

چالش‌های فراوی مراکز خصوصی درمان اعتیاد؛ نگرانی‌های اقتصادی

Financial Concerns for Non-Governmental Sector in Drug Addiction Treatment



دکتر سعید کریمی بوکانی

پزشک و درمان‌گر اعتیاد

s.karimibokani@gmail.com

چکیده: موقعیت ژئوپلیتیک ایران در مجاورت با افغانستان، به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تولیدکنندگان تریاک در دنیا از یک سو و ترکیه به عنوان دروازه‌ی ترانزیت به غرب از سوی دیگر، کشور ما را به یکی از آسیب‌پذیرترین کشورهای دنیا از نظر اعتیاد به مواد مخدر تبدیل کرده است. علاوه بر این، با دست‌یابی کارتل‌های مافیایی به شیوه‌های آسان تولید مواد محرک، سرفصل جدیدی از اعتیاد در کشور گشوده شده است. هر ساله میلیون‌ها دلار از سوی دولت به امر کنترل عرضه‌ی مواد مخدر اختصاص داده می‌شود و البته جان بسیاری از فرزندان این مرز و بوم نیز با افتخار تقدیم این مبارزه شده است. بیش از سه هزار مرکز برای

مشاوره و درمان سرپایی با صرف هزینه‌های بسیار، تأسیس شده و هزاران نفر از پزشک و پرستار گرفته، تاروان‌شناس و مددکار، درگیر درمان و بازتوانی مبتلایان به افیون و محرک شده‌اند. روشن است که ما هزینه‌های فراوانی متحمل می‌شویم تا کشور را پاک نگه داریم، اما آیا به همان نسبت موفق بوده‌ایم؟ آیا توانسته‌ایم از واردات یا تولید مواد بکاهیم؟ آیا قادر بوده‌ایم با کنترل عرضه، میزان شیوع و بروز بیماری اعتیاد را کم کنیم؟ در حوزه‌ی درمان و سلامت چطور؟ آیا سطح پیشگیری از اعتیاد (PHC) در کشور اجرا شده است؟ طرح توسعه‌ی متادون‌درمانی تا چه اندازه در کاهش مصرف مواد مخدر و کنترل عوارض و بازگشت به سلامت مبتلایان مؤثر بوده است؟ مراکز DIC، گروه‌های خودیاری و انواع کمپ‌ها و انجمن‌های پرهیزمدار در کجای کار قرار دارند؟ به راستی راهبرد و برنامه‌ی بلندمدتی برای کنترل اعتیاد تهیه کرده‌ایم؟

هیچ پاسخ روشنی به این سؤالات نمی‌توان داد، زیرا با وجود ده‌ها نهاد، ستاد، وزارت، مؤسسه و انجمن دولتی و غیردولتی، هنوز شورایی در سطح عالی؛ جهت تحلیل میدانی و کلان وضعیت نداریم. چنین شورایی با ارائه‌ی پلان مشخص در سطوح مختلف، از نقش آموزش در پیشگیری گرفته تا کنترل مرزها، تولید و عرضه‌ی مواد، درمان، مدرسانی و ایجاد شغل بعد از بهبودی برای مبتلایان، همچنین محاسبه‌ی هزینه - فایده در اولویت‌بندی طرح‌ها و ارائه‌ی آمارهای مختلف می‌تواند با تمرکز در تصمیم‌گیری، بسیاری از تشکیلات ذکر شده را حذف و از موازی کاری و صرف هزینه بکاهد. متأسفانه در این مقال، فرصتی برای پرداختن به همه‌ی این دغدغه‌ها وجود ندارد. اما موضوعی که به ویژه در یک سال اخیر باعث نگرانی جدی اهالی این حوزه شده و همین اندک رمق باقی‌مانده را با تهدید مواجه ساخته، مقوله‌ی اقتصاد درمان است. مقوله‌ای که بیش از همه سپیدجامگان این رشته را متأثر کرده است و البته شنیده‌ها حاکی از تعطیلی تدریجی مراکز درمانی سوء مصرف مواد و عدم رغبت پزشکان و روان‌شناسان برای طی دوره‌های آموزشی مربوط به آن است. تا همین دو سه سال قبل، از سوی همکاران برای گذراندن این دوره‌ها و تأسیس مراکز درمانی علاقه‌وفری وجود داشت و کشور در شناساندن بیماری اعتیاد و ارائه‌ی مداخلات درمانی، حتی در نقاط دورافتاده بسیار موفق عمل کرد. ولی وضعیت به تدریج دگرگون شده است و متأسفانه بیم آن می‌رود که هر آنچه رشته شده پنبه شود.

سازمان غذا و دارو (که در آن زمان یک معاونت بود) نیازمند است. البته برنده هم مشخص بود، وزارت بهداشت. اما با این وجود، وزارت بهداشت به دلیل نداشتن طرح و برنامه‌ای معین در بستری بیماران اعتیاد، توانست مدیریت مراکز تحت نظر سازمان بهزیستی را به دست آورد. چرا که از مدت‌ها قبل، تأسیس بیمارستان تک تخصصی را، که می‌توانست گزینه‌ی فوق‌العاده‌ای برای درمان اعتیاد باشد، منتفی نموده و در نتیجه ظرفیت بخش‌های روان‌پزشکی مراکز درمانیبا پذیرش مضاعف روبه‌رو شده بود.

فضای مثبتی که برای توسعه‌ی متادون‌درمانی به وجود آمده بود، به استقبال درمانگران و در نتیجه تشکیل دوره‌های آموزشی بیشتری در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهرها و استان‌های کشور منجر شد. از این رو سیل عظیمی از داوطلبان دوره‌های تکمیلی درمانی، به تدریج در نوبت ثبت نام قرار گرفتند و اقتصاد آموزش شکل گرفت. با بروز پاره‌ای از نارضایتی‌ها و در نبود سازماندهی مناسب برای توسعه‌ی دانشگاهی حوزه‌ی مداخلات سوء مصرف مواد و اعتیاد، بخش خصوصی به میدان آمد و بسیار زود توانست که کنترل آموزش را در دست گیرد. اما در مقابل، مدیریت دانشگاهی به جای استقبال از این حرکت، اعطای گواهینامه‌ی پایان دوره را منوط به مشارکت خود و اختصاص بخشی از عواید حاصل از آن نمود، که این امر سبب دل‌زدگی بخش خصوصی گردید. بدین ترتیب هزینه‌ی طی این دوره‌های آموزشی برای داوطلبان نگون‌بخت بیشتر شد.

در همین فاصله‌ی زمانی، وزارت بهداشت آیین‌نامه‌ی جدیدی را جهت تأسیس مراکز درمان سوء مصرف مواد تهیه و منتشر کرد که در آن پیش‌بینی‌های لازم از ارتفاع پله و سقف کلینیک گرفته تا وجود هاون

ماجرای بحث بین وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی بر سر مدیریت متادون کلینیک‌ها شروع شد. وزارت بهداشت معتقد بود متادون یک داروست و اعتیاد یک بیماری، بنابراین به نظارت معاونت درمان و

و کپسول آتش‌نشانی صورت گرفته بود. بنابراین فارغ‌التحصیلان، دیگر دغدغه‌ای نداشتند. کافی بود گواهینامه‌ی پایان دوره و پروانه مطب را بدهند و فقط شش ماه صبر کنند تا یک برگ کاغذ A4 تحت عنوان «موافقت اصولی» را دریافت کنند.

به هر جهت، کلینیک‌ها یکی پس از دیگری تأسیس می‌شدند و همه خوشحال از ایجاد شغلی بودند که نه فقط برای پزشکان و پرستاران بود بلکه روان‌شناسان و مددکاران را نیز در بر می‌گرفت، آن‌ها که معلوم نبود اگر چنین فرصت‌هایی دست نمی‌داد، چه باید می‌کردند.

در قدم بعدی، مراکز باسابقه‌ای که «پُر بیمار» بودند، تحت برخورد قرار گرفتند. به همین دلیل، ریش‌سفیدان سپیدجامه در «انجمن صنفی درمانگران اعتیاد» گرد هم آمدند و چاره اندیشیدند که به مجلس پناه ببرند. بحث مفصلی در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در گرفت و مسئولین متعددی از ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت و انجمن صنفی به گفتگو نشستند. در نهایت، مقرر شد که هر پزشک بتواند ماهیانه تا یک صد بیمار را به ازای هر نوبت ویزیت نماید. بنابراین کلینیک‌های پُر بیمار اقدام به استخدام پزشک نمودند. اما دو ماه بعد اعلام شد که به ازای هر یک صد بیمار، نه یک پزشک، بلکه یک «تیم درمان» احتیاج است. بنابراین روان‌شناسان و مددکاران بیشتری نیز استخدام شدند. اما باز هم سیاست‌گذاری‌های درمانی تغییر یافت و آیین‌نامه‌های پیشین اشتباه خوانده شوند و در عوض اعلام گردید که هر مرکز در هر شیفت تنها می‌تواند یک صد بیمار داشته باشد. بنابراین کلینیک‌های پُر بیمار باید مازاد تعداد بیماران خود را به سایر مراکز ارجاع می‌دادند و بیمار از هرگونه حق انتخاب پزشک محروم گردید.

در این میان، سیاست جدید از طریق سهمیه‌ی داروی کلینیک‌های درمانی اعمال گشت. پیشتر، سهمیه‌ی هر کلینیک بر اساس دوز نگهدارنده، ۱۲۰ میلی‌گرم متادون در روز، به ازای هر بیمار (۷۰۰۰ واحد برای یک صد بیمار) بود که این رقم به ۹۰ میلی‌گرم (۵۴۰۰۰ واحد متادون برای یک صد بیمار) در روز کاهش یافت.

این سیاست‌گذاری‌های متغیر و ناپهنگام همراه با رویکرد نظارتی بر مراکز درمان اعتیاد به کار می‌رود که اغلب مشتمل بر بدبینی‌های مجرمانه و تنگ‌نظری اقتصادی صورت می‌گیرد، چنانکه گویی ایشان مجوز خود را از کارتل‌های مافیایی گرفته‌اند. به راستی یک مرکز درمانی چگونه می‌تواند با این همه محدودیت سر پا بماند؟

اگر وزارت بهداشت، خواهان کنترل عرضه‌ی متادون است، پس چرا بدون برنامه‌ریزی، مجوز تأسیس کلینیک صادر می‌کند؟ چرا مانند داروخانه‌ها متعهد به رعایت فواصل نیست؟ هم‌اکنون مواردی از فعالیت دو کلینیک در یک ساختمان و در یک طبقه نیز وجود دارد. اگر هم وزارت بهداشت، خواهان توسعه‌ی متادون درمانی است پس چرا این همه به کلینیک‌ها فشار می‌آورد؟ کجای دنیا و در کدام رشته، پزشکی را از ویزیت بیمار محروم کرده و برای وی سقف فعالیت تعیین می‌کنند؟ آیا می‌توان از جراح خواست بیش از یک عمل در روز انجام ندهد؟ آیا می‌توان از داروخانه خواست تنها ۷ نسخه در روز بپیچد؟

در شهری مانند تهران، هزینه‌ی اجاره‌ی ماهانه‌ی یک واحد آپارتمان ۷۰ متری به عنوان مطب درمان اعتیاد، حداقل ۱/۵ میلیون تومان

است. علاوه بر این، حق‌الزحمه‌ی پرستار، روان‌شناس، مددکار، منشی، خدمات و نیز هزینه‌ی آب، برق، تلفن، گاز، مالیات و ایاب و ذهاب نیز حداقل ۲/۵ میلیون تومان بدان اضافه می‌کند، که با احتساب هزینه‌ی خرید دارو، کل هزینه‌های ماهانه‌ی این مرکز درمانی به نزدیک پنج میلیون تومان می‌رسد. در مقابل، اگر طبق تعرفه از هر بیمار، ماهیانه هفتاد هزار تومان گرفته شود، در نهایت با احتساب یک صد بیمار، هفت میلیون تومان درآمد ایجاد خواهد شد. در حالی که روشن است این محاسبه در عمل چنین نخواهد بود. اولاً ماه‌ها طول می‌کشد تا بین ۳۰ تا ۴۰ بیمار به کلینیک جذب شود، به ویژه آنکه با افزایش تعداد کلینیک‌های درمانی، توزیع نسبی بیماران و کاهش سهم هر کلینیک به وجود آمده است. ثانیاً حتی بیماری که برای مثال روزانه فقط ۲۵mg قرص معادل ۵CC شربت متادون دریافت می‌کند، حاضر به مراجعه به کلینیک نخواهد شد، زیرا برای تأمین ۱۵۰CC متادون در یک ماهه و خارج از سیستم درمانی، فقط نصف این تعرفه هفتاد هزار تومانی را خواهد پرداخت. نتیجه‌ی کلی آن خواهد شد که کلینیک‌ها همان ۵۴/۰۰۰ واحد سهمیه‌ی دریافتی خود را نیز مصرف نخواهند کرد و با این وضع چاره‌ای جز عرضه‌ی مستقیم به عطاری‌ها نخواهند داشت.

البته داستان قرص متفاوت است. به ویژه آنکه چنان نایاب شده که نزد عطاران معتبر به «طلای تخدیر» معروف گشته است. اینجاست که روشن می‌شود چرا در هیچ کجای دنیا مانند کشور ما، پزشکان به اندازه‌ی بیماران در حسرت دریافت متادون نیستند. این بدان معنا است که در توزیع متادون بازار، بسیار منطقی‌تر از وزارتخانه عمل کرده و البته موفق‌تر هم بوده است. بدین ترتیب با چنین سیاست‌گذاری نادرستی، بیمار به جای مراجعه به مراکز درمانی با کارت ملی و شناسنامه، تشکیل پرونده، انتظار جهت ویزیت توسط جماعتی پزشک و روان‌شناس با حرف‌های تکراری و نصیحت‌آمیز و ارائه‌ی نمونه‌ی ادرار جهت تست و مابقی معذورات، راه آسان‌تر را مراجعه به عطاری سر کوچه یافته و پروتکل Take Home را نیز از همان ابتدا به صورت آسانتین دریافت می‌دارد. این عاقبتی است که در اثر سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های نادرست ایشان ایجاد شده است.

از این رو پیشنهاد می‌شود که یک شورای عالی در وزارت بهداشت تشکیل گردد که از یک طرف از فعالیت متناقض نهادهای موازی جلوگیری نماید و از طرف دیگر، با تعیین خط‌مشی و استراتژی مشخص به امور مهمی چون آموزش بالینی، جامعه‌شناسی، بیولوژی و ژنتیک اعتیاد بپردازد و در عین حال، امکان تأسیس بیمارستان‌های تخصصی اعتیاد را فراهم آورد، چرا که این مراکز در کشوری مانند ایران و در مورد بیماران با سایکوز القائی شیشه، امری ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین، این شورا می‌تواند درمان اعتیاد را نیز به حوزه‌ی طب کار وارد نماید و با تسهیل سرویس‌دهی به کارگران ماهر خط‌های تولید، صنعت کشور را حفظ نماید، زیرا در بسیاری از موارد، این بیماران شاغل هیچ‌گاه با پای خود به کلینیک مراجعه نمی‌کنند. پس این وظیفه‌ی تیم‌های درمانی است که سراغ وی بروند، با خود دارو ببرند و به حل مشکلات روحی و روانی او کمک رسانند و سعی نموده تا کار و زندگی‌اش را حفظ کنند. در نهایت امیدوارم که مراکز تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری به خود بیایند و به رسالت خویش و سوگندی که یاد کرده‌اند وفادار بمانند تا بتوانند امانتی را که در دست گرفته‌اند، حفظ نمایند.