

سلامت خانوارهای روستایی و رفاه اجتماعی رالزی در ایران

وحید مهربانی*

مقدمه: سلامت یکی از آشکال سرمایه انسانی به حساب می‌آید که می‌تواند از طرق مختلف، عواید نیروی کار را تحت تأثیر قرار دهد. در مناطق روستایی، افراد در قالب نیروی کار پیدی و عمدتاً در مشاغل از قبیل کشاورزی، دامداری، دامپروری، صنایع دستی و... فعالیت می‌کنند و دسترسی کمتری به امکانات بهداشتی دارند؛ بنابراین مسئله بهداشت و سلامت روستاییان در مقایسه با شهرنشینان اهمیت بیشتری دارد.

روش: در این مقاله، با استفاده از روش‌شناسی قیاسی و تحلیل اثباتی نظری سعی شده است که رابطه میان بهداشت و سلامت روستاییان و سطح درآمد آن‌ها شناسایی شود. از آنجاکه این قشر از جامعه از لحاظ میزان دسترسی به فرصت‌ها و امکانات اقتصادی، محروم‌تر از قشر شهری‌اند، می‌توان براساس معیار بهبود رفاه جان رالز، به‌طور ضمنی درباره تأثیر بهداشت و سلامت روستاییان بر رفاه اجتماعی نیز سخن گفت.

یافته‌ها: با استفاده از روش استفاده شده در تبیین مسأله، این فرضیه به دست آمد: بهبود بهداشت و سلامت خانوارهای روستایی در ایران، رفاه اجتماعی را بهبود می‌بخشد.

بحث: نتایج این مطالعه با استفاده از تحلیل رگرسیون و به روش گشتاورهای تعمیم یافته (GMM) حاصل شده است. این نتایج نشان می‌دهد در دو دهه اخیر، بهداشت و سلامت روستاییان که براساس شاخص‌های هزینه و تعداد مراکز بهداشت و درمان در دسترس اندازه‌گیری می‌شود، تأثیر مستقیم و معنی‌داری بر درآمد آن‌ها گذاشته است. این عامل به‌خودی‌خود، مجرای برای بهبود رفاه اجتماعی در ایران بوده است.

کلیدواژه‌ها: بهداشت و سلامت، توسعه از پایین، درآمد روستاییان، رفاه اجتماعی رالزی.

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۳

* دکتر اقتصاد، دانشگاه تهران. <vmehrbani@ut.ac.ir> (نویسنده مسئول)

مقدمه

در سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰، نظریه‌های اقتصاد توسعه اغلب بر محور مفهوم رشد اقتصادی و عوامل مؤثر بر آن، به‌خصوص سرمایه، قرار داشتند. سرمایه علاوه بر شکل ملموسش که به‌صورت کارخانه‌ها و ماشین‌آلات رخ می‌نماید، می‌تواند به شکل غیرملموس نیز وجود داشته باشد. سرمایه غیرملموس ممکن است در انسان‌ها (نیروی کار) وجود داشته باشد. چنین سرمایه‌ای منبعی ترکیبی از منابع مولد، یعنی نیروی کار و سرمایه (فیزیکی) را شکل می‌دهد و سرمایه انسانی^۱ نامیده می‌شود (وایزبرود،^۲ ۱۹۶۶). انسان با استفاده از تجهیزات مختلف، مثلاً آموزش، بر دانش و مهارت خود می‌افزاید و حاصل آن، بهره‌وری بیشتر او خواهد بود. در این صورت گفته می‌شود که بر سرمایه انسانی او افزوده شده است.

از جمله اشکال بسیار مهم سرمایه انسانی، بهداشت و سلامت^۳ است. باید اذعان کرد که در زمینه مسائل رشد اقتصادی و رفاه اجتماعی، در مقایسه با دیگر گونه‌های سرمایه انسانی به‌خصوص آموزش، توجه کمتری به عامل بهداشت شده است. افزون بر این، در مطالعات صورت گرفته در این زمینه هم به‌طور کلی به مسئله بهداشت پرداخته‌اند و به قشر روستایی توجه خاصی نکرده‌اند. روستاییان بخش درخور توجهی از جمعیت را به‌خصوص در کشورهای کمتر توسعه یافته تشکیل می‌دهند. برای درک نقش و جایگاه بهداشت و سلامت آنان و تأثیر آن بر درآمد و رفاه اجتماعی‌شان، قصد داریم در این مقاله به تحلیل این موضوع پردازیم و نحوه و جهت اثرگذاری بهداشت خانوارهای روستایی بر رفاه اجتماعی را در ایران بررسی کنیم.

نظریه سنتی درباب بهداشت و سلامت عمومی، با بحث دوبلین و لوتکا^۴ (۱۹۳۰) درباره ارزش پولی انسان توسعه یافت و اکنون بخشی مستحکم از نظریه عمومی سرمایه انسانی شده است. در این دیدگاه، مخارج بهداشتی عمدتاً برای سرمایه‌گذاری در حفظ یا

1- human capital

2- Weisbrod

3- health

4- Dublin and Lotka

توسعه یک منبع (نیروی کار) از طریق کاهش بیماری و ناتوانی و مرگ زودرس در نظر گرفته می‌شود (پاگلین،^۱ ۱۹۷۴). لذا می‌توان ادعا کرد که براساس نظریه مذکور، توجه به مسئله بهداشت و سرمایه‌گذاری در آن، کمیت و کیفیت نیروی کار را تحت تأثیر قرار خواهد داد. از آنجاکه رفاه اقتصادی به کمیت و کیفیت زندگی (عمر) انسان، یعنی درآمد سالانه و تعداد سال‌های بهره‌گیری از این درآمد بستگی دارد (بکر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵)، می‌توان گفت بهداشت و رفاه دو مقوله جدا از یکدیگر نیستند. همچنین، اهمیت بهداشت در جامعه روستایی بیشتر خودنمایی می‌کند. بی‌اغراق می‌توان گفت بخش روستایی، محروم‌ترین لایه جمعیتی هر جامعه‌ای است و نیروی کار آن عمدتاً به صورت یدی^۳ فعالیت می‌کند؛ لذا اثر بهداشت و سلامت جسمانی این قشر از جامعه بر رفاه اجتماعی مهم‌تر خواهد بود.

بلوم و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که در کشورهای در حال توسعه، در مقایسه با کشورهای صنعتی، نسبت بزرگ‌تری از نیروی کار به صورت یدی فعالیت می‌کنند (بلوم^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین در داخل کشوری هرچند توسعه نیافته نیز نیروی کار یدی در بخش روستایی، در مقایسه با بخش شهری نسبت بزرگ‌تری داراست؛ زیرا به‌طور مشخص، شهرها در مقایسه با روستاها امکانات صنعتی بیشتری دارند و کمتر به نیروی کار یدی نیازمندند. در مناطق روستایی نیز که عمده مشاغل آنجا کشاورزی، دامداری، صنایع دستی و... است، به نیروی کار یدی احتیاج بیشتری وجود دارد. اندک بودن میزان درآمد در روستاها در مقایسه با شهرها، دلیل دیگری برای پراهمیت‌تر بودن بهداشت در مناطق روستایی است. به بیان شولتز، رشد پایدار دوره‌های اخیر در بهره‌وری کل عوامل و کاهش فقر، با بهبود تغذیه کودکان و بهداشت بزرگسالان و آموزش، به‌طور خاص در کشورهای کم درآمد، بسیار مرتبط بوده است (شولتز،^۵ ۲۰۰۳). مفهوم این ادعا آن است که در جامعه روستایی که میزان درآمد در مقایسه با جامعه شهری کمتر است،^۶ باید به بهداشت و

1- Paglin

2- Becker

3- manual labor

4- Bloom

5- Schultz

۶- این وضعیت، دلیلی برای مهاجرت از روستا به شهر بوده است.

سلامت افراد بیشتر توجه شود.

با این مقدمه، محور بحث این مقاله چنین است: آیا توجه به مقوله بهداشت و سلامت در مناطق روستایی و سیاست‌گذاری در این راستا، گامی در جهت نیل به توسعه اقتصادی است یا برعکس، اتلاف منابع خواهد بود؟ به عبارت دیگر، مطالعه حاضر در امتداد ادبیات راهبرد نیازهای اساسی انسان، با تأکید بر توسعه روستایی انجام می‌شود و به این بحث می‌پردازد: پیامدهای سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت و سلامت روستایی چیست؟ افزایش رفاه اجتماعی یگانه هدف توسعه اقتصادی نیست؛ اما از اهداف بسیار مهم آن است. بنابراین معیار رفاه اجتماعی در این مطالعه، به منظور قضاوت و نتیجه‌گیری درباره مسئله مطرح شده استفاده می‌شود. برای این منظور، از روش‌شناسی قیاسی استفاده می‌شود که در قالب رویکرد اثباتی نظری و هنجاری تجربی تدوین می‌شود؛ یعنی در ساختاری کل به جزء، ابتدا چارچوبی نظری برای تبیین بهتر مسأله ارائه می‌شود و سپس با طراحی الگویی تجربی و استفاده از داده‌های مربوط به اقتصاد ایران، درباره درستی فرضیه پیش رو قضاوت می‌شود.

بر این اساس، مطالعه حاضر در بخش‌هایی تنظیم می‌شود: در بخش ۲، ادبیات موضوع بررسی می‌شود. در بخش ۳، مطالعاتی که به نوعی با مسئله حاضر مرتبط‌اند، به‌طور اجمالی مرور می‌شوند. در بخش ۴، رابطه بهداشت با مطلوبیت فردی بررسی شده و تابع رفاه اجتماعی تصریح می‌شود. بخش ۵، به تحلیل نظری رابطه میان بهداشت و سلامت با منافع نیروی کار می‌پردازد و در پی آن، فرضیه تحقیق ارائه می‌شود. در بخش ۶، الگوی تجربی و روش برآورد و نمونه استفاده شده معرفی می‌شود. بخش ۷، نتایج و پیشنهادها و بخش ۸، نتیجه‌گیری از بحث را ارائه می‌کند.

ادبیات موضوع: نظریه‌های مختلف اقتصاد توسعه، در مجموع راهبردهایی را به کشورهای در حال توسعه پیشنهاد می‌کنند که می‌توان آن‌ها را در دو گروه کلی راهبردهای «توسعه از بالا» و «توسعه از پایین» طبقه‌بندی کرد. در راهبردهای توسعه از بالا، فرضیه

اساسی این است: توسعه از تقاضای خارجی و تکانه‌های نوآوری ناشی می‌شود و به دنبال معدودی از مجموعه‌های پویای بخشی یا جغرافیایی، به گونه‌ای خودجوش در بخش‌های دیگر نظام رسوخ خواهد کرد. این‌گونه راهبردها، علاوه بر برون‌نگری یا جهت‌گیری خارجی، ماهیتاً شهری و صنعتی و سرمایه‌بر هستند (مابوگونج و میسرا،^۱ ۱۳۶۸).

توسعه از پایین، راهبردی جدیدتر بوده و بازتابی از تغییر اندیشه‌های مربوط به ماهیت و مقصود خود توسعه است. این راهبرد با هدف مقدماتی ارضای نیازهای اساسی ساکنان هر حوزه، در وهله اول، توسعه را مبتنی بر بسیج حداکثر منابع طبیعی و انسانی و نهادی آن حوزه در نظر می‌گیرد. به منظور خدمت به توده مردمی که عموماً در طبقه فقیر جامعه جای می‌گیرند و مناطقی که محروم نامیده می‌شوند، سیاست‌های توسعه باید مستقیماً مسائل فقر را هدف بگیرند و در ابتدا، از پایین برانگیخته و کنترل شوند. ویژگی‌های راهبرد توسعه از پایین عبارت‌اند از: تأمین نیازهای اساسی، کاربر بودن، کوچک مقیاس بودن، روستا محور بودن و استفاده از فناوری مناسب (مابوگونج و میسرا، ۱۳۶۸).

یکی از رویکردها یا استراتژی‌ها در ادبیات توسعه از پایین، نیازهای اساسی انسان است. این رویکرد را که سازمان بین‌المللی کار از آن حمایت می‌کند، به شیوه‌های مختلف تعریف و تفسیر کرده‌اند. از جمله آن‌ها می‌توان به این تعریف اشاره کرد: «خدمات اساسی که جامعه در مقیاس بزرگ فراهم می‌کند؛ مانند آب آشامیدنی سالم، سیستم دفع فاضلاب مناسب، حمل‌ونقل عمومی و تأسیسات بهداشت و آموزش» (گریفین، ۱۳۸۴). سهم مشخص این رویکرد نیز ارائه برآوردهای مشخص درباره بعضی کالاها و خدمات خاص است که برای رسیدن به نتایجی معین از قبیل استانداردهای مناسب تغذیه و بهداشت لازم‌اند (گریفین، ۱۳۸۴). همچنین بر نیازهای اساسی انسان و فراهم‌ساختن خدمات همگانی، همراه با استحقاق فقرا، برای حصول اطمینان از اینکه آن‌ها به خدمات تأمینی دسترسی دارند، تأکید می‌کند (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵) و به نیازها و خواسته‌های مردم

1- Mabogunje and Misra

فقیر در جریان توسعه اولویت می‌دهد. این نکته در سه جنبه این رویکرد منعکس است که آن را در عمل به راهبرد تبدیل می‌کند: ۱- کسب اطمینان از در دسترس فقرا بودن خدمات اساسی عمومی؛ ۲- تأکید بر مشارکت فقرا در فرایند توسعه؛ ۳- تصدیق اهمیت توزیع مجدد گسترده درآمد و ثروت به نفع گروه‌های کم درآمد.

مسئله مهم در این بین آن است که منافع یا مزایای حاصل از مخارج عمومی دولت، عاید کسانی نمی‌شود که بیش از همه محتاج هستند؛ بلکه گروه‌هایی با درآمد متوسط و بالا از آن بهره می‌گیرند. مثلاً بیمارستان‌های عمومی گران‌قیمت که در مراکز شهرهای بزرگ قرار دارند و کار آن‌ها معطوف به پزشکی پیشگیری است، به قیمت آسیب‌رسیدن به فقرا و کمبود در زمینه‌های زیر ایجاد می‌شوند: پزشکی پیشگیری و درمانگاه‌های کاملاً پراکنده، آب آشامیدنی سالم، سیستم دفع فاضلاب و عقب‌ماندگی نواحی روستایی که اکثر فقرا را می‌توان در آنجا یافت (گریفین، ۱۳۸۴). برخلاف ادبیات توسعه از بالا که بر صنعتی شدن و شهرنشینی و کاهش سهم بخش کشاورزی از کل تولید ملی تأکید می‌کند، راهبردی که بر توسعه روستایی تأکید ورزد، امیدوار کننده است. این راهبرد باید الگوی بسیار عادلانه‌تری را از آنچه همیشه از طریق تأکید بر رشد شهری و صنعتی می‌توان بدان دست یافت، به منصفه ظهور برساند (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵).

براساس راهبرد توسعه از پایین، توجه به قشر روستایی در اولویت سیاست‌گذاری توسعه قرار دارد و تلاش می‌شود مهم‌ترین نیازهای این افراد تأمین شود تا توانمندی آن‌ها افزایش یابد و مسیر توسعه را هموار سازند. بدون شک یکی از امکانات بسیار ضروری برای روستاییان، مراکز بهداشت و درمان است که نقش عمده‌ای در افزایش سرمایه انسانی این قشر ایفا می‌کند. بر این اساس، مطالعه حاضر بر جنبه‌ای خاص از نیازهای اساسی که خود بر توسعه روستایی تأکید می‌کند، متمرکز است و از منظر رفاه اجتماعی به آن می‌نگرد؛ زیرا هدف غایی فرایند توسعه، نیل به رفاه اجتماعی بیشتر است. براساس ادبیات توسعه از پایین، می‌توان استنباط کرد که معیار بهبود رفاه رلز، به‌خوبی می‌تواند تبیین‌کننده

افزایش رفاه اجتماعی به واسطه بهبود وضع روستاییان باشد؛ چراکه این معیار، رفاه اجتماعی را به وضع محروم‌ترین قشر جامعه مرتبط می‌داند. همچنین ادبیات توسعه از پایین، روستاییان را محروم‌ترین قشر جامعه می‌داند که فرایند توسعه باید از آنها آغاز شود.

مطالعات مرتبط: در طرح‌ها و برنامه‌های توسعه اقتصادی، توجه کمتر به مسئله بهداشت و عنایت بیشتر به مسئله آموزش باعث شد تا در زمینه جنبه‌های سرمایه انسانی، هزاران کتاب و مقاله درباره آموزش ارائه شود؛ اما بسیار کمتر به موضوع بهداشت و سلامت پرداختند (بکر،^۱ ۲۰۰۷). لذا با جست‌وجوی کارهای انجام شده در زمینه موضوع بحث خود، به تحقیقات معدودی برمی‌خوریم که هرچند تمرکز و توجه اغلب آنها بر بخش روستایی نیست، ذکر برخی از آنها ممکن است راه‌گشا باشد. بی‌تردید آشنایی با تحقیقات صورت گرفته درباره موضوعی خاص یا پژوهش‌هایی که با آن موضوع قرابت دارند، برداشتی کلی از بحث پیش رو به دست می‌دهد و حوزه‌های لازم برای مطالعه را آشکار می‌سازد.

راست^۲ و دیگران (۱۹۸۱) با استفاده از داده‌های برش مقطعی برای چندین کشور، تأثیر بهداشت و سلامت و ساختارهای جمعیتی را بر توزیع درآمد بررسی کردند. آنها الگوهای مختلفی را برآورد کردند. نتایج آنها حاکی از این بود که بهداشت، رابطه منفی و مرگ‌ومیر نوزادان،^۳ رابطه مثبتی با میزان نابرابری درآمدها دارد. استراس^۴ (۱۹۸۶) در مطالعه‌ای درباره کشور سیرالئون نشان داد که در خانوارهای روستایی بسیار کم درآمد، دسترسی به مواد مغذی که وضع سلامت آنها را بهبود می‌بخشد، با افزایش محصول هر خانوار مرتبط بوده است. بلوم و دیگران (۲۰۰۴) تأثیر بهداشت بر رشد اقتصادی در کشورهای منتخب را در فاصله سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ بررسی کردند. آنها متغیر امید به زندگی را معیار سنجش سطح بهداشت و سلامت در نظر گرفتند. مشخص شد که این عامل تأثیر مثبت و معناداری بر رشد اقتصادی گذاشته است.

1- Becker

2- Russet

3- infant mortality

4- Strauss

بکر و دیگران (۲۰۰۵) برای مطالعه تأثیر تحولات کمیت و کیفیت زندگی بر نابرابری رفاهی، در سطح بین‌المللی و در دوره ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۰، نابرابری درآمدی را معیاری برای نابرابری رفاهی در نظر گرفتند. آنان دریافتند که بهبود امید به زندگی در دوره مذکور، عامل مهمی در بهبود رفاه در سرتاسر جهان بوده است. به عبارت دیگر، در دوره بعد از جنگ جهانی دوم، بهداشت و سلامت به طرز چشمگیری نابرابری رفاهی را در میان کشورها کاهش داده است. در مجموع با توجه به بررسی‌ها می‌توان گفت که بهبود وضع بهداشت باعث افزایش رشد اقتصادی و بهبود وضع معیشتی روستاییان و کاهش شکاف‌های درآمدی و رفاهی شده است. مطالعه حاضر نیز در راستای مجموعه مطالعاتی که معرفی کردیم، انجام می‌گیرد. ویژگی متمایز این مطالعه این است که اولاً منحصر به قشر روستایی است و ثانیاً به جای تأثیر میزان تولید روستاییان بر درآمد، تأثیر بهداشت و سلامت را بررسی می‌کند و این مطلب را در ذیل مقوله بسیار چالش‌برانگیز رفاه اجتماعی به بحث می‌گذارد.

مطلوبیت فردی و تابع رفاه اجتماعی: در ابتدای بررسی، بهتر است پاسخ این پرسش‌ها مشخص شود: چه رابطه‌ای میان میزان بهداشت و مطلوبیت شخصی وجود دارد؟ آیا می‌توان بهداشت را مانند کالایی خوب در نظر گرفت؟ بدین منظور، فردی نوعی در نظر گرفته می‌شود که تابع مطلوبیت انتظاری^۱ او به صورت زیر است:

$$U = \sum B^i S_i u_i(x_i, l_i) \quad B > 0 \quad (1)$$

در رابطه ۱، u_i مطلوبیت فرد در سن i است که به مقدار کالاها (x) و فراغت (l) در همان سن بستگی دارد. B ، نرخ تنزیل مطلوبیت‌های آینده است. S_i نیز احتمال زنده ماندن (بقا) از سنی اولیه تا سن i است. تنها عدم اطمینانی که در این فرمول‌بندی وجود دارد، در زمینه طول عمر است. احتمال غیرشرطی زنده ماندن تا سن n ، نتیجه احتمال‌های شرطی بقا در سنین مختلف است:

1- expected utility

۲- در این زمینه از مطالعه بکر (۲۰۰۷) استفاده شده است.

$$S_i = s_0 s_1 \dots s_{i-1} \quad (2)$$

S_j ، احتمال زنده ماندن تا سن j است؛ به این شرط که فرد تا سن $j-1$ زنده می ماند. حال فرض می کنیم که تمام احتمال های شرطی یکسان بوده و برابر با s هستند؛ لذا $S_i = s^i$ است. بنابراین معادله ۱ به صورت زیر خواهد بود:

$$U = \sum B^i s^i u_i(x_i, l_i) = \sum (Bs)^i u_i(x_i, l_i) \quad (3)$$

حال، برای سادگی و ملموس تر شدن بحث، تعداد دوره ها به دو دوره محدود می شود: $S_0 = 1$ و $S_1(h)$ مفروض است. h نیز تعداد واحدهایی از بهداشت است که برای افزایش احتمال زنده ماندن در دوره دوم خریداری می شود^۱. بنابراین:

$$U = u_0(x_0, l_0) + BS_1(h) u_1(x_1, l_1) \quad S'_1 > 0, S''_1 \leq 0 \quad (4)$$

عبارت $S'_1 > 0$ به این مطلب اشاره می کند که هرچه تعداد واحدهای بیشتری از بهداشت خریداری شود، یعنی سطح بهداشت ارتقا یابد، احتمال زنده ماندن فرد در دوره بعد (دوره یک) بیشتر خواهد بود. با دیفرانسیل گیری از تابع مطلوبیت (۴) نسبت به h داریم:

$$\frac{dU}{dh} = BS'_1(h) u_1(x_1, l_1) > 0 \quad (5)$$

از رابطه ۵ می توان دریافت که بهداشت، کالایی خوب است؛ زیرا مطلوبیت نهایی آن مثبت است. هرچه فرد پول بیشتری برای بهداشت و درمان خود اختصاص دهد، مطلوبیت بیشتری کسب خواهد کرد. اما آیا می توان این مطلب را به رفاه اجتماعی نیز تعمیم داد و نتیجه به دست آمده از تحلیل اثباتی را در قالب تحلیل هنجاری کسب کرد؟ به عبارت دیگر، آیا افزایش هزینه های بهداشت و درمان روستاییان که به منظور بهبود وضع سلامت صورت می گیرد، به بهبود رفاه اجتماعی منجر می شود؟

۱- یعنی بهداشت، کالا در نظر گرفته شده است.

برای بررسی این موضوع، تابع رفاه اجتماعی^۱ جان رالز^۲ ملاک قرار می‌گیرد. رالز در دومین اصل عدالت خود بیان می‌دارد: «یکی از شروط مقبول نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، آن است که این نابرابری‌ها باید بیشترین سود را برای محروم‌ترین اعضای جامعه داشته باشند» (رالز، ۱۳۸۳). موضوع حائز اهمیت، توجه به محروم‌ترین قشر جامعه است؛ زیرا بهبود وضع آن‌ها، معادل با بهبود رفاه اجتماعی است. اما این گروه از افراد جامعه چه کسانی هستند؟ رالز برای پاسخ به این سؤال، ایده کالاهای اولیه^۳ را پیش می‌کشد. منظور از آن، اوضاع اجتماعی گوناگون و ابزار چندمنظوره‌ای است که معمولاً برای پرورش و کاربست کامل دو قوه اخلاقی شهروندان (اعضای جامعه) و تعقیب برداشتهای مشخص آن‌ها از امر خیر، لازم است (رالز، ۱۳۸۳). رالز انواعی از این کالاها را برمی‌شمارد؛ اما فهرست آن‌ها را انعطاف‌پذیر می‌داند. یکی از این کالاها، درآمد و ثروت است که ابزاری چندمنظوره محسوب می‌شود و معمولاً برای دستیابی به دامنه وسیعی از اهداف لازم است (رالز، ۱۳۸۳).

بر این اساس، به نظر می‌رسد که کالاهای اولیه، اقلامی هستند که بدون آن‌ها شرایط تحقق اهداف انسان‌ها فراهم نمی‌آید. رالز در جایی دیگر از بحث خود ابراز می‌کند که در مقام شهروند، از کالاها و خدمات شخصی گوناگون که دولت تأمین می‌کند، نفع می‌بریم و حق استفاده از آن‌ها را داریم. مراقبت‌های بهداشتی یا تأمین کالاهای عمومی مراقبت‌های بهداشتی یا اقداماتی که بهداشت عمومی را تضمین می‌کند، از جمله این کالاها و خدمات است (رالز، ۱۳۸۳). با این بیان از مفاهیم محروم‌ترین افراد و کالاهای اولیه، می‌توان به اهمیت قشر روستایی، درآمد، بهداشت و سلامت آن‌ها در مقوله رفاه اجتماعی پی برد. از نظر رالز، در جامعه بسامان که حقوق و آزادی‌های اساسی تمام شهروندان (اعضای جامعه) و نیز فرصت‌های منصفانه تضمین شده است، محروم‌ترین افراد کسانی‌اند که به طبقه درآمدی دارای کمترین انتظارات تعلق دارند (رالز، ۱۳۸۳). با این وصف، بی‌شک می‌توان

1- social welfare function

2- John Rawls

3- primary goods

خانوارهای روستایی را که در مقایسه با خانوارهای شهری، درآمد، ثروت، امکانات بهداشت و سلامت کمتری دارند، از مصادیق بارز محروم‌ترین افراد جامعه قلمداد کرد. در میان کالاهای اولیه، درآمد و نیز بهداشت و سلامت دو کالایی‌اند که در مطالعه حاضر، آن‌ها را به منظور سنجش رفاه اجتماعی، به‌طور دقیق بررسی می‌کنیم. از بحث رالز می‌توان این‌گونه استدلال کرد که رفاه اجتماعی، فقط به درآمد فقیرترین افراد جامعه بستگی دارد (لیارد و والترز، ۱۳۷۷). بر این اساس، هرچه وضع محروم‌ترین و فقیرترین افراد جامعه بهبود یابد و درآمد آن‌ها بیشتر شود، رفاه اجتماعی نیز بهبود خواهد یافت. از آنجاکه قشر روستایی را می‌توان در زمره محروم‌ترین افراد جامعه قرار داد، تابع رفاه اجتماعی زیر معرفی می‌شود:

$$W = W(I_{\text{rural}}) \quad W' > 0 \quad (6)$$

I_{rural} نماد درآمد خانوارهای روستایی بوده و رفاه اجتماعی (w) نیز تابعی از درآمد روستاییان است. حال، باید تأثیر بهداشت و سلامت بر درآمد نیروی کار روستایی را تشخیص داد تا بتوان درباره تأثیر آن بر رفاه اجتماعی اظهار نظر کرد.

بهداشت و سلامت و عایدات نیروی کار روستایی: رویکرد سرمایه انسانی در اقتصاد توسعه، برای بهداشت اهمیت خاصی قائل است. عمده این بحث به نقش نیروی کار در فرایند تولید اشاره کرده و ادعا می‌کند که تأمین بهداشت و سلامت نیروی کار، منافعی را به همراه دارد که به پیشبرد توسعه کمک می‌کند. بر این اساس، برنامه‌های بهداشتی به‌طرز شگرفی به پیشرفت اقتصادی و در عین حال، رفاه انسان‌ها کمک می‌کنند (وایزبرود، ۱۹۶۶). در این بخش سعی می‌شود که از چندین مجرا، نحوه تأثیرپذیری درآمد نیروی کار از بهداشت و سلامت بررسی شود تا درک بهتری از این موضوع به دست آید.

سلامت و بهره‌وری: از مسائل بسیار مهم موجود در ادبیات سرمایه انسانی، رابطه میان انواع سرمایه انسانی، به‌خصوص آموزش و بهداشت، با بهره‌وری نیروی کار است. «مطالعات تاریخی فراوانی و حتی بررسی‌هایی در عصر حاضر، در کشورهای کم درآمد و

پردرآمد انجام گرفته‌اند که نشان دهنده مؤثر بودن بهداشت و سلامت و وضعیت تغذیه بر بهره‌وری نیروی کار، به‌ازای هر واحد زمان کاری هستند» (شولتز، ۲۰۰۳). «کارگران سالم‌تر، از لحاظ جسمی و روحی قوی‌تر هستند... و به علت بیماری یا وجود فردی بیمار در خانواده خود، کمتر در کار و حرفه خود غیبت می‌کنند» (بلوم و دیگران، ۲۰۰۴). همچنین «کارگرانی که وضع بهداشت و تغذیه مناسب‌تری دارند، موکدتر و خلاق‌ترند» (وایزبرود، ۱۹۶۶). «بهداشت بهتر برای کارگران، منافع مستقیم و فوری، یعنی افزایش قدرت و طاقت و توانایی تمرکز در حین کار را تأمین می‌کند. بهداشت و تغذیه بهتر کودکان، به‌طور مستقیم رشد بهره‌وری آتی را در آن‌ها ارتقا می‌بخشد: بچه‌های تندرست امروز، بزرگ‌سالان قوی‌تر و سالم‌تر فردا خواهند بود» (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵).

استراس (۱۹۸۶) نیز در مطالعه‌ای درباره کشور سیرالئون، نشان داد که در خانوارهای روستایی بسیار کم درآمد، دسترسی به مواد مغذی که سلامت آن‌ها را بهبود می‌بخشد، با افزایش محصول هر خانوار مرتبط بوده و اثر غیرخطی تغذیه بر بهره‌وری در پایین‌ترین سطوح کالری بسیار بزرگ‌تر بوده است. پس می‌توان گفت که هرچه میزان بهداشت و سلامت نیروی کار ارتقا یابد، بهره‌وری آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. اما این اتفاق چگونه درآمد کارگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ نظریه توزیع براساس اصل بازده نهایی، بیان می‌کند که برای هر نهاد، ارزش محصول نهایی حاصل از آن پرداخت می‌شود (هندرسون و کوانت، ۱۳۷۰). به عبارت دیگر، درآمد نیروی کار (دستمزد) به‌صورت زیر تعیین می‌شود:

$$w = p \cdot mp_1 \quad (7)$$

در رابطه بالا، w دستمزد اسمی، p قیمت محصول و mp_1 بهره‌وری نهایی نیروی کار است. مشخصاً هرچه بهره‌وری افزایش یابد، درآمد نیروی کار نیز افزایش خواهد یافت. لذا می‌توان گفت بهداشت و سلامت، از مجرای بهره‌وری نیروی کار تأثیر مستقیمی بر درآمد این قشر می‌گذارد.

سلامت و امید به زندگی: هرچه وضعیت سلامت انسان‌ها بهتر باشد، بی‌شک انتظار آن‌ها برای زنده ماندن نیز بیشتر خواهد بود. این مطلب به وجود هم‌بستگی مثبت میان بهداشت و امید به زندگی^۱ اشاره می‌کند. همچنین ادعا می‌شود «افرادی که امید به زندگی بهتری (بیشتری) دارند، درآمد بیشتری نیز کسب می‌کنند» (بکر، ۲۰۰۷). وقتی فردی انتظار داشته باشد که مدت طولانی‌تری زندگی کند، در واقع انتظار دارد درآمد دائمی^۲ بیشتری نیز داشته باشد. همان‌طور که فریدمن^۳ معتقد است، درآمد دائمی مفهومی است که سرمایه انسانی را نیز شامل می‌شود (برانسون، ۱۳۷۸).

راست و همکاران بیان کردند: «به‌طور خاص (نه به‌طور عام) در کشورهای کمتر توسعه یافته، فقرا در مقایسه با افرادی با وضع اقتصادی بهتر، میزان ابتلایشان به بیماری^۴ بیشتر است و امید به زندگی کمتری دارند» (راست و همکاران، ۱۹۸۱). بکر و دیگران نیز در تحقیق خود دریافتند که «بهبود امید به زندگی در فاصله سال‌های ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۰، عامل مهمی در بهبود رفاه در سرتاسر جهان بوده است» (بکر و همکاران، ۲۰۰۵). آمارهای بین‌المللی نیز وجود هم‌بستگی مثبت میان امید به زندگی و درآمد را تأیید می‌کنند. جدول (۱)، امید به زندگی در بدو تولد را به تفکیک زن و مرد، در کشورهای با میزان درآمد متفاوت نشان می‌دهد.

جدول ۱- امید به زندگی در کشورهای مختلف براساس درآمد ناخالص ملی سرانه

امید به زندگی (سال ۲۰۰۶)		گروه‌های درآمدی
زن	مرد	
۵۸	۵۶	کشورهای کم درآمد
۷۰	۶۷	کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین
۷۴	۶۷	کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا
۸۲	۷۶	کشورهای پردرآمد

1- life expectancy 2- permanent income 3- Friedman 4- morbidity

جدول نشان می‌دهد که هم در میان زنان و هم در میان مردان، با افزایش درآمد، امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد. براساس بحث‌های پیش‌گفته می‌توان ادعا کرد که بهبود بهداشت و سلامت در جامعه، از طریق ارتقای امید به زندگی میان افراد، زمینه را برای افزایش درآمد آن‌ها فراهم می‌آورد.

سلامت و آموزش: آموزش از دیگر آشکال سرمایه انسانی است و با بهداشت رابطه‌ای مکملی^۱ دارد. به این رابطه در مقایسه با رابطه مکملی بهداشت با سایر گونه‌های سرمایه انسانی، بیشتر توجه شده است (بکر، ۲۰۰۷). «بهداشت و تغذیه بهتر، به‌طور غیرمستقیم توانایی کودکان را برای کسب مهارت‌های سودمند و ارتقای نگرش‌ها از طریق تحصیل افزایش می‌دهد. معلوم شده است که کودکان سالم و خوب تغذیه شده، قدرت فراگیری بیشتری در مدرسه دارند و قادرند بهتر تمرکز کنند. همچنین کودکانی که در سال‌های پیش از مدرسه، از بهداشت و تغذیه بهتری بهره‌مند شده‌اند، بعد از ورود به مدرسه، موفقیت بیشتری کسب می‌کنند» (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵).

افزایش عمر انسان که به دلیل بهبود وضع بهداشت حاصل شده باشد، باعث افزایش بازدهی سرمایه‌گذاری در آموزش می‌شود: هزینه‌های آموزشی در سنین ابتدایی عمر صرف می‌شود؛ اما بازدهی آن‌ها در سنین انتهایی عمر رخ می‌نماید (بکر، ۲۰۰۷). با وجود اینکه آموزش شکلی از سرمایه انسانی است، «مخارج آموزش و پرورش فقط کیفیت منابع انسانی را افزایش می‌دهد. این در حالی است که هزینه‌های بهداشت از طریق طولانی‌تر کردن زندگی کاری مورد انتظار، کمیت را نیز در آینده افزایش می‌دهد. همچنین مکمل سرمایه‌گذاری‌های آموزشی نیز هست؛ چراکه اگر مردم بتوانند بیشتر کار کنند و در دوره‌های طولانی‌تری به کسب درآمد بپردازند، بازده آموزش بیشتر خواهد بود» (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵).

روی دیگر سکه، تأثیر آموزش بر درآمد افراد متخصص است. آموزش نیز همانند بهداشت، باعث افزایش بهره‌وری نیروی کار می‌شود و طبق رابطه ۷، تأثیر مستقیمی بر

1- complementarity

دستمزد کارگران خواهد گذاشت؛ لذا برای تأثیرگذاری بهداشت و سلامت افراد کم درآمد و طبقات محروم جامعه (روستاییان) بر درآمد آنان، مجرای دیگری باز می‌شود. بهبود بهداشت و سلامت نیروی کار روستایی، بر توانایی آموزشی و یادگیری آن‌ها می‌افزاید و از طریق ارتقای بهره‌وری [از این مجرای خاص] درآمد نیروی کار روستایی افزایش می‌یابد. توجه هم‌زمان به درآمد روستاییان و رفاه اجتماعی، در تاریخ برنامه‌ریزی ایران موضوعی بی‌سابقه نیست. نخستین بار، در برنامه عمرانی چهارم پیش از انقلاب (۱۳۴۷ تا ۱۳۵۱)، فصلی مجزا به رفاه اجتماعی اختصاص یافت و برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی، رفاه خانواده و کودک، ورزش و رفاه جوانان، رفاه کارگران، رفاه روستاییان و رفاه گروه‌های خاص (معلولان جسمی، روانی، اجتماعی) را دربر می‌گرفت (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). به همین منظور، توجه خاصی به توزیع درآمد به نفع روستاییان صورت گرفت. این تلاش براساس این رویکرد انجام شد که افزایش درآمد روستاییان نه تنها از نظر رفاه و ایجاد تعادل عمومی اهمیت دارد، بلکه از طریق افزایش قدرت خرید و تنوع دادن به تقاضای آن‌ها حائز اهمیت است. در فصول عمران دهات و رفاه اجتماعی، در راستای آباد کردن و نوسازی روستاها به وسیله افزایش تولیدات کشاورزی، ایجاد تأسیسات همگانی و تسهیل وسایل رفاهی از طریق تشویق روستاییان به شرکت در کارهای دسته‌جمعی و ایجاد حس اعتماد و مشارکت در کارها از طریق توسعه انجمن‌های دهات، به رفاه روستاییان توجه شد (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

اکنون می‌توان بر مبنای مباحث ارائه شده درباره تأثیر بهداشت بر درآمد محروم‌ترین قشر جامعه (روستاییان) و رفاه اجتماعی آن‌ها، این فرضیه را مطرح کرد: بهبود بهداشت و سلامت خانوارهای روستایی در ایران، رفاه اجتماعی را بهبود می‌بخشد. در بخش بعد، با استفاده از تحلیل رگرسیونی، این فرضیه آزمون خواهد شد.

الگوی تجربی، نمونه و روش برآورد: در بخش ۵، نشان داده شد که از لحاظ نظری، بهداشت با درآمد نیروی کار (قشر محروم و کم درآمد) رابطه مستقیمی دارد؛ از این رو،

می‌توان امیدوار بود که براساس دیدگاه رالز درباره رفاه اجتماعی، فرضیه مطرح شده صحیح باشد. با این حال برای تأیید آن، به آزمون تجربی نیاز است. در این قسمت از الگویی استفاده می‌کنیم که پیش‌تر محققان آن را آزموده‌اند. با ایجاد تغییرات لازم در آن، هم‌راستا با اهداف مطالعه حاضر، فرضیه مطرح شده را ارزیابی می‌کنیم. با کمک این الگو می‌خواهیم شواهدی برای آزمون مسئله پیش رو ارائه کنیم. همچنین می‌خواهیم درباره اینکه آیا سرمایه‌گذاری در بهداشت و سلامت روستاییان، مجرای برای تحقق اهداف توسعه است یا خیر، قضاوت کنیم. این الگو، همان است که راست و دیگران (۱۹۸۱) از آن استفاده کرده‌اند.

همان‌طور که در بخش ۳ بیان شد، راست و دیگران در مطالعه‌شان تأثیر بهداشت و سلامت بر نابرابری درآمدها را بررسی کردند. در مطالعه آن‌ها، شاخص نابرابری درآمدها به‌عنوان متغیر وابسته و بهداشت^۱ به‌عنوان متغیر مستقل بود. از دیگر متغیرهای مستقل آن‌ها، تراکم جمعیتی^۲ و درآمد متوسط بود. این الگو نوعی ارتباط منطقی با موضوع مطالعه پیش رو دارد. از یک سو، در این الگو متغیر بهداشت و سلامت به‌صراحت به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده و این مطلب مطابق با هدف مطالعه حاضر است. از سوی دیگر، وجود متغیر نابرابری درآمدها به‌عنوان متغیر وابسته، با سطح درآمد قشر روستایی مرتبط است؛ بدین معنا که با ثابت بودن سایر متغیرها که به‌طور مثال می‌تواند ثابت در نظر گرفتن درآمد قشر شهرنشین باشد، افزایش درآمد روستاییان، معادل با کاهش نابرابری درآمدها میان شهر و روستا خواهد بود. بنابراین الگوی راست و دیگران (۱۹۸۱) می‌تواند الگویی مناسب برای ارائه شواهد در راستای هدف مطالعه حاضر باشد.

در الگوی مطالعه حاضر، تراکم جمعیتی روستایی^۳ و درآمد ناخالص داخلی سرانه^۴ به‌عنوان متغیر کنترل است. معیارهای بهداشت و سلامت در این الگو، متوسط کل هزینه

۱- معیار آن‌ها برای بهداشت عبارت بود از: امید به زندگی و میزان مرگ‌ومیر نوزادان.

2- population density

۳- جمعیت روستایی به‌ازای هر کیلومتر مربع زمین زراعی.

4- GDP per capita

بهداشت و درمان ماهانه هر خانوار روستایی و تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای جمعیت روستایی در هر کیلومتر مربع است. متغیر وابسته، متوسط کل درآمد سالانه هر خانوار روستایی نمونه^۱ است. از آنجاکه داده‌های مربوط به تعداد مراکز بهداشت و درمان، برای قبل از دهه ۱۳۶۰ موجود نبودند، دوره زمانی ۱۳۶۱ تا ۱۳۸۲ برای برآورد استفاده می‌شود. به منظور برآورد الگو، از روش گشتاورهای تعمیم یافته (GMM) استفاده می‌شود که نتایج آن در قسمت بعد ارائه می‌شود. دلیل استفاده از این روش، وجود رابطه احتمالی دوطرفه میان متغیر بهداشت و سلامت و متغیر وابسته (درآمد روستاییان) است. اگر چنین رابطه‌ای وجود داشته باشد، متغیر بهداشت و سلامت با جزء اختلال مرتبط می‌شود و برآوردهای روش حداقل مربعات معمولی ناسازگار خواهد شد.

یافته‌ها

جدول (۲)، تأثیر بهداشت و سلامت روستاییان بر درآمد آن‌ها را نشان می‌دهد. متغیرهای معادله برآورد شده در ستون ۱، براساس آزمون فیلیپس- پرون در سطح معنی‌داری ۱ درصد و متغیرهای معادله ستون ۲، براساس آزمون KPSS در سطح معنی‌داری ۱۰ درصد هم انباشته‌اند. رگرسیون‌های برآورد شده هم انباشته، از نوع انگل- گرنجر هستند؛ بنابراین نتایج، بیانگر رگرسیون کاذب نیست. آماره R^2 تعدیل شده که نشان دهنده درجه خوبی برازش است، نشان می‌دهد که متغیرهای توضیحی به خوبی تغییرات متغیر وابسته را توضیح می‌دهند؛ چراکه این معیار، عدد بسیار بزرگی را در هر دو رگرسیون داراست.

آماره $D-W$ که مشخص کننده وجود یا عدم وجود خودهم‌بستگی به روش دوربین- واتسون است، نشان می‌دهد که در رگرسیون ۱، خودهم‌بستگی وجود ندارد. در رگرسیون ۲ نیز نمودار خودهم‌بستگی (AC) و خودهم‌بستگی جزئی (PAC) نشانی از

۱- شاخص‌های هزینه بهداشتی و درآمد هر خانوار روستایی، براساس نمونه‌ای فرضی (typical) محاسبه گردیده است که شامل تعداد درختور توجهی خانوار روستایی نمونه‌گیری شده می‌شوند.

وجود خودهم‌بستگی ندارد. آماره J در هر دو رگرسیون در سطح معنی‌داری ۵ درصد بی‌معناست؛ پس نشان دهنده مناسب بودن نسبی متغیرهای ابزاری انتخاب شده در روش GMM است. در کل، نتایج به دست آمده مناسب هستند و می‌شود به آن‌ها اعتماد کرد.

جدول ۲- تأثیر بهداشت و سلامت روستاییان بر درآمد آن‌ها، به روش GMM

ضرایب برآورد شده		متغیرهای توضیحی
(۲)	(۱)	
-۶۸۷۴۱۸۳۰ (۰/۰۰۰۰)	-۸۷۲۴۵۷۹ (۰/۱۴)*	جزء ثابت
	۱۷۴/۹ (۰/۰۰۰۰)	هزینه بهداشت و درمان
۱۳۵۹۸۴۸ (۰/۰۴۴)		تعداد مراکز بهداشت و درمان
۲۸۹۳/۷ (۰/۰۰۱)	۳۲۵/۱ (۰/۰۶۵)	درآمد ناخالص داخلی سرانه
۲۸۲۰۵۹/۴ (۰/۰۰۰۰)		تراکم جمعیت روستایی**
۰/۸۱	۰/۹۹۴	آماره R ^۲ تعدیل شده
۰/۰۷۸	۰/۰۶۴	آماره J
۰/۴۵	۱/۹۵	آماره D-W

* مقادیر داخل پرانتز، حداقل مقدار p را نشان می‌دهند.

** به دلیل بی‌معنی بودن ضریب این متغیر در رگرسیون ستون ۱، این متغیر از رگرسیون مربوط حذف شده است.

نتایج برآورد الگو نشان می‌دهد که در ستون ۱، ضریب متغیر هزینه‌های بهداشتی، علامت مثبت دارد و بسیار معنادار است. متغیر تراکم جمعیت روستایی، ضریب بی‌معنی دارد؛ لذا از رگرسیون حذف شده و برآورد ضریب آن گزارش نشده است. ضریب متغیر درآمد سرانه، علامت مثبت دارد و از لحاظ آماری، فقط در مقدار p بیش از ۵ درصد معنادار است. در ستون ۲، هر سه متغیر توضیحی، ضرایب معنی‌داری دارند و متغیر تعداد

مراکز بهداشت و درمان به‌ازای جمعیت روستایی، علامت مثبت دارد و مطابق با فرضیه است. براساس نتایج، می‌توان فرضیهٔ ارائه شده را پذیرفت: بهبود سطح بهداشت خانوارهای روستایی، درآمد آن‌ها را افزایش داده است؛ لذا طبق معیار رالز، رفاه اجتماعی در ایران را در دو دههٔ اخیر ارتقا بخشیده است.

براساس نتایج این مطالعه، شناسایی موانع نهادی دسترسی به امکانات بهداشت و درمان در روستاها مهم خواهد بود. در نگاه رالز به رفاه اجتماعی، در جامعهٔ بسامان، آزادی‌های اساسی و نهادهایی مانند نهاد حقوقی، به‌طور کامل برای تمام اعضا تضمین شده است. فرصت‌ها نیز منصفانه در میان آن‌ها توزیع شده است. این موضوع، دو مانع نهادی برای دسترسی روستاییان به مراقب‌های بهداشتی و سلامت و بهره‌مندی از آن‌ها را آشکار می‌سازد. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته مانند ایران، مشاهده شده است که بسیاری از روستاییان بر املاک و اراضی خود نیز مالکیت مشخص و تعریف شده و مستندی ندارند. سوتو^۱ (۱۳۸۶) این واقعیت را دلیل اصلی عقب‌ماندگی اقتصادی فقرا می‌داند.

براین‌مبنا، روستاییان توانایی کمتری در کسب محصول و درآمد بیشتر دارند و در نتیجه، توانایی کمتری برای هزینه کردن در زمینهٔ بهداشت و سلامت خود خواهند داشت. موانع نهادی دیگر، نابرابری و قطبیدگی فاحش در توزیع امکانات بهداشت و درمان، به نفع مناطق شهری است. این مسأله باعث می‌شود که روستاییان از فرصت‌های کمتری برای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت خود بهره‌مند شوند. بر مبنای بحث‌های مطرح شده و نتایج به دست آمده، می‌توان ادعا کرد که هرچه دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی بیشتر تسهیل شود، وضعیت معیشتی آن‌ها بیشتر بهبود می‌یابد؛ لذا سرمایه‌گذاری در این زمینه، در کاهش فقر روستایی بسیار مؤثر بوده و گامی در جهت توسعهٔ اقتصادی از پایین خواهد بود.

1- Soto

بحث

رویکرد سرمایه انسانی، آموزش و بهداشت و... را نوعی سرمایه معرفی کرده است و هزینه کردن در این زمینه‌ها را سرمایه‌گذاری تلقی می‌کند. در ادبیات سرمایه انسانی، به مسئله بهداشت و سلامت توجه شده است؛ اما در مطالعات تجربی، به این مقوله توجه کمتری شده است. این مطلب در جامعه روستایی که در آن، غالب افراد به صورت نیروی کار یدی در زمینه‌هایی مانند کشاورزی، دامداری، دامپروری، صنایع دستی و... فعالیت می‌کنند، بیشتر خودنمایی می‌کند. به نظر می‌رسد که در این زمینه، در کشور ما فقر مطالعاتی وجود داشته است. براساس راهبردهای توسعه از پایین، توجه به وضع رفاهی محروم‌ترین قشر جامعه که مهم‌ترین نمود آن روستاییان‌اند، باید در سرلوحه توجهات در حوزه برنامه‌ریزی توسعه قرار گیرد. باین‌وصف، بر آن شدیم تا تأثیر بهداشت و سلامت روستاییان را بر درآمد آن‌ها بررسی کنیم و با اتخاذ معیار بهبود رفاه رالز، درباره تغییرات رفاه اجتماعی در ایران اظهار نظر کنیم.

در این مقاله، نشان داده شد که از بُعد نظری، بهبود بهداشت و سلامت نیروی کار که بخش عمده جامعه روستایی را تشکیل می‌دهد، از طریق رشد بهره‌وری و افزایش امید به زندگی و ارتقای کیفیت آموزشی، به افزایش درآمد و ارتقای سطح معیشتی این قشر منجر می‌شود. بررسی این موضوع از لحاظ کمی و تجربی نیز مشخص کرد که بهبود وضع بهداشتی خانوارهای روستایی که خود را در قالب افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی روستاییان و افزایش دسترسی آن‌ها به مراکز بهداشتی و درمانی نشان می‌دهد، میزان درآمد آن‌ها را در دو دهه اخیر افزایش داده است؛ لذا بر طبق معیار رفاه رالز، رفاه اجتماعی در ایران در دو دهه اخیر افزایش یافته است. به‌طورکلی، بهداشت و سلامت خانوارهای روستایی مقوله‌ای است که توجه به آن، از الزامات راهبردهای توسعه از پایین است.

براساس واقعیت‌های موجود در کشور و شواهد به دست آمده در این مطالعه، دو دسته رهنمود سیاستی را می‌توان پیشنهاد کرد: گروه اول، به کاستی‌های نهادی مربوط می‌شود که

توضیح آن‌ها پیش‌تر ذکر شد. در این راستا توصیه می‌شود دولت که در تنظیم قوانین و حقوق حاکمیت دارد، به تعریف و تدوین حقوق مالکیت تکامل یافته برای روستاییان مبادرت کند. بدین ترتیب، آن‌ها می‌توانند با استفاده از دارایی‌هایشان، هم عایدات بیشتری را نصیب خود کنند و هم به تأمین نیازهای بهداشت و درمان خود بپردازند. همچنین از آنجاکه دولت بخش درخور توجهی از درآمد ملی را در اختیار دارد و توزیع درآمد را سمت و سو می‌بخشد، توصیه می‌شود توزیع مجدد درآمد و ثروت در قالب توزیع امکانات بهداشت و درمان بین شهر و روستا، به صورت برابر صورت پذیرد.

گروه دوم، توصیه‌های سیاستی غیرنهادی هستند. این رهنمودها بر سرمایه‌گذاری دولتی یا خصوصی در سرمایه انسانی، به ویژه در شکل بهداشت و سلامت، دلالت می‌کنند. هرگاه هزینه‌های اجتماعی به سمت روستاییان هدایت شود، مثلاً در قالب برنامه‌های بهداشت جامعه روستایی باشد، راه‌های کاستن از فقر، از طریق افزایش بهره‌وری فقرا هموار خواهد شد. برای این منظور، باید بر شکل مناسب خدمات زیر تأکید شود: راه‌اندازی مراکز مجهز بهداشتی و درمانگاه‌های روستایی، به جای اولویت دادن به واحدهای مراقبت ویژه در بیمارستان‌های شهری. این مسأله به آن دلیل اهمیت دارد که بخش درخور توجهی از مراجعان به بیمارستان‌های تخصصی شهرهای بزرگ را روستاییان تشکیل می‌دهند. آن‌ها مسافت‌های طولانی را به امید درمان بیماری‌های پیشرفته خود طی می‌کنند؛ درحالی‌که در صورت ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری از بروز بیماری‌ها یا درمان بیماری در مراحل اولیه آن در مناطق روستایی، می‌توان از بسیاری از تلفات انسانی و صرف هزینه‌های مادی توسط روستاییان جلوگیری کرد. تاکنون بیشتر شبکه‌های خدمات اجتماعی کشورهای کمتر توسعه یافته، به این مسأله توجهی نکرده‌اند؛ البته چند استثنای ستودنی وجود دارد (گیلیس و دیگران، ۱۳۸۵).

- برانسون، وی.اچ. (۱۳۷۸)، *تئوری و سیاست‌های اقتصاد کلان* (ترجمه عباس شاکری)، تهران، نشر نی.
- رالز، جی. (۱۳۸۵)، *عدالت به مثابه انصاف* (ترجمه عرفان ثابتی)، تهران، ققنوس.
- سوتو، هرماندو دو. (۱۳۸۶)، *راز سرمایه؛ چرا سرمایه‌داری در غرب موفق می‌شود و در جاهای دیگر شکست می‌خورد؟* (ترجمه فریدون تفضلی)، تهران، نشر نی.
- غفاری، غ. و امید، م. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی؛ شاخص توسعه اجتماعی*، تهران، شیرازه.
- گریفین، کی. (۱۳۸۴)، *راهبردهای توسعه اقتصادی* (ترجمه حسین راغفر و محمدحسین هاشمی)، تهران، نشر نی.
- گیلیس، ام. و دیگران. (۱۳۸۵)، *اقتصاد توسعه* (ترجمه غلامرضا آزاد ارمکی)، تهران، نشر نی.
- لیارد، پی.آر.جی. و والترز، ا.ا. (۱۳۷۷)، *تئوری اقتصاد خرد* (ترجمه عباس شاکری)، تهران، نشر نی.
- مابوگونج، آ.آل. و میسرا، آر. پی. (۱۳۶۸)، *توسعه منطقه‌ای؛ روش‌های نو* (ترجمه عباس مخبر)، وزارت برنامه و بودجه.
- مرکز آمار ایران، *آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای روستایی کشور*، سال‌های ۱۳۵۴ تا ۱۳۸۲.
- مرکز آمار ایران، *سالنامه آماری*، سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۲.
- هندرسون، جی.ام. و ریچارد، ای.کی. (۱۳۷۰)، *تئوری اقتصاد خرد؛ رهیافت ریاضی* (ترجمه مسعود محمدی)، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- Becker, Gary S (2007), Health as Human Capital; Synthesis and Extensions, **Oxford, Economic Papers**, Vol. 59, pp. 379-410.
- Becker, Gary S. Thomas, J.P & Rodrigo R.S. (2005), The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality, **The American Economic Review**, Vol. 95, No. 1, pp. 277-291.
- Bloom, David.E. David, C. & Jaypee, S. (2004), The Effect of Health on Economic Growth; A Production Function Approach, **World**

- Development**, Vol. 32, No. 1, pp. 1-13.
- Dublin, L.I. & Alfred, J.L. (1930), **The Money Value of a Man**, New York, Ronald Press Co.
 - Paglin, M. (1974), Public Health and Development; A New Analytical Framework, **Economica**, Vol. 41, No. 164, pp. 432-441.
 - Russet, B. Steven, J. Duncan, S. & David, S. (1981), Health and Population Patterns as Indicators of Income Inequality, **Economic Development and Cultural Change**, Vol. 29, No. 4, pp. 759-779.
 - Schultz, P.T. (2003), Human Capital, Schooling and Health, **Economics and Human Biology**, Vol. 1, pp. 207-221.
 - Strauss, J. (1986), Does Better Nutrition Raise Farm Productivity?, **Journal of Political Economy**, Vol. 94, pp. 297-320.
 - Weisbrod, B.A. (1966), Investing in Human Capital, **The Journal of Human Resources**, Vol. 1, No. 1, pp. 5-21.
 - World Development Indicators (WDI), (2006).
 - World Development Report (2009), **Reshaping Economic Geography**, Washington DC, The World Bank.