



گفت‌وگوی ویژه فن‌سالاران

با دکتر میثم خانلریبیک

آدم خوش شانسی هستیم



فن‌سالاران

Fansalaran

مجله تخصصی حوزه سلامت و صنعت داروی کشور • شماره هفدهم • بهمن ۱۴۰۳

بیمه مدیکر؛

راه نجات میلیون‌ها سالمند و افراد

تحت پوشش

فناوری‌های نوظهور در داروسازی و پزشکی



FATF پیوستن یا نپیوستن؟

یک پرونده ضد دارویی؛ پوردو فارما

درباره‌ی: دکتر محمدناری علیزاده



فرار به سوی پیروزی



البرز بالک

شرکت تولید مواد اولیه دارویی
ALBORZ BULK PHARMACEUTICAL COMPANY



آنتی بیوتیک
آزیترومایسن

AZITROMYCINE

آنتی بیوتیک
سفکسیم تری هیدرات

CEFIXIME TRIHYDRATE



راه های ارتباطی با شرکت البرزبالک

sales@alborzbulk.com

۰۱۴۰ ۸۸۹۴ ۰۲۱

www.alborzbulk.com

MEDVAC

شرکت مدوک زیست دارو



Medvac, healing through the power of plasma



فن سالاران

سال دوم
شماره هفدهم / بهمن ۱۴۰۳
مجله تخصصی
حوزه سلامت
و صنعت داروی کشور

صاحب امتیاز و سردبیر: رضا درستکار
شورای نویسندگان: زیر نظر:

عکاس: مائده میر موسوی
طراحی و صفحه آرایی: افشین ضیائیان، لیلی اسکندرپور
طراح روی جلد این شماره: خدایار قاقانی

با قدردانی از همکاران و
همراهان این شماره:

ابراهیم اسکندری، دکتر مریم اسلامی، دکتر مرتضی اعیانی، دکتر حبیب الله افشنگ، دکتر یاسمن آوازه، دکتر فریدون باختر، دکتر علیرضا حبیبزاده، دکتر میثم خانلریبیک، دکتر سامان راجی، تارا رضوانی، دکتر ژانت سلیمانی، مهندس پویان شریعتی پناه، مهندس رضا عباس خان، دکتر مسعود کیهان، دکتر آرش لطفی ماشمیانی، دکتر محمد منفرد و رضا درستکار

مدیریت کسب و کار: لیلا قصابزاده
بخش انگلیسی: دکتر سیامک صدقی

با تشکر از واحدهای بازاریابی،
و روابط عمومی و ارتباطات:
شرکت های داروسازی ابوریحان، تولید مواد اولیه دارویی البرز بالک، پارس دارو، توزیع داروپخش، لابراتوارهای رازک، شرکت دانش بنیان نوآوری زیستی گویا، سینادارو، شفا آزاد، مدوک زیست دارو و Skytechbridge Co.Ltd

پشتیبانی و اجرا: پویان درستکار
روابط عمومی و ارتباطات: نیما خرم منش
تماس با واحد بازرگانی: ۰۹۱۹-۵۵۳۵۸۱۳ / ۰۲۱-۸۸۳۵۰۴۹۹

sitefansalaran.ir

@fansalaran

@fansalaranir

@fansalaranir

Info@sitefansalaran.ir

www.linkedin.com/in/fansalaran

بازنشر مطالب مندرج در فن سالاران، به شرط ذکر منبع، بلامانع است.



فهرست مطالب

۶	گشایش آشکار تر از خورشید
۷	یادداشت FATF پیوستن یا نپیوستن ایران؟ چهره این ماه:
۸	دکتر محمد نادری علیزاده: فرار به سوی پیروزی بر خورد نزدیک از نوع سوم
۱۰	افزایش قیمت دارو: آری یا خیر؟ آنچه در پیش است
۱۲	تعرفه نسخه پیچی؛ منصفانه یا ناعادلانه؟ نگاه
۱۶	قطعی‌های مکرر برق، و بحران انرژی
۱۸	افتادن فشار درمان بر دوش بیماران گفت‌وگوی ویژه
۲۰	گفت‌وگوی ویژه فن‌سالاران با دکتر میثم خانلریبیک مدیرعامل شرکت پخش شفا آراد تئوری طبیعت
۲۶	این صنعت داروهای ضد سرطان است به سوی مقصد
۲۸	آینده‌ای روشن برای درمان RNA آینده
۳۰	فناوری‌های نوظهور در داروسازی و پزشکی
۳۲	پیشرفت در فناوری CRISPR پرونده باز است
۳۴	اکسی کانتینن، پوردوفارما، خلاف، اغوا، ثروت و افشا... سکانس دوم
۳۷	صورت کریه فساد دوباره رخ نمود! مطالعه موردی
۳۸	نگاهی به روش سازمان‌های بیمه‌ای
۴۰	بیمه مدیکر؛ راه نجات میلیون‌ها سالمند و افراد تحت پوشش گپ و گفت
۴۶	گپ‌وگفت با مرتضی اعیانی، مدیرعامل شرکت کلرپارس یادآوری کامل
۴۸	درگیران اینرسی! هوش مصنوعی
۵۰	هوش مصنوعی و افقی از کسب‌وکار تئوری مدیریت
۵۲	محیط‌های کاری آینده و مهارت‌های ضروری سایه یک شک
۵۵	اندوده پنهان

صنعت دارویی امروز ایران هر چند از فعال‌ترین صنایع کشور به‌شمار می‌رود، اما همواره با چالش‌هایی فراوان روبه‌رو بوده است. با توجه به اینکه سازمان‌های بیمه پایه در ایران دولتی هستند، بخشی از تعهدات آن‌ها از اعتبارات دولتی تامین می‌شود.

شرایط اقتصادی فعلی ناشی از تحریم‌های صورت گرفته و به تبع آن کاهش درآمدهای ارزی دولت، اعتبارات دولتی بیمه‌ها و در نتیجه کاهش توانایی تعمیم پوشش بیمه‌ای داروها را به همراه داشته است.

با توجه به اینکه کثیری از مردم ایران تحت پوشش بیمه‌های دولتی هستند، این کاهش‌ها می‌تواند آسیب جدی به امر سلامت، اعتماد عمومی، صنعت و فرآیندهای آتی آن بزند. امروز باید فکر عاجل کرد.



رضادریستکار

آشکارتر از خورشید

با سگرمه‌های درهم کشیده‌شان، اخم‌ها و تخم‌ها و تکبرها و نخوت‌های ناتمام‌شان، با ملازمان کم‌مایه، که تکریم و ادب را با چاکرپیشگی تعوض کرده‌اند و در خفا برای خودشان مثلاً 'بزرگ' اند! ای بسا مثل بزرگ آقا در شهرزاد! این‌ها هر کسی که هستند، در هر مقامی که پیش پای صنعت و فن‌سالاران شریف آن، مانع بتراشند، بانی اصلی حال خراب این مردم و این صنفاوند. به این هم می‌توان گفت: أَظْهَرَ مِنَ الشَّمْسِ!

*

اما چه کنیم؟

آری! همگان معترف‌اند و معترفیم که حال صنعت دارو خوب نیست، و فکری باید اندیشید. این ایده‌ای درست است، و تا اطلاع ثانوی، اگر نمی‌توانیم مقصران وضع موجود را معرفی کنیم، لاف‌ها را خودمان را خراب نکنیم. یادمان بماند مافیای از فریب‌دادن‌ها و حال خراب مردم ما ارتزاق می‌کند و نفس می‌کشد و قدرت می‌یابد و...؛ اگر با خودزنی‌های هر روزه در درگاه‌ها و رسانه‌ها "حالا"ها خوب می‌شود، باشد این مسیر را بکوبیم و پیش آئیم! اما اگر اهل مذاقه و تفکر و طمانینه و اهل درد هستیم، بدانیم که با این میزان و گستره از اخبار منفی، هرگز نمی‌توان محیطی سازنده را رقم زد. ما چطوری می‌توانیم چهره‌ای قابل قبول و آرام از آینه در دست بگیریم، و فلاح و صلاح خود و صنعت‌مان را لمس کنیم وقتی که تا این حد، درهم و خشمگین هستیم؟! مراقبت کنیم.

زمان آشکارتر از خورشید دور نیست.

عبارت 'أَظْهَرَ مِنَ الشَّمْسِ' یک اصطلاح عربی است که به معنای 'آشکارتر از خورشید' به کار می‌رود؛ و معمولاً برای بیان وضوح یک موضوع یا یک وضعیت. یک اصطلاح ادبی و بلاغی است و مشمول صنعت داروی کشور ما هم می‌شود؛ که اساساً معلوم است که کی به کی است!

یعنی آن مدیر صنعت می‌داند که امروز در چه شرایطی پرفشار محصور شده، و صبح تا شب در صدد رتق و فتق امور و گرداندن چرخ‌های صنعت است، آن داروساز می‌فهمد که امروز اوضاعی ویژه بر صنعت حاکم شده، و چندان نمی‌توان به خیلی چیزها سرعت بخشید؛ و مردم عزیز ما هم می‌دانند که ناکارآمدی‌ها موجب این وضعیت بغرنج شده است، و واقعا الان نمی‌توان گریبان فقط یک نفر را چسبید و از حدی بیش‌تر، بر کسی فشار آورد! به این وضعیت می‌گویند: أَظْهَرَ مِنَ الشَّمْسِ!

*

تنها کسانی که مطلقاً نمی‌خواهند که بدانند کی به کی است! و خود را قشنگ به خواب زده‌اند و همچنان چون گذشته‌های نامکشوف‌شان، در پی منافع کلان خود می‌روند، همان‌هایی هستند که در اتاق‌های در بسته و تصمیم‌ساز نشسته‌اند و هنوز هم به دنبال منافع ۷۰۰ درصدی و ۸۰۰ درصدی از این وادی‌اند! آن‌ها بی‌شک مافیای دارو هستند ولو آن‌که خودشان قبول نداشته باشند، یا آن‌که چند تایشان 'سمت' داشته باشند، و یا در قالب استاد، پیشکسوت عده‌ای به حساب آیند و...

شاید شاید ویروس کرونا از چین آمده باشد، اما این‌ها از جایی نیامده‌اند! همین جایی‌اند! کنار دست خودمان، بیخ گوش‌مان؛



مهندس رضا عباس خان

صنعت داروسازی ایران به کدام سمت می‌رود؟

FATF پیوستن یا نپیوستن ایران

مقدمه

می‌تواند به کاهش تنوع داروهای تولید شده در کشور منجر شود. این موضوع می‌تواند به کاهش گزینه‌های درمانی برای بیماران منجر شود.

۲. کاهش استانداردها

– **عدم رعایت استانداردهای بین‌المللی:** با محدودیت‌های مالی، شرکت‌های داروسازی ممکن است نتوانند به استانداردهای بین‌المللی پایبند باشند. این امر می‌تواند بر کیفیت داروها تأثیر منفی بگذارد و سلامت بیماران را به خطر بیندازد.

اثرات بر صادرات

۱. محدودیت در بازارهای خارجی

– **کاهش اعتبار بین‌المللی:** عدم پیوستن به FATF می‌تواند به کاهش اعتبار بین‌المللی ایران منجر شود. این موضوع می‌تواند به کاهش صادرات دارو به کشورهای دیگر و محدودیت در دسترسی به بازارهای جهانی منجر شود.

۲. رقابت ناپذیری

– **رقابت با شرکت‌های خارجی:** شرکت‌های داروسازی ایرانی ممکن است نتوانند با شرکت‌های خارجی رقابت کنند، زیرا شرایط اقتصادی و مالی نامناسب به آن‌ها آسیب می‌زند. این موضوع می‌تواند به کاهش سهم بازار ایران در سطح بین‌المللی منجر شود.

اثرات اجتماعی و بهداشتی

۱. کاهش دسترسی به دارو

– **افزایش قیمت دارو:** افزایش قیمت داروها به دلیل هزینه‌های بالای تولید و واردات می‌تواند به کاهش دسترسی بیماران به درمان‌های ضروری منجر شود. این موضوع می‌تواند به تشدید مشکلات بهداشتی در جامعه منجر شود.

۲. نارضایتی عمومی

– **تأثیر بر سلامت عمومی:** کاهش کیفیت داروها و افزایش قیمت‌ها می‌تواند به نارضایتی عمومی و کاهش اعتماد به سیستم بهداشت و درمان کشور منجر شود.

نتیجه‌گیری

عدم پیوستن ایران به FATF به‌طور کلی اثراتی منفی و گسترده بر صنعت داروسازی کشور دارد. بهبود شرایط اقتصادی و مالی و پیوستن به استانداردهای بین‌المللی می‌تواند به رشد و توسعه این صنعت کمک کند و در نهایت به بهبود سلامت عمومی جامعه منجر شود. برای رفع چالش‌های موجود، نیاز به همکاری‌های بین‌المللی و اتخاذ سیاست‌های مناسب در حوزه داروسازی احساس می‌شود.

گروه ویژه اقدام مالی (FATF) یک سازمان بین‌المللی است که به منظور مبارزه با پولشویی و تأمین مالی تروریسم تأسیس شده است. پیوستن به این گروه می‌تواند به بهبود روابط مالی و اقتصادی کشورها کمک کند. عدم پیوستن ایران به FATF اثراتی عمیق بر صنعت داروسازی کشور خواهد داشت.

اثرات اقتصادی

۱. محدودیت‌های مالی

– **انتقال ارز:** عدم عضویت در FATF به معنای محدودیت در انجام تراکنش‌های مالی بین‌المللی است. این موضوع می‌تواند به دشواری در تأمین مالی پروژه‌های داروسازی و واردات مواد اولیه منجر شود. – **دسترسی به سیستم‌های بانکی جهانی:** بدون پیوستن به FATF، شرکت‌های داروسازی ایرانی نمی‌توانند به راحتی از خدمات بانکی بین‌المللی استفاده کنند، که این امر می‌تواند به تأخیر در تأمین مواد اولیه و تجهیزات منجر شود.



۲. افزایش هزینه‌ها

– **هزینه‌های تولید:** با مشکلات مالی و عدم دسترسی به منابع مالی بین‌المللی، هزینه‌های تولید دارو افزایش می‌یابد. این افزایش هزینه‌ها می‌تواند به افزایش قیمت داروها و کاهش دسترسی بیماران به درمان‌های ضروری منجر شود.

– **تحریم‌ها:** تحریم‌های اقتصادی به همراه عدم پیوستن به FATF می‌تواند به افزایش هزینه‌های واردات مواد اولیه و تجهیزات پزشکی منجر شود.

اثرات بر کیفیت دارو

۱. کاهش تنوع محصولات

– **واردات مواد اولیه:** عدم امکان واردات مواد اولیه با کیفیت بالا

فرار به سوی پیروزی

نخستین چهره صفحه تازه‌ی فن‌سالاران، کسی نیست جز «دکتر محمد نادری علیزاده»؛ او که روز سه‌شنبه چهارم دی ۱۴۰۳ برای دومین بار به مدیرعاملی بزرگ‌ترین هلدینگ دارویی کشور یعنی تی‌پی‌کو رسید. (بار اول ۱۲ دی ۱۴۰۰ بود که جانشین دکتر پویا فرهت شد.) با معارفه به‌عنوان مدیرعامل جدید تی‌پی‌کو، نادری علیزاده بلافاصله کارهای اصلاحی را شروع کرد و اکنون در ماهگرد مدیرعاملی‌اش (بهمن ۱۴۰۳) تقریباً به همگان نشان داده است که برای تغییر و انجام اصلاحات، قصد ماماشات و چشم‌پوشی از چیزی را ندارد و سکان هدایت تی‌پی‌کو را باید با قدرت در دست گرفت. (این فاکتوری بود که سه مدیرعامل پس از او در دوره اول مدیرعاملی‌اش، نداشتند. اولی که موجب به‌وجود آمدن خساراتی در مجموعه شد، دومی و سومی هم با کاربزمای فعال و پیش‌برنده چندان مانوس نبودند. بگذریم!)

چرا تی‌پی‌کو برای صنعت دارویی کشور مهم است؟ چون اولاً در دل یک مجموعه کلان‌وزارت (تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و نه وزارت بهداشت) تعریف می‌شود، مهم‌ترین سازمان کشور، تامین اجتماعی و ابرهلدینگ شستا سهام‌داران‌اش هستند؛ و خودش مدیر است بیش از نیمی از مهم‌ترین و بزرگ‌ترین شرکت‌های دارویی کشور را بر عهده دارد، و تامین‌کننده‌ی مهم دارو (بسیار در گذشته، کمتر در حال) است. بیش از ۱۰ هزار نفر پرسنل دارد، دانشگاه غیر رسمی دارو است و قطعا بخشی مهم از داروسازان کشور در آن تجربه‌اندوژی‌ها کرده و به سایر شرکت‌ها رفته‌اند و در جامعه‌ای دیگر به صنعت خدمت می‌کنند...

بله! تی‌پی‌کو به دلیل بزرگی‌اش، چشم طمع برخی از دولت‌ها و جناح‌ها هم بوده. بالا و پایین هم زیاد داشته، و علت این که همه، به آن نگاه می‌کنند، شکل عمومی و اجتماعی و انتفاعی‌اش برای مردم است. (یک هلدینگ و زنجیره خاص و یونیک تامین دارو با تمامی حلقه‌هایش) همه می‌دانند که بسیار بسیار بیش‌تر از دو رقیب هم‌نوع‌اش، «شفا دارو» و «برکت»، اهل گزارش دادن و عمومی کردن و دیوار شیشه‌ای ساختن از جریان‌های درون‌اش است و بسیار بیش از آن دو، به رسانه‌ها اهمیت می‌دهد؛ و هر چه هم موضوعات درونش شفاف‌تر باشد، برند آن بیش از پیش تقویت خواهد شد و موفق‌تر...

نادری علیزاده را از وقتی که مدیرعامل شرکت آنتی‌بیوتیک‌سازی ایران بود، می‌شناختم. او دارای دو مدرک دکترای داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دکترای تخصصی (P.h.D) فارماکولوژی از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی است؛ و بعد از توفیقاتی که در شرکت قبلی به‌وجود آورد و ابایی هم از مواجهه با طلبکاری ارباب قدرت نداشت، به مدیرعاملی شرکت فارابی رسید، و بعد هم به دلیل قابلیت‌هایش و جهدی که در مسیر سر و سامان دادن به امور از خود به نمایش گذاشت، مدیرعامل شرکت کارخانجات داروپخش شد و بعد هم تی‌پی‌کو و...

آمدن نادری علیزاده به تی‌پی‌کو حامل یک پیغام روشن بود، از دوران گذشته (با تمام افت‌های بدون خیزش) باید عبور کرد و تی‌پی‌کویی دیگر آفرید! این (افت‌ها) مفهومی بود که خود نادری علیزاده هم به آن رسید؛ درست در همان روزهای نخست آغاز به‌کارش!

این تی‌پی‌کو آن تی‌پی‌کوی سه سال قبل نبود و نیست! و تعدادی از شرکت‌های ارزشمندش در انواع مشکلات در حال دست‌وپا زدن هستند و اگر هر چه سریع‌تر کارها سر و سامان نگیرد، صنعت دارویی کشور دچار مخاطره و مشکل خواهد شد، ضمن آن که با دست‌فرمان قبلی، مشکلات دامنه‌دار تر می‌شد.

صنعت داروی کشور، اصلاح قیمت و عواقبی نظیر کمبودهای دارویی یا کاهش کیفیت داروها، که به زیان بیماران و نظام سلامت کشور خواهد بود، تنها بخشی از عملکرد یک ماهه او بوده است؛ و ما همه نیک می‌دانیم که هر تغییر و تحولی در این مسیر پر و پیچ و خم، تا چه حد ممکن است با تبعات و ترمزهایی رودررو شود...

*

نادری علیزاده با امید بازگرداندن هیمنه و شکوه به تی‌پی‌کو کارش را آغاز کرده و ما امیدواریم بتواند و فرصت بیابد تا تی‌پی‌کو را به آن نقطه آرمانی‌اش برساند. سخت است، اما قطعاً غیرممکن نیست. همین که تی‌پی‌کو خود را موظف می‌داند که برای سهام‌داران خود کارهای ایجابی کند و در کلام هم ذی‌نفعان خود را تکریم می‌کند، و بخشی از فعالیت‌هایش را هم رسانه‌ای، خیلی عالی است؛ زیرا در شرایطی هستیم که برخی از همان رفقای قدیمی دارو، فقط و فقط به فکر افزودن به اموال خود هستند و فرقی هم نمی‌کند که این کسب‌ها، از مسیر خرابی اعتبارهای یک صنعت باشد یا حال خراب مردم و بیماران این سرزمین!

*

مع‌الوصف! امروز دوباره سکان هدایت تی‌پی‌کو، در دستان دکتر محمد نادری علیزاده است با تمام حساسیت‌ها و سختی‌هایش. او در همین ماه اول، مدیران عامل شرکت‌های توزیع داروپخش، داروسازی اکسیر، ابوریحان، و لابراتوارهای رازک را تغییر داد؛ و با چند انتصاب دیگر در معاونت‌ها، به اصطلاح "یاران تی‌پی‌کو" را (با اعتبار همان بازنمایی‌ها) برگرداند؛ از مرتضی سبجانی نیا گرفته تا محمدحسین ملک و علیرضا یکتادوست و علی شریف‌اعلم و دیگران.

دیدار با سه تن از نمایندگان مجلس، دکتر علی بابایی کارنامی، نماینده ساری و میاندورود، دکتر احمد فاطمی، نماینده بابل، و دکتر فضل‌الله رنجبر، نماینده کرمانشاه، دیدار با دکتر شجاعی برهان، دستیار ویژه وزیر کار، تعاون و رفاه اجتماعی، و دیدار با دکتر فرهاد حبیبی، دستیار اجرایی و جانشین ریاست سازمان غذا و دارو همگی در دفتر مدیرعامل تی‌پی‌کو، و نگارش یک نامه مهم به رئیس سازمان غذا و دارو در خصوص چالش‌های متعدد



دنیای سلامت و دارو

The World of Health and Medicine News Channel

رسانه مطمئن «غذا» و «دارو»

 Universe_HM
 دنیای سلامت و دارو
 @donyayesalamatvadarou

www.whmnews.ir



دکتر محمد مفرد
رئیس انجمن داروسازان
استان فارس، نایب رئیس انجمن
داروسازان ایران

ضرورت خروج قیمت گذاری دارو از حالت دستوری و اهمیت
حمایت سازمان های بیمه گر از بیماران

افزایش قیمت دارو: آری یا خیر؟

مقدمه:

در بسیاری از کشورهای دنیا، بازار دارو تحت تأثیر عواملی مختلف قرار دارد که قیمت ها یکی از مهم ترین آن هاست. در ایران، به علت قیمت گذاری دستوری و تنظیم بازار به صورت غیرشفاف، بسیاری از داروها با قیمت های نازل در دسترس مردم قرار می گیرند. اما این مدل قیمت گذاری، در عمل منجر به مشکلاتی برای صنعت دارو، صنعت پخش، داروخانه ها و حتی بیماران می شود. قیمت گذاری دستوری نه تنها قادر به تأمین نیازهای تولیدکنندگان دارو نیست، بلکه موجب ایجاد کمبود دارو و حتی کاهش کیفیت محصولات می شود. در این شرایط، افزایش قیمت دارو به عنوان یک گام اجتناب ناپذیر مطرح می شود، اما باید با تدابیر و تمهیدات لازم از افزایش بار مالی بر دوش مردم و بیماران جلوگیری کرد.

بخش اول: مشکلات قیمت گذاری دستوری

قیمت گذاری دستوری، به رغم این که در ابتدا به نظر می رسد که به نفع مردم باشد، در بلندمدت موجب بروز مشکلاتی زیاد می شود. از جمله این مشکلات می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱. کمبود دارو:** به دلیل پایین بودن قیمت ها، تولیدکنندگان و واردکنندگان دارو نمی توانند به اندازه کافی محصولات خود را تولید و وارد کنند.
- ۲. کیفیت پایین محصولات:** بسیاری از داروها برای تولید با

کیفیت مطلوب نیاز به مواد اولیه با کیفیت دارند. در صورت قیمت گذاری دستوری و محدودیت در قیمت گذاری، تأمین این مواد اولیه به طور معقول و منطقی امکان پذیر نمی شود.

- ۳. بحران برای داروخانه ها:** داروخانه ها که نقشی مهم در دسترسی مردم به دارو دارند و خط آخر درمان هستند، می باید پذیرای بیمارانی باشند که لبریز از خشم، در به در به دنبال داروی خود هستند.
- ۴. قاچاق معکوس دارو:** به دلیل پائین بودن قیمت دارو، نسبت





بیمه‌های درمانی پوشش داده می‌شود. این مسئله موجب می‌شود که حتی با افزایش قیمت داروها، مردم با کمترین فشار مالی مواجه شوند. در انگلستان نیز، سیستم ملی بهداشت (NHS) به‌طور مؤثر قیمت داروها را کنترل کرده و همزمان از حمایت بیمه‌ای به‌طور گسترده استفاده می‌کند، به‌طوری که مردم نگران افزایش قیمت دارو نخواهند بود.

یکی از راهکارهای اصلی برای کاهش فشار مالی بر بیماران و جلوگیری از افزایش پرداختی از جیب آن‌ها، تقویت و حمایت از سازمان‌های بیمه‌گر است.

به کشورهای همسایه بسیاری از داروهای تولید داخل روانه کشورهای همسایه می‌شوند.
۵. قاچاق دارو به داخل کشور: به سبب کمبودهای دارویی زمینی برای سودجویی قاچاقچیان و سوداگران فراهم می‌شود تا داروهای با حاشیه سود پائین را وارد و ناترازی بازار را پوشش دهند.

نتیجه‌گیری

در نهایت، مسئله‌ی قیمت‌گذاری دارو و نحوه حمایت از بیماران به یک موضوع پیچیده و حیاتی تبدیل شده است که اگر فکری عاجل برای آن نشود بحران دارویی در کشور روزبه‌روز گسترده‌تر خواهد شد و نتایجی فاجعه‌بار برای تولید، توزیع، داروخانه و در نهایت بیماران در پی خواهد داشت.

در مجموع از یک سو، افزایش قیمت دارو در کشور امری اجتناب‌ناپذیر است، اما از سوی دیگر، برای جلوگیری از فشارهای اقتصادی بر مردم، سازمان‌های بیمه‌گر باید به‌طور مؤثر وارد عمل شوند و چتر حمایتی خود را گسترده‌تر کنند تا افزایش پرداختی از جیب بیماران صورت نگیرد.

پیشنهاد‌های نگارنده:

۱. خروج قیمت‌گذاری دارو از حالت دستوری و اجازه به بازار برای تنظیم قیمت‌ها.
۲. تقویت نقش سازمان‌های بیمه‌گر برای حمایت مالی از بیماران.
۳. انجام نظارت‌های دقیق برای جلوگیری از هرگونه سوءاستفاده در قیمت‌گذاری داروها.
۴. بررسی تالی فاسد چند نرخ بودنی ارز و لزوم یکسان‌سازی ارز در حوزه دارو.

با توجه به مشکلات پیش‌آمده از قیمت‌گذاری دستوری، در شرایط فعلی، افزایش قیمت دارو به‌طور غیرقابل‌انکاری ضروری به نظر می‌رسد. البته این افزایش قیمت باید به‌طور تدریجی و با برنامه‌ریزی دقیق انجام شود تا از شوک‌های اقتصادی جلوگیری شود. در این‌جا، نقش سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان چتر حمایتی برای مردم و بیماران بیشتر از پیش پررنگ می‌شود. حاکمیت نباید نگران افزایش قیمت داروها (از نوع بنزین) باشد چون با کمک سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند جلوی فشار بر روی اقشار آسیب‌پذیر جامعه را بگیرد و اجازه ندهد که پرداختی از جیب بیمار افزایش پیدا کند.

بخش دوم: نقش سازمان‌های بیمه‌گر در کنترل هزینه‌ها

یکی از راهکارهای اصلی برای کاهش فشار مالی بر بیماران و جلوگیری از افزایش پرداختی از جیب آن‌ها، تقویت و حمایت از سازمان‌های بیمه‌گر است. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، سازمان‌های بیمه‌گر درصد زیادی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند. به‌عنوان مثال، آلمان و فرانسه، دو کشور پیشرفته در حوزه بیمه درمانی‌اند، به طوری که در آلمان بیش از ۹۰ درصد هزینه‌های دارویی از طریق



دکتر فریدون باختر

تطبيق هزینه‌های دو خرده‌فروش کالا؛ داروخانه و سوپرمارکت تعرفه نسخه‌پیچی؛ منصفانه یا ناعادلانه؟



مقدمه

به جرات می‌توان گفت مهم‌ترین چالش سال‌های اخیر داروسازان کشور "تعرفه نسخه‌پیچی" است. همه‌ساله وقت و انرژی زیادی صرف بحث و تبادل نظر و اثبات ضرورت آن می‌شود. بخشی از مراجع رسمی هیچ اعتباری برای این مسئله قائل نشده و از طریق رسانه‌های سراسری کشور از مردم می‌خواهند این به اصطلاح خودشان "پول زور" را پرداخت نکنند! حال آن‌که بخشی دیگر، دریافت آن را منوط به تصویب قانون کرده و در برخی از شهرستان‌ها و استان‌ها؛ حتی با کشیدن پای مدعی‌العموم به این مسئله و با تهدید؛ داروخانه‌ها را از دریافت آن منع کرده‌اند.

در این مطالعه سعی شده است از منظر هزینه‌های تمام‌شده برای داروخانه، این تعرفه مورد بررسی قرار گیرد و در عین حال به نقش نظارتی داروساز در داروخانه پرداخته شود.

خرده‌فروشی در فروشگاه و داروخانه

باشد، قرار می‌گیرد و متناسب با نوع بیمه‌ی بیمار، کلبه‌ی محتویات نسخه یک‌به‌یک در سیستم ثبت شده، داروهای که نیازمند ثبت اصالت هستند، وارد شده و اگر پزشک، دستورات دارویی را درست نوشته و کد دارو را صحیح ثبت کرده باشد، و نسخه‌پیچ اطمینان یابد که زمان کافی از دریافت قبلی دارو گذشته و یا نیاز به مشاوره با پزشک و جایگزینی داروی خاصی نیست، با ثبت تجهیزات همراه (سرنگ، ست سرم، پنبه الکلی و ...) و اضافه نمودن داروهای غیر بیمه‌ای و در نهایت محاسبه کردن درصد سهم بیمار توسط سیستم، نسخه به سامانه بیمه‌گر انتقال می‌یابد. مسئول فنی با نوشتن دستورات دارویی و یا برچسب زدن، به آن و در صورت نیاز، راهنمایی بیمار، وی را به صندوق هدایت کرده و این فرآیند پایان می‌پذیرد.

*

خرده‌فروشی یعنی آخرین حلقه در زنجیره عرضه یک محصول (کالا یا خدمت). خرده‌فروش‌ها، محصول را به مصرف‌کننده نهایی ارائه می‌دهند و معمولاً تغییری "جدی" در محصول ایجاد نمی‌کنند؛ مانند فروشنده‌های سوپرمارکت. کار داروخانه، اگرچه "خرده‌فروشی" محسوب می‌شود، ولی در آن، عرضه‌ی محصول یا همان "دارو" دارای فرآیندی معین است، یعنی به غیر از داروهای مجاز بدون نسخه که با نظارت مسئول فنی به بیمار تحویل می‌شود، تحویل دارو با نسخه، از مرحله دریافت نسخه (کاغذی یا الکترونیک) توسط یک نسخه‌پیچ، دارای مهارت نسخه‌خوانی و جمع‌آوری محتویات نسخه از قفسه متناسب با نوع، شکل و دوز دارو ادامه می‌یابد. در مرحله‌ی بعد سبد دارو در اختیار کاربر نرم‌افزار که باید نسخه‌پیچی "ماهر" و همچنین "آشنا به سیستم"

تاسیس داروخانه

تعیین حداقل مترای برای تاسیس داروخانه و شرایطی مانند نوع پوشش کف و دیوارها، وجود اتاق مشاوره و انبار و... باید بر طبق آئین‌نامه‌های وزارت بهداشت باشد؛ در حالی که سوپرمارکت‌ها چنین محدودیت‌هایی را ندارند و می‌توانند بر طبق "میزان سرمایه" و نظر خود عمل کنند.

مالکان عموماً در مورد اجاره‌دادن یا فروختن ملک داروخانه، در قیاس با سایر مشاغل، خواهان و مطالبه‌گر هزینه‌ای بالاتر هستند. از طرف دیگر سوپرمارکت‌ها قابلیت تاسیس در هر محله، خیابان و کوی و برزنی را دارا هستند، اما داروخانه را نمی‌توان در هر "محلی" تاسیس کرد، زیرا نیازمند وجود موقعیت‌های تجویز نسخه (مطب و درمانگاه) است و این محل‌ها معمولاً در مراکز اصلی شهرها، خیابان‌های اصلی، محلات پر جمعیت، بازارها و... قرار دارند که هم "کمیاب" بوده و هم از "ارزشی بالاتر" برخوردار و نیازمند پرداخت هزینه‌هایی بیشتر است.

دکوراسیون داروخانه‌ها در قیاس با سوپرمارکت‌ها هزینه‌ای بسیار بیشتر می‌طلبند. زیرا نوع چیدمان دارو در قفسه‌ها و همچنین میز نسخه‌پیچی برای دسترسی سریع‌تر به محتویات نسخه باید بر طبق ضوابط آئین‌نامه باشد، موردی که برای یک سوپرمارکت اصلاً ضروری نیست. امکانات راحتی و سرگرمی در زمان انتظار بیماران برای دریافت داروهای خود نیز یکی دیگر از ضرورت‌های داروخانه است.

شرایط مناسب نگهداری داروها و سایر کالاهای سلامت‌محور الزامی است، زیرا با سلامت بیمار و جامعه در ارتباط است.

هر دارویی شرایط نگهداری "خاص" خود را دارد و عدم توجه به این شرایط می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی زیادی برای بیماران شود. برخلاف کالاهای یخچالی که در سوپرمارکت‌ها عرضه می‌شود و عدم نگهداری صحیح آن‌ها منجر به "فساد آشکار" کالا شده و "قابلیت عرضه" خود را از دست می‌دهند، شرایط نامناسب دمایی در ظاهر دارو تغییری ایجاد نمی‌کند و در قابلیت عرضه آن هم خللی وارد نمی‌کند، اما تأثیر مخرب خود را در روزها و ماه‌های بعد روی مصرف‌کننده‌ی آن خواهد گذاشت. در این جاست که نقش نظارتی مسئول فنی اهمیتی ویژه پیدا می‌کند. در نتیجه هزینه‌ی نگهداری دارو در "دماي مطلوب" نسبت به مواد خوراکی در سوپرمارکت‌ها به مراتب بالاتر است.

برخلاف سال‌های دور که نسخه‌پیچی با ارائه نسخه کاغذی و قیمت‌گذاری دستی صورت می‌گرفت، امروزه برای دریافت نسخه، داروخانه باید الزاماً مجهز به اینترنت و حداقل یک سیستم کامپیوتری و لوازم جانبی آن از جمله پرینتر، بارکدخوان، برنامه

هر دوی این کسب‌وکارها، "داروخانه" و "سوپرمارکت" در جهت تأمین نیازهای اساسی یعنی "دارو و غذا" فعالیت می‌کنند. موسسان سوپرمارکت‌ها متناسب با نیازهای مشتریان و شرایط مالی خود، می‌توانند کسب‌وکار خود را در مترای دلخواه که متناسب با بودجه خویش است، تاسیس کرده و بعد از کسب مجوز از سازمان مربوطه، فعالیت خود را شروع کنند. معمولاً در هر سوپرمارکتی یک نفر صندوق‌دار است که می‌تواند خود "مالک کسب‌وکار" باشد و یا یک نیروی استخدامی هم دارد. اما بسته به اندازه سوپرمارکت ممکن است از کارکنانی بیشتر هم استفاده کند. هر فرد حقیقی می‌تواند هم‌زمان مالک چند سوپرمارکت باشد.

مشتری‌های سوپرمارکت سفارشات خود را براساس نیاز و شناخت خود "شخصاً" انتخاب و وجه آن‌ها را به صندوق‌دار پرداخت می‌کنند. هزینه‌های یک سوپرمارکت شامل اجاره‌ی محل، هزینه‌های آب و برق و تلفن، (و احتمالاً کامپیوتر و بارکدخوان و پرینتر و پشتیبانی نرم‌افزار در صورت وجود) و حقوق پرسنل است. مترای سوپرمارکت و سیستم کامپیوتر از الزامات سوپرمارکت‌ها نیست، اما به بهبود "کیفیت خدمات" و "دقت عملکردی" آن‌ها کمک می‌کند. سوپرمارکت‌ها باید کالاهای یخچالی خود را در یخچال نگهداری کنند زیرا در غیر این صورت کالا فاسد شده و قابلیت ارائه به مشتری را نداشته و متحمل زیان مالی در پی خواهد داشت. به علت تعدد شرکت‌های توزیع مواد غذایی و رقابت سنگین بین آن‌ها، خریدها معمولاً به شکل نقد با تخفیف

هر دارویی شرایط نگه‌داری "خاص" خود را دارد و عدم توجه به این شرایط می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی زیادی برای بیماران شود

نقدی و جایزه‌ی کالایی یا پرداخت به صورت چک مدت‌دار و جایزه‌ی کالایی صورت می‌گیرد؛ اما فروش فقط به شکل "نقد" است و اگر فروشی نسبی است، معمولاً شامل مواردی محدود (بستگان و همسایه‌ها) است.

مواد غذایی مانند داروها دارای تاریخ مصرف هستند و کنترل سلامت آن‌ها بر عهده مالک سوپرمارکت است تا با مدیریت صحیح از ضرر و زیان جلوگیری نماید. معمولاً انبارش کالا در سوپرمارکت‌ها زیاد نیست و در حد مصرف چند روز تا چند هفته است، به همین دلیل سرمایه‌ی در گردش سوپرمارکت‌ها نسبت به داروخانه‌ها معمولاً زیاد نیست. حالیکه مشتری‌ها هم اگر متوجه فساد و یا تغییرات ظاهری غیر طبیعی در کالایی شوند، آن را به فروشنده پس می‌دهند.

مواد غذایی فقط به شکل خوراکی‌اند، اما داروها دارای انواع اشکال مختلفی از جمله خوراکی، تزریقی، موضعی، استنشاقی و... هستند و به همین دلیل تنوعی بسیار دارند.

تغییری در روند نسخه‌نویسی یک پزشک یا جابه‌جایی وی، باعث کاهش مصرف داروهای ذخیره شده می‌شود و ممکن است منجر به انقضای تاریخ آن‌ها و زیان مالی شود.

امحای داروهای تاریخ گذشته و حمل آن‌ها به محل مورد نظر نیز هزینه در بردارد، زیرا دارو یک زباله‌ی "معمولی" نیست که بتوان آخر شب آن را در سطل‌های شهرداری و بدون توجه به ضرر آن‌ها برای محیط‌زیست انداخت.

داروخانه‌ها از جمله مشاغلی هستند که اطلاعات عملکرد آن‌ها به‌صورت کاملاً شفاف در اختیار ادارات امور مالیاتی قرار می‌گیرد؛ و نسبت به سوپرمارکت‌ها، مورد توجه و دقتی بیشتر هم هستند. بسیاری از هزینه‌های واقعی داروخانه قابل "اثبات" نیست، زیرا نیازمند فاکتور رسمی است و معمولاً فروشنده‌ها از ترس پرداخت مالیات حاضر به ارائه‌ی "فاکتور رسمی" نیستند. از طرفی دیگر در صورتی که مطابق نظر قانونگذار عمل شود و صورت‌های مالی تنظیم شود، داروخانه نیازمند استخدام یک حسابدار است که با توجه به شرایط اقتصادی اکثر داروخانه‌ها این امر امکان‌پذیر نیست و همین موضوع باعث می‌شود که پرداخت‌های مالیاتی داروخانه‌ها بسیار بیشتر از سوپر مارکت‌ها باشد.

پرسنل داروخانه بر اساس دستورالعمل‌های آئین‌نامه ملزم به پوشیدن روپوش هستند که به‌تازگی باید رنگ آن از رنگ روپوش مسئول فنی هم متفاوت کنند. هزینه دو عدد روپوش برای هر پرسنل در سال را نیز باید به هزینه‌های داروخانه اضافه کرد.

برخلاف سوپرمارکت‌ها، داروخانه اجازته‌ی "تبلیغ" داروهای خود را ندارد، لذا فروش داروخانه را نمی‌توان با روش‌های "تبلیغی" بالا برد و این موضوع کاملاً به "نسخه‌های پزشکان" وابسته است. البته بخشی از داروها را می‌توان بدون نسخه و تحت نظارت مسئول فنی داروخانه عرضه کرد. عموم بیماران از حمایت‌های بیمه‌ای برخوردار هستند و تعدادی اندک از نسخ داروخانه را نسخه‌های آزاد تشکیل می‌دهد. با اجرای طرح "دارویار" و افزایش ارزش از ۴۲۰۰ تومان به میانگین ۲۸۵۰۰ تومان، بار افزایش قیمت دارو بر دوش موسسان داروخانه‌ها افتاد، حال آن‌که بیماران از این بابت متحمل هزینه‌ای بیشتر نشدند. به نحوی که به یک‌باره سهم سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت هزینه‌ی نسخ چندین برابر افزایش یافت و این به معنی وقفه در تامین دارو، مشکلات عرضه و فشار مضاعف بر داروخانه‌ها شد. حجمی زیاد از مطالبات داروخانه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر بلوکه شد و با توجه به تورم بسیار بالای کشور، هزینه‌ای فوق‌العاده به اقتصاد درهم شکسته‌ی داروخانه تحمیل کرده و منجر به عدم توانایی داروخانه در پاس کردن چک‌های خود شده است.

کسورات بیمه از دیگر هزینه‌های تحمیل شده به داروخانه است که یا در نتیجه‌ی "اشتباه پزشک" صورت می‌گیرد و یا در اثر "خطای پرسنل داروخانه" و یا به‌دلیل "مشکلات نرم افزاری" در حین ثبت نسخه. هزینه‌ای که در هر حال به داروخانه تحمیل می‌شود!

ادامه دارد...

نرم‌افزاری و پشتیبانی سالیانه آن‌ها و همچنین تعمیر و نگهداری آن‌ها باشد. (داروخانه‌ی نگارنده به‌علت اتوماسیون کامل، دارای ۸ سیستم، دو سرور اصلی و کمکی، دو دستگاه برق اضطراری و تعدادی پرینتر و بارکدخوان و... است که هزینه‌هایی به‌مراتب بیشتر دارد.) داروخانه‌ها باید در بافت سفارشات خرید از شرکت‌ها را در سامانه تی‌تک تأیید کرده و داروهای دارای اصالت را هنگام فروش آزاد یا نسخ بیمه‌های تکمیلی در این سامانه به ثبت برسانند.

به‌علت حجم سرمایه‌گذاری بسیار بالاتر، داروخانه نسبت به سوپرمارکت، خرید بیمه‌نامه‌های آتش‌سوزی، زلزله و... از الزامات داروخانه است.

فعالیت

فعالیت داروخانه ملزم به حضور مسئول فنی است و حقوق و مزایای وی هر ساله از طرف انجمن داروسازان به داروخانه‌ها ابلاغ می‌شود. طبق قانون در صورت نبود مسئول فنی، نسخه‌پیچی ممنوع است.



همچنین حضور یک کاربر کامپیوتر مسلط به برنامه‌های نرم‌افزاری و نسخه‌پیچی به‌صورت تمام وقت و همچنین یک نسخه‌پیچ تمام وقت دیگر برای جمع کردن دارو از قفسه، از ضرورت‌های داروخانه در شرایط فعلی است.

دستورات دارویی برای هر شکل دارویی نیازمند "اتیکت" یا همان "لیبل" است که یا به‌صورت دستی و با خودکار یا مازیک نوشته می‌شود و یا توسط پرینترهای لیبل‌زن تهیه، و روی دارو چسبانده می‌شود که مستلزم صرف هزینه است. برخلاف سوپرمارکت‌ها که سفارش کالاها را بر اساس شناخت نیازهای مستقیم مشتری و برای مصرف چند روز تعیین می‌کنند، درخواست‌های دارویی هر داروخانه متناسب با نسخه‌های تجویزی پزشکان اطراف خود و نسخ متفرقه تنظیم می‌شود و معمولاً حداقل برای سه ماه ذخیره صورت می‌پذیرد. عادت‌های نسخه‌نویسی هر پزشک در کنار تنوع اشکال دارویی و همچنین تنوع بیماری‌ها، داروخانه را ملزم به تامین حجمی زیاد از اشکال مختلف دارو می‌کند که با هرگونه

Artificial Tears
Single Use Sterile Eye Drops

سینادارو
Sina Darou

Sinalone Advanced[®]
Sinalone[®]



www.sinadarou.com

تسکین علانم و نشانه های خشکی چشم از جمله سوزش و تحریک پذیری
محافظت در مقابل تحریکات چشمی ناشی از باد، آفتاب و سایر عوامل ایجاد کننده خشکی چشم
فاقد ماده نگهدارنده و قابل استفاده با لنزهای سخت و نرم



دکتر یاسمن آواززه
داروساز، بورس تخصصی اقتصاد
و مدیریت دارو، دانشگاه علوم
پزشکی تهران

تهدیدها و چالش‌ها در صنعت دارو

قطعی‌های مکرر برق، و بحران انرژی



در حال حاضر در ایران، بحران انرژی یکی از چالش‌های بزرگی است که می‌تواند تأثیری زیاد بر زنجیره تأمین دارو که یکی از بخش‌های حیاتی کشور است بگذارد. طبق گزارش آژانس بین‌المللی انرژی (IEA)، در سال ۲۰۲۳، حدود ۴۰ درصد از تولید صنعتی در کشورهای در حال توسعه به دلیل ناپایداری انرژی دچار اختلال شده بود.^(۱) این آمار نشان‌دهنده اهمیت تأمین پایدار انرژی برای بخش‌های حیاتی، به‌ویژه زنجیره تأمین دارو است. این مسئله در کشوری مثل ایران که با چالش‌های ساختاری و تحریم‌های اقتصادی روبه‌روست اثری جدی‌تر دارد. در سال ۲۰۲۳، ایران با کمبود بیش از ۳۰ درصدی در تأمین برق موردنیاز برای صنایع مختلف مواجه بوده است که این رقم تأثیر مستقیم بر صنایع حساس از جمله داروسازی داشته است.

زنجیره تأمین دارو مجموعه‌ای از فرآیندهایی است که از تأمین مواد اولیه آغاز و تا تحویل دارو به مصرف‌کننده نهایی ادامه می‌یابد. این فرآیندها شامل تأمین مواد اولیه، تولید دارو، ذخیره‌سازی، بسته‌بندی، توزیع و دسترسی به داروها است. در هر یک از این مراحل، عواملی مختلف می‌توانند اثرگذار باشند و اختلال در هر بخش از زنجیره ممکن است منجر به کاهش توانایی در تأمین داروهای مورد نیاز و در نتیجه بروز مشکلات جدی در دسترسی به داروها شود. با توجه به اهمیت موضوع، در این مقاله سعی شده است به بررسی اثرات بحران انرژی بر هریک از اجزای زنجیره تأمین دارو پرداخته شود.

تأثیر ناپایداری در تأمین انرژی بر اجزای کلیدی زنجیره تأمین دارو

۱. فرآیندهای تولید

● **زمان‌بندی و ظرفیت تولید:** تأمین ناپایدار انرژی باعث توقف‌های غیرمنتظره در خطوط تولید می‌شود و برنامه‌های تولید را مختل کرده و در نتیجه منجر به کاهش ظرفیت تولید و ایجاد تاخیر در زمان‌بندی تحویل داروها و در نهایت منجر به ایجاد کمبود در بازار می‌شود.^(۲)

بر اساس گزارشی از سازمان جهانی بهداشت (WHO)، حدود ۶۰ درصد از توقف‌های تولید دارو در کشورهای در حال توسعه به مشکلات زیرساختی انرژی از جمله قطعی برق مرتبط بوده است.^(۳)

همچنین بر اساس آمار منتشر شده، میزان تولید دارو در مرداد ماه ۱۴۰۳ نسبت به زمان مشابه در سال گذشته، ۳۰ درصد کاهش داشته است که گفته شده بخشی مهم از این افت تولید، ناشی از کمبود انرژی بوده است.

● **کنترل کیفیت و رگولاتوری:** تأمین ناپایدار انرژی فرآیندهای حساس به دما در تولید داروها را مختل می‌کند و این امر می‌تواند بر کیفیت دارو اثر گذاشته و در نتیجه منجر به نقض استانداردهای نظارتی شود.^(۴)

● **بار کاری نیروی انسانی:** به‌منظور جبران زمان از دست‌رفته ناشی از تأمین ناپایدار انرژی، برخی شرکت‌ها به تغییر ساعات کاری روی آورده که منجر به افزایش بار کاری، خستگی کارکنان

بلکه تأثیرات منفی در تأمین مواد اولیه، لجستیک، کنترل کیفیت و مدیریت هزینه‌ها خواهد داشت. همچنین، اختلال در دسترسی به اطلاعات بلادرنگ می‌تواند روند تصمیم‌گیری‌های استراتژیک را دچار مشکل کند. علاوه بر این، عواملی مانند تحریم‌ها و ناکارآمدی در بهره‌برداری از منابع انرژی می‌توانند این بحران را تشدید کرده و فشاری بیشتر بر صنعت داروسازی وارد کنند. این اختلالات می‌تواند توانایی صنعت داروسازی را در تأمین داروهای ایمن، مؤثر و باکیفیت به خطر بیندازد. به طوری که بررسی‌ها نشان داده است هر ساعت توقف در تولید داروهای ضروری، می‌تواند دسترسی بیش از ده هزار بیمار به داروها را تحت تأثیر قرار دهد^(۱۱).

حال سوال اساسی این است که صنعت داروسازی ایران چگونه می‌تواند این چالش‌ها را مدیریت کرده و به تأمین پایدار داروها بپردازد؟ پاسخ به این سوال نیازمند اتخاذ رویکردی چندجانبه است که شامل بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و بهره‌برداری بهینه از منابع انرژی می‌شود.

ادامه دارد...

منابع

1. International Energy Agency (IEA), World Energy Outlook 2023.
2. Vann Yaroson E, Breen L, Hou J, Sowter J. Examining the impact of resilience strategies in mitigating medicine shortages in the United Kingdom's (UK) pharmaceutical supply chain (PSC). Benchmarking: An International Journal. 2023.
3. World Health Organization, Health and Sustainable Development Report, 2021.
4. Bilal AI, Bititci US, Fenta TG. Effective Supply Chain Strategies in Addressing Demand and Supply Uncertainty: A Case Study of Ethiopian Pharmaceutical Supply Services. Pharmacy. 2024;12(5):132.
5. McKinsey & Company, "Operational Challenges in Energy-Dependent Industries, 2022.
6. World Bank, Supply Chain Disruptions in Emerging Economies, 2021.
7. Elarbi M, Masmoudi M, Ayadi O, Masmoudi F. The impact of transshipment and staggered deliveries on pharmaceutical supply chain performance. Supply Chain Forum: An International Journal. 2024.
8. Oxford Vaccine Group, Cold Chain Challenges in Vaccine Delivery, 2020.
9. Deloitte Insights, "Real-Time Data Challenges in Energy-Dependent Supply Chains, 2021.
10. International Energy Agency, Energy Costs in Pharmaceutical Manufacturing, 2022.
11. Pharmaceutical Supply Chain Journal, Impact of Production Delays on Drug Access, 2022.

و کاهش بهره‌وری می‌شود^(۴). بر اساس مطالعه‌ای از مؤسسه پژوهشی مک‌کنزی، تغییرات ساعات کاری ناشی از کمبود انرژی در صنایع حساس مانند داروسازی می‌تواند تا ۱۵ درصد بهره‌وری کارکنان را کاهش دهد^(۵).

۲. تأمین و تدارک مواد اولیه

کمبود انرژی در بنادر و سیستم‌های حمل‌ونقل می‌تواند به تأخیر در تحویل مواد اولیه منجر شود^(۴). طبق گزارشی از بانک جهانی، ۳۰ درصد از تأخیرهای حمل‌ونقل مواد اولیه دارویی در کشورهای در حال توسعه ناشی از مشکلات تأمین انرژی و ناکارآمدی در بنادر و سیستم‌های حمل‌ونقل است^(۶).

۳. لجستیک و توزیع

● لجستیک زنجیره سرد: حمل‌ونقل داروهای حساس به دما، مانند واکسن‌ها و محصولات بیولوژیک به نگهداری در شبکه‌ای از زنجیره سرد وابسته است. قطعی برق یا نوسان انرژی، یکپارچگی زنجیره دمای این محصولات را به خطر می‌اندازد و می‌تواند منجر به کاهش کیفیت، واردشدن خسارت به محصولات، و افزایش هزینه شود^(۷).

بر اساس مطالعه‌ای از مرکز تحقیقات دارویی دانشگاه آکسفورد، هر ساله حدود ۲۵ درصد از واکسن‌ها به دلیل اختلال در زنجیره سرد و نگهداری نامناسب دمایی از بین می‌روند^(۸).

• توزیع: کمبود انرژی، زیرساخت‌ها و هزینه‌های حمل‌ونقل را تحت تأثیر قرار داده و باعث تأخیر در تحویل داروها به مراکز درمانی می‌شود که این به معنای اختلال در دسترسی به داروها است^(۷).

۴. نظارت، مدیریت اطلاعات و برنامه‌ریزی: تأمین ناپایدار انرژی، هم برای شرکت‌های داروسازی و هم برای سازمان ناظر یعنی سازمان غذا و دارو باعث محدودیت در دسترسی به داده‌های بلادرنگ درباره وضعیت فرآیندهای زنجیره تأمین می‌شود. اینچنین اطلاعات کافی برای تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تخصیص منابع و یا سایر فرآیندها مانند زمان‌بندی تولید و توزیع با اختلال مواجه می‌شود. طبق گزارش منتشر شده توسط Deloitte، در صنایع دارویی وابسته به انرژی، کمبود اطلاعات بلادرنگ می‌تواند منجر به ایجاد ۲۰ درصد تأخیر در برنامه‌ریزی و تخصیص منابع شود^(۹).

۵. مدیریت هزینه‌ها: ناکارآمدی‌های ناشی از کمبود انرژی و نیاز به منابع جایگزین مانند ژنراتورها، موجب افزایش هزینه‌های عملیاتی و به دنبال آن فشار مالی بیشتر به شرکت‌های دارویی و به طور کل نظام سلامت کشور می‌شود^(۴). طبق گزارش مؤسسه بین‌المللی انرژی (IEA)، افزایش ۱۰ درصدی در هزینه‌های انرژی می‌تواند تا ۵ درصد هزینه‌های تولید در صنعت داروسازی را افزایش دهد، به ویژه در کشورهایی با زیرساخت ضعیف^(۱۰).

نتیجه‌گیری

همان‌طور که بررسی شد، ناپایداری در تأمین انرژی می‌تواند اثراتی عمیق بر اجزای زنجیره تأمین دارو بگذارد. ناپایداری در تأمین انرژی نه تنها باعث اختلال در فرآیند تولید دارو می‌شود،



دکتر مسعود کیهان

تغییرات ارزی، گرفتارهای ممتد

افتادن فشار درمان بر دوش بیماران



می‌شود و اگر قرار باشد این سهم بیشتر و بیشتر شود، که فشار روی مردم نیز بازهم بیشتر خواهد شد!

هر چند که وزیر بهداشت و وعده داده که دولت در نظر دارد مابه‌التفاوت تغییرات نرخ ارز را به بیمه‌ها پرداخت کرده، و این مبلغ را در اختیار آن‌ها قرار دهد تا پرداخت تغییرات قیمت دارو، از جیب مردم صورت نگیرد. اما تجربه طرح دارویار ما را خیلی به این وعده‌های وزیر بهداشت امیدوار نگه نمی‌دارد.

*

بازار داروی کشور در بن‌بستی سخت گیر افتاده است و به هر سوی این زنجیره که بنگری گویی، آن سو شرایط سخت‌تری دارد. تولیدکنندگان از قیمت‌گذاری دستوری و کمبود نقدینگی و عدم برخی تخصیص‌ها گلایه دارند. توزیع‌کنندگان از عدم وصول مطالبات از داروخانه‌ها و داروخانه‌ها هم از مشکلات طرح دارویار و بیمه شکوه دارند؛ و در نهایت مردم و مصرف‌کنندگان دارو نیز از گرانی‌ها و کمبودهای دارویی صدایشان بلند است. در این بین پای حرف هر گروه هم بنشینیم استدلال‌هایشان قابل پذیرش است. مسکن‌های مقطعی مانند برداشت از صندوق ذخیره ارزی هم ممکن است چند روزی به این درد مشترک تسکین دهد، اما چیزی که روشن است قطعا درمان نیست.

*

دنبال‌کنندگان تابلوهای صرافی‌ها، فقط دلال‌ها یا نوسان‌گیران بازار ارز نیستند! بلکه افرادی هم هستند که درگیر بیماری‌اند یا در نزدیکی خود، بیماری دارند که قیمت داروهایشان با نوسانات قیمت ارز بالا و پایین می‌شود.

شاید سوالی که ذهن خیلی‌ها را مشغول کرده این باشد که مگر نه اینکه بیش از ۹۶ درصد یا به روایتی دیگر ۹۸ درصد از داروهای مصرفی در داخل کشور تولید می‌شود، پس چرا قیمت دارو این مقدار متأثر از قیمت ارز است؟! جواب البته روشن است. هنوز حدود نیمی از مواد اولیه محصولات دارویی وارداتی است و تقریباً بیشتر دستگاه‌های مورد نیاز صنعت فرتوت داروسازی ما، ساخت کشورهای دیگر است و...

*

در تایید ارتباط مستقیم بالا رفتن نرخ ارز و دارو، چندی پیش دکتر محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت بالا رفتن قیمت دارو با نوسانات ارزی را امری اجتناب‌ناپذیر عنوان کرده بود.

نکته مورد بحث ما در اینجا تمرکز روی افزایش قیمت داروست. این گرانی‌ها مساوی است با افزایش قابل توجه سهم هزینه‌های درمان از جیب مردم! طبق برخی آمارها، در حال حاضر بیش از ۶۰ درصد هزینه‌های دارو و درمان کشور از جیب مردم تأمین

قطعاً افزایش قیمت‌ها به همین مورد اخیر ختم نخواهد شد و بحران اصلی سال آینده با حذف تخصیص ارز پایه و افزایش عدد ارز ترجیحی یا ۲۸۵۰۰ تومانی روی خواهد داد. هر چند دکتر پیرصالحی گفته باشد که ارز ترجیحی برای دارو و تجهیزات پزشکی در سال آینده نیز ادامه خواهد داشت؛ اما این را هم اضافه کرده که ارز ۴۲۰۰ تومانی تخصیص یافته به تجهیزات پزشکی به ارز ترجیحی یا ۲۸,۵۰۰ تومان تغییر خواهد یافت. پیرصالحی گفته که باید راهکارهایی برای حمایت از بیماران تدوین کنیم تا افزایش نرخ ارز تخصیصی منجر به افزایش پرداختی از جیب مردم نشود. البته ایشان به راهکاری که قرار است تدوین شود اشاره مشخصی نکرده و نکته نگران کننده دقیقاً این است که این راهکار چیست؟ راهکاری که اگر درست تدوین و اجرا نشود در موضوع تجهیزات پزشکی فشار افزایش ۷ برابری بر مردم ایجاد خواهد کرد و در دارو بدون در نظر گرفتن تورم و سایر مولفه‌های افزایش قیمت، فقط و فقط به خاطر تغییر قیمت ارز ترجیحی، فشار افزایش قیمت حداقل ۳۵ درصدی خواهیم داشت!

در آخرین مجوز افزایش قیمت محصولات دارویی که با گروه داروهای تزریقی شروع شد، میزان افزایش قیمت‌ها بین ۱۹ تا ۳۷۲ درصد افزایش داشته است که البته دکتر پیرصالحی، رئیس سازمان غذا و دارو از این افزایش به عنوان اصلاح قیمت نام می‌برد و رئیس هیأت مدیره فدراسیون اقتصاد سلامت آن را قیمت گذاری عادلانه عنوان می‌کند! اما اگر هم مردم این اصطلاحات را به جای افزایش قیمت بپذیرند، از میزان فشار بر روی بیماران کاسته نخواهد شد. هر چند گفته شده سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت منتظر ابلاغ کتبی از سازمان غذا و دارو هستند و افزایش قیمت‌ها را پوشش خواهند داد.

*

همان‌طور که در بالا گفته شد افزایش قیمت دارو با بالا رفتن قیمت ارز قابل کنترل نیست و اگر این افزایش قیمت صورت نگیرد، بحران شرکت‌های داروسازی عمیق‌تر خواهد شد و به تدریج شاهد زمین‌گیر شدن و تعطیلی خطوط تولید خواهیم بود. اما باید چه تدبیری اندیشید تا نه در تولید خللی ایجاد شود



باید تدبیری اندیشید تا نه در تولید دارو خللی ایجاد شود و نه فشار سنگین بر مصرف‌کننده نهایی وارد شود. نکته اساسی دقیقاً ایجاد توازن در این موضوع است و نقش مهم برای ایجاد این توازن بر عهده رگلاتور و وزارت بهداشت است

*

دکتر طاهر موهبتی، معاون توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت در آیین افتتاحیه جشنواره ملی «پایش عملکرد و انضباط مالی» می‌گفت: «اعتبار حوزه سلامت می‌باید با نگاهی اجتماعی، تخصیص یابد؛ چرا که حوزه سلامت یک حوزه اجتماعی است. مردم شاید بتوانند مسائلی مانند کمبود آب را تحمل کنند، اما هیچ‌گاه نمی‌توانند شرایطی را تحمل کنند که فرزند آن‌ها بیمار است. پرداخت از جیب مردم نباید افزایش یابد و بیماران جز دغدغه بیماری، نباید دغدغه‌ای دیگر داشته باشند». بله. نباید.

و نه فشار سنگین بر مصرف‌کننده نهایی وارد شود؟ نکته اساسی دقیقاً ایجاد توازن در این موضوع است و نقش مهم برای ایجاد این توازن بر عهده رگلاتور و وزارت بهداشت است. نکته‌ای که مسعود پزشکیان، رئیس‌جمهوری نیز در اجلاس روسای دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی سراسر کشور از شیوه فعلی انتقاد کرد و گفت: تجربه نشان داده است بخشی از ارزهایی که برای واردات دارو و یارانه آن می‌دهیم، گم می‌شود! با این شیوه عرضه دارو نمی‌توان به عدالت رسید، در حالی که می‌توان با مدیریت عرضه دارو کاری کرد که بیمار وقتی به نظام سلامت مراجعه می‌کند، با کمترین هزینه، او را درمان کرد.

گفت‌وگوی ویژه فن‌سالاران با دکتر میثم خانلریک
مدیرعامل شرکت پخش شفا آراد

آدم خوش شانسی هستیم

دکتر میثم خانلریک اهل مماشات و پنهانکاری نیست و آنقدر صریح و صمیمی حرف می‌زند که شما را قانع می‌کند که حقیقت و منطق با هم و در کنار هم می‌توانند به شما نفوذ کلام ببخشند و نگران نقد و نگاه دیگران هم نباشی. او از طیف مدیران جدید صنعت داروی کشور است و همگان می‌بینیم که نسل جدید مدیران؛ به شرطی که توانمند و پر مایه، و البته کاری باشند؛ چقدر با نسل‌های قبلی خود متفاوتند؛ و باکی از مواجهه با مشکلات و رسانه‌ها هم ندارند. چند سالی او را از نزدیک دیده و (به حکم همکاری) می‌شناختم، و حالا به بهانه یک گپ‌وگفت صمیمانه در دفتر کارش در کوچه دوم پژوهشگاه در خیابان بخارست، و در یک بعدازظهر سرد زمستانی ملاقات‌اش می‌کنم و با هم ساعتی را به گپ‌وگفت می‌پردازیم و البته با چاشنی و صرف یک فنجان چای داغ. (حرف‌های من همه حذف شده و فقط گفته‌های مدیرعامل شفا آراد را می‌خوانیم).

سردبیر

◀ میثم خانلریک:

من سال ۱۳۶۵ و در یک خانواده مذهبی در تهران به دنیا آمده‌ام. از سال اول ابتدایی تا مقطع پیش‌دانشگاهی را هم در مدرسه علوی تحصیل کردم و سال ۱۳۸۴ بود که کنکور دادم و در رشته داروسازی قبول و راهی دانشگاه تهران شدم.

*

روز اولی که وارد دانشگاه شدم، دانشجویها جمع شده و تحصن کرده بودند و کلاس‌ها را یک هفته تعطیل کردند! بنابراین از همان روز اول ورودم، با اعتراض کردن آشنا شدم و در ادامه راه، موضوعات صنفی را هم پیگیری می‌کردم...

*

بعد از دو سال در دانشگاه، نماینده ورودی شدم. رشته داروسازی دانشگاه تهران به شکلی است که مثلاً ۸۰ دانشجو دارد و شیوه برگزاری کلاس‌ها به سبک مقطع دبیرستان است. دانشجویها صبح همه سر یک کلاس مشخص می‌روند. مثلاً اول شیمی آلی، بعد کلاس دارو درمانی و بعد هم کلاس آمار دارند.

اولین کارم در رازی مارکتینگ بود. شامپوهای کریستال را معرفی می‌کردم، یک فهرستی از دکترها در منطقه فرمانیه داشتم که باید ویزیت‌شان کرده و محصول را معرفی می‌کردم. بعد از سه ماه زینک پلاس هم به محصولات اضافه شد. یک تیم از بچه‌های دانشگاه برای معرفی زینک پلاس درست کرده بودم، در آمدش هم خیلی خوب بود و...
چند وقت که گذشت احساس کردم که خیلی زود از کارهای علمی دانشگاه وارد فضای تجاری شده‌ام!
انگار که اولویت اولم درآمد شده بود! این باعث شد که دیگر این کار را ادامه ندهم و تلاش کردم زودتر درسم را تمام کنم.

در شرکت پخش رازی، دکتر افتخاری یک دفتر علمی راه‌اندازی کرده و من سرپرست دفتر علمی در پخش رازی شده بودم. ایشان بعد از دو ماه کار به من گفت؛ شما به درد کار بازرگانی می‌خورید. این یک ارتقا بود. یک روز پشت سیستم بودم و باید می‌دیدم که کالاها را کدام یک از مراکز نیاز دارند؛ و باید کاری می‌کردیم که هر مرکزی به اندازه دو ماه فروش موجودی داشته باشد. صبح تا ظهر این اطلاعات را روی کاغذ می‌نوشتیم و اطلاعات را در یک سیستم دیگری وارد می‌کردیم. این باعث شد که از جزییات کار پخش کاملاً مطلع بشوم.

درسم هنوز تمام نشده بود و باید چند ماه برای کارورزی صنعتی می‌رفتم. از مسئول دانشگاه خواستم تا به کیمیدارو بروم؛ چون زیر مجموعه هلدینگ شفا دارو بود؛ پذیرفتند و من هم رفتم و یک دوره خیلی خوب را هم آن‌جا گذراندم.

من همیشه در زندگی آدم خوش شانس بوده‌ام؛ و هر بار که این جمله را گفته‌ام، برایم آمد داشته و خوشحالم از این بابت.
در سال ۱۳۹۰ دانشگاه تهران میزبان شانزدهمین دوره سمینار دانشجویان داروسازی بود. آقای دکتر دیناروند من را صدا زد و گفت؛ این سمینار را شما باید مدیریت کنید...؛ هر چند درسم هم تمام نشده بود و باید دفاع می‌کردم، از یک طرف هم پخش رازی و روی گل دکتر افتخاری بود! که می‌دانستم مخالفت می‌کند. که همینم شد و با اکراه قبول کرد و دستور داد؛ پارت تایم باید بیایی و رابطات را با رازی نباید قطع کنی؛ و من هم ۱۶ تا مسئولیت را روی دوشم گذاشته و قبول کردم! راستش هرگز از زیر کار در برو نبودم و همیشه نیرویی هست که مرا پیش می‌برد.

برنامه ترم و انتخاب واحد، صوری است و طبق یک چارت مشخص همه ملزم به انتخاب همان واحدها هستند. دیسیپلین و نظم خاصی در دانشکده داروسازی دانشگاه تهران حاکم است. تمام ورودی‌های جدید نماینده دارند. نماینده، رابط بین آن ۸۰ دانشجو با دانشکده است. من در سال دوم دانشگاه نماینده ورودی شدم. من سهمیه‌ای نبودم، کنکور دادم و...؛ گفتم که تا پیش دانشگاهی را در مدرسه علوی تحصیل کرده بودم. ما در رشته تجربی ۸ نفر بودیم که از این نفرات، ۷ نفرمان رتبه‌های زیر ۱۰۰۰ را در کنکور آوردند.

داروسازی را انتخاب کردم چون به ریاضی و فیزیک و زیست علاقه داشتم و البته وضع مالی داروسازان آن زمان خیلی خوب بود (می‌خندد).

من همیشه با خودم فکر می‌کردم که باید در شرکت یا کارخانه‌ای باشم و تعداد زیادی آدم را سر کار بیاورم. به داروخانه‌داری هم اصلاً علاقه‌ای نداشتم و فقط به شرکت‌داری در داروسازی فکر می‌کردم.

کمی بعد در دانشگاه، دبیر انجمن اسلامی و رابط بین دانشگاه تهران و سایر دانشگاه‌ها شدم. آن زمان بیشتر پیگیر داروخانه و مجوز داروخانه بودیم که فقط در اختیار داروسازها قرار بگیرد. در سال ۱۳۸۸ به دکتر کبریایی‌زاده که استادم در دانشگاه بودم، گفتم که فعالیت صنفی و از این قبیل کارها زیاد انجام داده‌ام و دوست دارم که وارد صنعت بشوم. ایشان هم شرکت پخش رازی را پیشنهاد دادند.
گفت؛ داروسازهای‌شان رفته‌اند و تغییر و تحول شده و نیرو می‌خواهند...

من با یک تیپ دانشجویی خدمت آقای دکتر افتخاری در پخش رازی رفتم. (خیلی دوست دارم که نام ایشان به نیکی به یاد بماند. ایشان خیلی به من لطف...) دکتر افتخاری یک پیشنهاد داشت: یک هفته در شرکت، با مدیران واحدها صحبت و مصاحبه کن و بیس و ببین وضعیت‌شان به چه شکل است. من هم رفتم و کار را به نحو احسن در آوردم و در رازی ماندگار شدم.
در گذشته کسانی که در پخش رازی یا سایر پخش‌ها کار می‌کردند، حقوق و امکانات خیلی خوبی داشتند. حقوق یک کارگر یا کارمند در پخش رازی چند برابر صنایع دیگر بود. ولی الان یک کارگر اگر در اسنپ کار کند، شاید از کارمند بودن در یک شرکت پخش بیشتر درآمد کسب کند.

من همیشه در زندگی
آدم خوش شانس
بوده‌ام؛ و هر بار که
این جمله را گفته‌ام،
برایم آمد داشته و
خوشحالم از این بابت

توزیع محصولات تولیدی شرکت داروسازی اکسیر (بروجد) باشد، اما افتاده بود مشکل‌ها، و من با آن که کلا بی‌خبر بودم، اطلاعات لازم را کسب کردم و با آگاهی به سمتش رفتم و پیش خودم گفتم؛ درستش می‌کنم.

*

مشکل چه بود؟ پخش اکسیر اولش قرار بوده که یک پخش اینترنتی باشد، اما بعدش با توزیع داروپخش کار کرده و ۲۰ درصد سهام اکسیر را هم به توزیع داروپخش داده‌اند. توزیع داروپخش جنس‌هایش را به پخش اکسیر می‌داده تا در جاهایی که خودش شعبه ندارد، توزیع کند. این مسئله بعداً، به یک وضعیت قفلی رسیده بود که هیچ‌کس نمی‌توانست بازش کند! آن زمان مدیرعامل قبلی، آقای دکتر سخنور، به یک شرکت



خصوصی رفته بود و سایرین هم در حال استعفا و خروج بودند! کلا هم یک ماشین پرشیا به نام شرکت بود و همه چیز اجاره‌ای! دیدم این‌طوری نمی‌شود، پس به‌قول معروف، گیوه‌ها را کشیدم و خیلی پرشور داخل شدم. سیاست‌هایی را که در پخش رازی تجربه کرده بودیم، در اکسیر پیاده‌سازی کردم؛ دکتر والی و دکتر کمالی هم به درخواستم، جواب مثبت دادند و همراه شدند و آستین‌ها را بالا زدیم...

*

زمان فعالیتیم در پخش اکسیر، سمیناری در هتل شایگان کیش برگزار کردم. آن موقع دکتر حسن نوری از طرف توزیع داروپخش، عضو هیئت مدیره ما بود و همه مدیران عامل

در سمینار دانشجویان دبیر بودم. خانم دکتر نیایش محبی که یکی از استادان درجه یک حوزه داروسازی بالینی هست به‌عنوان دبیر علمی قبول مسئولیت کرد. آقای دکتر امیرحسین حاجی‌میری هم دبیر اجرایی بود. برای سمینار، یک تیم تامین مالی جدا درست کرده بودیم که از شرکت‌ها پول می‌گرفتند. برای اولین بار در تاریخ این سمینار آنقدر پول جمع شد که در آخر به همه کادر برگزاری حقوق دادیم. یک پولی هم در دانشکده گذاشتیم.

لوگوی این سمینار از ۱۳ سال پیش تا الان ادامه پیدا کرده و یک تیم بسیار قوی و قدرتمند از بچه‌های دانشکده داروسازی دانشگاه تهران دور هم جمع شدند و این سمینار را به بهترین شکل برگزار کردند. گفتم که آدم خوش شانسی هستم و...

*

بعد از آن، برای اجرای طرح باید به یک کارخانه داروسازی می‌رفتم. دکتر افتخاری با صراحت گفت؛ همین‌جا، پخش رازی! (می‌خندد) شوک شده بودم! نامه داد که بدهم به آقای دکتر شیبانی، معاون غذاو داروی آن زمان؛ دادم و ایشان هم قبول کردند. بله! من جزو معدود کسانی هستم که طرح را در پخش گذرانده‌ام.

*

بعد از دو سال آقای دکتر اسکندر، مدیرعامل پخش رازی شد، و من از مدیر کالا به مدیریت فروش رفتم (این یعنی یک پله ارتقا). بنده و آقایان هادی کمالی، سیفی و عرفان والی (که در همان ابتدا به‌عنوان مدیر فروش جذب شده بود) به چهار منطقه فروش تقسیم شدیم و...

*

بهمن سال ۱۳۹۱ دکتر بهرامی نوید که از صنعت خودرو آمده بود، مدیرعامل پخش رازی شد. معاونان فروش و بازرگانی قبلی هم رفتند و من در ۲۶ سالگی شدم سرپرست معاونت بازرگانی پخش رازی.

از آن طرف هم همزمان تغییر و تحولاتی در تی‌پی‌کو در حال رخ دادن بود. دکتر کبریایی‌زاده، عضو هیئت‌مدیره تامین اجتماعی شده بود؛ و آقای دکتر شانه‌ساز، مدیرعامل تی‌پی‌کو.

این اثنا، آقای دکتر خوبی هم به گروه داروپخش پیوسته بود (ایشان، هم در مدرسه علوی، استاد نهج البلاغه، و در دوران دانشجویی، استاد راهنمای دانشگاه من بود).

یک روز که خدمت دکتر کبریایی‌زاده رفته بودم، گفت، در پخش اکسیر به نیرو و مدیرعامل احتیاج داریم. من تا قبل از آن، اسم پخش اکسیر را ننشیده بودم، ولی درجا قبول کردم؛ و در امرداد ۱۳۹۳ که به شرکت پخش اکسیر رفتم، جوان‌ترین مدیرعامل شستا در ۲۷ سالگی بودم.

*

گویا از قبل، طرح جمع‌آوری پخش اکسیر در تی‌پی‌کو مطرح شده بود. پخش اکسیر قرار بوده فقط یک شرکت پخش (محدود) برای

بعد از شرکت هجرت به شرکت الحاوی رفتیم، جالب آن که حقوقم درجا ۳ برابر شد! الحاوی هم در آن زمان مشکل داشت؛ و تعدیل نیرو کرده بود. در الحاوی مشکل اصلی را نقدینگی دیدم، چون ارتباطی خوب با پخش‌ها داشتم، در عرض دو ماه اول پول خوبی از پخش‌ها گرفتم. مواد اولیه در خارج از کشور موجود بود و فقط نیاز به پول برای وارداتش داشتیم؛ یکی یکی راه‌ها را رفتیم تا اوضاع خوب شد و...

*

۲۸ اسفند سال ۹۷ دوباره یک نقطه عطف مهم در زندگی‌ام پیش آمد و آقای دکتر سبحانیان به من گفت؛ می‌خواهم در مجموعه، برای پخش تغییراتی بدهم، صلاح است که به این‌جا بیایی. خب اولش کمی تردید داشتم برای ادامه همکاری با الحاوی؛ که در عید همان سال رفع شد و سرانجام از اول اردیبهشت سال ۱۳۹۸ به شفا آزاد آمدم. شفا آزاد در دل یک گروه دارویی به‌نام شفا یاب است، که خودش شامل شرکت شفا یاب گستر، پخش شفا آزاد، داروسازی طب مفید نیکان، داروسازی مداوا و شرکت هلث پارسیان می‌شود؛ و آقای دکتر آذرنوش، مدیرعامل هلدینگ؛ و دکتر سبحانیان نیز، سهامدار اصلی‌اش هستند.

*

در آن زمان شفا آزاد بیشتر محصولات وارداتی شفا یاب و مداوا و کمی هم طب مفید را می‌فروخت. ما در شفا آزاد ۷۰ درصد فروش گروه را داشتیم و حدود ۸۰ درصد اجناس هم وارداتی بود. هشت میلیارد تومان سرمایه شرکت

بود و ۱۰ دستگاه کامیون ایسوزو داشت. آقای دکتر صلواتی که قبل از من مدیرعامل بود، خیلی برای شفا آزاد زحمت کشید. اکنون در مجموعه ماهانه ۱۲۰۰ میلیارد تومان فروش مان هست. ۲۵ درصد فروش از گروه شفا یاب است و ۷۵ درصد سهم سایر تامین‌کنندگان. بالای ۷۰ درصد داروها تولیدی هستند و رتبه اول پخش مکمل کشور و بیشترین میزان فروش مکمل را هم داریم. ما با ۳۵۰ نفر پرسنل شروع کردیم و تا الان ۴۰۰ نفر به شفا آزاد اضافه شده‌اند و حدوداً با ۷۵۰ نفر نیرو کار را ادامه می‌دهیم. ما الان ۵/۵ درصد سهم بازار را در اختیار داریم. هر سال هم رشد داشته‌ایم و در افق سه سال آینده خودمان، شفا آزاد را به عدد ۷ درصد خواهیم رساند.

*

به‌نظر من ما با سه چالش اساسی در صنعت دارویی کشور روبرو هستیم. اولش مسئله نقدینگی است. بخش عمده مشکل هم به مشتریان غیر خصوصی باز می‌گردد. این مشتریان معمولاً

شرکت‌های تامین‌کننده را به کیش دعوت کردم؛ دکتر نقدی (کارخانجات داروپخش)، دکتر منصوری (ابوریحان)، دکتر وزیری (داروسازی اکسیر) و خیلی‌ها در آن سمینار آمدند و دیدند که ۱۵۰ ویزیتور کار می‌کنند و اعتمادی به وجود آمد. از کیش که برگشتیم به نظرم یک نقطه عطفی در پخش اکسیر به‌وجود آمد. تی‌پی‌کو هم حمایت کرد. دوستان هم که این حمایت را دیدند، همگی به شرکت کالا دادند و پخش آنقدر رشد کرد که ما دو سه سال پشت هم ۱۰۰ درصد رشد داشتیم. این‌را هم بگویم که امروز سهم بازار پخش اکسیر، دقیقاً همان ۲/۳ درصد است که از آن بیرون آمدم! اکسیر ظرف سه سال جزو ۱۰ تای اول شد. دفتر مرکزی هم نداشتیم. با سازمان تامین اجتماعی هماهنگ کردیم و یک دفتر قسطی خریدیم و مالک شدیم (همین ملکی که الان هست) و...

*

در همان اثناء، یک روز دفتر دکتر شانه‌ساز رفته بودم که متوجه شدم که من را برای مدیرعاملی پخش هجرت برگزیده‌اند. گویا کمی هم ناراحتی و کارشکنی شده بود! و ایشان گفتند با حفظ سمت، برو به‌عنوان سرپرست پخش هجرت هم مشغول شو.

*

تقریباً یک سالی در پخش هجرت، مدیرعامل بودم. ساختار اداره فروش بازرگانی را تغییر دادم و در مدل پورسانت هم تغییر ایجاد کردم. به‌طوری که فروش و تیم فروش هرچه بیشتر می‌فروختند، بیشتر درآمد کسب می‌کردند. تا این‌که سال ۱۳۹۷

تصمیم گرفتم که از مجموعه جدا شوم. البته تا قبل از آن، یکی دو باری هم استعفا داده بودم.

*

آن روزگار طرح جریان حقوق‌های نجومی، خیانتی به بنگاه‌ها و نهادهای عمومی و دولتی بود. مدیری که از بهره‌وری و زحمات شبانه‌روزی خود متنعم نشود، یا کار نمی‌کند یا برای خودش کار می‌کند!

علاوه بر بحث‌های مدیریتی، درآمدها کاهش یافته بود، قیمت دلار از ۵ هزار تومان به ۱۸ هزار تومان رسیده بود و حقوق مدیران بالا به کمتر از ۱۰۰۰ دلار! این شکل تقلیلی در ضعیف کردن مدیریت‌های مترقی و انگیزه‌مند اثر می‌گذارد. برای همین رفته رفته مدیران طراز اول رفتند و با حقوق‌های چند برابری جذب شرکت‌های خصوصی شدند و اتفاقات نامیمونی در جریان مدیریت عمومی برجای ماند. بگذریم!

*

انبار موجود باشد، اما به دلیل باقی‌ماندن بخشی از پارت قبلی با قیمتی پایین‌تر، عرضه پارت جدید به تأخیر بیفتد! در نتیجه، پول واردکننده بر نمی‌گردد! تولید متوقف می‌شود! و محصول در انبار تاریخ مصرف خود را از دست می‌دهد! می‌بینید؟! انگار یک چرخه معیوب داریم و آگاهانه!...

*

ما در این شرکت سعی می‌کنیم خوش‌حسابی را در اولویت قرار دهیم. همچنین تلاش داریم که داروهای دولتی را نخریم؛ چراکه فرآیند دریافت و تسویه آن‌ها بسیار طولانی و پرهزینه است! در گذشته ما می‌توانستیم با یورو ۵۰۰۰ تومانی، ۱۰۰ میلیون یورو خرید انجام دهیم که وجه آن ۵۰۰ میلیارد تومان می‌شد. اما اکنون همان ۱۰۰ میلیون یورو فرضاً با نرخ ۵۰ هزار تومان به ۵۰۰۰ میلیارد تومان رسیده است! تأمین این مبلغ برای بسیاری از



شرکت‌ها امکان‌پذیر نیست، در نتیجه ارزشها بلااستفاده می‌مانند و نیاز بازار تأمین نمی‌شود!

*

من اگر تصمیم‌گیر و مسئولی بودم، از روی میز مدیران در سایه، تصمیمات را به روی میز مدیران اجرایی می‌آوردم. سازمان غذا و دارو یک نهاد تکنوکرات و غیرسیاسی و فنی است. با افزایش قیمت‌ها است که داروخانه‌ها تا به حال سرپا مانده‌اند؛ وگرنه که همه می‌دانند اوضاع نقدینگی در صنعت اصلاً خوب نیست.

با آزادسازی قیمت دارو موافقم. نه اینکه هر روز قیمت دارو و ارز بالا و پایین بشود. دارو یک چنین کالایی نیست که هر روز قیمت تازه بگیرد، غلط است! سالی یک بار کاملاً علمی، منطقی و درست می‌توان قیمت ارز و دارو را تعیین کرد.

انتظار دارند که داروهای مورد نیاز، مانند انسولین، را تحویل بگیرند و هزینه آن را تا یک سال بعد پرداخت کنند. درحالی‌که واردکنندگان و تولیدکنندگان، داروها را به‌صورت ۹۰ روزه به شرکت‌های پخش می‌فروشند. در این شرایط، من به‌عنوان پخش‌کننده نمی‌توانم داروها را سه ماهه خریداری کرده و یک‌ساله بفروشم. به همین دلیل، در نقطه‌ای باید ایستاد و گفت:

این روش دیگر ممکن نیست!

ما در بخش خصوصی تلاش‌های بیشتری می‌کنیم تا مدیران را متقاعد کنیم. به‌عنوان نمونه، می‌پرسیم که آیا دسترسی مداوم به دارو برایشان اهمیت بیشتری دارد یا راضی نگه‌داشتن برخی مدیران و مسئولان؟! اگر دسترسی مداوم مهم است، باید اجازه دهند دارو به کسانی داده شود که توان پرداخت دارند، حتی اگر داروخانه‌های بزرگ و خوش‌نام در آن دسته نباشند. متأسفانه برخی مسئولان با فشار و اجبار، شرکت‌های پخش را مجبور می‌کنند که به بدهکاران همچنان دارو تحویل دهند!

*

دومین مشکل پلن‌ها (ها) است! دارو اگر زیاد باشد می‌گویند زیاد است و باید پلن بدهیم. به‌عنوان مثال ۱۰۰ هزار عدد ریتالین داریم، می‌گویند که این مقدار زیاد است و باید ۷۰۰۰ تا در ماه بفروشید. همین باعث شده که تعدادی ریتالین منقضی شده روی دست‌مان بماند!

ما در این شرکت سعی می‌کنیم خوش‌حسابی را در اولویت قرار دهیم. همچنین تلاش داریم که داروهای دولتی را نخریم؛ چراکه فرآیند دریافت و تسویه آن‌ها بسیار طولانی و پرهزینه است!

مردم احساس کمبود دارو می‌کنند. به دلیل اینکه کارها همه شده قطره‌چکانی! فکر می‌کنند که دارو نیست و یکی را دوتا می‌خرند. با این پلن‌ها، همه را گیج کرده‌اند. یا وقتی کالا خیلی کم است باز پلن می‌دهیم و می‌گوییم در داروخانه‌های منتخب توزیع شود! باز مردم به زحمت و باید از داروخانه‌های خاص داروی‌شان را تهیه کنند! این‌طوری است که از ترس کمبود، تمام تلاش خودشان را می‌کنند تا تعدادی بیشتر دارو بخرند و...

*

مبحث سوم، بحث قیمت‌گذاری است. علاوه بر این که روش قیمت‌گذاری ما سود کافی برای محصولات در نظر نمی‌گیرد، در برخی مواقع، قیمت‌گذاری‌های جدید به‌موقع اعلام نمی‌شود! برای مثال، ممکن است یک اسپری خاص به تعدادی زیاد در

از طرح پیوند چه میدانید؟

تسویه آنی از محل تسهیلات بانکی بدون بهره و بدون مراجعه به بانک



30

برخورداری از استمهال مزاد بمدت ۳۰ روز

خداحافظی با در دسترهای چک صیادی



امکان تقسیط تسهیلات (۳ تا ۵) قسط به فاصله ۱۰ الی ۱۵ روز

امکان تمديد تسهیلات بعد از سررسید با نرخ بهره ی بانکی



بانک سامان



دکتر علیرضا حبیب زاده
مدرس دانشگاه و مدیر توسعه
گیاهان دارویی شرکت تماد

نگاهی به ظرفیت‌های شگفت‌انگیز گیاهان دارویی این صنعتِ داروهای ضد سرطان است



اشاره:

سرطان دومین علت مرگ‌ومیر در جهان است. در سال ۲۰۲۲ سازمان جهانی بهداشت ۲۰ میلیون مورد جدید ابتلا به سرطان و همچنین ۹٫۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان را به ثبت رساند. طبق پیش‌بینی‌ها در سال ۲۰۵۰، ۳۵ میلیون نفر ابتلا به سرطان و ۱۸٫۵ میلیون مرگ در جهان به ثبت خواهد رسید. این درحالی است که در ایران سالانه ۱۵۰ هزار مورد ابتلا به سرطان در کشور ثبت می‌شود؛ که حدود ۵۵ هزار نفر از هموطنان سالانه بر اثر ابتلا به انواع سرطان فوت می‌کنند!

در گیاهان متنوعی همچون میوه‌ها، چای، قهوه و سبزیجات وجود دارد و در مطالعات مختلف گزارش‌هایی از مهار سلول‌های سرطان مردان و زنان ارائه شده است. رسوراترول (Resveratrol) از دیگر ترکیبات فلاونوئیدی در انگور بوده که بر مرحله شروع، ارتقا و پیشرفت سرطان اثرگذار است. از غنی‌ترین گیاهان حاوی فلاونوئید می‌توان به گونه گیاهی اسکوتلاریا (Sctellaria baicalensis) اشاره کرد که در مطالعات مختلف رشد تومور را تا حدود ۶۰ درصد در سرطان رحم کاهش می‌دهد. با وجود گزارش‌های متعدد در زمینه خاصیت آنتی‌اکسیدان و آنتی‌کنسر ترکیبات مختلف، بسیاری از آن‌ها در مسیر آزمایشات حیوانی یا بالینی و یا در قالب کارهای مطالعاتی قرار گرفته‌اند. اما برخی ترکیبات گیاهی در حال حاضر در دنیا وجود دارد که تمام این مراحل را گذرانده و نقش درمان سرطان را برعهده دارند.

امروزه دانشمندان با بهره‌گیری از روش‌های مختلف، اقدام به درمان و معالجه سرطان می‌کنند. جراحی، رادیوتراپی، ایمونوتراپی، هورمون‌تراپی و در آخر شیمی‌درمانی از روش‌های متداول هستند که هر کدام از آن‌ها عوارض جانبی خود را دارند. روش‌های پیشگیری از سرطان در کنار روش‌های درمان مورد توجه دانشمندان قرار گرفته است. یکی از این گزینه‌ها استفاده از گیاهان دارویی و منابع گیاهی است. مطالعات نشان داده که میوه‌ها، سبزیجات و بالطبع داروهای گیاهی با خصوصیات متنوع فارماکولوژیک، منابع غنی از ترکیباتی همچون فلاونوئیدها، تریپن‌ها، آلکالوئیدها و... هستند که قابلیت پیشگیری و حتی درمان سرطان‌ها را دارند. یکی از مهم‌ترین ترکیبات ضد سرطان فلاونوئیدها هستند. کوئرستین (Quercetin) به‌عنوان یکی از ترکیبات فلاونوئیدی

به نام درخت شاد (Camptotheca acuminata) با فعالیت ضد سرطانی است؛ که برخی از داروهای نیمه مصنوعی آن همچون ایرینوتکان (Irinotecan)، توپوتکان (Topotecan) به صورت هیدروکلراید و روبیتکان در بازارهای بین‌المللی عرضه می‌شود. این داروها در درمان سرطان متاستیک کولورکتان و همچنین درمان سرطان‌های پیشرفته زنان استفاده می‌شود. گردش مالی مشتقات این ترکیب در کشور حدود ۹۰۰ میلیارد ریال است و آخرین ترکیب، پودوفیلوتوکسین است که از بافت گونه‌های Podophyllum استخراج می‌شود. مشتقات نیمه‌سنتزی آن با نام‌های Etoposide, Teniposide در بازار عرضه می‌شود و یک گردش مالی ۳۸۰ میلیارد ریالی را به خود اختصاص داده است. با وجود چنین حجم مالی از ترکیبات گیاهی در داروهای ضد سرطان و اطمینان از این نکته که مواد موثره پایه گیاهی کاملاً وارداتی هستند، سؤالی که مطرح است این است که چرا با وجود ظرفیت گیاهان دارویی مذکور در کشور، وجود دانشمندان برجسته در دانشگاه‌ها و پژوهشکده‌ها اقدامات موثر در تولید چنین مواد موثره‌ای در داخل کشور صورت نگرفته است؟

*

از این ترکیبات می‌توان به ماده موثره تاکسول، آلكالوئیدها گیاه وینکا، ماده موثره کامپتوتسین (Camptothecin) و پودوفیلوتوکسین (Podophyllotoxin) اشاره کرد. این ترکیبات که از سه نوع گونه گیاهی استخراج می‌شوند؛ توانسته‌اند در داخل کشور یک گردش مالی نزدیک ۱۰۰۰ میلیارد تومان را به خود تخصیص دهند و در درمان سرطان‌های مختلف با سطوح پیشگیری متفاوت اثرگذار باشند.

تاکسول به‌عنوان یک ترکیب پیچیده بیوشیمیایی و دارای خاصیت ضد سرطان عموماً از درخت سرخدار استخراج می‌شود. این ماده در سال ۱۹۹۲ و در سال ۱۹۹۴ برای سرطان زنان از FDA تأییدیه گرفت و بعد از آن بر روی سرطان ریه استفاده شد، در حال حاضر محصولات نیمه‌سنتزی این ترکیب با نام‌های Docetaxel Paclitaxel, Cabazitaxel در بازارهای بین‌المللی عرضه می‌شود. این ترکیبات طبق آمارنامه دارویی به مقدار ۲٫۱ میلیون و متوسط گردش مالی سالانه ۵ هزار میلیارد ریال وارد و تولید می‌شوند.

گونه گیاهی دوم آلكالوئیدهای گیاه وینکا (Vinca) با دارا بودن ترکیباتی همچون وین بلاستین (Vinblastine)، وین کریستین (Vincristine) از مواد موثره مهم در داروهای ضد



ترکیبات استخراج شده از سه نوع گونه گیاهی توانسته‌اند در داخل کشور یک گردش مالی نزدیک ۱۰۰۰ میلیارد تومان را به خود تخصیص دهند و در درمان سرطان‌های مختلف با سطوح پیشگیری متفاوت اثرگذار باشند

سرطان هستند. این ترکیبات به صورت وین کریستین سولفات، وین بلاستین سولفات و وینورلین (Vinorelbine) در بازار عرضه می‌شود. وین بلاستین، وین کریستین در درمان کارسینوم زنان به کار می‌رود. وینورلین نیز به‌عنوان یک مشتق نیمه سنتزی وین بلاستین به صورت خوراکی و یا داخل وریدی در برخی از سرطان‌ها همچون ریه کاربرد دارد. گردش مالی این ترکیبات که اعظم آن وارداتی است، ۲۵۰۰ میلیارد ریال است.

ماده موثره کامپتوتسین (Camptothecin) از گونه گیاهی مسلمانا ظرفیت‌های بالای گیاهان دارویی و زیرساخت‌های مناسب دارویی در کشور و بالطبع ارتباط این صنایع با متخصصین می‌تواند منجر به تولید مواد موثره با ارزش که داروهای ضد سرطان یک نمونه از ظرفیت‌های گیاهان دارویی است، منجر شود و با این کار علاوه بر اشتغال‌زایی بالای متخصصان، ارزآوری مناسب برای کشور، تأمین امنیت دارو در شرایط مختلف کشور را فراهم آورد.

*دانشبورد آمارنامه دارویی سازمان غذا و دارو



دکتر مریم اسلامی
پزشک و دکترای تخصصی ژنتیک

فناوری‌ها به کجا رهنمون می‌شوند؟

آینده‌ای روشن برای درمان RNA

همه‌گیری کووید ۱۹ جامعه ما و فناوری را که به آن قدرت می‌دهد، در یک لحظه تغییر داد. ناگهان کار از راه دور، بهداشت از راه دور و یادگیری آنلاین رونق گرفت. پیشرفت‌های زیست‌شناسی RNA از زمان همه‌گیری می‌تواند تأثیر پایداری نیز داشته باشد. آن‌ها وعده درمان‌های سریع، شخصی و انعطاف‌پذیر در برابر بیماری‌های متعدد را می‌دهند. اما این تغییرات تنها در صورتی تحقق خواهند یافت که فناوری بتواند بر موانع جدید غلبه کند. در این مقاله، بررسی خواهیم کرد که آیا درمان‌های RNA می‌توانند پتانسیل کامل خود را تحقق بخشند یا خیر.

درمان RNA یک فناوری امیدوارکننده

درمان‌های RNA از موقعیت اسید نوکلئیک به عنوان یک واسطه در جزم اصلی زیست‌شناسی استفاده می‌کنند. برای تبدیل دستورالعمل‌های ژنتیکی DNA به پروتئین‌های عملکردی مورد نیاز است. با معرفی دستورالعمل‌های RNA سفارشی، می‌توان نقشه‌های نادرست DNA را بازنویسی کرد و محصولات پروتئینی جدیدی تولید کرد. تکنیک‌های کلاسیک تولید دارو که درمان‌هایی با مولکول‌های کوچک تولید می‌کنند، فرآیندهای زمان‌بر هستند. ساختار سطحی مولکول‌ها باید با گیرنده‌های هدف مورد نظر آن‌ها به دقت مطابقت پیدا کند. علاوه بر این، تنها بخشی کوچک از ژنوم انسان برای اهداف دارویی با مولکول‌های کوچک کد می‌کند. چیزی که به درمان‌های RNA برتری می‌دهد این است که ترکیبات پایه آن‌ها به خوبی شناخته شده است.

برایان براون، مدیر مؤسسه ژنومیک Icahn می‌گوید: «ما دقیقاً می‌دانیم که چگونه یک قطعه DNA یا RNA بسازیم تا هر چیزی را که می‌خواهیم رمزگذاری کنیم. RNA می‌تواند ژن‌ها و رونوشت‌های غیر کدکننده را هدف قرار دهد، به این معنی که فضای قابل دارو برای این ترکیبات وسیع است. جعبه ابزاری گسترده برای ساخت RNA به این معنی است که می‌توان درمان‌های جدید را به سرعت طراحی کرد. این ابزارهایی قدرتمند هستند، اما زمانی یک بن‌بست علمی به نظر می‌رسیدند. در آزمایش‌های اولیه، سلول‌هایی که در معرض سازه‌های RNA خارجی بودند، با یک پاسخ ایمنی قوی و بالقوه کشنده واکنش نشان دادند. این مسائل غیرقابل حل به نظر می‌رسیدند تا جایی که محقق mRNA کاتالین کاریکو، به دلیل پیگیری تحقیقاتش در این منطقه، توسط دانشگاه پنسیلوانیا به طور آکادمیک در معرض سیاه‌نمایی قرار گرفت. او با تعویض یک نوکلئوتید از ساختار mRNA با یک آنالوگ اصلاح شده که هیچ التهابی ایجاد نمی‌کند، مولکولی ایجاد کرد که آلارم ایمنی ایجاد نمی‌کرد. کاریکو به خاطر کارش جایزه نوبل فیزیولوژی و پزشکی ۲۰۲۳ را به اشتراک گذاشت. جان کوک، مدیر پزشکی مرکز درمان RNA در هوستون متدیست، می‌گوید: علاوه بر داستانی در مورد ارزش چسبیدن به تفنگ‌های تان، کشف کاریکو همچنین پیشرفتی بود که به زیست‌شناسی RNA کمک کرد و وارد عصر طلایی شود.





داروهای مولکولی کوچک، مانند آسپیرین، به سرعت از بدن خارج می‌شوند، بنابراین اثرات آن‌ها بر بافت‌های خارج از هدف نیز کوتاه‌مدت است. درمان‌های RNA، با شروع یا توقف رونویسی ژن، می‌توانند مدت اثرگذاری طولانی‌تری پیدا کنند

آمیلوئیدوز ارثی مرتبط با ترانس‌تیرتین نورودژنراتیو تایید شد. فناوری LNP RNA درمانی را در پوسته‌های لیپیدی به دام می‌اندازد. این از RNA در برابر نوکلئازها محافظت می‌کند، مولکول را تثبیت می‌کند و به عبور آن از غشاهای چربی دوست کمک می‌کند.

این فناوری در واکسن‌های mRNA کووید فایزر و مدرنا استفاده شد. براون می‌گوید: «من فکر می‌کنم قهرمان گمنام، حداقل واکسن‌های mRNA، واقعاً این سیستم تحویل است. اگرچه فناوری‌هایی مانند LNP دوام درمان‌های RNA را بهبود بخشیده‌اند، اما نمی‌توانند از چالش‌های دیگر در انتقال دارو عبور کنند. میتراگوتری می‌گوید: چالشی که با کمپلکس‌های RNA-LNP در جریان خون مواجه می‌شود، مشابه چالشی است که فردی که در رودخانه‌ای بزرگ با آن روبه‌رو شده است. هدف مجموعه روی «بانک» رگ خونی است، اما آن‌ها فاقد لنگری هستند که آن‌ها را به اندازه کافی نزدیک کند تا به هم متصل شوند. میتراگوتری راهبردی را برجسته می‌کند که در آن LNP‌ها روی گلبول‌های قرمز خون عبور می‌کنند، گلبول‌های قرمز خونی که وقتی اکسیژن را در بافت‌ها پخش می‌کنند به دیواره‌های رگ‌های خونی بر خورد می‌کنند.

«راه‌هایی طراحی کرده‌ایم که به نانوذرات اجازه می‌دهیم به گلبول‌های قرمز خون بچسبند و در آن‌ها گردش کنند. خون برای مدتی طولانی‌تر و قادر به هدف قرار دادن بافت است. اگر این فناوری‌ها پایداری و هدف‌گیری درمان‌های RNA را بهبود بخشند، می‌توانند فوایدی سریع برای سیستم سلامت باشند. کوک برنامه‌ای جدید را در هیوستون متودیسیت با استفاده از واکسن‌های mRNA برای هدف قرار دادن سرطان ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند واکسن‌های جدید را به سرعت ایجاد کند، و کوک می‌گوید که تیم قصد دارد واکسن‌های سرطان را در همان بیمارستان توسعه، تولید و اجرا کند چیزی که او فکر می‌کند برای اولین بار در جهان است. میتراگوتری نیز به همین ترتیب خوش‌بین است. او اشاره می‌کند که داشتن ابزارهای مختلف RNA اعم از mRNA، siRNA، ساختارهای دایره‌ای یا مولکول‌های اتونوبی برای مقابله با چالش‌های بزرگ بیماری‌های انسانی ضروری است. او در پایان می‌گوید: ما به سیدی نسبتاً گسترده از فناوری‌ها برای پشتیبانی از این تنوع برنامه‌ها نیاز داریم.

<https://www.technologynetworks.com/immunology/articles/a-bright-future-for-rna-therapeutics->

از آن زمان انواعی مختلف از درمان‌های بتسا دشمنی‌حارط RNA -من‌یاشامل مولکول‌های تداخل RNA (RNAi) است که می‌تواند رونویسی ژن‌های هدف را مسدود کند. الیگونوکلیوتیدهای آنتی‌سنس که با تولید mRNA تداخل دارند؛ و آپتامرهای RNA، که با میل ترکیبی و ویژگی مطابق با آنتی‌بادی‌ها به اهداف داخل و خارج سلولی متصل می‌شوند. در کنار درمان‌های mRNA این فناوری‌ها طی ۲۰ سال از زمانی که Karikó کد درمان ایمن RNA را شکست، به‌طور مکرر بهبود یافته است. اما این پیشرفت‌ها تا زمان همه‌گیری کووید ۱۹ توسط عموم مردم اعلام نشد. زمانی که زمان توسعه سریع واکسن جدید فرا رسید، درمانگران RNA به این وظیفه گام برداشتند. اکنون، این فناوری به‌طور جدی در کانون توجه عموم قرار دارد. این مشخصات بالاتر باعث پیشرفت توربوشارژر در این زمینه شده است. کوک می‌گوید: از ۱۷ داروی RNA درمانی تایید شده توسط FDA، در ۵ سال گذشته به ۹ مورد آن چراغ سبز داده شده است. چالش جدید به حداکثر رساندن پتانسیل درمانی RNA است.

یک استاد مهندسی زیستی در دانشگاه هاروارد می‌گوید: تحویل درمان‌های RNA به اهداف مورد نظرشان اکنون بزرگترین چالش این رشته است. او می‌افزاید: این مولکول‌ها فوق‌العاده پایدار نیستند. آن‌ها مستعد تخریب‌اند. آن‌ها در مقایسه با سایر روش‌های درمانی بزرگ هستند. هنگامی که تأثیر یک درمان نادرست را در نظر می‌گیرید، این عوامل اهمیتی بیشتر پیدا می‌کنند. داروهای مولکولی کوچک، مانند آسپیرین، به سرعت از بدن خارج می‌شوند، بنابراین اثرات آن‌ها بر بافت‌های خارج از هدف نیز کوتاه‌مدت است.

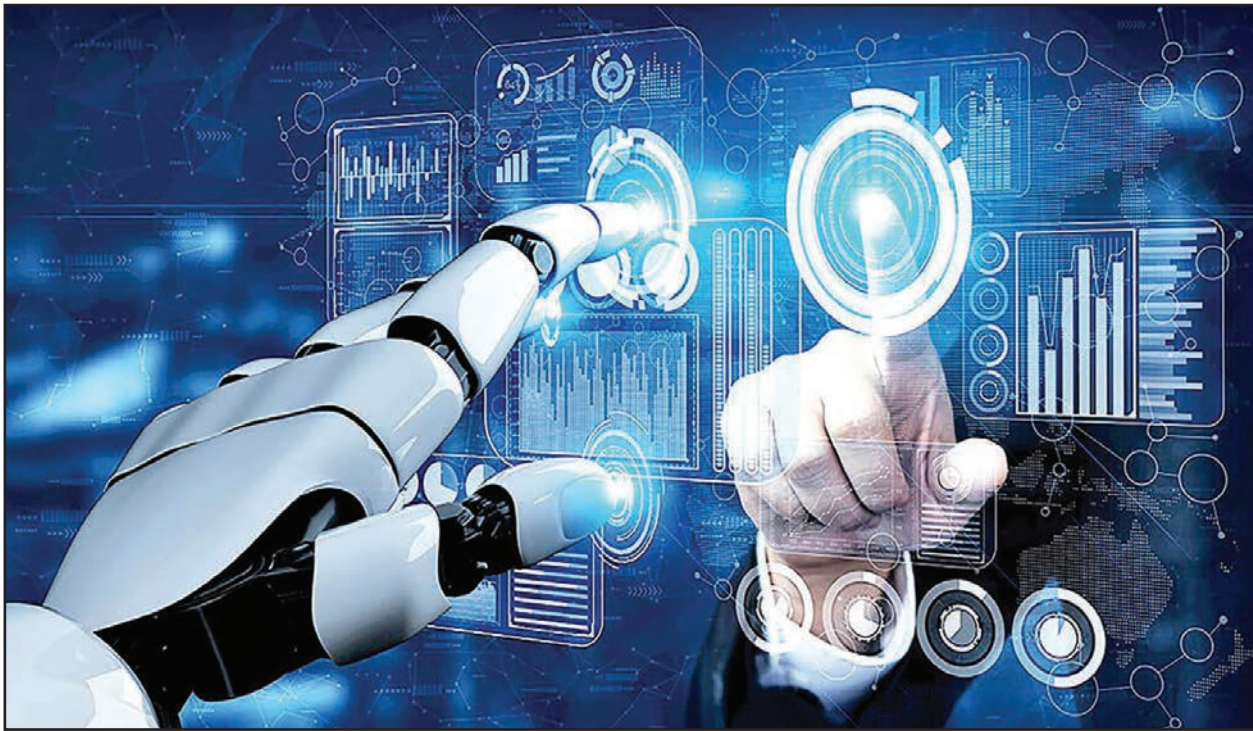
درمان‌های RNA، با شروع یا توقف رونویسی ژن، می‌توانند مدت اثرگذاری طولانی‌تری پیدا کنند. میتراگوتری می‌گوید: «بار اطمینان از این که به‌جای درست می‌رود، واقعاً زیاد است اما قبل از این که آن‌ها بر روی اهداف خود عمل کنند، درمان RNA باید در وهله اول به آن‌ها برسد. این ساده نیست. مولکول‌ها در جریان خون پروتئین‌هایی به نام نوکلئاز هستند که به‌راحتی آن‌ها را تجزیه می‌کنند. راه‌حلی برای این مشکل توسط علم نانو آمده است. فناوری نانوذرات لیپیدی (LNP) جدید نیست. اولین داروی مورد تایید FDA که از این فناوری استفاده کرد - آمفوتریسین B ضد قارچ - بیش از ۳۰ سال قدمت دارد. اما تنها در سال ۲۰۱۸ بود که ترکیب پاتیسیران مبتنی بر RNAi، اولین دارویی که در LNP‌ها کپسوله شد، برای درمان بیماری



دکتر حبیب‌الله افشنگ

نوید فردا و فرداهایی سالم‌تر

فناوری‌های نوظهور در داروسازی و پزشکی



فناوری‌های نوظهور در داروسازی و پزشکی، چشم‌انداز مراقبت‌های بهداشتی را تغییر داده‌اند و از شیوه‌هایی ابتدایی به سیستم‌های پیچیده تبدیل شده‌اند که مراقبت از بیمار را افزایش داده و نتایج درمان را بهینه می‌کنند. این روایت، سفر از طلوع پزشکی تا امروز را دنبال می‌کند و نقاط عطف و نوآوری‌های کلیدی را که این رشته را شکل داده است، برجسته خواهد کرد.

▶ طلوع پزشکی

ریشه‌های پزشکی را می‌توان در تمدن‌های باستانی رد یابی کرد، جایی که نخستین پزشکان بر درمان‌های طبیعی و تکنیک‌های ابتدایی جراحی تکیه می‌کردند. اقدامات مستندی مانند طب سوزنی و داروهای گیاهی زمینه پیشرفت‌های آینده را فراهم کردند. Sushruta Samhita که در حدود ۵۰۰ سال قبل از میلاد نوشته شده است، روش‌های جراحی دقیقی را ارائه می‌دهد که یکی از اولین نمونه‌های دانش پزشکی سیستماتیک است.

با گذشت قرن‌ها، پیشرفت‌هایی مهم پدیدار شد. معرفی واکسیناسیون آبله توسط ادوارد جنر در سال ۱۷۹۶ نویددهنده عصری جدید در پزشکی پیشگیرانه بود. این کار بنیادی راه را برای ایمنولوژی و توسعه واکسن‌هایی هموار کرد که جان افراد بی‌شماری را نجات می‌داد.

▶ انقلاب صنعتی و فراتر از آن

انقلاب صنعتی موجی از پیشرفت‌های تکنولوژیک را در قرن ۱۸ و ۱۹ تسریع کرد. نوآوری‌هایی مانند تکنیک‌های بیهوشی و ضد عفونی‌کننده به‌منصه ظهور رسیدند، که روش‌های جراحی را متحول کردند و امکان انجام روش‌هایی ایمن‌تر و مؤثرتر را فراهم کردند. معرفی جراحی ضد عفونی توسط جوزف لیستر در دهه ۱۸۶۰ میزان عفونت را به‌میزانی قابل توجه کاهش داد، در حالی که کشف اشعه ایکس توسط ویلهلم رونتگن در سال ۱۸۹۵ تصویربرداری تشخیصی را تغییر داد.

داروسازی هم به‌تبع شرایط جدید، شروع به پذیرش این فناوری‌ها کرد و از داروهای ترکیبی به رویکردی سیستماتیک‌تر که شامل دوزها و فرمول‌های استاندارد شده بود، رفت. جداسازی مورفین از تریاک در اوایل قرن ۱۹ نمونه‌ای از این تغییر به سمت درک مواد فعال دارویی بود.

انقلاب دیجیتال

با ورود به اواخر قرن بیستم، ظهور رایانه و فناوری دیجیتال، لحظه‌ای مهم را برای داروسازی و پزشکی رقم زد. پرونده الکترونیک سلامت (EHRs) پدیدار شد که مدیریت داده‌های بیمار را ساده می‌کرد و ارتباطات بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را افزایش می‌داد. این ادغام دیجیتال ایمنی دارو را بهبود بخشید و مراقبت از بیمار را تسهیل کرد. در سال‌های اخیر، نسخه‌نویسی الکترونیکی شتابی بیشتر گرفته است و به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اجازه می‌دهد نسخه‌ها را مستقیماً به صورت الکترونیکی به داروخانه‌ها ارسال کنند. این نوآوری خطاهای مربوط به نسخه‌های دست نویس را کاهش می‌دهد و دقت دارو را افزایش می‌بخشد و در نهایت بیش تر از قبل، ایمنی بیمار را تضمین می‌کند.

نوآوری‌های پیشرفته امروز

امروزه، فناوری‌های نوظهور به تغییر شکل داروسازی و پزشکی با سرعتی بی‌سابقه ادامه می‌دهند. نوآوری‌های کلیدی عبارتند از: **داروخانه از راه دور (تله‌فارمسی)**: این فناوری داروسازان را قادر می‌سازد تا مشاوره از راه دور ارائه دهند، موانع جغرافیایی را از بین ببرند و دسترسی به مراقبت‌های دارویی را برای بیماران در مناطق محروم تضمین کنند.

و افزایش دقت تشخیصی استفاده می‌شود.

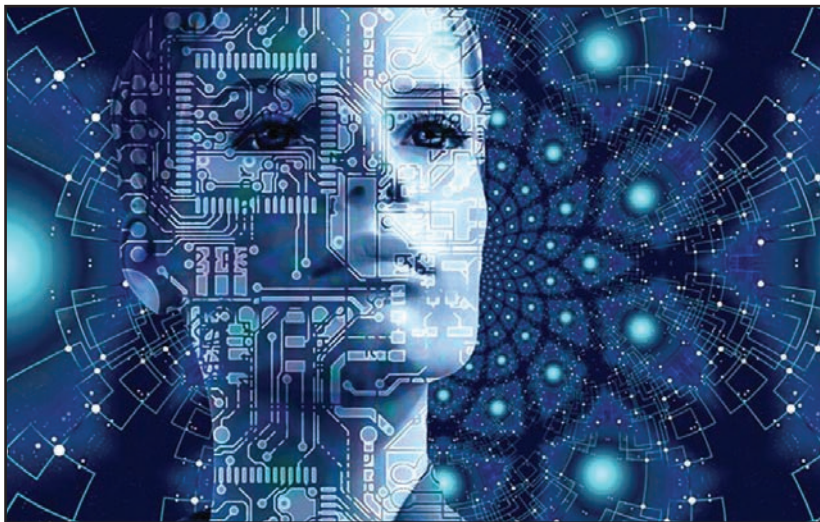
- **اتوماسیون و رباتیک**: از دسته‌بندی داروها تا توزیع دقیق آن‌ها، اتوماسیون عملیات داروخانه را ساده می‌کند. سیستم‌های رباتیک خطای انسانی را کاهش می‌دهند و داروسازان را آزاد می‌کنند تا بیشتر بر مراقبت از بیمار تمرکز کنند.

- **درمان دیجیتال**: این مداخلات مبتنی بر نرم‌افزار، مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد را از طریق برنامه‌های نرم‌افزاری با کیفیت بالا برای پیشگیری، مدیریت یا درمان اختلالات یا بیماری‌های پزشکی ارائه می‌دهند.

همانطور که به آینده می‌نگریم، این فناوری‌ها نه تنها کارایی عملیاتی را افزایش می‌دهند، بلکه نحوه ارائه مراقبت را نیز بازتعریف می‌کنند. ادغام دستگاه‌های پوشیدنی برای نظارت بر سلامت در زمان واقعی، نمونه‌ای از این روند است و به بیماران اجازه می‌دهد تا به طور فعال در مدیریت مراقبت‌های بهداشتی خود شرکت کنند.

نتیجه‌گیری

تکامل داروسازی و پزشکی گواهی بر پیگیری بی‌وقفه بشریت برای دانش و بهبود نتایج سلامت است. فناوری‌های نوظهور صرفاً ابزار نیستند. آن‌ها نشان‌دهنده یک تغییر پارادایم به سمت مراقبت‌های بهداشتی شخصی‌تر، کارآمدتر و در دسترس‌تر



با تجزیه و تحلیل تغییرات ژنتیکی، داروسازان می‌توانند درمان‌های دارویی را برای بیماران جداگانه تنظیم کنند و کارایی درمان را بهینه‌تر کرده و در عین حال عوارض جانبی را به حداقل برسانند

هستند. همان‌طور که ما این سفر را به سمت آینده‌ای دیجیتالی ادامه می‌دهیم، برای متخصصان این حوزه ضروری است که از این نوآوری‌ها استقبال کنند و در عین حال متعهد به ارائه مراقبت‌های بیمار محور با کیفیت بالا باشند.

داستان داروسازی هنوز به پایان نرسیده است. این روایتی است که با هر پیشرفت تکنولوژی تکامل می‌یابد و برای همه فردایی سالم‌تر را نوید می‌دهد.

- **فارماکوژنومیک**: با تجزیه و تحلیل تغییرات ژنتیکی، داروسازان می‌توانند درمان‌های دارویی را برای بیماران جداگانه تنظیم کنند و کارایی درمان را بهینه‌تر کرده و در عین حال عوارض جانبی را به حداقل برسانند.

- **هوش مصنوعی (AI)**: هوش مصنوعی با تجزیه و تحلیل حجمی وسیع از داده‌ها برای بهبود تصمیم‌گیری بالینی، انقلابی در تشخیص و برنامه‌ریزی درمانی ایجاد می‌کند. اکنون از الگوریتم‌های یادگیری ماشین برای پیش‌بینی نتایج بیمار



دکتر حبیب‌الله افشنگ

آینده و لبه برتر ژن درمانی

پیشرفت در فناوری CRISPR

ژن درمانی به‌عنوان یک رویکرد انقلابی برای درمان اختلالات ژنتیکی پدیدار شده است و در خط مقدم این حرکت، فناوری CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) قرار دارد. این ابزار قدرتمند ویرایش ژن در سال‌های اخیر پیشرفت‌هایی چشم‌افسار داشته و منجر به خیزش‌هایی پیشگامانه شده است که نوید تغییر چشم‌انداز پزشکی را می‌دهد.

پیشرفت در فناوری CRISPR

کیستیک، دیستروفی عضلانی دوشن و برخی سرطان‌ها را هدف قرار دهد. به‌عنوان مثال:
- در آزمایشاتی برای فیبروز کیستیک CRISPR برای اصلاح جهش در ژن CFTR استفاده می‌شود.
- برای دیستروفی عضلانی دوشن، محققان در حال بررسی روش‌هایی برای بازگرداندن تولید دیستروفین از طریق ویرایش هدفمند ژن هستند.

پیامدهای اقتصادی

اثرات مالی درمان‌های CRISPR قابل توجه است. Casgevy تقریباً ۲٫۲ میلیون دلار برای هر بیمار آب می‌خورد، اما یک درمان یک‌باره ارائه می‌دهد که می‌تواند هزینه‌های پزشکی مادام‌العمر مرتبط با مدیریت SCD و TDT را (که قریب به بیش از ۵ میلیون دلار در طول عمر بیمار هزینه دارد) حذف کند!
این تغییر به سمت این‌گونه درمان‌ها سوالاتی مهم را در مورد دسترسی و بودجه مراقبت‌های بهداشتی با شیوع بیشتر این درمان‌ها مطرح می‌کند.

نتیجه‌گیری

پیشرفت‌های فناوری CRISPR نشان‌دهنده عصری جدید در ژن درمانی است که از امکانات نظری به سوی درمان‌های ملموسی پیش می‌رود که می‌تواند به‌طرزی چشم‌افسار نتایج بیمار را تغییر دهد. با تحقیقات مداوم و آزمایش‌های بالینی که دامنه شرایط قابل درمان را گسترش می‌دهد، CRISPR به‌عنوان یک چراغ امید برای کسانی است که تحت تأثیر اختلالات ژنتیکی قرار دارند. همان‌طور که ما به پیچیدگی‌های ویرایش ژن ادامه می‌دهیم، ایجاد تعادل بین نوآوری و ملاحظات اخلاقی برای اطمینان از دسترسی به این درمان‌های پیشگامانه برای همه کسانی که به آن‌ها نیاز دارند، بسیار مهم است.

به‌طور خلاصه، سفر فناوری CRISPR تازه شروع شده است. با بیش از ۵۰۰۰ بیماری که به‌طور بالقوه از طریق تکنیک‌های ویرایش ژن قابل درمان هستند، آینده امکانات بی‌سابقه برای علم پزشکی و مراقبت از بیمار دارد.

CRISPR-Cas9، سیستم اصلی ویرایش ژن، به دانشمندان این امکان را می‌دهد که تغییراتی دقیق در DNA ایجاد کنند و به‌طور موثر جهش‌ها را اصلاح کنند یا ژن‌های مضر را خاموش کنند. نوآوری‌های اخیر، مانند ویرایش پایه و ویرایش اولیه، این قابلیت را با ایجاد تغییرات دقیق‌تر بدون ایجاد شکستگی‌های دو رشته‌ای در DNA افزایش می‌دهند. این پیشرفت‌ها اثرات بالقوه خارج از هدف را به حداقل می‌رساند و دامنه شرایط قابل درمان را گسترش می‌دهد.

نقاط عطف در کاربردهای بالینی

سال ۲۰۲۳ با تأیید Casgevy (یک نوع ژن درمانی است که از فناوری CRISPR برای درمان بیماری سلول داسی شکل و بتا تالاسمی وابسته به انتقال خون که با اصلاح سلول‌های بنیادی خون خود بیمار است)، درمانی برای بیماری سلول داسی شکل (SCD) و بتا تالاسمی وابسته به انتقال خون (TDT) یک لحظه مهم برای درمان‌های CRISPR بود. آژانس تنظیم مقررات داروها و محصولات بهداشتی بریتانیا در نوامبر ۲۰۲۳ تأییدیه را درخواست کرد و پس از آن در دسامبر ۲۰۲۳ توسط FDA تأیید شد. این تأیید نه تنها یک پیروزی برای بیمارانی است که از این اختلالات خونی ناتوان‌کننده رنج می‌برند بلکه یک جهش قابل توجه به جلو برای ژن است.

Casgevy - در کارآزمایی‌های بالینی اثربخشی قابل توجهی نشان داده است: در بین ۱۷ بیمار مبتلا به SCD، همه افزایش قابل توجهی در سطح هموگلوبین جنین نشان دادند و حداقل پنج ماه پس از درمان از رویدادهای انسداد عروق عاری بودند. برای بیماران TDT، نتایجی مشابه مشاهده شد که نیاز به تزریق خون منظم را نفی می‌کرد.

گسترش افق

از ژانویه ۲۰۲۴، تعداد ۸۹ آزمایش بالینی در حال انجام با استفاده از فناوری CRISPR در شرایط مختلف وجود داشته که پتانسیل گسترده آن را برجسته می‌کند. تطبیق پذیری CRISPR به آن اجازه می‌دهد تا اختلالات ژنتیکی متعددی از جمله فیبروز

Razak
SINCE 1964
RAZAK, QUALITY, SENIORITY

رازک، کیفیت، قدمت

۶۰ سال
با افتخار
در کنار شما هستیم

یک پرونده ضد دارویی

اکسی کانتین، پوردو فارما، خلاف، اغوا، ثروت و افشا...

یویان شریعتی پناه



اشاره:

اتفاقات تازه و سواستفاده‌های دارویی و پزشکی که این روزها در برخی از بیمارستان‌ها رخ داد، و خبر آن در شکلی گسترده رسانه‌ای شد، ما را بر آن داشت تا پرونده قدیمی خودمان را باز کنیم! لطمات و ضررهایی که برخی از شرکت‌های بزرگ دارویی جهان به انسان زده‌اند! بزرگان و پیشکسوتان ما، نیک می‌دانند که در میان انسان‌های سازنده و رفتارهای ایجابی و کمک به بشریت (این جا دارو)، همواره تعدادی قلیل از افراد و شرکت‌ها هم هستند که مردم نگون‌بخت کشورهای جهان سومی را زمینه مطالعات بالینی و آزمایش‌های مخوف خود می‌کنند و در دو جنگ جهانی دیدیم که چگونه با دنائت و پستی، از آدمی، موش آزمایشگاهی ساختند؛ با انواع آزمایشات دهشتناک روی اسیران؛ و چه جنایت‌هایی را که مرتکب نشدند و...

چندین پرونده داخلی در دهه‌های گذشته‌ی همین ایران خودمان هم گواه است که چه خسارت‌هایی از بعضی از برنده‌های دارویی مهم جهانی به مردم نرسیده است! از پرونده کمک‌های بشردوستانه آلوده دارویی بگیریم تا... بگذریم! در این شماره به یکی پر هزینه‌ترین اتفاقات دارویی و افراد جاعل در آن می‌پردازیم که با فریب و دروغ، یک نسل از افراد را به دام اعتیادی ناخواسته کشاندند و با تقلب و فروش دارویی نامطمئن، ثروتی هنگفت را به جیب زدند، اما سرانجام مانند همه‌ی آن فیلم‌های کلاسیک، در پایان کار رو سیاه و رسوا شدند و نام‌شان با شرم و سرافکنندگی گره خورد... هر چند که به درستی آورده است؛ آدمی از خطاهای خود درس نمی‌گیرد و همواره در زیانکاری است!

روز نمی‌دانست که نام این خانواده، که حجمی قابل توجه از ثروتش را صرف موزه‌ها و گالری‌های زیادی در سراسر دنیا کرده است، در سال ۲۰۱۶ با یک بی‌آبرویی وسیع در عرصه داروهای حاوی مخدر در آمریکا، آلوده و ملوث خواهد شد! یک سال بعد در ۲۰۱۷ بیش از ۷۰ هزار نفر در آمریکا بر اثر اوردوز (مصرف بیش از حد مواد) جان

در سال ۲۰۰۰، زمانی که دکتر ریچارد سکلر به کارکنانش می‌گفت: شما بخشی از افسانه‌ای هستید که در حال شکل‌گیری است، به‌عنوان عضوی از خانواده شناخته شده سکلر، مایل بود خانواده‌اش به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین بنیانگذاران خیریه‌های مشهور در دنیا - شاید نسخه مدرن شده خانواده راکفلر - شناخته شود. اما آن

تسکینی بیمارستان بث اسرائیل در نیویورک، مبالغی هنگفت برای تایید ایمنی مواد اپیوئیدی دریافت کردند!

◀ دستکاری موسسات پزشکی و دانشگاهی

پوردو فارما موسسات پزشکی و دانشگاهی را برای افزایش اعتبار خود دستکاری کرد. این شرکت برنامه‌هایی را در مؤسسات معتبر، تأمین مالی می‌کرد و انجمن‌های آگاهی از درد مردمی جعلی را ایجاد کرد تا استفاده از اکسی کانتین را برای دردهای خفیف، بسیار فراتر از کاربرد اصلی آن برای بیماران ترمینال (خط آخر درمان)، ترویج کند. این کمپین چند جانبه بود و اصطلاحاً با عنوان "دردهای گران" یاد می‌شد، که با نفوذ و استفاده از روابط شخصی در کارمندان FDA صورت پذیرفت و به تایید و ارتقای اکسی کانتین کمک کرد.

◀ تایید FDA و شکست‌های نظارتی

اکسی کانتین در سال ۱۹۹۵ توسط FDA بدون مطالعات طولانی‌مدت یا ارزیابی قابلیت‌های اعتیادآور آن تایید شد. مامور بررسی پزشکی FDA، دکتر کرتیس رایت، به پوردو فارما اجازه داد تا به پیش‌نویس بررسی مامور پزشکی، از جمله عبارت درج بسته، کمک کند و نقشی مستقیم ایفا کند! این درج به طرز مبهم بیان می‌کرد که جذب تاخیری اکسی کانتین، "مسئولیت سوء مصرف یک دارو را کاهش می‌دهد"، ادعایی که بعداً ثابت شد نادرست است و منجر به محکومیت‌های جنایی برای نام‌گذاری نادرست شد.

◀ بحران بهداشت عمومی

بازاریابی و توزیع تهاجمی اکسی کانتین منجر به افزایش قابل توجه اعتیاد به مواد مخدر با نسخه شد. از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۰، نزدیک به ۸۴۱۰۰۰ نفر بر اثر مصرف بیش از حد مواد مخدر در ایالات متحده جان خود را از دست دادند که ۵۰۰۰۰۰ مورد از این مرگ‌ها مربوط به داروهای غیرقانونی و تجویزی بوده است. تخمین زده می‌شود که تقریباً در نیمی از این موارد، اعتیاد به مواد مخدر با تجویز پزشک شروع شد.

◀ تخلفات مالی و پیامدهای قانونی

دعای حقوقی و قضایی پیرامون پوردو فارما و خانواده ساکرها در رابطه با اکسی کانتین پیچیده و طولانی بوده است و چندین پیشرفت کلیدی دارد:

دادند؛ حدود ۷۰ درصد از جان‌باختگان سابقه آشنایی با موادمخدر از طریق نسخه پزشک را داشتند؛ بلکه کاملاً قانونی و دقیق! مقصر اصلی این داستان و هزاران نفر دیگر هم -بی‌اغراق!- کسی نبود جز شرکت پوردو فارما، متعلق به خانواده بسیار ثروتمند، نیکوکار و هنردوست ساکرها! (می‌بینید؟! شاید برای همین مثال‌ها است که مردم، به نیکوکاری هم شک کرده‌اند و الان دیگر غالباً با دیده‌ی تردید به هنرمندان می‌نگرند!)

پوردو فارما یک شرکت دارویی متعلق به خانواده ساکرها است، این شرکت اکنون به دلیل بازاریابی تهاجمی و فریبنده داروی ضد درد اپیوئیدی خود به نام اکسی کانتین، در مرکز یکی از مخرب‌ترین بحران‌های بهداشت عمومی در تاریخ اخیر قرار گرفته است. بیایید کمی به عقب برگردیم.

◀ بازاریابی فریبنده و ارائه نادرست

هنگامی که پوردو فارما، اکسی کانتین را در سال ۱۹۹۶ معرفی کرد، این شرکت یک کمپین بازاریابی تهاجمی راه‌اندازی کرد که پزشکان و بیماران را در مورد ایمنی دارو و پتانسیل اعتیادآور آن گمراه می‌کرد. به نمایندگان فروش دستور داده شد که به پزشکان بگویند که اکسی کانتین اعتیادآور نیست، در درجه اول به دلیل خواص آهسته رهش آن؛ و بعد هم ادعا کردند که فقط افرادی با "شخصیت اعتیادآور" معتاد می‌شوند، اظهاراتی که با شواهد بعدی نادرست بودن آن ثابت شد!

پوردو فارما مبالغی هنگفت را برای تبلیغ اکسی کانتین خرج کرد. تنها در سال ۲۰۰۱، این شرکت ۲۰۰ میلیون دلار برای استراتژی‌های بازاریابی مختلف، از جمله هدف قرار دادن پزشکان با تجویز بالا و حمایت مالی از سمینارهای مدیریت درد که اساساً تعطیلات با پوشش تمام

هزینه‌ها بود، خرج کرد. این تاکتیک‌ها به طوری قابل توجه بر عادات تجویز پزشکان اثر گذاشت و منجر به افزایش نسخه‌های اکسی کانتین شد.

◀ نفوذ و رشوه

این شرکت برای پیشبرد اهداف بازاریابی خود، بیش از ۳۰۰۰ پزشک را برای خدمت در دفتر سخنرانان خود استخدام کرد و به آن‌ها برای تبلیغ اکسی کانتین پول پرداخت. چهره‌های کلیدی پزشکی از جمله "راسل پورتنوی"، دکتر رئیس بخش درد و مراقبت‌های



از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۰،
نزدیک به ۸۴۱۰۰۰ نفر بر
اثر مصرف بیش از حد مواد
مخدر در ایالات متحده جان
خود را از دست دادند که
۵۰۰۰۰۰ مورد از این مرگ‌ها
مربوط به داروهای غیرقانونی
و تجویزی بوده است

◀ تاثیر بر رقبا و بازار

پس از این که پوردو فارما مخارج بازاریابی خود را به دنبال شکایت‌های قضایی کاهش داد، شرکت‌های داروسازی رقیب هزینه‌های خود را برای تبلیغ مواد اپیویدی به همان تجویزکنندگان افزایش دادند. این تغییر منجر به تغییر در کل صنعت نشد، بلکه فرصتی برای رقبا برای پر کردن شکاف بازاریابی ایجاد شده توسط پوردو بود. از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، هزینه‌های رقبا برای فعالیت‌های تبلیغاتی ۱۶۰ درصد افزایش یافت و پزشکانی را که قبلاً اکسی کانتین را تجویز کرده بودند، هدف قرار داد.

◀ میراث و پیامدها

اقدامات پوردو فارما و خانواده ساکالر یک میراث غم‌انگیز به جا گذاشته است. استراتژی‌های بازاریابی تهاجمی و فریبنده آن‌ها اکسی کانتین را به یک داروی پرفروش تبدیل کرد، اما به قیمت جان صدها هزار نفر.

نفوذ این شرکت فراتر از جامعه پزشکی بود و نام آن‌ها زمانی دانشگاه‌ها، مراکز پزشکی دانشگاهی و موزه‌ها را زینت می‌داد. با این حال، با آشکار شدن حقیقت در مورد نقش آن‌ها در اپیدمی مواد اپیویدی، این مؤسسات نام ساکالر را از ساختمان‌ها و برنامه‌های خود حذف کردند.

به طور خلاصه، اقدامات پوردو فارما از طریق اپیدمی مواد اپیویدی صدماتی جبران ناپذیر به بشریت وارد کرده است. بازاریابی فریبنده این شرکت، نفوذ بر متخصصان پزشکی، دستکاری فرآیندهای نظارتی، و سوء رفتار مالی، همگی بدل به یکی از مخرب‌ترین بحران‌های بهداشت عمومی در تاریخ اخیر شده‌اند. میراث پوردو فارما یادآور خطرات اولویت دادن به سود بر اخلاق و سلامت عمومی است.

تسویه ورشکستگی و مصونیت برای ساکالر: پوردو فارما در سال ۲۰۱۹ در تلاش برای حل و فصل هزاران پرونده قضایی علیه خود، برای ورشکستگی اقدام کرد؛ و به عنوان بخشی از روند ورشکستگی، پیشنهاد شد که تا ۱۲ میلیارد دلار در طول زمان بپردازد که تا ۴٫۵ میلیارد دلارش از ثروت خانواده ساکالر تامین می‌شد. با این حال، این توافق همچنین شامل مقرراتی بود که به خانواده ساکالر در برابر دعاوی مربوط به مواد اپیویدی در آینده مصونیت می‌داد.

◀ حکم دیوان عالی کشور

در ۲۷ ژوئن ۲۰۲۴، دادگاه عالی ایالات متحده علیه این طرح حل و فصل حکم داد و به طور ویژه مقرراتی را که خانواده ساکالر را از مسئولیت قانونی محافظت می‌کرد، رد کرد. دادگاه اعلام کرد که دادگاه ورشکستگی، صلاحیت تایید آزادی غیر توافقی شخص ثالث را ندارد، زیرا بدون رضایت مدعیان متضرر، ادعاهای علیه خانواده ساکالر را رفع می‌کند. این تصمیم به این معنی بود که خانواده ساکالر نمی‌توانست از روند ورشکستگی برای به دست آوردن مصونیت از دعاوی مربوط به مواد اپیویدی استفاده کند.

◀ پیامدهای مالی

در حالی که نتیجه مالی دقیق هنوز مشخص است، خانواده ساکالر قبلاً موافقت کرده بودند که ۴٫۳ میلیارد دلار به این تسویه حساب کمک کنند. با این حال، بدون شرط مصونیت، ممکن است آن‌ها ملزم به پرداخت بیشتر برای تسویه دعاوی علیه خود شوند. وجوه تسویه حساب کلی، که حدود ۶ میلیارد دلار تخمین زده می‌شد، اکنون در حالت تعلیق قرار گرفته است، که به طور بالقوه امدادسانی به دولت‌های ایالتی و محلی و افراد آسیب‌دیده از بحران مواد اپیویدی را به تاخیر می‌اندازد.



صورت کریه فساد دوباره رخ نمود!



دکتر ژانت سلیمانی



نه می توانم تایید کنم و نه تکذیب! ما این جا زندان و دادگاه نداریم، با این خانم قطع همکاری کرده و او را به دستگاه قضایی معرفی کرده ایم؛ و از وضعیت پرونده اش بی خبر هستیم. ما این جا حراست و پلیس مستقر داریم، ولی دادگاه و زندان نداریم و حوزه ی درمان بیش از این، اختیاری ندارد.» پس سوال این است که وجه تسمیه نیروهای یادشده چیست؟! *

از طرف دیگر حسین عبدلی، نماینده و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس که در گفت و گو با خبرنگاری مهر، ارزش دولتی را مقصر اصلی معرفی کرده بود، در بخشی از حرف هایش گفته: «نسخه الکترونیک باید برای تمام داروها درست شود و فقط از طریق پزشک تجویز و مصرف شود، اما این تخلف قطعاً خارج از قاعده بوده و خیانت انباردار یا یکی از پرسنل را شاهد بوده است.» این حرف در کنار شایعات، دزدی از انبار و داروهای بخش بستری را تایید می کند که ممکن است ۷-۸ سال طول کشیده باشد، (پس این فساد کی ریشه کن می شود؟)، به ویژه آن که سوپروایزری با سابقه، عامل اصلی بوده، برعکس بیمارستان تبریز که یک کمک بهیار خاطی اصلی معرفی شده است. *

بیمارستان شریعتی یک مرکز دولتی و زیرمجموعه ی دانشگاه علوم پزشکی تهران است، مردم حق دارند اطلاعات دقیق و درستی از طول مدت این تخلف و داروهای سرقتی و حتی ارزش مالی آن ها اخذ کنند، ولی این مجموعه، تنها به دادن یک خبر کلی و بدون توضیحات کافی اکتفا کرده است! می بینید؟! ما حق داریم بپرسیم که پس این فساد کی ریشه کن می شود؟

خبر خروج داروهای سرطانی از بخش شیمی درمانی بیمارستان شریعتی تهران را درست چند روز پس از خبر تزریق آب مقطر به جای داروی شیمی درمانی در بیمارستان ولیعصر تبریز یادتان هست؟! می بینید گاهی خیلی زود برای مباحث مطروحه (پس این فساد کی ریشه کن می شود؟)، سند جور می شود!

کاش البته هرگز از این سندها نبینیم و قلبمان به درد نیاید. اما این بار بمب اصلی، خروج داروی بیماران بی پناه سرطانی در بیمارستان سانتر پیوند استخوان کشور بود؛ خبری تاسف بار که واقعیت هم داشت و بغض آدمی را می ترکاند! *

جعفری، مدیر تخصصی ترین سانتر بیماران پیوند استخوان کشور، پزشک عمومی از دانشگاه آزاد است. شاید الان بیش تر حق داریم که بپرسیم انتصاب های وزیر و مسئول مربوطه در دوره گذشته با درمان تخصصی کشور چه کرده اند؟! *

خروج دارو از بیمارستان شریعتی تهران و تزریق آب مقطر به جای داروی سرطان در بیمارستان ولیعصر تبریز، دو اتفاقی هستند که از ابتدای دی ماه درباره ی تخلف دارویی در مراکز درمانی خبرساز همین طور گردیدند و گشتند و قلبها را به درد آوردند.

در هر دو مرکز درمانی، داروهای بیماران سرطانی به صورت غیرقانونی از بیمارستان خارج و در بازار آزاد فروخته می شد. تعدادی از کارکنان و کادر درمان عامل این تخلفها بوده اند که خبرهایی از بازداشت و آزادی آن ها به قید وثیقه هم منتشر شده است.

محمدیان، مسئول روابط عمومی بیمارستان شریعتی در مورد خبر آزادی متهم اصلی پرونده به قید وثیقه گفت: «من هم شنیدم ولی



دکتر حبیب‌الله افشنگ

نگاهی به روش سازمان‌های بیمه‌ای

بیمار به داروخانه وصل است، داروخانه به بیمه، و بیمه به مردم و این چرخه نمی‌چرخد!



بیمه‌ها از کجا بیمه می‌شوند؟! نظام آن‌ها چیست؟! و چرا در حالی که حسب تعاریف و ماموریت‌های‌شان، باید خیال‌ذی‌نفعان و بیمه‌شدگان را از خودشان راحت کنند، بدل به اضطرابی تازه در بیماران می‌شوند و باری تازه بر دوش بستگان بیمار؟! این‌ها و هزاران سوال دیگر از بیمه‌ها ما را رنج می‌دهد و اساساً این حوزه متولی مشخصی هم ندارد! اگر شما سازمان تامین اجتماعی را مورد سوال قرار دهید، آن‌ها یک جوری صحبت می‌کنند که بهتر می‌بینی واردش نشوی، و اگر سایر حوزه‌ها را به چالش و پرسش بکشی، فرار از سوال را خواهید دید، اما جواب، نه!

بگذریم! ما برای قدم اول در این شماره و در مطلب بعدی نگاهی به بیمه مدیگر می‌اندازیم و قبل‌تر، همین‌جا وقایع جاری را برانداز می‌کنیم. این تازه آغاز یک جریان مباحثه‌ای است. تاروی که انشالله همه‌ی بیمه‌ها، یکی شوند و نظام بیمه‌ها در ایران آنچنان سامان بگیرند که هر کودک ایرانی از بدو تولدش زیر پوشش بیمه برود و نیازی به ارائه هزاران کپی شناسنامه و تشکیل پرونده و چه و چه در طول عمرش به مراجع نباشد. مثل آن کسی که کارت ملی‌اش را می‌گیرد، و این، به منصفی داشتن بیمه تامین خدمات درمانی عمل شود و...

اقصی نقاط جهان به حساب می‌آید. اتفاقاً ما به این باور هم رسیده‌ایم که توان داروسازان ایرانی هم بسیار زیاد است و تعدادی از آن‌ها حتی جزو دانشمندان یک درصد برتر هستند، و ما به آن‌ها افتخار می‌کنیم و... و می‌توان این تعاریف را همچنان هم ادامه داد...؛ اما موضوع این است که ما رفته‌ایم داروخانه و دست خالی بازمی‌گردیم! حالا دیگر

نخستین مواجهه جدی بیمه‌شدگان ایرانی در دارو و در داروخانه‌ها تعریف می‌شود و شکل می‌گیرد. رفت‌های به داروخانه، و چشم‌های منتظر و ملتمس‌ات را دوخته‌ای به دکتر داروساز، که ناگهان با بی‌حوصلگی می‌گوید: موجود نیست! شامل بیمه نمی‌شود! سیستم قطع است! و... دارو یک کالای استراتژیک، نه در ایران که در تمامی

جالب آن که در کشاکش حرف‌های سازمان تامین اجتماعی، که می‌گوید از دولت مطالبه داریم، و در صورتی که دولت آن را پرداخت کند، مطالبات داروخانه‌ها هم پرداخت خواهد شد، مردم فراموش می‌شوند! بیمار به داروخانه وصل است، داروخانه به بیمه، و بیمه به مردم و این چرخه معیوب‌تر از قبل! هنوز البته به بخش تولید داروی ایرانی (که ما تحریم هم هستیم و داروی تولید داخلی ما هم عالی است و می‌دانیم) نرسیده‌ایم.

◀ ۶۰ درصد پرداخت از جیب مردم!

از کمبودها بگذریم! حرف ما حرف مردم است. طبق گزارشات، سهم پرداختی از جیب مردم در مورد خدمات دارویی به دلیل عدم پوشش مناسب هزینه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر به بیش از ۶۰ درصد رسیده است، در حالی که هدف طرح دارویار، کاهش این سهم به ۲۵ درصد بوده است! آیا زبان آمار برای شما کافی نیست؟! این آمار و وضعیت ناخوشایند بیمه‌ها برای مردم، منهای کمبودها و تاخیرهای پرداخت، نشان‌دهنده نیاز فوری به اصلاحات ساختاری و مدیریتی در سازمان‌های بیمه‌گر برای بهبود خدمات‌رسانی به بیمه‌شدگان است.

این که، دارو و داروساز چه هستند و چه نیستند، اهمیتی ندارد! بیمار ما منتظر دارو است...

*

وقتی با طیف داروسازان و یا حتی همان موسسان داروخانه‌ها صحبت می‌کنیم (که این چه وضعی است؟!)، همگی آن‌ها اصطلاحاً توپ را شوت می‌کنند به زمین بیمه‌ها! مقصر بیمه‌ها هستند که...

*

مع الوصف به‌سادگی می‌توان دریافت که این نظام سلامت کشور است که طی چند سال اخیر در تخصیص و هزینه‌کرد اعتبارات پیش‌بینی شده برای حوزه سلامت ناکارآمد بوده و این بدان معناست که همان مقدار منابعی که دولت به حوزه سلامت اختصاص داده است، منجر به کاهش پرداختی از جیب مردم نشده است که هیچ، دارو هم از داروخانه‌ها رخت بر بسته است!

*

موسسان داروخانه‌ها غالباً سازمان‌های بیمه‌گر، و به‌ویژه بیمه تأمین اجتماعی را مقصر این نابسامانی‌ها می‌دانند.

در سال‌های اخیر این سازمان با چالش‌هایی بسیار جدی در تأمین مالی مطالبات داروخانه‌ها روبرو بوده است؛ و منهای بی‌اعتمادی غریبی که در ذی‌نفعان خود؛ به‌دلیل ناکارآمدی در



وقتی با طیف داروسازان و یا حتی همان موسسان داروخانه‌ها صحبت می‌کنیم (که این چه وضعی است؟!)، همگی آن‌ها اصطلاحاً توپ را شوت می‌کنند به زمین بیمه‌ها! مقصر بیمه‌ها هستند که...

نمی‌خواهیم زحمت بی‌امان مردان بزرگ سازمان تامین اجتماعی و سایر بیمه‌ها را نادیده بگیریم. دلیلی ندارد که انگشت اتهام را به روی دیگران بگیریم. اما مردم ما می‌توانند از این وضعیت شکننده‌هایی یابند به‌شرطی که همه بخواهند با یک تصمیم خوب به این وضعیت بسیار بسیار آشفته و نابسامان پایان دهند. از این چرخه باید عبور کرد و گر نه که روز به روز بر مشکلات این حوزه‌ها افزوده خواهد شد.

ارزشمند کردن بیمه‌شدن ایجاد کرده؛ اکنون هم با طیفی دیگر از نظام و چرخه سلامت رویاروی پیدا کرده است!

*

اکنون بیش از دو هزار میلیارد تومان چک برگشتی روی دست داروخانه‌ها مانده است؛ و ماه‌هاست که این بدهی‌ها پرداخت نشده و رو به افزایش است! خب! حالا هم موسسان داروخانه‌ها، هم مردم و ذی‌نفعان و هم شرکت‌های تولیدی ناراضی‌اند! آیا نمی‌توان برای آن فکری کرد؟!*

*



دکتر حبیب‌الله افشنگ

بیمه مدیکر؛ راه نجات میلیون‌ها سالمند و افراد تحت پوشش



هیچ می‌دانستید که در سال ۲۰۲۲، مدیکر به بیش از ۶۵ میلیون نفر؛ از جمله بیش از ۵۷ میلیون سالمند ۶۵ سال و بالاتر؛ بیمه درمانی ارائه کرده است؟

بله! این یک برنامه تاریخی است که در سال ۱۹۶۵ بنیاد نهاده شده است.

مدیکر فقط یک برنامه بیمه درمانی ساده هم نیست، یک راه نجات حیاتی برای میلیون‌ها آمریکایی به حساب می‌آید. با بالا رفتن سن جمعیت و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، موضوع مدیکر به طرز فزاینده مورد بحث قرار گرفته است. درک این پیچیدگی‌ها برای ذی‌نفعان و سیاست‌گذاران البته که ضروری است، زیرا آینده مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده را شکل می‌بخشد.

قبل از مدیکر، بیش از نیمی از آمریکایی‌های ۶۵ ساله و بالاتر بیمه نشده بودند (بخشی قابل توجه از سالمندان آمریکایی فاقد بیمه درمانی بودند). در سال ۱۹۶۳، تنها حدود ۵۶ درصد از افراد ۶۵ سال و بالاتر از بیمه بیمارستان برخوردار بودند، در حالی که این رقم برای افراد زیر ۶۵ سال ۷۵ درصد بود). فقدان پوشش به این معنی است که بسیاری از سالمندان در صورت نیاز به مراقبت‌های پزشکی با عواقب مالی بدی مواجه می‌شوند. فشار برای سیستم بیمه سلامت ملی از اوایل دهه ۱۹۴۰ آغاز شد، اما در دهه ۱۹۶۰ به دلیل حمایت از رهبران سیاسی مختلف، از جمله رئیس‌جمهوران هری ترومن و جان اف کندی، شتابی بیشتر گرفت.

◀ یک مرور، پیشینه و توسعه تاریخی

نقاط عطف کلیدی منجر به ایجاد مدیکر:

۱۹۴۵: هری ترومن صندوق بیمه سلامت ملی را پیشنهاد کرد. (ترومن در سال‌های بعد هم با پهلوی دوم در ایران بر اساس پیشرفت‌های بهداشتی، برنامه‌ای را تصویب و به اجرا رساند که به اصل ۴ ترومن در ایران شهرت یافت).

۱۹۶۱: یک کارگروه برنامه بیمه سلامت ملی را به‌طور خاص برای سالمندان توصیه کرد.

۱۹۶۵: لیندون بی. جانسون مدیکر را امضاء کرد که دستاوردی

مهم در سیاست مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده محسوب می‌شود.

مدیکر در ابتدا شامل دو بخش اصلی بود: بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی) که با هم پوششی جامع را برای اقامت در بیمارستان و مراقبت‌های سرپایی ارائه می‌کردند؛ و عمدتاً هم توسط دولت فدرال از طریق منابع مختلف تأمین می‌شدند.

*

از آنجا که مدیکر مزایای تعیین شده قانونی را ارائه می‌دهد، سیاست‌های پوشش و نرخ‌های پرداخت آن به‌طور عمومی شناخته شده است و همه ثبت‌نام‌کنندگان حق دارند از پوششی یکسان برخوردار شوند.

در بازار بیمه خصوصی، برنامه‌ها را می‌توان طوری تنظیم کرد که مزایایی متفاوت را به مشتریان مختلف ارائه دهد و افراد را قادر می‌سازد تا هزینه‌های پوشش را کاهش دهند و در عین حال خطراتی را برای مراقبت‌هایی که تحت پوشش قرار نمی‌دهند، متقبل شوند. با این حال بیمه‌گران، افشای بسیار کمتری نسبت به مدیکر دارند، و مطالعات نشان می‌دهد که مشتریان در بخش خصوصی، به سختی می‌فهمند که بیمه‌نامه آن‌ها چیزی را پوشش می‌دهد یا نه؟! و اگر بله؛ به چه قیمتی؟

◀ مدیکر، واجد شرایط بودن و ثبت‌نام

واجد شرایط بودن برای مدیکر به چندین معیار بستگی دارد:

سن: افراد ۶۵ یا بالاتر واجد شرایط هستند. این شامل شهروندان و مقیمان قانونی ایالات متحده می‌شود.

سابقه کاری: افراد یا همسران‌شان باید حداقل ۱۰ سال کار کرده باشند. (یا ۴۰ فصل در مشاغلی که مالیات مدیکر پرداخت می‌کردند.)

از کار افتادگی: افراد زیر ۶۵ سال در صورتی می‌توانند واجد شرایط باشند که بیمه از کار افتادگی تامین اجتماعی (SSDI) یا مزایای از کار افتادگی بازنشستگی راه‌آهن را به مدت ۲۴ ماه دریافت کرده باشند.

علاوه بر این، افرادی که مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) یا مرحله پایانی بیماری کلیوی (ESRD) تشخیص داده شده‌اند، بدون در نظر گرفتن سن، واجد شرایط هستند.

نکته پر اهمیت: از سال ۲۰۲۴، تقریباً ۳۲.۸ میلیون نفر در برنامه‌های مزیت

مدیکر ثبت‌نام کرده‌اند که ۵۴٪ از جمعیت واجد شرایط مدیکر را تشکیل می‌دهد.

◀ محدودیت‌ها و استثناها:

در حالی که مدیکر پوشش‌های گسترده را ارائه می‌دهد، اما محدودیت‌ها و استثنائاتی قابل توجه هم وجود دارد: تسهیم هزینه؛ ذی‌نفعان اغلب با پرداخت مشترک و بیمه مشترک

از زمان آغاز به کار، مدیکر دستخوش تغییراتی قابل توجه برای انطباق با چشم‌انداز در حال تکامل مراقبت‌های بهداشتی بوده است. این برنامه که در ابتدا صرفاً بر روی خدمات بیمارستانی و سرپایی متمرکز بود، رفته‌رفته، توسعه یافت و بدل به مزیت مدیکر شد که به دلیل گزینه‌های پوشش جامع و مزایای اضافی مانند بیماری‌های چشمی و مراقبت‌های دندان‌دانی در بین مردم، محبوبیتی بیشتر یافت. مثلاً در سال ۲۰۲۵، متوسط ذی‌نفعان مدیکر به ۴۲ گزینه مختلف افزایش خواهد یافت، و این کاملاً توضیح‌دهنده روندهای این مجموعه است.

◀ تفاوت بین مدیکر اصلی و مزیت مدیکر

اکنون مدیکر به ۴ بخش تقسیم شده است:

بخش A (بیمه بیمارستان): اقامت و بستری در بیمارستان، مراقبت پرستاری، مراقبت آسایشگاهی و برخی خدمات بهداشتی در منزل را پوشش می‌دهد.

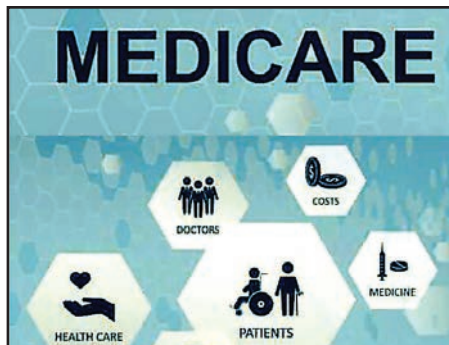
بخش B (بیمه پزشکی): مراقبت‌های سرپایی، ویزیت پزشک، خدمات پیشگیرانه و تجهیزات پزشکی بادوام مانند ویلچر را پوشش می‌دهد.

بخش C مزیت مدیکر (Medicare Advantage): با بسته‌بندی پوشش بخش A و بخش B از طریق شرکت‌های بیمه خصوصی، جایگزینی برای مدیکر اصلی ارائه می‌دهد. بسیاری از برنامه‌های مزیت مدیکر دارای مزایای اضافی مانند پوشش بینایی و دندانپزشکی نیز هستند.

بخش D (پوشش داروهای تجویزی): قسمت D پوشش اختیاری داروهای تجویزی را از طریق طرح‌های خصوصی ارائه می‌دهد. ذی‌نفعان البته می‌توانند انتخاب کنند که در یک طرح دارویی مستقل ثبت‌نام کنند یا یک طرح مزیت مدیکر را که شامل پوشش دارویی هم می‌شود، انتخاب کنند.

◀ راستی‌آزمایی!

طبق قانون، مدیکر فقط می‌تواند برای اقلام و خدماتی هزینه بردارد که «معقول و ضروری برای تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب یا بهبود عملکرد یک عضو بدشکل بدن هستند»، مگر اینکه مجوز قانونی دیگری برای پرداخت باشد.



طبق قانون، مدیکر فقط می‌تواند برای اقلام و خدماتی هزینه بردارد که «معقول و ضروری برای تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب یا بهبود عملکرد یک عضو بدشکل بدن هستند»، مگر اینکه مجوز قانونی دیگری برای پرداخت باشد

مواجه می‌شوند. به‌عنوان مثال، مدیکر سنتی محدودیتی برای هزینه‌های خارج از جیب ندارد، که می‌تواند منجر به هزینه‌هایی قابل توجه برای ذی‌نفعان مبتلا به بیماری‌های مزمن شود.

◀ هزینه‌های مرتبط با مدیکر

همان‌طور که سال ۲۰۲۵ را شروع کرده‌ایم، درک هزینه‌های مرتبط با مدیکر برای ذی‌نفعان و خانواده‌های آن‌ها بسیار مهم است؛ حق بیمه، فرانشیز، و پرداخت‌های مشترک. در سال ۲۰۲۵، چشم‌انداز مالی مدیکر شاهد تغییراتی قابل توجه در حق بیمه‌ها و فرانشیزها خواهد بود:

اول. برای مدیکر قسمت A (بیمه بیمارستان): حق بیمه صفر دلار خواهد بود.

دوم. برای قسمت B (بیمه پزشکی): حق بیمه تا ماهانه به ۱۸۵ دلار افزایش یافته است (۱۰ دلار بیشتر از پارسال).

سوم. مدیکر قسمت C: میانگین حق بیمه ماهانه برای سال ۲۰۲۵ حدود ۱۷ دلار است.

توضیح: بسیاری از ذی‌نفعان ممکن است نتوانند از عهده این هزینه‌ها برآیند. مدیکر چندین برنامه کمک مالی در دسترس دارد:

مدیک‌اید (Medicaid): برای افراد کم درآمد می‌تواند به پوشش هزینه‌های‌شان کمک کند.

پس‌انداز مدیکر (MSPs): این برنامه به پرداخت حق بیمه و سایر هزینه‌های خارج از جیب کمک می‌کند.

چهار نوع هم MSP وجود دارد:
۱- ذی‌نفع مدیکر واجد شرایط (QMB)
۲- ذی‌نفع مدیکر با درآمد پایین (SLMB)

۳- واجد شرایط فردی (QI)
۴- واجد شرایط معلولان و افراد شاغل (QDWI).

چهارم. قسمت D برنامه کمک اضافی: این برنامه به پوشش هزینه‌های داروهای تجویزی کمک می‌کند، تا حق بیمه، فرانشیز، و پرداخت‌های مشارکتی برای افراد واجد شرایط بر اساس درآمد و منابع پرداخت شود.

توضیح: شرایط سلامت فعلی و نیازهای مراقبت‌های بهداشتی پیش‌بینی شده را در نظر بگیرید. به‌عنوان مثال، اگر انتظار باز دیده‌های مکرر از پزشک دارید یا نیاز به مراقبت‌های تخصصی، یک طرح مزیت مدیکر با شبکه گسترده‌تر ممکن است برای شما سودمند باشد.

◀ تغییرات اخیر، روندهای آینده، و چالش‌های پیش روی مدیکر

از ژانویه ۲۰۲۵، مدیکر در حال عبور از دوره‌ای است که به‌روزرسانی‌های قابل توجه و مدل‌های ارائه مراقبت‌های نوآورانه مشخص می‌شود. در حالی که به‌طور همزمان با چالش‌های حیاتی مرتبط با پایداری مالی و نابرابری‌های دسترسی مواجه است. قوانین اخیر تغییراتی قابل توجه را در مدیکر ایجاد کرده که بر ذی‌نفعان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اثرگذار است:

الف. قانون امداد آمریکا: این قانون که در ۲۰ دسامبر ۲۰۲۴ به تصویب رسید، چندین برنامه مراقبت‌های بهداشتی را تا مارس ۲۰۲۵ تمدید کرد، از جمله معافیت‌های بهداشتی از راه دور در دوران همه‌گیری. با این حال، پرداخت‌های پزشکان را کاهش نداد و منجر به کاهش درآمدی

۲.۸۳٪ در پرداخت‌ها برای سال ۲۰۲۵ شد. این پنجمین سال متوالی کاهش پرداخت‌ها برای پزشکان همکار مدیکر است که فشارهای مالی بر روی فعالیت‌های پزشکی را تشدید می‌کند.
ب. اصلاحات بخش D: قانون کاهش تورم به تغییر شکل بخش D مدیکر ادامه می‌دهد. از سال ۲۰۲۵، ذی‌نفعان در مرحله پوشش پس از پرداخت هزینه‌ها، اشتراک‌گذاری خواهند داشت. هدف این کاهش، رفع سردرگمی در بین ذی‌نفعان است.

ج. به‌روزرسانی مزیت مدیکر: با این پیشنهاد، برای سال ۲۰۲۵ افزایش متوسط پرداخت هزینه‌ها را تا سقف ۳.۷٪ خواهند داشت که مبلغی می‌شود بالغ بر ۱۶ میلیارد دلار بودجه اضافی!

* تغییرات

مراقبت مبتنی بر ارزش: تغییر به سمت مدل‌های مراقبت مبتنی بر ارزش بر کیفیت بر کمیست تاکید دارد. برنامه‌هایی مانند سازمان‌های

مراقبت پاسخگو (ACOs) ارائه‌دهندگان را تشویق می‌کنند تا مراقبت‌هایی با کیفیت بالا ارائه دهند و در عین حال هزینه‌ها را به‌طور موثر مدیریت کنند.

گسترش بهداشت از راه دور: همه‌گیری، پذیرش خدمات بهداشتی از راه دور تحت مدیکر را تسریع کرد. به‌روزرسانی‌های اخیر بسیاری از خدمات بهداشتی از راه دور را دائمی کرده است و دسترسی ذی‌نفعان را بهبود بخشیده است، به‌ویژه کسانی که در مناطق روستایی هستند.



پاندمی، پذیرش خدمات بهداشتی از راه دور تحت مدیکر را تسریع کرد. به‌روزرسانی‌های اخیر بسیاری از خدمات بهداشتی از راه دور را دائمی کرد و دسترسی ذی‌نفعان را بهبود بخشیده است، به‌ویژه کسانی که در مناطق روستایی هستند



خدمات پشتیبانی نیز حیاتی است. برنامه‌های کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIPs) به ذی‌نفعان و مراقبان مشاوره شخصی ارائه می‌دهد و به آن‌ها کمک می‌کند تا فرآیندهای ثبت نام را طی کنند و حقوق خود را درک کنند. بر اساس SHIP، CMS، ها در سال ۲۰۲۲ به بیش از ۱٫۵ میلیون نفر خدمات‌رسانی شده است و نقش حیاتی خود را در حصول اطمینان از دریافت کمک مناسب به ذی‌نفعان نشان داده‌اند.

*

یکی دیگر از بازیگران مهم انجمن بازنشستگان آمریکایی (AARP) است که نشان دهنده منافع آمریکایی‌های مسن‌تر است. AARP تحقیقاتی را در مورد مسائل مربوط به مدیکر انجام می‌دهد، برای تغییرات قانونی لابی می‌کند و منابعی را برای کمک به ذی‌نفعان برای درک گزینه‌های پوشش خود ارائه می‌دهد. در سال ۲۰۲۲، AARP گزارش داد که تقریباً ۹۰٪ از اعضای آن به مدیکر به‌عنوان منبع اصلی بیمه درمانی خود متکی هستند.

نتیجه:

اهمیت مدیکر در مراقبت‌های بهداشتی آمریکا قابل انکار نیست. این به‌عنوان یک راه نجات برای میلیون‌ها سالمند و افراد دارای معلولیت عمل می‌کند و دسترسی به خدمات پزشکی ضروری را فراهم می‌کند که سلامت و رفاه را ارتقا می‌بخشد. با افزایش سن جمعیت - پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۰ به بیش از ۸۰ میلیون سالمند برسد - تقاضا برای خدمات مدیکر افزایش خواهد یافت. همان‌طور که مدیکر برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت سالخورده تکامل می‌یابد، حمایت و آموزش مستمر در حصول اطمینان از این‌که ذی‌نفعان در حین انجام مؤثر این برنامه حیاتی، مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند، ضروری است.

نگرانی‌های پایداری مالی

به‌رغم این پیشرفت‌ها، مدیکر با چالش‌های پایداری مالی قابل توجه مواجه است:

۱. **افزایش هزینه:** جمعیت سالخورده باعث افزایش تقاضا برای خدمات مدیکر می‌شود. تا سال ۲۰۳۰، تقریباً یک از هر پنج آمریکایی واجد شرایط مدیکر خواهند بود که فشار بیشتری بر امور مالی این برنامه وارد می‌کند.

۲. **کاهش صندوق امانات:** پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که اگر تغییرات قانونی ایجاد نشود، صندوق امانی بیمه بیمارستان مدیکر ممکن است تا ۲۰۲۸ تخلیه شود. این نگرانی‌هایی را در مورد توانایی برنامه برای انجام تعهدات خود بدون اصلاحات قابل توجه ایجاد کرده است.

رسیدگی به نابرابری‌ها در دسترسی به مراقبت

چالش مهم دیگر، وجود نابرابری در دسترسی به مراقبت در میان ذی‌نفعان مدیکر است.

۱. **اختلاف در نتایج سلامت:** اقلیت‌های نژادی و قومی اغلب با موانعی برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت روبه‌رو هستند که منجر به نتایجی ضعیف‌تر در سلامتی و هزینه‌های بلندمدت‌تر می‌شود.

۲. **تغییرات جغرافیایی:** دسترسی می‌تواند به‌طوری قابل توجه بر اساس موقعیت مکانی متفاوت باشد. مناطق روستایی اغلب با کمبود ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و منابع مواجه هستند که دریافت مراقبت‌های به‌موقع را برای ذی‌نفعان دشوار می‌کند.

*



نتایج رتبه بندی صد شرکت برتر ایران
بر اساس سال مالی ۱۴۰۲

کسب رتبه ۹۷
در بین
صد شرکت برتر ایران

رتبه اول

در بین شرکتهای توزیع و پخش



سازمان مدیریت صنعتی



کسب نشان برنزیین C2

در هشتمین جایزه استاندارد ۳۴۰۰۰۰

(آسیب شناسی فرآیندهای منابع انسانی)

بهمن ماه سال ۱۴۰۳

گپ و گفت با مرتضی اعیانی، مدیرعامل شرکت کلرپارس

بهبود و تغییر دائم برای رسیدن به نتیجه‌ای بهتر



اشاره:

شرکت کلرپارس در ماه‌های اخیر کارهای قابل توجه‌ای را صورت داده است؛ به‌ویژه از لحاظ سیستمی و همچنین توسعه فضای سبز و اورهال دستگاه‌ها و... قدم‌هایی بسیار خوب برداشته شده. با مرتضی اعیانی، مدیرعامل شرکت کلرپارس (تبریز) که یکی از شرکت‌های گروه دارویی تامین (تی‌پی‌کو) است، گپ‌وگفتی داشته‌ایم که می‌خوانید. (ما سوال‌ها را حذف کرده‌ایم).

◀ مرتضی اعیانی:

بعد از اخذ مجوزهای لازم تا دو ماه آینده، آب اکسیژنه گرید غذایی را هم وارد چرخه تولید کنیم.

*

بازارهای مالی شرکت کلرپارس (که اکنون شرایطی مطلوب دارد) از دیدگاه سازمان بورس و اوراق بهادار، از ۴ ماه اخیر رو به بهبود رفته است و در عرض این ۴ ماه، ارزش شرکت به میزان ۱۰۰۰ میلیارد ریال رشد پیدا کرده است. این موفقیت در سایه اتخاذ استراتژی‌هایی نظیر تولید محصولات با ارزش افزوده بالا و همچنین توجه به صادرات محقق شده است. مثلاً از تبر تا آذر امسال صادرات شرکت کلرپارس

شما نیک می‌دانید که کلرپارس از نگاه فنی شرکتی است که محصولاتی متنوع تولید می‌کند؛ پرکلرین، کلرورفریک، آب اکسیژنه، سود پرک، پارافین کلره، کاستیک سودا، آب ژاول، هیدروژن و... از این محصولات، دو محصول آب اکسیژنه (گرید صنعتی) و پارافین کلره، هم‌تراز محصولات خارجی "ای او پی" و مختص کلرپارس است و فقط در این شرکت تولید می‌شود. حدود دو ماه است که توانسته‌ایم آب اکسیژنه گرید غذایی را هم به‌صورت پابلوت نیمه صنعتی تولید کنیم و در پی آن هستیم که

سازمان محیط زیست، و همچنین توجهات همکاران شرکت کلرپارس است. البته که باید از مدیران شستا و تی‌بی‌کو هم به جهت حمایت‌ها و راهنمایی‌ها و ایجاد فضای هم‌افزایی قدردانی کنم.

*

اکنون از پس‌آبی که در چرخه تولیدی شرکت به دست می‌آید، جهت تصفیه به صورت برگشت به سیستم، استفاده می‌کنیم و نگذاشتیم که پساب به بیرون از شرکت و اراضی اطراف ریخته شود. تصمیم داریم امسال در هفته هوای پاک با حمایت سازمان محیط زیست استان آذربایجان شرقی، از سیستم جدید تصفیه پساب تولیدی شرکت کلرپارس (با عنوان RO) رونمایی کنیم. این سیستم می‌تواند بالای ۶۰ درصد پساب تولیدی در کلرپارس را به صورت آب قابل مصرف در اراضی کشاورزی به چرخه بازگرداند. ما بالای ۷۰ درصد برداشت از منابع آب زیرزمینی را کاهش داده‌ایم و با افتتاح سیستم RO در آینده این میزان را بیش از پیش کاهش خواهیم داد.

*

تصویب قانون ماده ۱۱ و ۱۳ جهش تولید، اتفاقی بزرگی بود که در مجلس شورای اسلامی رقم خورد و به شرکت‌های تولیدی

حدود ۴ برابر افزایش پیدا کرده است، و ما ارزآوری خوبی داشته‌ایم. از نگاه مهندسی دو نوع تعمیرات وجود دارد؛ یکی تعمیرات پیشگیرانه یا همان PM، و دوم، تعمیرات اورژانسی یا همان EM. به جرات می‌توانم بگویم که تعمیرات پیشگیرانه از حدود ۸ سال پیش در این شرکت اجرا نشده، و به تجهیزات شرکت آسیب‌هایی وارد آمده بود. مثلاً در سال‌های گذشته سرویس‌های دوره‌ای، الزامات استاندارد مبنی بر سنجش تجهیزات دوار، بحث ضخامت‌سنجی و مقاومت‌سنجی مخازن صورت نگرفته بود! در مبحث مکانیک، بحث ارتعاش‌سنجی و حرارت‌سنجی سیستم‌های مکانیکی مطرح بوده، و هیچ‌کدام از دستورالعمل‌ها در ارتباط با موارد بالا عملاً پیاده نشده بود. از همین رو در اولین قدم، معاونت عملیات PM و EM را ایجاد کردیم و مشخص شد که مدیریت به‌دنبال اجرای عملیات پیشگیرانه و سر حال نگاه داشتن سیستم‌های کارخانه است.

*

من به استراتژی کایزن (یا همان بهبود و تغییر دائم برای رسیدن به نتیجه‌ای بهتر) معتقدم و امیدواریم در روزهای آینده بتوانیم دستگاه‌ها و تجهیزات سیستم را کاملاً اورهال کنیم.



من به استراتژی کایزن (یا همان بهبود و تغییر دائم برای رسیدن به نتیجه‌ای بهتر) معتقدم و امیدواریم در روزهای آینده بتوانیم دستگاه‌ها و تجهیزات سیستم را در شرکت کلرپارس کاملاً اورهال کنیم

اجازه داد که اگر با دانشگاه‌ها و شرکت‌های دانش‌بنیان تفاهم‌نامه همکاری منعقد کنند، توان تحقیقاتی و توان علمی و ظرفیت‌هایی که دانشگاه‌های به پیمانکاران فرعی و یا این که کارگاه واگذار می‌کنند. اگر یک شرکت تولیدی در این زمینه فعالیت کند تنها در بخش تجهیزات و ماشین‌آلات معادل هزینه‌های پروژه برگشت مالیاتی صورت می‌گیرد و این موضوع باعث افتخار من است که کلرپارس به‌عنوان اولین واحد صنعتی استان با سه دانشگاه معتبر و رسمی کشور قراردادهایی را منعقد کرده است و از ظرفیت‌های فنی و بومی استان استفاده کرده و درصدد هستیم این فعالیت‌ها را توسعه دهیم و با شرکت‌های دانش‌بنیان داخل استان؛ البته اگر ظرفیت فعالیت در حیطه کاری کلرپارس را دارا باشند؛ قراردادهای همکاری منعقد کنیم.

*

به توان فنی مهندسان کلرپارس اعتقاد دارم؛ آن‌ها از توان فنی بسیار بالایی بهره می‌برند و از همین رو برنامه‌ریزی که صورت گرفت، استفاده از توان بالای فنی این همکاران بود و فقط در حدی بسیار جزئی از شرکت‌های هم‌رده و هم‌سطح در حد مشاوره کمک گرفته شد و کلیت کارهای فنی توسط خود پرسنل انجام پذیرفت.

*

تکنولوژی که کلرپارس در زمینه تولید کلر آلکالی استفاده می‌کند، تکنولوژی غشایی است و در تولید کلر آلکالی تکنولوژی غشایی در دنیا به‌عنوان صنعت سبز شناخته می‌شود.

با این توضیح می‌خواهم عرض کنم که الان دیگر کلرپارس صنعت آل‌آل‌آل محسوب نمی‌شود و این موفقیت مرهون همکاری‌های



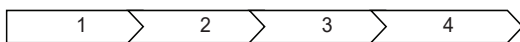
ابراهیم اسکندری

قاتل خاموش موفقیت در صنایع داروسازی درگیران اینرسی!

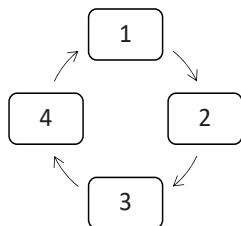


می توان مدعی بود که رسیدن به موفقیت در صنعت داروسازی، به عواملی گوناگون مانند زمان مارکت محصول جدید، سیستم رگولاتوری و تحقیق و توسعه قوی در سازمان، قیمت تمام شده پایین، انتخاب سبد محصولات براساس تحلیل بازار و... ارتباط داد و به نظر می رسد شرکت های قوی در این حوزه، دو بال استراتژی و ساختار عملیاتی همسو با هم دارند. می توان گفت؛ این دو بال در کنار هم، کارایی بالا و موفقیتی قابل توجه برای سازمان به همراه می آورد، البته این شرایط همچنین می تواند اینرسی سازمانی (Organizational Inertia) ایجاد کند.

آنچه گم شده است، تصمیم استراتژیک آگاهانه برای تغییر محیط داخلی شرکت برای تطبیق با محیط خارجی جدید است، که چهار مرحله منتهی به نقطه پایانی اینرسی (شکل A) را به یک دایره مجازی تبدیل می کند که در آن شرکت اساساً راه اندازی مجدد می شود و خود را دوباره اختراع می کند (شکل B)



شکل A: سازمان به سمت اینرسی می رسد



شکل B: سازمان از اینرسی عبور می کند

هنگامی که بازار تکامل می یابد - چه از طریق تغییرات نظارتی، پیشرفت های تکنولوژیکی یا تغییر تقاضای مصرف کننده - این سیستم های به هم پیوسته می توانند به مانع تبدیل شوند. همان ساختارهایی که زمانی یک شرکت را به خط مقدم سوق می دادند،

اینرسی سازمانی از سال ۱۹۹۰ مورد مطالعه قرار گرفت، زمانی که سینگ و لومزدن کلمه "اینرسی" را از فیزیک قرض گرفتند تا در مورد چگونگی گیر کردن سازمان ها در فرآیندهای راکد و امتناع از تغییر روش خود بحث کنند. اینرسی سازمانی زمانی رخ می دهد که روال ها، عادات و طرز فکرهای ریشه دار، توانایی شرکت شما را برای انطباق و پیشرفت مسدود می کنند. با این حال، نبرد در کسب و کارها، جنگ قدرت فیزیکی و سلاح گرم نیست، در عوض، این نبرد ذهنیت، انعطاف پذیری و البته نوآوری است. وجود مفاهیمی مانند "حفظ وضعیت موجود"، "تکیه بر موفقیت های گذشته"، "جلوگیری از اختلالات" یا عبارت معروف "این طور است که ما همیشه آن را انجام داده ایم" در سازمان، بوی تهدید است؛ و مانعی برای اجرای ایده و رشد کلی یک شرکت.

علاوه بر علائمی که در بالا ذکر شد می توان گفت علائم عملیاتی مانند نادیده گرفتن نوآوری و تحقیق و توسعه، استعفای خاموش در سازمان، ترس از ورود به تکنولوژی های نوین، پیشروی بدون تغییر در استراتژی و... را هم می توان به عنوان الهمان های اصلی اینرسی دانست. اینرسی سازمانی را مهم ترین عاملی می دانند که مانع شناسایی تهدیدات محیطی و پذیرش تکنولوژی برای سازمان می شود و باعث می شود سرعت تطبیق پذیری سازمان با محیط کند شود. البته اینرسی می تواند در جزئی ترین فرآیندهای سازمان تا کلیت سازمان یا حتی مشتری در خرید محصول هم رویت شود.

در صنعت دارو، ایجاد انعطاف پذیری در مسیرهای تحقیق و توسعه است.

این پیشنهاد را می توان با شیوه زیر پیش برد:

- چابکی تحقیق و توسعه باید را تقویت کرد، گردش های کاری مدولار را ایجا کرد که به تیم ها اجازه دهد به سرعت به کلاس های مولکولی جدید یا متدولوژی های فرآیندی جدید برسند.
- و ای بسا به شکل رسمی، در فناوری های نوظهور سرمایه گذاری کرد.

- استفاده از ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی برای بهبود و افزایش نوآوری در فرمولاسیون ها، سنتزها گزینش پذیر و پروفایل ناخالصی.
- توجه به اقتصاد اتمی (atom economy)، در بازیافت حلال و به حداقل رساندن ضایعات تمرکز کرد
- مثال: یک تولیدکننده پیشرو API از طریق بازیافت حلال و کاتالیز سبب، هزینه های تولید را تا ۱۵ درصد کاهش خواهد داد.

- رفتار جزیره ای (در اصطلاح سیلواها) من که می گویم در سازمان ها را بشکنید و تیم های تحقیق و توسعه، آنالیز، رگولاتوری را در قالب یک فرآیند جامع توسعه قرار دهید و این فرآیند را تا می توانید تقویت کنید. (فرآیند - تیم سازی)
- دیگر راهکارها شامل:
- تسلط بر محیط فعلی و رفتاری متناسب با آن
- شناخت نیروهای مقاوم در مقابل تغییر
- تحلیل کسب و کار از نظر پارامترهای اثرگذار داخلی و خارجی همراه با تحلیل

می توانند مانع از توانایی آن در چرخش و انطباق شوند و به شکست سازمان ها بیانجامند.

به نظر می رسد در حال حاضر به دلایلی که قابل واکاوی شده، سازمان های دولتی و خصوصی در کشور درگیر اینرسی هستند و چون فرصتی برای استراتژی های پیشگام بلندمدت ندارند و تقریباً همگی درگیر روزمرگی اند و در آن ها چابکی به مرخصی تاریخی رفته است، نتیجه این شده که بهره وری و اقتصاد کنونی درگیر بلای "این شرایط و وضعیت موجود" شده اند! لابد دیده اید که کارگزاران هر دوره ای دنبال مقصران شرایط موجودند! حالیا که...



سیاست گذاری و نقشه راه برای توسعه، باید با همکاری صنعت و سازمان های بالادستی صورت گیرد و انگیزه و چابکی به صنعت تزریق شود تا گام های توسعه ای شروع شده و...؛ اما در داخل کشور ما، انگار فقط اینرسی سازمانی مطرح نیست، اینرسی در کل صنایع کشور موضوعیت یافته است!

در صنعت دارو با توجه فرصت های کم نظیری همچون تحریم (یک فرصت بازار است)، مشکل تامین ماده اولیه (که فرصتی برای ماده اولیه سازها می تواند به حساب آید) و محصول دارویی (که فرصت تولید ژنریک و نداشتن رقیب خارجی را در پی آورده) و ارزش ترنجی و قوانین رگولاتوری با سطح پایین، امتیازات دانش بنیانی، طرح ژنریک، منع واردات دارو، انرژی و نیروی انسانی ارزان و... می توان گفت؛ در حال حاضر اکثر شرکت های دارویی در کشور درگیر اینرسی سازمانی هستند و شگفتا که از این فرصت ها در راستای توسعه استفاده نمی کنند!

البته سیاست گذاری و نقشه راه برای توسعه، باید با همکاری صنعت و سازمان های بالادستی صورت گیرد و انگیزه و چابکی به صنعت تزریق شود تا گام های توسعه ای شروع شده و...؛ اما در داخل کشور ما، انگار فقط اینرسی سازمانی مطرح نیست، اینرسی در کل صنعت کشور موضوعیت یافته است!

اکنون صنعت داروی کشور ما واقعا نیاز به نگاهی کلان تر دارد تا از درگیری های روزمره رهایی یابد، قدری چابک شود و روی نقاط ضعف و تهدیدهای سازمانی تمرکز یابد. در این سناریو، ابتدا علائم اینرسی سازمانی را باید تجزیه و تحلیل کرد، عدم قطعیت ها را در نظر گرفت و فهمید که چه زمانی باید در امور مداخله کرد و چه مداخله ای کرد و فرآیندهای مدیریت را تغییر داد و چه تغییری داد.

نشانه ها و خطرات اینرسی را شناختیم حال راهکارها چه هستند؟! با توجه به پیشرفت سریع تکنولوژی در دنیا و ورود سیستم دارورسانی جدید، ماده دارویی جدید، روش های نوین درمانی و...؛ یکی از راهکارهای اساسی برای خارج شدن از اینرسی سازمانی



آرش لطفی ماشمیانی

هوش مصنوعی و افقی از کسب و کار

(بخش دوم)



◀ تجزیه و تحلیل تجویزی Prescriptive analytics

اگر مدلی می‌خواهید که هوشمندی لازم برای تصمیم‌گیری خود را داشته و توانایی اصلاح آن را با پارامترهای پویا پیدا کند، مطمئناً به تجزیه و تحلیل تجویزی برای آن نیاز دارید. این زمینه نسبتاً جدید است و نه تنها پیش‌بینی می‌کند، بلکه مجموعه‌ای از اقدامات مورد نیاز و نتایج مرتبط را پیشنهاد می‌دهد. بهترین مثال برای این مدل، خودروی هوشمند گوگل است که در سال‌های اخیر فراگیر شده است.

◀ پیش‌بینی با استفاده از یادگیری ماشین Machine learning for making predictions

اگر داده‌های معاملاتی بورس را در اختیار داشته و نیاز به ساخت مدلی برای تعیین روند آینده دارید، الگوریتم‌های یادگیری ماشین بهترین گزینه هستند. به این کار، یادگیری نظارت شده، گفته می‌شود: زیرا شما از قبل داده‌هایی را دارید که بر اساس آن می‌توانید سیستم خود را آموزش دهید. به‌عنوان مثال، یک مدل کشف تقلب در سیستم آموزشی را می‌توان با استفاده از سابقه تاریخی برگه‌های امتحان تقلبی آموزش داد.

◀ علم داده یا دیتا ساینس (Data Science) چیست و چه کاربردهایی دارد؟

علم داده یا دیتا ساینس ترکیبی از ابزارها، الگوریتم‌ها و اصول یادگیری ماشین مختلف با هدف کشف الگوهای پنهان از داده‌های خام است و با داده‌کاوی رابطه‌ای تنگاتنگ دارد. علم داده از چهار مفهوم زیر برای تصمیم‌گیری و پیش‌بینی آینده استفاده می‌کند:

◀ تحلیل‌های علت و معلولی پیش‌بینی‌کننده Predictive causal analytics

اگر مدلی می‌خواهید که بتواند احتمالات یک رویداد خاص را در آینده پیش‌بینی کند، بهتر است که از تحلیل‌های علت و معلولی پیش‌بینی‌کننده استفاده کنید. برای مثال فرض کنید که یک موسسه مالی دارید که پول را به‌صورت اعتباری هزینه می‌کند. در این حالت، شاید شما نگران باشید که آیا مشتریان به موقع پرداخت‌های اعتباری خود را انجام می‌دهند یا خیر؟! پس می‌توانید مدلی بسازید که می‌تواند تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده را روی تاریخچه پرداخت‌های یک مشتری انجام دهد تا پیش‌بینی کند که آیا پرداخت‌های آینده به موقع انجام می‌شوند یا خیر؟

شده‌اند، در حالی که AI برای ساختن مدل‌هایی استفاده می‌شود که می‌توان شناخت و درک انسان را تقلید نمود.

◀ هوش مصنوعی در بازاریابی دارو و محصولات سلامت محور

از دیدگاه بازاریابی، هوش مصنوعی بینشی بهتر در مورد رفتار مشتریان برای ما فراهم می‌کند، که به شرکت‌های دارویی امکان می‌دهد مخاطبان خود را بیش‌تر درک کرده، و کمپین‌هایی هدفمند ایجاد کنند.

چند راه‌کار عملی که هوش مصنوعی می‌تواند به بازاریابی فعال در بخش‌های دارویی و علوم زیستی کمک کند:

◀ گزارش‌دهی

یکی از راه‌هایی که G4 نسخه جدید Google Analytics از هوش مصنوعی استفاده می‌کند، ایجاد مخاطبان پیش‌بینی شده است، که الگوریتم‌های هوش مصنوعی کاربران را بر اساس احتمال نمایش رفتارهای خاص تقسیم‌بندی می‌کنند. این مخاطبان



از دیدگاه بازاریابی، هوش مصنوعی بینشی بهتر در مورد رفتار مشتریان برای ما فراهم می‌کند، که به شرکت‌های دارویی امکان می‌دهد مخاطبان خود را بیش‌تر درک کرده، و کمپین‌هایی هدفمند ایجاد کنند

با استفاده از معیارهای پیش‌بینی ساخته شده‌اند که الگوهای رفتاری کاربران را برای پیش‌بینی اقدامات آینده تجزیه و تحلیل کرده‌اند. این به معنای این است که بازاریابان دارویی می‌توانند استراتژی‌های خود را به‌طوری موثرتر با بخش‌های مخاطبان هدف صحیح سازگار کنند.

◀ بهبود شخصی‌سازی

مدل پیش‌بینی شخصی‌سازی می‌تواند رفتار مشتریان را بر اساس الگوها و تعاملات گذشته پیش‌بینی کند. این مدل از داده‌های قبلی history مانند کلیک‌ها، باز کردن (برنامه‌ها، لینک‌ها و...) استفاده می‌کند. هوش مصنوعی داده‌های مشتری را تجزیه و تحلیل می‌کند تا مخاطبان را به‌درستی و به‌طور موثرتر تقسیم‌بندی کند تا اطمینان حاصل نماید که محتوای جذاب و مرتبط دریافت می‌کنند.

◀ کشف الگو با استفاده از یادگیری ماشین Machine learning for pattern discovery

اگر پارامترهایی را ندارید که بر اساس آن بتوانید پیش‌بینی کنید، باید الگوهای پنهان در مجموعه داده را پیدا کنید تا بتوانید پیش‌بینی‌های معناداری انجام دهید. به این کار یادگیری بدون نظارت گفته می‌شود: زیرا شما هیچ برچسب از پیش تعریف شده‌ای برای گروه‌بندی ندارید. رایج‌ترین الگوریتم مورد استفاده برای کشف الگو، خوشه‌بندی است. فرض کنید در یک شرکت تلفن کار می‌کنید و باید با قرار دادن دکل در یک منطقه یک شبکه مخابراتی ایجاد کنید و...

◀ تفاوت علم داده و هوش مصنوعی

- این دو مفهوم می‌توانند به‌جای یکدیگر عمل کنند؛ اما هوش مصنوعی معاصر یا هوش استفاده‌شده در دنیای امروز همانند انسان از خودمختاری و آگاهی برخوردار نیست.
- علم دیتا شامل تجزیه و تحلیل و واکاوی دیتاهای مورد مطالعه است. متخصصان هوش مصنوعی به بررسی بینش‌هایی برای

کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه و منطقی می‌پردازند. در نتیجه، نقش متخصصان این دو فناوری با یکدیگر متفاوت است.

- داده در Artificial Intelligence همانند ابزاری است که به افراد در تجزیه و تحلیل داده‌ها کمک می‌کند. با توجه به نیاز و نوع فعالیت شرکت‌ها، میزان استفاده آن‌ها از این هوش با هم متفاوت خواهد بود. مشاغل دانش دیتا به دانش زبان‌های برنامه‌نویسی ماشین‌های یادگیری مانند R و پایتون برای انجام انواع عملیات بر روی داده‌ها و علوم کامپیوتر نیاز دارند.
- عموماً ابزارهای این دو مفهوم متفاوت از یکدیگر هستند؛ چراکه علم دیتا شامل انجام مراحل برای تجزیه و تحلیل و ایجاد بینش است؛ در حالی که هوش مصنوعی به استفاده بهینه از این دیتاها می‌پردازد.
- مدل‌های DS برای کسب بینش از داده‌های آماری ساخته



دکتر سامان راجی
مدیر نظارت بر هلدینگ دارویی
شستا (تی پی کو)

محیط‌های کاری آینده و مهارت‌های ضروری



مقدمه:

با توجه به انتظارات کارفرمایان برای تکامل مهارت‌ها در پنج سال آینده، اهمیت مهارت‌های مبتنی بر فناوری با سرعتی بیشتر نسبت به هر نوع مهارتی دیگر افزایش می‌یابد. در این میان، هوش مصنوعی و کلان داده به‌عنوان مهارت‌هایی که سریع‌ترین رشد را دارند، در صدر فهرست قرار می‌گیرند و پس از آن‌ها شبکه‌ها و امنیت سایبری و سواد فناوری قرار دارند. به موازات تکامل مهارت‌های مبتنی بر فناوری، اهمیت مهارت‌هایی همچون تفکر خلاق و دو نگرش اجتماعی-عاطفی - تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری، و چابکی، همراه با کنجکاوی و یادگیری مادام‌العمر - نیز در حال افزایش است. همچنین در میان ۱۰ مهارت برتر در حال افزایش، رهبری و نفوذ اجتماعی، مدیریت استعداد، تفکر تحلیلی و نیکداری زیست محیطی قرار دارند. این مهارت‌ها نیاز به نیروی کاری را برجسته می‌کند که می‌توانند تیم‌ها را رهبری کنند، استعدادها را به‌طور مؤثر مدیریت کنند و با پایداری و انتقال سبز در دنیایی به‌طور فزاینده‌ای پیچیده و به هم پیوسته، سازگار شوند. در انتهای دیگر طیف، توانایی‌های پردازش حسی وجود دارد؛ خواندن، نوشتن و ریاضیات؛ قابلیت اطمینان و توجه به جزئیات؛ کنترل کیفیت؛ و شهروندی جهانی به‌عنوان یکی از پایدارترین مهارت‌ها. با این حال، کاهش جزئی اهمیت در خواندن، نوشتن و ریاضیات پیش‌بینی می‌شود. این در حالی است که مهارت دستی، استقامت و دقت (توانمندی‌های فیزیکی) با پیش‌بینی کاهش قابل توجه اهمیت، برجسته می‌شود.

مهارت‌های اصلی در سال ۲۰۳۰:

سرعت در حال رشد باشند. مهارت‌هایی مانند هوش مصنوعی و کلان داده‌ها؛ تفکر تحلیلی؛ تفکر خلاق؛ تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری و چابکی؛ و سواد فناوری که نه تنها در حال حاضر حیاتی تلقی می‌شوند، بلکه پیش‌بینی می‌شود در سال‌های آتی اهمیتی بیشتر نیز پیدا کنند.

علاوه بر این، رهبری و نفوذ اجتماعی، کنجکاوی و یادگیری مادام‌العمر، تفکر سیستمی، مدیریت استعداد و انگیزه و

با نگاهی به آینده تا سال ۲۰۳۰، مقایسه مهارت‌های اصلی و نوظهور تا سال ۲۰۳۰ بر اساس اهمیت نسبی آن‌ها در محیط امروز و تحولات آینده، بینش‌هایی عمیق را در مورد حوزه‌های دارای اولویت کلیدی برای توسعه نیروی کار در سازمان‌ها حاصل می‌آورد. ربع بالا سمت راست، مهارت‌هایی را برجسته می‌کند که در حال حاضر برای سازمان‌ها اصلی هستند و انتظار می‌رود به

سمت مجموعه‌های مهارتی که سریع‌تر در حال تکامل هستند، اولویت‌بندی و جهت‌گیری کنند.

◀ محرک‌های تکامل مهارت‌ها:

این بخش به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه هر یک از پنج گرایش کلان شناسایی‌شده که منجر به دگرگونی بازار کار می‌شوند - تغییرات تکنولوژیک، پراکندگی ژئوآکونومیک، انتقال سبب، تغییرات جمعیتی و عدم قطعیت اقتصادی - بر تکامل مهارت‌های اصلی مورد نیاز کارکنان در محیط کار تا سال ۲۰۳۰ تأثیر می‌گذارند.

◀ تغییرات تکنولوژیک:

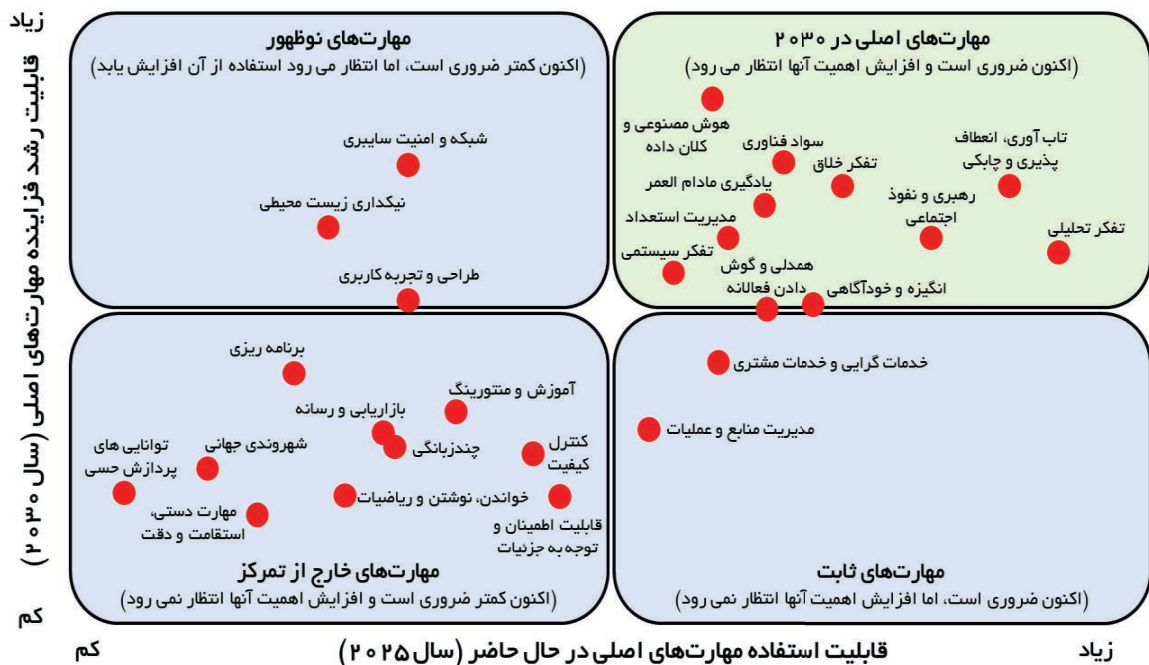
انتظار می‌رود پیشرفت‌های تکنولوژیک بیش از هر روندی دیگر طی پنج سال آینده، مهارت‌ها را تغییر دهند. اهمیت روزافزون هوش مصنوعی و کلان‌داده‌ها، شبکه‌ها و امنیت سایبری و سواد فناوری به دلیل گسترش دسترسی دیجیتال و ادغام هوش مصنوعی و فناوری‌های پردازش اطلاعات است. این گرایش‌ها نه تنها مسئول رشد این سه مهارت هستند که سریع‌ترین رشد را دارند، بلکه باعث افزایش اهمیت تفکر تحلیلی و تفکر سیستمی نیز می‌شوند. این تغییرات، پیچیدگی روزافزون تصمیم‌گیری و نیاز به حل مسئله حیاتی در دنیای داده‌محور را برجسته می‌کند. همچنین انتظار می‌رود حوزه‌های طراحی و تجربه کاربری در کنار

اهمیت روزافزون هوش مصنوعی و کلان‌داده‌ها، شبکه‌ها و امنیت سایبری و سواد فناوری به دلیل گسترش دسترسی دیجیتال و ادغام هوش مصنوعی و فناوری‌های پردازش اطلاعات است

خودآگاهی اهمیت خود را تقویت می‌کنند و بر ارتباط مستمر مهارت‌های انسان‌محور در میان پیشرفت‌های سریع فناوری تأکید می‌کنند.

در همین حال، شبکه‌ها و امنیت سایبری و نیکداری محیط زیست - در ربع بالای سمت چپ - در میان ۱۰ مهارت برتر قرار دارند که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به‌طوری قابل توجه افزایش یابد، اما در حال حاضر برای اکثر سازمان‌ها مهارت‌های اصلی محسوب نمی‌شوند. این مهارت‌های نوظهور حوزه‌هایی را نشان می‌دهند که ممکن است کسب‌وکارها نیاز به پیش‌بینی تقاضای رو به افزایش و توسعه قابلیت‌های مربوطه (قبل از تبدیل آن‌ها به مهارت‌های حیاتی)، پیدا کنند. از سویی دیگر، مهارت‌هایی که امروزه هسته اصلی هستند، اما انتظار می‌رود طی پنج سال آینده بدون افزایش قابل توجه در استفاده، پایدار بمانند، در ربع پایین سمت راست نمایش داده می‌شوند شامل همدلی و گوش دادن فعالانه، خدمات‌گرایی و خدمات مشتری و مدیریت منابع و عملیات. در نهایت، ربع پایین سمت چپ مهارت‌هایی را برجسته می‌کند که در حال حاضر نه حیاتی هستند و نه انتظار

می‌رود در پنج سال آینده به میزانی قابل توجه استفاده شوند. در حالی که بیشتر این مهارت‌ها همچنان مهم هستند، ممکن است حوزه‌هایی را نشان دهند که در آن سرمایه‌گذاری کمتری مورد نیاز است و به کارفرمایان این امکان را می‌دهد که منابع را به





انتقال سبز:

تمرکز فزاینده بر نیکداری محیطزیست به عنوان یک مهارت حیاتی نشان دهنده همسویی در حال تکامل بین استراتژی‌های کسب و کار و اهداف پایداری است. این افزایش، ناشی از تلاش‌های سازگاری با آب و هوا، طرح‌های کاهش کربن و فناوری‌های تولید، ذخیره و توزیع انرژی به تغییرات عمیقی اشاره دارد که در آن مهارت‌های زیست‌محیطی به طوری فزاینده در بخش‌های مختلف یکپارچه می‌شوند.

تغییرات جمعیتی:

انتظار می‌رود که تغییرات جمعیتی، به‌ویژه پیری و کاهش نیروی کار در اقتصادهای توسعه‌یافته، به عنوان یک محرک مهم برای تقاضای مهارت ظاهر شود. افزایش سن و کاهش جمعیت در سن کار، سازمان‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد تا مدیریت استعداد، آموزش و مربیگری و انگیزه و خودآگاهی را در اولویت قرار دهند. در کنار این اولویت‌ها، تمرکز فزاینده بر همدلی و گوش دادن فعالانه، مدیریت منابع و خدمات مشتری وجود دارد که نیاز روزافزون به مهارت‌های بین فردی و عملیاتی را برجسته می‌کند که می‌تواند نیازهای خاص نیروی کار سالخورده را برطرف کند و محیط‌های کاری فراگیرتر را تقویت کند. افزایش تقاضا برای مدیریت استعداد و انگیزه و مهارت‌های خودآگاهی نیز به دلیل رشد جمعیت در سن کار است. این روندها نقشی دوگانه را در تغییرات جمعیتی و شکل‌دهی در دسترس بودن شغل و انواع مهارت‌های مورد نیاز بازی می‌کند، و بر ارتباط جمعیتی نیروی کار با توسعه مهارت‌ها و استراتژی‌های استعداد تأکید دارد.

مهارت‌های بازاربایی و رسانه نیز شاهد رشد ناشی از پیشرفت‌های فناوری باشند. این مهارت‌ها، ارتباط نزدیکی با تحول دیجیتال دارند که نشان دهنده اهمیت فزاینده ارائه تجربیات دیجیتالی یکپارچه و درک تأثیر رفتار مصرف‌کننده است.

گسستگی ژئواکونومیک و عدم قطعیت اقتصادی:

بررسی آینده مشاغل، اثر روندهای ژئواکونومیک را بر تکامل مهارت‌های اصلی نشان می‌دهد. افزایش گسستگی ژئواکونومیک، همراه با پذیرش سریع فناوری‌های جدید و گسترش دسترسی دیجیتال، نگرانی‌های امنیت سایبری را به طوری قابل توجه افزایش داده است. این روندهای ژئواکونومیک منجر به افزایش تقاضا برای مهارت‌های شبکه و امنیت سایبری شده است؛ زیرا سازمان‌ها به دنبال محافظت از زیرساخت‌های دیجیتال در برابر تهدیدات نوظهور هستند.

گسستگی ژئواکونومیک همچنین نیاز به مهارت‌های انسان‌محور مانند تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری و چابکی، رهبری و نفوذ اجتماعی و شهروندی جهانی را به وجود می‌آورد. در دنیایی که بحران‌ها بیشتر می‌شوند، کارفرمایان به رهبران و تیم‌هایی نیاز دارند که بتوانند خود را با عدم قطعیت وفق دهند و پویایی‌های پیچیده اجتماعی را مدیریت کنند. رشد اقتصادی کندتر و افزایش محدودیت‌ها برای تجارت جهانی به افزایش اهمیت تفکر خلاق و تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری و چابکی کمک می‌کند. این مهارت‌ها برای عبور از چشم‌اندازهای اقتصادی نامطمئن بسیار مهم هستند؛ زیرا کسب و کارها به دنبال نوآوری و رقابت با وجود محدودیت‌های بازار هستند.

افزایش سن و کاهش جمعیت در سن کار، سازمان‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد تا مدیریت استعداد، آموزش و مربیگری و انگیزه و خودآگاهی را در اولویت قرار دهند



تارا رضوانی

افسردگی پنهان به دقتی بیشتر نیاز دارد، چرا که فرد با تلاش برای نمایش قدرت و شادی ظاهری، ممکن است درونی ترین بخش‌های خود را تحت فشار و آسیب قرار دهد. در چنین شرایطی، همراهی و حمایت اطرافیان و همچنین کمک گرفتن از متخصصان سلامت روان می‌تواند تأثیری قابل توجه در بهبود وضعیت فرد بگذارد.

◀ نقش خانواده در افسردگی پنهان

خانواده می‌تواند نقشی اساسی و اثرگذار در مدیریت و بهبود افسردگی پنهان ایفا کند. حمایت عاطفی، ایجاد فضایی امن و بدون قضاوت، و نشان دادن همدلی به فرد مبتلا، به او کمک می‌کند تا احساس کند تنها نیست و در این مسیر همراهانی دارد. تشویق فرد به بیان احساسات خود و پذیرش مشکلاتش، همچنین کمک به او برای مراجعه به متخصصان سلامت روان، می‌تواند مسیر درمان را هموارتر کند.



در مقابل، رفتارهای ناآگاهانه از سوی خانواده، مانند سرزنش، انتقاد، یا نادیده گرفتن مشکلات فرد، می‌تواند احساس ناامیدی، بی‌ارزشی، و انزوا را در او تشدید کند.

برای بهبود افسردگی پنهان، می‌توان از روش‌های مکملی زیر کمک گرفت:

ورزش منظم - تغذیه سالم - تمرینات ذهن‌آگاهی - ارتباط اجتماعی - تفریحات سالم.

این روش‌ها همراه با روان‌درمانی، می‌توانند به طرز مؤثر بهبود افسردگی پنهان را تسهیل کنند.

و در آخر می‌توان گفت: افسردگی پنهان مثل لبخند رنگ پریده‌ای است روی صورت شکسته آینه، همه چیز را عادی نشان می‌دهد، اما تصویر واقعی تکه تکه است!

چرا شناخت افسردگی مهم است اندوه پنهان

افسردگی همیشه آشکار نیست و گاهی پشت یک نقاب پنهان می‌شود.

شناخت افسردگی پنهان از جنبه‌هایی مختلف مهم است، زیرا این نوع افسردگی می‌تواند اثراتی جدی بر زندگی فرد و اطرافیانش بگذارد.

شناخت افسردگی پنهان نه تنها به خود فرد مبتلا کمک می‌کند، بلکه اثری مثبت بر اطرافیان و جامعه نیز دارد. این آگاهی می‌تواند زندگی‌ها را تغییر داده و مسیری برای سلامت روانی بهتر ایجاد کند.

افسردگی پنهان نوعی از افسردگی است که علائم آن به وضوح قابل شناسایی نیستند و فرد معمولاً آن‌ها را پنهان می‌کند یا به گونه‌ای مدیریت می‌کند که برای دیگران غیرقابل مشاهده باشد.

عواملی که می‌تواند باعث افسردگی پنهان شود:

فشارهای اجتماعی - ترس از قضاوت - کمبود حمایت عاطفی - عدم تعادل شیمیایی در مغز - سابقه خانوادگی افسردگی - تروماهای گذشته - شکست‌های عاطفی یا شغلی.

افسردگی پنهان علائمی دیگر هم دارد:

۱- اختلالات خواب و اشتها: فرد ممکن است دچار مشکلات خواب یا تغییرات در عادات غذایی شود.

۲- احساس گناه و بی‌ارزشی: باور به این که خود فرد عامل اصلی تمام مشکلات و شکست‌ها است.

۳- ناتوانی در ابراز احساسات واقعی: تمایل به پنهان کردن مشکلات و تلاش برای نشان دادن اینکه همه چیز خوب است.

۴- خستگی مداوم و کمبود انرژی: احساس خستگی و بی‌حالی حتی پس از استراحت کافی.

۵- مشکلات جسمی: سردردهای مکرر، مشکلات گوارشی، یا دردهای بدنی که علت پزشکی مشخصی ندارند.

۶- انزوای اجتماعی و دوری از دیگران: در حالی که فرد ممکن است در جمع و دورهمی‌ها حضور پیدا کند، اغلب تمایل به انزوا و خلوت دارد.

◀ نقش فضای مجازی در افسردگی پنهان

فضای مجازی، به دلیل نقش گسترده‌اش در زندگی روزمره، می‌تواند اثراتی عمیق بر سلامت روان افراد بگذارد و در بسیاری از موارد، افسردگی پنهان را تقویت یا تشدید کند.

فضای مجازی، هم ابزاری برای افزایش آگاهی و حمایت است و هم عاملی برای تقویت افسردگی پنهان. مدیریت ناآگاهانه و هوشمندانه استفاده از این فضا، کلید کاهش تأثیرات منفی و بهره‌برداری از جنبه‌های مثبت آن است.

Start True Business

STB cts

Excipien

تجارت دوسویه ، واردات ، صادرات

نخستین شرکت فعال ایرانی در تایلند و بازار جنوب شرق آسیا

زمینه: صادرات مواد اولیه دارویی، حد واسطها، اقلام آزمایشگاهی

با ما در ارتباط باشید
 ما با تولیدکنندگان به شکل مستقیم در ارتباطیم
 برای بازگشایی اعتبارات اسناد خارجی آماده، و کارانتی پرداخت داریم

Tel: +۶۶۸۰۹۹۰۰۰۱۵
 Email: MD@skytechbridge.com
 Skytechbridge Co. Ltd



۶۴ سال با افتخار

تولیدکننده آسپرین در ایران



ASPIRIN 81

WWW.PARSDAROU.IR

صدای مشتری ۰۲۱-۷۴۳۷۳

PARS_DAROU

پارس دارو
پیشرو و متعایز



Fertigest®

Progesterone Suppositories
200mg & 400mg

- Micronized Progesterone
- Rectal-Vaginal
- Fatty-base, Convenient use
- Aluminum foil packaging, Better stability

فرتیزست®

شیاف پروژسترون
200 و 400 میلی گرم

- پروژسترون میکرونیزه
- قابلیت استفاده به صورت رکتال و واژینال
- دارای پایه چرب و سهولت مصرف
- بسته بندی آلومینیومی و پایداری بهتر



Scan me

موثر در درمان:

- سندرم پیش از قاعدگی
- افسردگی پس از زایمان
- خونریزی غیر طبیعی رحم
- نگهداری بارداری در زمان استفاده از ART
- جلوگیری از هایپرپلازی اندومتر در دارودرمانی با استروژن
- آمنوره ثانویه
- جلوگیری از سقط خودبخودی جنین