به‌زودی شرکت‌های دانش‌بنیان نوع ۲ هم از معافیت مالیاتی بهره‌مند می‌شوند
گام های تازه برای حمایت از دانش‌بنیان‌ها
۲۲

درنگی در سیره و خصال زنده‌یاد آیت‌الله العظمی سیدمحمد علی علوی گرگانی
برای او که دغدغه دین و مردم داشت
۲۳

- مراکز خرید تضمینی گندم در ۱۱ استان مستقر شده‌اند
- پیش‌بینی تولید گندم امسال بیش از ۹ میلیون تن است

دستچین خوشه‌های طلایی در ۶ استان
۲۴

پنجشنبه ۱۸ فروردین ۱۴۰۱ ■ ۵ رمضان ۱۴۴۳ ■ سال سی‌ام ■ شماره ۸۴۶۹

همشهری جامعه

عکس: همشهری/ محمد عباس نژاد

موج جدید گرانی داروهای خارجی

بررسی‌های میدانی نشان می‌دهد برخی داروهای خارجی که نیمه اول سال گذشته از فهرست ارز ترجیحی حذف شدند، حالا با افزایش چند برابری قیمت مواجه شده‌اند

گزارش

مریم سرخوش
روزنامه‌نگار

تعدادی از داروهای خارجی اخیرا با موجی از افزایش قابل توجه قیمت مواجه شده‌اند؛ این اتفاق نه‌تنها برای داروهای خاص که برای داروهای پرمصرف هم رخ داده است. نمونه آن، داروی اسپری سروتاید برای بیماران تنفسی است که مصرف بالایی از سوی افراد دارد و حالا چندین‌برابر افزایش قیمت را تجربه می‌کند. خبرهایی که از سوی سازمان غذا و دارو می‌رسد نشان می‌دهد که این افزایش قیمت سال گذشته به‌دلیل حذف ارز ترجیحی از داروهایی صورت گرفت که تولید داروی مشابه داخلی داشتند و از فهرست بیمه خارج شدند. اما بررسی‌های میدانی نشان می‌دهد که تعدادی از داروهای داخلی هم با کمبود و افزایش قیمت مواجه شده‌اند. بحران اصلی هم گریبان‌گیر بیماران خاص است که برای تهیه داروهایشان، در نبود داروهای داخلی، ناچار به پرداخت هزینه‌های بالا برای خرید داروهای خارجی‌اند. پیش‌بینی فعالان این حوزه تداوم گرانی‌ها و گران‌تر شدن دیگر اقلام دارویی خارجی در روزهای آینده است، چرا که پس از حذف ارز ترجیحی از برخی از این داروها در سفارش‌های ۶ماه گذشته تامین دارو با ارز نیمایی صورت گرفته و این مسئله می‌تواند منجر به گرانی داروهایی شود که پیش از این با ارز دولتی در اختیار مصرف‌کننده قرار می‌گرفت. براساس اعلام حمیدرضا اینانلو، مدیرکل امور داروی سازمان غذا و دارو، هم‌اکنون اگر دارویی با نرخ بیشتر وارد بازار شده، مجوز افزایش قیمت آن در سال ۱۴۰۰ صادر و حالا توزیع شده. تعداد این داروها انگشت‌شمار است. او بر اصلاح قیمت دارو تأکید می‌کند نه افزایش قیمت: «افزایش هزینه‌های تولید، منجر به افزایش قیمت تمام‌شده دارو می‌شود.»

حالا اما تنها دغدغه، گرانی داروهای خارجی نیست، بلکه محدودیت در واردات این داروها با هدف حمایت از تولید داخل است که مدت‌هاست به چالشی جدی برای برخی از بیماران تبدیل شده است. البته فعالان صنعت دارو هم محدود کردن بازار واردات داروهای خارجی را سیاست درستی نمی‌دانند و معتقدند با توجه به تجربه‌های مقطعی پیشین که منجر به محدودیت یا توقف تولید و کمبود دارو در بازار شد، سهولت در واردات دارو، از آشفتگی بازار دارویی جلوگیری می‌کند و رقابت برای تولید باکیفیت را بالا می‌برد.

گرانی‌های اخیر، تصمیم چند ماه گذشته بود

مجتبی بوربور، نایب‌رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو درباره گرانی داروهای خارجی در روزهای اخیر، به همشهری می‌گوید: «طبق رویه متعارف سازمان غذا و دارو اگر دارویی تولید داخل باشد، واردات آن فارغ از نرخ ارز و... از سوی خود دولت محدود یا حتی به صفر می‌رسد. در برخی موارد هم برای تعداد محدودی از مصرف‌کنندگان با ارز نیمایی اجازه ورود داروی مشابه خارجی داده می‌شود که طبعا این داروها مشمول پوشش بیمه نیستند.» به‌گفته بوربور، تصمیم‌گیری برای گرانی دارویی که قرار است به‌صورت وارداتی تامین شود، چند ماه قبل از توزیع در بازار و رسیدن به‌دست مصرف‌کننده صورت می‌گیرد، چرا که چرخه تامین آنها به جز داروهای فوریتی یک پروسه ۶ماهه دارد؛ ۴ تا ۵ماه زمان سفارش و واردات و یک تا ۲ماه همزمان برای ورود داروی خارجی به بازار مصرف.

اسپری «سروتاید» برای بیماران تنفسی، تنها یکی از نمونه‌های قابل توجه در افزایش قیمت داروهای پرمصرف است که بیماران را سردرگم کرده است؛ اتفاقی که برای سایر داروهای پرمصرف هم رخ داده است. بوربور درباره این داروها هم توضیح می‌دهد و می‌گوید: «اسپری سروتاید، تا اواسط ۱۴۰۰ شامل ارز دولتی می‌شد و قیمت وارداتی آن برای مصرف‌کننده ۸۲هزار تومان بود. طی این مدت و قبل از گرانی هم همان محصول در اختیار مصرف‌کننده قرار می‌گرفت که با ارز ترجیحی تامین شده بود اما با توجه به اینکه ارز دولتی این محصول از مدت‌ها قبل حذف شده، حالا طبیعی است که در توزیع جدید با قیمت ارز نیمایی و گرانی چندین برابر در اختیار داروخانه‌ها قرار بگیرد. برای این افزایش قیمت از مهر سال گذشته یا کمی قبل‌تر تصمیم‌گیری شده بود.» او می‌گوید: «مشابه ایرانی اسپری سروتاید، ۶۷هزار تومان است. بیمه قیمت پایه تعیین شده برای داروی ایرانی را پرداخت می‌کند و کسی که بخواهد برند خارجی بخرد باید مابه‌التفاوت آن را از جیب خود پرداخت کند.» این فعال حوزه دارو درباره احتمال گرانی دوباره داروهای خارجی که سال گذشته افزایش چند برابری قیمت را تجربه کردند هم توضیح می‌دهد و می‌گوید: «چنین اتفاقی رخ نمی‌دهد مگر اینکه متغیرهای مربوط به تخصیص ارز و نوع ارز تخصیصی نرخ ارز نیمایی تغییر کند. عمده داروهایی که در روزهای اخیر شاهد گرانی آنها هستیم، همان داروهایی‌اند که در تابستان و اوایل پاییز سال گذشته از فهرست ارز ترجیحی حذف شده‌اند.»

تداوم گرانی داروهای خارجی

پیش‌بینی این فعال حوزه دارو درباره آینده داروهای خارجی در کشور تداوم گرانی آنهاست: «علاوه بر گرانی‌ها که درباره تمام داروهایی که مشابه آنها در کشور تولید می‌شود، رقم می‌خورد احتمالا محدودیت تامین هم با هدف جلوگیری از ارزبری‌ها را هم خواهیم داشت. سیاست‌های کلی دولت، محدودیت واردات دارو با هدف حمایت از تولید داخل است. در این میان ۲گروه داروها در اولویت تامین خواهند بود؛ آنهایی که مشابه تولید داخلی ندارد و داروی گروه‌های خاص‌تر که در آخرین مرحله حذف هستند. البته با توجه به مصوبه اخیر مجلس و تخصیص بودجه برای حمایت از بیماران به‌نظر می‌رسد که افزایش قیمت این قبیل داروها برای بیماران ملموس نباشد و بیماران داروهای خود را با قیمت قبلی در اختیار داشته باشد. مابه‌التفاوت آنها هم از سوی بیمه‌ها و سایر ابزار حمایتی دولت پوشش داده شود. این امر به‌ویژه درباره داروی بیماران خاص و داروهای حیاتی مدنظر است.»

ارز تنها عامل گرانی دارو نیست

علی فاطمی، نایب‌رئیس انجمن داروسازان ایران اما گرانی داروها را ناشی از ۲عامل می‌داند و به همشهری می‌گوید: «گرانی دارو از سال ۹۹ و نیمه اول سال ۱۴۰۰ آغاز شد و تنها محدود به داروهای خارجی نبود. داروهای اوتی‌سی یا بدون نسخه هم با حذف ارز ترجیحی گران‌تر شدند. در نیمه دوم سال گذشته گرانی چندانی در حوزه دارو نداشتیم اما اخیرا موارد جدیدی از گرانی‌ها گزارش می‌شود.» به‌گفته او، تامین نشدن به موقع ارز برای خرید مواداولیه یکی از عوامل کاهش تولید داروست که خود عامل گرانی‌ها و پررنگ شدن بازار سیاه می‌شود. از سوی دیگر ۶۵ تا ۷۰درصد عناصر سازنده دارو در کشور شامل ارز دولتی نیست و به‌صورت آزاد تهیه می‌شود که ازجمله آنها می‌توان به تامین پلاستیک بسته‌بندی و شیشه و جعبه به‌صورت آزاد، اشاره کرد که در بازار به‌صورت مداوم نوسان قیمت دارند. براساس اعلام فاطمی، با حذف ارز دولتی داروها، قیمت داروهای تولید داخل حداکثر ۲برابر و قیمت داروهای وارداتی حداکثر ۵ تا ۶برابر افزایش خواهد یافت اما این افزایش قیمت، به‌معنای افزایش پرداخت از جیب مردم نیست: «مسئله‌ای که وجود دارد این است که حدود ۵ تا ۸میلیون نفر از مردم تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند و درصورتی که بیمه نشوند، متحمل افزایش هزینه و قیمت داروها خواهند شد. البته دولت سالانه حدود ۶۰هزار میلیارد تومان برای گران نشدن دارو یارانه می‌دهد تا گران نشود. البته داروسازان هم به هیچ عنوان حق افزایش قیمت دارو را ندارند و این مسئله تنها از سوی کمیسیون قیمت‌گذاری صورت می‌گیرد که باید به موقع انجام شود، در غیراینصورت منجر به بروز مشکلاتی برای کارخانه‌های تولیدکننده و حتی توقف تولید می‌شود.»

فهرست تعدادی از داروهای گران شده

نام دارو	قیمت قبل	قیمت کنونی	قیمت داروی مشابه ایرانی
خارجی			
سروتاید (داروی تنفسی)	۹۵هزار تومان	۴۹۵هزار تومان	۵۵هزار تومان
دیفرلین (بلوغ زودرس و درمان کیست)	۳۰۰هزار تومان	۴میلیون تومان	۴۰۰هزار تومان (قیمت دارو پیش از گرانی ۱۰۰هزار تومان)
پنتاسا (داروی معده)	۱۴۵ هزار تومان	یک‌میلیون و ۲۰۰ هزار تومان	مشابه ایرانی ۱۲۹ هزار تومان
اکسفورج (داروی فشار)	۱۰۰ هزار تومان	۳۵۰هزار تومان	مشابه ایرانی ۳۵هزار تومان
نولپازا (داروی معده)	۲۰ هزار تومان	۸۰هزار تومان	مشابه ایرانی ۲۰ هزار تومان
دیامیکران	۲۷ هزار تومان	۱۰۶ هزار تومان	مشابه ایرانی ۳۳هزار تومان
ایرانی			
انوکساپارین (داروی ضدآمبولی و ناباروری)	۶۰ هزار تومان	۸۰هزار تومان (قیمت برای هر عدد قرص و عموما میزان تجویز ۳۰عدد قرص است.)	
شامپوی سلنیوم سولفاید (قارچ)	۱۲ هزار تومان	۳۵هزار تومان	
ال‌وان جوشان (برای بیماران تالاسمی)	۱۷ هزار تومان	۴۳هزار تومان	

نکته

بحران افزایش قیمت و کمبود داروی داخلی بیماران تالاسمی

یونس عرب، دبیر انجمن حمایت از بیماران تالاسمی از مشکلات این بیماران برای تهیه داروهایشان انتقاد می‌کند و به همشهری می‌گوید: «تعداد داروهای بیماران تالاسمی که دیگر تحت پوشش بیمه نیست بالا رفته و داروهای داخلی هم به میزان کافی تولید نمی‌شود. قیمت داروها به‌طور مرتب افزایش پیدا می‌کند و مابه‌تفاوت داروهای گران شده، از سوی بیمه‌ها پرداخت نمی‌شود. کمبود و نبود دارو و همچنین گرانی آن، منجر به افزایش موارد مرگ این بیماران شده است.» با اینکه گفته می‌شود داروی این بیماران رایگان است اما عرب ماجرای دیگری را روایت می‌کند: «گفته می‌شود داروی این بیماران رایگان است، اما برخلاف آن چیزی که گفته می‌شود، هم‌اکنون بیماران تالاسمی برای تهیه داروهایشان هزینه‌های زیادی از جیب پرداخت می‌کنند. براساس بند «د» ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه، برای حمایت از داروی تولید داخل، پوشش بیمه‌ای داروی خارجی قطع شده است؛ یعنی اگر دارویی مشابه داخلی داشته باشد، دیگر داروی خارجی آن بیمه نیست، اما این مسئله زمانی قابل اجراست که داروی داخلی به اندازه کافی وجود داشته باشد؛ درحالی‌که اینطور نیست.» به‌گفته او، داروی داخلی برای بیماران تالاسمی به اندازه کافی تولید نمی‌شود و عملا بیمار ناچار است از داروی خارجی استفاده کند. داروی خارجی هم تحت پوشش بیمه نیست و بیمار ناچار است هر بار هزینه زیادی برای تهیه داروهایش پرداخت کند. عرب از این وضعیت انتقاد می‌کند و آن را مغایر با عدالت در سلامت می‌داند. براساس اعلام دبیر انجمن حمایت از بیماران تالاسمی، ۲داروی دسفرال (تزریقی) و جیدنیو (قرص) که تولید خارج هستند، پوشش بیمه‌ای ندارند. در یک‌سال گذشته تنها یک محموله ۳۰۰هزار ویالی از داروی دسفرال وارد کشور شد و دیگر وارداتی صورت نگرفت. قرار بود برای این داروها مشابه داخلی تولید شود و نانوجید به جای جیدنیو، در داخل تولید شد. اما مسئله اینجاست که داروی داخلی به اندازه تولید نمی‌شود و در نهایت بیمار ناچار است همان داروی خارجی را بخرد. به‌گفته عرب، داروی خارجی دسفرال که تزریقی است، هر یک عدد ۱۷هزار تومان قیمت دارد و جالب اینجاست که قیمت مشابه داخلی آن ۲۷هزار تومان است؛ یعنی نمونه داخلی از خارجی آن گران‌تر است. او درباره دلیل تولید نشدن یا کمبود این داروها در کشور هم می‌گوید: «باید سالانه ۲میلیون قرص و ۲میلیون ویال داروی تزریقی برای بیماران تالاسمی توزیع و به‌دست آنها برسد؛ درحالی‌که در سال ۱۴۰۰، هیچ قرصی به‌دست ما نرسید و داروی دسفرال هم تنها ۳۰۰هزار ویال آن هم خارجی‌اش توزیع شد. در تمام این مدت بیماران به سختی داروهای خارجی را تهیه می‌کردند.» او یکی از دلایل افزایش مرگ بیماران تالاسمی را نرسیدن دارو به آنها اعلام می‌کند: «هرچه به مسئولان اعلام می‌کنیم که این موضوع را حل کنند، تنها وعده می‌دهند. نگرانی بیشتر ما از حذف ارز ترجیحی است و مشخص نیست آن زمان قرار است قیمت و موجودی دارو چه تغییراتی داشته باشد.» او درباره دلیل تولید نشدن این داروها از سوی تولیدکنندگان داخلی هم می‌گوید: «در داخل، حدود ۴شرکت تولیدکننده باید داروهای تالاسمی را تولید کنند، یک تولیدکننده خارجی هم وجود دارد که به‌دلیل اختصاص نیافتن ارز، دیگر این داروها را تولید نمی‌کند. سایر تولیدکنندگان هم ظاهرا به‌دلیل به‌صرفه نبودن تولید این داروها و سوددهی کم آن، تولیدی ندارند.»

براساس اعلام عرب، در طول سال قیمت این داروها چندین بار افزایش پیدا می‌کند، بیشترین چالش قیمتی و کمیابی این داروها هم از ابتدای سال ۱۴۰۰ ایجاد شد: «تولیدکننده‌ها برای بازاریابی در ابتدا این داروها را به قیمت پایین عرضه می‌کنند، پس از ۵، ۶ماه به تدریج قیمت‌ها را بالا می‌برند و این اتفاق به‌طور مداوم رخ می‌دهد. از آن سو هم بیمه‌ها یک‌شبه تفاوت قیمتی را تحت پوشش قرار نمی‌دهند و در نهایت این بیمار است که باید اختلاف قیمت را پرداخت کند.» به‌گفته او، هم‌اکنون بیماران تالاسمی هر یک عدد قرص نانوجید را ۲۱۰۰تومان می‌خرند؛ درحالی‌که مصرف ماهانه‌شان ۱۵۰قرص است؛ بنابراین در ماه حدود ۳۱۵هزار تومان تنها برای یک قرص باید هزینه کنند که فقط بخشی از آن را بیمه متقبل می‌شود. همه اینها در شرایطی است که بیماران تالاسمی تنها داروهای اصلی‌شان را مصرف نمی‌کنند، آنها داروهای جانبی دارند که برایشان بسیار حیاتی است. او می‌گوید: «یکی از این داروها، مکمل «ال‌وان» جوشان است که آهن رسوب شده در قلب بیمار را از بین می‌برد؛ بنابراین مصرف آن برای این بیماران بسیار ضروری است. قیمت این مکمل هم از ۱۷هزار تومان به ۴۳هزار تومان رسیده است. جالب اینجاست که سازمان غذا و دارو هم این افزایش قیمت را تأیید می‌کند؛ درحالی‌که هنوز افزایش قیمت آن با گذشت یک ماه، تحت پوشش بیمه نرفته است. مسئله دیگر اینکه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها برای بیماران تالاسمی بسیار ضروری هستند؛ چراکه آنها به‌دلیل خونگیری و داروهای مصرفی، نیاز فراوانی به برخی از ویتامین‌ها دارند که برایشان مثل دارو عمل می‌کند، اما آنها هم تحت پوشش بیمه نیست.»

عددبازی

۹۰۰ هزار
نوزاد شامل ۸۸ درصد نوزادان متولد شده در سال ۱۴۰۰ غربالگری شنوایی شدند.

۳ هزار
کودک که دچار مشکلات اختلالات شنوایی بودند، شناسایی شدند.

۲ میلیون و ۷۰۰ هزار
کودک در سال ۱۴۰۰ غربالگری تنبلی چشم را انجام دادند.

۱۹ هزار و ۳۳۲
کودک در غربالگری شناسایی شدند که دچار اختلال بینایی بودند.

۷۵۰۰
پایگاه برای غربالگری تنبلی چشم در کل کشور وجود دارد.

۶ هزار
پایگاه غربالگری بینایی سیار است و حدود یک‌هزار و ۵۰۰ پایگاه دائمی خدمات‌رسانی می‌کنند.

۸۸ درصد
غربالگری شنوایی در ایران است و براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی غربالگری بیش از ۸۵درصد جزو عملکرد عالی محسوب می‌شوند.

۲ هزار
اپتومتریست و ۳۵۰ چشم پزشک در برنامه غربالگری تنبلی چشم با بهزیستی همکاری می‌کنند.

۱۲۰ هزار
مورد مشاوره ژنتیک در سال ۱۴۰۰ انجام شده و مشاوره‌ها به‌صورت اختیاری است.

منبع: ایلنا

سلامت

افزایش نگرانی از شیوع سرخک

ویروس سرخک افراد دارای ضعف سیستم ایمنی یا سوءتغذیه و کودکان زیر ۵سال را تهدید می‌کند

آمار ابتلا به سرخک در کشور روند افزایشی دارد و به‌عنوان یک بیماری ویروسی و به‌شدت مسری معمولا در سنین زیر ۵سال بروز می‌کند و تهدیدی برای جان کودکان به شمار می‌رود. این در حالی است که استان‌های شرقی و جنوب شرقی کشور ازجمله خراسان رضوی، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان به‌دلیل تردد مردم کشورهای پاکستان و افغانستان، احتمال شیوع بیماری همواره بیشتر بوده است. هر چند که به تأکید متخصصان بهداشتی کشور این مهاجران به سرعت در کشور پخش و عامل انتقال بیماری‌اند. زهرا نهبندانی، رئیس گروه بیماری‌های واگیردار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد هم با تأیید این مسئله می‌گوید: «آمار ابتلا به بیماری سرخک در کشور افغانستان افزایش چشمگیری دارد و خراسان رضوی هم به‌دلیل همجواری با مرزهای این کشور در خطر شیوع بیماری سرخک است.» نهبندانی با تأکید بر اینکه در موارد همه‌گیری بیماری سرخک ممکن است بین یک تا ۵درصد مرگ در بیماران رخ دهد، ادامه می‌دهد: «کسانی که معمولا ضعف سیستم ایمنی یا سوءتغذیه دارند، بیشتر به عوارض سرخک مبتلا می‌شوند. سرخک می‌تواند به سرعت در یک جامعه پخش شده و همه‌گیری‌هایی ایجاد کند، این بیماری توانایی بروز فرم‌های شدید و یا مرگ‌ومیر را هم دارد بنابراین نباید نسبت به این بیماری بی‌توجه بود و لازم است با مشاهده نشانه‌های اولیه حتما برای درمان به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه شود. بر این اساس عموم مردم فارغ از نوع ملیت اگر کودک زیر ۵سال دارند و به‌دلیل کرونا واکسیناسیون کودکشان به تأخیر افتاده، حتما برای تکمیل واکسن به‌خصوص واکسن سرخک اقدام کنند.»

به‌گفته این مسئول در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سرخک به درمان دارویی ویژه نیاز ندارد و پیشگیری از آن بسیار راحت است، واکسن مؤثری هم دارد که مدت‌هاست در ایران و جهان استفاده می‌شود: «واکسن سرخک در کشور ما در قالب واکسن سه‌گانه MMR که واکسن ترکیبی علیه بیماری‌های سرخک، سرخجه و اوریون است، استفاده می‌شود. این واکسن در ۲نوبت در سنین ۱۲ و ۱۸ ماهگی به کودکان تزریق می‌شود. همچنین کسانی که در جریان یک همه‌گیری در معرض بالای ابتلا به بیماری باشند، ممکن است به‌عنوان دوز تکمیلی لازم باشد که واکسن دریافت کنند.»

واکسیناسیون، جدی‌ترین مداخله زودهنگام برای سرخک

احمد مهری، اپیدمیولوژیست هم درباره شیوع سرخک در کشور با توجه به هشدار روزهای اخیر وزارت بهداشت به همشهری می‌گوید: «درباره این بیماری جدی‌ترین مداخله زودهنگام، واکسینه کردن تمام کودکان زیر ۵سال کشور با واکسن سرخک است که در پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت انجام می‌شود.» به‌گفته مهری، قبل از معرفی واکسن سرخک در سال ۱۹۶۳ و واکسیناسیون گسترده، اپیدمی‌های عمده درباره این بیماری تقریبا هر ۲ تا ۳ سال رخ می‌داد و سرخک باعث مرگ میلیون‌ها نفر در سال می‌شد. او ادامه می‌دهد: «فعالیت‌های تسریع ایمن‌سازی تأثیر عمده‌ای در کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سرخک داشتند و در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، واکسیناسیون سرخک از مرگ ۲۳٫۲میلیون نفر جلوگیری کرد. مرگ‌ومیر جهانی براثر سرخک از ۵۳۶هزار نفر در سال ۲۰۰۰ به ۱۴۲هزار نفر در سال ۲۰۱۸ رسیده و کاهش ۷۳درصدی داشته است. البته در کشورهایی که سرخک تا حد زیادی از بین رفته است، موارد وارداتی از کشورهای دیگر منبع مهم عفونت باقی مانده است و با وجود واکسن ایمن و مؤثر هم بیش از ۱۴۰هزار نفر در سال ۲۰۱۸ براثر سرخک جان خود را از دست دادند که عمده آنها کودکان زیر ۵سال بودند.» مهری با بیان اینکه سرخک به‌عنوان یک بیماری انسانی مطرح است که در حیوانات شناخته شده نیست، ادامه می‌دهد: «این بیماری از سوی یک ویروس از خانواده پارامیکسو ویروس ایجاد و معمولا از طریق تماس مستقیم و از طریق هوا منتقل می‌شود. سرخک مجرای تنفسی را آلوده می‌کند و سپس در سراسر بدن پخش می‌شود. نخستین علامت سرخک معمولا تب بالاست که حدود ۱۰ تا ۱۲ روز پس از قرار گرفتن در معرض ویروس آغاز و ۴ تا ۷ روز طول می‌کشد. آبریزش بینی، سرفه، قرمزی و آبریزش چشم‌ها و لکه‌های کوچک سفید داخل گونه‌ها می‌تواند در مرحله اولیه ایجاد شود. بعد از چند روز، بثورات پوستی معمولا روی صورت و بالای گردن ظاهر شده و در حدود ۳ روز افزایش پیدا می‌کند و درنهایت به دست‌ها و پاها می‌رسد. بثورات به‌مدت ۵ تا ۶ روز باقی می‌ماند و سپس محو می‌شود.»

به‌گفته این اپیدمیولوژیست، بیشتر مرگ‌ومیرهای ناشی از سرخک ناشی از عوارض مرتبط با این بیماری است و عوارض جدی آن در کودکان زیر ۵سال یا بزرگسالان بالای ۳۰سال، شایع‌تر است: «جدی‌ترین عوارض شامل کوری، آنسفالیت (عفونتی که باعث تورم مغز می‌شود)، اسهال شدید و کم‌آبی بدن، عفونت گوش یا دستگاه تنفسی شدید است. عفونت‌هایی مانند ذات‌الریه سرخک شدید در میان کودکان کم‌تغذیه، به‌ویژه آنهایی که ویتامین A کافی ندارند، یا سیستم ایمنی‌شان بر اثر اچ‌آی‌وی‌ایدز یا سایر بیماری‌ها ضعیف شده است، بیشتر است.