

بازنگری در ظرفیت تربیت متخصص اورولوژی هم‌زمان با نزدیک شدن به انتشار دفترچه آزمون دستیاری ۱۴۰۵ یک ضرورت است

تغییرات شائبه‌برانگیز در ظرفیت پذیرش رشته اورولوژی

در شرایطی که افزایش جمعیت سالمند، کمبود پزشک متخصص و توزیع نامتوازن نیروی انسانی از مهم‌ترین چالش‌های آینده نظام سلامت کشور به شمار می‌رود، بررسی روند ظرفیت پذیرش رشته اورولوژی در دانشگاه‌های بزرگ طی یک دهه گذشته، از ثبات یا تغییرات محدود ظرفیت در برخی مراکز حکایت دارد؛ وضعیتی که در کنار فشار کاری بالای رزیدنت‌ها و نبود امکان پذیرش در شماری از دانشگاه‌های مادر استان‌ها، ضرورت بازنگری جدی در سیاست‌گذاری ظرفیت این رشته را بیش از گذشته مطرح می‌کند.

مجلس شورای اسلامی با توجه به نیازهای آینده نظام سلامت، در بند «ب» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم پیشرفت، وزارت بهداشت را مکلف کرده است ظرفیت پذیرش رشته‌های تخصصی پزشکی را در طول اجرای برنامه، سالانه ۱۲درصد افزایش دهد. این حکم قانونی در شرایطی تصویب شده که کشور از یک سو با کمبود و توزیع نامتوازن پزشکان متخصص مواجه است و از سوی دیگر، در سال‌های پیش رو با افزایش قابل توجه جمعیت سالمند و در نتیجه رشد تقاضا برای خدمات تخصصی درمانی روبه‌رو خواهد شد. هدف از این حکم را نمی‌توان صرفاً افزایش عددی ظرفیت پذیرش دانست. افزایش ظرفیت زمانی معنا پیدا می‌کند که بتواند به تربیت نیروی متخصص بیشتر، توزیع مناسب‌تر پزشکان در سراسر کشور، کاهش فشار بر نیروهای موجود و در نهایت افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی منجر شود.

بررسی نحوه اجرای افزایش ظرفیت در دو سال گذشته نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از ظرفیت‌های اضافه‌شده به رشته‌های اختصاص یافته که بخشی از صندلی‌های آنها در فرآیند پذیرش تکمیل نمی‌شود. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، حدود ۵۰درصد از افزایش ظرفیت به رشته‌های اختصاص یافته که با مشکل کمبود نشدن توان اهمیت آن را در برآمده‌تری آینده ضرورت بازنگری در نحوه توزیع ظرفیت‌ها و توجه به نیاز واقعی کشور را مطرح می‌کند. در این میان، اورولوژی از جمله رشته‌هایی است که نمی‌توان اهمیت آن را در برآمده‌تری آینده نظام سلامت نادیده گرفت.

نیاز به متخصصان اورولوژی تنها به شرایط فعلی محدود نمی‌شود. افزایش سن جمعیت می‌تواند نیاز به خدمات مرتبط با بیماری‌های دستگاه اداری، مشکلات کلیوی، بیماری‌های پروستات و سایر اختلالات مرتبط با سیستم ادراری و تناسلی را افزایش دهد. از این منظر، ظرفیت تربیت متخصص اورولوژی باید با نگاه

شرایط سخت محکی برای توانمندی‌هاست. حالا تصور که رئیس سازمان غذا و دارو می‌گوید، با وجود تحریم‌ها و تهدیدهای موجود، صادرات دارویی کشور در سال گذشته نسبت به سال پیش از آن افزایش یافت. این افزایش صادرات در شرایطی اتفاق افتاد که کشور حتی با محدودیت‌هایی مانند قطعی اینترنت برای یک تا دو ماه مواجه بود، اما صنعت دارویی توانست صادرات خود را حفظ کند. امسال نیز شرکت‌های دارویی با استفاده از ظرفیت نمایشگاه‌های تخصصی، به‌ویژه فارمکس ۲۰۲۶، برای شناسایی و ایجاد بازارهای جدید تلاش می‌کنند و زمینه گسترش حضور محصولات دارویی ایران در بازارهای منطقه‌ای فراهم می‌سازند. مهدی پیرصالحی، رئیس سازمان غذا و دارو در نشست نمایشگاه فارمکس ۲۰۲۶، در خصوص تاب‌آوری صنعت دارو در شرایط تحریم گفت: عرصه سلامت کشور در دوران مختلف و به‌ویژه در سه جنگ اخیر، توانمندی و تاب‌آوری خود را به خوبی نشان داده‌است. کارخانه‌های تولید دارو و تجهیزات نیز با وجود تمامی مشکلات به فعالیت خود ادامه دادند و دارو پس از طی زنجیره تولید و توزیع، در نهایت از طریق داروخانه‌ها به دست مردم رسید.

■ **تاب‌آوری صنعت دارو با وجود تشدید مشکلات**

بنا به تأکید رئیس سازمان غذا و دارو، مشکلات و معضلاتی که از گذشته در حوزه دارو وجود داشته، در شرایط فعلی تشدید شده است. یکی از مهم‌ترین این مشکلات، کمبود نقدینگی است که فشار زیادی بر این حوزه وارد می‌کند.

پیرصالحی ادامه داد: «در جریان جنگ نیز برخی کارخانه‌ها آسیب دیدند و بخشی از زیرساخت‌ها، به‌ویژه در حوزه مواد اولیه، با خسارت مواجه شد. با این حال، عمده نیاز کشور تأمین شد و صنعت دارویی توانست در شرایط بحرانی تاب‌آوری خود را حفظ کند.» وی با بیان اینکه بخش قابل توجهی از دارو و مواد اولیه مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شود، تأکید کرد: «اگرچه کشور در زمینه تولید دارو و مواد اولیه پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است، اما وابستگی در برخی مواد واسط و حلال‌ها در زمان بحران می‌تواند کشور را با کمبود مواجه کند».

■ **ضرورت تقویت حضور صنعت دارویی ایران در بازارهای جدید**

به گفته پیرصالحی، وابستگی متقابل میان کشورها در صنعت دارو موضوعی جهانی است و هیچ کشوری به طور کامل از این وابستگی مصون نیست، اما با توجه به تهدیدها و جنگ‌هایی

بلندمدت و بر اساس برآورد نیازهای آینده کشور

تعیین شود. از سوی دیگر، موضوع تأمین پزشکان زن متخصص در رشته اورولوژی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. دسترسی بیماران زن به پزشک متخصص زن در برخی حوزه‌های درمانی، به دلایل فرهنگی و اجتماعی و همچنین ترجیحات بیماران، یک نیاز قابل توجه است. بنابراین، سیاست‌گذاری ظرفیت اورولوژی باید به گونه‌ای باشد که امکان حضور و پذیرش بیشتر بانوان در این رشته نیز مورد توجه قرار گیرد و مسیر تربیت متخصصان زن در این حوزه تقویت شود.

■ **فشار کاری بالا؛ مسئله‌ای فراتر از ظرفیت**

پذیرش یکی دیگر از ابعاد مهم این مسئله، شرایط رزیدنت‌های اورولوژی است. بر اساس داده‌های موجود، میانگین ساعت کاری ماهانه رزیدنت‌های این رشته حدود ۳۹۶ساعت اعلام شده است؛ رقمی که نشان‌دهنده فشار کاری بسیار بالاست. این میزان از حضور در محیط درمانی صرفاً یک مسئله شغلی نیست. فشار کاری شدید می‌تواند بر کیفیت آموزش، یادگیری، سلامت جسمی و روانی دستیاران و در نهایت کیفیت خدماتی که به بیماران ارائه می‌شود اثرگذار باشد.

این وضعیت در شرایطی قرار دارد که حقوق مصوب رزیدنت‌ها در سال ۱۴۰۵ حدود ۲۵میلیون تومان اعلام شده‌است. بنابراین، مسئله معیشت رزیدنت‌ها نیز در کنار ساعات کاری بالا باید مورد توجه قرار گیرد. تربیت متخصص مورد نیاز کشور، تنها با

افزایش ظرفیت ورودی دانشگاه‌ها محقق نمی‌شود؛ بلکه حفظ انگیزه، تأمین شرایط مناسب آموزشی و ایجاد تناسب میان مسئولیت، ساعات کاری و دریافتی نیز بخشی از فرآیند تربیت نیروی متخصص است.

■ **یک دهه ظرفیت؛ چرا تغییرات ناچیز؟**

بررسی روند حدود ۱۰ساله ظرفیت پذیرش رشته اورولوژی در دانشگاه‌های بزرگ کشور، نکته دیگری را آشکار می‌کند. در حالی که طی این سال‌ها زیرساخت‌های آموزشی و درمانی کشور توسعه یافته و نیاز به خدمات تخصصی نیز در حال افزایش است، در برخی دانشگاه‌های بزرگ ظرفیت پذیرش اورولوژی تغییر قابل توجهی نداشته و در مواردی روند ظرفیت ثابت یا حتی کاهش یافته است.

نمودار شماره یک روند ظرفیت پذیرش این رشته را در دانشگاه‌های مورد بررسی طی یک دهه نشان می‌دهد.

این داده‌ها که سؤال اساسی را مطرح می‌کنند: آیا ظرفیت تربیت متخصص اورولوژی در دانشگاه‌های کشور متناسب با نیازهای امروز و آینده نظام سلامت تعیین شده‌است؟

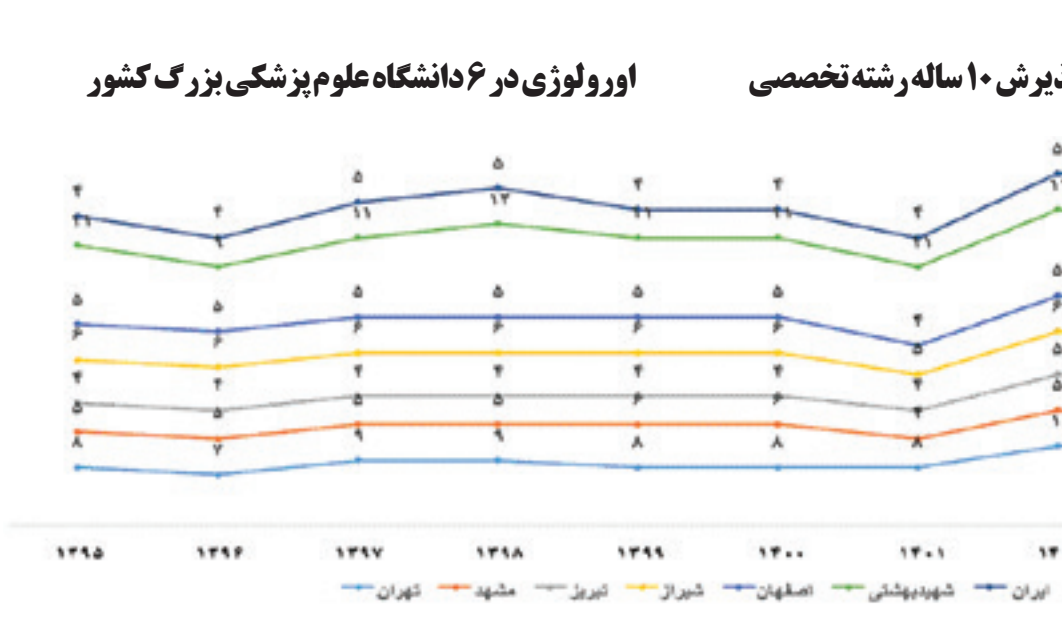
پاسخ به این سؤال زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که به توزیع جغرافیایی ظرفیت‌ها نیز توجه کنیم.

■ **خلأ ظرفیت در شماری از دانشگاه‌های مادر**

بررسی وضعیت پذیرش رشته اورولوژی در دانشگاه‌های مادر مراکز استان نشان می‌دهد دانشگاه‌های استان‌های اراک، اردبیل، البرز، ایلام،

افزایش ظرفیت ورودی دانشگاه‌ها محقق نمی‌شود؛ بلکه حفظ انگیزه، تأمین شرایط مناسب آموزشی و ایجاد تناسب میان مسئولیت، ساعات کاری و دریافتی نیز بخشی از فرآیند تربیت نیروی متخصص است.

کاهش و ثابت بودن ظرفیت پذیرش ۱۰ساله رشته تخصصی



بندر عباس، بوشهر، زنجان، قزوین، قم، کردستان، گلستان، لرستان و مازندران فاقد پذیرش رزیدنت در این رشته هستند.

این مسئله زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که در مناطق کوچکی از این استان‌ها با سرانه پایین‌تر پزشک متخصص اورولوژی نسبت به برخی دیگر از استان‌های کشور مواجهند. در چنین شرایطی، نبود ظرفیت تربیت متخصص در دانشگاه‌های این مناطق می‌تواند به استمرار تمرکز نیروی متخصص ضرورت اصلاح نگاه به سیاست افزایش ظرفیت بخش قابل توجهی از این استان‌ها را برای حل

مسئله اورولوژی یک نمونه مشخص از ضرورت اصلاح نگاه به سیاست افزایش ظرفیت است. قانون‌گذار افزایش ظرفیت را برای حل مسائل نظام سلامت تعیین کرده است، نه صرفاً برای تغییر اعداد در جداول پذیرش.

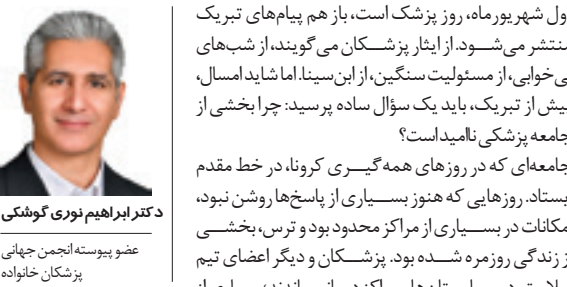
اگر قرار است قانون برنامه هفتم، پیشرفت به اهداف خود دست پیدا کند، باید میان ظرفیت پذیرش، نیاز واقعی کشور، توزیع جغرافیایی متخصصان، شرایط آموزشی و معیشتی رزیدنت‌ها و نیازهای جمعیتی آینده ارتباطی منطقی برقرار شود.

انتظار می‌رود در پذیرش سال ۱۴۰۵، این ملاحظات درباره رشته اورولوژی مورد توجه قرار گیرد و تصمیمی اتخاذ نشود که هم پاسخ‌گوی نیازهای فعلی کشور باشد و هم نظام سلامت را برای مواجهه با پیامدهای سالمندی و افزایش تقاضا برای خدمات تخصصی در سال‌های آینده آماده کند.

انتظار می‌رود ظرفیت‌های این رشته با توجه به نیازهای آینده کشور، وضعیت جمعیتی، پراکندگی پزشکان متخصص، ظرفیت زیرساخت‌های آموزشی و درمانی و شرایط فعلی رزیدنت‌ها مورد بازنگری قرار گیرد.

* کارشناس حوزه سلامت

آنهايي که براي «صف» تصميم مي‌گيرند صف را ديده‌اند؟



دکتر ابراهیم نوری کوشتی

عضو هیسته انجمن جهانی پزشکان خانواده

اول شهریورماه، روز پزشک است، باز هم پزشک‌های تبریک منتشر می‌شود. از ایثار پزشکان می‌گویند، از شب‌های بی‌خوابی، از مسئولیت سنگین، از این سینا. اما شاید امسال، پیش از تبریک، باید یک سؤال ساده پرسید: چرا بخشی از جامعه پزشکی نامیداست؟

جامعه‌ای که در روزهای همه‌گیری کرونا، در خط مقدم ایستاد، روزهایی که هنوز بسیاری از پاسخ‌ها روشن نبود، امکانات در بسیاری از مراکز محدود بود و ترس، بخشی از زندگی روزمره شده بود. پزشکان و دیگر اعضای تیم سلامت، در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ماندند؛ بسیاری از خانواده‌های خود دور شدند و مسئولیت مراقبت از بیماران را بر زمین گذاشتند. در روزهای بحران و ناامنی و شرایط جنگی نیز، دوباره نخستین کسانی که باید آماده باشند، همان‌هایی هستند که در صف خدمت قرار دارند؛ پزشک‌انی که در بیمارستان‌ها، اورژانس‌ها و مراکز درمانی، پیش از هر چیز با پیامدهای انسانی بحران روبه‌رو می‌شوند.

صف، در روزهای عادی شاید دیده نشود؛ اما در روزهای بحران، همه نگاه‌ها به صف برمی‌گردد.

پس چرا همان صف، وقتی نوبت به سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری می‌رسد، گاهی آن‌قدر کم‌یاد دیده و شنیده نمی‌شود؟ پاسخ، فقط در تعریف نیست، فقط در درآمد نیست، فقط در مالیات، فشار کاری، مهاجرت یا فرسودگی شغلی هم خلاصه نمی‌شود. بخشی از پاسخ را باید جایی جست‌وجو کرد که برای نظام سلامت تصمیم گرفته می‌شود، در ستاد.

همان‌جا که بخشنامه نوشته می‌شود، دستورالعمل تصویب می‌شود، برنامه طراحی می‌شود، سیاست ساخته می‌شود و بعد، از بالا به پایین، راهی «صف» می‌شود. اما یک پرسش باقی می‌ماند: آنهايي که براي صف تصميم مي‌گيرند، صف را چقدر می‌شناسند؟

صف، یک واژه اداری نیست. صف یعنی پزشکی که در یک مرکز درمانی با بیمار واقعی، کمبود واقعی و محدودیت واقعی روبه‌روست. یعنی پزشکی که باید هم به بیمار پاسخ دهد، هم با کمبود امکانات کنار بیاید و هم دستورالعمل‌هایی را اجرا کند که شاید هنگام نوشتن شدن، کسی از اون‌پرسیده باشد یا واقعاً قابل اجرا هستند یا نه.

صف یعنی بیمارستان، مرکز بهداشت، مطب، اورژانس، روستا، منطقه محروم و داروخانه و... صف یعنی جایی که نتیجه سیاست‌گذاری، دیگری قابل‌فایل‌پاوربونت نیست؛ بلکه با زندگی مردم برخورد می‌کند. و درست همین‌جا فاصله آغاز می‌شود. فاصله میان کسانی که سیاست را می‌نویسند و کسانی که باید آن را اجرا کنند.

مشکل این نیست که همه مدیران و کارشناسان ستادی الزاماً باید سال‌ها در خط مقدم ارائه خدمت بوده باشند. نظام سلامت به دانش‌ها و تخصص‌های گوناگون نیاز دارد و سیاست‌گذاری نیز کاری تخصصی است. اما یک سیاست‌گذار، هر تخصصی که داشته باشد، باید یک چیز را بداند؛ واقعیت اجرا، بخشی از سیاست است.

سیاستی که در جلسه عالی به نظر می‌رسد اما در بیمارستان، مرکز بهداشت یا مطب زمین‌گیر می‌شود، نیازمند بازنگری است. دستورالعملی که مجری آن را نمی‌فهمد یا امکان اجرای آن را ندارد، با ابلاغ رسمی، قابل اجرا نمی‌شود. سیاستی که پیش از نوشته شدن، صدای صفا را نشنیده است، پس از ابلاغ، تازه با واقعیت روبه‌رو می‌شود.

یکی از مسائل مهمی که باید درباره آن گفت‌وگو شود، کم‌رنگ بودن تجربه عملی و شناخت مستقیم از میدان در بخشی از بدنه کارشناسی و مدیریتی ستادی است. مسیر «صف تا ستاد» فقط یک سابقه شغلی نیست. این نوع آموزش ستادی که در میدان کار کرده، معمولاً بهتر می‌داند یک تصمیم روی کاغذ، وقتی به انتهای زنجیره می‌رسد، چه تئوراتی می‌کند. می‌داند میان «ابلاغ شدن» و «اجرا شدن» فاصله وجود دارد. می‌داند یک دستور ساده در ستاد ممکن است در یک بیمارستان شهرستان، یک مرکز بهداشت یا یک منطقه محروم، ده‌ها مانع داشته باشد. و شاید مهم‌تر از همه، می‌داند صف فقط مجری نیست.

صف، منبع دانش است. اما آیا ما به اندازه کافی از این دانش استفاده می‌کنیم؟ آیا پیش از تدوین سیاست‌های مهم، از کسانی که باید آن را اجرا کنند می‌پرسیم؟ آیا نظر انجمن‌های علمی، پزشکان، پرستاران و مدیران اجرایی واقعاً در شکل‌گیری تصمیم نهایی مؤثر است؟ یا گاهی گفت‌وگو فقط زمانی آغاز می‌شود که تصمیم گرفته شده و حالا باید پیرای آن، همراه پیدا کرد؟

این پرسش‌ها، حمله به وزارت بهداشت نیست، اتفاقاً دفاع از وزارت بهداشت است. دفاع از نهادهی که اگر بخواهد سیاست‌گذاری مؤثر داشته باشد، نمی‌تواند واقعیت میدان جدا بماند. امروز شاید بیش از هر زمان دیگری به بازتعریف رابطه ستاد و صف نیاز داریم. کارشناس ستادی نباید فقط نویسنده بخشنامه باشند، باید مترجم واقعیت هم باشند؛ واقعیت صف برای مدیران و واقعیت سیاست برای مجریان. مدیر موفق کسی نیست که بیشترین دستورالعمل صادر کند، مدیر موفق کسی است که بداند کدام دستور، قابل اجراست. سیاست‌گذاری خوب با نوشتن متن آغاز نمی‌شود و با ابلاغ آن هم پایان نمی‌یابد. سیاست‌گذاری خوب از شنیدن آغاز می‌شود. از شناختن آغاز می‌شود. از این پرسش آغاز می‌شود که: آیا آنچه می‌خواهیم تصویب کنیم، در دنیای واقعی هم شنی است؟

جامعه پزشکی بیش از هر چیز، نیاز دارد احساس کند دیده و شنیده می‌شود. نه فقط در مراسم‌ها، نه فقط در روز پزشک، نه فقط در بحران‌ها، همه‌گیری‌ها و شرایط جنگی؛ زمانی که نگاه‌انا نگاه‌ان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برمی‌گردد. زمانی که قرار است درباره آینده حرفه، شرایط کار و سیاست‌های نظام سلامت تصمیم گرفته شود.

نامیدی، همیشه با یک اتفاق بزرگ آغاز نمی‌شود. گاهی با یک احساس کوچک شروع می‌شود؛ اینکه در روزهای سخت به من نیاز دارند؛ اما در روزهای تصمیم‌گیری صدای من را نمی‌شنوند. شاید در روز پزشک، به جای یک پیام تبریک دیگر، بد نباشد این دواصله را جدی بگیریم. یک پیام، یک دستور ساده و صف، فاصله میان تصمیم و اجرا فاصله میان شنیدن و صرفاً اطلاع‌رسانی. نظام سلامت را نمی‌توان تنها از پشت میز اداره کرد.

سیاست‌گذاری بدون شناخت میدان، شبیه نسخه‌نویسی بدون دیدن بیمار است. و شاید امروز، مهم‌ترین پیام جامعه پزشکی به سیاست‌گذاران همین باشد: پیش از آنکه برای صف تصمیم بگیرید، کمی بیشتر به صف نزدیک شوید. و پیش از آنکه از ما بخواهید سیاست‌ها را اجرا کنیم، صدای ما را بشنوید.

چون پزشکان و دیگر اعضای تیم سلامت، در روزهای کرونا و بحران و جنگ، جای خود را در صف خالی نکردند. اکنون انتظار بزرگی نیست که هنگام تصمیم‌گیری برای آینده نظام سلامت نیز، صف را فقط بخش اجرای سیاست بدانیم؛ آن را شرک سیاست‌گذاری بدانیم. چون صف، انتهای سیاست‌گذاری نیست. صف، جایی است که سیاست‌گذاری از آن باید آغاز شود.

۳۰ هزار نفر در اروپا قربانی گرما شدند

آمارها نشان می‌دهند موج‌های گرمای تابستان امسال در اروپا تاکنون بیش از ۳۰ هزار قربانی گرفته است. خبرگزاری فرانسه در گزارشی اعلام کرده است بررسی آمارها نشان می‌دهد ۳۳ هزار مورد مرگ اضافی یا مرگ‌هایی که مستقیماً یا گرما را تباط داشته‌اند، تنها در هشت کشور العان، اتریش، بلژیک، بریتانیا، فرانسه، هلند، پرتغال و اسپانیا ثبت شده‌اند. سامانه پایش EuroMomo نیز بر اساس آمارهای اولیه برآورد کرده است که تنها در فاصله اواسط ژوئیه تا اواسط اوت (ماه جغری میلادی) بیش از ۳۰ هزار مورد مرگ اضافی در اروپا رخ داده است. اگرچه این سامانه، آمار مرگ‌ومیر را به تفکیک کشورها منتشر نمی‌کند، اما نهادهای ملی بهداشت در کشورهای مختلف آمارهای اولیه‌ای را برای دوره‌های زمانی مشابه منتشر کرده‌اند که به شکل تقریبی از اواخر ماه مه تا اوت را در برمی‌گیرد. طبق داده‌های EuroMomo به نظر می‌رسد بیشترین شمار مرگ‌ومیر در اروپا در هفته پایانی ماه ژوئن ثبت شده است. در این هفته ۱۶ هزار مورد مرگ اضافی گزارش شده بود. به گزارش دویچه‌وله، قرار است برآوردهای این سامانه در هفته‌های آینده دقیق‌تر شوند. از این رو احتمال دارد شمار کل موارد مرگ اضافی نیز تغییر کند. در این آمار تنها داده‌های رسمی ۲۳ کشور اروپایی در نظر گرفته شده‌اند و بخش‌هایی از اروپای شرقی را شامل نمی‌شوند.

عزیزالله مسیحی‌نژاد

چالش‌های جنگ اخیر برای صنعت دارویی کشور افزود: «با بسته شدن مسیرهای دریایی، مواد مؤثر مسازها دچار مشکلاتی شدند و استفاده از مسیرهای هوایی و زمینی منجر به گران‌تر شدن هزینه‌های حمل و همچنین زمان‌بر شدن آن شد و به همین دلیل نیز وقفه کوچکی در حوزه تأمین رخ داد. در مجموع ماده اولیه‌سازها پشت صنعت داروسازی کشور هستند و مجموعه تأمین دارو ثابت کرد که ایران، قطر و عمان و امارات و غیره نیست که همه‌چیزش وابسته باشد. از جهت منابع انسانی قدرتی در ایران است که متأسفانه در اوج پیچیدگی‌های روز کشور، فراموش شده است. در مجموع به لحاظ تاب‌آوری شرایطمان بسیار مطلوب است.»

اختراعی همچنین در واکنش به کاهش دسترسی مردم به دارو با تأکید بر اینکه به شصه از گرانی دارو برای مردم متأثر و ناراحت، تصریح کرد: «امیدوارم در فناوری این قضیه را حل کنیم.»

از نگاه وی، فهرست دارویی کشور باید منطبق با هزینه‌ارزشی باشد. اینکه در کشورهای پیشرفته هزار و ۱۰۰ قلم دارو در فهرست باشد و در کشور ما ۳هزار و ۷۰۰ قلم، اشتباه است و کمسیون‌های مربوطه باید داروهای گران قیمت را تجویز کنند نه پزشکان. باید در حوزه دارو از بیش‌اظهاری جلوگیری کرد.

ظرفیت استثنایی تولید دارو در ایران

اختراعی همچنین با اشاره به فعالیت بیش از ۳۰۰ شرکت داروسازی در کشور ادامه داد: «در خلأ وجود حمایت‌های دولتی، اما ظرفیت‌های تولید دارو در ایران استثنایی است و شرایط خوبی داریم و در تأمین نیازها چه در مواد اولیه چه بسته‌بندی و غیره، وضع‌مان خوب است. هر چند که گاهی ممکن است وقفه‌هایی به دلیل مسائل تحریم‌ها و جنگ ایجاد شود.»

رئیس هیئت‌مدیره سسندیکای تولیدکنندگان مواد دارویی با اشاره به بازگشت کارخانه‌های داروسازی آسیب‌دیده در جنگ به خط تولید گفت: «تفاوت ما با بسیاری از کشورهایی که درگیر جنگ هستند، در همین ظرفیت داخلی و توان بازسازی است. حتی کشورهایی که از نظر ثروت، قدرت و فناوری با ما قابل مقایسه نیستند، ممکن است در شرایط جنگی برای تأمین نیازهای خود با بحران‌های بسیار جدی مواجه شوند.»

از نگاه وی، هشتمین نمایشگاه بین‌المللی دارویی فارمکس نیز فرصتی است تا کشورهای خارجی با فناوری و همت ایرانیان آشنا شوند و این ظرفیت‌ها را از نزدیک مشاهده کنند. این نمایشگاه از ۱۷ شهریور ۱۴۰۵، به مدت سه روز در محل نمایشگاه ایران مال برقرار خواهد شد.

■ **توانمندی ایران در صادرات دارو و تکنولوژی**

مهندس فرامرز اختراعی، رئیس سندیکای تولیدکنندگان مواد دارویی، شیمیایی و بسته‌بندی دارویی هم در این نشست با اشاره به توانمندی صنعت دارویی کشورمان گفت: «اغلب نگرانی‌ها در حوزه صنعت دارو از آن جهت است که وضعیت بسیار مطلوب‌تری را انتظار داریم، اما باید گفت که در داروسازی و توانمندی و دانش علمی و نیروی انسانی در شرایط ایده‌آلی هستیم. تمام آنچه را که در جنگ صدمه خوردیم، با شرایط مطلوب‌تری داریم بازسازی می‌کنیم و در نمایشگاه فارمکس یک بار دیگر این موضوع را مرور خواهیم کرد.»

وی با اشاره به برگزاری هشتمین نمایشگاه بین‌المللی فارمکس با شعار تاب‌آوری صنعت داروسازی کشور هم توضیح داد: «صادرات تکنولوژی صنعت داروسازی کشور به کشورهای آفریقایی از ۵۳ میلیون یورو گذشته است و ایران مهم‌ترین کشوری است که برای انتقال تکنولوژی به الجزایر معرفی شده است.»

اختراعی با اشاره به فعالیت بیش از ۸۸ شرکت ماده مؤثره دارویی در کشور گفت: «می‌توان گفت که ایران بعد از هند و چین در رتبه سوم در این حوزه قرار دارد.»

■ **نمایش قدرت ایران در صنعت داروسازی**

رئیس سندیکای تولیدکنندگان مواد دارویی با اشاره به