

ISSN:2251-6018

سال نهم ♦ شماره ی ۹۲ ♦ بهمن ۱۳۹۷ ♦ ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت



### در این شماره میخوانید:

- گزارش برنامه توسعه ایمن سازی کشور دستاوردهای ۳۳ ساله
- سناریوی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در ایران
- وضعیت دارو قبل و پس از پیروزی انقلاب
- پیشنهاداتی برای بزرگداشت چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی

صفحه	عنوان
۳	گزارش برنامه توسعه ایمن سازی کشور دستاوردهای ۳۳ ساله مرداد ۱۳۹۷
۵	سناریوی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در ایران
۶	وضعیت دارو قبل و پس از پیروزی انقلاب
۹	پیشنهاداتی برای بزرگداشت چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی

### کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال نهم - شماره ۹۲

پهمن ماه ۱۳۹۷

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سرمدبیر:

دکتر مریم کاظمی، دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی،

دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلوئی

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

## گزارش برنامه توسعه ایمن سازی کشور دستاوردهای ۳۳ ساله (مرداد ۱۳۹۷)

باسمه تعالی

در سالهای دهه ۴۰ و ۵۰ شمسی نیز انجام می شد ولیکن برنامه ای گسترده با سازماندهی و ایجاد ساختار مناسب برای ارائه خدمات مستمر واکسیناسیون وجود نداشت. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و به موازات شکل گیری شبکه بهداشتی-درمانی در کشور و ایجاد ساختارهای لازم، برنامه گسترش ایمن سازی در کشور در سال ۱۳۶۳ با هدف ایجاد مصونیت فعال در کودکان گروه سنی زیر یکسال در برابر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن شامل دیفتی، کزاز، سیاه سرفه، سرخک، فلج اطفال و سل آغاز شد. در سال ۱۳۷۲ نیز برنامه ایمن سازی هپاتیت ب در برنامه گسترش ایمن سازی ادغام گردید. از سال ۱۳۸۳ نیز پس از انجام ایمن سازی سراسری سرخک و سرخچه، واکسن سه گانه سرخک-سرخچه-اوربون (MMR) جایگزین واکسن سرخک در ایمن سازی جاری گردید و واکسن هموفیلوس آنفلونزا تیپ ب در قالب واکسن پنتاوالانست از سال ۱۳۹۳ در برنامه ایمن سازی کودکان کشور اضافه شدند. واکسن تزریقی فلج اطفال نیز برای تقویت سطح ایمنی کودکان و در راستای مراحل انتهایی ریشه کنی جهانی فلج اطفال از شهریور سال ۱۳۹۴ به برنامه ایمن سازی کودکان در استان های پرخطر و همجوار با افغانستان و پاکستان اضافه شد. طبق برنامه ریزی انجام شده امید است که در سال ۱۳۹۷ با ورود ۲ واکسن پنوموک و روتاویروس به برنامه ایمن سازی گام بزرگی در جهت به روز رسانی برنامه EPI کشور برداشته شود. اجرای برنامه ایمن سازی کودکان سبب شده تا بیماری هایی که در ۳۵ سال گذشته موارد بالایی از مرگ و میر کودکان جامعه را تشکیل می دادند، کاهش چشمگیری پیدا نمایند و به طور مثال، امکان اینکه یک دانشجوی پزشکی در کل دوران تحصیل خود و یا شاید کل دوران طبابت خود یک مورد بیماری دیفتی را ببیند، بسیار اندک است، حال اینکه در سال های قبل اپیدمی های بیماری دیفتی به طور مکرر اتفاق می افتاد. براساس برآورد وزارت بهداشت، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۵۷، برابر با ۱۵۴ در هزار تولید زنده بوده، که در سال ۱۳۹۵، به حدود ۱۶ در هزار تولد زنده کاهش یافته است.

در سال ۱۳۶۳ که آغاز برنامه توسعه ایمن سازی در کشور بود یک چهارم کل مرگهای نوزادی ناشی از کزاز نوزادی بود. شاخص مرگ نوزادی ۲۱ در هزار تولد زنده و مرگ اختصاصی ناشی از کزاز نوزادی ۵ در هزار تولد زنده بود. با افزایش پوشش واکسیناسیون کزاز در کودکان و مادران باردار به بالای ۹۵٪، کزاز نوزادی به سرعت رو به کاهش گذاشت و ایران در زمره کشورهای قرار گرفت که قبل از سال ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۹ شمسی) موفق به حذف کزاز نوزادی شدند. با توجه به تعداد متوسط متولدین در سال ۱۳۹۵ که کمی بیش از یک و نیم میلیون نفر بود چنانچه برنامه واکسیناسیون کزاز در کشور انجام نمی شد برآورد می شود سالیانه ۷۵۰۰ مورد مرگ ناشی از کزاز نوزادی در کشور رخ می داد.

ایمن سازی دوران کودکی یک سرمایه گذاری جهانی برای نجات زندگی سالیانه حدود ۲/۶ میلیون نفر در دنیا است. علی رغم پیشرفت های بسیار خوب در سطح جهانی، متأسفانه براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ میلادی (۱۳۹۶ شمسی)، همچنان سالیانه ۱۹ میلیون کودک در دنیا از دریافت واکسن محروم هستند که اکثر آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. علی رغم پیشرفت های بسیار خوب در سطح جهانی، متأسفانه براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ شمسی)، همچنان سالیانه تعداد زیادی از کودکان دنیا در اثر بیماری های قابل پیشگیری با واکسن به شرح ذیل جان خود را از دست می دهند: ۶۳۰۰۰ نفر در اثر سیاه سرفه، ۱۱۲۰۰۰ نفر در اثر سرخک، ۵۸۰۰۰ نفر در اثر کزاز نوزادی، ۱۰۵۰۰۰ نفر در اثر هموفیلوس آنفلونزا، ۴۰۰۰۰۰ هزار نفر در اثر اسهال های ویروسی، ۸۸۷۰۰۰ نفر در اثر هپاتیت ب و ۹۲۰ هزار مورد مرگ ناشی از پنومونی. این میزان معادل ۲۵ درصد کل مرگ های کودکان زیر ۵ سال در دنیا است که به راحتی قابل پیشگیری با واکسن می باشد. واکسیناسیون مؤثرترین مداخله بهداشتی شناخته شده برای ارتقای سلامت کودکان است و در طی سالهای ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۶ میلادی واکسیناسیون سرخک توانسته از مرگ ۲۰ میلیون کودک در جهان جلوگیری نماید.

برنامه گسترش ایمن سازی (EPI) در جهان از سال ۱۹۷۴ میلادی (۱۳۵۳ شمسی) آغاز شد. در جمهوری اسلامی ایران نیز این برنامه پس از پیروزی انقلاب مورد مطالعه قرار گرفت و از سال ۱۳۶۳، برنامه اجرایی آن در سطح گسترده با تعلیم مدیران بهداشتی در سطوح مختلف، تقویت زنجیره سرما و تدوین برنامه علمپاتی ایمن سازی کشور شروع شد. برای دسترسی به پوشش کامل کودکان و سایر گروههای هدف، ارائه خدمات ایمن سازی به وسیله انجام دوره های بازآموزی برای کارکنان بهداشتی، تأمین واکسن های ایمن و توسعه زنجیره سرمای مطمئن به سرعت توسعه یافت.

واکسیناسیون یکی از قدیمی ترین مداخلات بهداشتی برای کنترل بیماریها در ایران بوده و اولین بار واکسن آبله در سال ۱۸۲۹ میلادی (۱۲۰۸ شمسی) در ایران مصرف شده است. در سال ۱۳۲۲ قانون مایه کوبی همگانی علیه بیماری آبله به تصویب مجلس شورای ملی رسید و به دنبال آن ایمن سازی گروه های هدف انجام شد. واکسن های مورد نیاز علیه بیماری های دیفتی، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال و سرخک در سال های اولیه از خارج از کشور وارد می شد ولیکن نظر به توانمندی مؤسسه واکسن و سرم سازی وقت (انستیتو تحقیقات رازی فعلی) و همت والای اساتید آن مؤسسه، به ویژه مرحوم آقای دکتر حسین میرشمسی، تولید واکسن های مورد نیاز کشور در این مؤسسه انجام گرفت. هر چند واکسیناسیون کودکان

تخصصی مورد نیاز را فراهم کرد. فراهم نمودن تجهیزات زنجیره سرما و خودروهای مورد نیاز نظام بهداشتی از دیگر اقدامات ضروری برای رساندن خدمات ایمن سازی به نقاط صعب العبور و دور افتاده روستایی بود که به خوبی تأمین شد. حاصل تمام این تلاش ها افزایش پوشش ایمن سازی کودکان زیر یکسال کشور به بیش از ۹۰ درصد در سال ۱۳۶۹ و بالای ۹۵ درصد در سال ۱۳۷۵ بود. در حال حاضر کلیه کودکان کشور علیه بیماری های دیفتی، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال، سرخک، سرخچه، اوریون، سل، هیپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب واکسینه می شوند. بیماری های سرخک، سرخچه مادرزادی، کزاز نوزادی در مرحله حذف قرار دارند. ۱۷ سال است که کشور عاری از موارد بومی بیماری فلج اطفال است و بیماری های دیفتی، سیاه سرفه و اوریون کنترل شده اند. میزان حاملین مزمن هیپاتیت B از ۳ درصد جامعه در سال ۱۳۷۰، به کمتر از نصف در سالهای اخیر کاهش یافته است.

این موفقیت ها با بهره گیری از امکانات به شرح ذیل

### ترشد پوشش ایمن سازی کودکان زیر یکسال در آغاز برنامه و سال ۱۳۶۶

سال	ب ت ژ	تلات ۳	پولیو ۲	سرخک ۱	هیپاتیت ب ۲
۱۳۶۳	۱۰/۲	۲۲	۲۲	۲۸/۳	—
۱۳۶۶	۹۹	۹۹	۹۹	۹۸	۹۹

حاصل شده است:

- حمایت های مادی و معنوی مسئولین کشوری.  
- وجود شبکه خدمات بهداشتی-درمانی با پوشش بالای ۹۵ درصد مناطق روستایی کشور.

- برقراری زنجیره سرمای مناسب و حفظ کیفیت آن از سطح سردخانه مرکزی واکسن تا محل تلقیح در مراکز شهری و روستایی، خودروهای سردخانه دار برای حمل واکسن و یخچال های نگهداری واکسن.

- وجود توان بالای علمی در کشور در جهت ساخت واکسن های مصرفی برنامه توسط کارخانه های داخلی و عدم نیاز به ورود واکسن در طول اجرای برنامه.

- امکان برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف با استفاده از تصمیمات اعضای کمیته کشوری ایمن سازی که متشکل از اساتید دانشگاه و متخصص در گرایش های مختلف کودکان بوده و به عنوان تعیین کنندگان خط مشی های برنامه ایمن سازی از بدو شروع برنامه تاکنون در جلسات منظم و برحسب مورد همکاری داشته و نظارت بر برنامه

را به عهده دارند.  
- جلب مشارکت متخصصان کودکان برای آموزش آحاد جامعه، پزشکان عمومی و... در امر ایمن سازی.  
**ریشه کنی جهانی فلج اطفال**  
در سال ۱۹۸۸ میلادی (۱۳۶۷)، ده سال پس از موفقیت در ریشه کنی جهانی بیماری آبله، کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت متعهد شدند که برای ریشه کنی جهانی بیماری فلج اطفال اقدام نمایند. تحت پوشش قرار گرفتن همه کودکان و واکسیناسیون کامل به همراه انجام عملیات ایمن سازی تکمیلی فلج اطفال از استراتژی های اصلی دستیابی به این هدف بودند. اقدامات واکسیناسیون وسیع انجام شده در طی این سالها سبب شده تا شیوع این بیماری بیش از ۹۹/۹ درصد در دنیا کاهش یابد و از ۳۵۰ هزار مورد در سال به ۲۲ مورد رسیده است. در حال حاضر بیماری تنها در ۲ کشور افغانستان و پاکستان شیوع دارد.

بخش نزدیک بودن به زمان موفقیت در دستیابی جهانی به هدف ریشه کنی فلج اطفال است. به جهت سرعت بخشیدن به این روند و آمادگی برای مرحله اعلام ریشه کنی جهانی بیماری و مراحل بعدی آن بایستی حداکثر ایمنی و مصونیت در کودکان ایجاد شود. واکسن های فلج اطفال بر ۲ نوع خوراکی و تزریقی هستند که هر دو واکسن های بسیار مؤثری هستند. در طی سالهای گذشته در کشورمان از نوع خوراکی واکسن به شکل قطره استفاده شده و در حال حاضر همه کودکان از بدو تولید تا ۶ سالگی ۶ نوبت قطره واکسن خوراکی فلج اطفال را دریافت می کنند.

بنا به توصیه کمیته فنی ایمن سازی کودکان کشور، جهت ایجاد حداکثر ایمنی در کودکان علیه ویروس های مولد فلج اطفال، یک نوبت واکسن تزریقی فلج اطفال در سن ۴ ماهگی به برنامه جاری واکسیناسیون کودکان کشور اضافه می شود. به همین منظور از روز شنبه ۱۷ شهریور ۱۳۹۷ همه کودکان در سراسر کشور وقتی برای دریافت واکسن ۴ ماهگی مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت می نمایند علاوه بر واکسن های قبلی (قطره واکسن خوراکی فلج اطفال و واکسن پنج گانه) یک نوبت واکسن تزریقی فلج اطفال نیز دریافت می کنند. مطالعات متعدد نشان داده که این نوع استفاده سبب تقویت پاسخ ایمنی می شود و سبب سرعت بخشیدن و رسیدن به هدف ریشه کنی جهانی فلج اطفال می شود.

با توجه به نیاز روزافزون دنیا به واکسن تزریقی فلج اطفال، اقدامات خوبی برای راه اندازی خط تولید این واکسن جدید در کشور آغاز شده و انتظار می رود در سالهای آتی شاهد به ثمر نشستن تلاش ها در مؤسسه تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی و همچنین انستیتو پاستور ایران، و تولید این واکسن در کشور باشیم.

در سالهای قبل از واکسیناسیون سالیانه بیش از ۱۰۰۰ مورد بیماری فلج اطفال در کشور رخ می داد. با مداخلات انجام شده آخرین مورد بیماری بومی فلج اطفال در ایران در سال ۱۳۷۴ بود و در سالهای ۱۳۷۵ لغایت ۱۳۷۹ نیز سالیانه مواردی از بیماری از کشورهای افغانستان و پاکستان به شکل وارده کشف می گردید و آخرین مورد آن در آذر ۱۳۷۹ در شهرستان چابهار رخ داد. پس از آن در طی ۱۷ سال گذشته هیچ موردی از این بیماری در کشور شناسایی نشده است. مهمترین عامل پاک ماندن کشور از بیماری فلج اطفال حفظ پوشش واکسیناسیون بالای ۹۵ درصد و انجام عملیات های واکسیناسیون تکمیلی فلج اطفال در کشور بوده است.

روزهای ملی ایمن سازی از سال ۱۳۷۳ با هدف تحت پوشش بردن همه کودکان زیر ۵ سال کشور در ۲ نوبت به فاصله یک ماه آغاز شد و در طی ۵ سال پیاپی تکرار شد. در این عملیاتهای ایمن سازی تکمیلی در هر نوبت حدود ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال دو قطره واکسن خوراکی فلج اطفال دریافت می کردند. از سال ۱۳۷۸ تاکنون نیز در برخی مناطق کشور بویژه در استان های جنوب شرق کشور که در مجاورت کشورهای افغانستان و پاکستان هستند و در معرض خطر بیشتر ورود مجدد بیماری قرار دارند، همچنان این برنامه انجام می شود.

برای اطمینان از نبود بیماری فلج اطفال، سازمان جهانی بهداشت نظام مراقبت ویژه ای با شاخص های مشخص و دقیق طراحی کرده که در همه کشورهای جهان مورد عمل و پایش قرار می گیرد. توانمندی نظام سلامت کشور در تمام سالهای گذشته با دارا بودن شاخص های مورد نظر سبب شده که سند کشوری تأییدیه ریشه کنی فلج اطفال سالیانه روزآمد شده و در کمیته های فنی سازمان جهانی بهداشت مورد تأیید قرار گرفته است.

کاهش قابل ملاحظه موارد بیماری فلج اطفال در دنیا، نوید

## سناریوی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه در ایران به مناسبت چهلیمین سال پیروزی انقلاب

تهران و سازمان جهانی بهداشت انجام شد. طرح بر پایه به کارگیری دختران و پسران روستائی دارای سواد ابتدائی همراه با پرورش مبتنی بر نیاز جامعه و نظارت منظم همراه با آموزش به اجرا درآمد. ارزشیابی طرح منجر به پذیرش به کارگیری نیروهای کمکی بومی به عنوان بهورز و ایجاد خانه های بهداشت در مناطق روستائی کشور توسط وزارت بهداشتی گردید.

۲- تدوین طرح گسترش شبکه بهداشتی درمانی کشور و اجرای آن در سال های بعد از انقلاب  
با شروع انقلاب اسلامی کارشناسان وزارت بهداشت دریافتند که طرح ایجاد خانه های بهداشت جامعیت خدمات را در بر نمی گیرد و اساساً توسعه آن نیاز به طراحی جداگانه برای هر شهرستان دارد. طراحی تدوین طرح جامع شبکه بهداشت و درمان کشور در هر شهرستان از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۶۳ تدوین و در سال ۱۳۶۳ به تدریج در کشور اجرایی شد. خصوصیات این طرح به قرار زیر است:

۱- مشکلات بهداشتی کشور در دهه ۱۳۵۰ و تصویب ایجاد خانه های بهداشت در مناطق روستائی کشور  
- عمده مشکل بهداشتی و درمانی کشور در دهه ۱۳۵۰ بیماری های واگیردار از قبیل بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن و بیماریهای اسهالی در کودکان و عوارض بارداری و زایمان در مادران بود. ۶۰ درصد جمعیت کشور در ۶۰۰۰ روستا با شرایط اکولوژیک متفاوت زندگی می کردند و از دریافت خدمات بهداشتی درمانی توسط پزشکان بومی محروم بودند. تعداد پزشکان کشور کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر بود که عمده آنها در شهرهای بزرگ به خدمت اشتغال داشتند. دو تا سه هزار پزشک خارجی به روستائیان صرفاً خدمات درمانی ارائه می کردند.

- سابقه استفاده از نیروهای کمکی بومی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای چین و شوروی سابق منجر به اجرای طرح پایلوت در آذربایجان غربی در ۱۷ روستای منطقه چنقرانلوی ارومیه گردید. این طرح در فاصله سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵ با همکاری وزارت بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه

بهداشت و درمان با سایر بخشهای دولتی و غیر دولتی و نهادهای مردمی انجام گیرد. نکته مهم اینکه مرکز بهداشت استان دارای استقلال مالی و اداری بود و تمرکز زدائی در بعضی از نقاط کشور تا سطح خانه های بهداشت توسعه یافت.

- در حال حاضر تعداد خانه های بهداشت کشور ۱۸۰۰۰ واحد تعداد پایگاه های سلامت ۵۱۰۰ واحد تعداد مرکز بهداشتی درمانی روستائی ۳۱۰۰ واحد و تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری (مرکز جامع سلامت) برابر ۲۹۰۰ واحد می باشد.

### ۳- نتایج:

- کاهش مرگ کودکان زیر یکسال از ۹۰ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۴ به ۱۳ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۶.

- کاهش مرگ کودکان زیر پنج سال از ۱۳۰ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۴ به ۱۶ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۶.

- کاهش مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان از ۲۵۰ درصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۵۳ به ۲۵ درصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۶.

- افزایش امید به زندگی از ۵۳ سال در سال ۱۳۵۴ به ۷۵/۵ سال در سال ۱۳۹۶.

- ریشه کنی، حذف یا کنترل بیماریهای واگیردار عمده شامل حذف کزاز نوزادان، حذف جذام، مالاریا و ریشه کنی فلج اطفال.

- کاهش میزان باروری کلی از ۶/۲ در سال ۱۳۵۵ به ۱/۹ در سال ۱۳۹۶.

- طراحی بر پایه تعداد شهرستان های کشور که در آن زمان ۳۰۰ شهرستان بود انجام گردید.

- کلیه خانوارهای مناطق روستائی کشور حداکثر با یک ساعت پیاده روی یا استفاده از وسایل ارتباطی متداول به خدمات بهداشتی درمانی اولیه طبق اعلامیه آلماتا دسترسی داشته باشند.

- بهورزان از بین دختران و پسران روستای محلی خدمت با کمک نهادهای محلی انتخاب شوند تا احتمال جا به جایی آنها در سال های خدمت کم باشد.

- آموزش بهورزان به صورت تئوری و عملی بر اساس نیاز جامعه روستائی باشد و برای هر یک از شهرستانها یک مرکز به نام مرکز آموزش بهورزی در نظر گرفته شود. این مراکز به صورت شبانه روزی اداره شود تا هم بهورزان در شهر مشکل مسکن نداشته باشند و هم ضمن پرورش نحوه زندگی آنها الگوی مناسبی برای خانوارهای روستائی باشد.

- خانه های بهداشت خدمات خود را در روستای مقیم بهورز (روستای اصلی) و روستاهای سیاری (قمر) به صورت فعال ارائه کنند تا پوشش خدمات به خصوص واکسیناسیون و مراقبت های مادر و کودک به صد در صد نزدیک شود.

- نظام ثبت و آماری ساده برای آنها طراحی شد تا ارائه خدمات قابل کنترل و ارزشیابی خدمات برای حمایت طلبی میسر باشد.

- مرکز بهداشتی درمانی روستائی با حضور پزشک و کاردندان بومی تشکیل شد تا هم بر خانه های بهداشت نظارت کنند و هم مرجع موارد ارجاع از خانه های بهداشت باشند و در صورت نیاز بیماران را به بیمارستان شهر ارجاع دهند.

- در شهر پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشت شهری (مراکز جامع سلامت) تشکیل گردید تا دسترسی ساکنین شهرها به خصوص شهرهای محروم فراهم گردد.

- در شهرستانها مرکز بهداشت شهرستان و در استان مرکز بهداشت استان تشکیل شد تا امر برنامه ریزی تفصیلی، نظارت عالی، آموزش، پژوهش و هماهنگی بین واحدهای

## وضعیت دارو قبل و پس از پیروزی انقلاب

۱- صنعت دارو پیش از انقلاب اسلامی

۱-۱- مصرف دارو

از میزان مصرف داروها در این برهه زمانی اطلاع دقیقی در دست نیست اما بر طبق بعضی مستندات کل مصرف دارو از ۳۳۶ میلیون ریال در سال ۱۳۴۱ به ۲۲۶۶۰ میلیون ریال در سال ۱۳۵۷ رسیده است.

۱-۲- تولید دارو

در سالهای پیش از انقلاب اسلامی در حدود ۲۰٪ داروهای مصرف کشور را داروهای تولیدی شامل می شد در اواخر سال ۱۳۵۷ و اوایل سال ۱۳۵۸ صنعت دارو و تأمین دارو جهت بیماران از طرق ذیل بوده است:

- ۱۴ کارخانه که با سرمایه گذاری خارجی تأسیس شدند و محصولات مربوط به خود را با فرمولاسیون و

مشخصات دریافتی از کارخانه مادر و با نام برند (تجاری) آنها می ساختند.

- کارخانجاتی که با سرمایه گذاری ایرانی تأسیس شدند ولی محصولات خود را تحت لیسانس و با فرمولاسیون و مشخصات دریافتی از کارخانه لیسانس دهنده خارجی و یا با فرمولاسیون خود می ساختند. مشتمل بر ۷ کارخانه داروپخش، تولید دارو، I.D.I (لقمان)، دوپار (سینا دارو)، فارما شیمی، صنعتی پارس و آترا بودند که کیفیت و شرایط تولید آنها بجز داروپخش و تولید دارو غیر قابل قبول بود.

- ۲۰ کارخانه کوچک که با سرمایه گذاری ایرانی تأسیس شدند و محصولات را صرفاً با فرمولاسیون خود تولید می نمودند و کیفیت و شرایط تولید آنها غیر قابل قبول

بود.

۱-۳- واردات دارو

واردات دارو در سالهای پیش از انقلاب اسلامی توسط صدها شرکت وارد کننده، از سراسر دنیا و در اغلب موارد از اروپا و آمریکا انجام می شد. براساس آمار گمرک ارزش واردات دارو در سالهای منتهی به ۱۳۵۷ برابر بوده است با:

سال	ارزش داروی وارداتی (ریال)
۱۳۵۵	۱۵/۲۹۴/۰۲۵/۴۰۰
۱۳۵۶	۱۶/۵۸۱/۵۰۶/۰۰۲
۱۳۵۷	۱۷/۳۱۴/۱۵۰/۳۸۱

برای تولید دارو در کشور فقط امکان تهیه شکر، وازلین، الکل و همچنین مواد بسته بندی شامل شیشه برای محلولهای ۶۰CC و ۹۰CC و اقلامی نظیر جعبه، بروشور و کارتن از داخل مملکت وجود داشت. منبع تهیه شکر (قند و شکر هفت تپه)، وازلین (شرکت نفت- در صورتیکه بو نداشته باشد) و الکل از کارخانجات تولید کننده الکل بود.

۲- صنعت دارو پس از انقلاب اسلامی

پس از انقلاب اسلامی در بهمن ۱۳۵۷، رسیدگی به وضعیت دارو از همه نظر در وزارت بهداشتی، دانشگاههای ایران، جامعه داروسازان و انجمن های پزشکی مطرح می شد و برای اولین بار در مرداد ۱۳۵۸ در سمیناری که جامعه داروسازان برای رسیدگی به وضعیت دارو برگزار کرد، موضوعات مرتبط با دارو مطرح شد و ضمن رسیدگی به تمامی ابعاد مرتبط با دارو، استفاده از نام ژنریک درخواست و مورد بررسی قرار گرفت. متعاقب آن، دو کار گروه بررسی در وزارت بهداشت (حوزه معاونت دارو) و دانشکده داروسازی دانشگاه تهران تشکیل و سپس با هماهنگی یکدیگر و برگزاری جلسات مشترک به دستور جناب آقای دکتر موسی زرگر (وزیر وقت بهداشتی) شورای عالی دارو در وزارت شروع به کار نمود و مسائل مربوط به دارو مشتمل بر موارد ذیل در دستور کار قرار گرفت:

۱-۲- مصرف دارو

بر طبق آمار نامه های دارویی منتشر شده توسط سازمان غذا و دارو در این سال ها میزان مصرف دارو از ۹۷ میلیارد ریال و تعداد ۸،۶۸۴ میلیارد عدد در سال ۱۳۶۳ به ۴۵۶،۴۲ میلیارد ریال و ۳۵،۲۴۹ میلیارد عدد در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

مؤسساتی مشتمل بر شرکت سهامی داروئی کشور، شیر و خورشید (هلال احمر)، تأمین اجتماعی، شرکت نفت، ارتش و دانشگاههای علوم پزشکی نیز نسبت به واردات دارو اقدام می نمودند. بجز شرکت سهامی داروئی کشور که وابسته به وزارت بهداشتی بود سایر سازمانهای وارد کننده هیچ مجوزی برای واردات دارو از وزارت بهداشتی اخذ نموده و مطابق دستورالعمل های خاص خود و فهرست داروئی خود نسبت به واردات دارو اقدام می نمودند.

۴-۱- فهرست داروئی

کشور در سالهای پیش از انقلاب اسلامی دارای فهرست داروئی مشخص و مصوب نبود و کمیته و یا شورایی برای بررسی اینکه چه داروهائی می بایست در فهرست داروهای مملکت قرار می گرفت وجود نداشت.

۵-۱- توزیع دارو

در سالهای پیش از انقلاب اسلامی بجز ۳ شرکت داروپخش، تولید دارو و خوراک که داروهای مربوط به تولیدات و واردات خود را در اختیار داروخانه ها قرار می دادند بقیه تولید کنندگان و وارد کنندگان محصولات خود را در اختیار عمده فروشی دارو در تهران (ناصر خسرو) و بعضی عمده فروشی های دارو در بعضی مراکز استانها قرار می دادند و داروخانه ها می بایستی در تهران با مراجعه روزانه به عمده فروشی ها داروهای خود را تهیه نموده و در مراکز استان ها و شهرستانها تأمین دارو نیز از طریق تلفن و یا نامه به عمده فروشی های مقیم ناصر خسرو و بعضی عمده فروشی های مستقر در مراکز استان ها انجام می گرفت.

۶-۱- مواد اولیه و مواد بسته بندی:

۲-۲- تولید دارو

رسیدگی به وضعیت کیفی و تولیدات کارخانجات داروسازی که نتیجه آن انتقال کارخانجات داخل تهران به خارج از تهران، تأمین وسایل و ماشین آلات مورد نیاز، اصلاح فرمولاسیون و تکمیل آزمایشگاههای کنترل و بطور کلی رعایت تمامی اصول مختص برای ساخت دارو بود و شرکتهایی که تمایل به سرمایه گذاری و یا رسیدن به استانداردهای لازم را نداشتند، تعطیل شدند.

۲-۳- توزیع دارو

با تعطیلی تمامی عمده فروشی های دارو در سراسر کشور و توسعه شرکت های پخش سراسری موجود و ایجاد شرکت های توزیع دارو که در نتیجه تعداد شرکت های توزیع سراسری دارو به ۶ شرکت رسید که می بایستی دارو را از انبار شرکت تولید کننده و یا وارد کننده دریافت و در سراسر کشور به تمامی داروخانه ها و مراکز درمانی توزیع نمایند.

۲-۴- نام ژنریک

استفاده از نام ژنریک بجای نام تجاری دارو بعنوان اصل خدشه ناپذیر در تحول نظام دارویی ایران در نظر گرفته شد و بر این اساس واردات دارو نیز بصورت متمرکز و با نام ژنریک صورت می گرفت.

۲-۵- فهرست داروئی

ایجاد فهرست داروئی کشور و ایجاد کمیته ای برای این امر تحت نام شورای تدوین و بررسی داروهای ایران، قابل ذکر است که در مرحله اول برای تعیین فهرست داروهای کشور جلساتی در وزارت بهداشت با حضور تمامی گروه های پزشکی و داروسازی برگزار و شرکت کنندگان نظرات خود را در مورد حذف و یا اضافه نمودن داروها مشخص نمودند و فهرست داروئی مورد تأیید در دی ماه سال ۱۳۵۸ در روزنامه های کثیرالانتشار منتشر و از تمامی پزشکان و داروسازان درخواست گردید که نظرات اصلاحی خود را ارسال دارند که پس از دریافت تمامی نظرات فهرست نهایی تهیه و ابلاغ شد.

۲-۶- واردات دارو

با توجه به اینکه نام دارو از تجاری به ژنریک تغییر یافته بود و تعداد زیادی از مدیران و مالکین شرکت های وارد کننده دارو از کشور خارج شده بودند و نظم عرضه دارو بطور کامل مختل شده بود تصمیم گرفته شد که شرکت های سهامی داروئی کشور و شرکت داروپخش و هلال احمر که کاملاً تحت مدیریت دولت بود تمامی داروهای وارداتی مورد نیاز داروخانه ها و مراکز درمانی را تأمین نمایند. در این سال ها سهم ریالی واردات دارو از ۳۹ درصد (از کل فروش دارو) در سال ۱۳۶۳ به ۳۶ درصد در سال ۱۳۹۰ و سهم عددی واردات دارو از ۱۸/۵ درصد (از کل فروش دارو) در سال ۱۳۶۳ به ۳/۵ درصد در سال ۱۳۹۰ رسید.

۲-۷- معرفی و تبلیغ دارو

قبل از انقلاب نزدیک به ۳۰۰۰ نفر برای تبلیغ و معرفی دارو به مطب ها و مراکز درمانی مراجعه می نمودند که مشکلات و مفاسدی در پی داشت از اینرو در تصمیم جدید مقرر شد نحوه معرفی دارو به صورت علمی و

با ارائه مدارک علمی لازم صورت گرفته و از تبلیغ و یا مواردی که سبب مصرف بی رویه و یا خارج از حدود علمی باشد جلوگیری شود.

۲-۸- نحوه اداره کارخانجات داروسازی

با توجه به اینکه تعداد زیادی از مالکین و مدیران کارخانجات داروسازی اعم از مالکیت خارجی و یا ایرانی از کشور خارج شده و اداره این کارخانجات از کنترل خارج شده بود و یا در حال تعطیلی بودند و از طرفی تولیدات این واحدها، مورد نیاز بیماران بود، طبق تصمیم شورای انقلاب اسلامی مقرر شد که برای این مؤسسات مدیری از طرف وزارت بهداشتی و وزارت صنایع تعیین و این مدیران این کارخانجات را اداره نمایند. سپس طی مذاکراتی که در ایران و در لاهه انجام شد مالکیت این کارخانجات به دولت ایران منتقل شد.

۲-۹- توسعه صنعت دارو

در سال های اول انقلاب اسلامی و در نتیجه فعالیت دسته جمعی مدیران و کارکنان صنعت دارو، کارخانجات داروسازی اکسیر در بروجرد، کارخانه داروهای دامی (تحت نام داملران) در بروجرد، کارخانه داروسازی فارابی در اصفهان، کارخانه داروسازی ایمن در اصفهان، کارخانه سرم سازی ثامن در مشهد، کارخانه آنتی بیوتیک سازی دانا در تبریز، کارخانه داروسازی زهراوی در تبریز و کارخانه سرم سازی شهید قاضی در تبریز راه اندازی شد و در سال های اخیر نیز این مهم افزایش قابل توجهی یافته است.

۲-۱۰- تولید موارد اولیه دارویی

در زمینه تولید مواد اولیه نیز پس از انقلاب شکوهمند اسلامی کارخانه تولید مواد اولیه داروپخش بنام تمار در تهران و کارخانه تولید مواد اولیه شهید رزکانی (شیمی دارویی داروپخش) با همکاری سازمان U.N.D.P سازمان ملل در تهران و کارخانه آنتی بیوتیک سازی ایران در ساری ایجاد گردید و در زمینه تهیه مواد بسته بندی برای دارو نیز کارخانجات متعددی در سراسر کشور ایجاد شد و در سال های اخیر نیز این مهم افزایش قابل توجهی یافته است.

در حال حاضر و طی ۴۰ سال اجرای نظام نوین داروئی کشور (طرح ژنریک) حدود ۱۰۰ کارخانه داروسازی در تولید داروهای شیمیایی و بیولوژیک فعالیت دارند که ۹۷٪ داروهای مورد نیاز کشور را به لحاظ عددی تولید می کنند. حدود ۵۰٪ مواد اولیه داروئی در کشور تولید می شود. بیش از ۹۵٪ لوازم و مواد بسته بندی دارو نیز در داخل کشور تولید می شود که بخشی از آنها نیز صادر می شود.

ضمناً، بیش از ۸۰ شرکت پخش سراسری دارو نیز در توزیع دارو فعالیت دارند.

در سال های اخیر با توجه به رشد دانش بیولوژی مولکولی و اقبال جهانی به علوم زیستی فرآورده های بیوتکنولوژی در سطح وسیع تری به بازار جهانی دارو وارد گردید. خوشبختانه همزمان با تدوین و راه اندازی رشته های مرتبط با بیوتکنولوژی در دانشگاه ها زمینه های ایجاد و رشد صنعت بیوتکنولوژی هموار گردید. شروع راه اندازی بیوتکنولوژی صنعتی با انتقال دانش ساخت فرآورده هایی مانند واکسن هپاتیت، اینترفرون آلفا،



بیوشیمی، بیولوژی و غیره در کنار داروسازان متخصص در زمینه بیوتکنولوژی برای تولید داروهای مزبور در کارخانجات داروسازی به این مهم اشتغال دارند.

استرپتوکیناز آغاز گردید و متعاقباً سهم قابل توجهی از مولکول های حیاتی در برخی از کارخانجات داخلی تولید و به بازار عرضه گردید. در حال حاضر جمع کثیری از جوانان فارغ التحصیل در رشته های میکروبیولوژی،

## پیشنهاداتی برای بزرگداشت چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی

برگزاری سلسله نشست های دستاوردهای نظام سلامت پس از انقلاب پیشرفتهای و چالش ها

این نشستها به صورت موضوعی در دانشگاههای مختلف برگزار می شود.

- چارچوب جلسه:

بیان وضعیت کشور در قبل از انقلاب / مقایسه با کشورهای همسایه

روایت برنامه های بعد از انقلاب

دستاوردهای این برنامه ها

چالش های فعلی

جایگاه فعلی در بین کشورهای منطقه

تحلیل

- موضوعات:

نظام داوریی

تحقیقات علوم پزشکی

آموزش علوم پزشکی

پرستاری

پیراپزشکی

نظام مراقبتهای اولیه

الگوی مرگ و میر و بار بیماری ها

مرگ مادران باردار

اعتیاد

ایدز

مراقبتهای درمانی

بهداری رزمی

همایش ستارگان

تقدیر از المپیادی هایی که وارد علوم پزشکی شدند

نظرخواهی از آنان برای حل معضلات کشور

همایش اساتید

دعوت از کسانی که رتبه استاد تمام دارند و شاخص

ارجاع بالا دارند یا اقدام در خوری مثل تأسیس رشته یا

دانشگاه انجام داده اند

تقدیر

روایت پیشرفتهای

همفکری برای رفع معضلات

همایش دستاوردها

انتخاب مجریان طرحهای خدماتی و تحقیقاتی که نقش

مهمی در ارتقای سلامت کشور داشته اند و تقدیر از آنها

شبکه بهداشت درمان

واکسیناسیون

فلج اطفال

شیر مادر

نظام مراقبت مادران

اورژانس پیش بیمارستانی

تولید داروهای خاص

تولید تجهیزات خاص



WOMEN'S HEALTH  
Bulletin

# WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5136  
e-ISSN: 2382-9648

[womenshealthbulletin.com](http://womenshealthbulletin.com)

p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF  
SCHOOL HEALTH

# INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



وب سایت‌های مجلات مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت



Shiraz E Medical Journal  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391

<http://emicalj.com>



مجله کلید سلامت  
Health Policy Research Center

<http://hkj.sums.ac.ir>



Women's Health Bulletin  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990

<http://womenshealthbulletin.com>



International Journal of  
School Health  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152

<http://infjsh.com>



Social Pharmacy Journal

<http://socialpharmacyjournal.com>

# بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روزند

توسعه شبکه‌های بهداشتی ایران



مؤلفان:  
کارن باقری استغری  
رحمت‌الله خانی  
سید نبوت علیان  
سید علیرضا مویلیان  
حسام رضای پور خانی  
محمدعلی فیاضی بخش  
محمدحسین شادبی  
بهنام هبیبی  
سولماز قهرمانی

stop TB

مؤلفان: رحمت‌الله خانی

مقتضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت مراجعه نمایید.

شماره تماس: ۰۷۱۳۳۳۰۹۱۱۵



# دومین کنفرانس بین المللی مطالعات اجتماعی سلامت

The Second International Congress  
On Social Studies in Health

مطالعات اجتماعی سلامت  
در شانزدهمین روزهای تابستان ۱۴۰۰ هجری شمسی



۱۲ - ۱۳ دی ماه ۱۳۹۷  
تهران / فرهنگستان علوم پزشکی

مهلت ارسال خلاصه مقالات

تا ۱۵ آبان ماه ۹۷

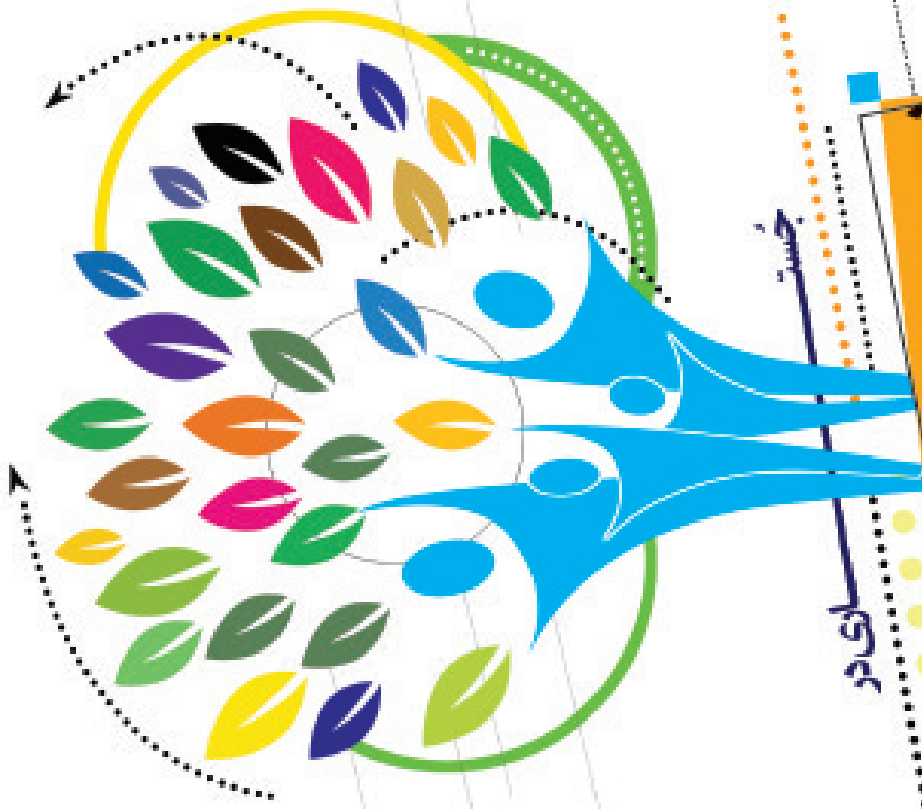
2-3 January 2019  
Abstracts will be accepted till  
6 NOV 2018

محورهای همایش: سلامت، عوامل اجتماعی، آموزش، سلامت / مداخلات اجتماعی، بیماری‌های ارتقا، سلامت / نقش عوامل اجتماعی، سیاست‌گذاری، سلامت / علمی سازی علوم پزشکی، با علوم اجتماعی

ssh2sums.ac.ir

ssh1sums@gmail.com

دبیر خانه همایش: شبیر آزاد، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات  
سیاست‌گذاری، سلامت / شماره تماس: ۰۶۱۳۳۳۰۹۶۱۵



## پژوهش خانواده

دکتر فریاد باغی / دانشیار / دانشکده اقتصاد / کلمه سال ۹۳  
دکتر سحر کوشکی / دانشیار / دانشکده مطالعات اجتماعی / کلمه سال ۹۳  
دکتر سحر کوشکی / دانشیار / دانشکده مطالعات اجتماعی / کلمه سال ۹۳  
دکتر سحر کوشکی / دانشیار / دانشکده مطالعات اجتماعی / کلمه سال ۹۳

دکتر سید علی حسینی / دانشیار / دانشکده مطالعات اجتماعی / کلمه سال ۹۳  
دکتر سید علی حسینی / دانشیار / دانشکده مطالعات اجتماعی / کلمه سال ۹۳





۱ و ۲ اسفندماه ۱۳۹۷  
February 20-21 2019

# همین گنگر میزبانی سلامت همراه

Shiraz Third International Congress on

# mHealth

SIM Congress



## موضوعات کنفرانس

- دستورالعمل‌ها و استانداردهای سلامت همراه
- خدمات بیمار محور در سلامت همراه
- ارتقاء سلامت و سلامت همراه
- کارآفرینی، سرمایه گذاری و بازاریابی در سلامت همراه
- مخاطرات و چالش‌های سلامت همراه
- کاربرد فناوری‌های نوین در سلامت همراه
- سیستم اطلاعات سلامت و سلامت همراه

## موضوعات کنفرانس

- Standards and Guidelines in Mobile Health
- Patient-Centered Services in Mobile Health
- Health Promotion via Mobile Health
- Entrepreneurship, Investment and Marketing Strategies
- Mobile Health Challenges and Threats
- Use of New Technologies in Mobile Health
- Health Information System and Mobile Health



دیرخانه:  
شیراز - خیابان نشاط - جنب مجتمع سالن‌های صندرا و سیما  
ساختمان مرکز رشد فناوری اطلاعات علوم پزشکی شیراز  
تلفن: ۰۷۱-۳۲۳۳۲۷۷۳  
www.mhealth.sums.ac.ir  
mhealth2019@sums.ac.ir / mhealth2019@gmail.com

همراه با جایزه دانشمند جوان برترین طرح‌ها و چکیده مقالات

# 9th

International Conference on  
Reducing Burden of Traffic Accidents:  
Challenges and Strategies

## نهمین سمینار بین‌المللی

کاهش سوانح ترافیکی، چالش‌ها و راهکارهای پیش رو  
آخرین مهلت ارسال مقاله: ۱۵ آذر ۹۷  
شیراز ۲۱ و ۲۲ بهمن ماه ۱۳۹۷ | 23-24 January 2019, Shiraz, Iran



www.health-policy.org

