رابطهٔ توزیع درآمد (شاخص منتخب ضریب جینی) و اقتصاد سلامت (شاخص منتخب مرگ و میر و علل مرگ) در ایران

ویدا واعظی*، حسین زارع**

مقدمه: *سیاست توزیع وضعیت اقتصاد را به طور مطلق یا نسبی، به خصوص در مورد افراد ضعیف و گروه‌های ناتوان جامعه، تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر؛ ازآن جا که اهمیت و ضرورت سلامت، به عنوان یک حق اساسی برای زندگی برکسی پوشیده نیست. می‌توان اذعان نمودکه سلامتی در واقع نوعی توانمندی است که به زندگی انسان ارزش می‌بخشد. به عبارتی، سلامتی ثروت است.*

روش: *درمطالعهٔ حاضر اثرات متقابل این دومقولهٔ مهم اقتصادی ـ اجتماعی یعنی نابرابری درآمد ـ سلامت را با تعریف دو شاخص از سلامت (شاخص منتخب مرگ و میر و علل مرگ) و شاخصی از توزیع درآمد (ضریب جینی) را مورد بررسی قرار می‌دهیم بعد از تصریح مدل، معادلات مورد نظر با استفاده از داده‌های ترکیبی مربوط به ۱۳۸۵- ۱۳۶۱ برآوردگردیده است. در این مطالعه برای تخمین ضرائب مدل، ازنرم افزار۶E views استفاده شده است همچنین برآورد مدل در قالب سیستم POOL و روش اثرات ثابت می‌باشد. معادلات سلامت – درآمد با دو معیار ضریب جینی و میانگین درآمد برآورده شده‌اند.*

یافته‌ها: *نتایج تحقیق حاکی ازآن است که علی‌رغم آن که سلامت به هر دو عامل میانگین درآمد و نابرابری درآمد بستگی دارد ولی با توجه به بررسی‌های انجام شده، سلامت جامعه از نابرابری درآمدی بیش‌تر متأثر می‌شود.*

بحث: *بنابراین درجوامعی که نابرابری درآمدی کم‌ترباشد شاهد سلامت بیش‌تر برای شهروندان خواهیم بود. با مطالعات بین استانی در گروه‌های درآمدی مختلف، مشاهده شد که در استان‌های با درآمد بالا و پایین؛ نابرابری درآمدی بر سلامت جامعه مؤثر است. همچنین نابرابری درآمد در مقایسه با میانگین درآمدی تأثیر بیش‌تری برسلامت جامعه دارد.*

کلید واژه‌ها: اقتصاد سلامت، نابرابری درآمد، میانگین درآمد، شاخص، توزیع درآمد، داده‌های تلفیقی.

تاریخ دریافت: **۸۸/۴/۲۳** ***تاریخ پذیرش:*** **۹۰/۳/۱۶**

* دکتر اقتصاد نظری، دانشگاه آزاد واحد بوشهر <dr.v.vaezi.ka@gmail.com>

** دکتر مدیریت بهداشتی و درمانی و فوق دکتر اقتصاد سلامت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

مقدمه

گسترش فاصلهٔ طبقاتی، توزیع نامتعادل درآمد و ثروت، فزونی جمعیت زیرخط فقر و ... همه جزو علایم آسیب‌سازی رفاه اجتماعی است. از آن جا که توزیع نابرابردرآمد سلامتی جامعه را تهدید می‌کند همچنین طبق اهداف سند چشم‌انداز بیست سالهٔ کشور، «ایران باید به کشوری توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح منطقه، باهویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌المللی تبدیل شود، لذا با ارتقای سلامت می‌توان به رشد اقتصادی کشور افزود و جایگاه بین‌المللی ایران را ارتقا بخشید. به عبارت دیگر، اگر هزینه‌های بهداشت و درمان به میزان کافی باشد و کارآیی استفاده از این منابع در سطح بالایی باشد، می‌توان انتظار داشت شاخص‌های مربوط به سطح بهداشت و سلامتی ارتقا یابند.

بیان مسئله و اهمیت موضوع

در مباحث اقتصادی وظایف دولت‌ها در سه زمینهٔ *تخصیص منابع، تثبیت و توزیع درآمد* مورد نظر قرارمی گیرد. (Musgrave, Richard A, 1984). در راستای انجام این وظایف است که دولت‌ها درجوامع مختلف درامورمتفاوتی دخالت دارندکه میزان گستردگی این امور با توجه به عملکرد وگسترهٔ فعالیت اقتصادی بخش خصوصی در این جوامع تعیین می‌شود و با توجه به مقبولیت این وظایف برای دولت‌ها، درقالب پرداختن به اموری همچون حاکمیت، امنیت وهمچنین رفاه اجتماعی در نظریات اقتصادی توجیه دارد. موضوع توزیع عادلانه درآمد و اجرای عدالت اجتماعی و توجه بیش‌تر به نیازهای کلیهٔ اقشار جامعه اعم از مولد، غیرمولد و یا آسیب پذیر در جهت حمایت از حداقل میزان معیشت زندگی آنان یکی ازعمده‌ترین مباحث و مسائل مهم اقتصادی و اجتماعی محسوب گردیده است. از آن جا که درآمد باعث ایجاد سلامت می‌گردد. مردم درکشورهای ثروتمند در مقایسه باکشورهای فقیر، عمروسلامتی بیش‌تری خواهند داشت. اگر رابطهٔ درآمد و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

سلامت مقعر باشد، آنگاه با افزایش درآمد، سلامت وطول عمرفقرا درمقایسه با ثروتمندان تحت تأثیر بیش‌تری قرارخواهد گرفت. به عبارتی توزیع مجدد درآمد از ثروتمندان به فقرا، خواه درون کشورها، یاخواه میان کشورها، میزان سلامت جمعیت را بهبودخواهد بخشید . (Perston Samuel , 1996)

در این مطالعه باتوجه به ضرورت موضوع، می خواهیم این مسئله را که، جوامع برابر، سالم‌تر هستند، بررسی کنیم. این مسئله توسط ریچارد ویلکینسون(Richard Wilkinson) در سال‌های ۱۹۹۲، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰، ونیز توسط مجموعه‌ای از مقالات منتشر شده از سوی ایچر و کاواچی(Ichiro Kawachi)، بروس کندی (Bruce Kennedy) در سال ۱۹۹۹مورد بحث وجدل قرار گرفته است که جوامع واجد برابری و عدالت دارای همبستگی اجتماعی بیش‌تر، وحدت کلمه و تشریک مساعی اجتماعی بیش‌تر، و استرس اجتماعی کم‌تری هستند. این جوامع برای شهروندان خود، کالاهای عمومی بیش‌تر، حمایت‌های اجتماعی بیش‌تر، وسرمایهٔ اجتماعی بیش‌تری فراهم می‌کنند واین ترجیح متعالی انسان‌ها برای میل به عدالت را ارضا می‌نمایند. (Deaton, Angus. 2001). مقالهٔ حاضر، تلاش دارد تا درآمد راکه به عنوان یک شاخص برای معرفی مفهوم زمینه‌ای شرایط اجتماعی ـ اقتصادی، می‌نگردرا، به عنوان علت زمینه‌ای و اساسی تفاوتها در سلامت، مورد بررسی قرار داده تا به آن پرداخته شود. جمعیت سالم به خودی خود یکی ازاهداف توسعهٔ اقتصادی است. به عبارتی، کیفیت نیروی کار[1] که در بهداشت و سلامتی منعکس می‌شود، دررشد اقتصادی حائز اهمیت می‌باشد. مقولهٔ بهداشت را به سه شکل مختلف می‌توان وارد چارچوب تصمیم‌گیری بین زمانی کرد. اول این که، می‌توان انتظارداشت که کاهش در متوسط سطح بهداشت وسلامتی جامعه موجب کاهش مقدارخدمات مؤثر نیروی کار عرضه شده توسط جامعه شود. دوم این که، تولید بهداشت و سلامت مستلزم به کارگیری

۱ـ در واقع، ابعاد اصلی تشکیل سرمایهٔ انسانی شامل آموزش (تحصیلات)، مهارت (تخصص)، بهداشت (سلامت) و تجربه می‌باشد، که هر یک با ارتقای کیفیت نیروی کار سبب انباشت سرمایهٔ انسانی و متعاقب آن افزایش رشد اقتصادی می‌شوند

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

منابع کمیابی است که می‌تواند موارد استفاده دیگری داشته باشد (همچون تولید محصول و یا سرمایهٔ انسانی). سوم این که، می‌توان انتظارداشت بهداشت مناسب مستقیماً مطلوبیت افرادرا تحت تأثیرقراردهد در واقع، خصوصیات کیفی انسان نوعی سرمایه است، زیرا این خصوصیات می‌تواند موجب بهره‌وری و تولید بیش‌تر و ایجاد درآمد و رفاه بیش‌تر گردد.. نیروی کار سالم یک نهادهٔ مستقیم در فرآیند تولید است. به عنوان مثال، شیوع گستردهٔ بیماری موجب تنزل بهره‌وری و کاهش تعداد روزهای کار می‌شود. از این رو، برنامه‌هایی که موجب بهبود بهداشت می‌شوند تأثیر مثبتی بر سطح تولیدات می‌گذارند. (امینی ۱۳۸۶، ۱۴۱، ۱۴۲)

فرضیات تحقیق

۱- سلامت جامعه وابسته به درآمد نسبی است.

۲- سلامت یک جامعه وابسته به میانگین درآمدی نمی‌باشد.

۳- سلامت یک جامعه وابسته به نابرابری درآمدی است.

۴- رابطهٔ بین سلامت (با شاخص منتخب) و بیمه‌شدگان (تأمین اجتماعی و خدمات درمانی) معنی‌دار و مثبت است.

۵- رابطهٔ بین سلامت و سطح تحصیلات معنی‌دار و مثبت است.

اهداف تحقیق

۱- بررسی این که، سلامت یک جامعه وابسته به میانگین درآمدی است یا نابرابری درآمدی است.

۲- بررسی ارتباط بین سلامت در یک جامعه با نابرابری درآمدی.

۳- بررسی شاخص سلامت و بیمه‌شدگان بیمه خدمات درمانی وتأمین اجتماعی.

روش تحقیق: روش تحقیق به صورت توصیفی ـ تحلیلی می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جامعه آماری برای انجام بررسی جامعهٔ آماری تمامی استان‌های کشور طی سال‌ای ۱۳۶۱-۱۳۸۵ می‌باشند.

مطالعات انجام شده در داخل بخش اول ـ در مورد اندازه‌گیری میزان نابرابری درآمد (جمشید پژوهان، ۱۳۵۰) اقدام به برآورد اندازهٔ برخی شاخص‌های نابرابری درآمد برای جامعهٔ شهری و روستایی و نیز کل کشور در سال‌های ۱۳۶۲تا ۱۳۷۶ و نیز بررسی عوامل مؤثر بر اندازهٔ برخی شاخص‌های نابرابری در سال ۱۳۷۴ نموده است. متغیرهای در نظر گرفته شده عبارتند از: ضریب جینی؛ مربع هزینهٔ سرانهٔ شهری، درصد درآمد ناشی از فعالیت‌های آزاد، هزینهٔ سرانهٔ آموزشی، درآمد سرانهٔ فعالیت‌های غیر کشاورزی، درصد اشتغال، درصد نیروی کار ۱۰تا ۲۴.

هاشم پسران سه بررسی جداگانه در زمینه‌ی درآمد در ایران انجام داده است که ویژگی اصلی آن، توجه و تأکید او بر تحولات و تغییرات الگوی توزیع درآمددر کشور در طی یک دورهٔ زمانی تقریباً ۱۵ ساله است. او به بررسی توزیع درآمد در فاصلهٔ سال‌های ۱۳۳۸ تا ۱۳۵۳ می‌پردازد و سعی در شناخت عوامل مؤثر بر الگوی توزیع درآمد در کشور و در بین مناطق مختلف آن دارد.

بخش دوم- الف) در زمینهٔ سلامت و بهداشت به عنوان جزئی از سرمایهٔ انسانی که باعث افزایش کیفیت نیروی کاروارتقاء بهره‌وری و به تبع آن رشد اقتصادی خواهد گردید، با داده‌های مربوط به ایران هیچ مطالعه وبررسی‌ای صورت نگرفته است واندک مطالعاتی که موجود است مربوط به داده‌های خارج ازکشور می‌باشد، ودربیش‌تر مطالعاتی که درزمینهٔ سرمایهٔ انسانی انجام شده است، جنبه‌های آموزش و مهارت مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، ناگزیر ابتدا مطالعاتی که دررابطه با مقولهٔ سلامت و تنها متغیر اقتصادی موجود(رشد) در داخل کشور صورت گرفته مطرح می‌کنیم و در ادامه مطالعاتی را که در خارج از کشور انجام شده است ارائه خواهد شد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

مطالعات داخلی: جوادی‌پور در این مطالعه، با معرفی مفهوم جدید سرمایهٔ بهداشتی و استفاده از الگوی گسترش یافتهٔ سولو و داده‌های آماری ۳۳ کشور در حال توسعه، اثر مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی با استفاده از رهیافت مطالعات بین کشوری تحلیل گردیده است. نتایج نشان می‌دهد که علاوه برسرمایهٔ فیزیکی وانسانی، سرمایهٔ بهداشتی که با متغیرمخارج بهداشتی وارد الگو شده است، اثری مثبت و معنی‌دار بر رشد اقتصادی دارد.
رئیسی دراین مطالعه، خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی که قادر است به طرقی چند بر سرنوشت بهره‌وری یک جامعه ایفای نقش کند، معرفی شده است وسلامت به عنوان با اهمیت‌ترین عامل مؤثر بر بهره‌وری مورد توجه قرار گرفته است، زیرا این عامل قادر است بر سایر عوامل نیز مؤثر باشد. سلامت خانواده‌ها نیز تا حد زیادی در گرو تأمین بهداشت خانواده و جامعه، می‌توان نتیجه گرفت بخش مهمی از اثرات سوء فقدان سلامت بر بهره‌وری خانواده‌ها متعلق به اثرات سوء عدم تأمین بهداشت در جوامع است.

مطالعات خارجی: ریوراً و کوریس آن‌ها با استفاده از هزینه‌های بهداشتی به عنوان یک متغیر توصیفی و شاخصی برای سلامت در رگرسیون رشد، ارتباط بین سلامت و بهداشت را با رشد در کشورهای OECD در دوره ۱۹۶۰–۱۹۹۰ برآورد کردند. همچنین سرمایه‌گذاری در بهداشت و سلامت را به عنوان یک متغیر توصیفی برای محصول در نظر گرفتند. نشان داده‌اند که تحصیلات، تنها عامل مؤثر در عملکرد نیروی کار و بهره‌وری آن نمی‌باشد. فوگل وی در بررسی خود از مقدار کالری دریافتی به عنوان شاخص سلامتی استفاده کرد. بر اساس برآورد وی، در کشور فرانسه میزان کالری دریافتی روزانه برای افرادی که در ۱۰ درصد پائینی مصرف قرار داشتند، به قدری کم بود که انرژی کافی برای انجام کار نداشتندوافراد در۱۰ درصد بعدی، فقط انرژی برای ۳ ساعت کار سبک راداشتند. درانگلیس افراد در۳ درصد پائینی مصرف، فاقد انرژی کافی برای کار بودند و افراد در۱۷ درصد بعدی، انرژی برای حدود ۶ ساعت کار سبک را داشتند. کاهش چشم‌گیر مرگ ومیر طی۲۰۰ سال گذشته در اروپا، رابطهٔ مستقیمی با افزایش کالری مصرف دررژیم غذایی، پیشرفت بهداشت عمومی و کنولوژی پزشکی داشته است.

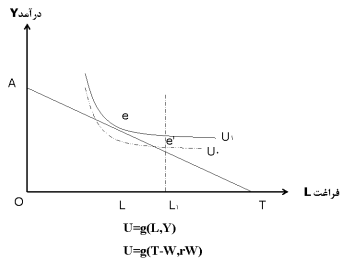
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

ب) درکشور ما، در زمینهٔ رابطهٔ بین نابرابری توزیع درآمد – سلامت با داده‌های داخلی؛ تاکنون هیچ تحقیقی صورت نگرفته است[1] وتنها رسالهٔ دکتری ویدا واعظی در سال۱۳۸۷ به این موضوع پرداخته است. بنابراین به موضوع ارتباط نابرابری درآمدی با متغیرهای سلامت با استفاده از داده‌های خارج اشاره خواهیم کرد. بوسکین (Boskin) در مقالهٔ خودبه وضعیت سلامت افراد اشاره کرده است. وی معتقد است که با اعمال توزیع مجدددرآمد(با استفاده از ابزار سوبسید)به نتایج زیر دست می‌یابیم:

- شرایط جسمانی بهتر و سلامت و بهداشت بالاتر افراد
- نرخ دست‌مزد فقرا
- امکان افزایش انگیزهٔ سرمایه گذاری به شخص فقیر برای بالابردن سطح آموزش و بهداشت و به طور کلی رفاه[2].

گراسمن (Grossman) مدل گروسمن، تأثیرعوامل مختلف، مانند آموزش، درآمد، ثروت، مراقبت‌های سلامت وتغذیه در تأمین سلامت انسان را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مدل نشان می‌دهدکه تغذیهٔ مطلوب وداشتن درآمد مناسب بیش ازمراقبت‌های سلامت درتأمین سلامت افراد مؤثر است. ویلکینسون درسال ۱۹۸۹ در مطالعه‌ای تفاوت‌ها در میزان مرگ و میر درگروه‌های مختلف اجتماعی در بریتانیا از سال ۱۹۲۱ تا ۱۹۸۱، را مورد بررسی قرار داد. وی عنوان می‌کند که در زمان‌هایی که تفاوت‌های درآمدی میان گروه‌های

۱ـ در این زمینه نه تنها با داده‌های مربوط به ایران بررسی‌ای صورت نگرفته است بلکه با داده‌های مربوط به سایر کشورها نیز تحقیقی انجام نشده است



2-

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

اجتماعی کم باشند، به ویژه در زمان‌هایی که درآمدهای فقرا، سریع‌تر از درآمد ثروتمندان افزایش یابند، مثل دوره جنگ جهانی دوم آن گاه نرخ و میزان مرگ و میر (به عنوان یک شاخص سلامت) هم سریع‌تر کاهش می‌یابد. جفری ملور (Jeffrey mellor) و جنیفر میلیو (Jennifer milyo) در سال ۲۰۰۱ از اطلاعات مربوط به ۴۸ ایالت از پنج سال سرشماری ۱۹۵۰– ۱۹۹۰ استفاده کردند و به تأثیر معنی‌دار ضریب جینی بر مرگ و میر (ناشی از کل علل) پی بردند. اما با وارد نمودن مواردی نظیر سطح تحصیلات، ضریب جینی اعتبار خود را از دست می‌دهد و با لحاظ نمودن مواردی نظیرجمعیت شهری سیاه پوست، ضریب جینی، منفی می‌شود. اما در مورد نرخ مرگ ومیرناشی از بیماری عروق کرونر قلب و نرخ مرگ ومیر ناشی از سرطان، به محض واردکردن متغیرهای درآمد، تحصیلات، نژادو شهرنشینی، عامل نابرابری درآمدی رابطهٔ منفی پیدا می‌کند. دیتون (Deaton Angus) سال ۲۰۰۱ دربررسی‌ای نشان داد که آمریکایی‌های آفریقایی تبار نسبت به سفید پوستان از نرخ‌های مرگ و میر بالاتر به همراه درآمد پایین تر، برخوددارند. بنابراین، آن ایالات‌هایی که درصد بیش‌تری از سیاه پوستان را در درون خود جای داده‌اند، نرخ‌های مرگ و میر بالاتر و نیز نابرابری درآمدی بالایی‌تری را خواهند داشت. **آمیتاب چاندرا (Amitabh Chandra) و** جاناتان اسکینز (Jonathan Skinner) سال ۲۰۰۲ در نشان دادند که در یک منطقهٔ مشابه، نوع وکیفیت درمان (کیفیت مراقبت بهداشتی) برای سیاه پوستان با سفیدپوستان متفاوت است. به طور مثال می‌توان به مواردی نظیر تعداد و نوع بیمارستان اشاره کرد. مارک مک کلان (Mark Mcclell an) درسال ۲۰۰۲ دریافت که رابطه‌ای میان مرگ ومیرناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در افراد سالمند سفیدپوست وسیاه پوست وجود دارد. درمناطقی که آمریکایی‌های آفریقایی تبار بیش‌ترین درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند به علت عدم وجود خدمات فنی کافی ومناسب نظیر بیمارستان (بنگاه چند کالایی) وکیفیت نازل مراقبت‌های بهداشتی، مرگ و میر هم در سفیدپوستان و هم در سیاه پوستان نرخ بالایی را دارد. در این مناطق سفید پوستان نیز به علت عدم وجود مراکز بهداشتی مناسب متضرر می‌شوند و از سطح سلامتی پایین‌تری برخوردار خواهند بود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

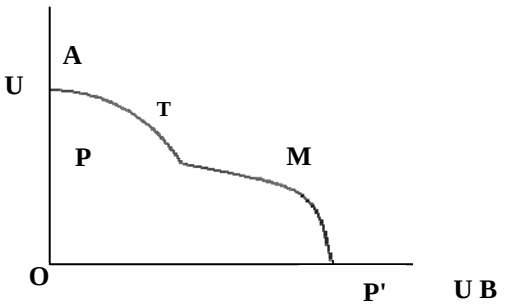
بنابراین دراین مناطق نابرابری درآمدی تأثیرچندانی درسلامت نداشته و عامل نژادی مهم‌تر می‌باشد. ویلکینسون (Wilkinson) طی بررسی‌ای در سال ۱۹۹۶ نشان داد که در بریتانیا نرخ مرگ ومیر نوزادان و جوانان بعد از سال۱۹۸۵با سرعت کم‌تری نسبت به نابرابری درآمدی، در دهه‌های گذشته کاهش یافته است. حتی اگر نابرابری درآمدی ثابت بماند بازهم سرعت کاهش نرخ مرگ و میر کم می‌گردد. وی با در نظر گرفتن سری زمانی مربوط به مرگ و میر کودکان، نوجوانان و جوانان نشان می‌دهد که مجموع نرخ‌های مرگ و میر بر حسب سن پس از ۱۹۸۵ با سرعت کم‌تری نسبت به دهۀ ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۵ کاهش می‌یابد.

مروری بر موضوع

الف) توزیع مناسب درآمد

مسئلۀ توزیع درآمد، انتخاب یکی از نقاط برروی منحنی سرحد امکانات مطلوبیت می‌باشد. هرموقعیت زیرمنحنی؛ عدم کارآیی درمصرف ویا تولید رانشان داده، کلیۀ نقاط روی منحنی مانند: P، T، M و`P تحقق شرط بهینۀ پرتو در تولید ومصرف ویاکارآیی کل است. از این دیدگاه هیچ یک از نقاط فوق بر دیگری برتری ندارد، بدیهی است که برای شخص A حرکت از P به سمت 'P بر روی منجنی سرحد امکانات مطلوبیت، کاهش مطلوبیت را به همراه دارد در حالی که بر عکس، بهبود رفاه شخص B را نتیجه می‌دهد.

نمودار (۱): توزیع درآمد یا انتخاب یکی از نقاط روی منحنی سر حدامکانات مطلوبیت



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

در واقع زمانی که بحث در مورد نظریهٔ توزیع مطرح می‌گردد، اقتصاددانان به طور سنتی، به نظریهٔ قیمت گذاری عوامل تولید و توزیع درآمد ملی بین عوامل مؤثر در تولید استناد می‌کنند. ولی صحت و دقت آن در شرایط تخصیص کارامد منابع صدق می‌کند. در صورتی استفاده از منابع کارآمد است که، عوامل تولید به صورتی به کار گرفته شود که ارزش تولید نهایی آن‌ها، در کلیهٔ موارد استفاده، برابر گردد. این قانون در هر نوع اقتصادی صدق می‌کند. اما نظریهٔ استفادهٔ کارآمد از منابع، خود به خود نظریهٔ مناسب یا عادلانهٔ درآمد نمی‌باشد. بیان این نکته که تخصیص منابع می‌باید براساس قیمت گذاری کارآمد منابع باشد، این الزام را ندارد که توزیع نهایی درآمد بین افراد به صورت برابر صورت می‌گیرد؛ هر چند دلیلی هم در دست نیست که توزیع عادلانه و مناسب درآمد به معنی توزیع برابر درآمد باشد. از طرف دیگر آن چه در محتوای توزیع مناسب درآمد مطرح است، نحوهٔ توزیع درآمد بین افراد و خانوارها است، نه بین گروه‌های عرضه کنندهٔ عوامل تولید. (پژویان، ۱۳۸۱) توزیع مناسب درآمد و ثروت روش‌های متفاوتی برای تعیین معیار توزیع مناسب درآمد وجوددارد. برخی با توجه به نحوهٔ توزیع درآمدها دربازار عوامل تولید عنوان شوند، وگروه دیگربدون توجه به روش کسب درآمدبوده وصرفاً توزیع مجدد درآمد وجابه جایی درآمدها و ثروت‌ها را مدنظر دارند. معیار، بر اساس توزیع اولیهٔ عوامل تولید و ثروت تفاوت درتوزیع اولیهٔ عوامل تولیدو ثروت نه تنها، در ابتدا عدم برابری در درآمد افراد را ایجاد می‌کند، بلکه از آنجا که جریان‌های آتی درآمد ناشی از این توزیع اولیه می‌باشد، این نابرابری‌ها در طول زمان شدت هم می‌یابند. اگر درآمد را جریانی در نظر بگیریم که از دو منبع: «ثروت و کار» حاصل شده باشد، افراد با توجه به این که در مرحلهٔ شروع چه مقدار ثروت داشته، توانایی ذاتی آن‌ها در چه حدی بوده و آیا امکانات آموزشی و استفاده از تحصیلات برایشان وجود دارد یا نه، از جریان درآمدهای متفاوتی برخوردار می‌شوند. ازطرف دیگر جریان‌های درآمد ناشی از فعالیت یک بازار رقابت کامل می‌باشد یا نه، چون با توجه به انواع بازارها بازده‌های متفاوتی را می‌توان انتظار داشت. آن چه ما را به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

حدودی برای تعیین توزیع مناسب درآمد با توجه به توزیع اولیهٔ منابع درآمد و نوع بازار هدایت می‌کند، می‌تواند در ضمن پیشنهادها یا تعریف‌های زیر طبقه‌بندی شود. با توجه به این که درآمد کسب شده از عوامل تولید به طور عمده به دو نهادهٔ «کار وسرمایه» بستگی دارد، این پرسش مطرح می‌شود که آیا درآمدهای حاصل از این دو دسته از عوامل خود به خود باعث توزیع مناسب درآمد می‌شوند یا خیر؟ پیشنهاد اول: اگر شخص با همهٔ منابع کسب درآمد خود، هر چه از بازار «کار وسرمایه» به دست آورد، جمع‌آوری کند، یک نوع توزیع مناسب درآمد به وجود خواهد آمد. طرفداران این فرضیه عقیده دارند، که انسان باید از همهٔ ثمرات کار خود بهره ببرد و قائل به هیچ محدودیتی برای کسب درآمد نبوده، هر کس را مستحق آن درآمد می‌دانند که می‌تواند به دست آورد، می‌دانند. به عبارت دیگر در این جا محدودیت در کسب درآمد فقط شامل فعالیت‌های غیرقانونی شده و اقتصاددانان با توجه به هدف توزیع مناسب درآمد، نقش عمده‌ای ندارند. پیشنهاد دوم: به این صورت که جریان درآمدهای عادلانه را به آن چه از بازار رقابت کامل به دست می‌آید، محدود می‌کند، به عبارت دیگردرآمدهای حاصل از انحصار مورد پرسش می‌باشند. همچنین، از آن جا که قیمت عوامل تولید در بازار رقابت کامل ـ با توجه به تولید نهایی آن‌ها تعیین می‌شود، نباید مزد، حقوق و یا درآمد بیش‌تر از ارزش تولید نهایی عوامل باشد. نقش اقتصاددانان بنا به تعریف فوق، دخالت در بازارهای غیر رقابتی، به منظور تطبیق درآمدهای مشابه در بازارهای رقابتی است.

پیشنهاد سوم: آن توزیعی از درآمدها را مناسب می‌شمارد که تنها شامل درآمدهای حاصل از عوامل کار (دستمزد و حقوق) گردد. پس سیاست‌های اقتصادی در این مورد برقراری مالیات‌های سنگین و تصاعدی به درآمدهای حاصل از سرمایه می‌باشد. در مقابل، مالیات بر مزد و حقوق شامل باید مشمول تخفیفات کلی گردد.

پیشنهاد چهارم: از آن جا که درآمد حاصل از کار تحت تأثیر عواملی چون تحصیلات، موقعیت خانوادگی و امکانات ذاتی شخص قرار می‌گیرد، انتظار نابرابری در توزیع درآمد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

وجود خواهد داشت. به عبارت دیگر یکی از عوامل ایجادکننده اختلاف درآمدها، ترکیب سرمایه با کار یا تحصیلات و آموزش‌های فنی، حرفه‌ای و علمی است. (به هر صورت توانایی‌های ذاتی قابل توزیع و تقسیم نیست.)

توزیع عادلانهٔ درآمد از طریق توزیع مجدد درآمدها با دو معیارزیرانجام می‌پذیرد:

الف ـ معیار حداکثر مطلوبیت جامعه یا برابری مطلوبیت نهایی حاصل از درآمد

ـ معیارهای برابری مطلوبیت کل افراد. (پژویان، ۱۳۸۱).

ادبیات موضوع

ب) ارتباط بهداشت و اقتصاد

کارشناسان بهداشت، اغلب براین باورند که کارگران تندرست کار بیش‌تری در هر ساعت انجام می‌دهند، زیرا توان جسمی و ذهنی بیش‌تری دارند. درمجموع، ساعات بیش‌تری کار می‌کنند، زیرا کم‌تر به دلیل بیماری خود وخانواده‌شان غیبت می‌کنند و منظم‌تر از کارگران ضعیف و رنجور در سرکار خودحاضر می‌شوند. به همین دلیل، کارگر سالم از طول عمر بیش‌تر و عمرکاری زیادتری بهره‌مند است. درسطح فردی، سلامتی و بهداشت می‌تواند به طور مستقیم محصول کل را افزایش دهد (از طریق افزایش در قوای جسمی و توان ذهنی). همچنین، تولید سالانه (از طریق کاهش غیبت‌های ناشی از بیماری) و نیز تولید در طول عمر کاری (از طریق کاهش نرخ ابتلا به بیماری یا افزایش طول عمر و در نتیجه یک عمر کاری بالاتر) افزایش می‌یابد. درسطح کلان، این افزایش تولید فردی می‌تواند افزایش در بهره‌وری نیروی کار و یا استانداردهای زندگی (تولید ناخالص ملی سرانه) را ازطریق افزایش در تعداد نیروی کار فعال به نسبت جمعیت واقع در سن کار توجیه نماید. سوء تغذیه، میزان شیوع بیماری‌ها و نیز بیماری‌های مزمن بر سطح اشتغال و کیفیت کار نیروی انسانی مؤثرند. درجوامعی که کمبود نیروی انسانی دارند، حفظ سلامتی نیروی انسانی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

درجهت غیبت کم‌تر نیروی کار، اهمیت بیش‌تری دارد. بنابراین، بهداشت خوب، موجب تندرستی مردم و افزایش توان بالقوه و بالفعل نیروی کار می‌شود. موجودی سلامت، همانند هرکالای بادوام دیگری درطول زمان استهلاک می‌یابد. ما این فرآیند را گذر عمر(Aging) می‌نامیم. وقتی موجودی سلامت به حدکافی کاهش یافت ما قابلیت عمل را از دست می‌دهیم وسرانجام می‌میریم. در اصطلاح اقتصادی موجودی سلامت مستهلک می‌شود. فعالیت‌های بهداشتی (از قبیل نظافت، واکسیناسیون در مقابل امراض واگیردار و غیره) ومراقبت‌های طبی اشخاص همه در خدمت این بوده‌اند که نرخ استهلاک سلامت را کاهش دهند و یا این که سلامت شخص را به میزان اولیهٔ قبل از جراحت و مرض ارتقا دهند.. (فلپس، چالز ای، ترجمه منوچهر عسکری، ۲۰: ۱۳۷۶)

تابع تولیدسلامت رابطهٔ میان سلامت ومراقبت‌های طبی به عنوان تابع تولیدسلامت را چنین تعریف می‌کنیم:

$$H = f(Ca)$$

$$\frac{dH}{dCa} > ۰$$

که در آن H ستادهٔ (سلامت)، Ca نهادهٔ تولید (مراقبت طبی) و f تابع تولید سلامت است. تقاضا برای سلامتی موجب می‌شود که مراقبت‌های درمانی را خریداری کنیم تا بتوانیم سلامت را براساس رابطهٔ مذکور تولید کنیم. همچنین فرض می‌کنیم که با استفادهٔ بیشتر از (Ca) آثار آن بر (H) کاهش یابد (قانون بازدهی نزولی) وحتی ممکن است بعداز مدتی منفی شود؛ این درصورتی اتفاق می‌افتد که عوارض جانبی منفی یک دارو یا درمان آثار مثبت آن را خنثی کند.

$$\frac{d^۲H}{dCa^۲} < ۰$$

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

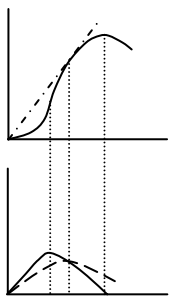
با توجه به تئوری اقتصاد خرد، تولید نهایی و متوسط سلامت به صورت زیر تعریف می‌شود[1]: (مهرآرا، ۱۳۸۷)

$$MP = \frac{dH}{dCa}$$

$$AP = \frac{H}{Ca}$$

نحوهٔ زندگی و سلامت ـ مراقبت‌های طبی (M) تنها عوامل تأثیرگذار بر سلامت نیستند. بسیاری از عوامل دیگر که مهم‌ترین آن سبک زندگی و عوامل ژنتیکی است نیز بر تولید سلامت (وضعیت سلامتی ما) اثر می‌گذارند. کالا و خدماتی که یک فرد مصرف می‌کند، دارای آثار متفاوتی برسلامت (H) هستند. برخی از آن‌ها بر سلامتی ما تأثیر مثبت و برخی تأثیر منفی دارند. یک ضرب المثل قدیمی می‌گوید: «شما آنچه هستید که مصرف می‌کنید»، (فلپس، چالز ای، ترجمه منوچهر عسکری، ۱۳۷۶) مصرف سیگار، مشروبات الکلی، دارو، طبیعت، ورزش، مصرف چربی و ... از جمله عوامل مؤثر بر سلامتی اند. از میان کلیهٔ کالاها و خدماتی که یک فرد مصرف می‌کند (که آن را با X نشان می‌دهیم)،

نمودارتولید نهایی و متوسط



1

منحنی تولید کل TP، تولید نهایی PM_M و تولید متوسط AP_H، مطابق تئوری اقتصادی در نمودار(۱-۹) نشان داده شده است. پس از Ca1(متناظر با نقطه عطف تابع تولید) تولید نهایی شروع به کاهش می‌کند و تولید متوسط هم در سطح Ca2 به حداکثر خود می‌رسد (در این سطح تولید نهایی و متوسط برابرند). در سطح Ca2 تولید نهایی به صفر می‌رسد و پس از آن منفی می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

برخی از آن‌ها (X_G) برای سلامتی مفیدند (مثل ورزش) و انواعی از آن‌ها (X_B) تأثیر منفی بر سلامتی دارند (از قبیل مصرف سیگار و غذاهای چرب). تأثیر گروهی از کالاها (X_N) نیز بر H خنثی است، مثل کتاب و .... بنابراین می‌توان نوشت:

$$X = (X \ , X_B , X_N)$$

$$H = f\left(X_G^+, X_B^-, M^+\right) \qquad \frac{\partial f}{\partial X_G} > 0 \quad \frac{\partial f}{\partial X_B} > 0 \quad \frac{\partial f}{\partial M} > 0$$

تأثیر این گونه رفتارها یا کالاها (X_B, X_G) از بسیاری لحاظ بیش‌تر از خود M است. ولی در هر حال نقش مراقبت طبی در مقایسه با نحوه زندگی ناچیز است. در مورد افراد مسن (۶۵ به بالا) نیز مهم‌ترین عوامل مرگ، امراض قلبی، سرطان و سکته مغزی است که همگی تا حد زیادی به نحوه زندگی فرد مربوط می‌شود. خطر حمله قبلی کشنده، در شخصی که روزی یک بسته یا بیشتر سیگار می‌کشد، ۲/۵ برابر شخص غیرسیگاری است. فشار خون بالا خطر را ۲/۱ برابر می‌کند. اشخاصی که سرم کلسترول آن‌ها بالاست نسبت به افرادی که سرم کلسترول آن‌ها پایین است ۲/۴ برابر بیش‌تر ریسک حملهٔ قلبی دارند و امروزه بیش‌تر پزشکان اعتقاد دارند که رژیم غذایی شخص می‌تواند بر سرم کلسترول تأثیر بگذارد. افرادی که ورزش نمی‌کنند، در مقایسه با افرادی که به طور مرتب و حداقل سه بار در هفته و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه ورزش می‌کنند، ۲/۱ برابر بیش‌تر به حمله قلبی دچار می‌شوند. (مهرآرا، ۱۳۸۷).

سلامت (Health) ونابرابری درآمد منحنی پرستون(Preston Curve) درسال ۱۹۷۵ نشان دادکه، رابطهٔ مثبت بین‌المللی میان «امید زندگی» و «درآمد ملی» بر حسب قدرت فعلی خرید وبرحسب دلاروجود دارد. به طوری که باافزایش میزان درآمد متوسط، در کشورهای فقیر میزان امید به زندگی با شدت بیش‌تری مرتبط شده است، ولی درکشورهای ثروتمند، این رابطه خطی و بسیار ضعیف‌تر می‌باشد. همان طور که «پرستون» نشان داد یک رابطهٔ منفی میان «نابرابری درآمدی» و «امید به زندگی» وجودخواهد داشت که با اعمال

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

توزیع مجدد درآمد از ثروتمندان به فقرا، چه در درون کشورها یا چه در میان کشورهای مختلف، میزان و سطح سلامتی فقرا به میزان بیش‌تری افزایش خواهدیافت. لذاتوزیع مجددرآمد، «سلامت متوسط ملی» را ارتقاوبهبودخواهد بخشید . کشورهایی که به ویژه دارای نابرابری درآمدی بالاباشند نظیرایالت متحدهٔ امریکا، امید به زندگی کم‌تری نسبت به درآمدمتوسط خواهندداشت. «پرستون» و اوگوت وهمکاران درمطالعه‌ای درسال ۱۹۸۰پی بردند که افرادی با درآمدخانواری بیش از ۵۰۰۰۰ دلار، امید به زندگی آن‌ها به میزانش ۲۵٪ بیش‌تر از امید به زندگی افرادی است که درآمدآن‌ها کم‌تر از۵۰۰۰۰ دلار بوده است را خواهند داشت.

نابرابری درآمد ـ فقدان سلامت نخست ایدهٔ اصلی رابطهٔ نابرابری درآمد وسلامت را پرستون در سال ۱۹۷۵ارائه دادوسپس دیتون درسال۲۰۰۱ آن را بسط داد. از آن جایی که سلامت نیز خود باعث ایجاد درآمد می‌گردد سیاست‌هایی که به شکل مستقیم سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، محتمل است که آثاری هم بر مقولهٔ نابرابری درآمد داشته باشند.. فرض کنید که سلامت و درآمد از معادلات زیر تبعیت می‌کنند: (Perston,۲۰۰۱)

$$\mathbf{h_t} = \alpha_1 + \beta_1 h_{t-1} + \gamma_1 y_t + \varepsilon_{1t}$$

$$\mathbf{y_t} = \alpha_2 + \beta_2 h_t + \varepsilon_{2t}$$

تصریح مدل برآورد شده: مدل برآورد شده در این مطالعه شامل چهار معادله به صورت زیر است:

در این مرحله رابطهٔ متقابل درآمد- سلامت (هم زمانی مد نظر نخواهد بود)[1] را در دو معادلهٔ جداگانه برای دو شاخص سلامت می‌توان به صورت مدل‌های ذیل در نظر گرفت:

۱ـ رابطهٔ (۲-۲۱) معادلات را هم زمان در نظر گرفته است اما از آن جا که اگر می‌خواستیم داده‌ها فقط به صورت سری زمانی در نظر بگیریم چون دوره مطالعه فقط ۲۵ سال می‌باشد با مشکلاتی روبه رو می‌شدیم برای رفع آن با توجه به این که داده‌های مورد استفاده در این مطالعه ماهیت پانل را دارا می‌باشند تأثیرات متقابل سلامت و درآمد (نابرابری درآمدی) را بدون در نظر گرفتن هم زمانی بین آن‌ها مد نظر قرار داده‌ایم.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

معادلهٔ اول: $IMR_t = \alpha_1 + \beta_1 IMR_{t-1} + \omega_1 EDU_t + \psi_1 BIM + \theta CARE + \gamma_1 y_t + \varepsilon_{1t}$

معادلهٔ دوم: $y_t = \alpha_2 + \beta_2 IMR_t + \varepsilon_{2t}$

معادلهٔ سوم: $COFD_t = \alpha_2 + \beta_1 COFD_{t-1} + \omega_1 EDU_t + \psi_1 BIM + \theta CARE + \gamma_1 y + \varepsilon_{1t}$

معادلهٔ چهارم: $y_t = \alpha_2 + \beta_2 COFD_t + \varepsilon_{2t}$

در معادلات فوق شاخص‌های مربوط به سلامت عبارتند از IMR نرخ مرگ و میرنوزادان و COFD ده علل مختلف مرگ[1] می‌باشند. همچنین EDU میزان تحصیلات، BIM بیمهٔ درمانی و تأمین اجتماعی است. y_t دریک مرحله؛ نشان‌گر متوسط مجموع هزینه‌های خوراکی و غیر خوراکی است که از این متغیر به عنوان جانشین درآمد استفاده شده است. سپس در مرحلهٔ دوم نشان‌گر شاخص نابرابری درآمدی: ضریب جینی می‌باشد(شاخص‌های مختلفی را می‌توان برای نحوهٔ توزیع استفاده کردازجمله: تایل؛ اتکینسن)؛ که با جایگذاری هرکدام به صورت جداگانه معادلات فوق با استفاده از داده‌های آمار برآورد خواهد شد. برای برآورد از رگرسیون دادهای تلفیقی (پانل) استفاده شده است.

برخی از متغیرهای مدل: نقش آموزش (Schooling) در سلامتی آموزش به مفهوم تعداد سال‌های تحصیل به لحاظ تجربی ارتباط مثبت با سلامتی دارد. به عبارت دیگر، وضعیت سلامتی همبستگی مثبت با میزان تحصیلات یا آموزش دارد. به همین دلیل اگر تولید نهایی مراقبت‌های سلامتی پایین است[2]بهتراست هزینه‌های دولتی برای این بخش کاهش یابد ومنابع حاصله در بخش آموزش صرف شود و از طریق جابه‌جایی هزینه‌ها سلامتی جامعه بیش‌تر افزایش یابد. درمورد نقش آموزش دو نظریه وجوددارد؛ نظریهٔ اول

۱ـ مرگ و میربه علت بیماری‌های عفونی و انگلی، بیماری‌های تومور و سرطان، بیماری‌های بیماری خون و دستگاه سازندهٔ آن، بیماری‌های اعصاب، بیماری‌های دستگاه گردش خون، بیماری‌های دستگاه تنفس؛ بیماری‌های گوارش، بیماری‌های مادر زادی، سوانح و خود کشی و دستگاه ادرار و کلیوی

۲ـ در نزدیکی منطقهٔ سوم تولید یا بخش افقی منحنی قرار داریم.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

نظریه گراسمن (۱۹۷۲) است وی معتقد است، اشخاصی که آموزش بهتری دارند سلامتی را با کارآیی بیش‌تری تولید می‌کنند؛ یعنی آموزش موجب انتقال تابع تولید سلامت بالا می‌شود. افراد تحصیل کرده فن‌آوری را بهتر درک می‌کنند و اطلاعات بیش‌تری در مورد چگونه سالم بودن دارند. اقتصاددانان دیگر مانند فوچز (Fuchs) (۱۹۸۲) این نظریه را مطرح کرده است که آموزش وسلامتی به لحاظ آماری با یکدیگر رابطه دارند، . کشورهای ثروتمند هم آموزش بهتر و هم سلامت بهتری دارند. افرادی که به آموزش اهمیت می‌دهند، به طور معمول برای سلامتی خود هم اهمیت بیش‌تری قائل اند. لذا این دو متغیر همبستگی مثبت با هم دارند. (مهرآرا، ۱۳۸۷، ۹۴-۹۵)

تأثیر افزایش درآمد افزایش درآمد ممکن است مصرف مراقبت‌ها را به طور غیرمستقیم از طریق عوامل درونی و همچنین عوامل بیرونی تحت تأثیر قرار دهد.

عوامل درونی یا داخلی: با افزایش درآمد رفتار مصرف کننده تحت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:

۱. *افرادی که درآمد بیش‌تری دارند،* X_B *بیش‌تری مصرف می‌کنند (کالاهای مضر مثل غذاهای چرب و سیگار و استفاده از خطوط سریع السیر و افزایش خطر مرگ و ...)*

X_B *عامل* $\Rightarrow Ca\uparrow, H\downarrow$

۲. *افرادی که درآمد بیش‌تری دارند،* X_G *بیش‌تری مصرف می‌کنند(مانند کلوپ ورزشی، شنا، استفاده ازمراقبت‌های پیشگیری و...)*

X_G *عامل* $\Rightarrow Ca\downarrow, H\uparrow$

عوامل بیرونی یا خارجی: افزایش درآمد از طریق عوامل بیرونی هم می‌تواند روی مصرف مراقبت‌ها اثربگذارد. مناطق توسعه یافته و ثروتمند، دسترسی بیش‌تری به آب آشامیدنی سالم وبهداشت عمومی نظیرواکسیناسیون دارند. این عوامل را عوامل بیرونی می‌نامند، زیرا افرادخودشان با درآمد بیش‌تر این امکانات را تولید نمی‌کنند، بلکه دولت‌ها ومؤسسات دیگربه تولید این امکانات در مناطق توسعه یافته می‌پردازند. همچنین افزایش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

درآمد به دلیل صنعتی شدن و آلودگی محیط زیست، خطری برای سلامتی است. ازایـن رو تأثیرعوامل بیرونی همراه با افزایش درآمد می‌تواند روی تقاضای مراقبـت منفـی یـا مثبـت باشد.. (مهرآرا، ۱۳۸۷)

مراقبت‌های طبی یا (CARE) به طور مستقیم مطلوبیت ما را افزایش نمی‌دهد، بلکه این مراقبت‌ها رنج آور است و موجـب نـاراحتی مـی‌شـود. آن چـه بـرای مـا اهمیـت دارد و مطلوبیت ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سلامتی یا (HEALTH) است. تـأثیر مراقبـت‌هـای طبی روی سلامت فرد یا جامعـه توسـط تـابع تولیـد سـلامت مـشخص مـی‌شـود. افـراد مراقبت‌های طبی را فقط در صورتی مصرف می‌کنند که سلامتی شان را بهبود بخشد. هـیچ کس جراحی مغز یا قلب، شیمی درمانی را برای لذت بردن خریداری نمی‌کند. در اصطلاح می‌گوییم تقاضا برای مراقبت‌های درمانی یـک تقاضـای مـشتق (Derived demand) شـده است، یعنی از تقاضا برای سلامت ناشی می‌شود. تقاضا برای چوب اسـکی یـک تقاضـای مشتق شده است، زیرا چوب اسکی برای اشغال فضای اتاق خریداری نمی‌شود، بلکه برای تولیدتفریح اسکی از آن استفاده می‌گردد. (مهرآرا، ۱۳۸۷، ۷۱-۷۹)

بررسی ارتباط بین سلامت ـ میانگین درآمد، نابرابری درآمدبین ۳۰ اسـتان کـشور بـا استفاده از داده‌های تلفیقی

در این بررسی ابتدا براساس معیارسرانهٔ تولید ناخالص داخلی، استان‌هارا به سـه گـروه استان‌های با درآمد بالا، استان‌های با درآمد متوسط و استان‌های با درآمـد کـم طبقـه‌بنـدی کرده‌ایم. ارتباط بین سلامت ـ میانگین درآمد وسلامت ـ نابرابری درآمد درایـن سـه گـروه بررسی شده است تا فرضیهٔ درآمد نسبی و فرضیهٔ درآمد مطلق را مورد آزمون قـرار دهـیم. بدین منظور که مشخص گردد که در بـین گـروه‌هـای مختلـف اسـتانی میـزان سـلامت از نابرابری درآمدی تأثیر بیش‌تری می‌پذیرد یا از میانگین درآمد..

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جدول (۱) گروه‌بندی استان‌ها در سه گروه درآمدی

گروه	نام استان‌ها
استان‌های با درآمد زیاد	ایلام، بوشهر، تهران، خراسان جنوبی، خراسان شمالی، خوزستان، قزوین، کهگیلویه و بویر احمد، مرکزی و هرمزگان
استان‌های با درآمد متوسط	آذربایجان شرقی، اصفهان، خراسان رضوی، سمنان، فارس، قم، کرمان، گیلان، مازندران و یزد
استان‌های با درآمد کم	آذربایجان غربی، اردبیل، چهارمحال بختیاری، زنجان، سیستان، کردستان، کرمانشاه، گلستان، لرستان و همدان

روش برآورد مدل: معادلات مورد نظر با استفاده از داده‌های پانل دیتا مربوط به ۱۳۸۵-۱۳۶۱ برآوردگردیده است. در این مطالعه برای تخمین ضرایب مدل، ازنرم افزار۶ E views استفاده شده است همچنین برآورد مدل در قالب سیستم POOL و روش اثرات ثابت می‌باشد. معادلات سلامت ـ درآمد با دو معیار ضریب جینی و میانگین درآمد برآورده شده‌اند.

آزمون ریشهٔ واحد و همگرایی دراین مطالعه ازآزمون ایم، پسران و شین (۱۹۹۷) استفاده شده است. اساس این آزمون دیکی ـ فولر تعمیم یافته (ADF) است نتایج نشان دادکه درگروه اول، متغیرهای میزان تحصیلات؛ بیمه ؛ نرخ مرگ ومیرنوزادان؛ و ضریب جینی دارای ریشهٔ واحد بوده‌اندکه با یک بارتفاضل‌گیری ایستا شده‌اند. اما متغیرهای مراقبت بهداشتی ومیانگین درآمد با دوبار تفاضل‌گیری ایستا شده‌اند. متغیرعلل مرگ ومیر نیز خود ایستا بوده است. در گروه سوم، متغیرهای نرخ مرگ و میرنوزادان؛ میزان تحصیلات ؛ بیمه؛ علل مختلف مرگ و ضریب جینی دارای ریشهٔ واحد بوده‌اند که با یک بار تفاضل‌گیری ایستا شده‌اند. اما متغیرمراقبت بهداشتی با دو بار تفاضل‌گیری ایستا شده است و میانگین درآمد نیز خود ایستا بوده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جدول(۱) آزمون ریشهٔ واحد برای استان‌های با درآمد بالا

ردیف	متغیر	میانگین t	آماره IPS
۱	D(IMR)	−۸/۲۳	−۲۳/۱
۲	D(EDU)	−۴/۸۱	−۱۰/۷۸
۳	D(BIM)	−۴/۸۴	−۱۱/۴۱
۴	COFD	−۲/۷۵	−۴/۳۱
۵	D(CARE,2)	−۲/۳	−۲/۶۹
۶	D(GIN)	−۶/۶۲	−۱۷/۲۳
۷	D(IN,2)	−۲/۹	۳/۰۱

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۲) آزمون ریشهٔ واحد برای استان‌های با درآمد پایین

ردیف	متغیر	میانگین t	آماره IPS
۱	D(IMR)	−۵/۱۸	−۱۲/۱۲
۲	D(EDU)	−۶/۹۷	−۱۸/۴۷
۳	D(BIM)	−۵/۰۲	−۱۱/۶۸
۴	D(COFD)	−۴/۴۷	−۱۱/۰۴
۵	D(CARE,2)	−۳/۷۲	−۵/۰۲
۶	D(GIN)	−۶/۱۸	−۱۵/۹۹
۷	IN	−۳۰/۱۲	۸۹/۸۷

ماخذ: محاسبات محقق

با استفاده ازآزمون F و محاسبهٔ مقادیرآن برای تمامی معادلات به دلیل آن که F محاسبه شده از F جدول بزرگ‌تر است. لذا می‌بایستی عرض از مبدأهای مختلفی را در برآورد لحاظ نمود.

جدول (۳) آزمون F، آزمون برای برای برابری عرض از مبدأ

F	در معادله اول با		در معادله دوم با		در معادله سوم با		در معادله چهارم با	
	COFD	IMR	COFD	IMR	COFD	IMR	COFD	IMR
استان‌های	۴۹/۸۷	۱۶۰/۹۳	۱۳۷/۰۸	۵۹/۹۷	۱۶۷/۸۱	۱۱۶/۱۸	۵۴/۵۲	۴۴/۹۸
استان‌های	۱۴۹/۲۲	۳۴/۶۵	۱۲۴/۷۴	۱۹۴/۲۰	۱۵۶/۷۵	۳۰۱/۷۴	۲۳۹/۸۹	۳۳۱/۲۵

ماخذ: محاسبات محقق

با استفاده ازآزمون هاسمن ومقادیر χ^2 محاسبه شده برای تمامی معادلات بـه دلیـل آن کـه χ^2 محاسباتی از χ^2 جدول بزرگ‌تر است. بنابر این فرضیه Ho رد مـی‌شـود. لـذا اثـرات تصادفی ناسازگار است و باید جهت برآورد از روش اثرات ثابت استفاده کنیم.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جدول (۴) آزمون هاسمن، آزمون انتخاب بین اثرات ثابت یا اثرات تصادفی

χ^2	در معادله اول با		در معادله دوم با		در معادله سوم با		در معادله چهارم با	
	COFD	IMR	COFD	IMR	COFD	IMR	COFD	IMR
استان‌های با	۱۰/۵۳	۲/۷۷	۱/۲۳	۱/۱۸	۱۰/۸۶	۲/۷۶	۱/۱۲	۱/۲۷
استان‌های با	۱/۸۲	۱/۳۲	۰/۹۹	۱/۱۴	۱/۶۹	۱/۳۲	۱/۵۷	۰/۶۸

مأخذ: محاسبات محقق

تجزیه و تحلیل نتایج: دراین مدل اثر تحصیلات، بیمه، مراقبت‌های بهداشتی و نابرابری درآمد و میانگین درآمد برمرگ ومیرناشی از علل و مرگ و میرنوزادان، در استان‌های با درآمد بالا وسپس دراستان‌های با درآمد پایین بررسی می‌شود. دراین حالت مدل برای دورهٔ زمانی۱۳۸۵- ۱۳۶۱برآورد شده است. همان گونه که ملاحظه می‌شود کلیهٔ ضرایب تخمین زده شده کاملاً مطابق انتظارات می‌باشند و با توجه به آمارهٔ آزمون ضرایب تخمین زده شده، کلیهٔ ضرایب مدل در سطح ۵ درصد معنی‌دار می‌باشند. با توجه به مقدار R۲، مدل از درجهٔ اعتبار است چرا که در آن بیش از۷۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای توضیحی درون مدل، توضیح داده شده است. ضریب دوربین واتسون نیز دال بر عدم وجود خود همبستگی می‌باشد.

برآوردمدل برای استان‌ها با درآمد بالا: برآورد معادلات مربوط به COFD و IMRدر گروه اول با معیارضریب جینی:

جدول(۶) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار ضریب جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C'11	-1/02	1/7	۰/۰۰۰۵
EUD	C'12	-0/103	-2/5	۰/۰۰۰۱
BIM	C'13	-0/001	-1/8	۰/۰۰۰۴
CARE	C'14	$-6/85\times10^{-7}$	-1/1	۰/۰۰۰۲
GIN	C'15	7/21	1/9	۰/۰۰۰۵
AR(1)	C'16	-0/16	-2/3	۰/۰۰۰۱

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۷) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار ضریب جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C11	۲۸۹/۴	۸/۵	۰/۰۰۰۰
EUD	C12	−۴/۱۷	− ۱/۹	۰/۰۰۰۵
BIM	C13	-0/۳۶	−۱/۸	۰/۰۰۰۴
CARE	C14	$-1/6\times10^{-5}$	-۲/۱	۰/۰۰۰۴
GIN	C15	۴۸۰/۴۳	۲/۳	۰/۰۰۰۲
AR(1)	C16	−۰/۴۷	−۷/۹	۰/۰۰۰۰

ماخذ: محاسبات محقق

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جدول(۸) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار ضریب جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C`21	−۰/۰۰۰۱	−۱/۹	۰/۰۰۰۷
IMR	C`221	۰/۰۰۰۱	۱/۸	۰/۰۰۰۳

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۹) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار ضریب جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C21	۰/۰۰۲	۸/۵	۰/۰۰۰۴
COFD	C22	$۷/۴\times۱۰^{-۶}$	۱/۷	۰/۰۰۰۳

ماخذ: محاسبات محقق

برآورد معادلات مربوط به COFD و IMRدر گروه اول با معیار میانگین درآمد:

جدول(۱۰) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C'11	۰/۱۳	۲/۲	۰/۰۰۰۵
EUD	C'12	−۰/۰۷	−۱/۸	۰/۰۰۰۱
BIM	C'13	−۰/۰۰۱	−۱/۹	۰/۰۰۰۳
CARE	C'14	$-۶/۶۳\times۱۰^{-۷}$	−۱/۶	۰/۰۰۰۲
GIN	C'15	$-۷/۶۲\times۱۰^{-۷}$	−۲/۱	۰/۰۰۰۲
AR(1)	C'16	−۰/۱۵	−۲/۲	۰/۰۰۰۲

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۱) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C11	۳۴۰/۱	۸/۶	۰/۰۰۰۰
EUD	C12	−۳/۱۶	− ۲/۴	۰/۰۰۰۴
BIM	C13	−۰/۳۴	−۲/۷	۰/۰۰۰۳
CARE	C14	$-۱/۵۳\times۱۰^{-۵}$	-۲/۹	۰/۰۰۰۲
GIN	C15	$۲/۰۶\times۱۰^{-۵}$	−۲/۸	۰/۰۰۰۳
AR(1)	C16	−۰/۴۶	−۷/۶	۰/۰۰۰۰

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۲) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C`21	۱۷۷۶۶۳۲	۳/۱۴	۰/۰۰۰۱
IMR	C`221	−۷۸۶۰۳/۴	−۲/۷	۰/۰۰۰۴

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۳) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C21	۲۲۱۵/۲۵۰	۱/۸	۰/۰۰۰۵
COFD	C22	−۵۱۰۲/۴	−۲/۸	۰/۰۰۰۳

ماخذ: محاسبات محقق

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

برآورد معادلات مربوط به COFD و IMR درگروه سوم با معیار جینی:

جدول(۱۴) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C'11	۰/۷۲	۲/۴	۰/۰۰۰۵
EUD	C'12	−۰/۹۵	−۳/۴	۰/۰۰۰۵
BIM	C'13	−۰/۰۰۲	−۳/۲	۰/۰۰۰۴
CARE	C'14	$-۳/۲\times۱۰^{-۶}$	−۲/۵	۰/۰۰۰۵
GIN	C'15	۶۱/۶	۴/۹	۰/۰۰۰۳
AR(1)	C'16	−۰/۳۴	−۵/۹	۰/۰۰۰۰

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۵) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C11	۴/۰۸۳	۸/۵	۰/۰۰۰۳
EUD	C12	−۱۷/۱۳	− ۱/۹	۰/۰۰۰۲
BIM	C13	−۰/۲۳	−۱/۸	۰/۰۰۰۱
CARE	C14	$۴/۰۱\times۱۰^{-۵}$	-½	۰/۰۰۰۴
GIN	C15	۴۸۰/۴۳	۲/۳	۰/۰۰۰۴
AR(1)	C16	−۰/۴۷	−۷/۹	۰/۰۰۰۳

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۶) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C`21	$-۳/۱۸\times۱۰^{-۵}$	−۳/۱	۰/۰۰۰۹
IMR	C`221	$۵/۶۵\times۱۰^{-۵}$	۳/۷	۰/۰۰۰۴

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۷) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار جینی

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C21	$۴/۱۹\times۱۰^{-۵}$	−۲/۰۲	۰/۰۰۰۵
COFD	C22	$۸/۳۴\times۱۰^{-۶}$	۲/۷	۰/۰۰۰۴

ماخذ: محاسبات محقق

برآورد معادلات مربوط به COFDو IMR در گروه سوم با معیار درآمد:

جدول(۱۸) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C'11	۱/۶	۲/۲	۰/۰۰۰۵
EUD	C'12	−۰/۶۸	−۱/۸	۰/۰۰۰۵
BIM	C'13	−۰/۰۰۰۵	−۱/۹	۰/۰۰۰۴
CARE	C'14	$-۲/۱۳\times۱۰^{-۶}$	−۱/۹	۰/۰۰۰۵
GIN	C'15	$-۲/۱۳\times۱۰^{-۶}$	−۲/۱	۰/۰۰۰۶
AR(1)	C'16	−۰/۳۴	−۲/۲	۰/۰۰۰۰

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۱۹) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C11	−۴/۳۶	−۴/۲	۰/۰۰۰۵
EUD	C12	−۱۷/۵۶	− ۳/۱	۰/۰۰۰۲
BIM	C13	−۰/۲۲	−۲/۹	۰/۰۰۰۰
CARE	C14	$۴/۶۲\times۱۰^{-۵}$	-۳/۹	۰/۰۰۰۴
GIN	C15	$۲/۴۴\times۱۰^{-۶}-$	−۲/۵	۰/۰۰۰۵
AR(1)	C16	−۰/۱۵	−۴/۳	۰/۰۰۰۵

ماخذ: محاسبات محقق

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

جدول(۲۰) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (IMR) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C`21	۱۷۷۶۶۳۲	۸/۹۵	۰/۰۰۰۰
IMR	C`221	−۷۸۶۰۳/۴	−۲/۷	۰/۰۰۰۵

ماخذ: محاسبات محقق

جدول(۲۱) مقادیر تخمینی ضرایب مربوط به شاخص سلامت (COFD) با معیار میانگین درآمد

متغیر	پارامتر	مقدار تخمینی	آماره t	احتمال
C	C21	۵۲۲۱۱۳۰۱	۸/۵۹	۰/۰۰۰۰
COFD	C22	−۲۷۲۱/۴	−۳/۷۴	۰/۰۰۰۴

ماخذ: محاسبات محقق

تحلیل نتایج

همان طورکه درجداول (۶) الی (۲۱) ملاحظه می‌شود ضرایب متغیرتحصیلات اثرمنفی برشاخص‌های سلامت دارد. به گونه‌ای که با افزایش یک درصدی در میزان تحصیلات، مرگ و میر نوزادان به میزان تقریبی ۰/۱ درصد ومرگ ومیر ناشی از علل به میزان تقریبی ۴/۱۷ درصدکاهش می‌یابد. زیرا با افزایش میزان تحصیلات انتظار می‌رود که سطح آگاهی و دانش وبینش افراد جامعه گسترش یابد. به ویژه مادران در ایام بارداری بایستی ازشرایط محیطی مطلوب‌تر و تغذیه‌ای سالم‌تر و مفیدتر برخورداربا‌شندتا فرزندسالم‌تری به دنیا بیاورند. ضرایب به دست آمده برای متغیر بیمه حکایت از آن دارد که رابطهٔ منفی میان بیمه و مرگ ناشی از علل و مرگ و میر نوزادان وجود دارد. که می‌توان چنین نتیجه گرفت با افزایش تعداد بیمه شدگان؛ ازمیزان مرگ و میر کاسته می‌شود. البته این اثر بسیار ناچیز است که با افزایش کارآیی سیستم بیمه، از قبیل دست‌رسی خدمات بهداشتی، ارائهٔ خدمات بهداشتی بر حسب نیاز؛ می‌توان این اثر بخشی را بهبود بخشید. متغیر دیگر مراقبت بهداشتی می‌باشد. این متغیر نیز همانند دو متغیر قبل دارای اثر منفی برروی شاخص‌های سلامت می‌باشد، با افزایش و بهبود مراقبت بهداشتی در جامعه؛ منطبق بر انتظارات کاهش در مرگ و میر ناشی از علل و نوزادان را خواهیم داشت.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

همچنین رابطهٔ نابرابری درآمد با مرگ و میرنوزادان وعلل مرگ درمدل مثبت برآورد شده که به ترتیب برابربا ۷/۲۱ و۴۸۰/۴۳ است. چنان چه نابرابری افزایش پیدا کند، بدین معنی است که میزان مرگ ومیرافزایش یافته است. نتایج نشان می‌دهد که در استان‌های با درآمد بالارابطه‌ای قوی بین نابرابری درآمدی وسلامت وجود دارد و به بیان دیگر فرضیه درآمد مطلق در این استان‌ها تأیید می‌شود. همچنین رابطهٔ میانگین درآمد با مرگ ومیرنوزادان باتوجه به که مدل منفی برآورد شده برابر $-۷/۶۲\times۱۰^{-۷}$ است. میانگین درآمد نیز با علل مرگ دارای رابطهٔ منفی بوده به طوری که با افزایش یک درصد در میانگین درآمد شاهد کاهش تقریبی $-۲/۰۶\times۱۰^{-۵}$ درصد در میزان مرگ و میر ناشی از علل می‌باشیم. در مورد اثرات میانگین درآمد بر سطح سلامت شاهد آن هستیم که با افزایش میانگین درآمد میزان مرگ و میر ناشی از علل با ضریب نسبتاً کوچکی کاهش می‌یابد. علت این امر آنست که افراد با درآمد بالا از رژیم‌های غذایی با کالری بیش از حد نیاز بدن، مصرف زیاد گوشت قرمز، غذاهای پر چرب، مصرف زیاد انواع شیرینی، انواع fastfood استفاده کرده که به همراه کم تحرکی باعث بالا رفتن کلسترول مضر بدن، چاقی بیش از حد و دیابت شده و باعث کاهش سلامت و افزایش مرگ و میر می‌گردد نتایج نشان داد که در استان‌های با درآمد بالا رابطه‌ای ضعیف بین میانگین درآمد و سلامت وجود دارد و به بیان دیگر فرضیهٔ درآمد مطلق در این استان‌ها تأیید می‌شود. همان طور که در جداول (۱۴)الی (۲۱) درگروه سوم درآمدی ملاحظه می‌شود رابطهٔ نابرابری درآمدی با مرگ ناشی از علل ومرگ و میرنوزادان با توجه به نتایج، مثبت برآورد شده و به ترتیب برابر ۴۸۰/۴۳ و ۶۱/۶ است و نشان می‌دهد که در استان‌های با درآمد پایین رابطه‌ای ضعیف بین نابرابری درآمد و سلامت وجود ندارد و به بیان دیگر فرضیهٔ درآمد مطلق در این استان‌ها رد می‌شود دراین استان‌ها ضریب متغیر میانگین درآمدی اثر منفی و ضعیفی برشاخص‌های سلامت دارد. به طوری که با افزایش درمیانگین درآمدی جامعه، مرگ و میر ناشی ازعلل ومرگ و میرنوزادان کاهش می‌یابد اما رابطه‌ای قوی بین میانگین درآمد و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

سلامت در مقایسه با ضریب متغیر نابرابری درآمدی وجود نـدارد. بـه بیـان دیگـر فرضـیهٔ درآمد مطلق در این استان‌ها رد می‌گردد.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

اثرات کلیهٔ ضرایب تخمین زده شده مطابق انتظارات و چارچوب تئوریک و اهداف است:

- با افزایش مقدار تحصیلات در جامعه، مقدار سلامت (شـاخص‌هـای منتخـب) جامعـه فزونی می‌یابد.
- با افزایش مقدار هزینه‌های مراقبت بهداشتی درجامعـه، مقـدار میـزان سـلامت جامعـه افزایش می‌یابد.
- با افزایش تعدادبیمه شدگان درجامعه سلامت فزونی می‌یابد.
- با افزایش نابرابری درآمدی از میزان سلامت جامعه کاسته می‌شود.
- هرچقدر میزان سلامت افزایش یابد میزان نابرابری کاهش می‌یابد.
- هرچقدر میانگین درآمد جامعه افزایش یابد سلامت افزایش می‌یابد.
- هرچقدر سلامت جامعه افزایش یابد میانگین درآمدی افزایش می‌یابد.

در استان‌های با درآمد بالا:

- سلامت همبستگی منفی و قوی با نابرابری درآمدی دارد.
- سلامت همبستگی مثبت و ضعیف با میانگین درآمدی دارد.

در استان‌های با درآمد پایین:

- سلامت همبستگی منفی و قوی با نابرابری درآمدی دارد.
- سلامت همبستگی مثبت و ضعیف با میانگین درآمدی دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

محدودیت تحقیق

نبود مطالعات قبلی، نبود بانک‌های اطلاعاتی در مورد متغیرهـای بهداشـتی و اقتـصادی بـه تفکیک شهر و روستا، نبود بانک‌های اطلاعاتی جـامع کـامپیوتری، نبـود مطالعـه جـامع در ارزیابی اقتصادی ر سطوح مختلف، عدم همکاری سـازمان‌هـای مربـوط از جملـه ثبـت و احوال، جمع‌آوری تک تک متغییرها در سالنامه‌های آمـاری بـه تفکیـک شـهر و روسـتا و ایجاد بانک اطلاعاتی *(در تحقیق حاضر دوره ۲۵ سال مورد بررسی قرارگرفتـه کـه بـالغ بر ۷۰۰۰ داده بوده*) توسط محققان که بسیار زمان بر است.

پیشنهاد

با توجه به نتایج حاصل ازاین مطالعه، ملاحظه می‌گردد کـه سـلامت جامعـه بـه نـابرابری درآمدی آن جامعه وابسته است. بهبود (روند نزولی) ضریب جینی نشان‌گر کـاهش فاصـلهٔ طبقاتی است که حاکی از آن است که درآمد سرانه و یا سهم افـراد یـک جامعـه از درآمـد افزایش می‌یابد. بنابراین برای ارتقاء سـطح سـلامت جامعـه مـی‌بایـست در صـدد تعـدیل نابرابری درآمدی باشیم. دربارهٔ راه‌های تعدیل نابرابری درآمد لازم است بـه دو نکتـهٔ مهـم توجه کرد: الف- تغییر و تعدیل توزیع درآمد در کوتاه مدت به سادگی امکان پذیر نیـست. بنابراین سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف دولت برای تحقق هدف توزیع عادلانه درآمد، باید افق زمانی بلند مدت را مدنظر داشت.

ب- از آن جایی که راه‌های تعدیل نابرابری درآمد با توجه به ماهیت اقتصاد هر کـشور متفاوت است، از این رو به راه‌های تعدیل نابرابری درآمد در ایران اشاره خواهیم کـرد: بـه منظور تعدیل نابرابری در توزیع درآمد می‌توان از **ابزارهای مالیات، انواع مخارج دولت و سیستم مالیات بردرآمد منفی** استفاده نمود. از آن جا که عدالت افقی و عمـودی در روش تأمین مالی سلامت از طریق مالیات‌ها صورت می‌گیرد لذا ایجاد سیستم دریافت مالیـات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

برای کاهش نابرابری، دولت باید در بخش سلامت سرمایه‌گذاری بیش‌تری انجام دهد و سهم هزینه‌های این بخش در سرانهٔ تولید ناخالص داخلی را افزایش دهد. تخصیص یارانه‌های سلامت یکی از ابزارهای سیاست‌گذاری دولت‌ها در بخش سلامت محسوب می‌شود. طبیعی است که هر دولتی تمایل دارد منابع محدود خود را برای دستیابی به بالاترین منافع اختصاص دهد مشروط به این که عدالت رعایت شده باشد. به صورت تئوری روش‌های متعددی برای هدفمند سازی یارانه‌های سلامت وجود دارد. بانک جهانی در دسته‌بندی خود چهار روش: ۱. هدفمند سازی فردی، ۲. هدفمند سازی گروهی، ۳. هدفمند سازی برحسب نوع خدمت، ۴. خود هدفمند سازی را طرح نموده است.[۱] . نه تنهادر کشورهای مختلف شیوه‌های گوناگونی برای این امر مورد استفاده قرار می‌گیرد، بلکه در یک کشور نیز برای خدمات مختلف، شیوه‌های مختلف توصیه می‌شود که هر شیوه با توجه به ساختار اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور باید بومی و استفاده شود. بیش‌ترین تأثیربرسلامت ما عواملی دارند که ارتباطی با نظام سلامت ندارند. ولی در هر حال نقش مراقبت طبی در مقایسه با *شیوهٔ زندگی* ناچیز است. امروزه به درجه‌ای از آگاهی رسیده‌ایم که می‌دانیم بسیاری از عوامل خطر آفرین ارتباط انکار ناپذیری با **شیوهٔ زندگی** افراد دارد بعضی از این عوامل از جمله:

- تغذیه، خوراکی‌ها، عناصر چرب
- استرس
- انواع بدن‌سازی‌ها، رژیم‌های لاغری، فعالیت‌های جسمانی
- محصولات بهداشتی: کرم‌های آفتابی، خمیر دندان‌ها، صابون‌های مایع
- اعتیاد به مواد مخدر، الکل، توتون، کوکائین، تریاک، آرام بخش‌ها و مسکن‌ها

۱ـ مسعود اصل، ایروان، هدفمند سازی یارانه‌های بخش سلامت، فصلنامه تامین اجتماعی، سال هشتم، شمارهبیست و ششم، بهار ۱۳۸۷ ص، ص۱۱۸، ۱۲۵.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

بر تندرستی افراد تأثیر منفی می‌نهند، بنابراین افراد می‌بایست برای حفظ سلامتی خود تا حد امکان از چنین الگوی رفتاری اجتناب ورزند. زندگی عصر حاضر خواهی نخواهی با نگرانی همراه است و در نتیجه ایجاد استرس می‌کند افسردگی، عصبانیت و پرخاش‌گری از جمله آثار استرس‌اند. لذا از آن جا که استرس بر سلامتی و توانایی فیزیکی افراد در مقابله با بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی اثر دارد واز طریق افزایش فشار خون؛ ضربان قلب؛ خستگی جسمی و فکری سبب افزایش مرگ و میر (کاهش سلامتی) خواهد شد؛ قطعاً در شیوهٔ زندگی می‌بایست تجدید نظر نمود. برخی از پیشنهادها جهت ارتقا سلامتی ایران در حوزهٔ اقتصاد سلامت عبارتند از:

۱- بالا بردن کیفیت مراقبت و تأمین رضایت مصرف کننده؛

۲- ایجاد امکان دسترسی همهٔ گروه‌های جامعه به خدمات بهداشتی مورد نیاز؛

۳- گسترش پوشش بیمه‌ای برای تمامی مردم و ایجاد کارآیی و کفایت پوشش‌های بیمه‌ای موجود برای تأمین هزینه‌های درمانی؛

۴- جلوگیری از افزایش فزایندهٔ هزینه‌های درمانی به دلیل پیشرفت‌های تکنولوژیکی؛

۵- بالا بردن سهم دولت و بیمه‌ها در تأمین هزینه‌های درمانی مردم؛

۶- ایجاد زمینهٔ مشارکت مالی عادلانهٔ مردم در تأمین مالی نظام سلامت؛

بنایراین امید است که تمام امکانات موجود و مورد نیاز هر شهروند کشور برای حمایت از تندرستی او به وسیلهٔ متخصصان رسمی؛ نهادهاو سازمان‌های بیمه‌ای که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش داشته باشد به کار گرفته شود. تا تمام مراقبت‌های لازم برای فرد نیازمند به آن، با تأمین برابری کامل دستیابی به تجهیزات و امکانات مورد نیاز، صورت گیرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

منابع و مآخذ References

- پژویان، جمشید، ۱۳۸۱، **اقتصاد بخش عمومی**، انتشارات جنگل
- فلپس، چالز ای، ، (۱۳۷۶)، **اقتصاد بهداشت**، ترجمه دکتر منوچهر عسکری، نشر اقتصاد نو.
- مهرآرا، محسن، (۱۳۷۸)، **اقتصاد سلامت**، انتشارات دانشگاه تهران .
- ویتر، سوفی، تین ان سور، ماتیو جووت و روبین تامپسن,(۱۳۸۳)، **اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه**؛ راهنمای عملی؛ ترجمه دکترابوالقاسم پور رضا؛ موسسه آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی.
- مجتهد، احمد و جوادی پور، سعید، (۱۳۸۳)؛ بررسی اثر مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی، **فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران علمی- پژوهشی شماره ۱۹ دانشکده اقتصاد** دانشگاه علامه طباطبایی.
- امینی، علیرضا و حجازی آزاد، زهره، (۱۳۸۶)؛ تحلیل و ارزیابی نقش سلامت و بهداشت در ارتقاء بهره‌وری نیروی کار در اقتصاد ایران، **فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران علمی- پژوهشی شماره ۳۰ دانشکده اقتصاد** دانشگاه علامه طباطبایی.
- پژویان؛ جمشید، (۱۳۷۹)، نقش نظام تامین اجتماعی در کاهش فقر، **مجموعه مقالات فقر در ایران**، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- اشراف‌زاده؛ سید حمید رضا و مهرگان ؛ نادر، (۱۳۸۷)، **اقتصادسنجی پانل دیتا**، موسسه تحقیقات تعاون دانشگاه تهران.
- شیرین بخش، شمش الله وحسن خونساری، زهرا، (۱۳۸۴)؛ کاربرد E views **در اقتصاد سنجی**، انتشارات پژوهشکده امور اقتصادی
- Atkinson, Anthony B. 1970. "**On the Measurement of Inequality**," J. Econ. Theory 2,pp. 244-63.
- Atkinson, Anthony B. and Andrea Brandolini. 2001. "**Promise and Pitfalls in the Use of 'Secondary' Data Sets: Income Inequality in** OECD Countries**,** " J. Econ. Lit. 39, pp. 771-99.
- Baltagi,, Badi H. **Econometric Analysis of Panel Data 2005**, John Wiley & Sons, Ltd.
- Barker,David j . p. 1994. Mothers, Babies, and Disase in Later Life. London: BMJ Publishing. 1995. "**Fetal Origins of Coronary Heart Disease**, Brit. Med. j. 311,pp. 117-4.
- Deaton, Angus. 2001a. "**Inequalities in Income and Inequalities in Health**," in The Causes and Consequences of Increasing Inequality.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

Finis Welch, ed. Chicago: U. Chicago Press, P. 285-313. 2001b. " **Relative Deprivation, Inqality, and Mortality**, " Princeton U. Research Program Development Studies and Center for Health and Wellbeing(NBER work. paper 8099). 2002**. " Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth**, " Health Aff-airs 21, pp. 13-30.

- Deaton, Angus and Christina Paxson. 2001a. "Mortality, Education, Income, and Inequality among American Cohorts, **" in Themes in the Economics of Aging. David Wise, Ed. Chicago U. Press for NBER (NBER work. paper 7140). 20021b**. "Mortality , Income, and Income Inequality among British and American Cohorts," Center for Health and Wellbeing , Princeton U. , processed.
- Fuchs, Victor. 1993. "**Poverty and Health: asking the Right Questions**," in Medical Care and the Health of the Poor . David E . Rogers and Eli Ginzberg, eds. Boulder: Westview Press.
- Grossman , Michael. 1972. "**On the** Concept of Health Capital and the Demand for Health," J. Polit. Econ. 80, pp. 223-55. 1975. "**The Correlation between Health and Schooling**," in Household Production and Consumption . Nestor Terleckvi. Ed. NY: Columbia U. Press for NBER,PP. 147-21. 2000. " The Human Capital Model. " **In Handbook of Health Economics**. Anthony. j. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. Vol 1A,Amsterdam: Elsevier, pp. 347-408.
- Marmot, Michael G. 1994. **" Social Differences in Health Within and Between Population**, " Daedalus 123,pp. 197-216. 2001. " Editorial: inequalities in health ," New England J. Med. 345,pp . 134-6. 2000. " The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist, " Health Affairs 21 , pp. 347-408.
- Mellor, Jennifer M. AND Jeffrey Milyo. 2001. **" Reexamining the Evidence of an Ecological Association Between Income Inequality and Health**, "J. Health ,Politics, Policy, Law 26,pp. 487-522. -2002- "Income Inequality and Individual Health: Evidence from the Current Population Survey," **J. Human Res.** , 37,pp. 510-39.
- Miller, Douglas. 2000. **" Income Inequality and Mortality in the US: Aggregata Data and Micro Relationships**," Princeton U. econ. dept. , Ph. D. thesis, ch. 1.
- Perston, Samuel H. 1975. **"The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development"** ,: Poplation Stud. 29, pp. 231-48. 1996. " American Longevity: Past, Present , and Future," Syracuse U. ,Maxwell School, **Center Policy Research**, Policy brief 7/1996.
- Perston, Samuel H. and Paul Taubman. 1994. " **Socioecomic Differences in AdultMortality and Health Status,** " in Demography of Aging. Linda G. Martin and Samuel H. Preston, eds. Washington,

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

DC: National Academies Press, pp. 279-318.
- Sen, Amaryya K. 1973. **On Economic Inquality . Oxford: Clarendon Press**. 1999. *Development as Freedom. NY:* Knopf.
- Victora ,Cesar G . ;J. Patrick Vaughan C. Barros, Anamaria C. Silva and Elaine Tomasi. 2000. " ExplainingTrends in Inequities,Evidence from Brazilian Child Health Studies,"*Lancet356*, pp. 1093-98.
- Wagstaff,Adam. 2000. **"Socioeconomic Ineqalities in Child Mortality: Comparisons across Nine Developing** ," Bull. World Health Org. 78 ,pp. 19-29.
- Wilkinson, Richard G. 1989. " Class Mortality Differentials, Income Distribution and Trends in Poverty 1921-1981," J. Soc. Policy 18,pp. 307-35. 1994. "**The Epidemiological Transition: From Material Scarcity to Social Disadavantage?"** Daedalus 123, pp. 61-77. 1997.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-02-16]