

نگاهی به برنامه پنج ساله اول دولت جمهوری اسلامی در زمینه بهداشت و درمان

بررسی توزیع امکانات
بهداشت و درمان
در کشور - قسمت دوم

مقدمه:

در قسمت پیش توزیع امکانات بهداشت و درمان را از دو جنبه بودجه خانوار و تمرکز امکانات بهداشتی درمانی بررسی نمودیم و در بحث سوم این بررسی نگاهی داریم به نحوه برنامه ریزی در توزیع امکانات بهداشت و درمان در کشور و منظور از بررسی این است که ارائه برنامه در این زمینه بیانگر میزان اهمیت این مسئله و همچنین نحوه برخورد و ارائه طریق در بهبود وضعیت کمی و کیفی آنست.

قبل از هر چیز تذکر این نکته ضروری است که محور این بحث میزان برخورداری جمعیت روستائی و شهری از امکانات بهداشت و درمان و نیز بررسی و میزان اولویت بهداشت بر درمان می باشد.

برنامه پنجساله اول بهداشت و درمان در سال ۶۲ تقدیم مجلس شورای اسلامی گردید. این برنامه که توسط کارشناسان و مسئولان وزارت بهداشتی تدوین و ارائه شده است، دربرگیرنده برنامه و خط مشی ها و اولویتهای قلمرو فعالیت بهداشت و درمان در کشور می باشد.

هدف از این سطور بررسی اجمالی است از این برنامه و با امید اینکه در شکلی مطلوبتر تدوین شود.

در ابتدای سخن به ذکر اهداف برنامه می پردازیم:

«هدف کلی و اساسی، تامین سلامت افراد جامعه از طریق ارائه بیشترین خدمات لازم و مورد نیاز به بیشترین افراد جامعه در اقصی نقاط کشور می باشد. بدین منظور اقدامات زیر باید صورت گیرد:

بالا بردن میزان آگاهی و دانش بهداشتی جامعه و احیاء سنتها و ارزشهای اصیل اسلامی در حفظ بهداشت فردی و اجتماعی - ارائه خدمات و مراقبتهای لازم در جهت برخورداری افراد جامعه از آب، مواد غذایی و مصرفی، هوا و محیط زندگی سالم.

*** فیلمهای موجود بهداشتی که جهت نمایش به روستائیان برگزیده شده است یا محصول خارج از کشور و بخصوص کشورهای پیشرفته ای از نظر بهداشتی مثل سوئیس و سوئد است و یا فیلمهای داخلی که هیچگونه سنخیتی با محیط و آداب و رسوم جامعه روستائی ما ندارد.**

*** رشد مراکز درمانی شهری سالیان سال از شبکه های روستائی جلوتر است و مانعی توانیم این دورا پایای هم در برنامه پنجساله گسترش و رونق دهیم.**

ارائه خدمات و مراقبتهای لازم بمنظور پیشگیری از ابتلاء افراد به بیماریهای شایع و مختلف.

ارائه خدمات و مراقبتهای مورد نیاز افراد در سنین مختلف و شرایط گوناگون زندگی با توجه مخصوص به گروههای آسیب پذیر مانند مادران و کودکان.

ارائه خدمات درمان سرپائی و بستری بر حسب نیاز، برای آندسته از افرادی که به این خدمات نیازمندند.

و بالاخره اولویتهای این برنامه بشرح زیر آمده است:

۱- اولویت بهداشت بر درمان.

۲- اولویت روستا به شهر.

۳- اولویت تامین درمان سرپائی بر درمان بستری

۴- اولویت تامین درمان عمومی بر درمان تخصصی

بنابراین آنچه که در قالب سیاستهای کلی برنامه و تعیین اولویتهای مطرح شده است،

همگی منطقی بنظر می رسند و هدف اساسی بهداشت و درمان بجز ایجاد زمینه ای مناسب جهت رشد و تعالی انسان (الی الله المصیر) نیست. اما روشهای اجرایی دستیابی به اهداف مذکور که اصطلاحاً برنامه نامیده میشود، بیانگر نقطه موفقیت یا شکست آن اهداف می باشد. ما در اینجا به بحث در مورد چگونگی یک برنامه کامل نمی پردازیم اما بطور مختصر باید گفت که هر برنامه جهت تدوین و اجرا باید عوامل زیر را در نظر داشته باشد.

۱- ارائه هر برنامه منوط به برخورداری از اطلاعات دقیق و جامع از شرایط موجود می باشد.

۲- در نظر گرفتن سیاستهای منطقی برای تحقق اهداف کلی، نقطه عطف موفقیت هر برنامه خواهد بود.

۳- ارائه تنگناهای برنامه از اهم وظایف تدوین کنندگان آن است.

۴- ارائه یکسری استانداردها و شاخصها بعنوان ایده آلهای یک برنامه، به تنهایی نمی تواند موفقیت آنرا تضمین نماید.

۵- در جهت ارائه یک برنامه موفق لازم است کلیه دست اندرکاران مربوطه و دیدگاههای مختلف ملحوظ گردند.

۶- اهداف و راه حلها باید از صحت و سلامت اسلامی برخوردار باشند.

۷- عوامل اجرایی موجود و مربوط باین برنامه بایستی بنحوی در جهت هماهنگی کامل در نظر گرفته شوند که از هرگونه بی نظمی جلوگیری کند.

۸- منابع مالی ارائه و اجرای هر برنامه باید منطقی و با شرایط زمان وفق دهد.

۹- عدم ارزیابی وضع موجود موجب لوٹ شدن طرحهای آینده خواهد بود.

این رئوس عوامل تشکیل دهنده یک برنامه منسجم می باشد که مابا اختصار در قالب بررسی برنامه پنجساله موجود به توضیح آن خواهیم پرداخت. برنامه پنجساله بهداشت و درمان از دو قسمت برنامه بهداشت و برنامه

درمان تشکیل میشود. به لحاظ اولویت فعالیتهای بهداشتی به بررسی این بخش از برنامه می‌پردازیم. اولویت اساسی برنامه پنجساله در مورد طرحهای بهداشتی، پیاده کردن طرح شبکه بهداشتی و درمانی کشور است. این طرح با اینکه خود یک (روش اجرایی طرحهای بهداشتی) است معذالک خود بعنوان یک اصل پذیرفته شده و در قالب طرح شبکه مشکلات سابق و فعلی برنامه به وقت خود باقی است. طرح شبکه یکی از طرحهای سازمان بهداشت جهانی است که جهت تعمیم و اشاعه فرهنگ بهداشتی و خدمات مربوطه توصیه می‌کند. البته این طرح رابط بین قلمرو بهداشت و درمان هم می‌باشد. ماده مشخصی که در سیاستهای کلی این برنامه مذکور است بدینقرار می‌باشد:

«ماده ۵: رعایت اولویت بهداشت و تعمیم خدمات بهداشتی اولیه با تاکید بر آموزش بهداشت، تامین آب آشامیدنی سالم، بهسازی محیط بهداشت مادران و کودکان، ایمن سازی علیه بیماریهای عمده عفونی و پیشگیری از بیماریهای شایع بومی و بهبود تغذیه.»

در ذیل برنامه تفصیلی بخش بهداشت در مورد تامین آب آشامیدنی روستائی بدین نحو توضیح داده شده است:

«هدف برنامه تامین آب آشامیدنی سالم از طریق ایجاد و توسعه و تکمیل لوله کشی ۲۷۱۰۰ روستای کشور که بیش از ۲۰۰ نفر جمعیت دارند و مجموعاً حدود ۱۴/۵ میلیون نفر جمعیت دارند (۷۵/۵٪) می‌باشد. بررسی مربوط نشان می‌دهد که حدود نیمی از این روستاها تا کنون توسط نهادهای مختلف لوله کشی شده‌اند. لهذا استاندارد لوله کشی این روستاها و ایجاد لوله کشی برای ۱۳۵۰۰ روستای دیگر از اهداف این برنامه است.»

در این هدف تعداد روستاها بدون هیچگونه بررسی ۲۷۱۰۰ تعیین شده است و توجیه اقتصادی آن اینست که امکانات کم را باید در مناطق پر جمعیت برد تا افراد بیشتری از آن بهره‌مند گردند. صرف نظر از اصرار برنامه نویسان بر عدم نام بردن جهاد سازندگی و بیان بعضی از نهادها، هیچگونه معیار منطقی جهت این انتخاب بنظر نمی‌رسد. اولاً چنانچه طرحهای آب در مناطق پر جمعیت تر اولویت داشته باشد، از نظر اقتصادی هیچگونه توجیهی نخواهد داشت. چون هر چه افراد بهره‌مند از طرح بیشتر باشد، طرح بهمان میزان باید گسترده تر باشد و اعتبارات بیشتری را بخود تخصیص خواهد داد و چون در حال حاضر اعتبارات بخشی از کمیات طرحها را تعیین می‌کند، بنابراین از تعداد آنها بنحو چشمگیری کاسته خواهد شد. ثانیاً یکی از اولیتهای توجه به روستا، حفظ بافت روستا بمنابیه یک کانون تولید کشاورزی است پس آمار کمی این برنامه باید منطبق بر ساینست تولید کشاورزی هم باشد.

ثالثاً این تعداد، حاصل ضرورتهای استانی و



منطقه‌ای نیست، بلکه حاصل بعضی عملیات ریاضی است تا از ضرب و تقسیم اعداد، ارقام دلخواه حاصل شود. برای مثال معلوم نیست که چند طرح آن متعلق به استان هرمزگان و چند طرح متعلق به استان تهران است. عدم بهداشت خواهد بود.

بردن آب بهداشتی به روستا، آنرا با مسئله فاضلاب روبرو می‌کند که قبلاً یا وجود نداشت و یا حداقل از حدت کمتری برخوردار بود. بنابراین بهسازی محیط، بهداشت اماکن روستائی وغیره، بدون پیش‌بینی طرح و برنامه‌های نظیر موردی که ذکر شد، چندان موفقیتی نخواهند داشت.

همچنین باید توجه داشت که هزینه‌های عمرانی طرح‌های بهداشت روستا ارقام سرسام‌آوری را شامل می‌شود و از طرفی تخصیص هرگونه اعتباری به این طرح‌ها منوط به در نظر گرفتن سایر امکانات موجود در روستا می‌باشد. فی‌المثل مقدمه طرح‌ریزی هر پروژه بهداشتی در هر یک از روستا منوط به برخوردار بودن آن روستا از راه می‌باشد. بنابراین تعیین سیاست‌های فوق بدون در نظر گرفتن سایر وجوه طرح‌ها و پروژه‌های روستائی امکانپذیر نخواهد بود.

بطور کلی می‌توان اشکالات اساسی قلمرو بهداشت و درمان این برنامه را در محورهای زیر خلاصه نمود:

۱- عدم در نظر گرفتن کلیه مجموعه انسانی روستا در طرح‌های بهداشت.

۲- عدم ارزیابی پروژه‌های بهداشتی انجام شده و در دست اقدام روستائی با انحصار کاربرد نیروهای متخصص بهداشتی در شهرها و به خصوص شهرهای بزرگ.

۳- عدم طراحی و اجرای پروژه‌های آموزشی مناسب.

بطور کلی پروژه‌های آموزشی در دو قلمرو جای می‌گیرند: تربیت کادرهای بومی و آموزش به روستائیان. در مورد تربیت کادر با عدم برنامه‌ریزی صحیح آموزشی در دانشکده‌ها و مدارس مربوطه، این نیروها کارائی لازم را برای ارائه این خدمات ندارند.

برای مثال می‌توان به ذکر بازدیدی از فعالیتهای یکی از خانه‌های بهداشت استان سیستان و بلوچستان بسنده کرد که تمام فعالیتهای بهداشتی آن خانه به تهیه منحنی رشد کودکان آن روستا ختم می‌شد. با توجه به اینکه فعلاً در مورد نقایص تغذیه این کودکان نمی‌توان کاری انجام داد، دفاتر این خانه دست به تهیه این منحنیها تحت عنوان جساده تندرستی می‌زدند و متأسفانه این دیدگاه تخصصی و تحقیقی بعنوان اساس کار این خانه‌ها و مراکز اعمال می‌شود. و در زمینه فقر بهداشت محیط که بالاترین ضریب را در محرومیتهای بهداشتی روستا از نظر جهاد

سازندگی دارد و یکی از وظایف این خانه‌ها بشمار می‌رود، کوچکترین وقعی گذارده نشده بود. این سیاست در اکثر مناطق

رایجاً؛ هزینه‌ای که هر طرح بطور متوسط در بر می‌گیرد، بدون توجه به رشد تورم رقمی در حدود ۱۰ میلیون ریال است که چون طرح‌ها به صورت پیمانکاری انجام می‌گیرد، رقمی حدود ۲۰ میلیارد ریال برای هر سال باید منظور کرد و حال آنکه این رقم در برنامه به ازای هر طرح ۶ میلیون ریال است. از طرفی بخاطر انجام عملیات اجرائی این طرح‌ها توسط پیمانکار، هیچکدام از طرح‌ها مورد ارزیابی واقع نمی‌شوند و بسیاری از آنها بلااستفاده خواهد ماند. (صفحه ۳۶-۲۴)

خامساً؛ هیچ فکری بحال بقیه روستاها نشده است، چنانچه ابرسانی ۲۷۰۰ روستا برای هر سال را که وزارت بهداشتی پیشنهاد نموده است در نظر بگیریم، در مورد الباقی ۵۸۰۰۰ روستای کشور که بالغ بر ۴۵۵۰۰ روستا می‌شود، باید ۱۶ سال صبر کرد تا روستاهای ما از نعمت آب آشامیدنی برخوردار شوند. از طرف دیگر جهت تأمین بهداشت و بهبود کیفیت طرح‌های سابق و موجود هیچگونه برنامه‌ای در نظر گرفته نشده است. (برنامه با پشتوانه اعتباری)

سایر برنامه‌های بخش بهداشت:

در مورد تخت‌های بیمارستانی، تعدادشان در سال ۶۰ بالغ بر ۶۲۰۰۰ تخت بوده (جدول شماره ۱) و در پینجسال (۶۶-۶۲) تعداد ۱۰۰۰۰ تخت جدید به مرحله بهره‌برداری می‌رسد و در همین مدت تعداد ۲۰۰۰۰ تخت دیگر هم باید بصورت نیمه‌تمام به اجرا درآید. (جدول شماره ۱۴). نکته قابل توجه این است که هیچ آماری وجود ندارد که چه تعداد از این تختها هم‌اکنون فعال بوده و چه تعداد را کد است با توجه به فقر نیروی تخصصی و عدم توزیع مناسب و بجای کادر پزشکی، هم‌اکنون مقادیری از این تعداد را کد بوده و یا بخاطر کمبود کادر متخصص در خدمت یکی از حرف پزشکی قرار دارند. فی‌المثل در یک منطقه دورافتاده، فقط یک جراح کلیه پاکستانی و یا هندی مشغول بکار است که بعلت فقدان سایر تخصصها، تخت‌های مربوطه را نباید بعنوان تخت بیمارستانی محسوب نمود، بلکه بعنوان تخت اورولوژی باید بحساب آورد. (۱)

در زمینه بهداشت محیط، تمامی طرح‌ها و پروژه‌ها در تأمین آب آشامیدنی و حمام و غسالخانه خلاصه می‌شود، (جدول شماره ۴) و حال آن که چنانچه تمامی قلمروهای بهداشت محیط پیاده نشود، طرح‌ها چندان موفقیت‌آمیز نخواهند بود. بعنوان مثال، همگام با ایجاد شبکه لوله‌کشی آب آشامیدنی، باید سیستم فاضلاب روستا را مورد بررسی قرار داد و اگر نه خود طرح آبرسانی جدید،

موجب ایجاد انواع زمسینه‌های روستائی عمومیت دارد. همچنین در مورد تربیت کادرهای بومی، هیچگونه تدبیری برای تربیت نیروهای نیمه تخصصی ۲۸۸۴ مرکز بهداشت احداث و تکمیلی و ۱۵۳۶ خانه بهداشت روستائی اتخاذ نشده است (جدول شماره ۷). این مراکز جمعاً به ۱۳۶۱۴ نفر تکنیسین بهداشت نیاز دارد (فصل ۲۷ برنامه- جدول شماره ۱۳) که طبق نظر این برنامه باید از افراد بومی انتخاب شوند. علاوه بر حجم وسیع تربیت کادرهای نیمه تخصصی شهری، امکان تربیت این نیرو در پنجسال مذکور وجود ندارد. در این مورد اظهار شده است که این نیروها را با بازآموزی نیروهای بهداشت مدارس تأمین خواهیم کرد (صفحه ۹-۲۴). البته اکثریت قریب به اتفاق نیروهای مذکور را خواهران تشکیل می‌دهند که معلوم نیست امکان رفتن به روستا را داشته باشند. در مورد آموزش به روستائیان نیز تغذیه فکری و ارائه طرح‌های مناسب آموزشی هنوز بطور جدی پیگیری نشده است. فیلمهای موجود بهداشتی که جهت نمایش به روستائیان برگزیده شده است، یا محصول خارج از کشور و بخصوص کشورهای پیشرفته‌ای از نظر بهداشتی مثل سوئیس و سوئد است و یا فیلمهای داخلی که هیچگونه سنخیتی با محیط و آداب و رسوم جامعه روستائی ما ندارد و صرفاً نمایش یکسری حوادث جوامع شهری است که بدرج جوامع همان شهرها می‌خورد.

۴- ایجاد بیمه درمانی برای شهروندان ایرانی و این در حالیست که هیچیک از روستائیان محروم کشور ما (در کنار فقر امکانات درمانی) از این نعمت برخوردار نیستند.

۵- علیرغم توسعه شبکه بهداشت و درمان روستا، هرگونه گسترشی در مورد مراکز درمانی شهری واقعی بنظر نمی‌رسد. رشد مراکز درمانی شهری سالیان سال از شبکه‌های روستائی جلوتر است و ما نمی‌توانیم این دو را پایای هم در برنامه پنجساله گسترش و رونق دهیم.

۶- نداشتن کارآئی لازم فارغ‌التحصیلان پزشکی یکی از اهم مسائلی است که در برنامه، اولویت مشخص و میزان اهمیت آن پیش‌بینی نشده است. البته در بند ۲ از قسمت مشکلات و تنگناها آورده شده است که: «محتوای برنامه آموزش پزشکی کشور بدون توجه به نیازها و واقعیات بهداشتی درمانی کشور (وضعیت فرهنگی و بهداشتی جمعیت شهری و روستائی، بیماریهای شایع، تسهیلات و امکانات بهداشتی درمانی موجود در روستاها و شهرهای کوچک کشور و...) تنظیم شده است و در نتیجه در بسیاری از شرایط،

فارغ التحصیلان دارای توان و کارآئی لازم برای ارائه صحیح خدمات به جامعه نمی‌باشند. و یا اینکه در بسند ۱۲ قسمت سیاستها و خط‌مشی‌های کلی آورده شده: «تلفیق و آمیختن آموزش و خدمات بهداشتی درمانی و هماهنگ ساختن مقاطع و سطوح و محتوای برنامه‌های آموزشی نیروی انسانی پزشکی با بیشترین

مهمترین خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کشور». همچنین در برنامه تفصیلی بخش، تحت عنوان «برنامه تحقیق و بررسی» اشاره به تعیین نیازهای واقعی و حقیقی جامعه ایرانی در زمینه بهداشت و درمان و یافتن تصویر واقعی سیمای بهداشتی درمانی کشور شده است. که علیرغم در برنامه قرار گرفتن این تحقیقات و بررسیها، مشخص نیست که تا چه حد در کنار سایر برنامه‌های تفصیلی این بخش، به آن اولویت و بها داده خواهد شد.

۷- طبق فهرست بهائی که مبنای محاسباتی تعیین هزینه طرحهاست (جدول شماره ۱۳) هر تخت بیمارستانی ۶/۵ میلیون ریال هزینه بر می‌دارد و این در حالیست که هر طرح آبرسانی حدود ۶ و حمام روستائی ۵ میلیون ریال است. با توجه به اینکه هر تخت بطور متوسط ماهیانه ۶ نفر و سالیانه ۷۲ نفر از آن استفاده خواهد کرد و حال آنکه از یک طرح آب آشامیدنی روستا (حتی در کوچکترین روستای مورد نظر برنامه یعنی ۲۰۰ نفر) دویست نفر برخوردار می‌شوند که در سال رقمی معادل ۲۲۰۰۰ نفر بدست می‌آید. از طرفی تخت ایجاد شده در شهر است و بخصوص شهرهای بزرگ روستائی را بیشتر به آن سو می‌کشد، در حالیکه طرح آب در روستاست و زمینه مهاجرت را تا اندازه‌ای منتفی می‌کند.

نکته‌ای که تذکر آن در پایان مطلب بعنوان نتیجه‌گیری کلی ضروریست این است که جهت تدوین یک برنامه مطلوب و منطبق بر نیازهای فرهنگی اجتماعی جامعه، وجود آمارهای دقیق علمی و بررسیهای اساسی در این زمینه تاثیر بسزائی در تحقق و عینیت بخشیدن اهداف مورد نظر خواهد داشت. در غیر اینصورت نه تنها تدوین برنامه با مشکلات فراوانی روبرو خواهد شد، بلکه این مشکلات در زمینه‌های اجرایی طرحهای مورد نظر نیز بروز کرده و طبیعتاً نتیجه مطلوب حاصل نخواهد شد.

در ضمن می‌دانیم که انتقاد کردن همیشه راحت‌تر از ارائه برنامه است و ما قصد اینرا نداریم که زحمات تدوین کنندگان برنامه را مخدوش کنیم بلکه اعتقاد داریم بیان ضعفها و اشکالات یک برنامه در رفع و بهبود کیفی آن می‌تواند موثر باشد.

«گزارشی از سمینار بررسی مسائل عشایر در اسفندماه ۶۳»

۲- با توجه به اینکه عدم وجود آمار و اطلاعات دقیق در ابعاد مختلف، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جوامع عشایری مانع بزرگی، بر راه اتخاذ سیاستها و تدوین طرح و برنامه‌های گسترده و کلان در امر توسعه و بهبود وضع جوامع عشایری می‌باشد. لذا اجرای طرح آمار گیری و لزوم کارهای تحقیقاتی کاربردی را تاکید نموده و با توجه به حساسیت و ظرافت امر، همکاری متقابل دستگاههای مربوطه و سازمان امور عشایر را لازم می‌دانیم.

۳- تا زمانی که نتیجه تحقیقات حاصل نشده و برنامه‌های فراگیر تدوین و تصویب نگردیده، ارائه کلیه خدمات در زمینه‌های مختلف را هماهنگ با کوچ عشایر لازم دانسته و بسج نیروهای مردمی اعشایر را در همین رابطه تاکید می‌نمائیم.

۴- از مسئولین مملکتی تقاضا میشود در حل مشکل حقوقی و قانونی مرتبط به حریم مراتع روستائی و عشایری و تأمین مسیر کوچ عشایر و استفاده از عشایر در احیا حفاظت و بهره‌برداری از مراتع عشایری تسریع لازم بعمل آورند.

۵- از آنجا که ارائه کلیه خدمات به عشایر مخصوصاً خدمات مربوط به بهداشت دام عشایر منوط به خصوصیات اجتماعی عشایر و مسئله کوچ می‌باشد. لذا لازم است تشکیلات منسجم و مستقل اجرائی با رعایت سیاستهای کلی دامپزشکی کشور وجود داشته باشد تا بتواند روشهای

خاص خدمات رسانی به دام عشایر را اعمال نماید.

۶- در جهت ایجاد تعادل بین دام و مرتع و تاثیر شدید آن بر روی زندگی عشایر لازم است که جلسات منظم با حضور ارگانهای ذیربط تشکیل گردد و تا رسیدن به یک نقطه نظر واحد با مسئولین عشایری کشور از انجام هر گونه طرحی در این جهت خودداری گردد.

۷- از آنجا که تولیدات عشایر فرآورده دامی و لبنی می‌باشد و اینگونه محصولات نقش موثری در خود کفائی مملکت دارند. لذا از مسئولین محترم مملکتی تقاضا مندیم تضمین لازم در مورد خرید محصولات تولیدی مازاد بر مصرف عشایر که از طریق شرکتهای تعاونی عشایری ارائه و عرضه می‌شود بعمل آورند.

۸- با توجه به نقش اتحادیه‌ها و شرکتهای تعاونی عشایری در بهبود کمی و کیفی تولیدات دامی و لبنی عشایر و نیز توزیع کالاهای اساسی مورد نیاز عشایر از دولت

خدمتگذار می‌خواهیم حمایتهای مالی و اعتباری در مورد آنان اعمال نمایند.

۹- با توجه به اینکه عشایر عمدتاً به دامداری اشتغال داشته و تولیداتشان در همین زمینه می‌باشد. لازم است از سوبسیدی که شهرنشینها در مورد کالاهائی نظیر گندم و... برخوردار می‌شوند، عشایر نیز استفاده نمود و با توجه به محور قرار داشتن مصرف نان در تغذیه عموم عشایر از مسئولین ذیربط خواهانیم نسبت به افزایش سهمیه سرانه آرد عشایر اقدام نمایند.



تکنولوژی پیشرفته غرب .
۶- برنامه‌ریزی برای تکمیل ظرفیت تولیدی کشاورزی.

۷- آغاز یک حرکت صنعتی مناسب و بهم آمیخته، که تولید آن پاساژهای نیازهایی جامعه‌ای با خصوصیات فرهنگی اجتماعی ما باشد.

۸- توجه و تکیه بر صنایع اشتغال‌زا، کوچک و غیر متمرکز- که در کنار صنایع سبک، سنگین و صنایع مادر یک مدار کاملی از صنعت را تشکیل دهد.

۹- برنامه‌ریزی در جهت شناخت تکنولوژی پیشرفته، گزینش مناسبترین و بهترین آن و انتقال به مردم.

۱۰- برنامه‌ریزی در جهت استفاده هر چه بیشتر و گسترده‌تر در زمینه تغذیه صنایع از طریق فرآورده‌های نفتی.

۱۱- برنامه‌ریزی در جهت تحقیقات و انتقال سریع تکنولوژی صنعت نفت.

۱۲- مهیا نمودن زمینه‌های اجتماعی برای پیاده نمودن برنامه‌های اقتصاد جنگ.

بنظر می‌رسد در بسستر فوق، کشور قادر خواهد بود که پس از مدت زمان کوتاهی ضمن گریز از اقتصاد برهانه نفت، در راستائی قرار گیرد که به نحو احسن بتواند بدون فروش نفت خام، اقتصادی مستقل را پی‌ریزی نماید. انشاءالله.

پاورقی

۱- مجله سروش ۲۷۱

۲- گزیده اقتصادی مردادماه سازمان برنامه و بودجه