

رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران

محمد باباخانی*، سید رامین قاسمی**، حسن رفیعی***، حسین راغفر****،
اکبر بیگلریان*****

مقدمه: مفهوم مدرن عدالت توزیعی بر توزیع عادلانه منابع و منافع جامعه بین اقشار مختلف تأکید دارد. از طرف دیگر سلامت به عنوان یکی دیگر از مقوله‌های رفاه اجتماعی تحت تأثیر وضعیت شاخص‌های عدالت توزیعی قرار می‌گیرد. در این پژوهش رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت طی سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفته است. **روش:** این مطالعه از نوع تحلیل همبستگی اکولوژیکی می‌باشد. برای اندازه‌گیری عدالت توزیعی به عنوان متغیر مستقل از شاخص‌های نابرابری درآمدی، فقر و مخارج دولت در سلامت استفاده شده است و برای بررسی سلامت از شاخص‌های امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال استفاده شده است. برای اجرای پژوهش ابتدا داده‌های مورد نیاز مطالعه را از مرکز آمار تهیه کرده و سپس با استفاده از نرم افزار *stata* و *excel* شاخص‌های مورد نظر استخراج شدند. و در نهایت روابط بین شاخص‌ها توسط نرم افزار *spss* مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** به طور کلی طی سال‌های مورد بررسی روند شاخص‌های نابرابری درآمدی و فقر نزولی و روند شاخص‌های سلامت صعودی می‌باشد. نتایج رگرسیون دو متغیره نشان می‌دهد که فقر نسبت به نابرابری درآمدی قدرت تبیین کنندگی بیش‌تری دارد و انجام رگرسیون سه متغیره مشخص شد مخارج دولت در سلامت بیش‌ترین قدرت تبیین کنندگی شاخص‌های سلامت را دارد. **نتایج:** به نظر می‌رسد توجه دولت به سرمایه‌گذاری در بخش سلامت جهت نیل به اهداف عدالت توزیعی و ارتقاء شاخص‌های سلامت مطلوب می‌باشد.

کلید واژه: امید به زندگی و مرگ و میر کودکان، سلامت، عدالت توزیعی، فقر نابرابری درآمدی،
تاریخ دریافت: ۱۸/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۱۱

* دانشجوی دکتری علوم اقتصادی، دانشگاه مفید <babakhani657@gmail.com> (نویسنده مسئول)

** کارشناسی ارشد رفاه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*** دکتر روان پزشک و MPH، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دکتر اقتصاد، دانشگاه الزهرا

***** دکتر آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

یکی از رویکردها به نظریه عدالت به مثابه انصاف راولز، عدالت توزیعی^۱ می‌باشد، که مبانی آن از اصل دوم عدالت به مثابه انصاف یعنی اصل تفاوت استنتاج می‌شود. اصل تفاوت نظریه عدالت به مثابه انصاف بیان می‌دارد که بازتوزیع منابع، ثروت و قدرت هنگامی که نابرابری شدید در سطح جامعه به نفع محروم‌ترین افراد جامعه نباشد لازم و ضروری است (راولز، ۱۳۸۵). در هر جامعه‌ای چگونگی توزیع درآمد، میزان فقر و ارائه کالاهای عمومی نظیر خدمات بهداشتی نشان دهنده میزان توجه دولت به عدالت توزیعی است.

یکی از مقوله‌های رفاه اجتماعی و توسعه اقتصادی که به طور مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر عدالت توزیعی قرار می‌گیرد سلامت افراد جامعه می‌باشد. از مفهوم سلامتی تعاریف زیادی صورت گرفته است؛ سلامت^۲ در مفهوم گسترده خود، تنها به معنای نبودن بیماری و اقدامات تشخیصی، درمانی و پیش‌گیری نیست، بلکه سلامتی، براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۳ مرحله‌ای از رفاه جسمی، ذهنی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، مفهوم جدیدی به نام بهزیستی^۴ را معرفی می‌کند که شامل مقوله‌های نظیر استاندارد زندگی، سطح زندگی و کیفیت زندگی، می‌باشد (پارک، ۱۳۸۲).

در سال ۱۹۹۳ از ۲۳ تریلیون دلار تولید ناخالص جهان^۵ سهم کشورهای توسعه یافته ۱۸ تریلیون دلار بوده و کشورهای در حال توسعه تنها ۵ تریلیون دلار کسب کرده‌اند، این در حالی است که کشورهای در حال توسعه حدود ۸۰ درصد جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند. در طول ۳۰ سال گذشته، سهم ۲۰ درصد جمعیت جهان از درآمد از ۲/۳ درصد به ۱/۴ درصد کاهش یافته است، با این حال سهم ۲۰ درصد ثروتمندترین مردم جهان از درآمد از ۷۰ درصد به ۸۵ درصد رسیده است (راغفر، ۱۳۸۶).

1- distributive Justice
4- well being

2- health
5- world gross product

3- world Health Organization

مهم‌ترین رویکرد در دستیابی به عدالت توزیعی، کاهش نابرابری‌های درآمدی و فقرزدایی^۱ می‌باشد، لذا با محاسبه شاخص‌های نابرابری درآمدی و فقر در هر دوره زمانی، می‌توان به میزان توجه دولت‌ها به اجرای عدالت اجتماعی^۲ پی برد. از طرف دیگر از آن‌جاکه سیاست‌های بازتوزیعی^۳ توسط دولت اعمال می‌شود و منابع حاصل از آن در دست دولت قرار دارد، نحوه مصرف این منابع در کاهش فقر و نابرابری درآمدی مؤثر است. سرمایه‌گذاری در نظام بهداشت و درمان کشور یکی از حوزه‌های مورد توجه می‌باشد. لذا سلامت فردی و اجتماعی هر جامعه‌ای نمایان‌گر میزان توجه دولت‌ها به باز توزیع منابع می‌باشد.

پیشینه مطالعه

مطالعات زیادی در زمینه رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی (نابرابری درآمدی و فقر) و سلامت انجام شده است که بعضاً به نتایج متناقضی دست یافته‌اند، اما اکثر مطالعات صورت گرفته وجود رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت را نشان داده‌اند. ریچارد جی ویلکینسون^۴ و کیت ای پیکت^۵ در یک مطالعه مروری ۱۵۵ پژوهش تحقیقاتی که حاوی ۱۶۸ تحلیل در زمینه رابطه بین توزیع درآمد و سلامت عمومی (همگانی) بود، شناسایی و جمع‌آوری کردند. در این ۱۶۸ تحلیل ۸۷ مورد ارتباط کامل بین نابرابری درآمدی و سلامت را نشان داده بودند و ۴۴ مورد به طور نسبی وجود رابطه را تأیید کرده‌اند و ۳۷ مورد نیز وجود رابطه بین نابرابری و سلامت را رد کرده بودند (Wilkinson, 2006).

از جمله مطالعاتی که وجود رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت را در سطح بین‌المللی مورد تأیید قرار داده‌اند می‌توان به مطالعات رودگرس^۶ اشاره کرد. رودگرس در سال ۱۹۷۹ با مطالعه ۵۱ کشور فقیر و غنی دریافت که توزیع درآمد با سلامت همبستگی دارد. وی برای اندازه‌گیری توزیع درآمد از شاخص ضریب جینی و

1- poverty eradication

2- social justice

3- redistributive policies

4- Richard.G.Wilkinson rodhers

5- Kate. E. Pickett

6- rodhers

برای سلامت از سه شاخص امید به زندگی در بدو تولد، امید به زندگی در ۵ سالگی و مرگ و میر نوزادان استفاده نمود.

در سطح کشورها؛ در امریکا با استفاده از ریز داده‌های آماری رابطه بین نابرابری درآمدی، فقر و سلامت مورد بررسی قرار گرفته است، به طوری کاپلان^۱، پاموک^۲، لینچ^۳، کوهن^۴ و بالفور^۵ (۱۹۹۶)، کاواچی و کندی^۶ (۱۹۹۷) و مک اولین والتوکس^۷ (۲۰۰۲) وجود رابطه را تأیید کرده‌اند. ریتی ریم در سال ۲۰۰۵ در یک مطالعه چند بعدی رابطه بین نابرابری درآمدی، فقر و سلامت عمومی مورد بررسی قرار داد بدین صورت که تأثیر متغیرهای واسطی نظیر نژاد، ترکیب قومی و تحصیلات را محاسبه و در مطالعه لحاظ کرد، در نهایت وی نتیجه گرفت که با حضور و یا عدم حضور متغیرهای واسطی رابطه بین متغیرهای اصلی همچنان برقرار است.

از جمله تحقیقاتی که وجود رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت رد کرده‌اند می‌توان به مطالعه انریکو ریگی^۸ دور و دیگران (۲۰۰۳) اشاره نمود. ایشان ارتباط بین متغیرهای متوسط درآمد، فقر و نابرابری درآمدی با امید به زندگی در اسپانیا را مورد بررسی قرار دادند و پی بردند که امید به زندگی بیش‌تر از آن‌که با نابرابری درآمدی رابطه داشته باشد با متوسط درآمد جامعه مرتبط است. انریکو متریا و همکاران^۹ (۲۰۰۳) نابرابری درآمدی (ضریب جینی) و سلامت (مرگ و میر) در ایتالیا را مورد بررسی قرار دادند و بیان کردند که رابطه بین نابرابری درآمدی و سلامت در مناطق گوناگون متفاوت است. در سال ۲۰۰۳ کریستوفر بی میکود^{۱۰} ارتباط بین نابرابری درآمدی، درآمد خانوادگی^{۱۱} و وضعیت سلامتی^{۱۲} در کانادا به روش کوهورت^{۱۳} بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که در کشور کانادا این درآمد خانوار است که می‌تواند بعضی تفاوت‌های وضعیت سلامتی در میان کانادایی‌ها را توضیح دهد، نه نابرابری در درآمد (McLeod et al. 2003).

- | | | | | |
|---------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------------|
| 1- Kaplan | 2- Pamuk | 3- Lynch | 4- Cohen | 5- Balfour |
| 6- Kennedy | | 7- McLaughlin & Stokes | | 8- Enrique Regidor .et al |
| 8- Enrique Regidor .et al | | 9- Enrico Matoria . et al | | 10 Christopher B Mcleod |
| 11- household income | | 12- health status | | 13- Cohort |

در ایران مطالعات بسیاری به ویژه در زمینه توزیع درآمد انجام شده است. در مطالعه‌ای احمدرضا و همکاران نابرابری اجتماعی، اقتصادی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ایران را در سطح کشوری و استانی در فاصله سال‌های ۱۳۶۴-۷۸ مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که روند نزولی در میزان مرگ و میر کودکان از پایین‌ترین به بالاترین پنجم وجود داشت و نسبت شانس پایین‌ترین به بالاترین پنجم در کل کشور برابر $2/63$ می‌باشد. به علاوه نابرابری مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال بین پایین‌ترین و بالاترین پنجم در تمامی استان‌ها معنادار و به نفع قشر مرفه است. آن‌ها نتیجه گرفتند که نابرابری اجتماعی اقتصادی در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در سطح کشوری و در تمامی استان‌ها به نفع قشر مرفه می‌باشد (حسین پور، ۱۳۸۳).

باباخانی در مطالعه خود تحت عنوان بررسی رابطه بین شاخص‌های توسعه اقتصادی و سلامت در ایران به این نتیجه می‌رسد که درآمد سرانه و نابرابری درآمدی رابطه قوی با شاخص‌های سلامت دارند، اما قدرت تبیین کنندگی درآمد سرانه بیش‌تر از نابرابری درآمدی می‌باشد (باباخانی، ۱۳۸۷). دکتر محمودی با بررسی وضعیت توزیع درآمد و رفاه اجتماعی در ایران و تغییرات آن در طول برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۷۳)، نشان می‌دهد که؛ شکل توزیع درآمد در ایران چوله به راست است و بین سطوح درآمد مناطق شهری و روستایی فاصله زیادی وجود دارد. درجه نابرابری درآمدی در ایران نسبتاً بالا بوده و در طول برنامه اول توسعه نیز تغییری ننموده است. البته در طول این دوره نابرابری در مناطق شهری کاهش و در مناطق روستایی افزایش یافته است، به گونه‌ای که این افزایش و کاهش همدیگر را در ارائه تصویری از نابرابری کل خنثی کرده‌اند. همچنین در طول این دوره میزان رفاه اجتماعی در مناطق روستایی کاهش و در مناطق شهری بیش‌تر از مناطق روستایی است (محمودی، ۱۳۸۳).

به طور کلی با توجه به نتایج تحقیقات صورت گرفت در زمینه رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت می‌توان گفت، بسته به شاخص‌های مورد بررسی و نیز شرایط اجتماعی - اقتصادی کشورهای مختلف رابطه بین این متغیرها متفاوت می‌باشد.

چارچوب نظری

براساس مدل مورد بررسی در این مطالعه، رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی در قالب نابرابری درآمدی، فقر و مخارج دولت در سلامت با شاخص‌های سلامت عمومی جامعه مورد بررسی قرار می‌گیرد. متغیرها و شاخص‌های مورد استفاده در مدل در زیر به صورت خلاصه تشریح شده‌اند.

عدالت توزیعی

یکی از مفاهیم اساسی اندیشه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی عدالت می‌باشد. عدالت اجتماعی / توزیعی بیان‌گر توزیع عادلانه امکانات و ثروت میان افرادی است که طبق تعریف دارای حقوق برابرند (غنی‌نژاد، ۱۳۷۹). شاخص‌های اندازه‌گیری عدالت توزیعی بسته به زمینه مورد بررسی متفاوت می‌باشد. از جمله شاخص‌های عدالت توزیعی در بعد اقتصادی می‌توان به شاخص‌های توزیع درآمد و فقر و مخارج دولت در تأمین کالاهای عمومی از جمله بهداشت و آموزش می‌باشد اشاره کرد.

نابرابری درآمدی

به منظور بررسی چگونگی توزیع درآمد در جامعه از شاخص‌های نابرابری درآمدی استفاده می‌کنند. در واقع شاخص‌های نابرابری درآمدی به صورت منفی توزیع درآمد را نشان می‌دهند. به این معنا که در این شرایط میزان نابرابری درآمدی در جامعه کم‌تر است وضعیت توزیع درآمد عادلانه‌تر می‌باشد و بالعکس. به طور کلی برای اندازه‌گیری نابرابری در میان یک گروه بزرگ ناهمگن از افراد از سه شیوه نمودارها، رتبه بندی‌ها و شاخص‌های نابرابری استفاده می‌کنند. در روش نموداری، اطلاعات مربوط به توزیع درآمد را در یک شکل نموداری نشان می‌دهند. نمودارهایی که برای نشان دادن نابرابری درآمدی استفاده می‌شوند شامل موارد زیر هستند؛ منحنی رتبه پن، توزیع فراوانی، منحنی لورنز و تبدیل لگاریتمی. در اندازه‌گیری نابرابری درآمدی به شیوه رتبه بندی از دو روش چندک‌ها

و سهم‌ها استفاده می‌شود.

شیوه سوم نشان دادن نابرابری درآمدی، استفاده از شاخص‌های نابرابری درآمدی می‌باشد. این شاخص‌ها اغلب تک عددی می‌باشند. براساس تعریف متعارف؛ شاخص نابرابری یک نمایش عددی تک مقداری^۱ از تفاوت‌های درآمدی میان افراد درون یک جمعیت مفروض و معین می‌باشد. شایان ذکر است که شیوه‌های اندازه‌گیری نابرابری با هم ارتباط دارند مثلاً شاخص ضریب جینی از نمودار منحنی لورنز استخراج می‌شود. شاخص‌های نابرابری درآمدی شامل؛ دامنه R ، انحراف میانگین نسبی M ، واریانس V ، ضریب تغییرات C ، ضریب جینی G و واریانس لگاریتمی می‌باشد (راغفر، ۱۳۸۶).

فقر

پدیده‌ای اجتماعی - اقتصادی است که به طور کلی به دو دسته فقر درآمدی و فقر قابلیت طبقه‌بندی می‌شود. در فقر درآمدی اساس تشخیص فقر، درآمد فرد می‌باشد که به فقر مطلق و فقر نسبی تقسیم می‌شود. به منظور محاسبه فقر درآمدی خط فقر تعریف می‌کنند، کسانی که درآمدشان زیر خط فقر قرار می‌گیرد فقیر محسوب می‌شوند. فقر قابلیت ناظر به امکان دسترسی و استفاده از قابلیت‌های شناخته شده فردی و اجتماعی می‌باشد (طیبیان و همکاران، ۱۳۷۹). در این مطالعه برای بررسی فقر از شاخص نسبت سرشمار فقر استفاده شد. شاخص نسبت سرشمار فقر در واقع نسبت تعداد افراد فقیر جامعه به کل افراد جامعه در یک زمان معین می‌باشد، به عنوان مثال اگر میزان این شاخص در یک سال مشخص ۲۰ درصد باشد این بدان معنی است که در آن سال به خصوص و با توجه به خط فقر تعریفی آن سال ۲۰ درصد مردم جامعه فقیر هستند. بر این اساس، خط فقر را تعریف کرده و افرادی که زیر خط فقر قرار می‌گیرند فقیر محسوب می‌شوند، از شاخص نسبت سرشمار که نسبت تعداد فقرا به افراد جامعه می‌باشد، استفاده می‌کنیم.

1- Scalar inequality

سلامت

سلامتی در بسیاری از فرهنگ‌ها مفهومی مشترک است. همهٔ جوامع مفهوم سلامت را به عنوان بخشی از فرهنگشان در خود دارند، بین تعاریفی که هنوز استفاده می‌شوند، احتمالاً نبود بیماری یکی از قدیمی‌ترین تعاریف سلامت می‌باشد. همهٔ اعضای جامعه و گروه‌های تخصصی (دانشمندان بیولوژی، متخصصان علوم اجتماعی، مدیران بهداشتی، اکولوژیست‌ها و...) درک یکسانی از سلامتی ندارند. به طور کلی می‌توان گفت؛ از نظر زیست پزشکی، سلامت نبود بیماری تلقی می‌شود. از نظر بوم‌شناختی، سلامتی به معنای نبود نسبی درد و ناراحتی و سازگاری و هماهنگی با محیط، برای اطمینان از بهترین عملکرد است. از نظر روان‌شناختی؛ سلامتی پدیده‌های بیولوژیکی و اجتماعی می‌باشد (پارک، ۱۳۸۲).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مقدمهٔ اساس‌نامهٔ خود می‌گوید: سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت (پارک، ۱۳۸۲). در سال‌های اخیر این سازمان اصطلاح زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی را به تعریف سلامت افزوده است. بنابراین سلامتی مفهومی چند بعدی است؛ فیزیکی، روانی و اجتماعی. بعد فیزیکی؛ احتمالاً قابل فهم‌ترین مفهوم سلامتی می‌باشد. در سطح فردی علائم سلامت فیزیکی شامل رنگ و روی خوب، پوستی تمیز، چشمانی براق، بوی خوشایند و... می‌باشد. سلامت فردی به وسیلهٔ تکنیک‌های پزشکی، پرسش‌نامه و... قابل ارزیابی می‌باشد. اما در سطح جامعه وضعیت سلامتی را می‌توان با مشخصه‌هایی چون میزان مرگ و میر، میزان مرگ و میر کودکان، امید به زندگی سنجید.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع تحلیل همبستگی می‌باشد. برای اندازه‌گیری متغیر عدالت توزیعی از شاخص‌های نابرابری درآمدی، فقر و مخارج دولت در سلامت استفاده شده است. برای سنجش سلامت شاخص‌های امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در نظر

گرفته شد. در این جا برای محاسبه شاخص‌های مورد نظر مطالعه از ریز داده‌های هزینه ناخالص خانوار استفاده شد و علت انتخاب بازه زمانی ۱۳۸۵-۱۳۶۳ محدودیت در دسترسی به این داده‌ها می‌باشد. محیط پژوهش این تحقیق افراد مقیم ایران در سال‌های مورد بررسی است.

مرکز آمار ایران همه ساله به منظور جمع آوری داده‌های هزینه - درآمد خانوارها از پرسش‌نامه استفاده می‌کند. این پرسش‌نامه علاوه بر ثبت اطلاعات دموگرافی خانوارها، وضعیت اقتصادی آن‌ها را در قالب هزینه‌ها و درآمدهای خانوار در دوره زمانی مورد نظر مشخص می‌کند. در این مطالعه به منظور بررسی رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت در ایران، ابتدا داده‌های خام هزینه - درآمد خانوار، که به صورت سالانه توسط مرکز آمار ایران جمع آوری می‌شود، به تفکیک سال ۱۳۸۵-۱۳۶۳ از مرکز آمار ایران تهیه شد. برای محاسبه شاخص‌های عدالت توزیعی داده‌های مورد نظر را وارد نرم افزار STATA نموده و شاخص‌های ضریب جینی، تایل و نیز شاخص‌های فقر را استخراج نمودیم. سپس داده‌های مربوط به مخارج دولت در سلامت و شاخص‌های امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از پایگاه‌های اطلاعاتی مرکز آمار ایران و بانک مرکزی تهیه شد. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل متغیرها، داده‌های مربوط به شاخص‌های مورد بررسی را وارد نرم افزار آماری SPSS شدند.

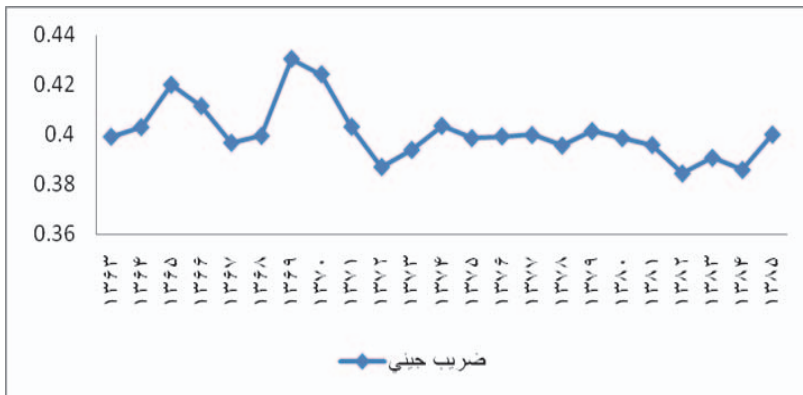
یافته‌ها

مقادیر شاخص‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

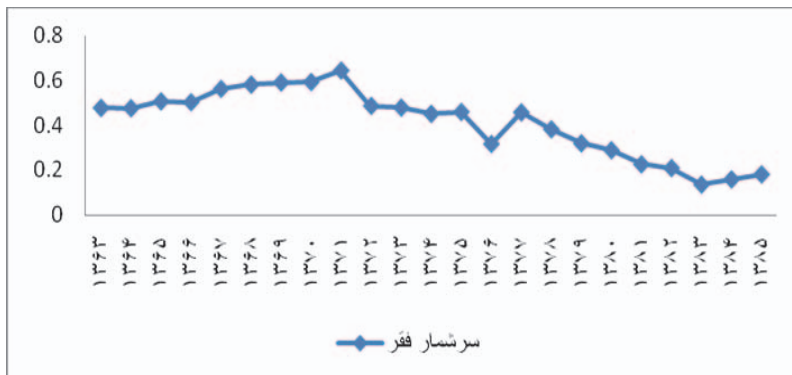
جدول ۱. مقادیر شاخص‌های مورد بررسی در مطالعه

سال	شاخص‌های عدالت توزیعی			سلامت	
	ضریب جینی	فقر	مخارج دولت در سلامت	امید به زندگی	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال
۱۳۶۳	۰/۳۹۹۱۵	۰/۴۷۸۱۹	۲۳۹۱	۶۱/۲	۸۸
۱۳۶۴	۰/۴۰۳	۰/۴۷۶۷۵	۲۸۵۱	۶۲/۵	۸۰
۱۳۶۵	۰/۴۲	۰/۵۰۷۲۱	۲۲۹۷	۶۴/۳	۶۸
۱۳۶۶	۰/۴۱۱۴۵	۰/۵۰۳۳۶	۱۶۹۶	۶۳/۴	۷۴
۱۳۶۷	۰/۳۹۶۷	۰/۵۶۲۹۴	۲۳۳۹	۶۵/۵	۶۰
۱۳۶۸	۰/۳۹۹۵	۰/۵۸۱۹۱	۲۷۵۱	۶۳/۴	۷۴
۱۳۶۹	۰/۴۳۰۳۵	۰/۵۹۱۱۱	۲۵۰۷	۶۶/۷	۵۳
۱۳۷۰	۰/۴۲۴۲	۰/۵۹۳۵۶	۲۷۷۵	۶۵/۹	۵۷
۱۳۷۱	۰/۴۰۳۱۵	۰/۶۴۴۳۱	۲۷۱۵	۶۶/۷	۵۳
۱۳۷۲	۰/۳۸۷	۰/۴۸۱۳	۲۷۸۴	۶۵/۴	۶۰
۱۳۷۳	۰/۳۹۳۸۵	۰/۴۷۹۴۴	۳۸۶۷	۶۸/۳	۴۴
۱۳۷۴	۰/۴۰۳۵	۰/۴۵۱۸	۲۶۷۷	۶۶	۵۷
۱۳۷۵	۰/۳۹۸۶	۰/۴۶۰۰۱	۲۲۵۹	۶۶/۸	۵۳
۱۳۷۶	۰/۳۹۹۳	۰/۳۱۷۸۵	۲۰۵۲	۶۶	۵۷
۱۳۷۷	۰/۳۹۹۸	۰/۴۵۸۴۹	۲۰۹۳	۶۶/۷	۵۳
۱۳۷۸	۰/۳۹۵۶	۰/۳۸۳۰۳	۳۰۸۴	۶۶/۷	۴۵
۱۳۷۹	۰/۴۰۱۴	۰/۳۲۰۴۹	۴۵۹۸	۶۷/۱	۵۳
۱۳۸۰	۰/۳۹۸۶	۰/۲۸۹۹۲	۵۶۷۸	۶۹	۴۲
۱۳۸۱	۰/۳۹۵۸	۰/۲۲۷۰۵	۵۹۳۲	۶۹/۲	۴۲
۱۳۸۲	۰/۳۸۴۴	۰/۲۱۰۳۷	۵۶۴۸	۷۰/۷	۳۹
۱۳۸۳	۰/۳۹۰۷	۰/۱۳۶۹۲	۵۱۳۴	۷۱/۲	۳۸
۱۳۸۴	۰/۳۸۵۸	۰/۱۶۰۳	۵۵۱۳	۷۱/۶	۳۶
۱۳۸۵	۰/۴۰۰۱	۰/۱۴۲۲	۶۵۸۰	۷۲	۳۴

با توجه به جدول فوق به طور کلی روند شاخص‌های نابرابری درآمدی و فقر کاهش می‌باشد. به طوری که شاخص ضریب جینی از ۰/۳۹۹۱ در سال ۱۳۶۳ به ۰/۴۰۰۱ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. و شاخص نسبت سرشمار فقر از ۰/۴۷۸۲ در سال ۱۳۶۳ به ۰/۱۴۲۲ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. روند نابرابری درآمدی و فقر در نمودار ۱ و ۲ رسم شده است.



نمودار ۱. روند نابرابری درآمدی



نمودار ۲. روند فقر

روند شاخص‌های سلامت (امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال) در دوره مورد بررسی صعودی می‌باشد. به طوری که امید به زندگی از ۶۱/۲ در سال ۱۳۶۳ به ۷۲ سال در سال ۱۳۸۵ رسیده است. و میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۸۸ به ۳۴ مورد در سال کاهش یافته است.

نتایج همبستگی بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به جدول مزبور به طور کلی شاخص‌های عدالت توزیعی با امید به زندگی رابطه عکس و با مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال رابطه مستقیم دارد.

جدول ۲. همبستگی بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت در ایران

متغیرها	ضریب جینی	نسبت سرشمار	مخارج دولت در سلامت
امید به زندگی	$p=0/055-0/405$	$p<0/001-0/759$	$p<0/001-0/812$
مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	$p=0/095-0/356$	$p=0/001-0/656$	$p<0/001-0/691$

به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت از تحلیل همبستگی جزئی (پارشیاال) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. با کنترل شاخص مخارج دولت در سلامت، درحالی که جهت رابطه‌ها تغییر نمی‌کند اما از لحاظ آماری بین نابرابری درآمدی و فقر با شاخص‌های سلامت رابطه معناداری دیده نمی‌شود.

جدول ۳. همبستگی جزئی بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت

سلامت		عدالت توزیعی
میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	امید به زندگی در بدو تولد	
$(p=0/483) 0/126$	$(p=0/575) -0/158$	ضریب جینی (متغیر کنترل: مخارج دولت در سلامت)
$(p=0/215) 0/214$	$(p=0/339) -0/275$	فقر (متغیر کنترل: مخارج دولت در سلامت)

برای تعیین قدرت تبیین کنندگی شاخص‌های عدالت توزیعی از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. با انجام رگرسیون دو متغیره به روش گام به گام، شاخص نابرابری درآمدی (ضریب جینی) از مدل خارج شد و شاخص فقر به تنهایی ۵۷/۷ درصد تغییرات امید به زندگی و ۴۳/۱ درصد تغییرات مرگ و میر کودکان را تبیین کرد.

جدول ۴. رگرسیون دو متغیره بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال				امید به زندگی				متغیر وابسته مستقل
R^2 تعدیل شده	R^2	β	ضریب رگرسیونی	R^2 تعدیل شده	R^2	β	ضریب رگرسیونی	
۰/۳۷۴	۴۳۱ ۰/	۰/۶۶۹	۶۲/۱۱۱	۰/۵۳۵	۰/۵۷۷	-۰/۷۸	-۱۴/۴۸۸	فقر

با توجه به جدول ۴ معادله رگرسیون دو متغیره برای شاخص‌های سلامت به صورت زیر می‌باشد:

۱- فقر = $۶۸/۹۵۸ - ۱۴/۴۸۸$ امید به زندگی

۲- فقر = $۴۰/۶۷۷ + ۶۲/۱۱۱$ میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

براساس معادلات ۱ و ۲، با در نظر گرفتن سایر عوامل موجود در مدل، افزایش فقر موجب کاهش امید به زندگی و افزایش میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می‌شود. در مدل رگرسیون دو متغیره فقر در سطح معنا داری کم‌تر از $\alpha=۰/۰۱$ حداکثر قدرت تبیین کنندگی را نشان می‌دهد.

در صورت استفاده از مدل رگرسیون سه متغیره، شاخص‌های نابرابری و فقر از مدل خارج شده و شاخص مخارج دولت در سلامت در سطح معنا داری کم‌تر از $\alpha=۰/۰۱$ حداکثر قدرت تبیین کنندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. رگرسیون سه متغیره بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال				امید به زندگی				متغیر وابسته مستقل
R ^۲ تعدیل شده	R ^۲	β	ضریب رگرسیونی	R ^۲ تعدیل شده	R ^۲	β	ضریب رگرسیونی	
۰/۴۵۳	۰/۴۷۷	-۰/۶۹۱	۷۸/۸۱۲	۰/۶۴۴	۰/۶۶۰	۰/۸۱۲	۶۱/۱۶۳	مخارج دولت در سلامت

۳- مخارج دولت در سلامت $0.002 + 61/163 =$ امید به زندگی

۴- مخارج دولت در سلامت $0.007 - 78/812 =$ میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

با توجه به معادلات ۳ و ۴ افزایش شاخص مخارج دولت موجب افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی روند شاخص‌های نابرابری درآمدی کاهش یافته و دارای ملایمی می‌باشد. به طوری که ضریب جینی از ۰/۴۱ در سال ۱۳۶۳ به ۰/۳۹ و ۰/۴۰ در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ کاهش یافته است. در طول دوره مورد بررسی روند دارای نوسان بوده است. با توجه به این که روند شاخص نابرابری درآمدی (ضریب جینی) در سال ۱۳۶۸ الی ۱۳۷۰ دارای جهش قابل توجه می‌باشد، دلایل زیر برای آن متصور می‌باشد:

- ۱- داده‌های سال ۱۳۶۸ به لحاظ آماری و نمونه‌گیری دارای اشکال می‌باشد.
- ۲- علت بالا بودن ضریب جینی در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۰ می‌تواند به دلیل شروع استقراض خارجی و تزریق پول به اقتصاد جهت شروع بازسازی‌ها بعد از جنگ باشد. به طوری که ارائه وام به بنگاه‌ها و شرکت‌ها جهت گسترش فعالیت‌های اقتصادی منجر به ایجاد نابرابری بین بخش‌های فعال و غیرفعال جامعه شده است.

براساس نمودار روند فقر، در دوره مورد مطالعه شاهد یک پیک (نقطه اوج) در سال ۱۳۷۱ و یک شکاف در سال ۱۳۷۶ می‌باشیم. علت اوج گرفتن شاخص‌های فقر در سال‌های منتهی به ۱۳۷۱ می‌تواند به دلیل اتخاذ سیاست‌های تعدیل ساختاری باشد که موجب تشدید فقر شده است و وجود شکاف در سال ۱۳۷۶ و روند نزولی فقر در سال‌های بعد ناشی از اثرات بعدی تعدیل اقتصادی و بهبود فضای کسب و کار می‌باشد. مخارج دولت در سلامت در دوره مورد بررسی نوسان داشته است. به طوری که روند دارای سه نقطه اوج و دو شکاف می‌باشد. در سال‌های منتهی به سال ۱۳۶۳ درآمد نفتی دولت کاهش یافته به طوری که در سال ۱۳۶۶ دولت دارای کم‌ترین درآمد نفتی بوده که باعث شده است که نسبت مخارج دولت به کل مخارج کاهش یابد. همچنین در سال‌های منتهی به سال ۷۸ نیز به دلیل کاهش درآمد دولت ناشی از کاهش قیمت نفت میزان مخارج دولت در سلامت کاهش یافته است و از آن سال به بعد به دلیل افزایش قیمت نفت میزان مخارج دولت در سلامت افزایش یافته است. اما در سال‌های پایانی دوره با وجود افزایش قابل توجه درآمد ارزی دولت مخارج دولت در سلامت ثابت بوده و حتی روند کاهشی داشته است.

با توجه جدول ۲ تغییر امید به زندگی از سال ۱۳۶۳ تا سال ۱۳۷۳ نوسان بیش‌تری داشته است. اما از سال ۱۳۷۵ به بعد نوسان امید به زندگی کم‌تر شده و روند با شیب ملایم افزایش یافته است. در ارتباط با روند مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می‌توان گفت که همانند شاخص امید به زندگی تا سال ۱۳۷۳ میزان نوسانات مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال بیش‌تر بوده اما از سال ۱۳۷۴ نوسان کم شده و در کل روند با شیب ملایمی کاهشی بوده است. به نظر می‌رسد کم شدن دامنه نوسانات شاخص‌های سلامت از سال ۱۳۷۶ به بعد ناشی از بهبود شرایط توزیع درآمد بوده باشد.

در صورتی که ما فقط به بررسی رابطه همبستگی پیرسون بین شاخص عدالت توزیعی و سلامت اکتفا کنیم، در زمینه رابطه منفی نابرابری درآمدی و امید به زندگی، نتایج این

مطالعه با مطالعات پاموک، لینچ، کوهن و بالفور (۱۹۹۶) در زمینه وجود رابطه منفی نابرابری درآمدی و فقر با شاخص‌های سلامت همخوانی دارد. همچنین با مطالعه لینچ و همکاران (۱۹۹۸)، مک اولین و التوکس (۲۰۰۲) و مطالعه انرو لای و کریستوفر جنیس همخوانی دارد. و با مطالعه رودگرس (۱۹۷۹) که رابطه بین نابرابری درآمدی و شاخص‌های سلامت انجام داده است، همخوانی دارد.

به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت، از تحلیل رگرسیون جزئی^۱ استفاده شد. با توجه به جدول ۳، در صورتی که ما در بررسی رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی (نابرابری درآمدی، فقر و مخارج دولت در سلامت) و شاخص‌های سلامت، شاخص مخارج دولت در سلامت را کنترل کنیم، علی‌رغم منطقی بودن جهت رابطه بین متغیرها اما رابطه بین متغیرها معنادار نخواهد بود. با توجه به نتایج همبستگی جزئی می‌توان استنباط کرد که در ایران متغیر مخارج دولت در سلامت به عنوان یک متغیر واسطه نقش بسیار مهمی در وضعیت سلامت دارد، به طوری که با کنترل کردن آن رابطه بین شاخص‌های عدالت توزیعی و سلامت معنادار نخواهد بود. به طور کلی این یافته پژوهش مبنی بر این که بین نابرابری درآمدی و سلامت و نیز بین فقر و سلامت رابطه معناداری وجود ندارد با نتایج مطالعات کاواچی و کندی (۱۹۹۷)، ملور و میلر (۲۰۰۱)، انریکوریگی دور و دیگران (۲۰۰۳)، انریکومتریا و همکاران (۱۹۹۴) و کریستوفر میکود (۲۰۰۳) همخوانی دارد. علت معنادار نبودن رابطه بین شاخص‌های نابرابری درآمدی و فقر با سلامت را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود:

۱- در ایران به دلیل گسترده بودن خدمات بهداشتی - درمانی دولتی و فراهم بودن و در دسترس بودن این خدمات برای عموم جامعه، مانع از این می‌شود که نابرابری درآمدی و فقر نقش مهمی در وضعیت سلامت داشته باشد. به عبارت دیگر، چون هنوز بخش غالب خدمات بهداشتی و پایه‌ای توسط دولت ارائه می‌شود و بخش خصوصی بیش‌تر در امر

1- partial

درمان وارد می‌شود، لذا این امر باعث می‌شود که تأثیر نابرابری درآمدی و طبقات فقیرتر درآمدی بر شاخص‌های سلامت کم‌تر شود. این یافته پژوهش نقش مثبت سرمایه گذاری‌های دولت در بخش سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

۲- شاخص‌های امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، به تنهایی برای ارزیابی وضعیت سلامت عمومی جامعه کافی نباشد و به خوبی وضعیت سلامت را منعکس نکنند.

۳- ضعف و کیفیت نازل داده‌ها باعث می‌شود که شاخص‌های ضریب جینی و فقر محاسبه شده، میزان ضریب جینی و فقر واقعی را منعکس نکنند.

بنابراین براساس نتایج رگرسیون دو متغیره فقر نسبت به نابرابری درآمدی قدرت تبیین کنندگی بیش‌تری دارد. به نظر می‌رسد که علت این‌که فقر تغییرات متغیر سلامت را بهتر تبیین می‌کند به این خاطر باشد که نوسان شاخص‌های فقر در دوره مورد بررسی در ایران بیش‌تر از نوسانات نابرابری درآمدی می‌باشد.

در ارتباط با نتایج تحلیل رگرسیون سه متغیره بین نابرابری درآمدی، فقر و مخارج دولت در سلامت با شاخص‌های امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال مورد می‌توان گفت؛ قدرت تبیین کنندگی مخارج دولت در سلامت بیش‌تر از نابرابری درآمدی و فقر می‌باشد. از جمله علل دیگری که می‌توان در مورد قدرت تبیین کنندگی نابرابری درآمدی در مقایسه با فقر و مخارج دولت ارائه داد این است که، با وجود نابرابری خدمات بهداشتی که توسط دولت تأمین می‌شود و برای همه قابل دسترس می‌باشد مانع از تأثیرگذاری بیش‌تر نابرابری درآمدی بر سلامت می‌شود. به عبارت دیگر اثر مخارج دولت و فقر بر شاخص‌های سلامت بیش‌تر از نابرابری درآمدی می‌باشد. همان‌طوری که در قسمت همبستگی جزئی اشاره شد، بالا بودن رابطه و قدرت تبیین کنندگی مخارج دولت در سلامت جهت تبیین تغییرات شاخص‌های سلامت، تأثیرگذاری سرمایه گذاری‌های عمومی در سلامت را گوشزد می‌کند.

به طور کلی در ارتباط با یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در ایران طی دوره مورد بررسی (۱۳۸۵-۱۳۶۳) از میان شاخص‌های مورد بررسی، مخارج دولت در سلامت بیش‌ترین رابطه و بیش‌ترین قدرت تبیین‌کنندگی تغییرات شاخص‌های سلامت را دار می‌باشد. البته به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه بین مخارج دولت در سلامت به عنوان متغیر واسطه و سلامت انجام تحلیل مسیر و مدل‌سازی اقتصادسنجی با معادله ساختاری پیشنهاد می‌شود. توجه دولت به مخارج دولت در سلامت علاوه بر این‌که موجب ارتقاء شاخص‌های سلامت می‌شود خود به عنوان ابزار باز توزیعی مطرح می‌باشد. لذا توجه دولت به تخصیص منابع بیش‌تر به سلامت حائز اهمیت می‌باشد.

- احمدوند علیرضا و دیگران. اصلاحات نظام سلامت: راهنمایی عدالت و کارایی، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۴.
- باباخانی محمد. (۱۳۷۸)، بررسی رابطه توسعه اقتصادی و سلامت در ایران: ۱۳۸۵-۱۳۵۵، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۸، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ۱۳۸۷.
- بانک مرکزی. (۱۳۸۷)، حساب‌های ملی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۳، تهران، بانک مرکزی.
- پارک.ک. درسامه پیشگیری و پزشکی اجتماعی، وفائی شیر پاک خسرو، جلد دوم، چاپ اول، انتشارات ایلیا، تهران، ۱۳۸۲.
- حسین پور احمدرضا. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، پاییز ۱۳۸۳، ۱۲، ۲۹-۳۶.
- راغفر حسین. (۱۳۸۶)، اندازه‌گیری شاخص‌های نابرابری درآمدی، الزهرا، تهران، ۱۳۸۶.
- راولز جان. عدالت به مثابه انصاف، ثابتی عرفان، چاپ دوم، انتشارات قنوس، تهران، ۱۳۸۵.
- غنی نژاد موسی. عدالت، عدالت اجتماعی و اقتصاد، فصلنامه تأمین اجتماعی شماره ۶، ۱۳۷۹.
- کریمی ایرج. اقتصاد سلامت، انتشارات گپ، تهران، ۱۳۸۴.
- طبیبیان محمدو همکاران. فقر و توزیع درآمد در ایران، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، تهران، ۱۳۷۹.
- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. به سوی نظام جامع رفاه اجتماعی. انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ۱۳۷۹.
- ۱۸ زمستان ۱۳۸۳؛ ۹(۳۳): ۱۲۹-۱۵۳. پژوهشنامه بازرگانی - محمودی وحید.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۰)، تحلیل روند میزان مرگ و میر نوزادان در ایران، تهران، مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۶)، نتایج سرشماری ۱۳۸۵-۱۳۵۵، تهران، مرکز آمار ایران.

- Wilkinson R, Kater P.2006,Income Inequality and population health: A reviw and explanation of the evidence. **Social Science & Medicine**, 62, pp 1768-1784.
- Leigh A, Jencks CH.2007,Inequality and Mortality: Long-run evidence from a panel of countries, **Journal of health Economics**, 26, pp1-24
- Kawachi I .2000, Income Inequality and Health. In: Berkman L, kawachi I. **Social Epidemiology**, Oxford university Press. Inc. London, pp76-93.
- Regidor E and et al. 2003, Trends in the association between average income,poverty and income inequality and life expectancy in Spain, **Social Science & Medicine**, 56, pp961-971.
- Materia E, et al. 2003,Income inequality and mortality in Italy, **European Journal of public health**, Vol 15, No 4, pp411-417.
- Mcleod et al.2003, Household Income,and health status in Canada: A Prospective Cohort Study, **American Journal of Public Health**, Vol 93, No 8.
- Subremanin S.V, Kwachi I. 2004, Income inequality and Health: What have we learned so far?, **Epidemiology Review**, Vol26, pp 78-91.
- Ram R.2005, Income inequality, poverty,and population health: Evidene from recent data for the United States, **Social Science & Medicine**, 61, pp2668-2576.