

اثر توزیع نابرابر در آمد بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی*

مصطفی عمادزاده^۱، سعید صمدی^۲، سمیرا پاک‌نژاد^۳

چکیده

مقدمه: با توسعه‌ی اقتصادی و کاهش نابرابری درآمدی، درآمد قابل دسترس افراد و خانوارها افزایش و از این طریق سلامت افراد جامعه تأمین و ارتقا می‌یابد. از این‌رو هدف اصلی این پژوهش بررسی اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی بوده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود و داده‌ها و اطلاعات از طریق سایت‌های اینترنتی، مقالات و کتب جمع‌آوری شد. الگوی مورد استفاده برای برآورد اثر توزیع نابرابر درآمد بر سلامتی (شامل متغیرهای سطح درآمد، نابرابری درآمدی، سطح پس‌انداز و سطح آموزش) بود. جامعه‌ی پژوهش شامل ۱۸ کشور عضو سازمان کنفرانس اسلامی برای سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵ بود که از طریق مدل داده‌های تابلویی (Panel data) و مدل ضریب تصادفی (Random coefficient model) بررسی شدند. داده‌ها در نرم‌افزار Excel وارد شد و از نرم‌افزارهای Stata^{9.2} جهت مشخص کردن نوع تخمین، به وسیله‌ی روش داده‌های تلفیقی و داده‌های تابلویی با استفاده از آزمون FLeamer و از نرم‌افزار Eviews³ جهت نشان دادن اثرگذاری متفاوت متغیرها و تفاوت بین داده‌های مقطعی گردید.

یافته‌ها: با در نظر گرفتن امید به زندگی به عنوان شاخص سلامت، از ۱۸ کشور عضو، تنها در ۶ کشور با ثابت در نظر گرفتن درآمد سرانه، نابرابری درآمد (اندازه‌گیری شده به وسیله‌ی ضریب جینی) اثر معکوسی بر وضعیت سلامت دارد (مطابق فرضیه‌ی نابرابری درآمد). با توجه به اینکه امید به زندگی، تغییرات سلامت را در مناطقی با نابرابری درآمد بیشتر نشان نمی‌دهد، از شاخص حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه استفاده گردید. همچنین با در نظر گرفتن سطوح درآمد، پس‌انداز و آموزش به عنوان متغیرهای کنترل، مشاهده شد که آموزش و درآمد اثر مثبت و معنی‌داری بر سلامت دارد.

نتیجه‌گیری: برای بهبود سلامتی، نباید فقط متکی بر سیستم مراقبت‌های اولیه بود، بلکه باید بر فرض‌هایی همانند بهبود نابرابری درآمدی نیز تمرکز داشت. زیرا بهبود در توزیع درآمد، موجب بالارفتن سطح زندگی اقشار وسیعی از توده‌های مردم از طریق بهبود در امور بهداشت، تغذیه و آموزش آنان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درآمد؛ امید به زندگی؛ آموزش.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۳/۱۱/۸۸

اصلاح نهایی: ۲۵/۸/۸۸

دریافت مقاله: ۳/۵/۸۸

ارجاع: عمادزاده مصطفی، صمدی سعید، پاک‌نژاد سمیرا. اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸(۳): ۳۱۴-۳۰۶.

مقدمه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. استاد، اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استادیار، اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. مدرس (کارشناسی ارشد)، توسعه‌ی اقتصادی و برنامه‌ریزی، دانشگاه آزاد

اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: samira.paknejad@yahoo.com

نابرابری درآمدی یکی از ویژگی‌های عمده‌ی جامعه‌ی جهانی است. به نظر می‌رسد نابرابری درآمد در سطح ملی و بین‌المللی

افزایش می‌دهد. پس برای دو جامعه با متوسط درآمد یکسان، در جامعه‌ای که توزیع درآمد عادلانه‌تر باشد، متوسط سلامتی بالاتر از جامعه‌ای است که توزیع درآمد نابرابرتر بوده است.

مطالعات متعددی، که متکی بر داده‌های ایالت متحده بود، به این نتیجه رسیده‌اند که نابرابری در توزیع درآمد، آثار منفی بر سلامت افراد داشته است (۶). همچنین از بین مطالعات مختلفی که به بررسی اثر نابرابری درآمد بر وضعیت سلامت پرداخته‌اند، می‌توان به مطالعات Judge و همکاران (۷)، Wilkinson و همکار (۱۶) و Rodgers (۲) اشاره کرد که همه‌ی آن‌ها فرضیه‌ی نابرابری درآمد را مورد تأیید قرار می‌دهند.

از طرفی آموزش نیز بر سلامت تأثیرگذار است. Cutler و Lieras-Muney سه توضیح کلی برای ارتباط بین سلامتی و آموزش ارائه کرده‌اند: ۱. سلامتی نامناسب منجر به سطوح پایین‌تر مدرسه رفتن می‌شود، زیرا هر چه بچه‌ها با بیماری به زندگی خود ادامه دهند، تحصیلات بیشتر ممکن نمی‌باشد. ۲. اثرات مثبتی بین سوابق خانوادگی و پیشرفت تحصیلی وجود دارد. ۳. آموزش بیشتر، به طور مستقیم به بهبود سلامت منتهی می‌گردد (۸). بنابراین شواهد موجود نشان می‌دهد که همبستگی مثبتی بین آموزش و سلامتی وجود دارد. افراد تحصیل کرده سلامتی بهتری نسبت به افراد با تحصیلات پایین دارند؛ سطوح بالای سلامتی و سطوح پایین بیماری و مرگ و میر دلیلی بر این مدعا است.

پس‌انداز نیز بر سطح سلامتی افراد مؤثر است. بدین معنی که سلامتی اندک، توانایی و انگیزه‌ی پس‌انداز را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماری، اثر مهمی بر مخارج درمانی دارد، زیرا هر چه بودجه‌ی بیشتری صرف سلامتی فرد گردد، سهم کمتری به پس‌انداز اختصاص می‌یابد. بنابراین افراد برای تأمین سلامتی خود باید پس‌انداز بیشتری داشته باشند (۹).

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامت در منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی طی دوره‌ی ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵ بوده است. این سازمان، سازمانی بین‌المللی است که در سال ۱۹۶۹ تاسیس شده و

در حال افزایش باشد (۱). بیشترین هزینه‌ی اجتماعی وابسته به نابرابری درآمد، اثر نابرابری بر سلامت است. از این رو طبق فرضیه‌ی نابرابری درآمد، نابرابری در توزیع، سلامتی افراد یک جامعه را تهدید می‌کند. این مسأله در واقع نشان می‌دهد که سطوح بالای نابرابری درآمد موجب کاهش امید به زندگی و افزایش نرخ مرگ و میر کودکان در جهان است (۳، ۲).

نابرابری در توزیع درآمد، از طریق روش‌های گوناگون سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات گوناگون حاکی از آن است که سطوح بالای نابرابری، یکی از عوامل مهم در تزلزل سرمایه‌ی اجتماعی است. برای مثال، افزایش بدگمانی و استرس، یا کاهش مشارکت اجتماعی، اثر معکوسی بر سلامت فردی دارد و چه بسا موجب می‌شود که افراد نسبت به اتفاقاتی که در پیرامونشان رخ می‌دهد، واکنش خشمگینی را از خود نشان دهند.

فرضیه‌ی نابرابری درآمد به دو شکل بیان شده است: در شکل حاد آن نابرابری در توزیع درآمد، سلامتی همه‌ی اعضای جامعه را صرف نظر از سطوح درآمدیشان تحت تأثیر قرار می‌دهد، و در شکل ساده‌تر آن، نابرابری، سلامتی فقیرترین فرد در جامعه را کاهش می‌دهد (۴).

در سطح فردی، مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که افراد ثروتمندتر به دلیل تهیه‌ی کالاها و خدماتی مانند مراقبت‌های درمانی و بهداشتی، تغذیه و مسکن بهتر، از سلامتی بیشتری برخوردارند. اما به طور کلی در سطح جامعه این رابطه قابل تعمیم نیست. زیرا جامعه‌ی بعضی از کشورها با درآمد پایین، از سلامتی بسیار بالایی برخوردارند و این نشان می‌دهد که در مجموع، درآمد تنها تعیین کننده‌ی وضعیت سلامتی نمی‌باشد (۵).

با وجود اینکه وابستگی بین نابرابری در توزیع درآمد و سلامتی در سطح کلی یک رابطه‌ی خطی است، این رابطه در سطح فردی حالت غیر خطی به خود می‌گیرد. برای مثال، اگر یک دلار از فرد غنی به فقیر انتقال یابد، بیشتر از آن که سلامتی اغنیا لطمه ببیند، سلامتی فقرا بهبود پیدا می‌کند. بنابراین نیل به برابری در درآمد، متوسط سلامتی کل جامعه را

H وضعیت سلامتی که با شاخص امید به زندگی مشخص شده است، Y سطح درآمد سرانه، Q نابرابری درآمدی اندازه‌گیری شده به وسیله ضریب جینی، ED سطح آموزش نیز به وسیله مخارج آموزشی تعیین شده است، SAV سطح پس‌انداز که نشان دهنده‌ی پس‌انداز ناخالص داخلی است، U خطای دوره و اندیس i اشاره به کشور مربوط و اندیس t اشاره به زمان (سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵) دارد.

داده‌ها در نرم‌افزار Excell وارد شد و به کمک نرم‌افزار Stata9.2 جهت مشخص کردن نوع تخمین، به وسیله‌ی روش داده‌های تلفیقی و داده‌های تابلویی از آزمون FLeamer استفاده گردید. از آنجاکه داده‌های تابلویی مورد تأیید قرار گرفت، از آزمون Hausman جهت تعیین روش تخمین مدل از طریق روش اثرات ثابت و تصادفی، استفاده شد (۱۰). همچنین برای نشان دادن اثرگذاری متفاوت متغیرها و تفاوت بین داده‌های مقطعی از طریق شیب، و نه عرض از مبدأ، با کمک نرم‌افزار Eviews3، از مدل ضرایب تصادفی استفاده گردید (۱۱).

یافته‌ها

نتایج حاصل از برآورد الگو برای منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی بر اساس آزمون FLeamer و Hausman بیانگر تخمین مدل داده‌های تابلویی به روش اثرات تصادفی بود. در این برآورد، طبق فرضیه‌ی نابرابری درآمدی، با ثابت در نظر گرفتن درآمد، افزایش در نابرابری درآمد منجر به کاهش وضعیت سلامت می‌گردد. همچنین آموزش و درآمد به عنوان متغیرهای کنترل در سطح اطمینان بیش از ۹۹ درصد، اثر مثبت و معنی‌داری بر سلامت دارند (جدول ۱). (در این تخمین به دلیل وجود هم‌خطی، پس‌انداز از مدل حذف شده است).

در مرحله‌ی بعد، نتایج تخمین مدل با استفاده از مدل ضرایب تصادفی، بیانگر آن است که با استفاده از شاخص امید به زندگی به عنوان متغیر وابسته، از ۱۸ کشور عضو، تنها ۶ کشور در سطح اطمینان ۹۹ درصد دارای رابطه‌ی معکوسی با امید به

شامل ۵۷ کشور اسلامی است که به دنبال یکپارچگی اقتصادی و اجتماعی، تأمین امنیت و رفاه مردم خود و دیگر مسلمانان می‌باشند. کشورهای عضو این سازمان، حدود یک پنجم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و از لحاظ گستره‌ی جغرافیایی، در قاره‌های آسیا، آفریقا، اروپا و آمریکا پراکنده هستند و در واقع یک سازمان فرامنطقه‌ای محسوب می‌شود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به دلیل محدودیت آماری برای ۱۸ کشور عضو سازمان کنفرانس اسلامی شامل بوركینافاسو، مصر، موریتانی، نیجر، نیجریه، سنگال، تونس، اوگاندا، بنگلادش، اندونزی، ایران، اردن، مالزی، ترکیه، پاکستان، ساحل عاج، مراکش و سنگاپور، انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از طریق سایت‌های اینترنتی، مقالات و کتب بود. با توجه به مطالب پیش‌گفت، فرض شد که وضعیت سلامتی تحت تأثیر سطوح درآمد و نابرابری درآمدی است. همچنین از سطوح درآمد، آموزش و پس‌انداز به عنوان متغیرهای کنترل استفاده گردید.

سطح درآمد به خاطر وابستگی مثبت با سلامتی و وابستگی منفی با نابرابری در توزیع درآمد در نظر گرفته شد. آموزش، متغیر مهمی است، زیرا جامعه‌ای با تحصیلات بیشتر، از عوامل مؤثر بر سلامتی آگاهند، بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش اثر مستقیمی بر وضعیت سلامتی داشته باشد. سطح پس‌انداز نیز به عنوان معیار مراقبت از سلامتی افراد، انتظار می‌رود که وابستگی مثبت با وضعیت سلامت را نشان دهد. بنابراین مدل به صورت زیر تعریف شد که برای نشان دادن اثر هر یک از متغیرها بر متغیر وابسته، متغیرها مرحله به مرحله وارد الگو شده‌اند:

$$H_{it} = f(Y_{it}, Q_{it}, EDU_{it}, SAV_{it})$$

$$H_{it} = \beta_0 + \sum \beta_{1j} Y_{it} + \sum \beta_{2j} Q_{it} + \sum \beta_{3j} EDU_{it} + \sum \beta_{4j} SAV_{it} + u_{it}$$

که در آن متغیرهای مورد بررسی به شرح زیر می‌باشند:

داده است (۱/۲). اما پس‌انداز در این برآورد اثر معنی‌داری بر وضعیت سلامت ندارد (جدول ۲).

زندگی بودند. آموزش نیز اثر مثبت و معنی‌داری بر سلامت دارد، به طوری که بالاترین تأثیر را در مدل به خود اختصاص

جدول ۱: ارتباط نابرابری درآمد و شاخص سلامت (امید به زندگی) با استفاده از داده‌های تابلویی

متغیرهای مستقل	ضریب	آماره t	Prob	$R^2 = ۰/۶۸$
C	۵۳/۵۴۱۲۱	۱۳/۰۸	۰/۰۰۰	
Y	۰/۰۰۱۳۹۵۶	۶/۲۲	۰/۰۰۰	FLeamer = ۱۴/۱۱
Q	-۰/۱۱۵۷۷۴۲	-۱/۳۰	۰/۱۹۳	
EDU	۱/۴۶۸۸۱۳	۳/۳۳	۰/۰۰۱	Hausman = ۲/۹۲

جدول ۲: اثر توزیع نابرابری درآمد بر وضعیت سلامت (شاخص امید به زندگی)

متغیر مستقل	الگوی اول		الگوی دوم		الگوی سوم	
	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t
C	۵۶/۲۴	۲۴/۳۵۷	۵۰/۳۹۷	۲۴/۰۷۴	۴۹/۳۶	۱۹/۰۶
Y	۰/۰۰۰۵۴	۷/۰۲۷۸	۰/۰۰۰۹۵۵	۷/۷۰	۰/۰۰۰۰۹	۷/۴۰
EDU			۱/۲۶۲۸	۹/۸۱	۱/۲۹	۸/۵۹
SAV					۰/۰۰۰۰۲	۱/۱۵
Q-BGD	۰/۱۱	۱/۲۶	۰/۱۸	۲/۵۸	۰/۲۱	۲/۵۸
Q-BFA	-۰/۲۳	-۴/۴۲	-۰/۱۸	-۴/۰۳۳	-۰/۲۲	-۱۰/۰۲
Q-CIV	-۰/۱۷	-۲/۷۵	-۰/۲۴	-۴/۷۰۸	-۰/۲۲	-۳/۶۵
Q-EGY	۰/۲۱	۲/۰۷۹	۰/۱۳	۱/۰۰۵	۰/۱۶	۱/۱۶
Q-IRN	۰/۲۱	۳/۵۵	۰/۱۵	۳/۱۰	۰/۱۷	۳/۰۲۹
Q-JOR	۰/۲۲	۳/۲۹	۰/۰۸۴	۱/۴۱	۰/۱۰۵	۱/۵۸
Q-IDN	۰/۱۷	۲/۴۸	۰/۲۳	۳/۶۵	۰/۲۶	۳/۴۷
Q-MYS	۰/۲۴	۴/۷۴	۰/۱۶	۳/۸۰	۰/۱۸	۳/۶۱
Q-MRT	-۰/۱۶	-۲/۸۶	-۰/۱۷	-۳/۳۲	-۰/۱۵	-۲/۵۹
Q-NER	-۰/۲۷	-۳/۶۱۴	-۰/۲۴	-۳/۰۷۵	-۰/۲۲	-۲/۶۸
Q-PAK	۰/۱۱	۱/۴۶	۰/۱۶	۲/۲۹	۰/۱۹	۲/۳۲
Q-SEN	-۰/۱۵	-۲/۷۵	-۰/۱۴	-۲/۸۲	-۰/۱۲	-۲/۱۲
Q-TUN	۰/۲۲	۳/۱۸	۰/۱۳	۲/۴۰	۰/۱۵	۲/۴۷
Q-TUR	۰/۱۸	۳/۲۲	۰/۱۷	۳/۷۱	۰/۱۹	۳/۴۷
Q-NGA	-۰/۲۴	-۴/۳۱	-۰/۱۲	-۲/۰۴۶	-۰/۱۰۲	-۱/۴۳
Q-UGA	-۰/۲۶	-۲/۹۴				
Q-MOR	۰/۱۰	۱/۵۶	۰/۰۴۳	۰/۷۳	۰/۰۶۳	۰/۹۵
Q-SIN	۰/۲۱	۳/۷۵	۰/۱۲	۲/۴۰	۰/۱۴	۲/۴۵
R^2	۰/۹۹		۰/۹۹		۰/۹۹	

توزیع درآمد بر سلامت را نشان دادند. در این برآورد درآمد، آموزش و پس انداز در سطح اطمینان بیش از ۰/۹۹ معنی دار بود و اثر مستقیمی بر سلامت داشت (جدول ۳).

از آنجایی که امید به زندگی، معیار خلاصه‌ای از سلامتی جمعیت است که برای مقایسه‌ی تغییرات سلامتی بین کشورها در سطوح درآمد مختلف و در نقاط مختلف در گذر اپیدمیولوژیکالی مناسب نیست، بنابراین از حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه، به عنوان معیار سلامتی استفاده شد تا تغییرات سلامتی در کشورهای مختلف به خوبی نشان داده شود (۱۲).

از آنجایی که امید به زندگی، معیار خلاصه‌ای از سلامتی جمعیت است که برای مقایسه‌ی تغییرات سلامتی بین کشورها در سطوح درآمد مختلف و در نقاط مختلف در گذر اپیدمیولوژیکالی مناسب نیست، بنابراین از حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه، به عنوان معیار سلامتی استفاده شد تا تغییرات سلامتی در کشورهای مختلف به خوبی نشان داده شود (۱۲).

بدین منظور با برآورد مجدد الگوی مورد نظر با متغیر وابسته‌ی حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه، نتایج حاکی از آن بود که از ۱۸ کشور عضو، ۱۴ کشور تأثیر منفی

جدول ۳: اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامتی (شاخص امید به زندگی در درآمد سرانه)

الگوی سوم		الگوی دوم		الگوی اول		متغیر مستقل
آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	
-۹/۳۳	-۴۴۳۸۶/۰۱	-۱۱/۵۰	-۴۱۴۸۴/۰۳	-۳۱/۳۹	-۳۵۰۸۰/۶۰	C
۱۳۹/۷۰	۷۹/۰۵	۱۴۰/۵۳	۷۹/۰۲	۱۵۲/۵۵	۸۱/۳۹	Y
۳/۵۹	۲۴۵۴/۳۶	۳/۷۳	۲۲۵۲/۷۵			EDU
۳/۳۳۱۳	۱/۵۴					SAV
۲/۴۵	۳۳۴/۹۸	۲/۵۱	۲۶۰/۷۱	۲/۷۲	۱۰۸/۲۳	Q-BGD
-۲/۹۵	-۲۹۱/۲۱	۱/۰۸	۱۲۲/۷۳	۱/۱۰	۳۲/۶۹	Q-BFA
-۴/۲۶	-۴۱۴/۰۱	-۶/۲۱	-۴۵۹/۹۲	-۱۰/۴۶	-۴۱۲/۵۱	Q-CIV
-۱/۴۰	-۴۱۶/۹۶	-۱/۶۱۲	-۴۷۴/۲۹	-۲/۱۹	-۴۳۹/۰۷	Q-EGY
-۵/۴۷	-۶۵۹/۹۹	-۶/۴۸	-۷۰۲/۶۸	-۷/۹۷	-۸۷۲/۱۴	Q-IRN
-۳/۸۷	-۷۱۳/۵۴	-۴/۲۳	-۷۵۰/۸۵	-۳/۷۰	-۶۵۹/۵۳	Q-JOR
-۰/۰۰۱۶	-۰/۱۹	-۰/۷۳	-۶۹/۱۸	-۶/۱۱	-۳۰۹/۰۲	Q-IDN
-۴/۲۷	-۴۷۲/۲۸	-۵/۰۹	-۵۰۶/۰۲	-۶/۸۵	-۷۵۱/۲۶	Q-MYS
-۴/۸۲	-۴۹۱/۱۰	-۵/۹۸	-۵۳۵/۵۶	-۱۱/۳۶	-۵۶۱/۰۷	Q-MRT
۳/۰۱	۲۴۴/۸۷	۳/۱۳	۱۹۷/۴۹	۶/۶۴۶	۱۷۶/۶۷	Q-NER
۱/۵۹	۱۹۷/۸۹	۱/۳۴	۱۲۴/۹۶	-۰/۴۲	-۱۷/۲۰	Q-PAK
-۱/۲۰	-۱۰۰/۶۰	-۲/۴۸	-۱۴۷/۹۴	-۸/۱۸	-۱۷۳/۶۶	Q-SEN
-۳/۴۹	-۵۰۹/۷۳	-۳/۹۵	-۵۴۶/۱۳	-۴/۷۰	-۶۵۵/۱۶	Q-TUN
-۷/۰۰۸	-۷۷۳/۵۳	-۸/۸۰	-۸۲۲/۲۸	-۱۴/۳۴	-۱۱۴۴/۰۰۱	Q-TUR
۳/۵۸	۳۸۶/۹۹	۳/۹۵	۳۲۱/۹۲	۲/۱۸	۹۴/۱۲	Q-NGA
				-۰/۵۲	-۴۹/۰۲	Q-UGA
-۵/۱۵	-۵۱۴/۶۳	-۶/۳۷	-۵۵۱/۹۳	-۷/۳۹	-۵۷۷/۷۸	Q-MOR
-۳/۹۶	-۷۱۰/۳۵	-۴/۳۶	-۷۴۷/۵۸	-۶/۹۹	-۱۳۲۰/۰۴	Q-SIN
۰/۹۹		۰/۹۹		۰/۹۹		R ²

دارند (۱۴). همچنین نتایج تحقیق Li و همکار نیز بیانگر آن بود که با افزایش نابرابری درآمدی، وضعیت سلامتی کاهش می‌یابد (۴).

Kawachi و Subremanin نیز در بررسی مطالعات چند سطحی در مورد رابطه‌ی نابرابری درآمد و سلامت به این نتیجه رسیدند که نابرابری درآمد، تهدید جدی سلامت به شمار می‌رود (۱۵). همچنین Wilkinson و Pickett نشان دادند که اکثر تحلیل‌های بین‌المللی، مدارکی از همبستگی منفی بین سطوح نابرابری درآمدی و سلامت جمعیت بین کشورها را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تخمین الگوی مورد نظر نشان می‌دهد که نابرابری بیشتر، وضعیت سلامت را وخیم‌تر می‌کند و جوامعی با توزیع ناعادلانه‌تر درآمد، سلامتی بدتری را تجربه می‌کنند. همچنین درآمد، آموزش و پس‌انداز اثر مستقیمی بر سلامت دارند. بنابراین درآمد، ثروت، میزان تحصیلات و آگاهی از اصول بهداشتی و رعایت آن اغلب سبب تغییر رفتار انسانی می‌شود و تأثیر مستقیم بر وضعیت سلامت جامعه خواهد داشت. به خصوص میزان آگاهی افراد جامعه و میزان باسوادی به ویژه تحصیلات زنان، عامل مهمی در تفاوت وضعیت سلامت و شاخص‌های بهداشتی کشورهای مختلف است. عامل دیگری که می‌تواند تفاوت در وضعیت سلامت کشورها را توضیح دهد، سیاست‌های متفاوت دولت‌ها در کشورهای مختلف است. به طوری که سیاست‌گذاری‌ها و اجرای مناسب آن‌ها در زمینه‌ی بهداشت و درمان، عامل مؤثری در بهبود شاخص‌های بهداشتی و درمانی هر کشور است. حتی سیاست‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند علل مرگ و میرهای ناشی از بیماری را نیز تغییر دهند.

از این‌رو برای بهبود سلامتی، نباید فقط متکی بر سیستم مراقبت‌های اولیه باشیم، بلکه باید بر فرض‌هایی همانند بهبود نابرابری درآمدی نیز تمرکز کنیم. زیرا بهبود در توزیع درآمد، موجب بالا رفتن سطح زندگی اقشار وسیعی از توده‌های مردم از

به هر حال، سلامتی تحت تأثیر توزیع درآمد هر جامعه قرار دارد و این بیانگر آن است که سلامت افراد در جوامعی با توزیع عادلانه‌تر درآمد، بهتر خواهد شد. اثرات نابرابری درآمد بر سلامت در نتیجه‌ی عدم سرمایه‌گذاری در کالاهای اجتماعی مثل آموزش عمومی و مراقبت بهداشتی است که موجب از بین رفتن انتخاب اجتماعی، فرسایش سرمایه‌ی اجتماعی و اثرات فیزیولوژیکی مضر خواهد شد.

بحث

در سال‌های اخیر، بهبود سلامتی، شرط ضروری برای توسعه‌ی اقتصادی به شمار می‌رود، به این دلیل که بهبود در سلامتی به عنوان عاملی برای افزایش امکانات اقتصادی تولید، درآمد بالقوه‌ی جمعیت را افزایش می‌دهد و با کاهش نرخ استهلاک سرمایه‌ی انسانی، باعث جذابیت سرمایه‌گذاری در آموزش می‌گردد و بنابراین موجب گسترش توسعه‌ی اقتصادی می‌شود (۵). سلامتی در عین حال به عنوان کالای مصرفی و سرمایه‌ای قلمداد می‌شود. از دیدگاه کالای مصرفی، افراد به دنبال داشتن سلامتی هستند، چرا که در این صورت از بهبود کیفیت زندگی خود لذت بیشتری می‌برند. از دید کالای سرمایه‌ای، رابطه‌ی زمان و سلامت بدین گونه است که اگر وضعیت سلامت فرد خوب باشد، دوران بیماری کمتری و روزهای بیشتر برای کار کردن و کسب درآمد خواهد داشت (۱۳).

از این‌رو در این پژوهش، مجموعه‌ای از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی برای ۲۶ سال در چارچوب داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی بررسی شدند.

نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن بود که نابرابری در توزیع درآمد، اثر معکوسی بر وضعیت سلامت دارد، که این مطابق با نتایج مطالعات De Vogli و همکاران است. آن‌ها در تحقیقی به بررسی ارتباط بین نابرابری درآمدی و امید به زندگی در ایتالیا و ۲۱ کشور ثروتمند در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۱ پرداختند و نشان دادند که نابرابری درآمدی، اثر معکوس، اما آموزش و درآمد سرانه اثر مثبتی بر امید به زندگی

می‌دهد. بنابراین دولت‌ها باید در زمینه‌ی توزیع عادلانه‌ی درآمدها برای اقشار آسیب‌پذیر جامعه تلاش نمایند.

۲. بهبود در توزیع زیربناها مثل آب سالم، تغذیه‌ی درست و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، موجبات افزایش سلامت افراد را فراهم می‌کند.

۳. توصیه می‌شود که سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی، به منظور ارتقای سطح کمی و کیفی آرایه‌ی خدمات بهداشتی افزایش یابد.

۴. از آنجا که آموزش موجب افزایش مهارت و تخصص افراد می‌گردد، توصیه می‌شود که سرمایه‌گذاری در آموزش عمومی افزایش یابد.

۵. کاهش نابرابری جنسیتی، موجب بهبود سلامت جامعه می‌گردد. زیرا زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و توسعه‌ی اجتماعی، سیاسی و انسانی بدون توجه جدی به سلامت زنان ممکن نیست. فرصت‌های نابرابر آموزشی، شغلی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، مهم‌ترین موانع تحقق سلامت زنان کشور را تشکیل می‌دهند. سلامت خانواده، نیازمند سلامت زنان است. به همین دلیل دولت باید زمینه‌های لازم برای از بین بردن تبعیض‌های جنسیتی را فراهم آورد، زیرا زنان سالم می‌توانند از طریق رعایت و ترویج الگوی زندگی سالم، نقش مدیران تأمین‌کننده‌ی سلامت خود و خانواده و در نهایت جامعه را ایفا نمایند.

طریق بهبود در امور بهداشت، تغذیه و آموزش آنان می‌شود که در نتیجه باعث افزایش بهره‌وری آنان در تولید و تقویت انگیزه‌ی مشارکت در اجرای برنامه‌های توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی جامعه می‌گردد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بهبود سلامتی، کاهش نابرابری بزرگ‌تر در کشورهای در حال توسعه را در پی دارد. از جمله سیاست‌های بهبود توزیع نابرابر درآمد در کشورها، می‌توان به سیاست افزایش قابل توجه سلامتی و نظام مراقبت - در مکان‌هایی که این امکانات موجود نیست - اشاره کرد.

بنابراین ایجاد برنامه‌های اساسی مانند پیش‌بینی آب سالم و اقدامات بهداشتی، مبارزه برای از ریشه کردن مالاریا و واکسیناسیون عمومی کمک خواهد کرد تا درآمدهای فقرا نسبت به ثروتمندان افزایش یابد و از نابرابری درآمدی آن‌ها کاسته شود. به علاوه با بهتر شدن توزیع درآمد، نیاز برای افزایش مخارج آموزشی به منظور توزیع، عامل قوی و مؤثر بر وضعیت سلامتی است.

پیشنهادها

از آنجا که توزیع نابرابر درآمد یکی از عوامل تأثیرگذار بر وضعیت سلامت می‌باشد، در این راستا پیشنهادهایی آرایه شده است:

۱. بهبود در توزیع درآمد، سلامتی افراد جامعه را افزایش

References

1. Jones C. On the Evolution of World Income Distribution. *Journal of Economic Perspectives* 1997; 11: 19-36.
2. Rodgers G. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies* 1979; 33: 343-351.
3. Shin M. E. Income Inequality and Population Health in Geographic Perspective. California Center for Population Research On-Line Working Paper Series 2006; CCPR-028-06.
4. Li H, Zhu Y. Income, Income Inequality, and Health: Evidence from China. World Institute for Development Economics Research, Discussion Paper No. 2006/07.
5. Asafu-Adjaye J. Income Inequality and Health: A Multi-Country Analysis. *International Journal of Social Economics* 2004; 31 1/2: 195-207.
6. Mullahy J, Robert S, Wolfe B. Health, Income, and Inequality. Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group.
7. Judge K, Mulligan J, Benzeval M. Income Inequality and Population Health. *Social Science and Medicine* 1998; 46: 567-579.

8. Cutler D.M, Lieras-Muney A. Education and Health. National Poverty Center Policy Brief #9; 2007.
9. Smith J.P. Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation between Health and Economic Status, Journal of Economic Perspectives 1999; 13: 145-66.
10. Baltagi B. H. Econometric Analysis of Panel data. New York, Wiley & Sons 1995.
11. Greene W. Econometric Analysis. Third Edition, Upper Saddle River, London, Prentice, Hall 1997.
12. Deaton A. Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations and Policies. UNU World Institute for Development Economics Research (WIDER); 2007: Annual Lecture 10.
13. Sabbagh Kermani M. Health Economics. ISBN: 1385; 964-530-103-3 [Book in Persian].
14. De Vogli R, Mistry R, Gnesotto R, Cornia G. Has The Relation between Income Inequality and Life expectancy Disappeared? Evidence from Italy and top Industrialized Countries. Journal of Epidemiology and Community Health 2005; 59: 158-62.
15. Subremanin SV, Kwachi I. Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far?. Journal of Epidemiology Review 2004; 26: 78-91.
16. Wilkinson R, Pickett K E. Income Inequality and population health. Journal of Social Science & Medicine 2006; 62: 1768-84.



The Impact of Inequal Distribution of Income on the Health Status in Selected Organization of Islamic Countries (OIC)*

Mostafa Emadzadeh, PhD¹; Saeed Samadi, PhD²; Samira Paknezhad³

Abstract

Introduction: Individuals and families' accessible incomes increase as a result of economic development and income inequality reduction. This in turn leads to health promotion in the community. So, this study mainly aimed to survey the effects of unequal income distribution on health in selected members of Organization of Islamic Countries (OIC).

Methods: This descriptive-analytic study collected the data and information from the Internet, library resources and journals. The model used included some variables, such as income level, income inequality, level of savings and education level. The study population consisted of 18 members of OIC between 1980 and 2005. The analysis was performed using panel data method and random coefficient model. The data was entered into Microsoft Excel software. Then, estimation was made by FLeamer test in Stata 9.2. Finally, Eviews₃ was used to demonstrate the effects of variables and the difference between cross-sectional data.

Results: Considering life expectancy as a health index, and keeping the per capita income constant, income inequality (measured by Gini coefficient) had a reverse effect on health only in 6 out of 18 countries (according to inequality income hypothesis). Since life expectancy could not show the health changes in countries with more income inequality, the product of life expectancy and per capita income was used as health index. With income level, savings and education levels as control variables, it was observed that education and income have significantly positive effects on health.

Conclusion: In the effort to promote health, one must emphasize not only on primary care systems, but also on issues such as improving income inequality, because an improvement in income distribution leads to increased level of life among masses of people through health, nutritional and educational enhancements.

Keywords: Income; Life Expectancy; Education.

Type of article: Original article

Received: 25 Jul, 2009

Accepted: 2 Feb, 2010

Citation: Emadzadeh M, Samadi S, Paknezhad S. **The Impact of Inequal Distribution of Income on the Health Status in Selected Organization of Islamic Countries (OIC)**. Health Information Management 2011; 8(3): 314.

* This article resulted MSc Thesis.

1. Professor, Economics, Isfahan University, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Economics, Isfahan University, Isfahan, Iran.

3. Lecturer (MSc), Economics, Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: samira.paknejad@yahoo.com