

بررسی مسئله ساماندهی آسیب‌دیدگان اجتماعی (بی‌خانمانی) در ایران و جهان و ارائه درس‌آموخته‌های سیاستی (۲)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۴/۲/۱۵

شماره مسلسل: ۱-۲۰۳۵۵

کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

بررسی مسئله ساماندهی آسیب‌دیدگان اجتماعی (بی‌خانمانی) در ایران و جهان
و ارائه درس‌آموخته‌های سیاستی (۲)

نوع گزارش: طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین:

سامان یوسفوند (عضو هیئت علمی دانشکده حکمرانی دانشگاه تهران)

همکار خارج از مرکز:

حکیمه ملک‌احمدی (پژوهشگر اجتماعی)

مدیر مطالعه:

فاطمه محمدی

اظهار نظرکنندگان خارج از مرکز:

سعید کبیری (عضو هیئت علمی مؤسسه مطالعات فرهنگی، اجتماعی و تمدنی وزارت علوم)، آرش حیدری
(عضو هیئت علمی دانشگاه علم و فرهنگ)

اظهار نظرکنندگان:

فرشید خضری، مرتضی گنجی، مسعود فراهانی (دفتر مطالعات اجتماعی)

ناظران علمی:

محمد رضا مالکی، هادی افراسیابی

ویراستار ادبی:

مژگان کاظمی

گرافیک و صفحه‌آرایی:

محمد دهقانی شهربابی

واژه‌های کلیدی:

۱. آسیب‌دیدگان اجتماعی

۲. فقر و محرومیت

۳. بی‌خانمانی

۴. تکدی

۵. سیاست اجتماعی

تاریخ شروع مطالعه:

۱۴۰۳/۰۱/۲۰



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۹
۲. پیشینه پژوهش.....	۱۰
۳. مراکز موجود برای نگهداری افراد بی خانمان.....	۱۵
۴. مدل های خط مشی گذاری مواجهه با بی خانمانی (مدل پلکانی و مدل مسیر) در جهان.....	۱۷
۵. جمع بندی و پیشنهادها.....	۳۱
منابع و مأخذ.....	۳۵

فهرست جداول

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی.....	۱۰
جدول ۲. تحلیل پیشینه تقنینی.....	۱۳
جدول ۳. نهادهای مسئول و وظایف آنها براساس طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی مصوب ۱۳۸۷ شورای عالی اداری.....	۱۴
جدول ۴. نحوه سامانده آسیب دیدگان شناسایی و جذب شده توسط گشت ها.....	۱۶
جدول ۵. تفاوت خدمات بین CHF، PHF و HFL.....	۲۲
جدول ۶. پیشنهاد توصیه سیاستی ویژه گزارشات راهبردی/نظارتی.....	۳۴

فهرست شکل ها

شکل ۱. فرایند ارائه خدمات در مددسرا.....	۱۵
شکل ۲. فرایند ارائه خدمات به افراد بی خانمان در سامانسرا.....	۱۶
شکل ۳. تفاوت رویکرد پلکانی با اولویت دهی به مسکن.....	۲۱



بررسی مسئله ساماندهی آسیب‌دیدگان اجتماعی (بی‌خانمانی) در ایران و جهان و ارائه درس‌آموخته‌های سیاستی (۲)

چکیده



بی‌خانمانی یکی از مسائل اجتماعی فراگیر در اقصی نقاط جهان است؛ طی سال‌های اخیر، جامعه ایران نیز بیش از پیش با بروز این پدیده مواجه بوده است. علی‌رغم اینکه سیاستگذاران و مجریان امر اقداماتی را برای کنترل و کاهش این مسئله صورت داده‌اند، لکن به‌نظر می‌رسد که موفقیت کافی حاصل نشده است. بر همین اساس، گزارش حاضر تلاش دارد از طریق بررسی و تحلیل تجربیات موفق در سایر نقاط جهان، درس‌آموخته‌های سیاستی متناسب با وضعیت مسئله بی‌خانمانی در جامعه ایران را ارائه دهد. مرور تجارب جهانی در مبارزه با مسئله بی‌خانمانی نشان می‌دهد که به‌طور کلی دو مدل پلکانی (تاکید بر ویژگی‌های فردی و ضعف شخصیتی) و مسیر (تاکید بر بر علل ساختاری) برای مواجهه با بی‌خانمانی وجود دارد. مطالعه تجارب سیاستگذاری و اجرا در حوزه کنترل و کاهش بی‌خانمانی در کشور حاکی از آن است که سازوکارهای اجرایی متناسب با دو مدل معرفی‌شده (پلکانی و مسیر) در مواجهه با بی‌خانمانی در جهان، پیاده نشده و تجلی مصوبه مذکور، صرفاً تأسیس مراکزی (سامانسراها و مددسراها) برای ارائه خدمات به افراد بی‌خانمان بوده است. اگرچه نهادهای قانونگذار برای تدوین قوانین جدید در این زمینه تلاش‌های دیگری نیز انجام داده‌اند، اما تاکنون همچنان این مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) با عنوان «طرح شناسایی و جمع‌آوری افراد متکدی» مبنای عمل دستگاه‌های اجرایی بوده است. لذا به‌نظر می‌رسد که مسئله مواجهه با بی‌خانمانی و آسیب‌دیدگان اجتماعی در ساحت سیاستگذاری نیازمند تدوین و روزآمدسازی قوانین است.



بیان / شرح مسئله

بی شک بی خانمانی مربوط به دوره حاضر نیست و تاریخ مبارزه با بی خانمانی در ایران معاصر را می توان تا دوره مشروطه پی گرفت؛ اما آنچه امروزه اتفاق افتاده، تغییر چهره و رؤیت پذیر تر شدن این پدیده است. نابسامانی های اقتصادی - اجتماعی، مهاجرت های فراوان به شهرها، افزایش هزینه تأمین مسکن و سرپناه و ضعف نظام خانواده و دیگر نهادهای متولی در مدیریت آسیب های اجتماعی و ظهور خرده فرهنگ های آسیب زاء زمینه های افزایش بی خانمانی را تشدید کرده است. مسئله آسیب دیدگان اجتماعی و گروه ها و اقشار آسیب پذیر مورد التفات قوانین مختلف بوده است. اما به رغم ماهیت پیشگیرانه و درمان گرایانه اسناد و قوانین بالادستی، مسائلی از قبیل بی خانمانی و تکدی گری رؤیت پذیر تر شده است. هر چند در قوانین ذکر شده می توان توجه نسبی قانونگذار به مسئله آسیب دیدگان اجتماعی به ویژه بی خانمانی را استنباط کرد، اما از جمله مهم ترین مصوبه ای که از آن پیگیری مسئله بی خانمانی و متکدیان استنباط شده و اکنون مبنای عمل دستگاه های مجری است، مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) با عنوان «طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی» است. با وجود تلاش هایی که در نهادهای قانونگذار برای قانونگذاری جدید در این زمینه انجام شده است، اما تاکنون این مصوبه مبنای عمل دستگاه های اجرایی است و هدف آن اصلاح ساختار و ایجاد هماهنگی در فعالیت دستگاه های اجرایی و ارتقا کارایی و بهبود روش های مربوط به مبارزه با تکدی و جمع آوری، شناسایی و تعیین وضعیت افراد بی سرپرست، گمشده، متواری، در راه مانده و موارد مشابه بوده است. تجلی مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) در زمینه شناسایی و جمع آوری افراد متکدی و بی خانمان، تأسیس مراکز (سامان سرا و مدد سرا) برای ارائه خدمات به این افراد بوده است.

نقطه نظرات / یافته های کلیدی

مرور تجارب جهانی در مبارزه با مسئله بی خانمانی نشان می دهد که به طور کلی دو مدل پلکانی و مسیر برای مواجهه با بی خانمانی وجود دارد. در مدل پلکانی علل بی خانمانی بیشتر به ویژگی های فردی و در واقع ضعف شخصیتی افراد ربط داده می شود، به همین دلیل در این رویکرد تلاش بر آن بوده است که ضعف ها و مشکلات فردی و شخصیتی افراد بی خانمان رفع شود و آنها مورد باز پروری و باز توانی مرحله ای قرار گیرند که در نهایت آماده اسکان شوند. در حالی که مدل مسیر بیشتر بر علل ساختاری از قبیل بازار مسکن، تورم، بی کاری و تبعیض، تأکید دارد که زمینه را برای بی خانمانی مهیا می کنند. در این رویکرد در مقایسه با مدل پلکانی که مسکن در مرحله آخر قرار داشت، «اول» مسکن فراهم می شود. در مدل مسیر، دسترسی سریع به سرپناه با خدمات حمایتی بسیار که افراد را در خانه های خودشان ویزیت می کند، ترکیب شده است. در این رویکرد، اجباری به ترک مواد مخدر یا سایر انحرافات اجتماعی در ازای مسکن وجود ندارد و در صورت ادامه استفاده از مواد مخدر و همچنین امتناع از ادامه درمان، افراد از خانه اخراج نمی شوند. «اولویت دهی به مسکن» به افراد کمک می کند، ابتدا جایی برای زندگی داشته باشند، بعد در صورت نیاز و تمایل، حمایت و درمان دریافت کنند. در حالی که مدل های زنجیره ای یا پلکانی از افراد می خواهد تا قبل از داشتن خانه مستقل، تعهد خود را نسبت به رفع مشکلات فردی شان نشان دهند که عملاً تاکنون این فرایند، موفقیت و کارایی لازم را به همراه نداشته است؛ زیرا کاربران خدمات، بین مراحل پلکانی متوقف و یا اغلب به خاطر قوانین سخت گیرانه از فرایند درمان اخراج می شوند. علاوه بر اینکه هزینه خدمات پلکانی زیاد ولی اثربخشی آن محدود است.

شواهد نشان می دهد که رویکرد ساختاری با ایده اولویت دهی به مسکن توانسته با پایان دادن به بی خانمانی در بین افرادی که نیازهای حمایتی بسیار بالایی دارند، به طور بالقوه در هزینه های سایر خدمات پس انداز کند. زیرا افراد بی خانمان با نیازهای پشتیبانی بسیار بالا، به دلیل دریافت حمایت مناسب، هر چند وقت یک بار با بی خانمانی و استفاده مکرر از خدمات، مواجه نشده اند و توانسته اند به طور کلی استفاده از خدمات را متوقف یا به حداقل برسانند. این مدل بر اصولی از قبیل حق داشتن مسکن، اصل احترام، شفقت و دلسوزی، حمایت قابل انعطاف برای افراد تا زمان مورد نیاز، حق انتخاب و کنترل برای استفاده کنندگان از خدمات، جدایی مسکن از درمان، جهت گیری بهبودی و اتخاذ رویکرد کاهش



آسیب استوار است.

مطالعه تجارب سیاستگذاری و اجرایی در حوزه مبارزه با بی‌خانمانی در کشور حاکی از آن است که سازوکارهای مقابله با مسئله بی‌خانمانی در کشور متناسب با دو مدل معرفی شده (پلکانی و مسیر) در جهان، پیاده نشده است و تنها مصوبه موجود «طرح شناسایی و جمع‌آوری افراد متکدی» (مصوب شورای عالی اداری ۱۳۷۸) در زمینه تکدی‌گری و بی‌خانمانی که مبنای عمل دستگاه‌های مجری محسوب می‌شود نیز با مسائل و مشکلاتی از قبیل عدم شمولیت قانون، تصور نادرست از علل و ریشه‌های مسئله، رویکرد جرم‌انگارانه، ضعف هماهنگی نهادی، تکمیل نشدن چرخه مبارزه با بی‌خانمانی، ضعف سازوکارهای اجرایی و درنهایت ضعف کارایی در ساماندهی افراد بی‌خانمان مواجه است.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با ابتننا به چالش‌ها و کاستی‌های تقنینی، نظارتی و اجرایی در مبارزه با بی‌خانمانی و نتایج این رویه تکراری در مقایسه با مدل‌های موفق جهانی، الگوی مرسوم مراکز نگهداری در کشور نه تنها اثربخشی لازم را نداشته؛ بلکه به هدف اصلی ساماندهی نیز دست نیافته است. برای این منظور پیگیری این مسئله در قالب طرح و یا لایحه در مجلس شورای اسلامی ضروری است. در ادامه ملاحظات سیاستگذاری مربوطه به این موضوع ارائه می‌شود:

- رفع خلأهای قانونی مربوط به مسئله آسیب‌دیدگان اجتماعی،
- توجه به درس‌آموخته‌های جهانی،
- در نظر گرفتن علل و زمینه‌های تولیدکننده مسئله،
- تغییر رویکرد جرم‌انگارانه به کاهش آسیب،
- ایجاد سازوکارهای لازم در تقویت هماهنگی نهادهای حمایتی،
- تقویت سازوکارهای حمایتی پایدار و خلاقانه،
- اصلاح سازوکارهای اجرایی و استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد در چارچوب وظایف و رسالت‌های اصلی آنها،
- تقویت بعد نظارت تخصصی بر فعالیت دستگاه‌های فعال در زمینه مسائل آسیب‌دیدگان اجتماعی.



گسترش شهرنشینی و تحولات اقتصادی ناشی از صنعتی شدن در جهان معاصر، پیامدهای مختلفی به دنبال داشته است که بی خانمانی یکی از آنهاست. بی شک بی خانمانی مربوط به دوره حاضر نیست و در طول تاریخ وجود داشته است؛ اما آنچه امروزه اتفاق افتاده؛ تغییر چهره و رؤیت پذیرتر شدن این پدیده است. به طوری که بخش عمده ای از بی خانمان هایی که در گذشته توسط خانواده، اقوام و خیرین نگهداری می شدند؛ امروزه حمایت های اجتماعی کافی برای نگهداری و ساماندهی آنها وجود ندارد و به دلایلی از جمله نابسامانی های اقتصادی - اجتماعی، مهاجرت های فراوان به شهرها، افزایش هزینه تأمین مسکن و سرپناه، ضعف نظام خانواده و دیگر نهادهای متولی در مدیریت آسیب های اجتماعی و ظهور خرده فرهنگ های آسیب زاء، زمینه های افزایش بی خانمانی تشدید شده است. مطالعات نشان می دهد؛ بسیاری از افراد بی خانمان به دلیل محدودیت ها و فقدان مراکز نگهداری کافی و در دسترس به خصوص برای زنان، الزام به ترک و درمان اجباری وابستگی به مواد مخدر یا الکل و نبود زنجیره های حمایتی پس از ترک، نه تنها تمایل به حضور در مراکز نگهداری را ندارند؛ بلکه از حضور در این مراکز گریزان هستند، از این رو می توان تعداد و نوع افراد بی خانمان را متفاوت از وضعیت های گذشته دید؛ زیرا چهره بی خانمانی در دو دهه اخیر تغییر پیدا کرده است.

بی خانمان ها دیگر فقط متشکل از افراد مهاجر یا معتاد نیستند؛ بلکه بی خانمانی طیف وسیع تری از افراد را در بر می گیرد؛ از کودکان و نوجوانان بی سرپناه گرفته تا زنان و دختران فراری و رها شده و سالمندان و افراد طرد شده از خانواده و جامعه و در نهایت خانواده های بی خانمان را در بر می گیرد. از این رو، این پدیده امروزه بسیار رؤیت پذیرتر از گذشته شده است و نیاز به برنامه های جامع مبارزه با بی خانمانی در دو سطح خرد و کلان نیز بیشتر احساس می شود. زیرا تاکنون مسئله بی خانمانی در مقایسه با سایر مسائل شهری به ویژه در حوزه آسیب شناسی، مغفول مانده است. به طوری که خدمات نهادهای متولی (شهرداری ها) بر بی خانمانی متمرکز شده است، یعنی تنها افرادی که در خیابان حضور دارند؛ مورد توجه قانون «طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی، مصوب شورای عالی اداری ۱۳۷۸» است و اغلب با طرح های جمع آوری و ضربتی پیشرفته است. این در حالی است که فرایند بی خانمانی اغلب مدت ها پیش از بروز خیابانی آن، آغاز می شود. خیابانی شدن یا به عبارتی آشکار شدن بی خانمانی تنها زمانی مشاهده می شود که فرد علاوه بر سرپناه، پیوندها و سرمایه اجتماعی خود را از دست می دهد. همین امر باعث شده است که نگاه پسینی نسبت به این مسئله رواج بیشتری داشته باشد.

آن چنان که پیداست ساز و کارهای مواجهه و مبارزه با بی خانمانی در کشور با چالش ها و کاستی هایی روبه رو است. در حالی که تجارب جهانی در این زمینه حاکی از وجود الگوهای موفق در مبارزه با این مسئله است. از این رو در این گزارش سعی شده است، ضمن بررسی چالش ها و کاستی های مراکز نگهداری بی خانمان ها، تجارب جهانی موفق در ساماندهی و مدیریت مسئله بی خانمانی ارائه شود؛ تا از این طریق بتوان ملاحظات سیاستگذاری در این زمینه را بررسی نمود. برای این منظور ابتدا مجموعه اقدامات انجام شده در مقابله با بی خانمانی در ایران مورد بررسی قرار می گیرد، سپس رویکردهای جهانی مختلف به این پدیده در قالب مدل های پلکانی و اول مسکن ارائه می شود، در ادامه ارزیابی و مقایسه ای میان تجارب موفق جهانی با الگوی اجرا شده در ایران به عمل می آید و در نهایت ملاحظات سیاستگذاری در رابطه با مسئله آسیب دیدگان اجتماعی به ویژه بی خانمان ها ارائه می شود.



۲. پیشینه پژوهش



۲-۱. سوابق مطالعاتی

مطالعات کمی در ساحت سیاست‌پژوهی و حکمرانی مسائل و آسیب‌های اجتماعی انجام شده است، معدود مطالعات این حوزه توسط نهادهای و مراکز سیاست‌پژوهی دولتی تولید شده است که در ادامه برخی از این مطالعات که ارتباط نزدیک‌تری با عنوان این پژوهش دارند، مرور می‌شوند:

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی

ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر / سازمان / نهاد
۱	درس آموخته‌های سیاستی مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی در تاریخ ایران معاصر (۱)	۱۴۰۲	۱۸۹۷۷	دفتر مطالعات اجتماعی
۲	بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۷۴): ارزیابی از منظر تأمین مسکن برای گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر	۱۴۰۲	۱۹۱۹۶	دفتر مطالعات اجتماعی
۳	ارزیابی عملکرد قانون برنامه ششم توسعه در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی	۱۴۰۰	۱۸۵۴۰	دفتر مطالعات اجتماعی
۴	ارزیابی حکمرانی مسائل و آسیب‌های اجتماعی در ایران (۱) (بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی)	۱۴۰۲	۱۸۹۱۹	دفتر مطالعات اجتماعی
۵	بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۳۳): چالش‌های تنظیم‌گری در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی	۱۴۰۲	۱۹۰۹۶	دفتر مطالعات اجتماعی
۶	بررسی کارایی سیاست‌های ساماندهی بی‌خانمان‌ها در ایران	۱۳۹۸	دوره ۹، شماره ۳۲	مقاله علمی در مجله مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی (مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری)

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

یوسفوند در مطالعه‌ای با عنوان «درس آموخته‌های سیاستی مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی در تاریخ ایران معاصر (۱)» و با روشی اسنادی، تاریخی در پی فهم منطق مواجهه سیاستگذار با فقر و فقیر برآمده است تا از این طریق، راهبردهای مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی را طی صد و پنجاه سال گذشته احصا کند. براساس یافته‌های این مطالعه، مهم‌ترین اشکال سیاست‌گذاری حول فقر و فقیر و آسیب‌دیدگان اجتماعی در پنج محور شناسایی شده است و براساس گفتمان‌های رایج در هر دوره، راهبردهای تنبیهی، نوانخانه‌ای اردوگاهی، خیریه‌گرایانه، حمایتی، خودگردانی و فقرزدا از مهم‌ترین راهبردهای مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی در تاریخ ایران معاصر بوده‌اند. براساس یافته‌های این پژوهش، اهتمام در اجرای قانون اساسی و الزام دولت‌ها به تدوین قوانین برنامه توسعه متناسب با آمایش سرزمین، التزام عملی به بند «۹» سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی مبنی بر «الزام به تهیه پیوست تأمین اجتماعی برای طرح‌ها و برنامه‌های کلان کشور»، اصلاح ساختار نظام بودجه ریزی به مثابه گلوگاه سیاست‌گذاری اجتماعی در بخش‌های تأمین منابع درآمدی و توزیع عادلانه آن، اصلاح نظام مالیاتی چه در بخش تأمین و چه در بخش توزیع آن، تدوین برنامه ویژه محرومیت‌زدایی برای استان‌های مهاجرپرست در جهت پایداری جمعیت در این مناطق و کنترل و کاهش تراکم آسیب‌های اجتماعی در استان‌های مهاجرپذیر و «تدوین سند کاهش فقر و محرومیت‌زدایی» از جمله ضرورت‌های نظام سیاستگذار در راستای مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی است [۱].

کرمانی و یوسفوند در گزارش سیاستی با عنوان «ارزیابی عملکرد قانون برنامه ششم توسعه در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی» برای مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی نشان دادند که با وجود صرف هزینه و انجام اقدامات متعدد از سوی

دستگاه‌های مسئول و متولی در زمینه پیشگیری، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، به دلیل شرایط نامناسب اقتصادی و اجتماعی ناشی از تحریم و کرونا از یکسو و از سوی دیگر، وجود مسائل مالی و مشکلات فرایندی از جمله فقدان یک برنامه جامع اقدام و عمل، ضعف هماهنگی، بخشی‌نگری و کمبود منابع و امکانات، اقدامات صورت گرفته جامعیت، کفایت، پایداری و اثربخشی لازم در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی متناسب با احکام برنامه را نداشته و برخلاف حکم برنامه مبنی بر کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، آسیب‌های اجتماعی در طول سال‌های اجرای برنامه افزایش یافته‌اند [۲].

یوسفوند و محمدی در گزارش سیاستی با عنوان «ارزیابی حکمرانی مسائل و آسیب‌های اجتماعی در ایران (۱) (بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی)» نشان دادند که در حوزه سیاستگذاری به‌ویژه در سطح قانون اساسی و سیاست‌های کلی رویکرد فراگیر و نسبتاً جامعی در مواجهه با مسائل و آسیب‌های اجتماعی اتخاذ شده است؛ لکن، در حوزه قوانین برنامه توسعه و بودجه، به‌رغم پرداختن به مسائل و آسیب‌های اجتماعی، ضعف رویکرد سیاست اجتماعی جامع و نظریه‌سیاستی راهگشا، مشهود است [۳].

تجربه برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در ایران حاکی از آن است که در کشور با تعدد و تکرر سیاست‌ها و اسناد بالادستی مواجه هستیم و گویی در بسیاری از حوزه‌ها تورم سیاست‌ها و قوانین عاملی در ایجاد ناهماهنگی و سردرگمی شده است. در حوزه‌های مرتبط با مسائل اجتماعی در حدود ۹ اصل در قانون اساسی وجود داشته و همچنین تاکنون در حدود ۲۶ سیاست کلی ابلاغ و تلاش شده در این زمینه هماهنگی و همراستایی با قانون اساسی داشته باشند. بررسی قوانین و اسناد بالادستی در حوزه مسائل و آسیب‌های اجتماعی نشان می‌دهد که مسائل اجتماعی کلان جامعه مورد عنایت سیاستگذار بوده است. اگرچه نمی‌توان با قطعیت ادعان کرد که قوانین موجود عاری از اشکال هستند. زیرا تجربه مواجهه نظام حکمرانی در دهه‌های پیشین نشان می‌دهد که در سطح کلان (سیاست‌ها و اسناد بالادستی) به موضوع‌های اجتماعی ورود کرده است؛ اما الگوی نظام‌مند و منسجمی برای مقابله با مسائل و آسیب‌های اجتماعی در کشور وجود نداشته و عمدتاً به‌صورت اقتضایی با مسائل و آسیب‌های اجتماعی برخورد شده است و در اتخاذ رویکردی علمی و کارشناسی متناسب با بافت اجتماعی و فرهنگی تأخیر وجود دارد. می‌توان ادعان کرد که چرایی گسترش و شیوع مسائل و آسیب‌های اجتماعی را نه صرفاً در ساحت تقنینی و سیاست‌های کلان؛ بلکه در حوزه‌های اجرایی و ضعف در اجرای سیاست‌ها و قوانین نیز باید جستجو کرد. زیرا از یکسو کم‌توجهی دستگاه‌های مجری و مواجهه نمایشی، سلیقه‌ای، شعارگونه و مناسکی با آنها و از سوی دیگر عدم پیگیری نهادهای ناظر بر اجرای این سیاست‌ها باعث شده است که همچنان با پدیده‌های اجتماعی ناگوار مواجه باشیم.

مطالعه کرمانی و گنجی با عنوان «بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۳۳): چالش‌های تنظیم‌گری در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی» حاکی از آن است که در پی بالا رفتن نرخ وقوع، گسترش و انباشت مسائل و آسیب‌های اجتماعی در کشور و ضرورت پاسخ سیاستی مناسب از سوی دولت در اوایل دهه ۱۳۹۰، نخستین چالشی که از جانب مسئولان و دست‌اندرکاران امر جهت انجام اقدام مؤثر در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی عنوان شد، تعدد و پراکندگی دستگاه‌های ذی‌ربط و ضرورت تعیین یک نهاد متولی و تنظیم‌گر در این حوزه بود. در این رابطه، با وجود تکالیف قانونی مشخص و صریح در زمینه نقش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و شورای عالی رفاه در امر تنظیم‌گری آسیب‌های اجتماعی، تصمیم بر آن شد که این مهم توسط سازمان امور اجتماعی کشور مبتنی بر ظرفیت شورای اجتماعی کشور صورت پذیرد. براین اساس، در قانون برنامه ششم توسعه ماده (۸۰) مقرر شد دولت در قالب مصوبات شورای اجتماعی و تهیه برنامه جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اولویت‌دار اقدام کند. به‌منظور اجرای این حکم نیز اعتباری تحت عنوان برنامه جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در قالب قوانین بودجه سنواتی از سال ۱۳۹۶ به بعد در اختیار سازمان امور اجتماعی کشور قرار گرفت. اما، پس از گذشت ۶ سال از شروع برنامه و عملکرد تنظیم‌گرانه سازمان امور اجتماعی، ارزیابی‌ها حاکی از عدم تحقق اهداف برنامه ششم در زمینه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی به‌دلایل مختلف از جمله ضعف سازمان امور اجتماعی در انجام وظایف خود در زمینه سیاستگذاری،



هماهنگی و نظارت بر عملکرد دستگاه‌های مسئول و متولی در این حوزه است [۲]، [۴]. با ارائه لایحه برنامه هفتم توسعه مجدداً موضوع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با همان اسلوب قانون برنامه ششم توسعه و بدون در نظر گرفتن سازوکاری جهت رفع چالش‌های سازمان امور اجتماعی به‌عنوان متولی امر تنظیم‌گری در این حوزه، در قالب ماده (۸۵) مورد توجه قرار گرفته است. بر این اساس، در گزارش مذکور، تلاش شده است تا ضمن بیان مهم‌ترین چالش‌های تنظیم‌گری موجود در حوزه آسیب‌های اجتماعی، راهکارهای مناسب جهت رفع آن در بستر قانون برنامه ارائه و پیشنهاد شود.

رضانی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی کارایی سیاست‌های ساماندهی بی‌خانمان‌ها در ایران» نشان دادند که سیاست‌های روشنی در زمینه مبارزه با بی‌خانمانی وجود ندارد و سیاست‌های موجود نیز نمی‌توانند به ساماندهی افراد بی‌خانمان بینجامند. به‌علاوه نگاه موجود به بی‌خانمانی نگاه ریشه‌ای و درستی نیست، چرخه مبارزه با بی‌خانمانی به‌درستی ترسیم نشده است و نهادهای دخیل مشارکت خوبی ندارند؛ از این‌رو، افراد بی‌خانمان در یک چرخه بی‌ثمر گرفتار می‌شوند. با توجه به روند روبه‌رشد بی‌خانمانی در کشور برای موفقیت در مبارزه با بی‌خانمانی باید از جنبه‌های مختلف مطالعه و تجارب موفق کشورهای دیگر نیز ملاحظه شود و براساس نتایج مطالعات سیاستگذاری در سطح کلان صورت گیرد، به‌نحوی که مراحل و حلقه‌های مبارزه با بی‌خانمانی و وظایف نهادهای مختلف و منابع لازم برای انجام وظایف و فرایند نظارت بر آنها به‌درستی و روشنی تعریف شود [۵].

در راستای مسئله مورد اشاره در این تحقیق در این مطالعه تلاش شده است که تجارب کشورهای گوناگون در خصوص مسئله بی‌خانمانی مورد بررسی قرار گیرد.

۲-۲. سوابق تقنینی به‌همراه آسیب‌شناسی

تاریخ مبارزه با بی‌خانمانی در ایران معاصر را شاید در دوره مشروطه بتوان جست. دولت‌آبادی در سال ۱۳۲۴ قمری از اقدام خود برای تأسیس انجمن خیرات، ساختن دارالایتام و دارالعجزه و تدوین اساسنامه و ساخت و نصب صندوق‌های صدقات در شهر خیر می‌دهد [۶]. که شاید اولین صندوق‌های صدقه در ایران باشند. غیر از دولت‌آبادی بسیاری دیگر را می‌توان یافت که در کارهای خیریه مشارکت داشته‌اند، اما دولت تا زمان مشروطه وظایف عمومی چندانی به دوش نمی‌کشید. برای اولین بار در قانون بلدیة، مصوب سال ۱۲۸۶ شمسی «مراقبت در رفع تکدی و تأسیس دارالمساکین و دارالعجزه و مریضخانه‌ها و امثال آن» به‌عهده بلدیة گذاشته شد (قانون بلدیة)^۱ و این روند در قانون بلدیة سال ۱۳۰۹ شمسی نیز تکرار شد.^۲ از دوره پهلوی اول با کم‌رنگ شدن کمک مردم و افزایش نیازمندان، بلدیة جدی‌تر در این زمینه وارد می‌شود [۷]. بعدها هم ذیل بند «۵» و «۶» ماده (۵۵) قانون شهرداری‌ها (مصوب ۱۱ تیر ۱۳۳۴) جلوگیری از گدایی و واداشتن گدایان به آموزش و کار و ایجاد برخی مؤسسات مانند نوانخانه و پرورشگاه یتیمان، جزئی از وظایف شهرداری تعریف شد که همچنان هم این قانون پابرجا و ملاک عمل شهرداری است.^۳

هرچند سابقه مراکز نگهداری بی‌خانمان‌ها را تا دوره پیش از مشروطه نیز می‌توان پی گرفت؛ اما پس از مرگ حدود ۴۰ کارتن‌خواب در زمستان سال ۱۳۸۲ بود که ضرورت احداث گرم‌خانه‌ها برای اسکان شبانه بی‌خانمان‌ها در دستور کار قرار گرفت و ابتدا گرم‌خانه‌های چادری (دو چادر در سال ۱۳۸۳) و سپس گرم‌خانه‌های ثابت (دو گرم‌خانه در سال ۱۳۸۵) دایر شدند. اما در شرایط کنونی آنچه حائز اهمیت است؛ تجلی مسئله آسیب‌دیدگان اجتماعی در ساحت قوانین و مقررات است که در ادامه این موضوع تشریح شده است.

1. <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/90099>

2. <http://www.dastfour.ir/Print/?id=13950>

۳. در گزارش مستقل دیگری از این مجموعه، سابقه قانونی تاریخی ایران در مواجهه با مسئله فقر و بی‌خانمانی مرور شده است [۱]. در این گزارش صرفاً مهم‌ترین قانون جاری در این زمینه یعنی «مصوبه شورای عالی اداری در خصوص طرح شناسایی و جمع‌آوری افراد متکدی ۱۳۷۸» بررسی شده است.

جدول ۲. تحلیل پیشینه تقنینی

نام سند (قانون... / تصویب نامه... / ..)	مرجع تصویب	تاریخ تصویب	شماره ماده / صفحه	نکات برجسته / نقاط ضعف و قوت / پیامدهای اجرا
طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی	شورای عالی اداری	۱۳۷۸	-	هدف این مصوبه اصلاح ساختار و ایجاد هماهنگی در فعالیت دستگاه های اجرایی و ارتقای کارایی و بهبود روش های مربوط به مبارزه با تکدی و جمع آوری، شناسایی و تعیین وضعیت افراد بی سرپرست، گمشده، متواری، در راه مانده و موارد مشابه بود. افراد مشمول مصوبه عبارتند از: «افراد معلول و ناتوان (اعم از جسمی و ذهنی)، بی سرپرست، مجهول الهویه، در راه مانده، گمشده، متواری، افراد نیازمند غیر حرفه ای، متکدیان و ولگردان حرفه ای».

مأخذ: همان.

در زمینه مسائل و آسیب های اجتماعی قوانینی با ماهیت پیشگیرانه و درمانی وجود دارد که می توان به اصول (۳-۲۰-۲۱-۲۸-۲۹-۳۱) قانون اساسی، ماده (۵۷) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، مواد (۷۸-۷۹-۸۰-۸۱-۱۰۴) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مواد (۳-۳۰-۹۵-۹۶-۹۷) برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مواد (۳۶۵۶) قانون برنامه پنج ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مواد (۷۱۳ و ۷۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳، طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی ۱۳۷۸ و برنامه پنج ساله اول و دوم شهرداری تهران اشاره کرد. علاوه بر این مصوبه، در سال ۱۳۸۳ نمایندگان طرح «الزام دولت به اقدام قانونی جهت جمع آوری و ساماندهی کامل مجموعه افراد بی خانمان» را تهیه کردند؛ اما با استناد به مصوبه شورای عالی اداری ۱۳۷۸ نظارت بر اجرای این مصوبه را مبنا قرار دادند و طرح نیز از دستور کار مجلس خارج شد. همچنین در سال ۱۳۹۷ نیز نمایندگان طرح «حفظ کرامت آسیب دیدگان اجتماعی» را ارائه کردند اما به دلیل نواقص و کاستی هایی که در طرح وجود داشت این طرح نیز از دستور کار مجلس خارج شد. به طور کلی به جز مصوبه مذکور (۱۳۷۸) که به موضوع بی خانمانی پرداخته است، دیگر قوانین سطح ملی فقط به اشاره ضمنی به مسئله بی خانمانی اکتفا کرده اند (برای مثال نگاه کنید به «آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی» مصوب هیئت وزیران در سال ۱۳۸۴)^۱، سیاست های کلی نظام در حوزه مسکن و سیاست های مسکن در برنامه های پنج ساله توسعه^۲. اما در مصوبات شورای شهر تهران نیز به بی خانمانی اشاره شده که مختص شهر تهران است. برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به مصوبه ۲۲ مهر ۱۳۸۲ با عنوان «الزام شهرداری تهران جهت شناسایی و جمع آوری بی خانمان ها و متکدیان در سطح شهر تهران و تحویل آنها به مراکز نگهداری موقت» که در آن مبتنی بر تبصره «۵» ماده (۵۵) قانون شهرداری ها، دوباره شهرداری را ملزم به رعایت همان وظیفه ای می کند که مصوبه شورای عالی اداری به عهده آن گذاشته است.^۳ مصوبه آبان ۱۳۹۰ نیز در خصوص استفاده از ظرفیت شهرداری تهران در زمینه آسیب های اجتماعی شهر تهران است که از این نهاد می خواهد از ظرفیت های شهرداری در راستای پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی شهر تهران، از جمله بی خانمانی، با مشارکت سایر نهادها و سازمان ها استفاده کند.

همچنان که ملاحظه می شود مسئله آسیب های اجتماعی و گروه ها و اقشار آسیب پذیر مورد توجه قوانین مختلف بوده است. اما به رغم ماهیت پیشگیرانه و درمانگر ایانه اسناد و قوانین بالادستی، مسائلی از قبیل بی خانمانی و تکدی گری رؤیت پذیر تر شده است. هر چند از قوانین ذکر شده می توان توجه نسبی قانونگذار به مسئله آسیب دیدگان اجتماعی به ویژه بی خانمانی را استنباط کرد، اما مهم ترین مصوبه ای که از آن پیگیری مسئله بی خانمانی و متکدیان استنباط شده و اکنون مبنای عمل دستگاه های مجری است، مصوبه شورای عالی اداری با عنوان «طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی» است که در اردیبهشت ۱۳۷۸ در ۱۵ ماده به تصویب رسیده و در این گزارش مبنای بررسی است. هدف این مصوبه اصلاح ساختار، ایجاد هماهنگی در فعالیت دستگاه های اجرایی و ارتقا کارایی و بهبود روش های مربوط به مبارزه با تکدی و جمع آوری، شناسایی و تعیین وضعیت افراد بی سرپرست، گمشده، متواری، در راه مانده و موارد مشابه بوده است. افراد مشمول مصوبه عبارتند از: «افراد معلول و ناتوان (اعم از جسمی و ذهنی)، بی سرپرست، مجهول الهویه، در راه مانده، گمشده، متواری، افراد نیازمند غیر حرفه ای، متکدیان و ولگردان حرفه ای». نهاد های مکلف در این قانون عبارتند از: «وزارت کشور، استانداری، فرمانداری، شهرداری، دادگستری استان، نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت کار و امور اجتماعی، سازمان صداوسیما و سازمان برنامه و بودجه» که برای هر یک از آنها تکلیفی تعریف شده است.

1. <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/123612>

2. <http://cabinetoffice.ir/fa/content/50>

3. <http://laws.tehran.ir/Law/ImageText/619>



جدول ۳. نهادهای مسئول و وظایف آنها بر اساس طرح شناسایی و جمع‌آوری افراد متکدی مصوب ۱۳۸۷ شورای عالی اداری

شرح وظایف	نهاد مسئول
مسئول اجرای مصوبه، ایجاد نظام آماری متمرکز به منظور ثبت سوابق متکدیان و ارائه گزارش‌های شش‌ماهه به هیئت وزیران و شورای عالی اداری	وزارت کشور
تشکیل و اداره مجتمع‌های اردوگاهی، پذیرش افراد جمع‌آوری‌شده، نگهداری موقت و طبقه‌بندی آنها و اخذ رأی فضایی برای آنها	فرمانداری
تأمین محل و امکانات و تجهیزات اولیه مجتمع‌های اردوگاهی و شناسایی، جمع‌آوری و تحویل افراد موضوع مصوبه به مجتمع‌های اردوگاهی با همکاری نیروی انتظامی	شهرداری
صدور رأی فضایی برای افراد موضوع مصوبه، دادگستری می‌تواند جهت استقرار قاضی در مرکز اقدام کند تا روند امور تسریع شود	دادگستری استان
تحویل گرفتن افراد بی‌سرپرست، ناتوان، معلول و سالمندان نیازمند و نگهداری از آنها و در صورت امکان، فراهم کردن زمینه بازگشت آنها به زندگی عادی	سازمان بهزیستی
فراهم کردن پوشش حمایتی لازم برای افراد نیازمند، گمشده، متواری و در راه مانده و ایجاد زمینه بازگشت آنها به زندگی عادی با هماهنگی مسئول مجتمع اردوگاهی	کمیته امداد
آموزش‌های فنی و حرفه‌ای مناسب و رایگان برای افراد مستعد و دارای توان تحت پوشش و اقدام جهت کارایی برای آنها	وزارت کار و امور اجتماعی
تهیه برنامه‌های لازم به منظور آشناسازی مردم با تبعات مختلف تکدی و جلب مشارکت مردم برای مبارزه با این پدیده و نیز معرفی تجربه‌های موفق مردمی	سازمان صدا و سیما
تأمین اعتبارات مورد نیاز اجرای طرح	سازمان برنامه و بودجه
همکاری با شهرداری در شناسایی و جمع‌آوری افراد موضوع مصوبه	نیروی انتظامی

به‌رغم تکالیفی که بر مبنای مصوبه شورای عالی اداری برای دستگاه‌ها تعیین شده است، در عمل متولی اصلی در این فرایند طی سال‌های اخیر، شهرداری‌ها هستند، در حالی که جای خالی برخی دستگاه‌ها از قبیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت مسکن، راه و شهرسازی محسوس است؛ زیرا بخشی از فعالیت‌ها و اقدامات مورد نیاز در حمایت از بی‌خانمان‌ها در گروهی مشارکت دو نهاد فوق است. همچنان که تجارب بین‌المللی در این زمینه نیز نشان می‌دهد؛ امور مربوط به بهداشت و درمان و تأمین مسکن با مشارکت سازمان‌های ذی‌ربط انجام می‌گیرد. با استناد به مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) و در پی تعیین نقش و وظایف دستگاه‌های عمومی و دولتی و نحوه مشارکت و همکاری آنها و نیز بر اساس بند «۵» ماده (۵۵) قانون شهرداری‌ها (مصوب سال ۱۳۷۱)، طرح ساماندهی متکدیان و افراد بی‌خانمان از تاریخ ۸۵/۲/۲۳ به مرحله اجرا درآمد. شهرداری تهران نیز با ایجاد و راه‌اندازی گشت‌های شناسایی و جمع‌آوری افراد متکدی و بی‌خانمان و همچنین مراکز نگهداری موقت متکدیان و بی‌خانمان‌ها طبق تبصره ذیل ماده (۲) مصوبه شورای عالی اداری، نسبت به شناسایی، جذب، انتقال، نگهداری موقت، تعیین تکلیف و ارجاع افراد موضوع بحث به سایر دستگاه‌های ذی‌ربط اقدام کرده است.

۳. مراکز موجود برای نگهداری افراد بی خانمان

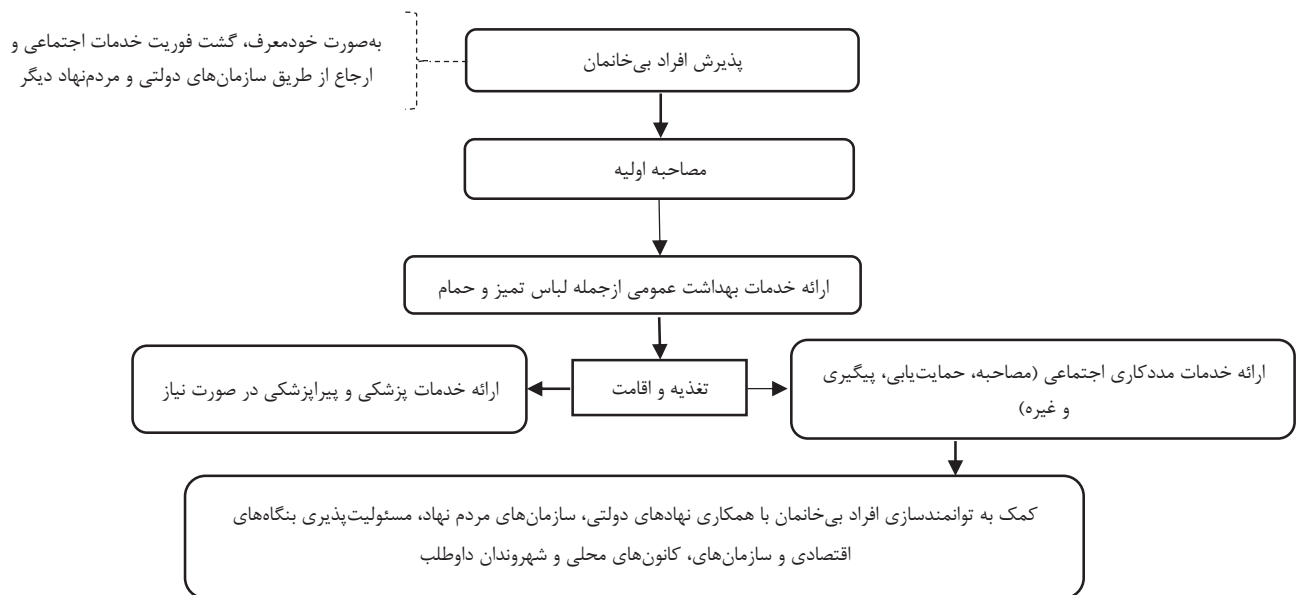


تجلی مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) در زمینه شناسایی و جمع آوری افراد متکدی و بی خانمان، تأسیس مراکزی برای ارائه خدمات به این افراد بوده است. در کل دو نوع مرکز^۱ در این خصوص وجود دارد. مراکز پذیرش شبانه یا همان گرم خانه ها که اکنون به آنها مددسرا گفته می شود و مراکز پذیرش و اسکان موقت یا سامانسراها.^۲

۳-۱. مراکز پذیرش شبانه یا مددسراها

مددسرا اقامتگاهی است برای اسکان موقت شبانه به منظور ارائه خدمات به افراد بی خانمان که شامل خدمات حمایتی و اجتماعی از جمله تأمین نیازهای اولیه است (دستور العمل ساماندهی مددجویان در مددسراها: ۵).^۳ گردآوری و نگهداری افراد بی خانمان در مددسراها، رایگان و شبانه است، یعنی از حدود ساعت ۷ عصر تا حدود ۷ صبح فردا (بنابه فصل)، ولی در صورت لزوم، مانند زمان هایی که دمای هوا در طول روز بسیار پایین است یا هوا بارانی یا برفی است، یا در شرایط خاص مانند شیوع و ویروس کرونا، مددسراها می توانند در طول روز نیز مددجویان را نگهداری کنند. فرایند ارائه خدمات در مددسراها، به صورت خلاصه در قالب شکل زیر ارائه شده است.

شکل ۱. فرایند ارائه خدمات در مددسرا [۸]



۱. به سامان سراها در ابتدا «مراکز پذیرش و اسکان/اقامت موقت» گفته می شد. همچنان که به مددسراها در ابتدا گرم خانه ها یا حتی پیش تر از آن نوانخانه گفته می شد. ولی طی زمان همان طور که نام گرم خانه به مددسرا تغییر یافته، نام مرکز پذیرش و اسکان موقت نیز به سامان سرا تغییر یافته است.

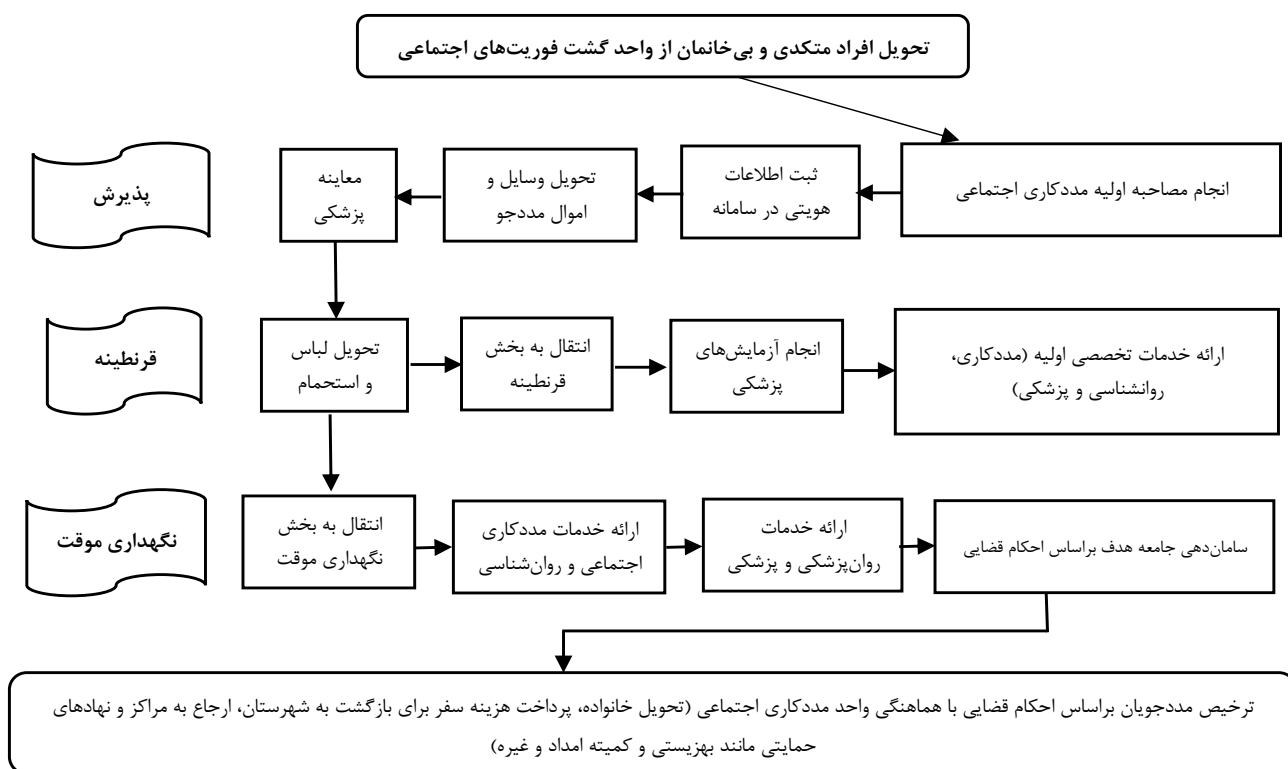
۲. اکنون حدود بیست مددسرا، بانام امروزی گرم خانه، در شهر تهران و در شهرهایی از قبیل شیراز، مشهد، اصفهان و تبریز نیز مراکزی از این نوع در شهرهای دیگر وجود دارد که بیشتر آنها فصلی اند. از همان سال ها احداث مجتمع های اردوگاهی نیز مطرح شد و در سال ۱۳۸۳ نخستین مجتمع در محدوده اسلامشهر دایر شد. این مرکز که اکنون سامان سرای اسلامشهر نام دارد، ابتدا به جمع آوری و نگهداری مردان و از سال ۱۳۸۴، بخشی از آن که اکنون بخش قرنطینه است، به جمع آوری و نگهداری زنان اختصاص یافت. بعد از چند سال زنان به مرکز خاوران منتقل شدند و سرانجام از اواخر سال ۱۳۸۹ مرکز زنان، با نام سامان سرای لویزان، در منطقه ۴ تهران دایر شد؛ بنابراین در مجموع دو مرکز در شهر تهران در راستای اجرای مصوبه شورای عالی اداری (طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی، ۱۳۷۸) تشکیل شده است. در اصفهان نیز یک گرم خانه با نام «امید» در سال ۱۳۹۵ تأسیس شده است. (<https://www.imna.ir/news/368757>) (خبرگزاری ایمناء). در شیراز نیز در دی ماه ۱۳۹۷ دو گرم خانه با ظرفیت ۱۰۰ نفر برای افراد بی خانمان احداث شده است. (<https://news.shi-raz.ir/RContent/16VU77>) (پایگاه اطلاع رسانی شهرداری شیراز). همچنین تعداد پنج گرم خانه متعلق به شهرداری شهر مشهد و سه گرم خانه هم در شهر تبریز وجود دارد.

۳. سازمان رفاه، خدمات و مشارکت های اجتماعی. بی تا. دستور العمل ساماندهی مددجویان در مددسراها.

۲-۳. مراکز پذیرش و اسکان موقت یا سامانسررها

سامانسررا مرکزی است که خدمات اقامتی، بهداشت و درمان، خدمات اجتماعی و حمایتی را به صورت شبانه‌روزی به افراد جامعه هدف (متکدیان، معتادان خیابانی، افراد بی‌خانمان، در راه ماندگان، گمشدگان، بیماران اعصاب و روان و معلولین جسمی - حرکتی و ذهنی رها شده در فضای عمومی شهر که بالای ۱۸ هجده سال دارند) ارائه می‌کند. برخلاف مددسراها (گرم‌خانه‌ها) که فقط افراد بی‌خانمان به معنای افرادی که سرپناهی برای ماندن شبانه را ندارند پوشش می‌دهد، افرادی که به مراکز اسکان موقت ارجاع داده می‌شوند؛ طیف‌های مختلفی از معتاد گرفته تا افراد گم شده را در بر می‌گیرد؛ از طرف دیگر برخلاف گرم‌خانه‌ها که افراد به خواست و اختیار خود در آنها پذیرش می‌شوند، پذیرش در این مراکز و رهایی از آنها در اختیار افراد نیست. افرادی که در سامانسررها پذیرش می‌شوند؛ افرادی هستند که توسط سامانه گشت ۱۳۷ شهرداری از سطح شهر به این مراکز ارجاع داده شده‌اند، که یا خود سامانه این افراد را گردآوری کرده است و یا توسط نهادهای دیگر مثل نیروی انتظامی گردآوری شده‌اند و به سامانه ۱۳۷ تحویل داده شده‌اند. به علاوه اقامت در این مراکز شبانه‌روزی است و مانند گرم‌خانه‌ها فقط شبانه نیستند.

شکل ۲. فرایند ارائه خدمات به افرادی بی‌خانمان در سامانسررا [۸]



نحوه ساماندهی آسیب‌دیدگان شناسایی و جذب شده توسط گشت‌ها به تفکیک بر حسب جامعه هدف در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نحوه ساماندهی آسیب‌دیدگان شناسایی و جذب شده توسط گشت‌ها [۹]

ردیف	جامعه هدف	مرکز تحویل‌گیرنده
۱	متکدی بالای ۱۸ سال	سامانسررها
۲	بی‌خانمان	سامانسررها. مددسراها
۳	معتادین	کمپ بازپروری. سامانسررها
۴	کودکان پسر	سازمان بهزیستی (مرکز یاسرو سایر مراکز مربوطه)
۵	کودکان دختر	سازمان بهزیستی (مرکز نواب و سایر مراکز مربوطه)
۶	سایر	سایر مراکز با توجه به شرایط

همچنان که در بالا مجموعه اقدامات انجام شده درباره مبارزه با امر بی خانمانی و تکدی گری در کشور مرور شد؛ در ادامه تلاش شده است تجارب جهانی در این زمینه ارائه شود.

۴. مدل های خط مشی گذاری مواجهه با بی خانمانی (مدل پلکانی^۱ و مدل مسیر^۲) در جهان

در سطح خط مشی گذاری، واکنش به بی خانمانی مستمر، به چهار مقوله اغلب مرتبط با هم تقسیم می شود [۱۰]:

۱. **واکنش «اضطراری» یا «سازگاری بخش»:** مقامات به منظور کم کردن دشواری های بی خانمانی، سرپناه ها و مراکز توزیع غذا را افزایش می دهند، بی آنکه در جهت کمک به افراد برای رهایی از خیابان، کار چندانی انجام دهند. این رویکرد مشخصه پاسخ اولیه به بی خانمانی در اوایل دهه ۱۹۸۰ بود.

۲. **واکنشی «ترمیمی»:** از درون رویکرد اضطراری، واکنش «ترمیمی» سر بر آورد که مجموعه ای از خدمات حمایتی را برای جبران کمبودهای فردی اشخاص بی خانمان فراهم می کند تا آنها از جریان اصلی جامعه جانمانند یا بتوانند نقش شان را ایفا کنند. این رویکرد را در آغاز برنامه «زن جیره مراقبت» که به وسیله «وزارت مسکن و توسعه شهری ایالات متحده» دولت کلینتون به وجود آمد، اتخاذ کرد. این برنامه محله ها را تشویق می کرد تا از رهگذر درمان بیماری های روانی و معتادان مواد مخدر، ارائه مشاوره شغلی، مدیریت مورد و برگزاری دوره های خانواده داری و فرزندداری، افراد را از سرپناه های انتقالی و اضطراری، به سوی مسکن های دائم هدایت کنند.

۳. **واکنش پیشگیرانه:** مقصود از این نوع واکنش، رفع علل ساختاری بی خانمانی از رهگذر گسترش مسکن های یارانه ای و تهیه پذیر، پر کردن شکاف های موجود در نظام خدمات اجتماعی و افزایش مزایای شاغلان است که دستمزد حداقلی می گیرند. این واکنش از سوی گروه های مدافع بی خانمانان و بسیاری از پژوهشگران حمایت شد و در «قانون امریکای بدون بی خانمان»، مصوب ژوئیه ۲۰۰۳، بازتاب یافت.

۴. **جرم انگاری بی خانمانی:** این واکنش ناظر بر دستور هایی است که به پلیس این قدرت را می دهد تا هم بی خانمانان را به سبب فعالیت های معیشتی شان، مانند تکدی گری و خوابیدن در مکان های عمومی و هم خدمت رسانی را که خدمات بهداشتی ارائه و در پارک های عمومی غذا توزیع می کردند، مؤاخذه کنند.

به طور کلی تا به امروز، واکنش های «سازگاری بخش»، «ترمیمی» و «جرم انگارانه» مسلط بوده اند و رویکردی دوسویه، اما متناقض را پدید آورده که دو نتیجه دارد: عرضه شمار محدودی از خدمات که به افراد یاری می دهد تا در شرایط بی خانمانی به حیاتشان ادامه دهند یا از آن وضعیت بیرون بیایند؛ تمسک به اقدامات تنبیهی به منظور بازداشتن افراد از زندگی کردن در خیابان، به ویژه در فضاهای اصلی. چنین اقداماتی ماهیتی تسکینی دارند و رهیافت کاملی برای خروج از وضعیت بی خانمانی محسوب نمی شوند. با این حال، کارزارهای اخیر برای پایان دادن به بی خانمانی شتاب گرفته اند. این کوشش ها ترکیب رویکرد «پیشگیرانه» به بی خانمانی (بستن در جلو) با رویکرد ترمیمی (گشودن در پشتی) برای خروج از بی خانمانی را توصیه می کنند زیرا رهایی از وضعیت بی خانمانی در گروهی دو اقدام مهم و ضروری در دو سطح مختلف است، سطح اول ناظر بر پیشگیری و جلوگیری از افزایش بی خانمان هاست و سطح دوم نیز بر تقویت فرایندهای حمایتی و ترمیمی تأکید دارد که از طریق اصلاح چرخه های حمایتی پایدار، افراد تحت پوشش، ضمن باز توانی به جامعه باز گردند.

در این راستا، مرور تجارب جهانی در مبارزه با مسئله بی خانمانی نشان می دهد که به طور کلی دو مدل پلکانی و مسیر برای مواجهه با بی خانمانی وجود دارد. مدل پلکانی، اولین مدل مواجهه با بی خانمانی است. در مقابل مدل مسیر مربوط به سال های اخیر بوده و به دلیل ضعف و نبود موفقیت مدل پلکانی ایجاد شده است. این دو مدل دارای مبانی متفاوتی در مورد موضوع بی خانمانی هستند.

در مدل پلکانی علل بی خانمانی بیشتر به ویژگی های فردی و در واقع ضعف شخصیتی ربط داده می شود، به همین دلیل در این رویکرد تلاش می شود که ضعف ها و مشکلات فردی و شخصیتی افراد بی خانمان رفع شود و آنها مورد باز پروری و باز توانی قرار گیرند. در حالی که مدل مسیر

1. Staircase Model
2. Pathways Model



بیشتر بر علل ساختاری که زمینه را برای بی‌خانمانی مهیا می‌کنند، تأکید دارد.

با وجود اینکه سال‌ها دیدگاه‌های فردی، در مورد علل بی‌خانمانی تسلط داشت و بی‌خانمانی را با توجه به ویژگی‌های فردی مثل مصرف مواد، ویژگی‌های شخصیتی، ناتوانی ذهنی و سایر مشکلات اجتماعی تبیین می‌کرد؛ اما به دلیل ضعف‌های وجودی این رویکرد، بازیگران این صحنه، به این نتیجه رسیده‌اند که رویکرد جدیدی برای مقابله با بی‌خانمانی لازم است. زیرا بر اساس این دیدگاه، اگر مشکلات فردی از بین بروند، معضل بی‌خانمانی هم حل می‌شود. امروزه این دیدگاه تا حد زیادی تغییر کرده و جای خود را به دیدگاهی داده که علل ساختاری مانند بازار مسکن و سایر عوامل ساختاری که موجب محرومیت از مسکن می‌شود، مانند بیکاری و تبعیض را مدنظر قرار می‌دهد. این دیدگاه با جدا کردن فرایند درمان از مسکن، باعث توجه به علل ساختاری می‌شود. بر این اساس مشخص می‌شود که بی‌خانمان شدن، فراتر از علل فردی است [۱۱].

بنابراین در رویکرد ساختاری که مبنای مدل مسیر است این فرض وجود دارد: مشکلات شخصی مانند بیماری‌های روانی یا از دست دادن شغل، می‌تواند احتمال بی‌خانمانی را افزایش دهد، اما این امر نمی‌تواند شمار افرادی را که هر ساله وارد چرخه بی‌خانمانی می‌شوند را تبیین کند. عوامل ساختاری مانند روند بازار مسکن، سطح فعلی هزینه‌های مسکن، مشاغل با دستمزد کم و رکود اقتصادی، باعث می‌شود افراد فقیر خانه‌های خود را از دست بدهند. تبعیض قومی و نژادی و طبقاتی در دسترسی به مسکن، نبود فرصت شغلی برای افرادی با تحصیلات پایین، کمبود حمایت‌های نهادی برای افراد با بیماری روانی شدید و همچنین کاهش زمان بستری در بیمارستان، باعث بی‌خانمانی می‌شود. اگر گزینه‌های مسکن ارزان‌قیمت یا فرصت شغلی برای کسب درآمد وجود داشت، افراد کمتری با بی‌خانمانی مواجه می‌شدند [۱۲].

همان‌طور که گفته شد «مدل پلکانی» با رویکرد فردی و «مدل مسیر یا اولویت‌دهی به مسکن» با رویکرد ساختاری به مسئله بی‌خانمانی می‌پردازد. در این بخش فرایندهای درمانی و مواجهه عملی هر کدام از مدل‌ها با مسئله بی‌خانمانی، مورد بحث قرار می‌گیرد. در مدل پلکانی از مسکن دائمی با پشتیبانی از افراد بی‌خانمانی که مراحل را برای درمان طی کرده بودند، استفاده می‌شد. هر مرحله مانند «پله» فرد را برای مرحله بعد و در نهایت زندگی مستقل در خانه خودش آماده می‌کرد. در واقع زمانی که همه مراحل درمانی کامل می‌شد، افراد بی‌خانمان برای اسکان آماده بودند زیرا برای مستقل زندگی کردن آموزش‌های لازم را دریافت کرده بودند. این نوع خدمات گاهی «پلکانی» یا «تردبانی» یا «رویکرد تحت نظارت درمان» نامیده می‌شود. رویکرد پلکانی و فرهنگ آماده‌سازی برای مسکن، در اصل از بیمارستان‌های روانی آمریکای شمالی گرفته شده بود که به بیماران روانی شدید که از عملکرد عادی روزانه خود عاجز بودند، خدمات شبانه‌روزی ارائه می‌دادند. در دهه ۱۹۸۰ متخصصان بهداشت روان آمریکای شمالی سؤالات جدی را درباره اثربخشی این سبک از خدمات در مورد بیماران روانی مطرح کردند [۱۳]. رویکرد پلکانی برای افراد بی‌خانمان سه هدف را دنبال می‌کرد:

۱. آموزش افراد برای زندگی مستقل در خانه‌های خود پس از ترک خیابان یا بیمارستان.
۲. اطمینان از پیشرفت مداوم در بهبود فردی که خدمات درمانی را دریافت کرده است.
۳. اطمینان از اینکه افراد بی‌خانمان، دیگر درگیر رفتارهای پرخطری (مانند استفاده از الکل و مواد) که سلامتی و ثبات مسکن آنها را تهدید می‌کند، نمی‌شوند.

به تدریج در دهه ۱۹۹۰ مشخص شد که خدمات پلکانی برای افرادی با مشکلات روان‌شناختی، به‌ویژه آن‌هایی که هم‌زمان اعتیاد هم دارند، چندان کارایی ندارد [۱۳]، [۱۴]. چند دلیل اصلی برای این مشکل وجود داشت:

۱. کاربران خدمات، بین مراحل پلکانی متوقف می‌شدند، زیرا همیشه نمی‌توانستند همه وظایف ضروری بین مراحل را برای گذر به مرحله بعد، انجام دهند.
۲. کاربران خدمات اغلب به خاطر قوانین سخت‌گیرانه مانند پرهیز از مصرف مواد و الکل، به‌طور موقت یا دائم از فرایند درمان اخراج می‌شدند.
۳. این نگرانی در مورد خدمات پلکانی وجود داشت که آیا این خدمات، استانداردهای غیرقابل دستیابی را برای افرادی که از آن استفاده می‌کنند، وضع نمی‌کند؟ در این رویکرد از افراد انتظار می‌رفت که رویکرد صحیح‌تری را نسبت به سایرین داشته باشند. در واقع از آنها خواسته می‌شد یک شهروند «عالی» باشند نه یک شهروند «معمولی».
۴. نگرانی دیگر در مورد اصول اخلاقی درمان پلکانی بود که افراد بی‌خانمان را افرادی می‌دانست که دارای نقص شخصیتی بوده و بی‌خانمانی

آنها معلول همین ویژگی است.

۵. هزینه خدمات پلکانی اغلب زیاد ولی اثربخشی آن محدود بود.

به همین دلیل خدمات مسکن حمایتی در آمریکای شمالی،^۱ به تدریج رویکرد متفاوتی را نسبت به رویکرد پلکانی در پیش گرفت. به طوری که افراد بی‌خانمان از قبیل بیماران روانی به شکل فوری، خانه‌هایی در مناطق معمولی دریافت می‌کردند و از سمت گروه پشتیبانی سیار حمایت می‌شدند. در این چارچوب، برای افراد قدرت انتخاب و کنترل بالایی وجود داشت، حمایت‌ها تا زمانی که لازم بود ارائه می‌شد. همچنین به بیماران روانی اختیار داده می‌شد که چگونه زندگی کردن را انتخاب کنند. ضمن اینکه برای تغییرات مثبت و دریافت کمک در صورت خواست خودشان، تشویق می‌شدند [۱۱]. در این رویکرد در مقایسه با مدل پلکانی که مسکن در مرحله آخر قرار داشت، در گام اول مسکن در اختیار افراد قرار می‌گیرد. «اولویت‌دهی به مسکن» دسترسی سریع به سرپناه را با خدمات حمایتی سیار که افراد را در خانه‌های خودشان ویزیت می‌کند، ترکیب کرده است. در این رویکرد، اجباری به ترک الکل یا مواد مخدر در ازای مسکن وجود ندارد. در صورت ادامه استفاده از الکل یا مواد مخدر و همچنین امتناع از ادامه درمان، افراد از خانه اخراج نمی‌شوند. «اولویت‌دهی به مسکن» به افراد کمک می‌کند، ابتدا جایی برای زندگی داشته باشند، بعد در صورت نیاز و تمایل، حمایت و درمان دریافت کنند [۱۱]. در حالی که مدل‌های زنجیره‌ای یا پلکانی از افراد می‌خواهد تا قبل از داشتن خانه مستقل، تعهد خود را نسبت به رفع مشکلات فردی‌شان نشان دهند. در کشورهای موفق در مبارزه با بی‌خانمانی تغییراتی که افراد باید در خودشان ایجاد کنند، مستلزم تمرکز بر عزت‌نفس و تبعیت کامل از برنامه‌های بهداشت روانی است. سهین^۱ (۲۰۰۵) رویکرد مراقبت مداوم را به پله تشبیه می‌کند، که مسکن دائمی پاداشی است که افراد بی‌خانمان باید به دست آورند. در این رویکرد افراد بی‌خانمان بدون خودتنظیمی رفتاری، نمی‌توانند اسکان خود را تضمین کنند. این مدل برای تقویت آمادگی مسکن ارائه شده است. در این راستا، رویکرد مراقبت مداوم به «فرد» به عنوان مشکل اصلی تأکید دارد. مسکن یک کارکرد ثانویه و نتیجه تغییر رفتار فردی است. تداوم مدل مراقبت مستلزم این فرضیه است که زندگی مستقل نیاز به حمایت کم یا هیچ حمایتی ندارد. با این حال خروج از بی‌خانمانی و گرفتن مسکن مستقل، می‌تواند مهم‌ترین فشار برای مصرف‌کنندگان باشد؛ زیرا طی کردن مدل مراقبت مداوم، معمولاً با کاهش پشتیبانی همراه است؛ بنابراین به طور متناقض پشتیبانی در یکی از مهم‌ترین معضلات (انتقال به زندگی مستقل) به صورت حداقلی در دسترس است [۱۵].

۴-۱. رویکرد اولویت‌دهی به مسکن

مدل پتوی در آمریکا، منشأ ایده «اولویت‌دهی به مسکن» شد. طرح «اولویت‌دهی به مسکن» برای اولین بار توسط سام سمبردیس در مرکز مسیری به اسکان^۲ در نیویورک و در اوایل دهه ۱۹۹۰ ارائه شد. «اولویت‌دهی به مسکن» در اصل برای کمک به افرادی که بیماری روانی داشتند و در خیابان زندگی می‌کردند و همچنین افرادی که تجربه بستری شدن مکرر در بیمارستان روانی را داشتند، ایجاد شد [۱۱]. به تدریج گروه هدف «اولویت‌دهی به مسکن» گسترش یافت و افرادی را که برای مدت طولانی در پناهگاه‌های بی‌خانمانی زندگی می‌کردند و یا در شرایط احتمال بی‌خانمانی قرار داشتند و یا به تازگی از بیمارستان روانی مرخص شده و یا از زندان آزاد شده بودند را نیز در بر گرفت. «اولویت‌دهی به مسکن» با تغییراتی در خدمات حمایتی؛ اکنون برای افراد جوان و خانواده‌های بی‌خانمان نیز در آمریکای شمالی، استفاده می‌شود. «اولویت‌دهی به مسکن» با دیگر اشکال خدمات بی‌خانمانی تفاوت دارد، زیرا فوراً برای افراد بی‌خانمان، مسکن امن و مستقل فراهم می‌کند. «اولویت‌دهی به مسکن»، خانه را به عنوان نقطه شروع خدمات در نظر می‌گیرد نه هدف پایانی آن. فراهم کردن خانه برای افراد بی‌خانمان، اقدامی است که باید قبل از سایر خدمات انجام شود؛ بنابراین «اولویت‌دهی به مسکن» قبل از هر چیزی به افراد مسکن می‌دهد. این رویکرد مسکن را از خدمات پشتیبانی و درمانی جدا می‌کند. این «جدایی» به معنای آن است که به افراد بی‌خانمان مسکن داده می‌شود، و این افراد می‌توانند در خانه‌های امن ارائه شده توسط «اولویت‌دهی به مسکن» باقی بمانند. «اولویت‌دهی به مسکن» از رویکرد «کاهش آسیب» استفاده می‌کند، یعنی تلاش دارد مشکلات سلامت روان را ثابت نگه داشته و یا کاهش دهد. همچنین خدمات اولویت‌دهی به مسکن «جهت‌گیری بهبودی» دارد که

1. Sahin

2. Pathways to Housing



هدف آن تشویق افراد بی‌خانمان به دوری از رفتارهایی است که به آنها آسیب می‌رساند. همان‌طور که گفته شد «اولویت‌دهی به مسکن» ابتدا توسط سازمان پتوی در نیویورک شکل گرفت. از زمانی که خدمات اولویت‌دهی به مسکن پتوی برای نخستین بار ایجاد شد، اشکال متفاوتی از آن در ایالات متحده و برخی از کشورهای عضو اتحادیه اروپا از جمله دانمارک، فنلاند، ایرلند، فرانسه، مجارستان، هلند، پرتغال، اتریش و انگلیس ایجاد شده است [۱۶].

شواهد نشان می‌دهد که رویکرد ساختاری با ایده اولویت‌دهی به مسکن توانسته با پایان دادن به بی‌خانمانی در بین افرادی که نیازهای حمایتی بسیار بالایی دارند، به‌طور بالقوه در هزینه‌های سایر خدمات مانند خدمات روان‌پزشکی، خدمات فوریت‌های پزشکی و سیستم دادرسی کیفی صرفه‌جویی کند. این امر به این دلیل است که افراد بی‌خانمان با نیازهای پشتیبانی بسیار بالا، به دلیل دریافت حمایت مناسب، هر چند وقت یک‌بار با بی‌خانمانی و استفاده مکرر از خدمات، مواجه نشده‌اند و توانسته‌اند به‌طور کلی استفاده از خدمات را متوقف کنند. باصول کلی اولویت‌دهی به مسکن [۱۶] به قرار زیر است:

۱. **حق داشتن مسکن:** اولویت‌دهی به مسکن، مسکن را یک حق برای افراد می‌داند. به همین دلیل به جای اینکه افراد مجبور باشند مراحل را برای دسترسی به مسکن طی کنند، در وهله اول، مسکن دریافت می‌کنند.

۲. **اصل احترام، شفقت و دلسوزی در مواجهه با افراد بی‌خانمان:** اولویت‌دهی به مسکن تأکید ویژه‌ای بر احترام و شفقت نسبت به افراد بی‌خانمانی دارد که از خدمات آن استفاده می‌کنند. این فلسفه با رویکرد پلکانی که افراد بی‌خانمان را قضاوت کرده و آنها را دارای ضعف شخصیتی می‌داند، متفاوت است.

۳. **حمایت قابل انعطاف برای افراد تا زمان مورد نیاز:** در مدل اولویت‌دهی به مسکن، افراد تا زمانی که نیاز داشته باشند و لازم باشد مورد حمایت قرار می‌گیرند؛ بنابراین ممکن است برخی از حمایت‌ها کاهش یابد و یا اینکه قطع شود، زیرا فرد خودش توانسته با مشکل مواجه شود و یا اینکه به‌طور کامل مستقل شود.

۴. **حق انتخاب و کنترل برای استفاده‌کنندگان از خدمات:** در این رویکرد افراد برای استفاده از فرایندهای درمانی اختیار و کنترل دارند. همچنین در مورد اینکه بین مسکن‌های پیشنهادی احتمالی کدام را برگزینند و اینکه چگونه زندگی کنند نیز اختیار دارند.

۵. **جدایی مسکن از درمان:** جدایی مسکن از درمان به این معناست که کسی که از خدمات اولویت‌دهی به مسکن استفاده می‌کند، مجبور نیست که فرایندهای درمانی مربوط به درمان بیماری‌های روانی و یا ترک الکل و مواد مخدر را طی کند؛ بنابراین اجازه اقامت در مسکن منوط به پذیرش درمان نیست.

۶. **جهت‌گیری بهبودی:** جهت‌گیری بهبودی به تشویق افراد برای استفاده از خدمات اولویت‌دهی به مسکن، اشاره دارد. البته این مورد با داشتن حق اختیار و کنترل در درمان، تناقضی ندارد. این رویکرد برای تشویق هر چه بیشتر افراد و تقویت اعتماد به نفس آنها برای خارج شدن کامل از بی‌خانمانی طراحی شده است.

۷. **اتخاذ رویکرد کاهش آسیب:** این رویکرد به معنی کم کردن آسیب‌های سنگین استفاده از مواد مخدر و الکل است که مستلزم ترک کامل هم نیست. همچنین تلاش دارد مضرات بیماری‌های روانی را به حداقل برساند.

علی‌رغم اینکه اولویت‌دهی به مسکن نخستین بار از مدل پتوی استخراج شد، بعد از آن مسیرهای مختلفی را طی کرد؛ اما مدل پتوی به سه دلیل همچنان مرجع مهمی است: ۱. این مدل اصلی‌ترین و مسلماً شناخته‌شده‌ترین مدل اولویت‌دهی به مسکن است. ۲. این مدل، مهم‌ترین مدل آزمون شده اولویت‌دهی به مسکن است. ۳. در یک بررسی مروری بر روی ۳۸ مطالعه در خصوص مسکن‌های حمایتی، مدل پتوی به وضوح بالاترین امتیاز را کسب کرده است [۱۷].

شکل زیر تفاوت «رویکرد پلکانی» با «اولویت‌دهی به مسکن» را نشان می‌دهد.

شکل ۳. تفاوت رویکرد پلکانی با اولویت دهی به مسکن [۱۷]



در زیر مجموعه رویکرد «اولویت دهی به مسکن»، سه نوع خدمات یا سه نوع اولویت دهی به مسکن را می توان شناسایی کرد: «اولویت دهی به مسکن پتوی»، «اولویت دهی به مسکن اشتراکی»^۱، «خدمات حداقلی اولویت دهی به مسکن»، که در ادامه ویژگی های هر یک ارائه می شود:

۴-۲ اولویت دهی به مسکن پتوی

همان طور که در بالا هم ذکر شد مدل پتوی (PHF) در مواجهه با مشکلات مدل پلکانی ایجاد شد. مدل پلکانی سال های زیادی در آمریکا و کشورهای اروپایی برای مواجهه با بی خانمانی استفاده می شد، با این حال این مدل نتوانسته بود به بی خانمانی های طولانی مدت پایان دهد. مدل PHF بر روی افراد بی خانمان که به بیماری روانی شدید، رفتارهای آسیب زاء، جرم های کوچک، استفاده از مواد مخدر و الکل، بیکاری های دوره ای یا ثابت، زندگی در پناهگاه های بی خانمان ها و خیابان مبتلا هستند؛ کار می کند. این رویکرد خدمات روان پزشکی مواد مخدر و الکل، کار اجتماعی پزشکی و غیره را مستقیماً ارائه می دهد. گروه پشتیبانی در این مدل، امکان ارائه خدمات را به صورت سیار دارد و افراد استفاده کننده از خدمات را در خانه ها یا دیگر مکان های توافق شده، مورد درمان و پشتیبانی قرار می دهد. خدمات PHF انتخاب قابل توجه و قابل کنترلی را برای افراد بی خانمان از طریق دنبال کردن مدل کاهش آسیب قائل می شود؛ به این صورت که به آنها اجازه می دهد به نوشیدن الکل و استفاده از مواد مخدر ادامه دهند و اجباری برای ترک ندارد. افراد بی خانمان می توانند از خدمات درمانی که توسط PHF ارائه می شود استفاده نکنند و در عین حال در خانه هایی که توسط PHF فراهم شده باقی بمانند. این رویکرد «جدایی» مسکن از پشتیبانی و درمان نامیده می شود. [۱۶]

۴-۳ اولویت دهی به مسکن اشتراکی^۲

با گسترش نفوذ پتوی در آمریکا، بعضی از سازمان های مردم نهاد، برخی از عناصر بنیادین پتوی را اتخاذ کرده و در مدل خدماتی پلکانی به کار بردند. در این مدل، ساختار فیزیکی خدمات پلکانی باقی می ماند ولی در مسیری که فرد خدمات را دریافت می کند، تغییراتی ایجاد می شود؛ بنابراین اولویت دهی به مسکن اشتراکی، حاصل به کار بردن اصول اولویت دهی به مسکن پتوی در ارائه خدمات اشتراکی به بی خانمان ها است. این رویکرد نیز مانند پتوی، انتخاب و کنترل قابل ملاحظه ای را برای دریافت کنندگان خدمات در نظر می گیرد؛ مانند انتخاب در دریافت نوع خدمات، یا انتخاب در ادامه با ترک مصرف الکل و مواد مخدر. اولویت دهی به مسکن اشتراکی اتاق های تک نفره را به صورت دائمی یا موقت برای

1. Pathways Housing First (PHF)
2. Communal Housing First (CHF)



افراد بی‌خانمان فراهم می‌کند و هیچ‌انتظاری از آنان برای ادامه برنامه‌های «آمادگی برای مسکن» که در رویکرد پلکانی ارائه می‌شود، وجود ندارد. در این مدل افراد بی‌خانمان و تیم درمان و پشتیبانی همه با هم در یک ساختمان یا یک محل هستند. در کل باید گفت برخی از خدمات اولویت‌دهی به مسکن اشتراکی به‌عنوان نوعی خدمت جدید طراحی شده و برخی از خدمات نیز از مدل پلکانی الگوبرداری و البته منطبق‌سازی شده است [۱۶].

۴-۴. خدمات حداقلی اولویت‌دهی به مسکن^۱

خدمات بی‌خانمانی حداقلی هم در ایالات متحده و هم در اروپا وجود دارد که از گروه پشتیبانی بسیار برای حمایت از افراد بی‌خانمان موجود یا بالقوه بی‌خانمانی، استفاده می‌کند. فلسفه این خدمات شبیه فلسفه پتوی است. این رویکرد مسکن فوری برای افراد بی‌خانمان فراهم کرده و آنها را در خانه‌های خودشان، با حداقل خدمات بی‌خانمانی و به‌صورت سیار، پشتیبانی می‌کند. در انگلیس این خدمات حداقلی برای باز اسکان افرادی که قبلاً ساکنین طولانی‌مدت خوابگاه‌های بی‌خانمانی بودند، استفاده می‌شود. این خدمات سپس توسط ارائه‌دهندگان مسکن اجتماعی برای حل مشکلات مدیریت اسکان مانند عقب افتادن اجاره‌ها، رفتارهای ناراحت‌کننده و رها کردن مسکن توسط بی‌خانمان‌ها، استفاده شد. سپس خدمات اسکان اضطراری افراد بی‌خانمان را با دسترسی فوری به مسکن با حداقل خدمات، جایگزین کرد. سرانجام این خدمات فراتر از مسکن اجتماعی توسعه یافت و با استفاده از خانه‌های اجاره‌ای خصوصی یا عمومی به یکی از مهم‌ترین اشکال خدمات بی‌خانمانی در انگلیس تبدیل شد. HFL به‌عنوان جایگزینی برای خدمات پلکانی که در پایان دادن به بی‌خانمانی با شکست مواجه شده‌اند، استفاده می‌شود. از دیگر فعالیت‌های این رویکرد تلاش برای جلوگیری از بی‌خانمان شدن افرادی است که هرگز بی‌خانمان نبوده‌ولی در معرض ریسک بی‌خانمانی قرار دارند. برای این منظور خدمات حمایتی سطح پایینی برای کمک به ارتقا ثبات مسکن ارائه می‌شود؛ مانند دو مدل قبلی، HFL انتخاب قابل توجه و قابل‌کنترلی به افراد بی‌خانمان به‌عنوان پیگیری بخشی از مدل کاهش آسیب ارائه می‌دهد. اگر افراد بی‌خانمان نخواهند از خدمات پزشکی و پشتیبانی استفاده کنند، یا ادامه استفاده از الکل و استفاده از مواد مخدر را انتخاب کنند، مسکن آنها در معرض تهدید قرار نمی‌گیرد [۱۶]. در ادامه خلاصه تفاوت خدمات اولویت‌دهی به مسکن پتوی، اولویت‌دهی به مسکن اشتراکی و خدمات حداقلی اولویت‌دهی به مسکن در جدول زیر ذکر شده است.

جدول ۵. تفاوت خدمات بین اولویت‌دهی به مسکن پتوی، اولویت‌دهی به مسکن اشتراکی و خدمات حداقلی اولویت‌دهی به مسکن [۱۶]

خدمات ارائه شده	اولویت‌دهی به مسکن پتوی	اولویت‌دهی به مسکن اشتراکی	خدمات حداقلی اولویت‌دهی به مسکن
ارائه مسکن اجتماعی در اسرع وقت و در بخش اجاره‌ای خصوصی	بله	خیر	بله
ارائه مسکن عمومی (اتاق‌های یک‌نفره یا آپارتمانی) با امنیت تصدی مسکن	خیر	بله	خیر
اجبار افراد بی‌خانمان به ترک استفاده از مواد	خیر	خیر	خیر
اجبار افراد بی‌خانمان به ترک استفاده از الکل	خیر	خیر	خیر
اجبار افراد بی‌خانمان به استفاده از خدمات سلامتی بهداشتی	خیر	خیر	خیر
اتخاذ رویکرد کاهش آسیب	بله	بله	بله
استفاده از گروه‌های سیار برای ارائه خدمات	بله	خیر	بله
ارائه مستقیم خدمات دارویی و الکی	بله	بله	خیر
ارائه مستقیم خدمات پزشکی و روان‌پزشکی	بله	بله	خیر
استفاده از کارگزاری خدمات برای تأمین منابع مالی	بله	بله	بله
پشتیبانی برای ارتقای مسکن ثابت	بله	خیر	بله

1. Housing First 'Light' Services (HFL)

همان‌گونه که از نظر گذشت «اولویت‌دهی به مسکن» به‌عنوان یک راه‌حل دائمی شناخته شده برای افراد بی‌سرنانه با نیازهای پیچیده که برای مدت طولانی از خدمات مسکن اضطراری استفاده کرده‌اند، شناخته شده است. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که خدمات اولویت‌دهی به مسکن به‌عنوان جزئی از استراتژی‌های مبارزه با بی‌خانمانی، واقعاً مؤثر بوده است. شواهد اثربخشی طرح اولویت‌دهی به مسکن، از سایر مداخلات مربوط به افراد بی‌خانمان قوی‌تر است. اولویت‌دهی به مسکن تحول مثبتی را برای افرادی که نیازهایشان توسط سایر خدمات مربوط به بی‌خانمانی، برطرف نشده است، ایجاد کرده است. در حالی که انعطاف‌پذیری این رویکرد برای انطباق با شرایط محلی مورد نیاز است، وفاداری به اصول اصلی آن نیز ضروری است. شواهد بین‌المللی قوی در مورد اثربخشی این طرح وجود دارد. این طرح در شهرهایی از قبیل آمستردام، کپنهاگ، گلاسگو، هلسینکی، لیسبون، لندن، پاریس، وین، نیویورک و ونکوور و همچنین در مناطق روستایی در سراسر کانادا انجام شده است [۱۷].

در اواخر دهه ۱۹۹۰ تحقیقات اجتماعی آمریکا که توسط دنیس کالان و همکاران انجام شد، نشان داد که گروه کوچکی از افراد بی‌خانمان با نیازهای بسیار زیاد وجود دارند که مدت طولانی و مکرر از خدمات بی‌خانمانی استفاده کرده‌اند، اما هنوز بی‌خانمانی آنها برطرف نشده است. خدمات پلکانی هم نتوانسته به بی‌خانمانی آنها پایان دهد. در مقابل تحقیقات نشان داد که «اولویت‌دهی به مسکن» در نیویورک، در پایان دادن به بی‌خانمانی‌های طولانی‌مدت، نسبت به رویکرد پلکانی، موفق‌تر بوده است. نکته مهم، توجه به پرونده اقتصادی «اولویت‌دهی به مسکن» است. تمرکز بر هزینه‌های بالای بستری شدن مکرر و طولانی‌مدت، استفاده طولانی از فوریتهای پزشکی، تماس مداوم با خدمات بهداشت روان و سیستم عدالت کیفری، نشان می‌دهد که برنامه‌های رویکرد پلکانی مقرون‌به‌صرفه نیست. در مقابل تحقیقات نشان داد که «اولویت‌دهی به مسکن» به‌طور بالقوه سطح هزینه پایین‌تری را ایجاد می‌کند. به‌طور مقایسه‌ای، اولویت‌دهی به مسکن هزینه قابل توجه کمتری نسبت به سایر خدمات دارد. آمار و ارقام مرکز «مسیری به سوی اسکان» نشان می‌دهد هزینه این رویکرد در سال ۲۰۱۲، ۵۷ دلار به‌ازای هر شب در مقایسه با هزینه ۷۷ دلاری برای یک‌شب اقامت پناهگاه^۱ است.

بخش عمده‌ای از شواهد در مورد «اولویت‌دهی به مسکن»، نمونه‌های آمریکایی است که منشأ این طرح بوده است. همچنین شواهدی از اروپا و به‌ویژه از فنلاند نیز وجود دارد. اتحادیه اروپا و فرانسه در مقیاس بزرگ مدل «اولویت‌دهی به مسکن» را آزمون کردند. برای مثال «اول خانه اروپایی» یک پروژه آزمایش اجتماعی در چارچوب پیشرفت برنامه کمیسیون اروپا بود. این برنامه، بر روی ۱۰ پروژه اولویت‌دهی به مسکن در شهرهای اروپایی انجام شد. فرانسه نیز آزمایشی اجتماعی با نام «اول خانه» برای آزمون اثربخشی خدمات اولویت‌دهی به مسکن برای افراد بی‌خانمان با بیماری روانی انجام داد. شواهد بسیار قوی در ایالات متحده وجود دارد که نشان می‌دهد خدمات PHF توانسته مسکن پایدار را به افراد بی‌خانمان مزمن با نیازهای حمایتی بالا و تاریخ طولانی بی‌خانمانی فراهم کند. شواهد محدودتری درباره خدمات CHF و HFL در موفقیت در تأمین مسکن پایدار برای بی‌خانمان‌ها و دنبال کردن رویکرد کاهش آسیب وجود دارد. همچنین PHF موفقیت بیشتری را در فراهم کردن ثبات مسکن برای افراد «بی‌خانمان مزمن» نسبت به «خدمات پلکانی» نشان داده است. «خدمات پلکانی» مستلزم این است که افراد بی‌خانمان از یک سری «مراحل» قبل از دسترسی به خانه عبور کنند؛ که این اغلب مستلزم خودداری از مصرف الکل و مواد مخدر است. شواهد محکمی مبنی بر فقدان موفقیت رویکرد «پلکانی» در فراهم کردن مسکن پایدار برای افراد بی‌خانمان وجود دارد [۱۶].

در یک مطالعه چهارساله در ایالات متحده که در آن ۲۵۵ بی‌خانمان شرکت داشتند، نرخ تمایل به ماندگاری در برنامه «اولویت‌دهی به مسکن» ۷۵ درصد بود، در حالی که نرخ مشارکت در برنامه‌های درمانی ۵۰ درصد بود [۱۸]. اولویت‌دهی به مسکن به‌عنوان بخشی از استراتژی‌های ملی مقابله با بی‌خانمانی همچنین در کانادا، فرانسه، نروژ، دانمارک و فنلاند نیز به رسمیت شناخته شده است. در کانادا «اول خانه» یک پروژه پنج ساله (۲۰۰۹-۲۰۱۳) بود که بر روی افرادی با بیماری روانی که تجربه بی‌خانمانی و همچنین استفاده از اولویت‌دهی به مسکن را داشتند، انجام شد. در این طرح خانه‌های با امکانات معمولی در پنج شهر ونکوور، وینیپگ، تورنتو، مونترال و مونکتون، ایجاد شد. این طرح یک پروژه بزرگ بالغ بر ۱۱۰ میلیون دلار سرمایه‌گذاری بود. بیش از ۱۰۰۰ فرد بی‌خانمان به این خانه‌ها منتقل شدند. بودجه طرح توسط کمیسیون بهداشت

1. <https://pathwaystohousing.org/housing-first-model>



روان و وزارت بهداشت و درمان کانادا، تأمین شد. در این پروژه از یک گروه کنترل تصادفی دو هزار نفری از افرادی خانمان که در پنج شهر ذکر شده و در طی دو سال زندگی می‌کردند نیز استفاده شد. نتایج نشان داد که اولویت‌دهی به مسکن نسبت به سایر رویکردها، در دستیابی به نتایج پایداری مسکن و بهبود کیفیت زندگی، موفق‌تر بوده است [۱۷].

فرانسه نیز یکی از بزرگ‌ترین اقدامات را در خصوص اولویت‌دهی به مسکن در سال ۲۰۱۶-۲۰۱۱ در چهار شهر لیل، پاریس، تولوز و ماریسی انجام داد. این طرح به صورت ملی و توسط DIHAL^۱ انجام شد. مدل اولویت‌دهی به مسکن در فرانسه بسیار شبیه مدل پتوی در آمریکا بود. در این مطالعه ۷۰۳ بی‌خانمان شرکت داشتند. ۳۵۳ نفر در گروه مطالعاتی اولویت‌دهی به مسکن و ۳۵۰ نفر نیز به عنوان گروه کنترل بودند که از خدمات سنتی بی‌خانمانی استفاده می‌کردند. شرکت کنندگان به طور متوسط ۸٫۵ سال بی‌خانمان بودند، ۷۹ درصد آنها اعتیاد داشته و ۱۰۰ درصد آنها به بیماری‌های روانی مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، مبتلا بودند. بعد از گذشت ۲ سال از مطالعه، ۸۵ درصد آنها هنوز در خانه‌های اولویت‌دهی به مسکن بودند. مدت اقامت در بیمارستان نیز ۵۰ درصد کاهش یافته بود [۱۷].

فنلاند نیز نتایج مثبتی را از اولویت‌دهی به مسکن تجربه کرده است. در سال ۲۰۰۸ استراتژی‌های بی‌خانمانی ملی بر پایه مدل اولویت‌دهی به مسکن، به عنوان یک رویکرد یکپارچه بین دولت، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، بنیان گذاشته شد. ساخت و خرید مسکن یکی از اهداف برنامه‌های ملی فنلاند برای کاهش بی‌خانمانی طولانی مدت بود. جنبه اصلی برنامه، تبدیل گسترده پناهگاه‌ها و خوابگاه‌ها به مسکن‌های حمایتی بود. برای مثال آخرین خوابگاه بزرگ برای افراد بی‌خانمان در هلسینکی که شامل فضایی برای ۲۵۰ تخت بود، به هشتاد مسکن مستقل تبدیل شد. همچنین خدمات پشتیبانی در محل برای پاسخ‌گویی به نیازهای افراد، طراحی شد. با این طرح بخش قابل توجهی از بی‌خانمانی‌های طولانی مدت از بین رفت. اکنون سیاست ملی متمرکز بر پیشگیری از بی‌خانمانی توسط دولت از ۲۰۱۶ آغاز شده است [۱۷].

اولین پروژه اولویت‌دهی به مسکن در ایرلند و در شهر دوبلین در طول سه سال (۲۰۱۱-۲۰۱۴) با همکاری بین دولت و چهار آژانس داوطلب^۲ که مجری خدمات بی‌خانمانی در دوبلین بودند، انجام شد. این پروژه بر روی ۳۰ کارتن‌خواب و براساس مدل پتوی در نیویورک صورت گرفت. در این طرح، افراد با حقوقی شبیه حقوق مستأجرین خصوصی، صاحب‌خانه می‌شدند. پروژه آزمایشی به عنوان بخشی از ارزیابی گسترده در اروپا انجام شد که هدف آن بررسی این امر بود که مدل اولویت‌دهی به مسکن چگونه می‌تواند در زمینه اروپایی مورداستفاده قرار گیرد. این آزمایش شامل پنج سایت آزمایشی (آمستردام، بوداپست، کپنهاگ، گلاسکو و لیسبون) و پنج سایت هم‌تا (دوبلین، جنت، گوتنبرگ، هلسینکی و وین) بود. ارزیابی پروژه نشان داد که کاربران اولویت‌دهی به مسکن، سطح قابل توجه و بزرگ‌تری از ثبات در مسکن، نسبت به گروه هم‌تایی که از خدمات قبلی بی‌خانمانی استفاده می‌کردند، نشان دادند. درصد موفقیت طرح اولویت‌دهی به مسکن در ثبات اسکان بین ۸۰ تا ۸۵ درصد بود، در حالی که این رقم برای کسانی که از مدل پلکانی یا مراقبت مداوم استفاده می‌کردند، ۵۰ درصد بود. پروژه اولویت‌دهی به مسکن در دوبلین به افراد بی‌خانمانی که سال‌های زیادی کارتن‌خواب بودند یا در پناهگاه و خوابگاه نگهداری می‌شدند، پایان داد. همچنین مشارکت کنندگان در این طرح سطح بالاتری از سلامت جسمی و روحی و ادغام اجتماعی را نشان دادند. موفقیت چشم‌گیر این پروژه منجر به ایجاد جریان اصلی خدمات اولویت‌دهی به مسکن در ۲۰۱۴ در دوبلین شد [۱۷]. در ادامه مدل پتوی در آمریکا و همچنین دو مدل اولویت‌دهی به مسکن در فنلاند و ایرلند با تفصیل بیشتری معرفی می‌شود.

۴-۵. مدل پتوی در آمریکا

در ابتدا رایج‌ترین مدل مورد استفاده در ایالات متحده، مدل درمان مداوم و خطی (CC)^۳ بود که برگرفته از مدل پلکانی است. در این مدل مراجعه‌کننده به تدریج بهبود می‌یابد و برای این منظور باید مراحل را طی کند تا از پناهگاه به مسکن موقت و بعد اقامت دائم، دست یابد. به دست آوردن مسکن دائمی غالباً با مشارکت در درمان همراه است، اما برای فردی با اختلالات پزشکی یا وابسته به مواد، طی کردن این مراحل

1. Délégation Interministérielle à L'hébergement et à l'accès au logement (نمایندگی بین‌وزارتخانه‌ای برای اسکان و دسترسی به مسکن)
2. On Behalf of the Four Dublin Local Authorities), Health Service Executive (HSE), Focus Ireland, Peter McVerry Trust, Dublin Simon Community and Stepping Stone
3. Continuum Care (CC)

آسان نیست. بسیاری از افراد در این زمینه شکست می خورند و دوباره به ورطه بی خانمانی می افتند. بر این اساس اولویت دهی به مسکن پتوی به عنوان جایگزینی برای مدل خطی یا پلکانی ارائه شد. در این مدل، دریافت مسکن به عنوان نقطه شروع در نظر گرفته می شود. در این مدل رویکرد کاهش آسیب اتخاذ شده و به خود تعیین کنندگی مراجعه کننده و اهمیت ارزش ها و نگرش های مشتری توجه می شود. گروه هدف این طرح افرادی هستند که بیماری روانی شدید دارند و یا مدت زیادی بی خانمان بوده اند. مراجعه کنندگان دو تعهد اصلی نیز باید به سازمان پتوی بدهند: ۱. پرداخت اجاره بها (۳۰ درصد درآمد ماهانه)^۱ که به طور خود کار به حساب پتوی می رود. ۲. باز دیدهای هفتگی توسط تیم پشتیبانی. البته در فرایند درمان، اولویت های مشتری محور و انعطاف پذیری در خدمات در سرلوحه کار است. فلسفه کلی در این مدل پشتیبانی این است که به جای اینکه به افراد گفته شود چه کار کنند، به طور مداوم از آنها سؤال شود که تیم پشتیبانی چه کارهایی می تواند برای آنها انجام دهد. باز دیدهای خانگی فرصتی برای تیم پشتیبانی فراهم می کند که اطلاعات و ایده در مورد نوع کمک هایی که مشتریان نیاز دارند، کسب کنند؛ به جای اینکه برنامه درمانی واحد و از پیش تعیین شده ای را برای آنها داشته باشند [۱۱].

افراد به طور متوسط بعد از درخواست به پتوی دو هفته منتظر می مانند. پتوی، مسکن را از بازار اجاره خصوصی، تأمین می کند. با کمک این سازمان، موانع افراد بی خانمان برای دسترسی به اجاره خصوصی کاهش می یابد. پتوی با هدف قرار دادن بی خانمان های مزمن، مواجهات مالی آنها را کاهش می دهد. تشخیص بالینی بیماری روانی، همراه با وضعیت بی خانمانی مزمن، به این معناست که مشتریان پتوی واجد شرایط برای دریافت کوپن مسکن ۸ دولت فدرال هستند. از این کوپن ها برای پرداخت اجاره بها استفاده و به طور خود کار به پتوی منتقل می شود. پرداخت اجاره بها یک فرایند خود کار است و مصرف کنندگان نمی توانند به آن دسترسی داشته باشند. این امر احتمال تأخیر در پرداخت اجاره و ریسک مالی صاحب ملک را هم به حداقل می رساند و فضایی را فراهم می کند که صاحبان ملک، مشتاقانه ملک خود را در اختیار پتوی قرار دهند. همچنین به این معناست که پتوی همیشه بودجه ای برای پرداخت به مالکان دارد [۱۵].

کوپن مسکن هشت، یک یارانه دولتی به افراد کم درآمد برای پرداخت اجاره مسکن در ایالات متحده است. تحت این برنامه افراد کم درآمد، یک واحد برای اسکان در بخش خصوصی یا بخش ویژه مسکن ۸ پیدا می کنند، تفاوت بین اجاره واقعی که توسط صاحب خانه تعیین شده و مبلغی که توسط این کوپن تعیین می شود، باید توسط خود فرد پرداخت شود. پتوی اختیار این امر را دارد که در صورت بروز مشکلات، خدمت گیرندگان را به مکان دیگری منتقل کند. به جای اینکه وقتی افراد با مشکل مواجه می شوند، دوباره به بی خانمانی باز گردند، برنامه های پتوی به طور فعال تلاش می کند تا مشکلات را برطرف کند یا به خدمت گیرندگان، برای دسترسی به مسکن جایگزین کمک کند. پتوی همچنین با بهره گیری ترکیبی از سه استراتژی مدیریت اجاره، اجاره اجباری و اجاره خود کار قادر به حفظ مسکن در مواقعی است که افراد به طور موقت حضور ندارند (برای مثال در بیمارستان یا زندان هستند) [۱۵].

۶-۴. اولویت دهی به مسکن در فنلاند

در فنلاند ۹ سازمان و نهاد درگیر پروژه اولویت دهی به مسکن هستند: وزارت محیط زیست، وزارت امور اجتماعی و بهداشت، وزارت دادگستری، مرکز امور مالی و توسعه مسکن فنلاند (ARA)، اتحادیه ماشین آلات فنلاند (RAY)، مراکز تحریم جرائم، شهرداری ها، سازمان های غیردولتی و دیگر نهاد های ارائه دهنده خدمات و بنیاد Y. برنامه کاهش بی خانمانی های بلندمدت در طول سال های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۱، بر اساس تصمیم دولت فنلاند در ۱۴ فوریه ۲۰۰۸ تنظیم شد. توافق نامه برای اجرای این برنامه، توسط مقامات دولتی و ده شهر شرکت کننده در آن امضا شد و از اول سپتامبر ۲۰۰۸ به مرحله اجرا درآمد [۱۹]. در فنلاند دولت بودجه ای را برای کاهش بی خانمانی، با ایجاد مسکن ارزان قیمت که مهم ترین روش برای مبارزه با این پدیده اجتماعی است، اختصاص داده است. بر این اساس در شهرهای مختلف فنلاند، آپارتمان هایی با هزینه یارانه ای و با قیمت مناسب ساخته شد. مرکز مالی و توسعه مسکن فنلاند (ARA) نقش اصلی را در سیاست های بی خانمانی ایفا می کند. مرکز مالی و توسعه مسکن، کمک های مالی و تضمین هایی را برای ساخت مسکن شامل ضمانت و یارانه دولتی جهت ساخت مسکن اجتماعی، اعطای یارانه برای

۱. طبق مطالعات انجام شده در این مدل شغلی برای افراد در نظر گرفته نمی شود، ولی به صورت پیش فرض افراد بی خانمان دارای هر شغلی با هر درآمدی که باشند، باید ۳۰ درصد آن به حساب پتوی بدهند.

۲. RAY یک انجمن بازی های غیرانتفاعی (قمار) با نظارت دولتی در فنلاند است که به امور خیریه داخلی مانند مراقبت از بازنشستگان و درمان اعتیاد و ... نیز می پردازد.

ارتقای شرایط مسکن گروه‌هایی با نیازهای خاص مانند افراد بی‌خانمان، ناتوان، معلول و دانشجویان (۱۰ تا ۵۰ درصد هزینه‌های سرمایه‌گذاری) و کمک هزینه برای خدمات و مشاوره مسکن (حداقل تا ۳۵ درصد هزینه‌ها) ارائه می‌دهد [۱۷].

در فنلاند اقدام و هماهنگی برای اجرای برنامه ملی کاهش بی‌خانمانی طولانی‌مدت، توسط وزارت محیط‌زیست با مشارکت مرکز تأمین مالی و توسعه مسکن (ARA) در تابستان ۲۰۱۱ انجام پذیرفت [۱۹]. این مرکز مجاز به پرداخت یارانه ۸۰ میلیون یورویی جهت سرمایه‌گذاری برای مسکن گروه‌های ویژه در طول دوره برنامه بود. در اواخر سال ۲۰۱۱ مرکز تأمین مالی و توسعه مسکن برای ساخت و نوسازی ۱۴۲۵ آپارتمان برنامه‌ریزی کرده بود که ۹۳۹ مورد آن ساخت‌وساز و ۶۰۳ مورد بازسازی یا خرید بودند. در مجموع حدود ۵۸ میلیون یورو برای این پروژه‌ها به‌عنوان کمک هزینه سرمایه‌گذاری، از سمت مرکز تأمین مالی و توسعه مسکن اعطا شد. وزارت رفاه اجتماعی و بهداشت هم به همه شهرهای درگیر در برنامه، یارانه برای استخدام کارکنان پشتیبانی اعطا کرد. در مجموع ۱۰٫۳ میلیون یورو به این منظور اعطا شده است و در کل ۲۰۵ نفر از کارکنان حمایتی جدید برای پشتیبانی از خدمات بی‌خانمان استخدام شدند [۱۷].

در طول برنامه، اتحادیه ماشین اسلات فنلاند (RAY) نیز در تأمین بودجه دو سازمان غیردولتی برای پشتیبانی از افراد تازه آزادشده از زندان مشارکت داشت. همچنین خانه‌های جدید توسط این اتحادیه برای محکومین سابقه‌دار خریداری شد. تقریباً یک‌سوم افرادی که از زندان آزاد می‌شوند و همچنین یک‌سوم افرادی که آزادی مشروط می‌گیرند، بی‌خانمان هستند. در این پروژه آژانس تحریم جنایی نیز شرکت داشت. از دیگر اقدامات اتحادیه ماشین اسلات فنلاند تأمین اعتبار برای پروژه مسکن جوانان بود. این کار با همکاری دولت، شهرداری‌های درگیر در برنامه، کلیسا و سازمان‌های مردم‌نهاد انجام شد. سازمان همکار نیز «اتحادیه کارگاه ملی» بود که مسئولیت اجرای پروژه «شروع زندگی بهتر» را در پنج شهر به‌عهده داشت. نقطه شروع پروژه اصول اولویت‌دهی به مسکن بود. اهداف کمی، ایجاد ۵۰۰ خانه و خدمت‌رسانی به ۵۰۰ جوان بود. گروه هدف این پروژه جوانان ۱۶ تا ۲۵ سال بودند که بحران مسکن را برای شروع زندگی تجربه کرده بودند. مبلغ یارانه برای این پروژه توسط مسکن جوانان تأمین شد. وزارت امور اجتماعی و بهداشت نیز متصدی تأمین نیروی انسانی این طرح به مدت ۱۰ سال شد. برنامه تبدیل پناهگاه‌ها به‌عنوان بخشی از طرح اولویت‌دهی به مسکن در فنلاند انجام پذیرفت [۱۷].

همچنین فنلاند به‌شکل سنتی دارای یک بخش گسترده و غیرانتفاعی و داوطلبانه است. سازمان‌های مختلفی مانند بنیاد ۱۷، مدت‌هاست که بر روی بی‌خانمانی کار می‌کنند، علاوه بر این سهم سازمان‌هایی که براساس برنامه ملی برای تولید مسکن در کاهش بی‌خانمانی مشغول فعالیت هستند، در حال افزایش است. شهرداری‌ها نیز در یازده شهر فنلاند که درگیر بی‌خانمانی بودند، برنامه‌های عملیاتی خود را متناسب با اهداف و اقدامات ملی در خصوص اولویت‌دهی به مسکن، پیش‌نویس کردند. برخی از سازمان‌های غیردولتی نیز مسئول اجرای پروژه‌های مجزا به‌عنوان بخشی از برنامه‌ها با هدف ارتقای شرایط مسکن زندانیان آزادشده و جلوگیری از بی‌خانمان شدن جوانان هستند [۱۷].

علاوه بر موارد ذکر شده در فنلاند یک تیم پشتیبانی سیار (LIITU) به ساکنین اولویت‌دهی به مسکن، خدمات حمایتی ارائه می‌دهد. LIITU یک مدل خدماتی است که توسط شهرداری ایجاد شد. در این مدل دو روان‌پزشک، دو پرستار و دو پرستار حرفه‌ای در یک تیم خدمات سیار مشارکت می‌کنند. این تیم به ساکنین خانه‌های اولویت‌دهی به مسکن، خدمات می‌دهد و بر اینکه ساکنین چه کار می‌کنند، نظارت دارد. در این مدل افراد تشویق می‌شوند که وارد فعالیت‌های معنی‌دار شوند. همچنین ارائه‌دهندگان خدمات در این مدل، از زندگی روزمره ساکنین اولویت‌دهی به مسکن، مانند تمیز نگه‌داشتن آپارتمان و رعایت بهداشت شخصی و تغذیه حمایت می‌کند. هدف این مدل کمک به افراد تازه وارد به آپارتمان‌های شخصی، برای مواجهه با چالش‌های شرایط جدید است [۱۷].

مدل اولویت‌دهی به مسکن در فنلاند، تقریباً هم‌زمان با آمریکا شروع شد، اما مسیرهای متفاوتی را با مدل آمریکایی طی کرد. این مدل‌ها دو تفاوت با هم دارند؛ در فنلاند، ساکنین خودشان اجازه پرداخت می‌کنند؛ اما در ایالت متحده ۳۰ درصد از درآمد ساکنین به‌طور خودکار به صاحب‌خانه یا سازمان مسئول پرداخت اجاره‌ها داده می‌شود. تفاوت دیگر در چگونگی پشتیبانی است که برای ساکنین ترتیب داده شده است. برخلاف ایالات متحده در فنلاند، گروه‌های چند حرفه‌ای بزرگ، به‌طور خودکار و از قبل برای آموزش ساکنین، کنار هم قرار نمی‌گیرند، در عوض حمایت‌ها برای ساکنین، مطابق با نیازهایشان ارائه می‌شود و از خدماتی که از قبل در جامعه وجود داشته استفاده می‌شود. البته چنین چیزی

۱. بنیاد ۱۷ در سال ۱۹۸۵ تأسیس شد. ایده اصلی این بنیاد، ایجاد آپارتمان‌های اجاره‌ای کوچک برای افراد بی‌خانمان تنها، با استفاده از سهام موجود مسکن در بازار آزاد بود. امروزه این بنیاد همچنان مسکن‌های اجاره‌ای ساخته و چهارمین صاحب‌خانه بزرگ کشور است. حرف "Y" از کلمه فنلاندی Yksin به معنای «تنهایی» آمده، که به مأموریت این بنیاد برای کمک به کسانی که تنها هستند ارجاع دارد. این روزها، "Y" بیشتر به کلمه فنلاندی Yhdessä به معنای «با هم» می‌آید، که به همکاری بنیاد با سایر عاملین فعال در مورد بی‌خانمانی اشاره دارد.

با توجه به استاندارد بالای خدمات سلامتی و اجتماعی امکان پذیر است [۱۷].

۴-۷. اولویت دهی به مسکن در ایرلند

در ایرلند چهار دستگاه و نهاد درگیر پروژه اولویت دهی به مسکن هستند: وزارت مسکن، وزارت بهداشت، سازمان های مردم نهاد و صندوق اصلاح خدمات (SRF). بودجه اولویت دهی به مسکن در ایرلند توسط وزارت مسکن، به موجب بخش ۱۰ قانون مسکن مصوب ۱۹۸۸ تأمین می شود. این بودجه در سال ۲۰۱۸ بیش از ۴,۱ میلیون یورو بود. همچنین وزارت مسکن متعهد است تا حمایت و ترغیب مقامات محلی را برای اطمینان از املاک مناسب برای تأمین اولویت دهی به مسکن جلب کند. برای تأمین این طرح دولت متعهد شد ۶ میلیون یورو برای بازسازی و تحویل ۵۰,۰۰۰ مسکن اجتماعی در ایرلند هزینه و تا پایان سال ۲۰۲۱ این پروژه را تحویل دهد.

وزارت بهداشت (HSE) هم بودجه خدمات سلامت و مراقبت های اولیه را برای مشتریان اولویت دهی به مسکن در زمینه سلامت روحی و ترک مواد، تأمین می کند. بخشی از حمایت های بهداشتی و خدمات پشتیبانی، متناسب با نیازهای ساکنین اولویت دهی به مسکن نیز، توسط سازمان های مردم نهاد تأمین می شود. صندوق اصلاح خدمات (SRF) نیز به ابتکار وزارت بهداشت و برای کمک به پروژه اولویت دهی به مسکن در مناطق شهری تأسیس شد. این صندوق مجری خدمات بهداشتی، فعالیت های وزارت مسکن و برنامه ریزی، اقدامات دولت محلی و اقدامات بشر دوستانه برای بی خانمانان ایرلند است. هدف این سازمان، پیگیره بندی مجدد خدمات برای انسجام بیشتر حمایت های فردمحور، با شفافیت بیشتر، مقرون به صرفه تر و همچنین همگام با خط مشی های دولت است. توسعه و بهبود پشتیبانی های بهداشتی برای مستأجرین اولویت دهی به مسکن، جهت درمان مشکلات روحی و روانی آنها و تأمین مسکن پایدار و همچنین تقویت مسیرهای درمان و جلوگیری از استفاده بیش از حد از خدمات بیمارستان ها، از دیگر اهداف این سازمان است [۱۷].

۴-۸. ارزیابی و مقایسه اقدامات انجام شده در مواجهه با بی خانمانی در ایران و جهان

همچنان که بررسی ها نشان می دهد مسئله آسیب دیدگان اجتماعی و گروه ها و اقشار آسیب پذیر مورد توجه قوانین مختلف بوده است. اما به رغم ماهیت پیشگیرانه و درمانگر ایانه اسناد و قوانین بالادستی در ایران، مسائلی از قبیل بی خانمانی و تکدی گری رؤیت پذیر تر شده است. هر چند در قوانین ذکر شده می توان توجه نسبی قانونگذار به مسئله آسیب دیدگان اجتماعی به ویژه بی خانمانی را استنباط کرد، اما مهم ترین مصوبه ای که از آن پیگیری مسئله بی خانمانی و متکدیان استنباط شده و اکنون مبنای عمل دستگاه های مجری است، مصوبه شورای عالی اداری (۱۳۷۸) با عنوان «طرح شناسایی و جمع آوری افراد متکدی» است. با وجود تلاش هایی که در نهادهای قانونگذار برای تصویب قانون جدید در این زمینه انجام شده است،^۱ اما تاکنون این مصوبه مبنای عمل دستگاه های اجرایی بوده است.

مطالعه تجارب سیاستگذاری و اجرا در حوزه کنترل و کاهش بی خانمانی در کشور حاکی از آن است که ساز و کارهای اجرایی متناسب با دو مدل معرفی شده (پلکانی و مسیر) در مواجهه با بی خانمانی در جهان، پیاده نشده و تجلی مصوبه مذکور، صرفاً تأسیس مراکزی (سامانسر ها و مددسراها) برای ارائه خدمات به افراد بی خانمان بوده است. این رویه مواجهه با بی خانمانی در کشور هم در ساحت تقنینی و هم در ساحت اجرا با کاستی هایی مواجه است؛ که در ادامه به برخی از کاستی های آن اشاره می شود:

۱. عدم تطابق عنوان قانون با افراد مشمول آن: عنوان مصوبه ناظر بر مسئله شناسایی و جمع آوری متکدیان است در حالی که افراد

۱. علاوه بر این مصوبه در سال ۱۳۸۳ نمایندگان طرح «الزام دولت به اقدام قانونی جهت جمع آوری و ساماندهی کامل مجموعه افراد بی خانمان» را تهیه کردند؛ اما با استناد به مصوبه شورای عالی اداری ۱۳۷۸ نظارت بر اجرای این مصوبه را مینا قرار دادند و طرح نیز از دستور کار مجلس خارج شد. همچنین در سال ۱۳۹۷ نمایندگان طرح «حفظ کرامت آسیب دیدگان اجتماعی» را ارائه کردند اما به دلیل نواقص و کاستی هایی که در طرح وجود داشت این طرح نیز از دستور کار مجلس خارج شد. به طور کلی جز مصوبه مذکور (۱۳۷۸) که به موضوع بی خانمانی پرداخته است، در دیگر قوانین سطح ملی فقط به اشاره ضمنی به مسئله بی خانمانی اکتفا کرده اند (برای مثال نگاه کنید به «آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی» مصوب هیئت وزیران در سال ۱۳۸۴ <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/123612>) سیاست های کلی نظام در حیطه مسکن و سیاست های مسکن در برنامه های پنج ساله توسعه <http://cabinetoffice.ir/fa/content/50>). اما در مصوبات شورای شهر تهران نیز به بی خانمانی اشاره شده که مختص شهر تهران است. برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به مصوبه ۲۲ مهر ۱۳۸۲ با عنوان «الزام شهرداری تهران جهت شناسایی و جمع آوری بی خانمان ها و متکدیان در سطح شهر تهران و تحویل آنها به مراکز نگهداری موقت» که در واقع تبصره «۵» ماده (۵۵) قانون شهرداری ها، دوباره شهرداری را الزام به رعایت همان وظیفه ای می کند که مصوبه شورای عالی اداری به عهده آن گذاشته است (<http://laws.tehran.ir/Law/>) و مصوبه آبان ۱۳۹۰ در خصوص استفاده از ظرفیت شهرداری تهران در زمینه آسیب های اجتماعی شهر تهران است که از این نهاد می خواهد از ظرفیت های شهرداری در راستای پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی شهر تهران، از جمله بی خانمانی، با مشارکت سایر نهادها و سازمان ها استفاده کند.



مشمول مصوبه از قبیل «افراد معلول و ناتوان (اعم از جسمی و ذهنی)، بی‌سرپرست، مجهول‌الیهویه، در راه مانده، گمشده، متواری، افراد نیازمند غیر حرفه‌ای، متکدیان و ولگردان حرفه‌ای» مورد تأکید قرار گرفته است. گویی طراحان مصوبه، گروه‌های مختلف را یکی پنداشته‌اند. این در حالی است که هر یک از گروه‌های مورد اشاره متفاوت هستند و تعاریف خاص خود را دارند. هم‌چنان که در موارد شمول قانون ملاحظه می‌شود، مسئله کارتن‌خوابی و بی‌خانمانی ذکر نشده است و گویی مجریان پیگیری مسئله کارتن‌خوابی و بی‌خانمانی را از آن استنباط می‌کنند. علاوه بر این با تدقیق موضوع، مسئله بی‌خانمانی نیز تعاریف مختلفی دارد که از تعاریف حداقلی مبنی بر نداشتن «سرپناه» تا نداشتن «خانه» و همچنین بی‌خانمانی اولیه و ثانویه را دربر می‌گیرد و در میانه‌های این طیف تعاریف دیگری نیز وجود دارد که البته این موارد در قانون نادیده انگاشته شده است؛ با این وصف قانون شمولیت لازم برای شناسایی افراد را نداشتن است. از این رو ارائه تعریف دقیق قانونگذار از مسئله در تعیین حدود و ثغور قانون و همچنین جامعیت و مانعیت آن بسیار ضروری است، زیرا تعاریف متفاوت بر آمار و منابع مورد نیاز برای مواجهه با مسئله تأثیر گذار است.

۲. تصور نادرست از علل مسئله: مصوبه مذکور تصویر روشنی در خصوص ریشه‌ها و علل بی‌خانمانی و تکدی‌گری ارائه نمی‌دهد، این مصوبه ضمن فرو کاستن علل بی‌خانمانی و تکدی‌گری به سطوح فردی، زمینه‌ها و علل ساختاری موجد فقر، بی‌خانمانی و تکدی‌گری را مورد توجه قرار نداده است. به طوری که از مشکلات مربوط به حوزه مسکن، اشتغال، مهاجرت و مسائل خانواده و غیره غفلت شده و راه حل مسئله بی‌خانمانی و تکدی‌گری را به برخی اقدامات حمایتی، قهری و تنبیهی محدود کرده است. این در حالی است که استراتژی هماهنگ برای پیشگیری از بی‌خانمانی و پایان دادن به آن باید که شامل منابع مسکن جدید و همچنین استراتژی‌های ایجاد جامعه‌ای باشد که تمرکز بر عوامل اجتماعی بی‌خانمانی را در اولویت قرار می‌دهد. تنها استراتژی‌هایی که مشکلات سیستماتیک را مدنظر قرار می‌دهند، می‌توانند اقدامی ضروری برای از بین بردن بی‌خانمانی انجام دهند؛ بنابراین هنگامی که شرایط ساختاری، بی‌خانمانی را ایجاد کرده است، عوامل فردی می‌توانند آسیب‌پذیری افراد را برای از دست دادن خانه افزایش دهد. عوامل متعددی می‌تواند یک فرد فقیر را مستعد بی‌خانمانی کند، مانند محدودیت در تحصیل و آموزش مهارت، ناتوانی‌های ذهنی و جسمی، عدم اعتماد خانواده، وابستگی به الکل و مواد، تجارب کودکی نامطلوب، سابقه زندان و...؛ اما بدون حضور گسل‌های ساختاری از قبیل تورم، نابرابری و فقر، این آسیب‌پذیری‌های شخصی، نمی‌تواند سطح بالایی از بی‌خانمانی را ایجاد کند. این در حالی است که سال‌ها علل فردی، علل مستقیم و بلافاصله بی‌خانمانی قلمداد می‌شد. بر این اساس افرادی که دارای مشکلات شخصیتی یا بیماری روانی یا معتاد به الکل و مواد مخدر بودند وارد ورطه بی‌خانمانی می‌شدند. به همین دلیل سال‌ها مواجهه جهانی با این پدیده با رویکرد درمانی بود که از ویژگی‌ها و ضعف‌های شخصیتی نشئت گرفته بود و تلاش می‌کرد تا با رفع آنها افراد را از بی‌خانمانی نجات دهد. همین نگاه به علل بی‌خانمانی باعث ایجاد مدلی به نام «مدل پلکانی» شد. در این مدل تلاش می‌شد تا افراد بی‌خانمان مرحله به مرحله مورد بازپروری قرار گرفته و با کسب مهارت‌هایی وارد مرحله بعدی شده تا در نهایت به مسکن دائمی دست یابند. این الگو همانند تجربه ایران نشان می‌دهد که چنین رویه‌ای هیچ‌گاه نتوانسته است به بی‌خانمانی پایان دهد و یا حتی آن را کاهش دهد. دلیل این عدم موفقیت، نگاه فردی به مسئله بی‌خانمانی، اجبار به ترک مواد مخدر، قوانین سخت درمانی و موکول کردن دستیابی به مسکن بعد از رفع مشکلات فردی و طی کردن مراحل درمانی بود. همچنین این مدل دارای هزینه زیادی است، زیرا افراد به‌طور دائم از خدمات درمانی استفاده می‌کنند و هیچ‌وقت هم از چرخه بی‌خانمانی خارج نمی‌شوند. همچنان که اثربخشی این مدل مورد تردید واقع شده است، ایده‌های جدید مانند «پتوی» به دلیل نتایج موفق در مبارزه با بی‌خانمانی بیشتر استفاده شده است. در این رویکرد قدم اول در درمان بی‌خانمانی، دادن مسکن به افراد بی‌خانمان و عدم اجبار آنها به طی کردن فرایندهای درمانی و ترک الکل و مواد است. این رویکرد موفقیت زیادی به دست آورده و تا حد زیادی توانسته به بی‌خانمانی‌های طولانی‌مدت در کشورهای مختلفی مانند آمریکا، کانادا، استرالیا، فرانسه، فنلاند و ایرلند، پایان دهد.

۳. رویکرد جرم‌انگاران: مسئله تکدی در قوانین مختلفی از جمله ماده (۲۷۳) قانون مجازات عمومی (الحاقی ۱۳۲۲) و ماده (۱۶) قانون گذرنامه مصوب اسفندماه سال (۱۳۵۱) به عنوان جرم شناخته شده است.^۱ این قوانین تا سال ۱۳۷۵ پا بر جا بود تا اینکه با تصویب قانون

۱. قانونگذار برای اولین بار، با تعریف جرم ولگردی، در سال ۱۳۲۲، مقرراتی را برای مقابله با ولگردهای متکدی فراهم کرده است. بر اساس ماده (۲۷۳) قانون مجازات عمومی (الحاقی ۱۳۲۲) «ولگرد کسی است که مسکن و مأوا یا وسیله معاش معلوم و یا شغل یا حرفه معینی ندارد، مگر اینکه سن او از پانزده سال تجاوز نکرده باشد.» البته قانونگذار در تصویب قانون مجازات عمومی، جرائم را به سه دسته خلاف، جنحه و جنایت تقسیم کرده بود و بر اساس همین تقسیم در ادامه ماده (۲۷۳) مقرر کرده بود که «ولگردی خلاف محسوب است».

مجازات اسلامی (کتاب پنجم در تعزیرات و مجازات های باز دارنده) قانونگذار رویه جدی تری را برای مقابله با تکدی گری و گدایی در نظر گرفت و با جرم انگاری آن، حبس و مجازات سنگین تری را هم نسبت به قوانین قبلی وضع کرد. براساس ماده (۷۱۲) قانون مجازات اسلامی «هر کس تکدی یا کلاشی را پیشه خود قرار داده باشد و از این راه امرار معاش نماید یا ولگردی نماید به حبس از یک تا سه ماه محکوم خواهد شد و چنانچه با وجود توان مالی مرتکب عمل فوق شود علاوه بر مجازات مذکور کلیه اموالی که از طریق تکدی و کلاشی به دست آورده است، مصادره خواهد شد». در ادامه نیز قانونگذار به موضوع سوء استفاده از کودکان برای تحریک احساسات عمومی و انجام گدایی و اکنش نشان داد و در حکم مجزایی در ماده (۷۱۳) مقرر کرد که «هر کس طفل صغیر یا غیر رشیدی را وسیله تکدی قرار دهد یا افرادی را به این امر بگمارد به سه ماه تا دو سال حبس و استرداد کلیه اموالی که از طریق مذکور به دست آورده است، محکوم خواهد شد».

به رغم وجود قوانین فوق، در ماده (۹) طرح شناسایی و جمع آوری متکدیان مصوبه شورای عالی اداری در سال ۱۳۷۸ چنین آمده است «افراد موضوع این مصوبه در صورتی که پس از انجام اقدامات پیش بینی شده در مواد (۶، ۷ و ۸) به تکدی بپردازند، پس از جمع آوری به عنوان متهم جهت تعیین تکلیف در اختیار مراجع قضایی قرار خواهند گرفت».

آن چنان که پیداست دستگاه مجری در ساماندهی آسیب دیدگان اجتماعی مخصوصاً متکدیان دچار سردرگمی است، هر چند در مصوبه مذکور تلاش کرده است در موادی، اقداماتی جهت حمایت از آسیب دیدگان اجتماعی در نظر بگیرد؛ اما از یکسو، قوانین بالادستی بر مجرمانه بودن عمل تکدی تصریح کرده است و از سوی دیگر، مصوبه مذکور نیز همچنان بر مجرمانه بودن عمل تکدی تأکید دارد و فرد متکدی را متهم دانسته است، بی آنکه توجهی به تمایز عمل کجروانه از مجرمانه داشته باشد.

بر همین اساس، هر چند شهرداری ها مسئولیت اسکان متکدیان را دارند اما کلیت اجرای مصوبه مذکور به معاونان سیاسی و امنیتی استانداری ها و نیروهای انتظامی برای جمع آوری آنها سپرده شده است. همین امر باعث شده تا در عمل دیدگاه مجریان نیز، دچار سردرگمی شود. بنابراین؛ پیش فرض مصوبه این است که افراد جمع آوری شده مجرم اند، مگر اینکه در مجتمع های اردوگاهی خلاف آن آشکار شود. یا در بهترین حالت پیش فرض این است که اکثر افرادی که گردآوری خواهند شد، متکدی اند و گروه های دیگر نیاز به ساز و کار جداگانه ای ندارند. در هر دو حالت گنجاندن گروه های مختلف غیر مجرم در مصوبه ای ذیل عنوان تکدی گری حاکی از درک نادرست از موضوع و غلبه نگاه جرم انگارانه دارد. به تاسی از این رویکرد، افراد بی خانمان دارای نقص شخصیتی تلقی می شوند و بی خانمانی آنها معلول همین ویژگی است؛ در حالی که الگوهای موفق جهانی با رویکرد کاهش آسیب به این موضوع ورود کرده اند. ملاحظاتی جرم انگارانه نسبت به مسئله بی خانمانی باعث شده است؛ اغلب به خاطر قوانین سخت گیرانه مانند درمان اجباری و پرهیز از مصرف مواد، به طور موقت یا دائم از فرایند درمان اخراج شوند. در حالی که اداره موفق این فرایند، به سازمان و کارکنان تخصصی با رویکرد اجتماعی - روانی نیاز دارد.

۴. ضعف هماهنگی نهادی: از جمله چالش های موجود ضعف همکاری نهادهای دولتی و غیردولتی در مبارزه با بی خانمانی است. مسئله بی خانمانی و تکدی گری امری است که در مراحل مختلف نیازمند به کارگیری طیف وسیعی از خدمات تخصصی است که از خدمات رفاهی، اسکان و بهداشتی تا مددکاری اجتماعی، اشتغال زایی و مسکن را دربرمی گیرد. این گستره وسیع نیازها، مداخله و همکاری سازمان ها و وزارخانه های مختلف در رسیدگی به این موضوع را اجتناب پذیر کرده است. این در حالی است که از یکسو دستگاه های اصلی مکلف در این مصوبه محدود هستند و از سوی دیگر، واحد نظارتی تخصصی این فرایند پیش بینی نشده است و همچنین از ضمانت اجرایی لازم برخوردار نیست. در قانون فعلی، وظایف به نحوی توزیع شده است که اکثر خدمات بر عهده شهرداری ها است. این امر فرایند رسیدگی را از تخصص و ظرفیت های ویژه ای که در اختیار سایر سازمان ها است، محروم می کند. به طوری که واگذاری مسئولیت هایی به وزارت کشور، شهرداری ها و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و ذکر نکردن نامی از وزارت راه و شهرسازی و بهداشت و درمان در مصوبه، مؤید آن است که سیاستگذار مسئله را بیشتر رفاهی دانسته است تا مسئله ای زیرساختی؛ در حالی که بی خانمانی فقط مسئله رفاهی یا حتی فقط مسئله اشتغال نیست، بلکه

«مجازات «خلاف» هم در ماده (۲۷۶) این قانون این گونه تقنین شده بود که «نسبت به کلیه امور خلافی از قبیل ... و همچنین راجع به ولگردی و گدایی و ... وزارت داخله نظام نامه لازمه تهیه نموده و به موقع اجرا گذاشته خواهد شد ولی در هر حال مجازاتی که به موجب نظام نامه مزبوره مقرر می شود نباید از یک روز حبس و سه قران غرامت کمتر و از یک هفته حبس و پنج تومان غرامت بیشتر باشد». در واقع با تصویب این قانون، برای گدایی و ولگردی بین یک تا پنج روز حبس و مقداری جزای نقدی با توجه به ارزش پول در آن دوران در نظر گرفته شد. علاوه بر این براساس ماده (۱۶) قانون گذرنامه مصوب اسفندماه سال ۱۳۵۱ متکدیان ممنوع الخروج شده اند. در این خصوص این ماده قانونی مقرر کرده است که «به اشخاصی که در خارج از ایران به سبب تکدی یا ولگردی یا ارتکاب سرقت و کلاهبرداری و یا هر عنوان دیگر دارای سوء شهرت باشند هیچ نوع گذرنامه برای خروج از کشور داده نمی شود».



بعد مهمی از قضیه، مسئله مسکن، امکان تهیه سرپناه و تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی است. عدم توجه این مصوبه به ریشه‌ها و مسائل زیرساختی و فردی دیدن موضوع، باعث شده شرح وظایفی برای وزارتهای راه و شهرسازی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص پدیده بی‌خانمانی در نظر گرفته نشود. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای از قبیل فنلاند، ایرلند، فرانسه و...، وزارت بهداشت و مسکن نقش مهمی در امور مربوط به بی‌خانمانان به عهده دارند.

۵. تکمیل نشدن چرخه مبارزه با بی‌خانمانی: علت اصلی ناکارایی خط‌مشی موجود در عمل، تکمیل نشدن زنجیره مبارزه با بی‌خانمانی است که این مشکل هم در سیاستگذاری و هم در اجرا به چشم می‌خورد. اگر مدل مبارزه با بی‌خانمانی در ایران مشابه مدل پلکانی و رویکرد درمانی آن در نظر گرفته شود، باید اذعان کرد که آخرین مرحله از این مدل که ایجاد تمهیداتی برای دریافت مسکن دائم و اشتغال است، در این مصوبه در نظر گرفته نشده است؛ و بی‌خانمان‌ها بعد از دریافت برخی خدمات و سپری شدن دوره‌ای در این مراکز، دوباره به خیابان یا خانواده‌های نابسامان‌شان تحویل داده می‌شوند. این در حالی است که این مصوبه، صراحتاً ایجاد پوشش‌های حمایتی لازم را بر عهده سازمان‌های متولی نهاده است. لذا به‌عنوان نمونه، تنها خروجی این مراکز در حوزه مسئله اعتیاد، که سهم‌زایی جسمی است؛ به‌دلیل کیفیت فرایند (ترک و درمان اجباری) و همچنین عدم حمایت‌های بعد از ترخیص، بی‌ثمر می‌ماند. بنابر گزارش رئیس سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۹) میزان موفقیت و کارایی مراکز نگهداری معتادان کمتر از ۵ درصد است. به‌نحوی که اغلب مددجویانی که ترک کرده‌اند، پس از ترخیص، به خیابان باز می‌گردند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند و تعاملات اجتماعی را در شبکه فردی سابق خود دنبال می‌کنند. این در شرایطی است که الگوهای به‌کار گرفته شده در کشورهای موفق بیش از ۸۰ درصد موفقیت و کارایی در ساماندهی بی‌خانمان‌ها و معتادان داشته‌اند. در خصوص این موضوع بایستی این مسئله را در نظر گرفت که ترک اعتیاد برای افراد بی‌خانمان به معنی ترک شبکه دوستان و سایر حمایت‌هایی است که از سوی آنان دریافت می‌کنند. بنابراین فرد بی‌خانمان ترخیص شده از مراکز، نیازمند جبران این فقدان با حمایت‌هایی است که علاوه بر ابعاد اجتماعی از لحاظ روحی نیز مؤثر باشد. این امر به‌دلیل ضعف قانونی و نبود مرجع نظارتی واحد، تاکنون مسکوت مانده است.

۶. برون‌سپاری پیمان کارانه مراکز مراقبت و نگهداری: جمع‌آوری و ارجاع مددجویان به مراکز نگهداری توسط گشت‌های ساماندهی انجام می‌شود. این گشت‌ها با اطلاع از پاتوق‌های افراد بی‌خانمان، معتاد و متکدی که عموماً پارک‌ها، چهارراه‌ها و فضاهای بی‌دفاع شهری هستند، در سطح شهر به جمع‌آوری آنها می‌پردازند و به مراکز مربوطه تحویل می‌دهند. انجام این مرحله از ساماندهی از سوی شهرداری نیز به پیمانکار واگذار شده است و طبق ضوابط هر گشت موظف به شناسایی و جمع‌آوری تعداد مشخصی فرد بی‌خانمان است. این الزام در کنار شرایط نه‌چندان مناسب کاری سبب شده است تا گاهی اقدامات نامناسبی در ساماندهی بی‌خانمان‌ها رقم بخورد، جمع‌آوری‌های اجباری، رها کردن افراد در بین مسیر یا در ورودی مراکز (به‌دلیل تکمیل بودن ظرفیت)، دستگیری افرادی که اساساً متکدی نیستند و غیره از جمله اقداماتی است که حاکی از ضعف سازوکارهای اجرایی در واگذاری رسیدگی این مسئله به پیمانکار است. این امر زمینه‌های سلب اعتماد جامعه هدف نسبت به شهرداری و نهادهای متولی این مسئله را ایجاد کرده است، تا حدی که بسیاری از این افراد علاقه‌ای به مراجعه به این مراکز ندارند و به انحای مختلف خود را از دستگیری توسط گشت‌های ساماندهی پنهان می‌دارند. ایجاد چنین شرایطی، امکان همکاری و بازتوانی فرد در مراحل بعدی را دشوار ساخته است. تجارب جهانی، همکاری نهادهای غیرانتفاعی و دولتی در اجرای برنامه‌های ساماندهی بی‌خانمان‌ها را ضرورتی انکارناپذیر نشان می‌دهد؛ همچنان که مهم‌ترین الگوی موفق در این زمینه سازمان‌های پتوی و بنیاد Y، به‌عنوان سازمان‌های غیرانتفاعی در این زمینه هستند که با نهادهای دولتی همکاری دارند. این فرایند تابع قواعد و ارتباط ارگانیک است که بسترهای موفقیت آنها را فراهم آورده است. اما این امر در کشور به‌رغم تأکیدهای قانونی در خصوص استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد چندان مورد التفات واقع نشده است و بیشتر فعالیت‌های مربوط به این امر توسط پیمان‌کاران انجام می‌گیرد که در ظاهر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد را دارا هستند و منطقاً بایستی غیرانتفاعی باشند، اما در عمل به مراکز غیرانتفاعی تبدیل شده‌اند. جدای از وضعیت انحصاری و ابهامات مربوط به چگونگی واگذاری‌ها، بیراه نیست که گفته شود، موجودیت چنین رویکرد پیمان‌کارانه‌ای وابسته به تداوم چرخه باطل جمع‌آوری و رهاسازی بی‌خانمان‌ها است. آن چنان که به‌نظر می‌رسد، علاوه بر خلأهای قانونی و نظارتی، سازوکارهای اجرایی این حوزه در مقایسه با الگوهای جهانی با چالش جدی نیز مواجه است.

۷. ضعف کارایی در ساماندهی افراد بی‌خانمان: برون‌داد این مصوبه امروزه «مراکز پذیرش موقت» اند که به جای «مجتمع‌های اردوگاهی»، «سامان‌سرا» نامیده می‌شوند. به‌طور خلاصه مطالعات انجام‌شده در مورد این مراکز نشان می‌دهد که این مراکز به هدف ساماندهی افراد موضوع مصوبه، دست نیافته‌اند؛ هر چند آمار دقیقی از میزان تکراری بودن افراد پذیرش شده نیست، اما طبق گفته‌های مدیران سامان‌سراها بیش از ۶۰ درصد موارد آنها تکراری و رسوب شده‌اند. این امر نشان‌دهنده بی‌اثر بودن فرایند بازپروری و خارج نشدن افراد از حلقه‌ی بی‌خانمانی است و متولیان این حوزه را درگیر فرایند باطل جمع‌آوری، رهاسازی و جمع‌آوری مجدد کرده است. این مراکز تقریباً از چارت و آیین‌نامه دقیقی برای فعالیت برخوردار نیستند، محیط فیزیکی و کالبدی مناسبی ندارند، نیروی انسانی متخصص کمتر در این مراکز فعالیت دارد، کلیت فرایند به تبع اجباری بودن آن، به مسئله‌ای حقوقی-قضایی تبدیل شده است، مصوبه صرفاً به صورت بخشی از مبلمان شهری اجرا می‌شود و به‌نظر هدف آن پاک‌سازی ظاهر شهر از افراد آسیب‌دیده است.

۸. نبود دستور کار ملی مشخص برای ساماندهی بی‌خانمان‌ها و متکدیان در استان‌ها: بررسی‌های به عمل آمده، نشان می‌دهد که موضوع متکدیان و بی‌خانمان‌ها و سازوکارهای ساماندهی آنها، از دستور کار ملی مشخصی تبعیت نمی‌کند، زیرا نه تنها اخبار و اطلاعات مربوط به این حوزه به صورت منسجم و یکپارچه در اختیار دستگاه مشخصی نیست، بلکه نهادهای درگیر در این زمینه در استان‌های مختلف تقریباً ارتباط ارگانیکی با یکدیگر ندارند. مضافاً اینکه پدیده بی‌خانمانی و تکدی‌گری صرفاً محدود به یک شهر و یا یک استان نیست بلکه در تحلیل این پدیده ضمن توجه به علل ساختاری و فردی ظهور آن، توجه به فرایندهای مهاجرتی مبدأ و مقصد این گروه‌ها، حائز اهمیت بسیار است. زیرا توجه به این حوزه باعث می‌شود در دو سطح پیشگیری و درمان نیز اقدامات مؤثرتری انجام داد. رفع این مسئله نیازمند وجود نهاد متولی و مسئولی است که ارتباطات و تعاملات لازم بین استان‌های مختلف را برقرار نماید. از آنجا که سازمان امور اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین متولی آسیب‌های اجتماعی در کشور است و مطابق ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه تکالیفی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی برای آن منظور شده است، به‌نظر می‌رسد این دستگاه باید در راستای تدوین دستور کار ملی ساماندهی متکدیان و بی‌خانمان‌ها اقدامات لازم را در دستور کار قرار دهد.

۵. جمع‌بندی و پیشنهادها

مرور مطالعات و استنباط از قوانین و مقررات مرتبط با این حوزه نشان می‌دهد که سازوکارهای مقابله با مسئله بی‌خانمانی در کشور با مسائل و مشکلاتی هم در شناسایی ریشه‌ها و علل و هم در ارائه حمایت‌های اجتماعی پایدار مواجه است. بیشتر برداشت‌ها در خصوص علل این مسئله، بر روی عوامل فردی و روانی این موضوع متمرکز شده‌اند؛ حتی در نوع برخورد و نحوه درمان نیز بیشتر بر کاستی‌ها و مشکلات فردی تأکید می‌شود. این در حالی است که تنزل دادن بی‌خانمانی صرفاً به مشکلات فردی و روحی افراد و در نظر نگرفتن ساختارهای تولیدکننده آن، ساده‌انگاشتن این پدیده است. این نگاه تقلیل‌گرا باعث شده است تلاش‌ها و هزینه‌های مبارزه با بی‌خانمانی خنثی و بی‌اثر شود. فردی انگاشتن مسئله بی‌خانمانی ضمن اینکه رویکرد مواجهه با بی‌خانمانی را تعیین می‌کند، منجر به خلأهای قانونی (به‌ویژه در تأمین زیرساخت‌ها) و ضعف عملکرد می‌شود. از جمله پیامدهای تک‌بعدی دیدن ریشه‌های بی‌خانمانی و فرو کاستن علل آن به صرف ویژگی‌های فردی اشخاص، تکمیل نشدن زنجیره حمایت‌های اجتماعی و بازدهی ضعیف و گاهی ناکارآمد نهادهای مسئول و متولی، خستگی و فرسودگی نیروهای فعال و بانگیزه در مبارزه با بی‌خانمانی است که در نهایت تجلی این امر را می‌توان در سازوکارهای حمایتی ناقص و ناپایداری دید که در چرخه تکراری شناسایی، جذب و پذیرش، نگهداری و خروج از مراکز نگهداری (سامان‌سراها و گرم‌خانه‌ها) خلاصه شده است. تعدد این ارجاعات مکرر، واژگانی از قبیل «مورد تکرار»^۱ و «مددجوی رسوب شده»^۲ را در ادبیات ساماندهی بی‌خانمان‌ها نیز وارد کرده است. نتایج این رویه تکراری

۱. مورد تکرار، کسی است که بارها به مرکز ارجاع داده شده و سپس رها شده است.

۲. مددجوی رسوب شده، فردی است که مدت‌ها از مراجعه او به مراکز می‌گذرد، اما تغییری در شرایط وی ایجاد نشده است.



حاکمی از آن است که مراکز نگهداری به هدف اصلی ساماندهی دست نیافته‌اند. به طوری که بنابر گزارش‌های موجود، میزان موفقیت الگوی مرسوم در مبارزه با بی‌خانمانی در کشور در مقایسه با الگوهای رایج جهانی بسیار ضعیف برآورد می‌شود. گرچه تجارب جهانی به اثربخشی مدل پلکانی با تردید نگاه می‌کنند، ولی در این مدل به فرایند درمان به‌عنوان یک بسته کامل نگریسته شده که در آن فرد پس از طی کردن مراحل می‌تواند به مسکن دائم که توسط دولت یا نهادهای مردم‌نهاد تهیه شده‌اند، دست یابد. ولی در نوع مواجهه با بی‌خانمانی در ایران این بسته درمانی تقریباً هیچ‌گاه کامل نمی‌شود و افراد بی‌خانمان بعد از چند روز یا چند ماه نگهداری در مراکز مربوطه دوباره به خیابان باز می‌گردند. علاوه بر این در رویکرد اول مسکن، به جای اینکه برنامه درمانی واحد و از پیش تعیین شده‌ای را برای بی‌خانمان‌ها داشته باشند، توجه به نیازها و خواست جامعه هدف در اولویت است. این در حالی است که در تجربه ایران یک دستورالعمل یکسان برای گروه‌های مختلف جنسیتی، سنی و فرهنگی اجرا می‌شود و توجه لازم به نیازهای زنان، مردان و گروه‌های سنی صورت نگرفته است.

بر اساس الگوهای موفق مواجهه با بی‌خانمانی، به نظر می‌رسد که رویکرد مطلوب، «مدل اولویت‌دهی به مسکن» است. این مدل نیز گونه‌های مختلفی دارد و هر کشوری بسته به زیرساخت‌ها و امکاناتش می‌تواند آن را انتخاب کند؛ اما چیزی که در این مدل به‌عنوان اصل مبنایی باید حفظ شود، نگاه ساختاری به علل بی‌خانمانی و در نظر گرفتن مسئله مسکن است؛ بنابر این الگو، هر برنامه‌ای در درجه اول باید تهیه مسکن را برای بی‌خانمانان در دستور کار قرار دهد. «اولویت‌دهی به مسکن» به افراد کمک می‌کند، ابتدا جایی برای زندگی داشته باشند، بعد در صورت نیاز و تمایل، حمایت و درمان دریافت کنند. فلسفه کلی در این مدل، پشتیبانی این است که به جای اینکه برنامه درمانی واحد و از پیش تعیین شده‌ای را برای بی‌خانمان‌ها داشته باشند و به افراد گفته شود چه کار کنند، به‌طور مداوم از آنها سؤال می‌شود که گروه پشتیبانی چه کارهایی می‌تواند برای آنها انجام دهد.

کشورهای مختلف به شیوه‌های متفاوتی این مدل را پیاده کرده‌اند. آنچه در همه این تجارب مشترک است، همراهی دولت با وزارت راه و شهرسازی، وزارت بهداشت و سازمان‌های مردم‌نهاد برای تهیه مسکن است. این در حالی است که در مصوبه قابل استناد در کشور عملاً تکلیفی برای وزارت راه و شهرسازی و بهداشت به‌عنوان مهم‌ترین متولیان در این زمینه و ساز و کارهای اجرایی همکاری با سازمان‌های مردمی تعریف نشده است و بیشتر ماهیت برون‌سپاری آن در قالب فعالیت‌های پیمانکارانه غالب است.

۱-۵. ملاحظات سیاست‌گذاری

با ابتنابه چالش‌ها و کاستی‌های تقنینی، نظارتی و اجرایی در حوزه مبارزه با بی‌خانمانی و نتایج این رویه تکراری در مقایسه با مدل‌های موفق جهانی، الگوی مرسوم مراکز نگهداری در کشور نه تنها اثربخشی لازم را نداشته است؛ بلکه به هدف اصلی ساماندهی نیز دست نیافته‌اند. برای این منظور توجه به ملاحظات سیاست‌گذاری زیر لازم است:

رفع خلأهای قانونی مربوط به مسئله آسیب‌دیدگان اجتماعی: با وجود اینکه در ماده (۸۰) قانون برنامه ششم و ماده (۸۴) قانون برنامه هفتم توسعه به مقوله مقابله با آسیب‌های اجتماعی و توانمندسازی آسیب‌دیدگان اجتماعی اشاره شده است؛ اما همچنان این حوزه با خلأ قانونی مواجه است. لذا با عنایت به ضعف‌ها و کاستی‌های قانونی در خصوص مسئله آسیب‌دیدگان اجتماعی، تصویب قانونی جامع در این حوزه، ضروری به نظر می‌رسد. به طوری که با لحاظ کردن تجارب موفق جهانی در زمینه ساماندهی بی‌خانمان‌ها، و با در نظر گرفتن کاستی‌های تقنینی، نظارتی و اجرایی در کشور، خلأهای قانونی مرتبط با آن را احصاء و در قالب طرح و یا لایحه در مجلس شورای اسلامی پیگیری شود. توجه به درس‌آموخته‌های جهانی: در تدوین پیش‌نویس قانون، مربوط به آسیب‌دیدگان اجتماعی، استفاده از ظرفیت تجارب جهانی و الگوهای موفق از قبیل اقدامات سازمان‌های غیرانتفاعی پتوی و بنیاد Y و همچنین بازنگری در الگوهای مرسوم و جاری در کشور ضروری است.

در نظر گرفتن علل و زمینه‌های تولیدکننده مسئله: در تدوین قانون، توجه به علل و زمینه‌های ساختاری تولیدکننده مسئله بسیار ضروری است. زیرا مسائل مربوط به آسیب‌دیدگان اجتماعی محصول کژکارکردی نهادهای اجتماعی دیگری است که پیامد آن در ظهور آسیب‌های اجتماعی در سطح فردی قابل مشاهده است. این در حالی است که تاکنون توجه به این حوزه بیشتر فروکاستن علل به سطوح فردی بوده است و از مشکلات مربوط به حوزه مسکن، اشتغال، مهاجرت، تورم و مسائل خانواده و غیره غفلت شده و راه‌حل مسئله به برخی اقدامات حمایتی ناپایدار و جرم‌انگارانه محدود شده است.

تغییر رویکرد جرم‌انگاران به کاهش آسیب: اصلاح رویکرد مواجهه با مسئله بی خانمانی مهم‌ترین امر تأثیرگذار در فرایندهای مواجهه است. زیرا تلقی مجرمانه داشتن از آسیب دیدگان اجتماعی جدای از اینکه نوعی انگ‌زنی و خارج کردن افراد از جامعه است بلکه فراهم کننده بستری برای ظهور دسته‌ها، گروه‌ها و خرده فرهنگ‌های غیررسمی است که اغلب، در فرایند درمان و بازتوانی قرار دادن این افراد بسیار سخت، دشوار و پرهزینه خواهد بود. از این رو در دستور کار قرار دادن رویکرد کاهش آسیب و مواجهه تخصصی اجتماعی-روانی و اصلاح رویه‌های جرم‌انگاران و همچنین شناسایی نیازمندان واقعی و تفکیک آنها از باندها و گروه‌های متکدی حرفه‌ای، ولگرد و غیره بسیار ضروری است.

ایجاد سازوکارهای لازم در تقویت هماهنگی نهادهای حمایتی: تعدد نهادهای حمایتی و نبود پنجره واحد در حمایت از آسیب دیدگان اجتماعی، از یکسو، موازی کاری و گاهی کم کاری و از سوی دیگر، ضعف در کارایی نهادهای حمایتی را ایجاد کرده است. این مسئله نیازمند ایجاد سازوکاری دقیق، کارشناسی و نظارت پذیر در واگذاری مسئولیت‌ها به نهادهای متولی در انجام امور حمایتی است. در این راستا لحاظ کردن رویکرد پایه در زمینه تأمین زیرساخت‌ها توسط نهادهای تخصصی با همکاری سازمان‌های غیرانتفاعی و بهره گرفتن از سازوکارهای حمایتی کارا ضروری است. زیرا حمایت از آسیب دیدگان اجتماعی، طیف وسیعی از خدمات تخصصی از قبیل خدمات رفاهی، بهداشتی تا مددکاری، اشتغال‌زایی و مسکن را در بر می‌گیرد. این گستره وسیع نیازها، همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های تخصصی و غیرانتفاعی در رسیدگی به این موضوع را اجتناب پذیر کرده است. علاوه بر این، یکی از مهم‌ترین مسائل پیش روی ساماندهی بی خانمان‌ها و متکدیان مسئله ساماندهی اتباع است که به معضل جدی در این زمینه تبدیل شده است و حل این موضوع در گرو تعیین تکلیف جدی در خصوص بی خانمان‌ها و متکدیان خارجی و همکاری دستگاه‌های مسئول در این مورد است.

تقویت سازوکارهای حمایتی پایدار و خلاقانه: اگرچه در طی این سال‌ها حمایت‌های مقطعی از آسیب دیدگان اجتماعی به عمل آمده است؛ اما آنچه اکنون ملاحظه می‌شود تکمیل نشدن زنجیره حمایت‌های اجتماعی و بازگشت مجدد افراد به چرخه آسیب است. از این رو تغییر سازوکار حمایت‌های اجتماعی از صرف نگاه درمانی و نوانخانه‌ای، به ارائه خدمات پایه از قبیل مسکن، تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی و مهارت‌آموزی و ایجاد انگیزه در خروج از وضعیت نابسامان خود، ضروری است. علاوه بر این، برای هدفمند و پایدار نمودن مکانیسم‌های حمایتی نیازمند آگاهی لازم نسبت به افراد آسیب دیده و در معرض آسیب هستیم که این امر در گرو شناسایی گروه‌های اجتماعی مختلفی است. از یکسو شناسایی دقیق افراد در معرض آسیب، عاملی مؤثر برای ارائه خدمات روانی اجتماعی در جهت پیشگیری است که تاکنون این حوزه کمتر مورد توجه واقع شده است؛ و از سوی دیگر شناسایی افراد آسیب دیده متکدی و بی خانمان و... که فاقد مدارک هویتی هستند نیازمند تأمین زیرساخت‌های شناسایی و تعیین و تعریف مدارک هویتی است. در این زمینه راه‌اندازی سازوکارهای شناسایی هویتی از طریق اسکن عنبیه می‌تواند تا حدودی رافع این مسئله باشد.

اصلاح سازوکارهای اجرایی و استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد در چارچوب وظایف و رسالت‌های اصلی آنها: ضعف سازوکارهای اجرایی و واگذاری فعالیت‌های حمایتی به پیمانکاران از جمله ضرورت‌های اصلاح رویه‌های اجرایی است. چراکه فعالیت‌های انجام شده در این زمینه با نواقص و کاستی‌هایی همراه است. بیشتر فعالیت‌های مربوط به این امر توسط پیمان کاران انجام می‌گیرد که در ظاهر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد را دارا هستند و منطقاً باید غیرانتفاعی باشند، اما در عمل به مراکز انتفاعی تبدیل شده‌اند که موجودیت خود را به تداوم چرخه باطل جمع‌آوری و رهاسازی بی خانمان‌ها گره زده‌اند. از این رو باید ضمن اصلاح سازوکارهای واگذاری خدمات حمایتی، جایگاه سازمان‌های مردم‌نهاد به عنوان سازمانی داوطلبانه و غیرانتفاعی در این زمینه مشخص شود و صرفاً در چارچوب وظایف و رسالت‌های اصلی آنها از ظرفیت‌شان استفاده شود.

تقویت نظارت تخصصی بر فعالیت دستگاه‌های فعال در زمینه مسائل آسیب دیدگان اجتماعی: فعالیت در نهادهای حمایتی، نیازمند تخصص و مهارت‌هایی است که لازمه موفقیت و کارایی در آن حوزه است. اما نکته بااهمیت در این زمینه تقویت سازوکارهای نظارتی بر فعالیت‌های این مجموعه است. اگرچه نظارت به‌عنوان یک ابزار مهم برای کارایی دستگاه تلقی می‌شود اما نیازمند لوازم و اقدامات تخصصی است و نمی‌توان در هر زمینه‌ای از یک الگوی مرسوم نظارتی استفاده کرد و به گزارش‌های شفاهی و غیرمستند اکتفا نمود. از این رو، برای تقویت نظارت خلاقانه بر فعالیت‌های مربوط به حمایت از آسیب دیدگان اجتماعی، ورود کارشناسان اجتماعی متخصص در این زمینه جهت فهم و رفع ابهامات و چگونگی اجرای فرایندها بسیار حائز اهمیت است. زیرا مهارت‌های انباشته شده دستگاه‌ها در مقاومت در پذیرش نواقص



و حواله کردن تقصیر به دستگاه‌های دیگر و ارائه گزارش‌های شفاهی، عاملی مهم در پاک کردن صورت مسئله به‌ویژه در حوزه آسیب‌ها و مسائل اجتماعی است که کار نظارت را بسیار سخت و دشوار کرده است. از این رو تقویت سازوکارهای نظارت تخصصی و خلاقانه از طریق لحاظ کردن ضمانت اجرایی مناسب برای قوانین می‌تواند راهگشا باشد.

جدول ۶. پیشنهاد توصیه سیاستی ویژه گزارشات راهبردی/نظارتی

زمان‌بندی اجرا (کوتاه‌مدت، میان‌مدت، بلندمدت)	دستگاه متولی	الزامات و قیود اجرایی	توصیه سیاستی	نوع توصیه		ردیف
				اصلاح	تداوم	
میان‌مدت	سازمان امور اجتماعی، سازمان بهزیستی، شهرداری‌ها، مجلس شورای اسلامی	لحاظ کردن تجارب موفق جهانی، توجه به تجارب طرح‌ها و برنامه‌های اجرا شده پیشین و ارزیابی کاستی و نواقص آنها، تقویت عنصر ضمانت اجرایی و هماهنگی نهادی	رفع خلأهای قانونی مربوط به مسئله آسیب‌دیدگان اجتماعی	**		۱
میان‌مدت	سازمان امور اجتماعی، سازمان بهزیستی، شهرداری‌ها، مجلس شورای اسلامی، سازمان مردم نهاد	ایجاد سازوکاری دقیق، کارشناسی و نظارت‌پذیر در واگذاری مسئولیت‌ها به نهادهای متولی، شفاف‌سازی وظایف و ماموریت‌ها	طراحی سازوکارهای لازم در تقویت هماهنگی نهادهای حمایتی	**		۲
کوتاه‌مدت	سازمان بهزیستی کل کشور، شهرداری‌ها، سازمان امور اجتماعی کشور، سازمان مردم نهاد و خیریه‌ها	تغییر سازوکار حمایت‌های اجتماعی از صرف نگاه درمانی و نوانخانه‌ای، به ارائه خدمات پایه از قبیل مسکن، تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی و مهارت‌آموزی و ایجاد انگیزه در خروج از وضعیت نابسامان خود، تأمین زیرساخت‌های شناسایی و تعیین و تعریف مدارک هویتی	تقویت سازوکارهای حمایتی پایدار و خلاقانه		*	۳
میان‌مدت	وزارت کشور-سازمان امور اجتماعی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی-سازمان بهزیستی، سازمان مردم نهاد و خیریه‌ها	شفافیت و نظارت کارآمد، مدیریت تعارض منافع و رتبه‌بندی سازمانهای مردمنهاد	اصلاح سازوکارهای واگذاری و برونسپاری خدمات حمایتی	**		۴
بلندمدت	مجلس شورای اسلامی، دیوان محاسبات، قوه قضاییه، سازمان بازرسی کشور، سازمان مردم نهاد و خیریه‌ها	بکارگیری کارشناسان اجتماعی متخصص، لحاظ کردن ضمانت اجرایی مناسب	تقویت نظارت تخصصی بر فعالیت دستگاه‌های فعال در زمینه مسائل آسیب‌دیدگان اجتماعی		*	۵

* تداوم یا تقویت آیتم‌ها یا اقدامات

** اصلاح رویه‌ها یا ایجاد سازوکارها



- [۱] یوسفوند، سامان (۱۴۰۲). درس آموخته‌های سیاستی مواجهه با فقرا و آسیب‌دیدگان اجتماعی در تاریخ ایران معاصر (۱)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۱۸۹۷۷.
- [۲] کرمانی، محسن، یوسفوند، سامان (۱۴۰۰). ارزیابی عملکرد قانون برنامه ششم توسعه در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۱۸۵۴۰.
- [۳] یوسفوند، سامان، محمدی، فاطمه (۱۴۰۲). ارزیابی حکمرانی مسائل و آسیب‌های اجتماعی در ایران (۱) (بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۱۸۹۱۹.
- [۴] کرمانی، محسن، گنجی، مرتضی (۱۴۰۲). بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۳۳): چالش‌های تنظیم‌گری در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل: ۱۹۰۹۶.
- [۵] رضانی، محمدعلی (۱۳۹۸). بررسی کارایی سیاست‌های ساماندهی بی‌خانمان‌ها در ایران، مجله مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی (مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری)، ۹ (۳۲).
- [۶] دولت‌آبادی، یحیی (۱۳۶۱). حیات یحیی (ج ۲)، چاپ سوم، نشر عطار و فردوسی، تهران.
- [۷] شهری‌باف، جعفر (۱۳۶۹). تاریخ اجتماعی تهران در قرن سیزدهم (ج ۱)، چاپ دوم، نشر رسا، تهران.
- [۸] مرکز مطالعات برنامه‌ریزی شهر تهران (۱۳۹۷). بررسی اقدامات شهرداری تهران در رسیدگی به زنان بی‌سرپناه (مطالعه موردی سامان سرای لویزان، نیلوفری آفتاب و بهاران بانوان).
- [۹] سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی (۱۳۹۹). گزارش تحلیلی فعالیت‌های یک دهه اخیر سازمان رفاه، خدمات و مشارکت‌های اجتماعی (۱۳۸۹-۱۳۹۸).
- [۱۰] پارلیو، ان وینسنت (۱۳۹۹). دانشنامه مسائل اجتماعی. مترجمان: هوشنگ ناییبی و همکاران. تهران، انتشارات پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

[11] Tsemberis, S. Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*, 2011. 5. (2).

[12] Burt, M.R. What will it take to end homelessness? 2001.

[13] Ridgway, P. and A.M. Zippel, The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1990. 13 (4): p. 11.

[14] Carling, P.J. Major mental illness, housing, and supports: The promise of community integration. *American psychologist*, 1990. 45(8): p. 969.

[15] Johnson, G., S. Parkinson, and C. Parsell, Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia. Australian Housing and Urban Research Institute Limited, Melbourne, Final Report, 2012. (184).

[16] Pleace, N. Evaluating homelessness services and strategies: A Review. Centre for Housing Policy European Observatory on Homelessness and the University of York, United Kingdom, 2013.



[17] Department of Housing. P.a.L.G., Housing First National Implementation Plan. 2017. pp. 2021-2018 Rebuilding Ireland.

[18] Stefancic, A. and S. Tsemberis. Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. The journal of primary prevention: 28. 2007, pp. 265-279.

[19] Kaakinen, J. The programme to reduce long-term homelessness 2008-2011 Final Report. 2012.

گزیده سیاستی

کنترل و کاهش بی‌خانمانی به عنوان یکی از پیچیده‌ترین مسائل اجتماعی؛ نیازمند اتخاذ رویکردی کارشناسی و بلندمدت است. تجارب موفق جهانی در این زمینه، از الزام در اولویت‌بخشی به تأمین مسکن مددجویان حکایت دارد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰؛ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵؛ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir