بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی و مقایسه‌ی شدت اثر آن‌ها در سطوح مختلف درآمدی در کشورهای آسیایی

دکتر سیدکمال صادقی*، دکتر محمدعلی متفکرآزاد*، سالار جلیل پور**

مقدمه: *سطوح و روندهای مختلف مشاهده شده برای هزینه‌های بهداشتی سرانه در کشورها و مناطق مختلف جهان، به ظهور مطالعات گسترده‌ای در خصوص شناخت عوامل مؤثر بر این تفاوت‌ها به‌ویژه در کشورهای توسعه یافته انجامیده است. به‌خاطر خلأ موجود در مطالعات قبلی، در این مطالعه سعی در شناخت و مقایسهٔ اثر عوامل مختلف بر هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی در سطوح مختلف درآمدی در بین کشورهای آسیایی شده است.*

روش: *به این منظور، تکنیک رگرسیون داده‌های تلفیقی (پانل) برای ۴۳ کشور آسیایی و با کنترل اثرات ثابت بین کشورها در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۱۰-۱۹۹۵ به کار گرفته شده است.*

یافته‌ها: *متغیر درآمد سرانه می‌تواند قسمت اعظمی از تفاوت موجود در هزینه‌های بهداشتی بین کشورها را توضیح دهد. همچنین مشاهده می‌شود که تفاوت معنی‌داری در نوع عوامل اثرگذار و همچنین شدت اثرآن‌ها در هر یک از گروه‌های مختلف درآمدی از کشورها وجود دارد.*

بحث: *با وجود شدت اثرگذاری متفاوت در بین گروه‌های درآمدی مختلف از کشورها، هنوز ماهیت هزینه‌های بهداشتی در اکثر کشورهای این منطقه از جهان از نوع هزینه‌های ضروری می‌باشد.*

کلیدواژه‌ها : داده‌های تلفیقی (پانل)، کشش درآمدی، هزینه‌های بهداشتی خانوار

تاریخ دریافت:۹۰/۶/۲۹ تاریخ پذیرش:۹۲/۱۲/۱۳

* دکترای اقتصاد دانشگاه تبریز

** دانشجوی دکتری اقتصاد، دانشگاه تبریز< jalilpoor_sf@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

هزینه‌های بهداشتی در طول چند دهه‌ی گذشته همراه با رشد استاندارد و رفاه زندگی در جوامع گوناگون، از افزایش قابل توجهی برخوردار بوده است. نگاهی بر روند و اندازه‌ی این افزایش‌ها مشخص می‌سازد در عین حالی که اندازه این هزینه‌ها در بین کشورهای مختلف به شدت با یکدیگر ناهمگون می‌باشند، روند این افزایش نیز برای کشورها از تفاوت‌های چشم‌گیری برخوردار بوده است.

در چنین فضایی است که آگاهی از عوامل اثرگذار در تعیین سطوح هزینه‌های بهداشتی و شدت تأثیرگذاری آن‌ها بر این هزینه‌ها، علاوه بر کاربردهای سیاستگذاری، مورد توجه ویژه‌ی محققان اقتصادی و بهداشتی نیز بوده است، زیرا شناخت این متغیرهای اثرگذار می‌تواند در زمینه‌هایی همچون تعیین اندازه‌ی بهینه هزینه‌های بهداشتی در یک جامعه، نحوه‌ی تأمین مالی منابع لازم برای بخش بهداشت و درمان در یک جامعه و ماهیت و اندازه‌ی پوشش بیمه‌ای افراد جامعه از سوی بیمه‌گذار خصوصی یا دولتی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

باتوجه به مطالب فوق شناخت عوامل مؤثر در تعیین سطوح مختلف هزینه‌های بهداشتی سرانه‌ی خانوارها در کشورهای آسیایی و همچنین شدت اثرگذاری هریک ازعوامل مذکور بر اندازه‌ی این هزینه‌ها از مهم‌ترین اهداف مطالعه‌ی حاضر بوده، در عین حال ارزیابی تجربی فرضیه‌ی مطرح شده در ادبیات موضوع در خصوص متفاوت بودن شدت این اثرگذاری‌ها در مراحل مختلف از فرآیند توسعه‌ی اقتصادی یک کشور که اولین بار توسط نیوهاوز (۱۹۷۷[1]) مطرح گردید، از دیگر اهداف این مطالعه خواهد بود.

۲- مبانی نظری:

در عرصه‌ی جهانی هزینه کرد بخش‌های دولتی و خصوصی در حوزه‌ی مراقبت‌های بهداشی از تفاوت‌های عمیقی برخوردار می‌باشد، به‌طوری

1.Newhouse

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

کـه نگاهـی بـر هزینه‌هـای بهداشـتی سـرانه‌ی بخـش خصوصـی در دو دهـه‌ی گذشـته در میـان کشـورهای آسـیایی نشـان از ناهمگونـی عمیـق سـطح ایـن هزینه‌کردهـا بـوده اسـت. بـرای مثـال در حالـی کـه در بسـیاری از کشـورهای غربـی و جنوبـی ایـن قـاره به‌طـور میانگیـن در طـول دوره‌ی مـورد بررسـی (۲۰۱۰-۱۹۹۵) دارای هزینـه‌ی سـرانه‌ی بهداشـتی کم‌تـر از ۵۰ دلار بوده‌انـد، برخـی دیگـر از کشـورهای ایـن منطقـه از سـطح قابـل قبولـی از ایـن هزینه‌هـا (بیش‌تـر از ۵۰۰ دلار) برخـوردار شـده‌اند، امـا در همیـن حـال نیـز تفاوت‌هـای آشـکاری بیـن عملکـرد بهتریـن کشـور آسـیایی در ایـن خصـوص (ژاپـن یـا قبـرس) بـا سـایر کشـورهای اروپایـی یـا آمریکایـی وجـود دارد. همچنیـن نگاهـی بـر رونـد افزایشـی ایـن هزینه‌هـا در طـول دوره (۲۰۱۰-۱۹۹۵) نیـز مؤیـد وجـود تفـاوت در روندهـای افزایشـی ایـن متغیـر در کشـورهای مختلـف ایـن قـاره بـوده اسـت، به‌طوری‌کـه مثـلاً در طـی ایـن دوره، هزینه‌هـای سـرانه‌ی بهداشـتی بخـش خصوصـی در کشـور آذربایجـان ۱۵ برابـر و یـا در کشـور تاجیکسـتان ۱۳ برابـر شـده اسـت در حالی‌کـه کشـورهایی همچـون برونئـی و تایلنـد رشـد منفـی را نیـز در ایـن دوره نشـان داده‌انـد.

در توضیـح چنیـن نوسـانات عظیـم مشـاهده شـده در میـان کشـورهای مختلـف جهـان، اولیـن بـار کلیمـان (۱۹۷٤[1]) و نیوهـاوز (۱۹۷۷) بـر نقـش درآمـد به‌عنـوان یکـی از مهم‌تریـن عوامـل مؤثـر بـر تفاوت‌هـای مذکـور اشـاره کرده‌انـد. پـس از آن، مطالعـات گسـترده‌ای در راسـتای اندازه‌گیـری شـدت و بزرگـی ایـن تأثیرگـذاری در راسـتای اهـداف بهداشـتی و کاربردهـای مالـی و سیاسـتی آن صـورت گرفـت کـه نتایـج ایـن مطالعـات را می‌تـوان در دو بخـش عمـده خلاصـه کـرد. طیـف اول را مطالعاتـی شـامل می‌شـدند کـه نتایـج حاصـل از تخمیـن داده‌هـا نشـان مـی‌داد کـه کشـش درآمـدی هزینه‌هـای بهداشـتی در حـوزه‌ی مـورد بررسـی به‌طـور معنـی‌داری بزرگ‌تـر از یـک بـوده و بنابرایـن ماهیـت ایـن هزینه‌هـا از نـوع هزینه‌هـای لوکـس می‌باشـد. در ادامـه‌ی ایـن محققـان نتیجـه می‌گرفتنـد کـه بخـش خدمـات بهداشـتی نیـز بایسـتی همچـون سـایر کالاهـا و خدمـات اقتصـادی در نظـر گرفتـه شـده و تعـادل در ایـن زمینـه بـه نیروهـای بـازار واگـذار گـردد. امـا از سـوی دیگـر و در سـال‌های اخیـر مطالعاتـی ظهـور یافتنـد کـه بـا اسـتفاده از روابـط آمـاری متفاوتـی بـر کم‌تـر از

1.Kleiman

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

یـک بـودن کشـش‌های درآمـدی ایـن هزینه‌هـا اصـرار داشـته و ضـروری بـودن ماهیـت ایـن هزینه‌هـا را نتیجـه می‌گرفتنـد و معتقـد بـه دخالـت بیـش از پیـش دولـت در تأمیـن مالـی خدمـات ارائـه شـده از سـوی ایـن حـوزه در کشـورهای گوناگـون هسـتند(کولیر ۲۰۰۳، دی‌ماتیـو ۱۹۸۸[1]).

اگرچـه اولیـن بـار نیوهـاوز (۱۹۷۷) در مطالعـه‌ی خـود بـه ماهیـت دوگانـه‌ی خدمات بهداشـتی در کشـورهای صنعتی و توسـعه یافته در مقایسـه با سـایر کشورها اشـاره می‌کنـد و معتقـد اسـت کـه در جوامـع توسـعه یافتـه ماهیـت هزینه‌هـای بهداشـتی معمـولاً بـرای فـرار از بیماریهـای اپیدمیولـوژی[2] و مـرگ و میرهـای عفونـی و زودرس کـه اکثـراً افـراد جوامـع کم‌تـر توسـعه یافتـه بـا آن روبـه‌رو می‌باشـند نبـوده، بلکـه در ایـن کشـورها مـردم بیش‌تـر بـرای خدمـات بهداشـتی‌ای هزینـه می‌کننـد کـه در راسـتای بـه تعویـق انداختـن مـرگ و میـر، بـه دسـت آوردن آرامـش بیش‌تـر در قبـال اضطراب‌هـای زندگـی، تشـخیص‌های بهتـر و دقیق‌تـر بیماری‌هـا و... می‌باشـد - کـه البتـه وجـه مشـترک همـه‌ی ایـن خدمـات نیـاز بـه تکنولوژی‌هـای بهتـر و گران‌تـر خواهـد بـود - کـه ایـن امـر نیـز تـا حـدودی می‌توانـد کشـش‌های متفـاوت درآمـدی در کشـورهای مختلـف از نظـر توسـعه‌ی اقتصـادی را باعـث گـردد. بـا ایـن وجـود هنـوز نیـز در ادبیـات موضـوع مطالعاتـی وجـود دارنـد کـه بـرای مناطـق یکسـانی از کشـورهای جهـان (مثـلاً کشـورهای عضـو «سـازمان همـکاری و توسـعهٔ اقتصـادی[3]») بـا اسـتفاده از روش‌هـای مختلـف آمـاری، کشـش‌های متفاوتـی نیـز گـزارش نموده‌انـد (گتـزن[4] ۲۰۰۰، هانسـن و کینـگ[5] ۱۹۹۶، پارکیـن و دیگـران[6]، ۱۹۸۷).

همچنیـن در ادبیـات موضـوع، برخـی از فاکتورهـای غیـر درآمـدی دیگـر در توضیـح نوسـانات بهداشـتی در بیـن کشـورها مطـرح شـده‌اند کـه به‌عنـوان مثـال می‌تـوان بـه شـاخص‌های مرتبـط بـا متغیرهـای جمعیتـی و شـاخص‌هایی همچـون نسـبت جمعیـت جـوان در یـک کشـور و یـا نسـبت جمعیـت بـالای ۶۵ یـا ۷۰ سـال در یـک کشـور اشـاره کـرد (لئـو[7] ۱۹۸۷ و کولیـر ۱۹۸۸). اگرچـه

1.Culyer; Di Matteo

۲. بیماری‌هـای اپیدمیولـوژی بـه بیماری‌هایـی اطـلاق می‌شـود کـه معمـولاً بـه علـت امـکان انتقـال از یـک فـرد بـه فـرد دیگـر می‌توانـد به‌صـورت یـک اپیدمـی درآینـد. (WiliNosnik, ۱۹۹۶)

3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

4.Getzen 5.Hansen and King 6.Parkin 7.Leu

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

شـواهد محکمـی نیـز مبنـی بـر معنـی‌دار بـودن ایـن شـاخص در اثرگـذاری بـر هزینه‌هـای بهداشـتی در یـک کشـور وجـود نـدارد (از جملـه گروسـمن[1] ۱۹۷۲، هیتریـس و پوسـنت[2] ۱۹۹۲، دی ماتئـو و دی ماتئـو ۱۹۹۸).

از متغیرهـای دیگـری کـه در ادبیـات موضـوع به‌عنـوان عامـل توضیـح دهنـده‌ی تفاوت‌هـای موجـود در سـطح هزینه‌هـای بهداشـتی بخـش خصوصی(خانوارهـا) بـدان اشـاره شـده اسـت، سـهم و انـدازه‌ی هزینـه کـرد بخـش عمومـی و دولتـی اقتصـاد در ایـن حـوزه از بهداشـت می‌باشـد کـه در ایـن خصـوص نیـز نتایـج مطالعـات گوناگـون حاکـی از نتایـج آمیختـه و مبهـم بـوده وتنهـا تعـداد اندکـی از آن‌هـا بـه اثـرات معنـی‌دار ایـن متغیـر بـر هزینه‌هـای بهداشـتی بخـش خصوصـی اشـاره کرده‌انـد (کولیـر ۱۹۸۸، هیتریـس و پوسـنت۱۹۹۲، لئـو ۱۹۸۷).

در تئوری‌هـای اقتصـاد خـرد نیـز بـر لـزوم وارد کـردن قیمت‌هـای واقعـی خدمـات بهداشـتی در یـک کشـور بـه هنـگام احصـای فاکتورهـای مختلـف اثرگـذار بـر میـزان ایـن هزینه‌هـا تاکیـد شـده اسـت (گروسـمن ۱۹۷۲). اگرچـه اجمـاع و توافقـی کلـی و همـه گیـر در خصـوص تأثیـرات ایـن متغیـر در مطالعات در دسـترس نمی‌باشـد، زیـرا در عیـن حالی‌کـه در مطالعـات اوکونـاد[3] و دیگـران (۲۰۰٤) وهارتویـگ[4] (۲۰۰۸) وجـود اثـرات معنـی‌داری را از طـرف ایـن متغیـر بـر متغیـر هزینه‌هـای بهداشـتی بخـش خصوصـی گـزارش نموده‌انـد، مطالعاتـی نیـز همچـون مطالعـات گردهـام[5] ودیگـران (۱۹۹۲) و مورتـی و اوکپولـو[6] (۱۹۹٤) وجـود دارنـد کـه بـر عـدم وجـود اثـرات معنـی‌دار تأکیـد داشـته‌اند. در ایـن شـرایط در مطالعـه برنـت[7] و دیگـران (۲۰۰۰) نیـز از چشـم پوشـی وارد کـردن ایـن متغیـر در رگرسـیون‌های مربوطـه، به‌خاطـر وجـود مشـکلات عملـی در اندازه‌گیـری واقعـی ایـن قیمت‌هـا مخصوصـاً در کشـورهایی کـه قیمـت ایـن خدمـات در آن‌هـا ناچیـز بـوده و در سـطح قابـل توجهـی نمی‌باشـد، سـخن به‌میـان آمـده اسـت.

در خصـوص سـایر متغیرهـای موجـود در ادبیـات تحقیـق می‌توان بـه متغیرهای پزشـکی از جملـه پیشـرفت تکنولوژی‌هـای مرتبـط در حـوزه بهداشـت و درمـان

1.Grossman 2.Hitiris and Posnet 3.Okunade
4.Hartwig 5.Gerdham 6.Murthy and Ukpolo
7.Berndt

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

اشاره کرد، به‌طوری‌که بعد از مطالعه‌ی نیوهاوز (۱۹۹۲)، متغیرهای مذکور نیز به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده‌ی هزینه کرد بخش خصوصی جامعه در زمینه‌ی بهداشت و درمان مشخص شده است. اگرچه پیدا کردن شاخصی مناسب برای نشان دادن میزان وقوع این پیشرفت‌ها در یک کشور کار ساده‌ای نمی‌باشد ولی در مطالعات مختلف از شاخص‌های متفاوتی نیز برای این کار بهره گرفته شده است. به‌عنوان مثال بیتر و ویلر[1] (۲۰۰۰) و ویل[2] (۱۹۹۵) از مسیر تعداد جراحی‌های پزشکی انجام شده و یا تعداد تجهیزات مخصوص پزشکی موجود به اندازه‌گیری این متغیر اقدام نموده‌اند در حالی که در مطالعات اوکوناد و مورتی (۲۰۰۲) آن‌ها از طریق واردکردن هزینه‌های تحقیق و توسعه در بخش بهداشت و درمان به اندازه‌گیری این متغیر پرداخته‌اند. در برخی دیگر از مطالعات نیز همچون مطالعات گردهام و لاتگرن (۲۰۰۰[3]) و دی ماتئو (۲۰۰٤) تغییرات تکنولوژیکی را از مسیر اضافه کردن یک متغیر مجازی به عنوان روند زمانی به روابط رگرسیونی به حساب آورده‌اند.

برای جمع بندی مطالب بالا می‌توان بیان داشت که با وجودی که در طیف گسترده‌ای از مطالعات، که اکثراً نیز در مورد کشورها یا مناطق صنعتی و توسعه یافته‌ی جهان می‌باشند، متغیر درآمد به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرها در توضیح نوسانات مشاهده شده در اندازه‌ی هزینه کرد خانوارها در زمینه‌ی بهداشت اشاره شده است، اما هنوز هم در خصوص نقش سایر متغیرهایی که بتواند باقی تغییرات بزرگ توضیح داده نشده را توضیح دهد، اتفاق نظری وجود ندارد(بالتاجی و موسکونه۲۰۱۰–[4]).

بنابراین نظر به وجود خلأ جدی در میان مطالعات موجود در خصوص تعیین متغیرهای مرتبط و اثرگذار بر میزان هزینه‌های بهداشتی در کشورهای آسیایی و همچنین به‌دست آوردن شناختی از شدت و قدرت هر یک از متغیرها در توضیح نوسانات بزرگ مشاهده شده در کشورهای این منطقه از جهان، این مطالعه در پی ارزیابی نقش تعدادی از برجسته‌ترین متغیرهای معرفی شده

1.Bater and Wheeler

2.Weil

3.Gerdham and Lothgren

4.Baltagi and Moscone

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در ادبیات موضوع در تعیین هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی و همچنین مقایسه‌ی کشش درآمدی هزینه‌های مذکور در بین طبقه‌های مختلف درآمدی در کشورهای این منطقه از جهان خواهد بود.

۲-۱- مطالعات تجربی پیشین

چنانچه در مباحث ابتدایی ذکر شد، به‌لحاظ کامل بودن اطلاعات آماری کشورهای عضو «سازمان همکاری و توسعهٔ اقتصادی» اکثر مطالعات انجام یافته در خصوص بررسی متغیرهای اثرگذار بر هزینه‌های بهداشتی، از اطلاعات این کشورها در بازه‌ها و فواصل زمانی مختلف و با روش‌های متمایز به این اندازه‌گیری پرداخته‌اند و این امر نیز به‌نوبه خود کمبودی را در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی این متغیرها در بین سایر کشورها و مناطق جهان باعث شده است.

اولین بار نیوهاوز در سال ۱۹۷۷ به بررسی روابط بین متغیرهای مختلف و اثرات آن‌ها بر تعیین سطوح هزینه‌های بهداشتی در میان کشورها توجه نشان داد و با استفاده از داده‌های مربوط به ۱۳ کشور عضو «سازمان همکاری و توسعهٔ اقتصادی» و با استفاده از متغیرهای درآمد سرانه، متغیرهای جمعیتی و متغیرهای مربوط به اندازه‌گیری پیشرفت تکنیکی در حوزه‌ی بهداشت به این نتیجه رسید که بیش از ۸۰٪ تغییرات مشاهده شده در نوسانات هزینه‌های بهداشتی در بین کشورها با استفاده از متغیر درآمدی توضیح داده می‌شود. او در مطالعه‌ی خود کششی در حدود ۱/۱۵ تا ۱/۳۱ را برای تغییرات هزینه‌های بهداشتی در قبال تغییرات درآمدی در کشورهای مختلف مورد ارزیابی به‌دست آورد و نتیجه‌گیری نمود که ماهیت این هزینه‌ها در این کشورها از نوع هزینه‌های لوکس بوده است.

گردهام و دیگران (۱۹۹۲) در مطالعه‌ی خود با استفاده از داده‌های ۲۰ کشور عضو OECD در فاصله‌ی زمانی ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۷ برای توضیح نوسانات بهداشتی در کشورهای مذکور از متغیرهای تولید ناخالص داخلی و متغیرهایی از بخش عوامل جمعیتی و ساختاری بهره جسته است. در این مطالعه آن‌ها با استفاده از مدل اقتصادسنجی داده‌های تلفیقی[1] کشش بزرگ‌تر از یک را برای هزینه‌های بهداشتی در قبال نوسانات درآمدی به‌دست آورده‌اند که تأیید کننده‌ی

1 panel data

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

نتایـج قبلـی همچـون مطالعـات کلیمـان (۱۹۷٤)، نیوهـاوز (۱۹۷۷) و لئـو (۱۹۸۷) بوده است.

هیتیریـس و پوسـنت (۱۹۹۲) بـا همـان داده‌هـای قبلـی امـا این بـار با مـدل آماری متفـاوت و بـا کنتـرل متغیرهـای مشـاهده نشـده بـرای غیرهمسـان بـودن کشـورها، بـا اضافـه کـردن عـرض از مبدأهـای متفـاوت کشـوری[1]، کشـش درآمـدی نزدیـک بـه یـک را بـرای هزینه‌هـای بهداشـتی به‌دسـت آوردنـد کـه نتایـج مطالعـات قبلـی مبنـی بـر لوکـس بـودن ایـن هزینه‌هـا را زیرسـئوال می‌بـرد.

مورتـی و اوکونـاد (۲۰۰۹) در مطالعـه‌ی خـود بـا عنـوان تعییـن عوامـل اصلـی مؤثـر بـر هزینه‌هـای بهداشـتی در کشـورهای آفریقایـی کـه جـزو یکـی از معـدود مطالعـات موجـود در خصـوص کشـورهای کم‌تـر توسـعه یافتـه‌ی جهـان محسـوب می‌شـود بـا اسـتفاده از داده‌هـای تلفیقـی بـرای ٤٤ کشـور آفریقایـی و بـا اسـتفاده از آمـار و ارقـام سـال ۲۰۰۱ میـلادی بـرای ایـن کشـورها بـا وارد کـردن متغیرهایـی همچـون درآمـد سـرانه، کمک‌هـای خارجـی دریافـت شـده توسـط دولتهـا، تعـداد پزشـک در هـر هـزار نفـر و همچنیـن درصـد افـراد بـالای ٦٥ سـال سـن نتیجه‌گیـری می‌کنـد کـه درآمـد سـرانه به‌عنـوان یکـی از مهم‌تریـن متغیرهـا در توضیـح نوسـانات بهداشـتی کشـورهای کم‌تـر توسـعه یافتـه می‌باشـد، در حالی‌کـه نقـش سـایر متغیرهـا به‌مراتـب کم‌تـر بـوده اسـت و عنـوان می‌کنـد کـه هزینه‌هـای بهداشـتی صـورت گرفتـه در چنیـن کشـورهایی بیـش از آن‌کـه در قالـب مراقبت‌هـای بهداشـتی[2] باشـد در قالـب درمان‌هـای ضـروری بهداشـتی[3] بوده‌انـد. او در ایـن مطالعـه تأکیـد می‌کنـد کـه ایـن هزینه‌هـا در حـدود هزینه‌هـای ضـروری بـرای ایـن کشـورها بـوده و کشـش نزدیـک بـه یـک دارنـد.

دی ماتئـو (۲۰۰٤) در مطالعـه‌ی خـود در خصـوص تعییـن اثـرات متغیرهـای جمعیتـی و درآمـد به‌همـراه تغییـرات مرتبـط بـا زمـان (t) در هزینه‌هـای بهداشـتی ایـالات متحـده و کانـادا، بـا اسـتفاده از تحلیـل رگرسـیون داده‌هـای تلفیقـی در سـطح ایالت‌هـای مختلـف آمریـکا و کانـادا بـا اسـتفاده از داده‌هـای ۱۹۸۸–۱۹۸۰

1 fixed effects

2 health care

3 health cure

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

به این نتیجه رسیده است که تنها متغیر نسبت افراد بالای ٦٥ سال در توضیح نوسانات هزینه‌های بهداشتی مشاهده شده با اهمیت نبوده، بلکه سایر متغیرهای جمعیتی همچون افراد ١٨ تا ٦٤ سال نیز در توضیح این نوسانات مهم هستند. همچنین وی تأکید می‌کند که با وارد کردن متغیر زمانی می‌توان نزدیک به ٦٠٪ از تغییرات هزینه‌های بهداشتی در آمریکا و کانادا را توضیح داد. در این مطالعه وی کشش درآمدی کم‌تر از یک را برای ایالت‌های مورد بررسی نشان داد.

بهشتی و سجودی (١٣٨٦) در مطالعه‌ی خود که در خصوص تحلیل تجربی رابطه‌ی بین مخارج بهداشتی و تولید ناخالص داخلی در ایران برای فاصله‌ی زمانی سال‌های ١٣٨٣-١٣٣٨ کار کرده‌اند با استفاده از نتایج آزمون باند و همگرایی یوهانسون به یک رابطه‌ی معنی‌دار از تولید ناخالص داخلی با مخارج بهداشتی دولت رسیده‌اند. آن‌ها همچنین با توجه به ضریب به‌دست آمده برای تولید ناخالص داخلی در رابطه‌ی رگرسیونی به این نتیجه رسیده‌اند که کشش پذیری مخارج بهداشتی دولتی نزدیک به یک بوده و این مخارج در ایران در فاصله‌ی زمانی یاد شده از نوع مخارج ضروری بوده است.

مهرآرا و فضائلی (١٣٨٨) نیز در مطالعه‌ی خود تحت عنوان بررسی رابطه‌ی هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال افریقا (منا) تأکید می‌کنند که سهم و اهمیت تولید ناخالص داخلی در توضیح نوسانات سلامتی در میان کشورها یا مناطق مختلف و شناخت بزرگی این رابطه در طراحی سیاست‌ها در بخش سلامت جامعه بسیار مهم است. آن‌ها در این مقاله با استفاده از یک نمونه‌ی ١٣تایی از کشورهای فوق در فاصله‌ی سال‌های ٢٠٠٥-١٩٩٥ و با استفاده از تحلیل‌های هم‌انباشتگی براساس داده‌های تلفیقی (پانل)، یک رابطه‌ی بلندمدت بین دو متغیر هزینه‌های کلی بهداشت (شامل هزینه‌های عمومی و خصوصی) و تولید ناخالص داخلی را نشان داده‌اند و بر اساس ضرایب به‌دست آمده نتیجه گرفتند که شواهدی مبنی بر لوکس بودن هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در کوتاه مدت و بلندمدت در این منطقه از جهان مشاهده نمی‌شود.

در مطالعه‌ی حاضر با استفاده از داده‌ها و آمار بهداشتی و اقتصادی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مربوط به ٤٣ کشور آسیایی در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۲۰۱۰-۱۹۹۵ به ارزیابی نقش و شدت اثرگذاری برجسته‌ترین متغیرهای مطرح شده در مطالعات قبلی بر هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی خواهیم پرداخت. در مطالعه‌ی حاضر علاوه بر مزیت پوشش دادن منطقه‌ای از جهان که اکثراً مورد غفلت مطالعات قبلی قرار گرفته‌اند، بالا بودن قدرت آماری تخمین‌ها به‌لحاظ گستردگی نمونه‌ی مورد بررسی (از لحاظ ابعاد کشوری و زمانی) و همچنین ارزیابی آخرین تغییرات به‌وجود آمده در ترجیحات مصرف کنندگان خدمات بهداشتی در کشورهای مذکور به‌دلیل استفاده از آخرین داده‌های موجود در سطح جهانی بدون شک از دیگر مزایای مطالعه‌ی حاضر خواهند بود که خواهد توانست خلأ مطالعاتی در خصوص محاسبه‌ی تجربی کشش‌های درآمدی هزینه‌های بهداشتی خانوارها در کشورهای آسیایی را نیز تا حد امکان برطرف نماید.

۳- روش مطالعه :

در این مطالعه برای بررسی عوامل مؤثر در توضیح تغییرات مشاهده شده در سرانه‌ی هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی(خانوارها) در بین کشورهای آسیایی از مدل معرفی شده توسط بالتاجی و موسکون[1] (۲۰۱۰) در قالب داده‌های تلفیقی (پانل) به‌صورت زیر استفاده خواهد شد:

$$LPHE_{it}=\alpha_i+\delta LPCI_{it}+\beta LGHE_{it}+\gamma LDEMO_{it}+\varepsilon_{it} \quad \text{رابطه (۱)}$$

که در رابطه‌ی فوق لگاریتم هزینه‌های بهداشتی سرانه‌ی حقیقی بخش خصوصی به واحد دلار(PPP) و براساس ارزش دلار سال ۲۰۰۵، لگاریتم درآمد سرانه (تولیدناخالص داخلی سرانه) به واحد دلار(PPP) و براساس ارزش دلار سال ۲۰۰۵، لگاریتم هزینه‌های بهداشتی سرانه‌ی حقیقی بخش دولتی به واحد دلار(PPP) و براساس ارزش دلار سال ۲۰۰۵ و نیز نشان‌دهنده‌ی لگاریتم ساختار جمعیتی کشور مورد نظر می‌باشد که در این مطالعه از طریق مجموع نسبت جمعیت زیر ١٤ سال و همچنین جمعیت بالاتر از سن ٦٥ سال به کل جمعیت آن کشور به‌دست آمده است. در رابطه‌ی فوق اندیس معرف کشور مورد نظر و اندیس معرف سال مورد نظر می‌باشد.

1.Baltagi and Moscone

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در رابطه‌ی فوق برای در نظر گرفتن ناهمگونی بین کشورها از عبارت که بیان‌گر عرض از مبدأهای متفاوت برای کشورهای مختلف می‌باشد استفاده شده است.

در این مطالعه همچنین برای ارزیابی صحت و سقم فرضیات مطرح شده در مطالعات قبلی در خصوص متفاوت بودن ماهیت هزینه‌های بهداشتی در کشورهای مختلف با سطوح متفاوت توسعه یافتگی و پرکشش بودن این هزینه‌ها در کشورهای توسعه یافته نسبت به کشورهای کم‌ترتوسعه یافته، با تقسیم‌بندی کشورهای مذکور به ۳ گروه درآمدی (کم درآمد – درآمد متوسط – پردرآمد) و تخمین مدل (۱) در هر گروه از کشورها، به مقایسه‌ی کشش پذیری هزینه‌های بهداشتی در بین سه گروه مذکور خواهیم پرداخت.

مسلماً استفاده از مدل اقتصادسنجی داده‌های تلفیقی (پانل) علاوه بر اجتناب از کمبود توان آزمونی (مشاهدات مرتبط با نمونه‌های کوچک) که اکثراً در مطالعات سری زمانی و یا داده‌های مقطعی[1] کشوری در حوزه‌ی بهداشت مشاهده می‌شود می‌تواند ناهمگونی‌های مشاهده شده در بین نمونه‌های مورد بررسی را به‌خوبی تحت پوشش قرار دهد. همچنین در این شرایط می‌توان بر مشکلات موجود به‌خاطر نوسانات محدود در یک متغیر به‌خصوص در یک کشورخاص فائق آمد و مدل رگرسیونی را در یک بازه‌ی گسترده‌تری از نوسانات مورد تجربه و تحلیل قرار داد.

برای مقایسه و ارزیابی نقش متغیرهای توضیحی مدل به‌خصوص درآمد سرانه در توضیح نوسانات هزینه‌های بهداشتی خانوار و همچنین محاسبه‌ی کشش درآمدی این هزینه‌ها در سطوح مختلف درآمدی در بین کشورهای آسیایی بدین ترتیب عمل شده است که ابتدا کل کشورهای منتخب منطقه که مشتمل بر ۴۳ کشور می‌باشد[2] به سه گروه کشورهای کم درآمد، کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای با درآمد بالا تقسیم شده است. نحوه‌ی این کار نیز بدین صورت بوده است که ابتدا میانگین متغیر درآمد سرانه برای هر یک از کشورها در دامنه‌ی زمانی مورد نظر مطالعه (۱۶ سال) محاسبه شده

1 cross-sectional

۲. دلیل انتخاب ۴۳ کشور در قاره‌ی آسیا، در دسترس بودن داده‌های مورد نیاز برای کشورهای مذکور در بازه‌ی زمانی مورد مطالعه بوده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

است. سپس با توجه به دامنه‌ی مشاهده شده برای درآمد سرانه‌ی میانگین، کل کشورهای مورد مطالعه در سه گروه درآمدی زیر پنج هزار دلار، پنج تا پانزده هزار دلار و بالاتر از پانزده هزار دلار به‌ترتیب به‌صورت کشورهای کم درآمد، با درآمد متوسط و پردرآمد تقسیم شده است.

سپس سعی شده است تا رابطه‌ی (۱) را برای هر گروه از کشورهای یادشده در داخل داده‌های تلفیقی مورد آزمون قرار دهیم.

شایان ذکر است که تمامی داده‌های مورد نظر مطالعه، از شاخص‌های آماری بانک جهانی (۲۰۱۱,WDI) فراهم شده است. البته قبل از محاسبه‌ی رگرسیون لازم است با آزمون‌های مربوطه، به آزمون ایستایی متغیرهای به کارگرفته شده در مدل مطالعه پرداخته و پس از آن تخمین مناسب الگو را مدنظر قرار دهیم.

٤- یافته‌ها :

با توجه به مباحث بخش قبل، ابتدا لازم است مرتبه‌ی ایستایی متغیرهای تحقیق را بررسی نماییم. نتایج آزمون‌های ریشه واحد با لحاظ نمودن عرض از مبدأ و روند به شرح جدول (۱) می‌باشد.

جدول (۱): نتایج آزمون‌های ایستایی در داده‌های تلفیقی برای متغیرهای تحقیق

متغیر/ آزمون	لوین، لین و چو	بریتونگ	ایم، پسران و شین	فیشر-دیکی فولر	فیشر-فیلیپس پرون	هادری
LPHE	-۱٤/۱ (۰/۰۰۰)	-۰/۱۸ (۰/٤۲)	-٤/٦ (۰/۰۰۰)	۱۵۰/٦ (۰/۰۰۰)	۲۰۰/۹ (۰/۰۰۰)	۹/۹ (۰/۰۰۰)
LPCI	-۲۰/۸ (۰/۰۰۰)	۳/۰۸ (۰/۹۹)	-۳/۷٦ (۰/۰۰۰)	۱۲۳/۵ (۰/۰۰۰)	۹۷/٦ (۰/۲۲)	۱۰/۱ (۰/۰۰۰)
LGHE	-۵/۷۳ (۰/۰۰۰)	۷/۵۱ (۱/۰۰۰)	-۲/۳۳ (۰/۰۰۰)	۱۳۳/۷ (۰/۰۰۰)	۱۱۷/٤ (۰/۰۱)	۸/۷۳ (۰/۰۰۰)
LDEMO	-۸/۱۷ (۰/۰۰۰)	۱/۳۰ (۰/۹۰)	-۱۱/۰۲ (۰/۰۰۰)	۳۲۲/۲ (۰/۰۰۰)	۹۱/۲ (۰/۳۸)	۱۵/۲ (۰/۰۰۰)

*اعداد داخل پرانتز، نشان‌گر مقدار احتمال آماره می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

با توجه به نتایج آزمون‌های جدول (۱) می‌توان گفت که از شش آماره‌ی آزمون نتیجه‌ی چهار آزمون برای دو متغیر لگاریتم درآمد سرانه و لگاریتم ساختار جمعیت بر ایستا بودن این سری‌ها تأکید دارند در حالی که تنها نتایج آزمون‌های بریتونگ وهادری ایستا بودن این متغیرها را رد می‌نمایند.همچنین نتیجه‌ی پنج آزمون از شش آزمون به‌کارگرفته شده نیز بر ایستا بودن دو متغیر دیگر مطالعه یعنی لگاریتم هزینه‌های بهداشتی سرانه‌ی بخش خصوصی و بخش دولتی تأکید دارند در حالی که تنها نتیجه‌ی آزمون بریتونگ ناایستا بودن این متغیرها را نشان می‌دهد. بنابراین در حالت کلی و با توجه به نتایج تمام آزمون‌ها فرضیه ایستا بودن متغیرهای مطالعه در چارچوب داده‌های تلفیقی در سطح آزمون ۵٪ تأیید می‌شود.

بنابراین در این مرحله و بدون نگرانی از وجود متغیرهای ناایستا در مدل، که می‌توانست منجر به تخمین‌های غیرکارا و کاذب از ضرایب در مدل گردد، به تخمین مدل مطالعه برای سه گروه از کشورهای مورد نظر می‌پردازیم. برای این منظور و برای تصریح درست مدل ابتدا بایستی آزمون همگنی (F) و همچنین آزمون انتخاب روش اثرات ثابت یا تصادفی که معروف به آزمون‌هاسمن[1] می‌باشد در هر یک از گروه‌های کشوری صورت گیرد.

جدول (۲): تقسیم‌بندی کشورهای مورد مطالعه بر اساس میانگین درآمد سرانه مشاهده شده

	نام کشورها و میانگین درآمد سرانه‌ی مشاهده شده (PPP) در فاصله‌ی زمانی مطالعه	معیار درآمدی دلار(PPP)
کشورهای کم درآمد (گروه ۱)	افغانستان (۸۱۰)، بنگلادش(۱۰۹۵)، بوتان (۳۳۲۸)، هند(۲۱۲۳)، نپال (۹۲۷)، پاکستان(۲۰۱۸)، سریلانکا(۳۳۲۹)، قرقیزستان(۱۶۴۶)، تاجیکستان(۱۲۹۲)، ترکمنستان(۳۸۸۲)، ازبکستان(۱۹۰۸)، چین(۳۷۰۶)، مغولستان (۲۶۴۹)، ارمنستان(۳۳۴۶)، آذربایجان(۴۲۸۲)، گرجستان(۳۱۵۹)، اردن(۴۱۰۳)، سوریه (۴۰۸۳)، یمن(۲۱۳۵)، کامبوج(۱۳۰۸)، فیلیپین(۲۹۳۰)، تیمورشرقی(۷۳۶)، ویتنام(۱۹۴۳)، اندونزی(۳۰۲۷)، عراق(۳۴۸۹)	کم‌تر از ۵۰۰۰
کشورهای با درآمد متوسط (گروه ۲)	ایران (۸۴۲۳)، قزاقستان(۷۳۳۹)، لبنان(۹۶۰۰)، ترکیه (۱۰۵۴۰)، تایلند(۶۲۷۵)، مالزی (۱۰۹۵۳)، مالدیو(۵۲۱۷)	۵۰۰۰-۱۵۰۰۰
کشورهای پردرآمد (گروه ۳)	کره جنوبی(۲۰۹۱۶)، ژاپن(۲۹۳۰۹)، بحرین(۲۴۷۰۴)، قبرس(۲۳۴۱۵)، کویت (۴۲۵۶۶)، عمان(۲۰۱۰۵)، عربستان(۲۰۰۲۷)، برونئی(۴۸۸۳۰)، سنگاپور(۴۱۰۲۴)، قطر(۷۰۱۰۱)، رژیم اشغالگرقدس(۲۳۰۴۴)	۱۵۰۰۰ و بیش‌تر

1. Hausman Test

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول (۳): نتایج مربوط به آزمون‌های Fهاسمن در هر یک از گروه‌های کشوری

گروه کشوری	نتایج آزمون F	نتایج آزمون‌هاسمن (*HAUSMAN*)	روش آزمون
گروه ۱	**۱۰۲/۷** (۰/۰۰۰)	**۱/۷۰** (۰/۶۳)	**اثرات تصادفی**
گروه ۲	**۱۰۲/۷** (۰/۰۰۰)	**۱/۷۰** (۰/۶۳)	**اثرات تصادفی**
گروه ۳	**۴۳/۶** (۰/۰۰۰)	**۱۳/۳۶** (۰/۰۰۰)	**اثرات ثابت**

*اعداد داخل پرانتز، نشان‌گر مقدار احتمال آماره می‌باشد.

با توجه به نتایج جدول (۳) مشاهده می‌شود که روش اثرات تصادفی، روش مناسب تخمین الگو برای گروه کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط و روش اثرات ثابت، روش مناسب تخمین الگو برای گروه کشورهای پردرآمد می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

نتایج تخمین الگو برای هر سه گروه کشور مورد مطالعه در جدول شمارهٔ (٤) آمده است :

جدول (٤): نتایج تخمین الگو برای سه گروه کشورهای مورد مطالعه

متغیر	گروه ۱ کشورهای کم درآمد تعداد کشور ۲۵		گروه ۲ کشورهای درآمد متوسط تعداد کشور ۷		گروه ۳ کشورهای پردرآمد تعداد کشور ۱۱	
عرض از مبدأ	۸/٤۷ (۰/٤۹)	۳/۲۹ (۰/۰٦)	٥٥/۸ (۰/۰۰)	٤/۸۷ (۰/۰٥)	-۲۲/٥ (۰/۰۰)	-۱۰/۷٥ (۰/۰۰)
LPCI	۰/۷٤ (۰/۰۰)	۰/۷۳ (۰/۰۰)	۰/۷۱ (۰/۰۰)	۰/٥۱ (۰/۰۰)	۰/۸۳ (۰/۰۰)	۱/۰۹ (۰/۰۰)
LHEG	-۰/۰۱ (۰/٤۷)	-۰/۰۲ (۰/۳)	۰/۱٥ (۰/۲۰)	۰/۰۲ (۰/۸۱)	۰/۲۸ (۰/۰۰)	۰/۳۲ (۰/۰۰)
LDEMO	-۱/٤۲ (۰/۰۰)	-۱/۳۲ (۰/۰۰)	-۱/۷٤ (۰/۰۰)	-۱/۲٦ (۰/۰۰)	۰/۹۲ (۰/۰۰)	۰/۹۲ (۰/۰۰)
T	-۰/۰۰۲ (۰/٦۷)	–	-۰/۰۲ (۰/۰۰)	–	۰/۰۰۷ (۰/۰۰)	–
R^2	۰/٥٦	۰/٥٦	۰/٥۷	۰/٥٤	۰/۹٦	۰/۹٦
R^{-2}	۰/٥٥	۰/٥٥	۰/٥٥	۰/٥۳	۰/۹٦	۰/۹٦
No. of obs	۳۸٥	۳۸٥	۱۱۱	۱۱۱	۱٦۳	۱٦۳

*اعداد داخل پرانتز نشان‌گر مقدار احتمال آماره می‌باشد.

نگاهی بر نتایج آزمون والد (جدول ٥) نیز که احتمال برابر بودن کشش محاسبه شده در هر یک از گروه‌های درآمدی را با عدد یک ارائه می‌کند، حاوی نکته‌ی جالبی می‌باشد به‌طوری‌که طبق نتایج این آزمون، احتمال برابر با یک بودن کشش تخمینی برای کشورهای کم درآمد به سمت صفر میل کرده در حالی که احتمال برابر با یک بودن کشش تخمینی در کشورهای با درآمد متوسط ١٤ درصد و در کشورهای پردرآمد نزدیک به ٣٤ درصد است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول (۵): نتایج آزمون والد در خصوص برابر یک بودن کشش‌های تخمینی در هر یک از گروه‌ها

گروه کشورها	ضریب تخمینی درحالت وجود روند در الگو	آماره‌ی آزمون والد (C=۱)
گروه ۱	۰/۷٤	۸/۸۳ (۰/۰۰)
گروه ۲	۰/۷۱	۲/۱۸ (۰/۱٤)
گروه ۳	۰/۸۳	۰/۸۸ (۰/۳٤)

*اعداد داخل پرانتز نشان‌گر مقدار احتمال آزمون می‌باشد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

مدل تخمینی در هر سه گروه از کشورها و به‌ویژه در کشورهای پردرآمد از قدرت توضیح دهندگی بالایی برخودار بوده درعین حال، در شدت تأثیرگذاری هر یک از متغیرهای وارد شده در الگو در هر گروه از کشورها تفاوت‌های جالبی به چشم می‌خورد. به‌عنوان مثال متغیر درآمد سرانه در تمام گروه‌های درآمدی در بین کشورها از اثرگذاری مثبت و معنی‌داری بر هزینه‌های بهداشتی خانوارها برخوردار است. به‌عبارت دیگر با افزایش درآمد سرانه و حرکت در مسیر رشد و توسعه جوامع بر هزینه کرد خانوارها در حوزه‌ی بهداشت افزوده می‌شود. این نتیجه مطابق با اکثر مطالعات انجام یافته در این زمینه در بین کشورهای مختلف جهان بوده است. نگاهی به ضریب تخمینی برای متغیر درآمد سرانه که به‌لحاظ لگاریتمی بودن متغیرها، نشان دهنده‌ی کشش درآمدی هزینه‌های بهداشتی خانوارها می‌باشد مشاهده می‌شود که وقتی الگو بدون متغیر روند زمانی محاسبه می‌گردد، کشورهای کم درآمد دارای کشش درآمدی بالاتری نسبت به کشورهای با درآمد متوسط بوده و هردوگروه از این کشورها کشش درآمدی پایینی نسبت به کشورهای با درآمد بالا دارند. بزرگ‌تر بودن کشش درآمدی در کشورهای پردرآمد نسبت به کشورهای دیگر اگرچه مطابق با ادبیات مطالعه و مورد انتظار تئوری نیز بوده است اما بالا بودن کشش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

درآمدی هزینه‌های بهداشتی خانوارها در کشورهای کم درآمد نسبت به کشورهای با درآمد متوسط و به‌عبارت دیگر هزینه کرد بیش‌تر در مسیر بهداشت و درمان در کشورهای کم درآمد نسبت به کشورهای با درآمد متوسط در هنگام افزایش درآمدها (اگرچه هنوز پایین‌تر از یک بودن مقدار کشش در هر دوگروه از کشورها، به‌معنی افزایش نیافتن این هزینه کردها متناسب با افزایش درآمد می‌باشد) می‌تواند حاکی از نیازهای بهداشتی ضروری و برآورده نشده‌ای باشد که در زمان افزایش درآمدها ناچار از هزینه کرد در مسیر آن نیازها می‌شود. به‌نظر می‌رسد وقتی که متغیر روند زمانی در الگو داخل می‌شود کشش درآمدی هزینه‌های بهداشتی در گروه کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط به یکدیگر نزدیک شده و تفاوت چندانی با یکدیگر نشان نمی‌دهند اگرچه هنوز نیز در این شرایط این کشش در کشورهای با درآمد بالا نسبت به کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط بالاتر بوده است.

یکی دیگر از نتایج جالب برآورد الگوها در گروه‌های مختلف درآمدی، اثرگذاری منفی و معنی‌دار مجموع نسبت جمعیت جوان و سالخورده از کل جمعیت بر هزینه‌های بهداشتی خانوارها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط و در نقطه‌ی مقابل، اثرگذاری مثبت و معنی‌دار این نسبت از جمعیت بر هزینه‌های بهداشتی خانوار در کشورهای با درآمد بالا بوده است. شدت و جهت این اثرگذاری‌ها با وارد شدن متغیر روند در الگوها نیز تغییرات چندانی نشان نمی‌دهد. این نتیجه جالب می‌نماید زیرا انتظار بر این بود که با افزایش این نسبت از جمعیت در کشورها هزینه‌های بهداشتی خانوارها نیز افزایش نشان می‌داد که بر مبنای نتایج تخمین در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط جهت اثرگذاری دقیقاً بر عکس این حالت بوده است. یکی از دلایل احتمالی این حالت را می‌توان به ورود بخش عمومی(دولت) در این کشورها به مقوله‌ی بهداشت و درمان (هم از بابت تأمین خدمات بهداشتی و هم از بابت اعطای یارانه به هزینه کرد بخش خصوصی) و انتقال نسبت اعظمی از سهم هزینه کرد خانوارها در این زمینه به سمت هزینه‌های بهداشتی دولتی نسبت داد، به‌طوری که در اکثر کشورهای مورد بررسی و با رسیدن فرزندان به سنین نوجوانی و جوانی عملاً با کاهش حمایت‌های دولتی مواجه شده و هزینه‌های بهداشتی دوباره بر دوش خانوارها منتقل می‌گردد اما در کشورهای با درآمد بالا به‌دلیل ناچیزبودن دخالت بخش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

عمومی در حوزه‌ی بهداشت و درمان حداقل در زمینه‌های فراتر از خدمات اولیه‌ی بهداشتی و درمانی (که در این کشورها نیز عمدتاً تقاضا در بخش بهداشت و درمان جهت خدماتی به‌غیر از خدمات عمومی بهداشتی می‌باشد) بنابراین می‌توان افزایش هزینه کرد بهداشتی خانوارها با افزایش مجموع نسبت جمعیت زیر ۱۴ سال و بالای ۶۵ سال از کل جمعیت این گونه کشورها را توضیح داد.

متغیر توضیحی دیگر در الگو متغیر هزینه کرد سرانه‌ی بخش دولتی در زمینه‌ی بهداشت و درمان بوده است که با توجه به نتایج تخمین الگو در کشورهای مورد نظر مشاهده می‌شود که اثرگذاری این متغیر در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط اگرچه در جهت معکوس بوده است اما از معنی‌داری لازم آماری برخوردار نمی‌باشد. به‌عبارت دیگر اگرچه می‌توانست با مشاهده‌ی علامت منفی ضریب تخمینی برای این متغیر در این کشورها به خاصیت جانشینی این هزینه با هزینه کرد سرانه‌ی خانوارها تأکید نمود اما شدت اثرگذاری فوق از لحاظ آماری به‌اندازه‌ی کافی بزرگ نبوده است و لذا می‌توان نتیجه گرفت که در این کشورها رابطه‌ی خاصی بین هزینه کرد سرانه‌ی بخش دولتی و بخش خصوصی در زمینه‌ی بهداشت و درمان وجود ندارد. اما در نقطه‌ی مقابل اثرگذاری این متغیردر کشورهای با درآمد بالا معنی‌دار و در جهت مستقیم بوده است به‌عبارت دیگر این هزینه کردها در زمینه بهداشت و درمان در کشورهای با درآمد بالا به‌نوعی مکمل همدیگر بوده و افزایش هزینه کرد بخش عمومی در زمینه‌ی بهداشت و درمان در این کشورها، افزایش هزینه کرد بخش خصوصی را نیز در پی داشته است. در حالت کلی به‌نظر می‌رسد با وارد کردن متغیر روند زمانی که می‌تواند تا حدودی نماینده‌ی شاخص تغییرات تکنولوژیکی در حوزه‌ی بهداشت و درمان در طول سال‌های مورد مطالعه باشد، جهت و اثرگذاری سایر متغیرها دستخوش تغییرات اساسی نمی‌شود و این متغیر به‌جز در کشورهای کم درآمد، در سایر کشورها از معنی‌داری لازم آماری نیز برخوردار بوده است.

در یک جمع بندی کلی و با نگاهی بر کشش درآمدی به‌دست آمده برای هزینه‌های بهداشتی بخش خصوصی در دو حالت وجود یا عدم وجود متغیر روند زمانی در میان متغیرهای توضیحی الگو، اگرچه مشاهده می‌شود در این کشورها مراقبت‌های بهداشتی بیش از آنچه ماهیت لوکس داشته باشند هنوز جزو مراقبت‌های اولیه و عمومی و ضروری به‌حساب می‌آیند اما به‌نظر می‌رسد که اندازه‌ی این کشش با حرکت در مسیر توسعه‌ی جوامع و افزایش سطوح درآمد سرانه‌ی افراد جامعه، بزرگ‌تر شده و این تأیید کننده‌ی فرضیه‌ی مطرح شده

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در بخش‌های ابتدایی مقاله خواهد بود که با حرکت در مسیر توسعه‌ی جوامع ماهیت هزینه‌های بهداشتی از ماهیت مراقبت‌های ضروری در مراحل اولیه‌ی توسعه به سمت مراقبت‌های بهداشتی لوکس تغییر می‌کند.

با توجه به تفاوت‌های عمیق موجود در هزینه‌های بهداشتی سرانه‌ی بخش خصوصی و همچنین با توجه به کمبود مطالعات گسترده با توان آزمون بالا در میان کشورهای آسیایی، در این مطالعه با استفاده از الگوی رگرسیونی داده‌های تلفیقی و با کنترل عوامل ناهمگن، با تقسیم‌بندی ۴۳ کشور آسیایی به سه گروه مشابه از نظر سطوح درآمدی به تخمین مدل اصلی مطالعه در هر یک از زیرگروه‌های مورد نظر پرداخته شد. چنانچه نتایج تخمین الگو برای هر یک از گروه‌های مذکور نشان داد، شواهدی دال بر تغییر ماهیت مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های مرتبط با آن در مسیر توسعه یافتگی کشورها که در این مطالعه از طریق درآمدهای سرانه‌ی بالاتر سنجیده می‌شود وجود دارد. همچنین اگرچه اندازه‌ی کشش‌های به‌دست آمده برای کشورهای مذکور نشان از وجود تفاوت بین گروه‌های درآمدی کشوری بود اما انجام آزمون‌های مربوطه نشان داد که تمامی این کشش‌ها در حد یک و کم‌تر از آن هستند و نمی‌توان شواهدی مبنی بر لوکس بودن این هزینه‌ها حتی در کشورهای با درآمدهای بالاتر را ارائه کرد. بنابراین با توجه به مهم‌ترین نتیجه‌ی مطالعه حاضر که ماهیت ضروری و اولیه‌ی تقاضاهای بهداشتی را در این منطقه از جهان نشان داد و با نظر به این‌که کشورمان ایران در گروه دوم از کشورهای مذکور تقسیم‌بندی شده است، جلوگیری از سیاست‌گذاری‌های شتاب‌زده در کشورمان در راستای خصوصی‌سازی‌های گسترده در بخش بهداشت و درمان مورد تأکید است. همچنین تداوم حمایت‌های دولت در این بخش همچون یارانه‌های تأمین دارو و... و اتخاذ سیاست‌های کنترل قیمتی در این بازار در کشورمان پیشنهاد می‌گردد. همچنین جهت افزایش بازدهی در بخش بهداشت و درمان در کشور پیشنهاد می‌شود پوشش‌های بیمه‌ای (دولتی- خصوصی) در حوزه‌ی بهداشت و درمان حتی الامکان در زمینه‌ی نیازها و مراقبت‌های ضروری بهداشتی با هدف تحت پوشش قرار دادن تمام (اکثریت) افراد جامعه اجرا گردد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

References منابع و مآخذ

- بهشتی، محمدباقر و سجوی، سکینه (۱۳۸٦)، " تحلیل تجربی رابطه بین مخارج بهداشتی و تولیدناخالص داخلی در ایران"، **فصلنامه بررسی‌های اقتصادی**، دوره‌ی ٤، زمستان ۱۳۸٦، ۱۳۵-۱۱۵
- مهرآرا، محسن و فضائلی، علی اکبر (۱۳۸۸)، " رابطه‌ی هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (منا) "، **فصلنامه مدیریت سلامت**، دوره ۱۲، شماره ۳۵، بهار ۱۳۸۵، ۵۹-٤۹

- Baker, L. C. And Wheeler, S. K.(2000), "Managed care and technology diffusion the case of MRI", ***Health Affaires*** 17,195-207
- Baltagi, B. H. And Moscone, F. (2010), " Healthcare expenditure and income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data", ***IZA DP***. No. 4851
- Berndt, E. R. et al (2000), " Medical care prices and output, in : Culyer, A. J. and Newhouse, J. P. (Eds): ***Handbook of Health Economics***, Vol. 1a,Amsterdam: Elsevier
- Culyer, A. J. (1988), " Health care expenditures in Canada: myth and reality; past and future", Tax Paper N.82, ***Canadian Tax Foundation***
- Di Matteo, L. (2004), "What drives provincial health expenditure? ***Canadian Tax*** Journal, 52,1102
- Di Matteo, L. (2003), " The income elasticity of health care spending: a comparison of parametric and nonparametric approaches", ***The Europian Journal of Health Economics***, 4, 20-29
- Di Matteo, L. And Di Matteo, R.(1998), " Evidence on determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965-1991", ***Journal of Health Economics***, 17,211-228,.
- Gerdham, U. G. and Sogaard, J. and Andersson, F. and Jonsson, B. (1992). An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. ***Journal of Health Economics*** 11, 63-84
- Gerdham, U. And Lothgren, M.(2000), "New panel results on cointegration of international health expenditure and GDP", ***Applied Economics***,13,1679-1686
- Getzen, T. E. (2000), " Healthcare is an individual necessity and a national luxury : applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures", ***Journal of Health Economics*** 19(2000) 259-270
- Grossman, M.(1972), " On the concept of health capital and the demand for health", ***Journal of Political Economy***, 80,223-255

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

References منابع و مآخذ

- Hansen, P. And King, A.(1996), " The Determinants of health care expenditure: a co-integration approach", ***Journal of Health Economics***, 15,127-137
- Hartwig, J. (2008), "What drives healthcare expenditure? Baumol's model of unbalanced growth revisited", ***Journal of Health Economics***, 27, 603-623
- Hitiris, T. And Posnett, J. (1992), "The determinants and effects of health expenditure in developed countries", ***Journal of Health Economics***, 11. 173-181
- Kleiman, E. (1974), "***The determinants of national outlay on health***", London: Macmillan.
- Leu, R. R. (1986), "Public and private health services: complementarities and conflicts, chapter the public mix and international health care cost", Basil Blackwell, Oxford.
- Murthy, N. R. And Ukpolo,, V.(1994), "Aggregate health expenditure in the United States", ***Applied Economics*** 26, 797-802
- Murthy, N. R. And Okunade, A. A.(2009), " The core determinants of health expenditure in the African context: some econometric evidence for policy", ***Journal of Health Policy*** 91,57-62
- Newhouse, J.P. (1992), "medical care costs : how much welfare loss", ***Journal of Economic Perspective***, vol(6), pp.3-21
- Newhouse, J. P.(1977), " Medical care expenditure: a cross-national survey", ***Journal of Human Resources*** 12, 115-125
- Okunade, A.A. And Murthy, V. R.(2002), "Technology as a major driver of health care costs, a co-integration analysis of the newhouse conjecture", ***Journal of Health Economics***,vol.21, pp.147-159
- Okunade, A. A. And Karakus, M. C. And Okeke, C.(2004), " Determinants of health expenditure growth of the OECD countries: jackknife re sampling plan estimates", ***Health Care Management Science*** 7, 173-183
- Parkin, D. And Mcguire, A. And Yule, B.(1987), "Aggregate healthcare expenditure and national income: is health care a luxury good?" , Journal of Health Economics, 6, 109-127
- Weil, T. P. (1995), "Comparisons of medical technology in Canadian, German and U.S hospitals", ***Hospital and Health Services Administration*** 40, 524-533
- Wilkinson, R. J. (1996), "Unhealthy societies, the afflictions of inequality", London, England, Routledge.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]