-96-6	Talc BP	تالک BP
10	10043-35-3	Boric Acid USP-BP	اسید بوریک USP-BP
11	128-44-9	Saccharin Sodium USP-BP	سدیم ساکارین USP-BP
12	8011-96-9	Calamine USP	کالامین USP
13	5785-44-4	Calcium Citrate USP	کلسیم سیترات USP
14	68-04-2	Tri Sodium Citrate Anhydrous USP-BP	تری سدیم سیترات آنهیدروس USP-BP
15	7786-30-3	Magnesium Chloride BP	منیزیم کلراید BP
16	7758-11-4	Dibasic Potassium Phosphate USP	دی پتاسیم فسفات USP
17	207-838-8	Sodium carbonate USP	سدیم کربنات USP
18	7558-79-4	Dibasic Sodium Phosphate Anhydrous USP	دی سدیم فسفات آنهیدروس USP
19	10039-32-4	Dibasic Sodium Phosphate Dodecahydrate USP	دی سدیم فسفات ۱۲ آبه USP
20	10101-4-4	Calcium Sulphate Dihydrate USP	کلسیم سولفات دی هیدرات USP
21	13472-35-0	Monobasic Sodium Phosphate Dihydrate USP	منو سدیم فسفات دی هیدرات USP
22	7601-54-9	Tri basic Sodium Phosphate Anhydrous USP	تری سدیم فسفات آنهیدروس USP
23	10028-24-7	Dibasic Sodium Phosphate Dihydrate USP	دی سدیم فسفات دی هیدرات USP
24	546-93-0	Magnesium Carbonate BP	منیزیم کربنات BP
25	7447-40-7	Potassium Chloride BP	پتاسیم کلراید BP

ROW	Cas number	Material Title	عنوان ماده
26	7558-80-7	Monobasic Sodium Phosphate Anhydrous USP	منو سدیم فسفات آنهیدروس USP
27	41372-10-5	Piperazine Citrate USP	پایپرازین سیترات USP
28	298-14-6	Potassium Bicarbonate USP	پتاسیم بی‌کربنات USP
29	7446-19-7	Zinc Sulphate monohydrate USP	زینک سولفات منو هیدرات
30	67-03-8	Thiamine hydrochloride	تیامین هیدروکلراید
31	12167-74-7	Tribasic Calcium Phosphate USP	تری کلسیم فسفات USP
32	624-49-7	DimethylFumarate	دی متیل فومارت
33	471-34-1	Calcium Carbonate Granular (Easy Press) USP	کلسیم کربنات گرانوله USP
34	153531-96-5	Magnesium Citrate BP	منیزیم سیترات BP
35	57-13-6	Urea USP	اوره USP
36	3486-35-9	Zinc Carbonate	زینک کربنات
37	27214-00-2	Calcium Glycerophosphate	کلسیم گلیسر فسفات
38	546-46-3	Zinc Citrate USP	زینک سیترات USP
39	8011-96-9	Calamine BP	کالامین BP
40	7446-20-0	Zinc Sulphate heptahydrate USP	زینک سولفات هپتا هیدرات
41	1592-23-0	Calcium Stearate USP	کلسیم استئارات USP



TABRIZ PHARMA
Tabriz Chemical and Pharmaceutical Ind.

TABRIZ PHARMA



Iran, Tabriz - 14 km toward Tabriz-Tehran road - Tabriz Chemical And Pharmaceutical Industry

Dee Sun
Pharma

Health Gold Supported
by Green Gold's Hands

طلای سلامتی
در دستان طلای سبز



Coming Soon



Ointment
DEESUN
Natural Burn Ointment

BIOTIN
Capsule 5000mcg



VITAMIN D3
Tablet 1000 IU



VITAMIN C
Chewable Tablet 500mg



zinc plus vits
Capsule



Capsule
Multideesun

IMOSUN
Capsule



CalciDeesun
K.C. Tablets

Ca Mg Zn D3

02191005093

www.deesunpharma.com

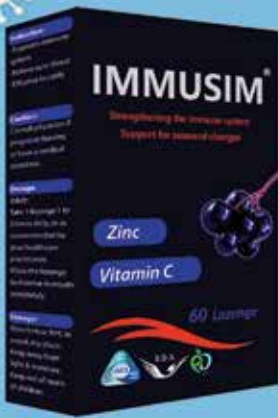
02191005098

info@deesunpharma.com

+98 910 174 5524

deesunpharma

تولید کننده انواع محصولات
گیاهی و مکمل
دارنده GMP روز دنیا
ISO 9001-14001-18001



Tel: 05143266665
Email: Info@simorghdarou.com

دسته‌ها ▾ بررسی مصاحبه رویداد نوآوری آموزش ویدیو

غذا و دارو



داروهای شیمیایی | بایوتکنولوژی | مکمل‌ها | آرایشی و بهداشتی | داروهای گیاهی

دسته‌ها ▾ بررسی مصاحبه رویداد نوآوری آموزش ویدیو

مجله
به روزترین اخبار دارویی اینک در مجله خبری غذا و دارو
انتشار آخرین اخبار حوزه داروهای شیمیایی، مکمل بایوتکنولوژی، آرایشی و بهداشتی و داروهای گیاهی

خبری
اخبار حوزه سلامت اینجا در مجله خبری غذا و دارو
اطلاع رسانی آخرین رویدادها، کارگاه‌های آموزشی سندیکاها و انجمن‌های فعال در صنعت دارو

غذا و دارو
می‌توانید از آخرین رویدادهای صنعت دارویی کشور اکنون با خبر شوید.
مصاحبه با مدیران، مسئولان و چهره‌های مطرح صنعت دارو

www.fdmag.ir
مجله خبری غذا و دارو

@ f d _ m a g

اکولایف Ekolife®

Food Supplement Tablets

For Beautiful Hair And Nails

مکمل رژیمی - غذایی

Nourishes, Strengthens And Stimulates Growth Of Hair And Nails

تغذیه ، تقویت و تحریک رشد مو و ناخن ها
حاوی : اسیدهای آمینه ، ویتامین ها ، وعناصرکمیاب



Before

After



Before

After



- ✓ Growth of hair and nails
- ✓ Treatment of hair loss
- ✓ Increases hair, nail and root strengthening

COMPOSITION FOR 2 TABLETS:

Cystine	92 mg	Vitamin B6	2 mg
Methionine	118 mg	Biotin (B8)	0.15 mg
Spirulina	26 mg	Vitamin PP	18 mg
Vitamin B5	6 mg	Zinc	15 mg
		Magnesium	20 mg



Razak

Pharmaceutical Labs Co.

 razakpharma

Food Supplement

Marketing & Sales Dept.: (+98 21 44 53 70 23) www.razakpharma



تاسیس ۱۳۵۳
SINCE : 1974

صنایع چاپ و بسته بندی کامل



مجتمع چاپ و بسته بندی محشم

SINCE : 1956

تاسیس ۱۳۳۵

تولید انواع جعبه های مقوایی به همراه سلفون و یووی و برجسته سازی

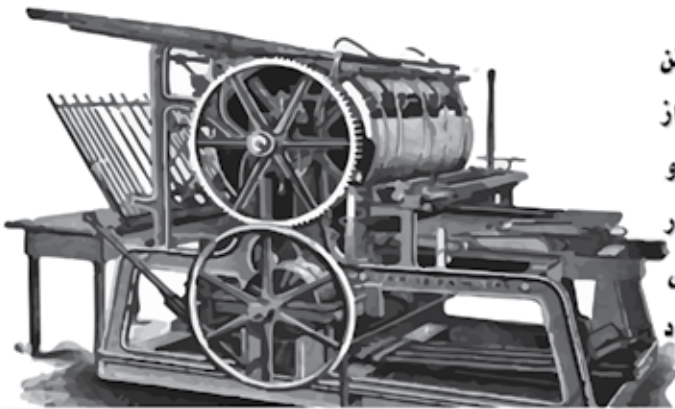
تولید لیبلهای پشت چسبدار با جنس کاغذی، ترانسپارنت، پی وی سی، پلی گور، صدفی، متالایز نقره ای و طلایی

تولید انواع بروشورهای دارویی، آرایشی، بهداشتی، غذایی و صنایع دیگر

چاپ افست و فلکسو

طراحی، جعبه سازی، عکاسی صنعتی

پلیت ستر



چاپ کامل با داشتن نیم قرن تجربه (از سال ۱۳۵۳) و چاپ محشم با داشتن بیش از نیم قرن تجربه (از سال ۱۳۳۵) در زمینه چاپ و با بهره گیری از امکانات عکاسی صنعتی طراحی، لیتوگرافی دیجیتال، چاپ های افست و فلکسو، طلاکوب گرم و سرد، برجسته سازی و یووی موضعی، افتخار انجام کلیه امور چاپی و تبلیغاتی شرکتها و کارخانجات صنایع دارویی آرایشی، بهداشتی، غذایی و پلاستیکی را در این سالها از آن خود نموده است.



هوالمشافی
RAZAK
دانه

الحاوی
www.alhavi-pharma.com

OSVAH

عبیدی
تاسیس ۱۳۳۵



LOGHMAN
لقمان

Tehran Chemie
pharmaceutical co. Tehran-Iran
فرآورده شرکت داروسازی تهران شیمی

داروسازی آوه سینا

IVAN



sanofi aventis

صحت
SEHAT



cosar

قش

Sina Vaccine Co.
شیمی، واکسن سینا



Naser-plastic
پلاستیک ناصر

chapekamel@gmail.com kamelprint@yahoo.com

آدرس: تهران کیلومتر ۱۴ جاده مفصوص کرج، بعد از چهارراه ایران خودرو خیابان پیتگر جنوبی (چهل و چهارم)

کوچه گلستان ۵، پلاک ۲

تلفن: ۵-۴۴۱۹۷۰۶۴ و ۳۰-۴۴۱۹۴۱۲۹-۴۱-۴۲-۴۱-۴۰-۴۴۱۸۰۰۴۰

کد پستی: ۱۳۸۶۱۶۳۱۵۱

فکس: ۴۴۱۹۶۹۸۴

Kamel Group

هدینگ کامل

کافوکلد®

استامینوفن / فنیل افرین / دکسترومتورفان / کلرفنیرامین

لغمان لقمان

کافوکلد®

استامینوفن / فنیل افرین / دکسترومتورفان / کلرفنیرامین

ضد درد / ضد احتقان / ضد سرفه / آنتی هیستامین

هر قرص حاوی:
استامینوفن
فنیل افرین هیدروکلراید
دکسترومتورفان هیدروبروماید
کلرفنیرامین مالئات

۵۰۰ میلی گرم
۵ میلی گرم
۱۵ میلی گرم
۲ میلی گرم

۳۳ قرص خط دار

✓ ضد تب ✓ ضد احتقان ✓ ضد سرفه ✓ آنتی هیستامین ✓ ضد درد

لغمان

لقمان

شرکت دارویی و بهداشتی

www.loghmanpharma.com



آرین کالا جیا

تامین کننده مواد اولیه صنایع دارویی

برخی از مواد کمکی موجود و قابل تامین

استارچ ۱۵۰۰ پریژلاتینه • تری اتیل سترات • کولوئیدال سیلیکون دی اکساید
سدیم لوریل سولفات • سدیم کرینات خشک • پتاسیم سوربات • اکسید منیزیم سنگین
تیتانیوم دی اکساید • سدیم بنزوات • استئاریک اسید • کریومر ۹۴۰ • کراس پویدون نوع A
ستو استئاریل الکل • ستیل الکل • گوارگام • زانتان گام • ادتا دی سدیم • سدیم کربوکسی
متیل سلولز • HPMC • اتیل سلولز N50 • مانیتول SD 200 • مانیتول پودری و...

مواد اولیه صنایع مکمل سازی :

گلوکونات ها • آمینو اسیدها • کوآنزیم Q10 • بیوتین

WWW.ARVIN-KALA.COM

کرج ، یادگار امام شمال ، ساختمان مدرن ، واحد ۵ ☎ ۹۱۰۰۹۶۸۶ (۰۲۶)
🌐 www.arvin-kala.com ✉ info@arvin-kala.com

ارائه دهنده خدمات فرمولاسیون و آنالیز محصولات دارویی، مکمل و گیاهی
 • آزمایشگاه همکار سازمان غذا و دارو

خدمات فرمولاسیون

توسعه فرمولاسیون اشکال مختلف دارویی بصورت پروژه شامل ساخت آزمایشگاهی و انجام آنالیزهای مربوطه، scale up و تدوین CTD

خدمات آنالیز

کنترل فیزیکیوشیمیایی محصولات، انجام مطالعات پایداری، توسعه و اعتبارسنجی روش های آنالیز با استفاده از تجهیزات آنالیتیکال از قبیل :

- HPLC- MWD
- HPLC- ELSD
- HPLC- DAD
- HPLC-MS/MS
- HPLC – FLD
- GC-FID
- HPLC- RID
- UV-VIS SPECTROPHOTOMETER



کسب اطلاعات

از طریق اسکن QR

info@naplab.ir

www.naplab.ir

۰۲۶-۳۷۳۱۸۷۴۸

۰۹۳۹-۳۶۳۸۰۲۸

۰۲۶-۳۷۳۱۳۴۰۶

کرج، ماهدشت، میدان آزادگان،

پلاک ۴۱۹، واحد سه



Prolizex[®]

Bisoprolol

2.5mg-5mg-10mg

پرولی زکس[®]

بیزوپرولول



موثر در درمان:

♥ فشار خون بالا

♥ نارسایی قلبی

♥ آنژین صدری

♥ فیبریلاسیون دهلیزی

♥ آریتمی بطنی و فوق بطنی

♥ انفارکتوس حاد میوکارد



Tekaflu[®]

Oseltamivir 75 mg



- درمان ۵ روزه آنفلوآنزای نوع A و B از سن ۲ هفتگی به بالا
- قابل تجویز جهت پیشگیری از ابتلا به آنفلوآنزای نوع A و B قبل و بعد از مواجهه در افراد بزرگتر از یک سال بصورت یکبار در روز
- کاهش دوره، شدت و عوارض بیماری آنفلوآنزا و عفونت های ثانویه تنفسی تحتانی در بزرگسالان
- داروی انتخابی در درمان و پیشگیری آنفلوآنزا در دوران بارداری و شیردهی
- داروی انتخابی درمان آنفلوآنزای شدید در بیماران سرپایی و بیماران بستری در بیمارستان
- کاهش ریسک ابتلا به عفونت گوش میانی در کودکان
- کاهش انتشار بیماری توسط بیماران آلوده به ویروس آنفلوآنزای نوع A و B و پیشگیری از بروز اپیدمی
- قابل استفاده در بیماران مبتلا به نارسایی خفیف و متوسط کبدی و نارسایی کلیه
- قابل استفاده در بیماران سالمند بدون نیاز به تنظیم دوز
- بی خطر در پیشگیری از آنفلوآنزا تا ۱۲ هفته در بیماران با نقص سیستم ایمنی