

امروز اگر مسئولین نظام جمهوری اسلامی ایران با مواد مخدر به سختی مبارزه می کنند این یک جهاد بزرگ یک حرکت بسیار عمیق در راه پیشرفت ملت ایران است. «مقام معظم رهبری مدظله العالی»

جناب آقای دکتر جان بابایی، معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر رئیس، معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر شانه ساز، رئیس محترم سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر رضازاده، معاون محترم توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر تشکریان، مدیرکل محترم بهداشت و درمان سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر جهانگیری، معاون محترم فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی کشور و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

جناب آقای دکتر قربانی، مدیرکل محترم بهداشت، درمان و امور بیمه کمیته امداد امام خمینی «ره» و عضو کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

موضوع: مصوبات شصت و نهمین جلسه کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی

با سلام و احترام:

پیرو دعوتنامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۴۹ مورخ ۹۸/۹/۱۸ بدین وسیله مصوبات شصت و نهمین جلسه کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر که در روز یکشنبه مورخ ۱۳۹۸/۹/۲۴ در محل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برگزار گردید جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی ایفاد می گردد:

۱. با عنایت به بند ۸ مصوبات یکصد و سی و ششمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص توزیع داروهای آگونیست در درمان اعتیاد مقرر گردید طبق دستورالعمل تهیه شده، دانشگاه های داوطلب بر اساس نیاز سنجی های انجام گرفته در استان و پس از طرح موضوع در کمیته درمان،

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵

شماره: ۱۷/۲۶۴۲۳۴۶

پیوست



جمهوری اسلامی ایران

ریاست جمهوری



ستاد مبارزه با مواد مخدر

کاهش آسیب و حمایت اجتماعی استان و تأیید و تصویب شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر نسبت به اجرای طرح توزیع داروهای آگونیست به مراکز درمانی توسط داروخانه های منتخب اقدام نمایند. همچنین کارگروه کشوری متشکل از نمایندگان دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، معاونت درمان و سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور و سازمان نظام پزشکی کشور ظرف مدت یک ماه نسبت به تهیه و تدوین دستورالعمل فرایند توزیع داروهای آگونیست با تأکید بر تعیین نحوه نظارت مستمر از طریق ادارات غذا و داروی دانشگاه های علوم پزشکی، تعیین ضوابط اجرایی و شرایط زیرساختی داروخانه های مورد نظر، الزامات نرم افزاری، مقررات ایمنی، احترام به حقوق درسانگران در انتخاب دارو، عدم تحمیل هرگونه بار مالی اضافی بر مراکز و ممنوعیت مطلق عرضه اینگونه داروها در داروخانه ها با ارائه نسخ پزشکان، اقدام نموده و مراتب پس از تأیید و تصویب در کمیته کشوری درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۲. با توجه به توقف صدور مجوز برای مراکز درمان سرپایی با داروی آگونیست مقرر شد صرفاً برای مراکز خصوصی که دارای موافقت اصولی قبل از تاریخ ابلاغ بخشنامه توقف صدور (مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۵) می باشند و درخواست ایشان منطبق بر سطح بندی بوده و آمادگی لازم از لحاظ فضای فیزیکی و ... را برای راه اندازی مرکز کسب کرده اند با شرط رعایت سهمیه (تعداد بیماران دریافت کننده متادون ۹۰ نفر، بیماران تحت پوشش ایوم تینکچر ۵۰ نفر و بیماران تحت پوشش بوپرنورفین یا بوپرنورفین/نالوکسان ۸۰ نفر) مجوز بهره برداری صادر گردد.

نظر به پذیرش زنان، کودکان و زنان باردار نیازمند خدمات درمان اعتیاد در مرکز جامع خدمات درمان اعتیاد زنان در سازمان بهزیستی تهران و با توجه به نیاز مبرم مرکز به تجویز داروهای آگونیست به ویژه متادون مقرر شد به صورت استثنای جهت صدور مجوز واحد آگونیست برای مرکز مذکور به صورت اختصاصی برای گروه های فوق الذکر اقدام لازم به عمل آید.

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵

شماره: ۱۷/۲۶۴۲۳۴۶

پیوسته:



جمهوری اسلامی ایران

بایست جمهوری



ستاد مبارزه با مواد مخدر

۳. همچنین با توجه به جلسه برگزار شده در خصوص بازنگری سقف های تعیین شده جهت تعداد بیماران دریافت کننده داروهای آگونیست در مراکز درمانی فعال از گذشته مقرر گردید: سقف بیماران تحت پوشش بوپرنورفین تا ۸۰ نفر قابل افزایش باشد. جایگزینی سهمیه متادون با بوپرنورفین یا بوپرنورفین/نالوکسان با رعایت سقف تعیین شده امکان پذیر می باشد (لازم به ذکر است بالعکس موضوع مذکور یعنی جایگزینی سهمیه بوپرنورفین یا بوپرنورفین/نالوکسان با متادون حتی با رعایت سقف تعیین شده مجاز نمی باشد). با توجه به اینکه سیاست کمیته درمان جایگزینی داروهای آگونیست-آنتاگونیست (بوپرنورفین و بوپرنورفین/نالوکسان) به جای داروی متادون می باشد، مقرر شد مراکز درمان سرپایی اختلال مصرف مواد، در صورت ریزش یا خروج بیماران دریافت کننده متادون از چرخه درمان و یا ختم درمان در بیماران دریافت کننده متادون، نسبت به جایگزینی و تغییر سهمیه ایشان با داروی بوپرنورفین و یا بوپرنورفین/نالوکسان در بیماران پذیرش شده جدید اقدام نمایند. عدم رعایت دستورالعمل فوق، تخلف محسوب می شود. مسئولیت این مهم و ثبت نتایج این جایگزینی در سامانه آیداتیس با مسئول فنی مراکز خواهد بود.

۴. به منظور کاهش قیمت داروی بوپرنورفین یا بوپرنورفین/نالوکسان و تشویق جهت جایگزینی آن با متادون در موارد امکانپذیر، مقرر شد سازمان غذا و دارو، معاونت درمان و دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر با برگزاری نشستی نسبت به بررسی راهکارهای کاهش قیمت تمام شده دارو اقدام نمایند.

همچنین مصوب گردید سازمان بیمه سلامت جهت پوشش بیمه ای داروی بوپرنورفین و بوپرنورفین/نالوکسان اقدام لازم را به عمل آورد.

۵. به منظور افزایش دسترسی به خدمات طب تسکینی برای بیماران مراحل انتهایی انواع سرطانها، مقرر گردید مراکز درمان سرپایی اعتیاد داوطلب ضمن ایجاد زیر ساخت مورد نیاز بر اساس ضوابط موجود و اخذ تاییدیه های لازم، پزشکان و پرستاران درمانگر اعتیاد داوطلب در مراکز، پس از



گذراندن دوره های آموزشی مصوب وزارت بهداشت، نسبت به پذیرش بیماران مذکور دارای معرفی نامه از متخصصین مرتبط (انکولوژیست یا رادیوتراپیست) به منظور ارائه خدمات درمانی های دارویی با داروهای مخدر و خدمات غیردارویی با رعایت دستورالعمل های مربوطه و با اختصاص ساعات مشخص از زمان فعالیت مرکز اقدام نمایند.

۶. مقرر گردید طی دو ماه آینده پیش نویس آیین نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان ها موضوع تبصره یک ماده ۱۵ قانون و پروتکل های درمان اختلال مصرف مواد افیونی با تأکید بر ارائه خدمات روانشناختی، اجتماعی، بازتوانی و پزشکی نوین توسط متولیان ذیربط تهیه و از سوی اداره کل درمان دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر به کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی جهت تأیید و تصویب ارائه گردد.

۷. با عنایت به تبصره ۲ ذیل ماده ۴ دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر در خصوص لزوم تهیه سرفصل دوره های آموزشی اعتیاد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر و ابلاغ آن توسط رئیس کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر (معاون محترم درمان آن وزارت خانه)، مقرر شد ضمن توقف برگزاری دوره های مهارتی حوزه اعتیاد منطبق با استانداردهای اعلامی مرکز ملی آموزش های مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی، با تشکیل کارگروه مورد تأیید کمیته مذکور نسبت به بازبینی سرفصل های دوره های آموزشی و شرایط اجرای آن اقدام نموده و متعاقب تصویب و اخذ تأیید در کمیته، ابلاغ آن از سوی رئیس کمیته درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی صورت پذیرد.

۸. تمام مراکز درمان با توجه به تعداد خدمات در بسته خدمتی مکلفند بسته درمانی شامل هزینه ویزیت، نوع دارو و قیمت هر کدام از داروها و همچنین هزینه خدمات جانبی شامل خدمات



پرستاری و روانشناسی را به تفکیک در معرض دید گیرندگان خدمت قرار دهند. عدم رعایت بند فوق به منزله تخلفی از مصوبات کمیته درمان محسوب میگردد.

حمید جمعه پور

مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی

بدر

رونوشت:

- ❖ جناب آقای دکتر یاوری، معاون محترم کاهش تقاضا و توسعه مشارکت‌های مردمی، جهت استحضار
- ❖ جناب آقای دکتر حاجتی، سرپرست محترم مرکز ملی آموزش‌های مهارتی و حرفه‌ای علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۸۰۳۱ مورخ ۹۸/۹/۱۹، جهت آگاهی و دستور اقدام لازم
- ❖ جناب آقای الفتن، معاون محترم اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۵۱ مورخ ۹۸/۹/۱۸، جهت استحضار
- ❖ جناب آقای دکتر رستم‌وندی، رئیس محترم سازمان امور اجتماعی کشور، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۵۱ مورخ ۹۸/۹/۱۸، جهت استحضار
- ❖ جناب آقای دکتر میدری، معاون محترم رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۵۱ مورخ ۹۸/۹/۱۸، جهت استحضار
- ❖ جناب آقای اوسعد هاشمی، رئیس محترم سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۵۱ مورخ ۹۸/۹/۱۸، جهت استحضار
- ❖ جناب آقای موهبتی، مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیرو نامه شماره ۱۷/۲۶۲۷۶۵۱ مورخ ۹۸/۹/۱۸، جهت استحضار



تأسیس ۱۳۷۲
انجمن پزشکان عمومی ایران
IRANIAN SOCIETY OF GENERAL PRACTITIONERS

بسمه تعالی

شماره: ۴۳۳/۱۰/۹۸/پ ع

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۹/۰۶

پیوست: دارد

سردار دکتر اسکندر مومنی

دبیر کل محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر

جناب آقای دکتر نمکی

مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر ظفرقندی

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جناب آقای دکتر رحمانی فضلی

وزیر محترم کشور

حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای علوی

وزیر محترم اطلاعات

حجت الاسلام و المسلمین جناب آقای منتظری

دادستان محترم کل کشور

موضوع: گزارش تحلیلی انجمن در مورد تغییر در شیوه عرضه متادون

با سلام و احترام،

با توجه به انتشار بند ۸ مصوبات یک صد و سی و ششمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر مورخ ۱۳۹۸/۵/۸ مبنی بر تفکیک «ارایه خدمات درمانی» در مراکز درمان اعتیاد از فرآیند «توزیع دارو»، به پیوست گزارش تحلیلی انجمن پزشکان عمومی ایران در خصوص مشکلات این مصوبه و تبعات اجرای آن جهت استحضار و دستور مقتضی ایفاد می‌گردد. بر اساس ادله و استنادات ارایه شده در این گزارش که دربرگیرنده نظرات ذینفعان، کارشناسان و نخبگان علمی است، اجرای این مصوبه تبعاتی گسترده در برداشته و در نهایت منجر به خدشه در دستاوردهای حاصل از راه‌اندازی مراکز درمان اعتیاد و آسیب به مراجعین خواهد شد. توجه به پیشنهادات انتهای گزارش و مساعدت برای تجدیدنظر در این مصوبه مزید امتنان خواهد بود.

دکتر عباس کامیابی
رئیس انجمن

رونوشت:

جناب آقای دکتر جان بابایی معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر محمدحسین حیدری مدیرکل محترم دفتر بازرسی و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر غالبی رئیس محترم کانون سراسری انجمن های صنفی مراکز درمان اعتیاد

تهران، بزرگراه کردستان به سمت جنوب، نیش خیابان شانزدهم، پلاک ۱۴، طبقه ۲، واحد ۲

کدپستی: ۱۴۳۸۸-۶۳۹۵۲ تلفن: ۸۸۰۱۰۴۹۹-۸۸۰۱۴۳۱۲ فکس: ۸۸۳۵۷۷۲۳

گزارش تحلیلی بند ۸ مصوبات یک صد و سی و ششمین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر مورخ ۱۳۹۸/۵/۸

بند ۸ مصوبات: به منظور تفکیک «ارایه خدمات درمانی» در مراکز درمان اعتیاد از فرایند «توزیع دارو» و بر اساس نتایج به دست آمده از اجرای طرح آزمایشی و همچنین با هدف جلوگیری از نشت و انحراف در توزیع دارو به ویژه متادون و ساماندهی انتخاب نوع و شکل مناسب داروهای تجویزی، مقرر گردید توزیع داروهای آگونست درمان اعتیاد از طریق داروخانه‌های منتخب صورت پذیرد»

مقدمه

مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر، به استناد قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و الحاقات بعدی و با تشکیل ستاد مبارزه با مواد مخدر (در اجرای ماده ۳۳ قانون مذکور و طی مصوبه این ستاد) و منطبق با آیین‌نامه راه‌اندازی این مراکز ابلاغی از سوی وزیر بهداشت، از سال ۱۳۸۱ تاسیس و بهره‌برداری شدند. با ابلاغ سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۸۵ مبنی بر «ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر باهدف: ۱- درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان، ۲- کاهش آسیب‌ها و ۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر» ماموریت این مراکز، بیش از گذشته مورد تصریح و تاکید قرار گرفت.

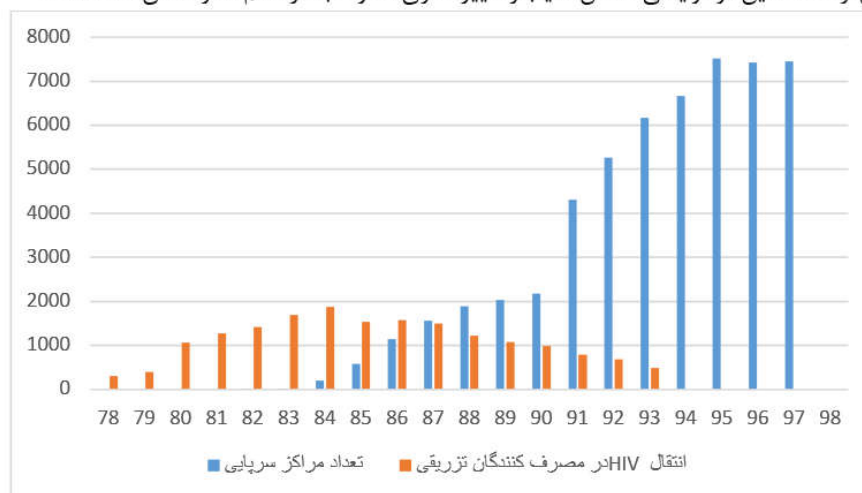
وضعیت موجود

۱. بنا به آمار رسمی، جمعیت افراد وابسته به مواد در کشور ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود، که البته برخی اظهارات و شواهد نتیجه‌ای بالاتر را نشان می‌دهد. بنا به اظهارات مسئولین حدود ۵/۴ درصد از جمعیت فعال کشور مبتلا به اعتیاد هستند.
۲. جمعیت تحت پوشش مراکز درمان اعتیاد بالغ بر ۱ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر یعنی حدود نیمی از کل معتادان را شامل می‌شود. بدین معنی که مراکز درمان سوء مصرف مواد مخدر به صورتی مستقیم یا غیرمستقیم جمعیتی حدود ۵ میلیون نفر از خانواده‌ها و بستگان معتادان را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
۳. تعداد پزشکان درمان‌گر اعتیاد در کشور حدود ۹۰۰۰ نفر و تعداد مراکزی که توسط این پزشکان اداره می‌شوند معادل ۷۴۰۰ مرکز است. همچنین کارکنان این مراکز شامل: روانشناس، پرستار، مددکار و خدمه است. بدین معنی که در حال حاضر اشتغال و معیشت حدود ۳۰ هزار خانواده یا حدود ۱۵۰ هزار نفر از جمعیت کشور از طریق مراکز درمان سوء مصرف مواد اعتیاد تأمین می‌شود.
۴. لازم به ذکر است که سایر ابعاد تکمیل‌کننده وضعیت موجود از جمله: تشکیلات اجرایی و نظارتی، تأمین منابع و داروهای مورد نیاز، هماهنگی‌های درون و برون بخشی، میزان گردش مالی در این مراکز و... در این مطالعه لحاظ نشده است.

نتیجه عملکرد این مراکز

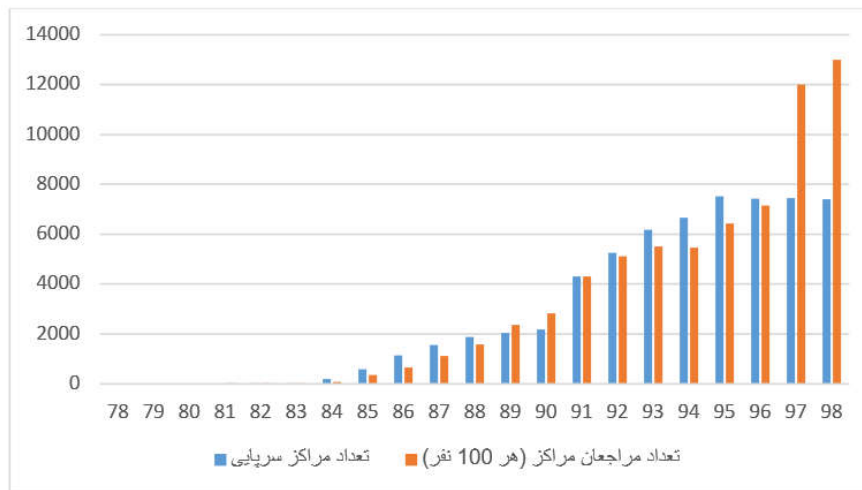
با توجه به منابع علمی موجود درمان کامل اعتیاد یکی از سخت‌ترین درمان‌های بیماری‌های موجود است. بر این اساس و هم‌چنان‌که در سیاست‌ابلاغی مقام معظم رهبری تصریح شده است، موضوع کاهش آسیب و تغییر الگوی مصرف به سمت مواد کم‌خطر مورد تصریح قرار گرفته است که برخی از این نتایج عرضه می‌شود:

۱. سیر کاهش انتقال اچ.آی.وی. و هیپاتیت سی ناشی از تزریق مواد به تناسب افزایش مراکز در نمودار شماره یک مشخص شده است. بدین ترتیب بخشی از اهداف این مراکز یعنی کاهش آسیب و تغییر الگوی مصرف به مواد کم‌خطر محقق شده است.



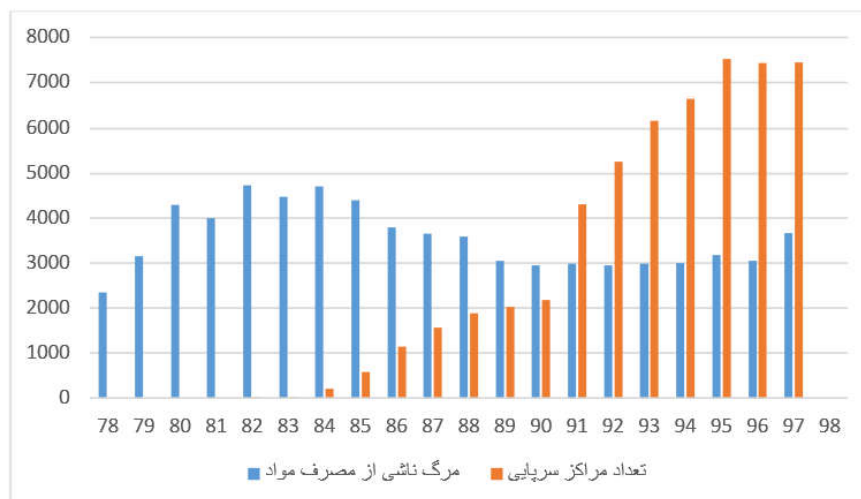
نمودار ۱. روند افزایش تعداد مراکز سرپایی و کاهش انتقال اچ.آی.وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

۲. اعتماد بیماران وابسته به مواد به این مراکز و غلبه بر انگ اعتیاد، که رشد مراجعات به مراکز ترک اعتیاد همراه با افزایش تعداد این مراکز که در نمودار شماره دو مشخص شده است، مؤید آن است و این افزایش حتی با ثابت ماندن تعداد مراکز ادامه یافته است.



نمودار ۲. روند افزایشی مراجعان مراکز همسو با افزایش تعداد مراکز

۳. کاهش آمار مرگ و میر ناشی از مصرف مواد که در نمودار شماره سه نشان داده شده و متعاقب شروع به کار این مراکز حاصل شده و با افزایش آنها ادامه یافته است.



نمودار ۳. نمودار تعداد مراکز سرپایی و آمار مرگ و میر ناشی از مواد

اشکالات شکلی

۱. این مصوبه بر پایه مستندات مکفی و علمی نبوده است:

۱/۱. نتایج دو طرح پایلوت در خصوص «توزیع» متادون منتشر نشده و حسب اظهارات برخی از تصمیم سازان نتایج این دو پایلوت به رویت آنان نرسیده است. ضمن این که بر اساس گزارشات غیررسمی، این طرح در استان قم مشکلات بسیار داشته و موفق نبوده است.

۱/۲. هر دو طرح پایلوت مربوط به توزیع متادون از طریق داروخانه‌های منتخب به مراکز درمان اعتیاد بوده است و در سطح عرضه مستقیم متادون به بیماران اجرایی نشده است.

۱/۳. میزان نشت متادون از مراکز ترک اعتیاد بنا به توضیحات مسؤولین دولتی به قدری ناچیز است که نمی‌تواند دلیلی برای چنین تصمیمی باشد، حال آنکه بالعکس موازنه بین میزان تولید متادون در کشور و میزان توزیع آن در مراکز ترک اعتیاد، بنا به توضیح مسؤولین در جلسات خصوصی به شدت مبهم و غیرشفاف است.

۱/۴. با اجرای این مصوبه نگرش مخرب دارومحور به جای نگرش درمان‌محور، در بیماران تشدید خواهد شد. این نگرش مشکل‌آفرین در حال حاضر خود را به صورت مراجعه برخی بیماران به مبادی غیرقانونی همچون عطاری‌ها برای دریافت متادون نشان می‌دهد. دسترسی و سهل‌الوصول بودن درمان برای افراد معتاد (باتوجه به ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها)، یکی از اصول موکد است و به همین دلیل روان‌درمانی باید در همان محل عرضه دارو انجام شود.

۲. چرخه کارشناسی، تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری رعایت نشده است:

۲/۱. روال معمول برای تصمیم‌گیری، یعنی تصمیم‌سازی و اخذ نظر کارشناسی کمیسیون درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر رعایت نشده است. این موضوع به صورت مستقیم و بدون اظهار نظر کارشناسی این کمیته انجام شده است.

۲/۲. هیچ یک از خبرگان علمی و صنفی و نهادهای مدنی مرتبط از جمله انجمن پزشکان عمومی ایران و کانون درمان‌گران اعتیاد به عنوان ذی‌نفعان برای تصمیم‌سازی دخیل نبوده‌اند.

۲/۳. دیدگاه مسؤولین و کارشناسان ارکان ستاد کشوری مبارزه با مواد مخدر اعم از وزارت بهداشت، وزارت کشور و سازمان بهزیستی اغلب مغایر با مصوبه مذکور است که طی مذاکرات و همایش‌های مختلف علمی و اجرایی بارها و به صراحت اعلام و منتشر شده است. چنان‌که نمایندگان حاضر از سوی وزارت بهداشت، ستاد مبارزه با مواد مخدر، بهزیستی و... در پنل مورخ ۱۲ تیرماه سال جاری که تحت عنوان «هم‌اندیشی ارتقاء کیفیت مراکز سرپایی درمان سوءمصرف مواد مخدر» توسط انجمن پزشکان عمومی برگزار شد بر عدم امکان واگذاری عرضه به داروخانه‌ها تأکید داشتند. این موضوع حتی در بند چهاردهم بیانیه پایانی سیزدهمین کنگره بین‌المللی دانش اعتیاد به تاریخ اول شهریور ۱۳۹۸ نیز مورد اشاره و تأکید قرار گرفته است.

۳. شائبه سوگیری صنفی سازمان غذا و دارو در این تصمیم:

۳/۱. بر اساس اطلاعات دریافتی از ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان غذا و دارو از مدت‌ها قبل پیگیر این مصوبه بوده است و ضمناً در مجامع صنفی این سازمان بر این موضوع تصریح شده است. ضمن این‌که سایر بخش‌های وزارتی در این خصوص سکوت داشته یا موافق نبوده‌اند.

۳/۲. هیچ مستند و ادله‌ای از سازمان غذا و دارو مبنی بر اینکه جابجایی عرضه متادون به داروخانه‌ها از میزان نشت آن خواهد کاست، ارائه نشده است و صرفاً بر آئین‌نامه مقررات امور پزشکی، دارویی و خوردنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن مبنی بر انحصار توزیع دارو در داروخانه‌ها اشاره شده است.

اشکالات فنی

۱. چرخش ناگهانی در سیاست چرخه درمان اعتیاد:

ایجاد چرخه کامل تشخیص، درمان و بازتوانی در مراکز سوءمصرف مواد و ارائه یکجای بسته دارودرمانی و روان‌درمانی در کنار هم، متعاقب مطالعات پایلوت انجام شده، قبل از تدوین دستورالعمل‌های مربوطه بوده است؛ که اگر غیر از این می‌بود جای اشکال و اعتراض داشت و می‌بایست تدوین‌گران این چرخه پاسخ‌گو می‌بوده و دلیل انتخاب این روش را شفاف می‌نمودند. هم‌چنان‌که مدافعان روش جدید نیز بایستی پاسخ‌گوی تغییر این سیاست باشند. در هر صورت تغییر این سیاست باید مبتنی بر هزینه-اثربخشی و حفظ دستاوردها و رعایت حقوق ذی‌نفعان باشد. ضمن این‌که افزایش هزینه بیماران که اکثراً از اقشار آسیب‌پذیر هستند بسیار محتمل است.

۲. ابهام در شیوه توزیع و عرضه متادون و الزامات آن:

حمل، تخلیه، نگهداری و عرضه متادون تابع شرایط خاصی است که طی سال‌های قبل این فرآیند از توزیع تا عرضه متادون در این مراکز نظام‌مند شده است. هزینه‌های مصرف‌شده برای ایجاد محل نگهداری داروها و نصب تجهیزات حفاظت فیزیکی و امنیتی، نیازمند بررسی و تعیین اتلاف هزینه‌هاست. ضمن این‌که ایجاد مجدد این امکانات در داروخانه‌ها و اصولاً امکان‌پذیری عرضه دارو به صورت مستقیم در داروخانه‌ها آن هم در شرایطی عمومی زیر سوال است.

۳. دشوارسازی مراحل و روند درمان به‌جای تسهیل آن:

در سیستم درمانی اعتیاد کشور که کل هزینه بر عهده خود بیمار است، تمکین از دستورالعمل‌ها برای بیمار به سختی است و با افزایش مراحل درمان، مجاب کردن آنها سخت‌تر خواهد شد. اگر چنین تصور کنیم که با دستورالعمل‌های قانونی آنها را مجاب به حضور در مراکز، صرفاً جهت دریافت روان‌درمانی خواهیم کرد، بسیار در اشتباهیم. این امر زمانی ممکن است که ارائه درمان رایگان و تحت پوشش بیمه باشد.

اشکالات قانونی و اخلاقی

۱. تعارض با قوانین بالادستی:

این مصوبه در تعارض با راه اندازی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد، موضوع ماده پانزده اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر و پروتکل کشوری تدوین شده بر این اساس است که در راستای بند ۶ سیاستهای کلی نظام در حوزه مبارزه با مواد مخدر، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری راه اندازی شدند.

۲. تعارض با حقوق مکتسبه:

با توجه به توضیحات پیش گفت در حال حاضر معیشت حدود سی هزار نفر از پزشکان و کارکنان این مراکز (و طبعا خانواده هایشان) وابسته به حفظ اشتغال و کارکرد این مراکز است و هر گونه تصمیمی که عملا فعالیت این مراکز را متوقف یا کساد کند، موجب تضییع حقوق کسب شده طی سالیان گذشته است.

۳. ابهام در چگونگی حفظ اسرار بیماران:

انگ زدایی در مراجعه مصرف کنندگان مواد به مراکز پس از سال ها و اطمینان نسبی از حفظ اسرار آنان به وقوع پیوسته است. بنابراین اثرات منفی ناشی از حضور در یک مکان عمومی و فرآیندی دیگر برای ثبت مراجعات و مشخصات، هنوز نامعلوم اما قابل پیش بینی است. بدیهی است که انطباق این مصوبه با قوانین موضوعه، اخلاق پزشکی و البته رفتارشناسی معتادان نیز نیازمند بررسی است و تعامل با این افراد بسیار مشکل و نیازمند حوصله و تخصص است که در داروخانه موجود نیست.

نتیجه گیری و پیشنهادات:

۱. شفافیت در مستندات و ادله پشتوانه این مصوبه:

چنانچه آمار رسمی و دقیقی از میزان نشت داروهای متادون، بوپرنورفین و اپیوم تینکچر از مبادی مختلف وجود دارد منتشر شود و چنانچه موجود نیست، پژوهشهای لازم جهت تعیین آنها طراحی و اجرا شود. پس از تعیین میزان نشت از هریک از مبادی ممکن، چنانچه منشأ اصلی نشت مراکز تشخیص داده شد، رویکردهای جایگزین طراحی و برنامه ریزی و سپس اجرای آزمایشی آنها در دستور کار قرار گیرد. همچنین لازم است نتایج طرحهایی که تاکنون در این راستا انجام شده و بر پایه آن چنین مصوبه ای به تصویب رسیده منتشر شود. ضمن اینکه موافقان اجرای این مصوبه، همچون مخالفان، بطور شفاف و رو در رو مشکلات و راه حل ها را به چالش کشند.

۲. تصمیم سازی جمعی با حضور ذی نفعان و بر پایه مستندات علمی:

از همه ذی نفعان، کارشناسان و خبرگان علمی این حوزه مبتنی بر شواهد و تجارب علمی موجود در تصمیم سازی استفاده شود.

۳. اصلاح ساختار نظارتی و ارزیابی مراکز درمان سوء مصرف مواد:

برنامه های نظارت بر مراکز اصلاح و هدفمند شده و با تخلفات احتمالی برخورد جدی تری صورت گیرد. در این راستا طرحها و پیشنهاداتی از سوی کمیته درمانگران اعتیاد انجمن در دست تهیه و قابل ارائه است. حضور رسمی نمایندگانی از درمانگران اعتیاد در کمیته های کشوری و استانی نظارت بر درمان، ضمن تضارب آراء، موجب تنویر ابهامات و سوء تفاهات و تعامل بهتر خواهد شد.

۴. بازنگری در نقش مراکز درمان سوء مصرف مواد و پزشکان درمان گر:

سیستم ارائه خدمات درمانی اعتیاد در جمهوری اسلامی ایران در نوع خود در جهان کم نظیر و سرمایه بالقوه ای است که نباید در جهت تضعیف این جایگاه عمل شود؛ بلکه لازم است با سپردن نقشهای پررنگ تر در این حوزه به مراکز مزبور، زمینه گسترش فعالیتهای پیشگیری و کاهش آسیب در این مراکز را افزوده و به سایر آسیبهای اجتماعی توسعه داد و آموزش های مداوم تیم درمانی به قصد بهبود و ارتقاء عملکرد آنان و کاهش خطاهای احتمالی را گسترش بخشید.

۵. بومی سازی پروتکل کشوری درمان اعتیاد با داروهای آگونیست:

الگو برداری از پروتکل های درمانی سایر کشورها (که در بسیاری از آنها درمانهای نگهدارنده تحت پوشش کامل بیمه و به رایگان ارائه می شود) و انتظار تمکین کامل آن از سوی مراجعین (علی رغم پرداخت کامل هزینه درمان توسط خودشان) موجب بروز مشکلاتی در سیستم درمانی است و بومی سازی دستورالعمل ها و پروتکل های درمان در این زمینه در جهت تسهیل ارتباط درمانی ضروری بنظر می رسد.

در پایان، انجمن پزشکان عمومی ایران با نگاهی علمی و فارغ از هرگونه سوگیری، آمادگی خود را برای اجرایی نمودن پیشنهادات و تضارب کارشناسی و اخذ نتیجه مطلوب اعلام می نماید.

انجمن پزشکان عمومی ایران

آذر ماه ۱۳۹۸