

نظام ارجاع خدمات درمانی مبتنی بر پزشک خانواده

دکتر بهزاد نجفی

.....
کارشناس امور دارویی

می‌شود و در سطح اول خدمات توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می‌شود که به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی فرد قرار دارد و در آن اولین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار ثبت شده و در چارچوب آن خدمات واحد پزشکی خانواده تجویز دارو و دیگر وسایل پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیکی شکل می‌گیرد. از سوی دیگر، سطح دو، واحدی در نظام سلامت است که خدمات درمانی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشک خانواده، ارجاع‌کننده را از

براساس جزییات دستورالعمل اجرایی طرح ارجاع و پزشک خانواده، باید دارای مدرک دکترای حرفه‌ای بوده و در نخستین سطح خدمات عهده‌دار خدمات پزشکی باشد و مسئولیت‌هایی از قبیل تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات و مدیریت سلامت را ارائه دهد. علاوه بر این پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. برپایه این طرح، بسته خدمات سلامت، خدمات بهداشتی - درمانی یا توانبخشی پایه، الویت‌دار است که توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه

نتیجه کار خود آگاه می‌کند.

خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از جمله فعالیت‌های این سطح است.

اما سطح سه، واحدی در نظام سلامت است که خدمات فوق تخصصی سرپایی بستری دارای اولویت را در چارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع‌شدگان از سطوح یک و دو قرار داده و باز خورد لازم را برای سطح ارجاع‌کننده فراهم می‌کند.

در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و انجام خدمات پاراکلینیکی صورت می‌گیرد.

■ پایداری منابع

کارشناسان حوزه درمان با در نظر گرفتن اصول اولیه نظام ارجاع و پزشک خانواده بر این باورند که نحوه و ضوابطی که در این نظام برپایه پزشک خانواده شکل می‌گیرد باید دارای ویژگی‌های فراگیری و استمرار، جامعیت تعهدات، پایداری منابع، ساختار مطمئن و سازگاری با اصول ارجاع باشد.

این در حالی است که دکتر حسینی شهریاری عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی معتقد است طرح سیستم ارجاع که محور آن پزشک خانواده است در حالی در کشور ما در حال عملیاتی شدن و اجراست که هنوز پزشک خانواده نداریم و باید تربیت کنیم.

وی با ابراز نگرانی از اجرای ناقص طرح ارجاع

و پزشک خانواده تصریح می‌کند:

بر اساس این طرح در سطح اول خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت باید از طریق سیستم شبکه و خانه‌های بهداشت سیستم ارجاع و پزشک خانواده را به مرحله اجرا درآورد و در این میان آنچه که جای نگرانی دارد این است که این وزارتخانه باید نارسایی‌های موجود در این بخش را مرتفع ساخته و در سطوح دو و سه نظام ارجاع نیز که ارجاع به متخصصان و بیمارستان‌های محلی و منطقه‌ای است کاستی‌ها و نواقص موجود به شکل جدی جبران شود.

دکتر عابد فتاحی نماینده مردم ارومیه و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز بر این باور است که کشور ما در اجرای این طرح بدون فراهم ساختن بسترهای لازم به‌طور قطع موفق نخواهد بود.

به گفته وی در صورت اجرای این طرح مسیر هدایت بیماران به سمت بیمارستان‌های دولتی خواهد بود و این در حالی است که بخش دولتی ظرفیت و گنجایش این تعداد بیماران ارجاعی را نخواهد داشت.

این عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی تاکید دارد؛ با کثرت مراجعه‌کنندگان بیمار به بیمارستان‌های دولتی، کیفیت خدمات در بخش دولتی پایین آمده است. علاوه بر این برخورد‌های نامناسب با مراجعه‌کنندگان بیمار نوبت‌های طولانی مدت عمل جراحی، سردرگمی بیماران و خستگی جسمی و روحی پزشکان در بخش دولتی از دیگر نتایج اجرایی طرح ارجاع و پزشک خانواده است.

■ نقد اشتغال‌زایی طرح

علاوه بر این منتقدان طرح ارجاع و پزشک خانواده از یک بعد دیگر نیز به ارزیابی و نقد این طرح پرداخته‌اند.

براساس دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده مراکز بهداشتی-درمانی باید براساس جمعیت تحت پوشش خود تعداد پزشک و مامای مورد نیاز خود را تامین کرده و اقلام دارویی مورد توافق سازمان بیمه خدمات درمانی و وزارت بهداشت را از طریق بخش دولتی یا بخش خصوصی طرف قرارداد و موجود در محل در دسترس مردم روستاها قرار دهند.

بر همین اساس تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمات براساس حداکثر جمعیت ۴۰۰۰ نفر یک پزشک تعیین شده و برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دو پزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲ هزار نفر به سه پزشک نیاز است علاوه بر این به ازای هر ۲ پزشک یک ماما به کار گرفته می‌شود.

اگر چه وزیر بهداشت اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را منجر به اشتغال‌زایی برای بیش از ۳۰ هزار نفر نیروی انسانی در بخش سلامت کشور می‌داند، با این حال رییس سازمان نظام پرستاری چندی پیش در گفت و گو با ایسنا این حرکت وزارت بهداشت را نوعی حرکت عوام‌فریبانه خواند و در بیان علت این امر تصریح کرد: در هیچ جای دنیا سابقه ندارد که در سیستم بهداشت و درمان پرستار وجود نداشته باشد.

از سوی دیگر رفعت بیات نماینده مردم زنجان و طارم و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز معتقد است طرح نظام ارجاع

و پزشک خانواده دارای نقاط ضعف و اشکالات متعددی است چرا که دیدگاه اصلی برای اجرای این طرح صرفاً ایجاد اشتغال برای پزشکان بوده و راه چاره‌ای برای رفع درد اجتماعی پزشکان و تامین سلامت کشور نبوده است.

از سوی دیگر دکتر سیدحسین شافع به‌عنوان یکی از پزشکان متخصص بر این باور است که اجرای طرح ارجاع و پزشک خانواده منجر به بیکاری پزشکان متخصص خواهد شد چرا که بیماران نمی‌توانند به‌صورت مستقیم به پزشکان متخصص مراجعه داشته باشند و شاید تنها در اعمال جراحی ترمیمی و زیبایی نان‌ساز خواهد بود.

وی تصریح می‌کند: نتیجه اجرای نظام ارجاع توجه پزشکان به رشته‌های ترمیمی، جراحی پلاستیک و زیبایی خواهد بود.

■ سایه روشن‌های طرح

در هر حال با مطالعه نظریات و توصیه‌های صاحب‌نظران و مراجع رسمی بین‌المللی از قبیل سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی تامین اجتماعی، بانک جهانی و بررسی نتایج مربوط به مطالعات محیطی، تطبیقی، چشم‌اندازها، استراتژی‌ها و ساز و کارهای تامین منابع مالی و کنترلی به خوبی مشخص می‌شود که برخورداری از سطح قابل قبولی از سلامت حق همه افراد جامعه است و نمی‌توان هیچ فردی را از این حق محروم کرد. همین نکته در اصول ۱۹ و ۴۳ قانون اساسی ایران هم تامین بهداشت و درمان مورد نیاز جامعه از محل درآمدهای عمومی و مشارکت مردمی را به عنوان یک تکلیف برعهده دولت قرار داده است.

از این رو دولت‌ها موظفند شرایط و امکانات مناسب برای تامین و دسترسی خدمات بهداشتی و درمانی لازم را براساس نظامی مناسب، پایدار و تا حد امکان ساده تامین کنند.

پس به نظر می‌رسد به دور از هرگونه بدبینی اجرای طرح ارجاع و پزشک خانواده به شیوه صحیح و مطلوب آن در ارایه خدمات درمانی مطلوب از سوی دولت برای رفع نیازهای درمانی جامعه با همکاری بیمه خدمات درمانی و سطح‌بندی خدمات میسر است.

کارشناسان ویژگی‌های اصلی نظام ارجاع خدمات درمانی مبتنی بر پزشکان خانواده را براساس چگونگی روش و نحوه ارجاع و ضوابط انتخاب پزشک خانواده، پایداری منابع مالی، برخورداری از کمک و پشتیبانی دولت، برخورداری از ساختار و اجرایی مطمئن و ساز و کارهای کنترلی هزینه‌ای برشمرده‌اند و از سوی دیگر اجرای این نظام در کشورهای چون انگلیس، کانادا، آلمان، ژاپن و ترکیه را مورد مطالعه تطبیقی قرار داده‌اند.

براساس این مطالعه تطبیقی پزشک خانواده دروازه‌بان ورودی به نظام خدمات درمانی است و بیماران بدون اخذ مجوز پزشک خانواده حق رجوع به پزشکان متخصص در مراکز درمانی را ندارند ضمن این که در این الگو دولت در تامین منابع مالی نظام نقش چشمگیری باید داشته باشد.

دکتر رفعت بیات به عنوان عضو کمیسیون بهداشت و درمان شورای اسلامی نیز اجرای صحیح نظام ارجاع و پزشک خانواده را یکی از مهم‌ترین عوامل توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و تغییر نگرش جامعه به سمت سلامت‌نگری و پیشگیری

و بهداشت قبل از بیماری و درمان می‌داند. وی با اشاره به این که در حال حاضر یک سوم از جمعیت کشورمان فاقد پوشش بیمه‌ای و حمایتی لازم در امر درمان خود هستند تصریح می‌کند: هدف اصلی سیستم ارجاع و پزشک خانواده هدفمند کردن هدایت صحیح بیماران به مراجع پزشکی برای مداواست.

نماینده مردم زنجان و طارم در مجلس شورای اسلامی می‌افزاید: در حال حاضر مشکلات اقتصادی کشور خود یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر موفقیت یا عدم موفقیت خدمات بهداشتی و درمانی در کشورمان است و هنوز افراد زیادی از جامعه که زیر خطر فقر به سر می‌برند، دچار مشکلات اقتصادی هستند و با یک بار بیماری صعب‌العلاج از زندگی می‌افتند و همه دارایی خود را از دست می‌دهند.

دکتر فتاحی از دیگر نمایندگان مجلس شورای اسلامی نیز در این باره تصریح می‌کند:

به دلیل افزایش حجم مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی این قبیل مراکز گنجایش پذیرش تمامی بیماران ارجاع شده را ندارد و از این رو بیماران دارای فرم ارجاع اغلب به‌ویژه در ساعت‌های بعد از ظهر جذب بخش خصوصی می‌شوند و همین مساله همواره مسایل و مشکلاتی را برای آنان به دنبال دارد.

■ برخی راه‌کارها

صاحب‌نظران حوزه درمان و سلامت جامعه راه‌حل‌های متفاوتی برای اجرای بهینه طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده پیشنهاد می‌دهند.

دکتر شهریاری عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در این باره معتقد است: این طرح باید در چند شهر به صورت آزمایشی انجام شود و پس از ارزیابی دقیق و کارشناسی تمام ابعاد آن به صورت همگانی در سطح کشور به اجرا درآید. از سوی دیگر دکتر فتاحی از دیگر اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی هم راه حل منطقی برای اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده را فرهنگ سازی و واگذاری اجرای بیمه روستاییان به وزارت رفاه و تامین اجتماعی و وزارت بهداشت به عنوان ناظر در اجرای این طرح می داند.

دکتر رفعت بیات هم به گسترش چتر حمایت بیمه در سطح کشور در راستای اجرای طرح ارجاع و پزشک خانواده تاکید جدی دارد با وجود این راه کارهای منطقی پیشنهادی وی در خور ارزیابی دقیق و کارشناسی است.

وی تصریح می کند: برای اجرای بهینه طرح ارجاع و پزشک خانواده کلیه افراد جامعه باید دارای یک دفترچه متحدالشکل باشند و پزشکان شاغل در مراکز درمانی یا غیر دولتی باید حق الزحمه و مزد یکسان دریافت کنند اما تمام هزینه درمان بیماران در بخش دولتی باید از سوی دولت و در بیمارستان های غیردولتی، بخشی از سوی دولت و بخشی از سوی بیمار تامین شود.

اگرچه در تعریف پیشنهادی دکتر بیات از نظام ارجاع و پزشک خانواده هر یک از مراکز درمانی در سطح بندی خاصی قرار می گیرند اما به اعتقاد وی در این سیستم هیچ خطری بیمار را تهدید نمی کند و سیستم ارجاع پشت سر بیمار از او حمایت

خواهد کرد.

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی با اشاره به اکوسیستم پزشکی می گوید: اکوسیستم پزشکی متشکل از حلقه های به هم پیوسته اقتصادی، درمانی بیمه ای و حتی راه روستایی است هم چنین حمایت قوه قضاییه از بیمار، نافذ بودن روش سیستم ارجاع و حمایت دولت از بیمه همگانی همگی در این سیستم تاثیرگذار است.

وی می افزاید: از این رو نبود تثبیت بیمه همگانی نافذ در کشور، نبود راه روستایی مناسب و نیز عدم حمایت مناسب از بیماران در عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع و پزشک خانواده موثر خواهد بود. به نظر کارشناسان و صاحب نظران حوزه اقتصاد درمان در صورت اجرا و طراحی دقیق نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور هم بخش اقتصاد درمان سامان می یابد و هم از هدر رفتن منابع نظام سلامت کشور جلوگیری خواهد شد.

اما در هر حال منتقدان این بحث هم چنان معتقدند با ادغام نظام ارجاع و پزشک خانواده در بیمه روستاییان تنها در مسیر سیاست های بانک جهانی و بدون کارشناسی دقیق به طور قطع این طرح هم مانند سایر طرح ها با شکست روبه رو خواهد شد.

در هر حال در آستانه تغییر و تحولات دولت ارزیابی و بررسی دقیق نقایص و مشکلات اجرایی طرح به ویژه از نظر تبادل مالی میان بیمه و درمان به عنوان یک طرح فوریتی در دستور کار کمیسیون بهداشت و درمان پس از ایام تعطیلات مجلس شورای اسلامی قرار گرفته است.

■ گامی دیگر برای روستاییان

وقتی مجلسیان دوره چهارم، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را تصویب کردند و در آن قانون، به صراحت دولت را موظف ساختند که در تعمیم و فراگیرسازی بیمه خدمات درمانی روستاییان را در اولویت برنامه‌های خود قرار دهد در دل اهالی ولایات و قرا، بارقه‌امیدی درخشید. سال‌ها بود که قوانین مملکت، یکی از سازمان‌ها را مکلف کرده بود که روستاییان را تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی بالاخص بیمه درمان قرار دهد ولیکن براساس پژوهش‌های علمی انجام شده و مشخص شدن فقدان ساز و کارهای لازم و مطمئن در تسری بیمه‌های اجتماعی به جوامع روستایی عملاً به وعده‌ای که به روستاییان داده شده بود وفا نشد و این طیف مولد جامعه از موهبت اقسام بیمه‌ها به‌ویژه بیمه خدمات درمانی محروم ماند. اما در سال ۱۳۷۴ که سازمان بیمه خدمات درمانی به موجب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور تاسیس شد و رسالت بهره‌مندی روستاییان از خدمات بیمه درمانی را در کنار سایر ماموریت‌هایش برعهده گرفت، با شجاعتی تام که برخاسته از عزم و اراده مسؤولان مملکتی خصوصاً مدیران این سازمان بود، برای افزایش دسترسی آحاد روستاییان به خدمات پزشکی آن هم در چارچوب نظام بیمه‌ای همتی شایان توجه به عمل آمد.

از این‌رو بود که پس از تجربه دو حرکت بیمه‌ای ناموفق یعنی صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی ویژه روستاییان براساس دریافت ۴۰ درصد از حق بیمه سرانه مصوب سال ۱۳۷۴ و صدور کارت

بیمه خدمات درمانی بر مبنای ۲۰ درصد مشارکت روستاییان در پرداخت حق بیمه سرانه در سال ۱۳۷۵، سازمان بیمه خدمات درمانی چاره را در آن دید که گام نخست در تحت پوشش قرار دادن همه خانوارهای روستایی را بدون لحاظ کردن مشارکت روستاییان در پرداخت حق بیمه سرانه بردارد.

راهبرد سیاستگذاران این برنامه که با طرح بسیج بیمه درمان روستاییان و عشایر جامعه عمل پوشید این چشم‌انداز و افق را تعقیب می‌کرد که پس از این که روستاییان طعم و حلاوت برخورداری از مزایای بیمه‌ای را بچشند، در آینده در صدد بر خواهند آمد که در امر تقبل و پرداخت حق بیمه سرانه مشارکت کرده و بخشی از منابع مالی مورد نیاز برای استفاده خود از خدمات را تامین نمایند.

در طرح بسیج بیمه درمان روستاییان و عشایر که از روزهای آغازین تابستان سال ۱۳۷۶ شروع شد.

سازمان بیمه خدمات درمانی با کمک سازمان برنامه و بودجه وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نیروی مقاومت بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، سازمان ثبت احوال کشور و شرکت پست جمهوری اسلامی ایران توانست به وعده‌ای که قانون‌گذاران به روستاییان داده بودند، وفا کرده و به ۲۲ میلیون روستایی و عشایر کشور کارت بیمه روستاییان برای استفاده از خدمات بستری و خدمات تخصصی سرپایی در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی ارایه نماید.

گزارش‌های چندساله اخیر به وضوح نشان می‌دهند که به سبب اجرای این برنامه از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی، روستاییان کشور

نهایتاً موجبات ارتقای نظام بیمه درمان روستاییان مهیا خواهد شد.

شواهد و قراین رفتاری سازمان بیمه خدمات درمانی گویای این واقعیت است که ستادشینان این سازمان مصمم شده‌اند که با یاری صف ایستادگان گام بعدی خدمت‌رسانی خود به روستاییان را در سال آینده محکم‌تر و بلندتر بردارند و بسته خدمتی خود به این قشر تولیدکننده جامعه را گسترش دهند.

یقیناً تلاش مدیران و کارکنان سازمان بیمه خدمات درمانی در حوزه‌های ستادی و اجرایی به نوبه خود خواهد توانست دستاوردی ارزنده را در ادامه سایر ارمان‌های انقلاب اسلامی، به روستاییان کشور هدیه نماید.

■ رویکرد ناپایدار به توسعه روستایی پایدار

سال‌هاست که بختک فقر چنان بر پیکر جوامع روستایی ایران سایه انداخته که روستانشینان صبور و زحمتکش را تا پرتگاه گریزهای بی‌آلایند کشانده است.

فرار از این شرایط، توجه عمومی به توسعه پایدار در روستاها و همکاری و همیاری عوامل دولتی و غیردولتی را در کنار مردمان جوامع روستایی طلب می‌کند.

از دهه ۱۳۳۰ به این سو، بحث توسعه روستایی با مفهوم عام آن، موضوع اصلی مباحث اقتصاددانان جامعه‌شناسان، جغرافیدانان، برنامه‌ریزان و ... بوده است و هر گروه بنابر تجاربی که از ممالک پیشرفته و در حال پیشرفت جهان به دست آورده‌اند، در این

توانستند از اعتباراتی که همه ساله دولت برای هزینه درمانی آن‌ها تخصیص داده و عمدتاً به دلیل فقدان نظام جذب و هزینه این اعتبارات، به مصرف سایر حوزه‌ها می‌رسید، برای هزینه‌های درمانی خویش استفاده نمایند.

امروز هر منتقد منصفی اذعان دارد که در تاریخ ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی در زمره پیشگامان توسعه اجتماعی روستاها و تحقق نسبی شاخص‌های عدالت در حوزه سلامت روستاییان محسوب می‌شود.

بنابراین تردیدی نیست که در ادبیات روستاییان ما، سازمان بیمه خدمات درمانی از منزلت و نشان والایی برخوردار می‌باشد چرا که در طریق احقاق حقوق حقه آن‌ها نقش به‌سزایی داشته است.

اما به رغم برداشته شدن این گام‌های عالی و بلند، هم‌اکنون مطالبات روستاییان و نیز سیاستگذاران امور تقنینی و اجرایی به‌ویژه مدیران مسؤولان و کارشناسان سازمان بیمه خدمات درمانی فزونی یافته و این انتظار وجود دارد که سطوح کمی و کیفی خدمات بیمه درمانی آرایه شده به روستانشینان افزایش یابد.

البته به موازات ازدیاد مطالبات و توقعات، این نگرش هم تقویت شده که اندک اندک زمان مشارکت مالی بیمه‌شدگان روستایی هم‌چون سایر قشرها و گروه‌های اجتماعی فرا رسیده است. به یقین چنانچه روستاییان بتوانند به میزانی معقول و مقبول که متأثر از سطوح درآمدی آن‌ها باشد، در فرآیند پرداخت حق بیمه سرانه مداخله کنند، بنیه اقتصادی سازمان متولی بیمه درمان آن‌ها یعنی سازمان بیمه خدمات درمانی مستحکم‌تر شده و

کشاورزی را در چارچوب سیاست‌های توسعه پایدار تنظیم و اجرا کند.

دکتر جانعلی بهزادنسب، مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی توسعه روستایی وزارت جهاد کشاورزی در توشیح توسعه روستایی می‌گوید: توسعه روستایی فرآیندی است که منجر به ارتقای سطح زندگی مردم در جامعه روستایی می‌شود.

از این‌رو هرگاه سخن از توسعه روستایی به میان می‌آید، باید ویژگی‌های آن را نیز مورد توجه قرار دهیم. استمرار، نیمی از ویژگی‌های توسعه است. علاوه بر این که این استمرار باید همراه با بروز تغییرات به سمت تکامل و با رعایت عدالت باشد. در غیر این صورت، بعد از بروز تغییرات و ایجاد اختلاف طبقاتی، شکل کامل توسعه محقق نمی‌شود.

ناگفته پیداست که شاهره مباحث مربوط به توسعه روستایی در جایی سر از دهان باز موضوعات جامعه‌شناسی روستایی بر می‌آورد که روستا، روستا و زیستگاهی مستقل از شهر تعریف می‌شود.

دکتر غلامعلی نجفی، جامعه‌شناس معتقد است: شهر و روستا هر دو زیستگاهی متفاوت هستند. هر دو، جا و مکان‌های طبیعی هستند برای زندگی تعداد مشخصی از افراد. این درست دیدگاه توسعه پایدار و سیستمی است. با این تعبیر که زیستگاه‌های مختلفی با نام‌های مختلف شهر، روستا، محیط پیرامون که محل دخل و تصرف انسان‌ها وجود دارد. مانند جاده و شهرک‌های صنعتی. براساس این دیدگاه نمی‌توان طبیعت و روستا را از شهر جدا کرد.

وی می‌افزاید: در ایران به دلیل عدم توجه به توسعه پایدار، به روستاها توجهی نشده است. در

مورد راه‌هایی را پیشنهاد کرده و در عین حال به نتایج قابل ملاحظه‌ای نیز دست نیافته‌اند.

به نظر می‌رسد این عدم توفیق به دلیل وجود تفاوت در مسایل جغرافیایی، تاریخی، اجتماعی و سیاسی کشور ما در مقایسه با کشورهای مورد بحث بوده است.

امروزه صاحب‌نظران بین‌المللی بر این اعتقاد هستند که باید جدای از سیاست‌ها و استراتژی‌های کلان توسعه، به‌طور ویژه و مشخص به امر توسعه روستاها و ریشه‌کنی فقر گسترده‌ای که بر آن‌ها حاکم است، پرداخت.

چرا که کمبود درآمد جامعه روستایی و نیز کمبود امکانات اجتماعی مورد نیاز روستاها از جمله خدمات بهداشتی، آموزشی، بیمه و تامین اجتماعی، خطوط ارتباطی، امنیت، آب آشامیدنی، سوخت، برق و ... واقعیتی عریان و ملموس است.

در مقابل هم، اگرچه بسیاری از دولت‌ها، برنامه‌های گسترده و پرهزینه‌ای را برای بهبود این زیر ساخت‌ها انجام داده‌اند، اما شواهد نشانگر آن است که این امر به تنهایی نتوانسته است معضلات زندگی روستایی را حل کرده و آنان را از فقر برهاند و سیل مهاجرت از روستا به شهر را کاهش دهد.

■ روستا، زیستگاهی متفاوت از شهر

براساس قانون، وزارت جهاد کشاورزی در شرح وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت موظف است سیاست‌ها و راهبردهای مربوط به بخش کشاورزی، توسعه و عمران روستاها و مناطق عشایری را تعیین کند و برنامه‌های توسعه

نیز دستخوش تغییر می‌شد ولی امروزه اوضاع به گونه دیگری است.

توسعه روستایی معادل توسعه کشاورزی نیست. توسعه کشاورزی باید به عنوان زیرمجموعه توسعه روستایی تلقی شود، به علاوه کشور نباید صرفاً بر توسعه کشاورزی متمرکز شود، چون توسعه کشاورزی الزاماً به توسعه روستایی منتهی نمی‌شود.

علاوه بر این توسعه روستایی صرفاً از طریق توسعه زیرساخت‌های عمرانی و ارائه خدمات اجتماعی رخ نمی‌دهد. بلکه نیازمند اشتغال‌زایی درآمدزا برای روستاییان و تسریع توسعه فرهنگی آنان در مقابل جذابیت‌های فرهنگی - اجتماعی شهرهاست.

در نگاه آئی جامعه‌شناس، هرگاه در ایران بحث توسعه روستایی به میان آمد، توسعه روستا را توسعه فیزیکی قلمداد کردیم و به جای این که انسان و زیستگاه را توسعه دهیم، آب، سوخت، برق و خطوط ارتباطی را روانه روستاها کردیم.

در مورد مباحث کشاورزی هم تنها به این اندیشیدیم که چقدر تولید کنیم و چگونه تولیدمان را افزایش دهیم و در مقابل تولیدکننده و زندگی او را فراموش کردیم. در نتیجه شرایطی حاصل شد که انسان و روستا با هم غریبه و بیگانه شدند.

دکتر بهزاد نسب، دست‌یابی به توسعه پایدار را منوط به افزایش ظرفیت‌ها در تمام امور می‌داند. وی ظرفیت‌های اجتماعی، مالی، فیزیکی، جذب سرمایه، مدیریتی، نهادی، فرهنگی را از ملزومات فرآیند توسعه عنوان می‌کند و می‌گوید:

جامعه‌ای توسعه یافته‌تر است که بر سرنوشت

مقابل هم به دلیل جاری شدن سرمایه و نیروی انسانی در شهرها، زمین‌های اطراف و بخش وسیعی از روستاها بلعیده می‌شود. چون شهرها به محیطی برای توجهات دولتی، راه، آموزش، امکانات تفریحی و رفاهی تبدیل می‌شوند.

در کنار دیدگاه‌های توسعه پایدار و سیستمی، آنچه در نظر دکتر نجفی عامل اصلی عدم توجه به توسعه روستایی به شمار می‌رود، جدایی انداختن بین دو واژه زیستگاه و زیست مناسب برای انسان است. به عبارتی به این نکته توجه نمی‌شود که آیا زیستگاه، قدرت تحمل حجم وسیعی از جمعیت را دارد یا خیر. وی می‌گوید:

اثرات افزایش جمعیت در یک منطقه، اثرات فضایی خود را در مناطق دیگر نیز می‌گذارد. به‌عنوان مثال، افزایش جمعیت در تهران باعث شده که مرتع‌داری در فیروزکوه از بین برود.

■ توسعه روستاییان زمینه‌ساز توسعه روستا

امروزه وقتی کلمه روستا به ذهن متبادر می‌شود تصویری از زیستگاهی در ذهن آدمی نقش می‌بندد که فقیر و عاری از زیرساخت‌هاست.

جایی است که انسان‌هایی که نمی‌توانند تغییراتی در این زیرساخت‌ها انجام بدهند، روستا را برای زندگی انتخاب می‌کنند. دکتر نجفی، با اشاره به این که در سال‌های گذشته برای توسعه روستایی تمام توجه خود را معطوف به توسعه کشاورزی کرده‌ایم می‌گوید:

در قرون گذشته، کشاورزی، تمام دارایی روستا بود. یعنی اگر در این بخش تغییر رخ می‌داد، روستا

رویکرد ساختار سلسله مراتبی سکونت‌گاه‌ها، توسعه روستایی یکپارچه و توسعه پایدار است. توسعه پایدار ما را مجاز به بهره‌برداری بیش از اندازه از زمین و منابع طبیعی نمی‌داند.

بسیاری از کشورهای پیشرفته مانند آلمان به کنترل و محدودسازی کشاورزی و استفاده از جنگل‌ها و مراتع خود پرداخته‌اند و بیشتر مایل هستند این‌گونه محصولات مورد نیاز خود را از دیگر کشورها تامین کنند تا محیط زیستشان سالم باقی بماند.

این جامعه شناس، مهاجرت را پدیده‌ای نخبه‌گزین و جوان‌گزین می‌داند و می‌گوید: افرادی که پول تحصیلات، نیرو، انرژی و قدرت ریسک‌پذیری بالایی دارند، به شهرها مهاجرت می‌کنند، در نتیجه روستایی تشکیل می‌شود که اکثریت جمعیت آن را پیرمردان و پیرزنان تشکیل می‌دهد.

اگر هم نیروی جوانی وجود داشته باشد، بی‌انرژی است و قدرت ریسک بالایی ندارد. این نوعی فکر خطرناک و بیمار ایجاد می‌کند که مدام ادامه می‌یابد.

چون مهاجران دیگر نمی‌توانند به روستا برگردند. افرادی هم که در روستا هستند فکر می‌کنند که مهاجران از روستا در شهر خوشبخت زندگی می‌کنند.

از این‌رو توهم خوشبختی مهاجران به مهاجرت‌ها از روستا دامن می‌زند.

وی ضمن تاکید بر این که توسعه مقوله‌ای اجتماعی و اقتصادی صرف نیست که تنها به اقتصاددانان و جامعه‌شناسان پناه برد و نیازمند توجه به ابعاد مختلف است، می‌گوید:

خود تسلط بیشتری داشته باشد. در غیر این صورت اگر جامعه‌ای به سطحی از رشد اقتصادی اجتماعی برسد، اما قدرت اختیار و انتخاب از آن سلب شود، تنها مرحله‌ای از رشد را طی کرده ولی فاقد توسعه است.

وی هم‌چنین می‌افزاید: باید مدیریت روستاییان بر زندگی خودشان به رسمیت شناخته شود. اگر دهیاری‌ها و شوراهای اسلامی روستاها اختیار کافی برای اداره امور خود داشته باشند، در این صورت اختیارات لازم در توسعه و قدرت کنترل زندگی خود را به دست آورده‌اند.

گمان می‌رود با این اقدام می‌توان تا حدودی بر زخم فقر در روستاها مرهم گذاشت و پرچینی بر دیوار کوتاه روستاها گذاشت تا دیوارها برای جلوگیری از خروج نیروی انسانی از روستاها و مهاجرت قد بکشند.

دکتر نجفی می‌گوید: اگر بخواهیم مساله فقر را در روستا حل کنیم و از حجم مهاجرت‌ها از روستا بکاهیم، باید از تحمل انسان‌ها و طبیعت صحبت کنیم. امروزه بیشتر فعالیت‌های اقتصادی برای کسب درآمد و انجام برنامه‌های اقتصادی چه فردی، چه جمعی و چه ملی توسط انسان‌ها صورت می‌گیرد. یعنی سه محیط اقتصادی اجتماعی و طبیعی درگیر است و جهت دادن به این‌ها توسط سیاست‌های مالی و پولی و برنامه‌ای انجام می‌شود.

وی با اشاره به این که برای توسعه روستا باید جامعه روستایی را پیوسته با محیط طبیعی و برنامه‌های مختلف بدانیم، می‌گوید:

بهترین استراتژی توسعه روستایی، ترکیبی از

باید با ارایه خدمات اجتماعی و اقتصادی مناسب در نقاط واسطی همچون روستاهای مرکزی و شهرک‌ها و شهرهای کوچک، از مهاجرت مستقیم روستاییان به شهرهای بزرگ جلوگیری کرد. همچنین نباید صرفاً توسعه روستایی و توسعه کارآفرینی روستایی را در بافت خود روستا تصور کرد. بلکه باید به آن به صورت ملی نگریست. باید تفکر را در روستا پرورش داد.

■ راهکاری برای مدیریت روستا

شاید اگر دولتمردان و سیاستگذاران بر این حقیقت آگاهی پیدا کنند که توسعه روستایی خارج از محیط روستا اتفاق نمی‌افتد، بتوان تا حدودی کفه مشکلات جوامع روستایی را سبک‌تر کرد.

به اعتقاد مدیر کل برنامه‌ریزی توسعه روستایی وزارت جهاد کشاورزی، توسعه روستایی فرآیندی همه جانبه است که تمامی سازمان‌ها به نوعی با آن ارتباط دارند.

وی می‌گوید: توسعه روستایی و توسعه کشاورزی دو مولفه‌ای هستند که لازم و ملزوم یکدیگرند. توسعه کشاورزی از طریق افزایش درآمد، افزایش سطح تولیدات، بهبود وضعیت کار و بهبود وضعیت اجتماعی روستاییان به دست می‌آید و همه این موارد، توسعه روستایی را سبب می‌شود.

دکتر نجفی، جامعه‌شناس با اشاره به این که

برای توسعه روستایی باید روستا را برای اداره به روستاییان داد، می‌گوید:

پیشنهاد من این است که در روستا، هیات امنایی از مسن‌ترین افرادی که در روستا توانایی فکر کردن، راه رفتن و ... را دارند، انتخاب شود و حق تصمیم‌گیری نیز داشته باشند.

یک هیات انتخابی نیز زیر نظر هیات امنای مشغول به کار شود و فردی مشابه دهمدار انتخاب کند. دولت هم فقط بودجه بدهد و روستا را تامین مالی کند. در یک کلام، دولت می‌تواند با برنامه‌ریزی، طراحی و اجرای طرح‌های مختلف برای ارایه خدمات دولتی در مناطق روستایی، زمینه اشتغال‌زایی و کارآفرینی فوق‌العاده‌ای را در روستاها ایجاد کند.

طیف این امور نیز بسیار گسترده است، از امور اداری، اقتصادی، انتظامی، بیمه و تامین اجتماعی گرفته تا مراقبت از محیط زیست، حفظ و توسعه مراتع و جنگل‌ها. استخدام نیروی کاری در این زمینه‌ها باید به صورت محلی انجام و تا حد ممکن به بخش خصوصی واگذار شود.

این امر از طرف دیگر باعث کاهش حرکت و مهاجرت روستاییان به شهرها برای دریافت این‌گونه خدمات خواهد شد. تحقق دولت الکترونیکی در سطح روستاها، چشم‌اندازی مطلوب برای آینده است که اکثر کشورها در حال حرکت به سمت آن هستند.

