

بهداشت و توسعه*

با نگاهی بر عملکرد برنامه پنجساله اول جمهوری اسلامی ایران در خصوص

راهبرد اولویت بهداشت بر درمان*

نویسنده: مهدی بازوکی*

چکیده

در آغاز مقاله، در مورد مبانی نظری ارتباط بهداشت و توسعه و اهمیت منابع انسانی در فرایند توسعه بحث می‌شود و بر لزوم توجه به بعد انسانی در فرایند تعدیل تأکید می‌گردد. در این مبحث، توسعه انسانی فرایندی است از گسترش گزینه‌های مردم و مهمترین این گزینه‌ها، عبارتند از: برخورداری از عمر طولانی و سالم، دسترسی به آموزش و پرورش و بهره‌مندی از سطح زندگی مناسب. در ادامه، با تأکید بر اولویت بهداشت بر درمان، عملکرد برنامه پنجساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بررسی می‌گردد و با ذکر نارسایی‌های موجود، نتیجه‌گیری می‌شود که اگر در ایران، نیمی از بودجه‌هایی که از محل منابع دولتی صرف ساخت و ساز بیمارستانها می‌شود، فقط برای مدت پنج سال صرف بهداشت و ایجاد لوله‌کشی آب سالم در روستاها و شهرهای کوچک شود، اثری به مراتب بهتر در حرکت توسعه، به حای می‌گذارد. برای تحقق این امر، باید با تحول در برنامه‌های کلان دولت، یک نظام کارآمد بهداشتی طراحی و اجرا شود.

* مقاله ارائه شده در گردهمایی جمعیت، توسعه و تأمین آب آشامیدنی روستا که در تاریخ اردیبهشت ۱۳۷۴ در استان مازندران برگزار گردید.

* مدیر کل مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات سازمان برنامه و بودجه

مقدمه

اهمیت بهداشت در زندگی انسانها و توجه به مطالعه اقتصاد تندرستی و رابطه آن با توسعه اقتصادی، بر کسی پوشیده نیست. در این بررسی، در آغاز، تعریف جامعی از دو اصطلاح "توسعه اقتصادی" و "بهداشت" به دست خواهیم داد، چرا که در جامعه ما هنوز این دو اصطلاح به صورتی تعریف نشده است که مورد قبول نسبی عام باشند و چنین به نظر می‌رسد که تعبیرهای گوناگون از این اصطلاحات در اذهان وجود دارد. مطالب این مقاله، در چند قسمت، به شرح زیر، تنظیم شده است که در هر قسمت هم اشاره‌ای به ایران خواهیم داشت.

۱. مفهوم توسعه اقتصادی

۲. مبانی نظری ارتباط بهداشت و توسعه

۳. منابع انسانی در فرایند توسعه

۴. بعد انسانی در فرایند تعدیل

۵. بررسی راهبرد اولویت بهداشت بر درمان، با نگاهی به عملکرد برنامه پنجساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.

۱. مفهوم توسعه اقتصادی

امروزه در جامعه ما، اصطلاح "توسعه" کاربرد عام پیدا کرده است و پیوسته این اصطلاح را می‌شنویم و می‌خوانیم. توسعه اقتصادی، در کاربردهای روزمره آن به معانی گوناگون به کار گرفته شده است، از جمله، تندرستی جامعه، افزایش تولید، ارتقای سطح زندگی، ارتقای سطح خدمات بهداشتی و درمانی، بر طرف کردن مشکلات بیکاری و تورم، تأمین نیازهای اساسی مردم، رهایی از وابستگی اقتصادی، افزایش بازدهی و جز اینها.

بدیهی است که از نظر روش شناسی علمی نمی‌توان پدیده توسعه اقتصادی را بر پایه سلیقه‌ها، برداشتها یا خواسته‌های شخصی تعریف نمود و باید به تعریف علمی آن پرداخت. در این مقاله، به دنبال آن نیستیم که به تفصیل به بحث در این باره بپردازیم. بنابراین، به طور خلاصه می‌توان گفت: اولاً مفهوم توسعه اقتصادی مفهومی عینی است و نه مفهوم ذهنی؛ ثانیاً مفهوم توسعه اقتصادی

مفهومی تاریخی است و نه مفهومی ازلی و ابدی. بدین روی، برای شناخت این مفهوم از دید علمی می‌توان از دو روش استفاده کرد: اول، روش مطالعه عینی پدیده توسعه یافتگی، و دوم، روش مطالعه تاریخی این مفهوم.

در روش اول، در دنیای امروز کشورهای جهان به دو گروه تقسیم شده‌اند: یک گروه از کشورها را از دید اقتصادی توسعه یافته و دسته دیگر را توسعه نیافته می‌نامیم.

این واقعیت عینی باعث طرح مفهوم توسعه اقتصادی شده است. اگر به مطالعه دقیق کشورهای توسعه یافته پردازیم باید ببینیم وجه اصلی مشترک توسعه یافته‌ها در چیست؟ و چه وجوه مشترکی باعث شده است که این گروه از کشورها در یک مجموعه قرار گیرند. همه صاحب‌نظران توسعه اقتصادی می‌پذیرند که در وضعیت کنونی جهان، کشورهایی از قبیل آلمان، ژاپن، فرانسه، انگلستان، دانمارک، سوئد، سوئیس، آمریکا، کانادا و چند کشور کوچک دیگر اروپایی، همگی از نظر اقتصادی توسعه یافته به شمار می‌روند. کدام ویژگی باعث شده است که این کشورها را توسعه یافته بدانیم؟ آیا این کشورها در یک یا چند زمینه از حوزه‌های وسعت جغرافیایی، حجم جمعیت، میزان دخالت‌های دولت در اقتصاد، وضعیت آب و هوا، ارزشهای فرهنگی و نظام تأمین اجتماعی، دارای تشابهات اساسی هستند؟ به نظر می‌رسد که پاسخ همه این پرسشها منفی باشد. بررسی دقیق نشان می‌دهد که تنها وجه مشترک اصلی بین این مجموعه از کشورها براساس واقعیت عینی این است که همه این کشورها در کوشش برای ساماندهی به وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی خود توانسته‌اند به سطح بالایی از علوم و فنون نوین دست یابند و این علوم و فنون را در زندگی خود به کار بگیرند. این کشورها توانایی درون‌زا نمودن گسترش علمی و فنی جامعه را به دست آورده‌اند و از دستاوردهای علمی و فنی تولید مربوط به دوران انقلاب صنعتی و پس از آن در وجوه مختلف زندگی خویش سودجسته‌اند.

بنابراین، اگر توسعه اقتصادی را از طریق روش اول، یعنی روش عینی، مطالعه کنیم خواهیم دید که توسعه اقتصادی، معادل است با متکی کردن تولید بر مبنای علمی و فنی نوین. اما اگر به روش دوم، یعنی از دیدگاه روش تاریخی به بررسی مسئله توسعه اقتصادی بنگریم، باز هم به همان نتیجه خواهیم رسید، یعنی با این روش نیز می‌بینیم که اصطلاح توسعه اقتصادی، از

زمانی مطرح می‌گردد که انقلاب صنعتی ثمربخشی خود را آغاز کرده است. بدین ترتیب، این اصطلاح همراه با تحولات نوین‌سازی پایه‌های علمی و فنی تولید مطرح می‌شود. بنابراین، روشن است که زادگاه مفهوم توسعه اقتصادی در بطن همان فرایندی است که امروزه به نام انقلاب صنعتی شناخته می‌شود. همه کشورهای که توانسته‌اند این تحول بسیار گسترده و همه‌جانبه را در مبانی فنی تولید پدید آورند، کشورهای توسعه یافته، و آنها که از این فرایند دور مانده‌اند، توسعه نیافته به شمار می‌روند.

بنابراین، با توجه به روشهای مطالعه عینی و تاریخی کشورهای توسعه یافته امروزی می‌توان گفت: توسعه فرایندی است که طی آن مبانی علمی و فنی تولید از وضعیت سنتی به "نوین" متحول می‌شود.

بررسیها نشان می‌دهد که تفاوت اصلی مفهوم رشد اقتصادی با مفهوم توسعه اقتصادی در این نکته نهفته است که رشد اقتصادی مفهومی است که صرفاً بیان‌کننده افزایشهای کلی تولید در جامعه است، در حالی که توسعه اقتصادی فرایندی پویاست که در آن، تنها بخشی از افزایشهای تولید و ظرفیت تولیدی که متکی بر گسترش مبانی علمی و فنی و درون‌زا شدن این مبانی است، مورد عنایت قرار می‌گیرد. برای نمونه، افزایش تولید ملی در کشوری مانند ایران در زمینه‌هایی از قبیل افزایش تولید نفت و افزایش تعداد واحدهای تولیدی را، در صورتی که این افزایش تولید در راستای تحول مبانی علمی و فنی تولید نباشد، نمی‌توان به حساب توسعه اقتصادی جامعه منظور کرد، در حالی که هر تحولی، حتی کوچکترین تحول در مبانی علمی و فنی تولید، می‌تواند گامی بلند در جهت توسعه اقتصادی باشد. از این رو، مقایسه دو جامعه با دو رشد اقتصادی متفاوت به مفهوم آن نیست که جامعه با رشد اقتصادی بیشتر، لزوماً سریعتر از جامعه دیگر به سمت توسعه واقعی پیش می‌رود. همان طور که در شمای نمونه زیر می‌بینید، در دو کشور فرضی "الف" و "ب"، رشد بیشتر به معنای توسعه نیست، بلکه رشدی حاکی از توسعه است که در جهت تغییر مبانی علمی و فنی تولید باشد. بدین ترتیب، رشد درون‌زا، ما را به سمت توسعه اقتصادی رهنمون می‌شود.

شمای نظری راهبرد دو کشور فرضی

کشورهای فرضی	راهبرد کنونی	نتایج آتی
کشور "الف"	رشد اقتصادی معقول، ولی متکی بر مبانی علمی و فنی تولید	هر گونه رشد اقتصادی در آینده به مفهوم توسعه است
کشور "ب"	رشد اقتصادی بالا، ناشی از ثروت فروشی بدون توجه به تحول در مبانی علمی و فنی تولید (رشد برونزا)	عدم کارایی اقتصادی، وابستگی اقتصادی، عدم تعادل اقتصادی، توزیع ناعادلانه درآمدها، گسترش فقر عمومی، توسعه نیافتگی

با توجه به اینکه موضوع بحث اصلی ما بهداشت و توسعه اقتصادی است، باید اشاره نماییم که فرایند توسعه، به شیوه‌های گوناگون در کشورهای توسعه یافته دنبال گردیده است، اما در موقعیت فعلی، با توجه به واقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی دنیای کنونی، به نظر می‌رسد که تحقق توسعه اقتصادی کشورهای در حال توسعه، در گرو تدوین و به کارگیری مجموعه‌ای از راهبردهای مناسب در حوزه‌های فرهنگ، آموزش‌های مناسب توسعه‌ای، انباشت سرمایه، مدیریت، نظام اقتصادی مناسب و حفظ امنیت و ثبات نظام است.

آخرین نکته در این زمینه این است که عوامل یادشده، مؤلفه‌هایی هستند که باید به صورت یک مجموعه هماهنگ توسعه و گسترش یابند و نبود هر یک از این عوامل، حتی در صورت تحقق سایر عوامل، باز هم فرایند توسعه را دچار توقف خواهد کرد. به بیان دیگر، توسعه اقتصادی، مجموعه‌ای به هم پیوسته است و تحقق آن، مستلزم سلامت تمام اجزای مجموعه است. در اینجا، بیان این نکته ضروری است که توسعه اقتصادی مشکل اصلی در همه زمینه‌های اقتصادی است و بدون تحقق توسعه اقتصادی، حل مشکلاتی از قبیل بیکاری، احساس نگرانی نسبت به آینده، تورم فزاینده و مانند آنها مقدور نیست.

۲. مبانی نظری ارتباط بهداشت و توسعه

با توجه به نقش تندرستی در زندگی انسانها و هدف توسعه اقتصادی و اجتماعی، که در نهایت، به

رفاه انسانها می‌انجامد، هدف کلی این بررسی، ترسیم خطوط کلی سیاست اقتصاد بهداشت براساس مباحث توسعه اقتصادی است. نظر به اینکه آموزش و پرورش، و بهداشت و درمان، به درستی پایه‌های اصلی سرمایه‌گذاری عمومی تلقی می‌شود، در آن دسته از کشورهای در حال توسعه که زیر ساخت اجتماعی و اقتصادی موجود سست‌تر از آن است که بتوان بر پایه آن یک اقتصاد پویا و مستقل را بنا نهاد، بنابر دلایل گوناگون، از قبیل نظام اجرایی غلط ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، و عدم توجه به بخش بهداشت، کشورهای در حال توسعه، سهم کمتری از منابع خود را به این بخش اختصاص داده‌اند، به طوری که در گزارش بانک جهانی (World Bank, 1981) آمده است، در کشورهای توسعه یافته، نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان به محصول ناخالص داخلی، به مراتب بالاتر از کشورهای در حال توسعه است. برای نمونه، همان طور که در جدولهای ۱ و ۲ در پایان مقاله می‌بینید، در ایران، در سال ۱۳۷۲، این نسبت بیش از ۴/۴۴ درصد بوده است که از بسیاری کشورهای در حال توسعه بالاتر است، ولی هنوز کافی نیست. اما نکته اساسی در این است که بین دو زیر بخش بهداشت و درمان نیز توزیع منابع بهینه نیست، و سهم اندکی از این هزینه صرف امور بهداشتی می‌شود. در مبحث بعدی به تفصیل در این مورد به بحث می‌پردازیم.

البته در دنیای امروز، برخورداری از بهداشت و درمان، از حقوق مسلم انسانها به شمار می‌رود، زیرا بهبود بخشیدن به وضع تندرستی و تدارک خدمات بهداشتی و درمانی، یکی از جنبه‌های اساسی توسعه اجتماعی و اقتصادی را تشکیل می‌دهد و باعث افزایش کارایی می‌شود.

بنابراین، سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت، همچون دیگر بخشهای اجتماعی، در الگوی برنامه‌ریزی و توسعه منابع انسانی، جزو سرمایه‌گذاریهای زیربنایی تلقی می‌شود و از عوامل اساسی توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می‌آید. توسعه، در اصل، مرحله‌گذر از یک سطح زندگی به سطح زندگی بالاتر است. به گفته مایکل تودارو (تودارو، ۱۳۶۶، ص ۱۳۶) توسعه به معنای ارتقای مستمر کل جامعه و نظام اجتماعی به سوی زندگی بهتر یا انسانی‌تر است. برای درک معنای "درونی" توسعه باید سه ارزش اصلی به عنوان پایه فکری و رهنمود عملی در نظر گرفته شوند. این ارزشهای اصلی، عبارتند از: ۱) معاش زندگی (قدرت تأمین نیازهای اساسی، از قبیل غذا، مسکن، بهداشت و امنیت و مانند اینها)، ۲) اعتماد به نفس، ۳) آزادی از قید بردگی (توانایی انتخاب داشتن).

روشن است که بدون بهبود سطح زندگی مردم در داخل هر کشور، عملاً آمیدی به توسعه وجود

نخواهد داشت، بنابراین، در گذار از حالت توسعه نیافتگی مزمن به توسعه یافتگی، بهبود سطح زندگی مردم باید از اولویت برخوردار باشد، به همین دلیل است که اقتصاد نقش اصلی را در فرایند توسعه ایفا می‌کند.

۳. منابع انسانی در فرایند توسعه

بسیاری از کشورهای در حال توسعه با عرضه فراوان دو عامل عمده از منابع رو به زو هستند: زمین و مردم. عدم استفاده بهینه از عامل اول (زمین) و غفلت از عامل دوم (مردم) از ویژگیهای بسیاری از کشورهای در حال توسعه است. به گفته محبوب الحق - وزیر سابق برنامه‌ریزی پاکستان و رئیس سابق میزگرد شمال و جنوب - "محصول ناخالص ملی را می‌توان افزایش داد، اما هدف نهایی توسعه، رفاه انسانهاست، نه ارقام مربوط به محصول ناخالص ملی" (Mahbub-ul-Haq, 1988). محبوب الحق با طرح بعد انسانی، برای نقش مردم در فرایند توسعه اهمیت فراوانی قابل است، زیرا مردم ثروت واقعی هر ملت را تشکیل می‌دهند. هدف اساسی توسعه ایجاد محیطی توانبخش برای مردم است تا از عمری طولانی، سالم و خلاق برخوردار گردند. این نکته ممکن است حقیقتی ساده به نظر آید، لکن امروزه به دلیل وابستگی و توجه به اندوختن ثروت مالی، غالباً از این معنا غفلت می‌شود.

اساساً دشوارترین کار در زندگی، کشف بدیهیات است. در پی دهه‌های بسیاری که از کار توسعه سپری شده است، این واقعیت بدیهی را دگر باره کشف می‌کنیم که مردم هم وسیله توسعه اقتصادی هستند و هم هدف آن. به همین سبب بود که چرچیل، سیاستمدار بزرگ، فریاد می‌زد: "هیچ سرمایه‌گذاری عالی‌تر از رساندن شیر به کودکان نیست." در مباحث اقتصادی، هنگامی که درباره وسایل توسعه صحبت می‌کنیم، غالباً سرمایه برای سرمایه‌گذاری از ما مد نظر داریم. در واقع، می‌توان گفت که سرمایه فیزیکی، صحنه را در انحصار خود دارد. امروزه بسیاری از جوامع به رغم برخورداری از سرمایه مالی فراوان، از توسعه باز مانده‌اند. تجربه کشورهای اوپک، نمونه مناسبی از این مقوله است. در تحلیل نهایی می‌توان گفت که نبود سرمایه انسانی و نهادها و نهادها و نهادها نهایی انسانی بود که تبدیل عواید عظیم و بادآورده کشورهای عضو اوپک به وضعیت واقعی توسعه سرمایه

ناممکن ساخت. در بسیاری از کشورها، ممکن است به موازات افزایش محصول ناخالص ملی، سطح زندگی انسانها افت نماید. برای مثال، سریلانکا (با درآمد سرانه‌ای معادل ۴۰۰ دلار) از امید به زندگی بالغ بر ۷۰ سال برخوردار است که با امید به زندگی در جمهوری کره (درآمد سرانه ۲۶۹۰ دلار)، ونزوئلا (درآمد سرانه ۳۲۳۰ دلار) و امارات متحده عربی (درآمد سرانه ۱۵۸۳۰ دلار) همسطح است (گزیده مسائل اقتصادی - اجتماعی، ۱۳۶۹، ص ۷). پیشرفتهای سریع در بهداشت و تغذیه بود که این موفقیت‌های استثنایی را در سریلانکا امکانپذیر ساخت.

بر اساس بعد انسانی در برنامه‌ریزی توسعه، هدف‌های برنامه باید برحسب نیازهای اساسی انسانی بیان شود و تنها در مرحله بعد است که باید به صورت هدف‌های فیزیکی در زمینه تولید و مصرف ارائه شود. این گفته بدان معناست که دست کم از بابت سطوح متوسط تغذیه، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، مسکن، حمل و نقل و مانند اینها، هدف‌ها به روشنی مشخص شود.

۴. بعد انسانی در فرایند تعدیل

فرایند توسعه طی چهار دهه اخیر نشان می‌دهد که توجه ناکافی به بعد انسانی توسعه، یکی از موانع مهم در راه پیشرفت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بسیاری از کشورهای در حال توسعه است. این غفلت، به واسطه فشارها و مشکلات اقتصادی اخیر شدت یافته است. به دنبال انعکاس بحرانهای نفتی و غذایی، بدهیها و کسریهای بودجه در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ شاهد تعدیلهای اقتصادی متوالی هستیم که موجب چرخش در جهتگیری سیاستگذاران در سطح ملی و بین‌المللی از هدف‌های دراز مدت فقرزدایی و تقویت بعد انسانی توسعه، به سوی مسائل کوتاه مدتی از قبیل جذب سرمایه‌گذاری خارجی، کاستن از کسری بودجه و مانند اینها شده است. در زمینه توجه به بعد انسانی در فرایند تعدیل باید این واقعیت را پذیرفت که هر فرایند تعدیلی که متضمن پیشبرد توسعه انسانی نباشد، محکوم به شکستی اندوهبار است.

توسعه انسانی

توسعه انسانی، فرایندی از گسترش گزینه‌های مردم است. مهمترین این گزینه‌ها، عبارتند از برخورداری از عمر طولانی و سالم، دسترسی به آموزش و پرورش و بهره‌مندی از سطح زندگی

مناسب.

سازمان ملل، دهه ۱۹۹۰ را دهه توسعه انسانی نامیده است و براساس گزارشهای منتشر شده شاخصهای کلیدی، اندازه گیری توسعه انسانی بر سه محور اساسی حیات بشری، یعنی طول عمر، سطح دانش و سطح معاش آبرومندانه تمرکز یافته است. برای مثال، طول عمر، با تغذیه مناسب، تندرستی و آموزش و پرورش و سایر توفیقه‌های ارزنده، رابطه‌ای نزدیک دارد. از این روی، شاخص امید به زندگی، مقیاسی است که متغیرهای مهم دیگری را در توسعه انسانی باز می‌نماید. برنامه‌ریزان توسعه ملی اگر خواستار توسعه انسانی می‌باشند، باید هدفهای ملی مربوط به جامعه خود را طی سالهای برنامه‌ریزی برحسب عواملی از قبیل طول عمر، دسترسی به امکانات زندگی مناسب، از جمله آب آشامیدنی سالم، نحوه تغذیه، میزان سواد و مانند اینها تنظیم نمایند تا از مزایای توسعه انسانی بهره گیرند.

۵. بررسی راهبرد اولویت بهداشت بر درمان، با نگاهی به عملکرد برنامه پنجساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

ما معمولاً تمایل داریم فکر کنیم که خدمات بهداشتی همان خدمات پزشکی است، و بهداشت جامعه را با شمار سرانه پزشک و تخت بیمارستانی می‌بینیم. در واقع، در بسیاری از کشورهای جهان سوم، پزشکان و تکنولوژیهای پزشکی ۶۰ تا ۸۰ درصد از بودجه بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند، ولی تنها ۱۵ درصد از مردم از این تسهیلات بهره‌مند می‌شوند (UNICEF, 1989). در سال ۱۹۷۸، سازمان بهداشت جهانی در شهر آلمان‌آتا در شوروی سابق تشکیل جلسه داد و "بهداشت برای همگان تا سال ۲۰۰۰ را به عنوان هدف خود برگزید و اعلام شد که خدمات بهداشتی اولیه بیشتر بر پیشگیری تأکید دارد تا بر درمان، و بیشتر بر درمانگاههای روستایی کوچک و سیار تکیه دارد تا بر مراکز بیمارستانی در مراکز شهری بزرگ و کوچک، و بیشتر بر بهداشتکاران آموزش دیده محلی تأکید می‌ورزد تا بر پزشکان. هدف خدمات بهداشتی اولیه نیز توجه بیشتر به کودکان و زنان است که در مقابل بیماریهای مسری قابل پیشگیری بیشترین آسیب پذیری را دارند. بیشتر کشورهای خاورمیانه از این رویکرد که در بیانیه "آلمان‌آتا" تصویب شده بود، پشتیبانی کردند.

برای مثال، در ایران طراحان برنامه پنجساله اول جمهوری اسلامی (۱۳۶۸-۱۳۷۲)، نخستین هدف برنامه در بخش بهداشت و درمان را "تأمین بهداشت برای همه تا سال ۱۳۷۹" قرار داده‌اند و اولین راهبرد بخش برای رسیدن به این هدف را "اولویت بهداشت بر درمان" در نظر گرفتند. به طور کلی، تمام هدفها و راهبردهای برنامه اول در شعار "در جهت اولویت بهداشت بر درمان بوده است. البته فقط به زوی کاغذ چنین بود، زیرا در عمل، بیشتر منابع به بخش درمان اختصاص یافت. البته اولویت بهداشت به مفهوم نفی درمان نیست، بلکه اگر براساس مبنای علمی اقتصاد توسعه به تخصیص بهینه منابع بخش بهداشت و درمان کشور پردازیم، از یک سوی، دسترسی به اصول بهداشتی، تقاضای بخش درمان را کاهش می‌دهد، و از سوی دیگر، به سلامت جامعه کمک می‌نماید. اما متأسفانه به دلیل بینش سنتی حاکم بر بخش بهداشت و درمان کشور، نبود بینش توسعه‌ای، هم اکنون در حدود ۱۵۰ واحد بیمارستانی فقط از محل منابع دولتی (بیش از ۱۵۰۰۰ تخت) و حدود ۱۰۰۰۰ تخت نیز از محل بودجه سازمان تأمین اجتماعی در حال احداث می‌باشد. بنا بر یک بررسی کارشناسانه (مجلس و پژوهش، ۱۳۷۲، ص ۱۶۵) برای اتمام طرحهای نیمه تمام بیمارستانی براساس شاخص قیمت‌های سال ۱۳۷۲ در حدود ۱۴۰۰ میلیارد ریال اعتبار نیاز دارد، با توجه به اینکه طول دوره ساخت یک بیمارستان در ایران دست کم ۱۰ سال و حداکثر ۲۵ سال می‌باشد. غالب طرحهای عمرانی بیمارستانی بر اساس نقشه‌های غیرمعتبر به لحاظ علمی و با فاصله زمانی ۳۰ ساله از دنیا ساخته می‌شوند.

قابل توجه است که با امکانات فیزیکی کشور، ساخت و ساز بیش از ۵۰ واحد بیمارستانی میسر نیست، ولی براساس محاسبه‌های غیر علمی در قانون برنامه پنجساله اول، ساخت بیمارستانها را بدون توجه به محدودیت اعتبار و صرفاً بر پایه خواسته‌های سیاسی و غیرمنطقی، در دستور کار قرار داده‌ایم. بدین ترتیب، هر سال میلیاردها ریال به عنوان تعدیل به پیمانکاران داده و منافع شرکت‌های مشاور و دیگران را تأمین نموده‌ایم. چالب توجه است که هم اکنون بیش از ۱۰ واحد درمانی که پس از پیروزی انقلاب اسلامی ساخته شده، به سبب نبود پزشک متخصص، به صورت درمانگاه اداره می‌شود یا بدون استفاده رها شده است. آیا منطقی است در مناطق محرومی که مردم دسترسی به آب آشامیدنی سالم ندارند، به ساخت بیمارستانی با هزینه‌ای بیش از ۵۰۰ میلیون تومان پردازیم که معلوم نیست چه زمانی به پایان می‌رسد؟ برای مثال، حتی یک تخت از ۸۰۰۰ تخت بیمارستانی غیرآموزشی، شروع شده در سالهای برنامه اول جمهوری اسلامی، به

بهره‌برداری نرسیده، در حالی که در گزارش عملکرد برنامه اول آمده است (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۳ الف).

تعداد تخت‌های بیمارستانی از ۷۷۰۰۰ تخت در سال ۱۳۶۷ به ۹۳۰۰۰ تخت در سال ۱۳۷۲ افزایش یافته است، یعنی ۱۰۰ درصد هدف برنامه تحقق یافته است و حتی از برنامه نیز به ظاهر جلو افتاده‌ایم. اما در همان گزارش عملکرد می‌خوانیم که ضریب سالانه اشغال تخت از ۲۴۴ روز در اول برنامه، به ۲۹۸ روز در پایان برنامه کاهش یافته که نشانه ضعف و نارسایی در بهره‌وری مناسب از ظرفیت درمان بستری کشور است (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۳ ب).

در گزارش رئیس سازمان برنامه و بودجه به رئیس جمهور آمده است که ضریب کارایی تخت‌های بیمارستانی در حال حاضر ۴۶ درصد است، و به عنوان مثال، ضریب اشغال تخت‌های بیمارستانی در استان گیلان ۳۴ درصد، بیمارستان بم ۱۱ درصد، بیمارستان شادگان ۱۵ درصد، بیمارستان اسفراین ۲۰ درصد و بیمارستان صومعه‌سرا ۳۰ درصد ذکر شده، حال آنکه رقم استاندارد در این زمینه ۸۰ درصد است.^۱

در اینجا، این پرسش مطرح می‌شود که وقتی نمی‌توانیم از ظرفیت تخت‌های موجود بیمارستانی به نحو بهینه استفاده نماییم، چگونه ساخت حدود ۱۹۰ بیمارستان از محل منابع عمومی کشور توجیه پذیر است؟ با این تفکر غیر توسعه‌ای حاکم بر بخش بهداشت و درمان، بعید به نظر می‌رسد که در آینده‌ای نزدیک تحولی در جهت کارایی بخش صورت بگیرد. این نکته، شایان یادآوری است که این جلو افتادن از برنامه در حالی بوده است که هنوز شمار زیادی از بیمارستان‌های شروع شده در سال‌های پیش از برنامه اول به بهره‌برداری نرسیده است و خوشبختانه تعداد اندکی نیز متوقف شده است که عملاً به دلیل کمبود اعتبار بوده است. قابل توجه است که بعضی از این بیمارستان‌ها در مناطقی از کشور در حال احداث است که مردم به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند. برای نمونه، در بندر لنگه در بیمارستان فعلی، ضریب کارایی تخت بیمارستانی فاصله بسیار با رقم استاندارد فاصله دارد و مردم در زمینه آب آشامیدنی با مشکل رو به رو هستند، ولی بیمارستان ۶۴ تختی جدیدی با زیربنای بیش از ۱۰۰۰۰ مترمربع در حال احداث است. امروزه در کشورهای توسعه یافته‌ای همچون انگلیس و آلمان، سرانه زیربنای هر تخت بیمارستانی، زیر ۷۰ مترمربع

است. در کشور ما در دهه آخر سده بیستم، دستگاههای اجرایی به دلیل وجود بینش سنتی و روشهای تولید پیش از انقلاب صنعتی، به ساخت و ساز بیمارستانی با زیربنای بالغ بر ۱۵۰ مترمربع می پردازند، که با هیچ اصل علمی توجیه پذیر نیست و این روش غیر توسعه ای در حالی است که هر روز در دنیا تکنولوژی پزشکی در جهت تکامل در حال تحول است. همچنین در کشورهای توسعه یافته، بعضی از بیماران بستری به صورت سرپایی مداوا می شوند. اتفاقاً یکی از تفاوت های اساسی ممالک توسعه یافته و توسعه نیافته، در انتخاب همین روشهای اجرایی می باشد که در جهان توسعه یافته روشهای تولیدی متکی بر مبانی علمی است و در دنیای توسعه نیافته متکی بر آزمون و خطا.

بهداشت

باید توجه داشته باشیم که وقتی می گویم "بهداشت"، هدفمان پیشگیری است نه درمان، از این رو، بهداشت، عبارت است از مجموعه فعالیتهایی که در جهت جلوگیری از شروع و شیوع بیماری، به منظور سلامت جامعه به انجام می رسد. تأمین آب سالم، احداث حمام و غسلخانه و ایجاد شبکه های دفع فضولات دامی و انسانی، از اهم این فعالیتها به شمار می رود.

دسترسی به آب سالم و بهداشتی، یکی از عوامل مهم تندرستی، و در نتیجه، کاهش دهنده هزینه های سنگین درمانی است. منظور از شاخص "دسترسی به آب سالم"، درصدی از جمعیت است که به آب سالم، شامل آب تصفیه شده یا آبهای تصفیه نشده ولی غیر آلوده، از قبیل چشمه ها، آبهای بهداشتی و از مجاری حفاظت شده، دسترسی دارند. آمارهای مختلف مؤید این مسئله است. بنا بر گزارش عملکرد برنامه اول جمهوری اسلامی، در خصوص تأمین و لوله کشی آب آشامیدنی به روستاها، طبق هدف برنامه قرار بوده است که روستاهای لوله کشی شده، از ۲۶۰۰۰ روستا در سال ۱۳۶۷، به ۳۵۳۴۰ روستا در پایان برنامه برسد، در حالی که عملاً به ۲۹۰۰۰ روستا در سال ۱۳۷۲ رسیده است. بدین ترتیب، ۸۲ درصد از هدف برنامه تحقق یافته است (جدول ۴). در اینجا، این پرسش اساسی مطرح می شود که براساس اصول علمی و مبانی تئوریکهای توسعه و با عنایت به اولویت بهداشت بر درمان، چگونه است، در حالی که ظرفیتهای درمانی موجود که فاقد استفاده بهینه می باشد حتی بیش از هدف تحقق یافته است، ولی لوله کشی آب در روستاها که به عنوان یکی از شاخصهای مهم زیربخش بهداشت به شمار می رود، حتی از هدفهای برنامه عقب

افتاده است. به نظر می‌رسد که ما هنوز بهداشت را به عنوان یک کالای عمومی^۱ در فرایند توسعه اقتصادی نپذیرفته‌ایم. تجربه سایر کشورها نیز آموزنده است. برای نمونه، تعداد پزشک به نسبت جمعیت در کویت، بیش از نسبت مربوط به کشور سوئیس است. لکن نرخ مرگ و میر اطفال در کویت هنوز چهار برابر نرخ مربوط به سوئیس است. این نمونه، تأییدی بر این استدلال است که به صرف وجود پزشک به اندازه کافی، سلامت جامعه تضمین نمی‌شود (گزیده مسائل اقتصادی - اجتماعی، ۱۳۶۹). نمونه بسیار جالب دیگر، اقدامی است که در پاکستان در زمان وزارت برنامه‌ریزی محبوب الحق انجام گرفت. وی در سخنرانی در جمع کارشناسان ارشد سازمان ملل می‌گوید:

پنج سال پیش، ۵ درصد کودکان پاکستانی واکسیناسیون می‌شدند، ولی این نسبت، اکنون به ۷۵ درصد رسیده است و یکی از چشمگیرترین نمونه‌ها در زمینه حفظ جان کودکان بوده است. زیرا در حال حاضر از مرگ ۱۰۰۰۰۰ کودک در سال جلوگیری می‌شود. آیا برای انجام این کار ما به کمک خارجی بیشتری نیاز پیدا کردیم؟ آیا مجبور شدیم میزان رشد خود را کاهش دهیم؟ نه، تنها کاری که کردیم این بود که احداث یک باب بیمارستان گرانقیمت شهری را پنج سال به تعویق انداختیم. همین اقدام به تنهایی تمام هزینه برنامه مصون‌سازی کودکان کشور را تأمین کرد (Mahbul-ul-Hag, 1988).

متأسفانه متخصصان پزشکی بیشتر تمایل دارند به نقطه مقابل بهداشت، یعنی بیماری و درمان توجه نمایند، در حالی که باید متوجه این نکته اساسی بود که برای پرداختن به علل ریشه‌های بحران بهداشت، دخالت‌های سیاسی لازم است و نه فنی. این وظیفه اساسی دولتهاست که در کشورهای در حال توسعه، سکاندار راهبرد اولویت بهداشت بر درمان باشند. همان‌طور که می‌دانیم، بهداشت به عنوان مقیاسی است برای سنجش اینکه یک نظام اقتصادی سیاسی تا چه حد نیازهای اساسی یک ملت را برآورده می‌سازد. به همین لحاظ، بهداشت برای مردم تمام جوامع دارای اهمیت فراوان است.

نتیجه‌گیری

در کشورهای در حال توسعه، هدف اولیه بهداشت باید براساس تهیه آب سالم، بهزیستی محیط،

تغذیه کافی و غیر آلوده باشد، همه اینها وجود منابع آب سالم و کافی، گردآوری و دفع بهداشتی فضولات انسانی، گردآوری و دفع بهداشتی زباله، برنامه ریزی و کنترل شهرنشینی، توجه به مسکن مناسب، کنترل آلودگیها، بهداشت مواد غذایی و بهداشت تنظیم خانواده را اقتضا می کند. جان کلام اینکه ایجاد تدابیر بهداشتی باید در ارتباط با توسعه اقتصادی و اجتماعی و خواست واقعی جامعه باشد.

در پایان، گفتنی است که اگر در ایران، نیمی از بودجه هایی که از محل منابع دولتی صرف ساخت بیمارستانها می شود، فقط برای مدت پنج سال صرف بهداشت و لوله کشی آب سالم در روستاها و شهرهای کوچک شود، اثری بسیار گسترده بر سیمای بهداشتی جامعه دارد، و در نهایت، تحولاتی شگرف در حرکت توسعه ای کشور از خود به جای می گذارد. این راه حل ساده هیچ گاه عملی نمی شود. دکتر راسل ال. اکوف استاد دانشگاه پنسیلوانیا - فیلادلفیا در این زمینه می گوید (اکوف، ۱۳۶۳، ص ۳۶)، پس از آموختن سالها تجربه در کشورهای در حال رشد، به این نتیجه رسیده ام که مانع اصلی پیشرفت و توسعه ملی این کشورها، فقدان راه حل برای مسائل پیشرفت آنها نیست و برای حل مشکلات آنها راههای فراوانی وجود دارد، بلکه مشکل اساسی پیشرفت آنها این است که چگونه می توان یک راه حل بالقوه را به گونه ای مؤثر و پذیرا به فعل درآورد. به عبارت دیگر، مشکل این نیست که چگونه تغییرات و تحولات مورد نیاز را تعیین کنیم. مسئله این است که چگونه تحول مورد نظر را هر چه که باشد به وجود بیاوریم. بنابراین، در جهت تخصیص بهینه منابع و پیشرفت و تعالی زندگی بشری و رسیدن به زندگی انسانی تر باید به طراحی نظام کارآمد بهداشتی بپردازیم و اولویت بهداشت بر درمان فقط جنبه تبلیغی و ظاهری نداشته باشد. در واقع، باید به دنبال سازوکارهای اجرایی نظام بهداشت همگانی برآییم و در این صورت است که شاهد تحولات توسعه ای در بخش بهداشت و درمان کشور خواهیم بود، اگر چنین عمل نکنیم، قطعاً پیش ضد توسعه ای درمان، حاکم بر سرنوشت توده های مردم، به ویژه روستاییان خواهد شد، و بدین ترتیب، توسعه در بخش بهداشت و درمان سرابی بیش نخواهد بود. بدین روی، به دست آوردن حمایت های لازم در خصوص اقتصاد تندرستی، نیاز به تحول در برنامه های کلان دولت دارد. هر کدام از ما می توانیم در چارچوب مفهوم توسعه اقتصادی کمک نماییم تا سیاستگذارها و طراحهای کلان، چشمه اقتصاد را زلال نمایند.

جدول ۱. تولید ناخالص داخلی و هزینه‌های بهداشتی ملی سالهای ۱۳۶۷-۱۳۷۲

به قیمت‌های جاری (میلیارد ریال)						سال
۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۶۷	شاخص
۳۸۰۰/۶	۶۶۴۲/۵	۵۰۱۰۷/۴	۳۶۶۴/۶	۲۷۷۸۷/۱	۲۲۳۰۴/۱	تولید ناخالص داخلی
۲۳۲۱/۹	۱۶۵۶	۱۲۶۵/۸	۹۲۲/۸	۶۲۳/۹	۵۸۰	هزینه‌های مصرفی خصوصی بهداشت و درمان خانوارهای کشور
۲/۴۷	۲/۴۹	۲/۵۲	۲/۴۹	۲/۲۴	۲/۶۰	نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان خصوصی به تولید ناخالص داخلی (درصد)
۱۸۴۶	۹۴۷	۷۷۵	۵۳۱	۵۷۷	۴۹۹	هزینه‌های بهداشت و درمان از محل بودجه عمومی کشور
۱/۹۶	۱/۴۲	۱/۵۴	۱/۴۴	۲/۰۷	۲/۲۳	نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان بخش عمومی به تولید ناخالص داخلی (درصد)
۴۱۶۷/۹	۲۶۰۳	۲۰۴۰/۸	۱۴۵۴/۸	۱۲۰۰/۹	۱۰۷۹	کل هزینه‌های بخش بهداشت و درمان
۴/۴۴	۳/۹۱	۴/۰۷	۳/۹۷	۴/۳۲	۴/۸۳	نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی (درصد)

مأخذ: گزارش اقتصادی و ترازنامه سال ۱۳۷۲ بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، اداره بررسی‌های

اقتصادی ص ۲۱۰.

آمار مربوط به هزینه‌های بهداشت و درمان بخش عمومی عیناً از پیوست قانون برنامه و بودجه اخذ شده است.

لازم به توضیح است که هزینه‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی که به وسیله بیمارستانها و درمانگاههای تحت پوشش معاونت درمان سازمان مذکور اداره می‌شود منظور نشده است.

ضمناً هزینه مصرفی خصوصی بهداشت و درمان خانوارها طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۲، به دلیل عدم محاسبه به وسیله اداره حسابهای اقتصادی بانک مرکزی، با فرض متوسط سهم این شاخص از کل هزینه‌های مصرفی خانوارهای کشور طی سالهای ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹ (۳/۷ درصد) محاسبه شده است.

جدول ۲. نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۷۲
با منظور نمودن هزینه‌های پنهان (یارانه مربوط به تفاوت نرخ ارز)

شاخص	۱۳۷۲
میزان یارانه مربوط به تفاوت نرخ ارز*	** ۶۳۰ میلیارد ریال
هزینه‌های بهداشت و درمان از محل بودجه عمومی	۱۸۴۶ میلیارد ریال
کل هزینه‌های بهداشت و درمان از محل بودجه عمومی (با منظور نمودن یارانه مربوط به تفاوت نرخ ارز)	۲۴۷۶ میلیارد ریال
نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان بخش عمومی به تولید ناخالص داخلی	۲/۶۳ درصد
نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی (با منظور نمودن بخش خصوصی)	۵/۱۱

* تفاوت نرخ ارز براساس هر دلار ۱۵۰۰ ریال محاسبه گردیده است.

** میزان ارز تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان براساس قانون بودجه سال ۱۳۷۲ به میزان ۴۲۰ میلیون دلار می‌باشد.

جدول ۳. نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان به محصول ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۰

نام کشور	کل	عمومی	خصوصی
انگلستان	۶/۱	۵/۲	۰/۹
استرالیا	۷/۷	۵/۴	۲/۳
ایتالیا	۷/۵	۵/۸	۱/۷
فرانسه	۸/۹	۶/۶	۲/۳
کانادا	۹/۱	۶/۸	۲/۳
آمریکا	۱۲/۷	۵/۶	۷/۱
آلمان	۸	۵/۸	۲/۲
دانمارک	۶/۳	۵/۱	۱/۲
فنلاند	۷/۴	۶/۲	۱/۲
نروژ	۷/۴	۷	۰/۴
سوئد	۸/۸	۷/۹	۰/۹
ژاپن	۶/۵	۴/۸	۱/۷
پاکستان	۳/۴	۱/۸	۱/۶
ازبکستان	۵/۹	۴/۳	۱/۶
ترکمنستان	۵	۳/۳	۱/۷
ترکیه	۴	۱/۵	۳/۵
ایران	۴/۱	۱/۵	۲/۶*
عربستان	۴/۸	۳/۱	۱/۷
خاورمیانه	۴/۱	۲/۴	۱/۷
جهان	۸/۷	۵/۴	۳/۳

* آمار مربوط به هزینه‌های خصوصی بهداشت و درمان ایران در سال ۱۹۹۰، در گزارش توسعه جهانی، ۱/۱ درصد گزارش شده است، ولی براساس گزارش رسمی بانک مرکزی ۲/۶ درصد می‌باشد (نگاه کنید به جدول ۱).

جدول ۴. ارزیابی بعضی از هدفهای کمی و عملکرد برنامه پنجساله بخش بهداشت و درمان طی سالهای ۱۳۶۸-۱۳۷۲

عملکرد برنامه	هدف برنامه					عملکرد	عنوان سال				
	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۷۲	۱۳۷۱						
● ۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۶۷	شخصهای ارزیابی
۲۹۰۰۰	۲۸۶۱۰	۲۷۶۹۵	۲۶۷۲۰	۲۵۲۹۰	۲۵۳۴۰	۲۳۹۹۰	۳۰۸۹۰	۲۹۰۴۰	۲۷۴۰۰	۲۶۰۰۰	تعداد روستاهای لوله کشی شده
											میزان دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم (درصد)
۸۴	۸۴	۸۲	۷۸	۷۴	۹۰	۸۶	۸۳	۷۸	۷۴	۷۰	تعداد تختهای بیمارستانی
۹۳۰۰۰	۸۹۱۶۲	۸۵۸۱۰	۸۲۶۹۴	۸۲۰۸۵	۹۳۰۰۰	۸۵۰۳۲	۸۱۱۵۵	۷۹۹۱۰	۷۸۲۰۰	۷۷۰۰۰	تعداد تختهای بیمارستانی برای هر هزار نفر جمعیت (تخت)
۱/۵۵	۱/۵۳	۲/۵۰	۱/۴۹	۱/۵۱	۱/۵۲	۱/۵۰	۱/۴۹	۱/۴۸	۱/۴۷	۱/۴۶	میزان اشغال تخت بیمارستان (روز)
۱۹۸	۲۴۰	۲۴۰	۲۴۰	۲۴۰	۲۶۴	۲۵۶	-	-	-	۲۴۴	

* آمار سال ۱۳۷۲ براساس گزارش اقتصادی سال ۱۳۷۲ سازمان برنامه و بودجه می باشد.

لازم به توضیح است که براساس گزارش عملکرد برنامه اول در بخش بهداشت و درمان، میزان تحقق هدف در سال ۱۳۷۲، ۸۲ درصد ذکر گردیده است در حالی که با یک محاسبه ساده می توان نشان داد که میزان تحقق عملکرد برنامه ۳۲ درصد می باشد. گویا عملکرد سالهای قبل از برنامه نیز به حساب برنامه آمده است.

منابع: سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۳ الف

منابع

الف) فارسی

۱. اکوف، راسل ال. (۱۳۶۳). ارزیابی مجدد از برنامه ریزی توسعه ملی. ترجمه احمد عظیمی بلوریان، فصلنامه برنامه و توسعه، ۱ (۱).
۲. تودارو، مایکل (۱۳۶۶). توسعه اقتصادی در جهان سوم. جلد اول. ترجمه غلامعلی فرجادی. چاپ سوم. تهران: وزارت برنامه و بودجه، مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
۳. سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۳ الف). عملکرد برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران: ۱۳۷۲-۱۳۶۸ (مقدماتی). مرکز مدارک و انتشارات.
۴. سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۳ ب). گزارش اقتصادی سال ۱۳۷۲. دفتر اقتصاد کلان.
۵. سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۳ ج). گزارش توسعه انسانی ۱۹۹۲-۱۹۹۳. مرکز مدارک اقتصادی - اجتماعی و انتشارات.
۶. گزیده مسائل اقتصادی - اجتماعی (۱۳۶۹). سال هفتم، ۹ و ۱۰.
۷. عظیمی، حسین. مدارهای توسعه نیافتگی در اقتصاد ایران. انتشارات نی.
۸. مجلس و پژوهش (۱۳۷۲). ۱ (۶).
۹. نوریخس، فرهاد (۱۳۵۷). فرمهای توسعه در ایران. سازمان برنامه و بودجه.
۱۰. وزارت جهاد سازندگی (۱۳۷۰). کارنامه عملکرد ده ساله جهاد سازندگی از ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۸.

ب) انگلیسی

11. Mahbub-ul Hag (1988). People in Development, *Development, Journal of SID*.
12. UNICEF (1989). *Annual Report*.
13. WORLD BANK (1981). *World Development Report 1981*. Whashington, D.C.