

مراکز خصوصی درمان اعتیاد؛ ضرورت همسویی نهادهای مسئول

Private Sector in Drug Addiction Treatment in Iran Need for Unification of Responsible Institutions



دکتر سعید صفاتیان

مدیر کل سابق درمان و بازتوانی ستاد مبارزه با مواد مخدر

saied.sefatian@gmail.com

تشخیص مصلحت نظام، در ماده‌ی ۱۵ نیز فعالیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و سازمان‌های مردم‌نهاد آورده شد. (قانون مبارزه با مواد مخدر از معدود موارد قانون می‌باشد که به جای مجلس محترم شورای اسلامی، در مجمع تشخیص مصلحت نظام تدوین و تصویب می‌گردد.) وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی با هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز متولی ساماندهی و توسعه‌ی مراکز خصوصی شدند. با توجه به تعداد بیش از ۲۵۰۰ مرکز خصوصی در کشور، شاید بتوان گفت که در بخش خصوصی‌سازی، طبق اصل ۴۴ قانون اساسی، حوزه‌ی درمان اعتیاد توسط بخش خصوصی نسبت به سایر حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی توانسته به رشد و توسعه‌ی وسیع‌تری دست یابد.

از زمان شروع فعالیت مراکز درمان دولتی و خصوصی در کشور از سال ۸۲ تاکنون، نزدیک به ۹۰٪ پوشش درمان با متادون در اختیار بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد بوده است و تنها ۱۰٪ در اختیار بخش دولتی می‌باشد. اما بودجه‌ای که ستاد مبارزه با مواد مخدر هر ساله به دستگاه‌ها جهت توسعه و تقویت برنامه‌های درمان اعتیاد می‌پردازد، حدود ۹۰٪ آن به مراکز دولتی و نزدیک به ۱۰٪ به مراکز خصوصی تعلق می‌گیرد یعنی رابطه‌ی پرداخت بودجه و پوشش معتادان در مراکز خصوصی و دولتی، رابطه‌ای معکوس دارد. در حال حاضر با همت و تلاش پزشکان و کارکنان مراکز خصوصی، بار اصلی درمان معتادان در کشور، بر عهده‌ی بخش خصوصی است، به طوری که در گزارشات ارایه شده به سازمان ملل (به صورت سالیانه) یکی از نکات مثبت فعالیت‌های درمانی در کشور، توسعه‌ی بخش خصوصی است.

علی‌رغم آنچه در ظاهر می‌نماید، بسیاری از کلینیک‌های درمان اعتیاد، فاقد درآمد کافی جهت ادامه‌ی کار به صورت سودآور هستند و مدت‌ها باید از جیب خود خرج کنند تا بتوانند هزینه‌های جاری کارکنان و نیز وام‌های تجهیز مطب خود را (حداقل ۷۰ متر با کاشی‌کاری آشپزخانه) تصفیه نمایند. علت این امر، یکی این است که برای جذب بیمار با توجه به کثرت مطب‌های همسایه و هم‌محله،

شروع به کار رسمی مراکز خصوصی را می‌توان اواخر سال ۸۲ دانست، زمانی که برای اولین بار در سال ۸۲ در کمیته‌ی درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر به پیشنهاد مدیر کل وقت اداره‌ی کل درمان و بازتوانی ستاد مبارزه با مواد مخدر، پیشنهاد فعالیت بخش خصوصی ارایه گردید. این پیشنهاد در ابتدا با مخالفت دستگاه‌های عضو کمیته روبه‌رو شد، زیرا تا آن زمان تنها مراکز دولتی سازمان بهزیستی در کشور فعالیت داشتند و مراکز خصوصی در وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی وجود نداشته است. با پیگیری‌های فراوان اداره‌ی کل درمان و بازتوانی ستاد و ارایه‌ی دستور کار فعالیت بخش خصوصی در جلسه‌ی ستاد مبارزه با مواد مخدر با حضور ریاست محترم جمهور وقت و سایر اعضای محترم، در پی برگزاری جلسات متعدد با معاونت وقت سلامت وزارت بهداشت و ریاست وقت سازمان بهزیستی و همچنین سایر اعضای کمیته‌ی درمان، در نهایت ورود بخش خصوصی به حوزه‌ی درمان اعتیاد از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسید. با راه‌اندازی اولین دوره‌های آموزشی درمان نگهدارنده با متادون، مراکز خصوصی جایگاه خود را در حوزه‌ی درمان اعتیاد پیدا کردند. از سال ۱۳۸۴ که مجمع محترم تشخیص مصلحت نظام شروع به تدوین سیاست‌های کلان نظام در حوزه‌ی مقابله، پیشگیری و درمان معتادان نمود، جلسات زیادی در کمیته ویژه مجمع به ریاست رئیس محترم قوه‌ی قضاییه و سایر اعضای محترم برگزار گردید که در نهایت در طی سال ۸۵ عنوان «فعالیت بخش خصوصی» نیز در سیاست‌های کلان در بند ۶ آن به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید. پس از آن، در طی سال‌های ۸۸ الی ۸۹، با اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر در مجمع

معیارهای مدیریتی صحیح است. در حالی که با این حجم زیاد تأثیر انتظار می‌رود که در تصمیم‌گیری‌ها این بخش، سهم اصلی و یا در بدترین حالت، سهمی برابر داشته باشد ولی در عمل می‌بینیم که در بسیاری از تصمیم‌گیری‌های مهم، هیچ جایگاهی ندارند. بدتر آنکه برنامه‌های تدوین شده در این جلسات، عرصه‌ی عمل را روزبه‌روز بر آن‌ها تنگ‌تر می‌نماید. حال برای عطف توجه به اهمیت این بخش، فرض کنیم عرصه چنان بر آن‌ها تنگ شود که کم‌کم در یک بازه‌ی زمانی خاص، ادامه‌ی کار در بخش خصوصی برای آن‌ها سخت‌تر و در نهایت غیرممکن شود. در آن صورت چه سازمان و یا نهادی می‌تواند امکانات و پرسنل و دانش مربوط جهت مهار و درمان اعتیاد در کشور را فراهم سازد؟ در این مصاحبه‌ها و نیز در تعاملات دیگر با بسیاری از فعالان عرصه‌ی خصوصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد، آن‌ها ادامه‌ی این روند در پیش گرفته شده از جانب مسئولین را برای پیکره‌ی این بخش زیان‌آور دانستند.

باتوجه به تعداد میانگین ۱۵۰۰۰۰ نفر در طی یک سال که تحت پوشش درمان نگهدارنده با متادون قرار می‌گیرند و هزینه‌کرد حداقل ۴۰۰۰ تومان در روز که برای خرید مواد، قیل از ورود به درمان پرداخت می‌شود، هزینه‌ی یک سال این افراد معادل ۲۰۰ میلیارد تومان است. حال با تحت پوشش متادون قرار گرفتن این جمعیت، سیستم اجتماعی بهداشتی ما از دو سو و به دو لحاظ ایجابی و نفیسی، منتفع می‌شود. از یک سو معتادان وارد چرخه‌ی درمان می‌شوند و پولی که پرداخت می‌شود سرنوشت و خط سیر مشخص دارد و دوباره سرمایه‌ی قاچاق و کار خلاف و به یک زبان صرف پول‌شویی نمی‌شود. از دیگر سو هر، ضربه‌ای به سیستم اقتصادی قاچاق، به نوعی باعث حذف آن خواهد شد.

در پایان احساس می‌شود جهت همسو کردن این گروه عظیم کاری و عملی در کشور، به برگزاری دوره‌های آموزشی جدید، پاسخگویی بیشتر دستگاه‌ها به نیازهای بخش خصوصی، استفاده‌ی بهینه از وجود یک زیرساخت انسانی وسیع در مراکز و راه‌اندازی انجمن علمی و موضوعات دیگر نیاز است و این موضوع باید که در اولویت قرار گیرد.

وقت زیادی لازم است. دیگر اینکه با این تعرفه‌های تصویب‌شده، امکان پس‌انداز وجود ندارد، به ویژه که سهم بهداشت و درمان در سبد هزینه‌های جاری خانوار در کشور ما بسیار اندک است و این امر در بین معتادان شایع‌تر است. به همین دلیل بسیار دیده می‌شود که با توجه به خصلت اعتیاد و فرد معتاد، یا چک بی‌محل در عوض درمان داده می‌شود و یا اینکه فرد معتاد علی‌رغم دریافت خدمات به ناگاه در آخر ماه دیگر به کلینیک مراجعه نمی‌کند و هزینه‌ی درمان یک ماه را نمی‌پردازد. (می‌دانیم که ریزش در بین بیماران معتاد، بسیار بیشتر از دیگر بیماران است.) البته باید به این مشکلات، سختی کار در کلینیک‌های درمان اعتیاد را نیز اضافه نمود، چرا که بسیاری از معتادان در برخورد با دیگران وضعیت روانی متعادلی ندارند. حتی برخی از آن‌ها سوابق کیفری داشته و وضعیت خانوادگی مناسبی ندارند. همین موارد باعث می‌شود که به دفعات با کارکنان مرکز درگیری داشته باشند و جالب آنکه از سوی مسئولین امر نیز حمایت کافی از آن‌ها صورت نمی‌گیرد. همچنین کاهش تعرفه‌های درمانی و سقف پذیرش معتادان نیز تا حدودی به منبع درآمدی مراکز خصوصی ضرر وارد نموده است.

با توجه به تعداد کلینیک‌های درمان با متادون در کل کشور و نیز حداقل نیروهایی که باید در کلینیک به خدمت گرفته شوند (اعم از پزشک، روان‌پزشک، پرستار، روان‌شناس، خدمه و ...) بالغ بر ۱۵۰۰۰ نیروی فعال در این کلینیک‌ها مشغول خدمت‌رسانی هستند. با توجه به آنکه حدود ۹۰ درصد این مقدار در بخش خصوصی است به همین دلیل می‌توان به راحتی فهمید که در این میان، دولت برنده، اصلی است، زیرا لازم نیست هزینه‌ای برای استخدام این همه نیرو متحمل شود. از سوی دیگر، خدماتی هم که آن‌ها ارائه می‌کنند، خدماتی اساسی و ضروری است. حال چنانچه چه نیرو یا سازمان و یا نهادی بر آن باشد که این کلینیک‌ها را تضعیف نماید، از سویی بار مالی بسیار سنگینی را بر عهده‌ی دولت می‌گذارد و از سوی دیگر این تعداد نیرو و پرسنل مجرب در حیطه‌ی اعتیاد، بیکار و سرگردان، وارد در بازار کار می‌شوند که لنگ‌لنگان و به سختی می‌توان آن‌ها را جذب نمود. لیکن نگاه و برداشت برخی مسئولین به این بخش، فاقد

