



فصلنامه علمی پژوهشی دانش سرمایه‌گذاری
سال دوم / شماره ششم / تابستان ۱۳۹۲

بررسی عوامل مؤثر بر سرمایه‌گذاری در بخش سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (رویکرد اقتصادی-اجتماعی)*

سمیرا متقی

دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت دانشگاه تربیت مدرس
samira.motaghi@gmail.com

سید ابراهیم حسینی نسب

عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس، علوم اقتصادی (مسئول مکاتبات)
ehoseinie@yahoo.com

عباس عساری آرانی

عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس، علوم اقتصادی

لطفعلی عاقلی

عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس، علوم اقتصادی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۲۵

چکیده

این مقاله در صدد است تا با بررسی عوامل مؤثر بر سرمایه‌گذاری در بخش سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (با استفاده از مدل سازی ریاضی)، به تحلیل نقش عوامل اقتصادی (از جمله سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و درمان) بر بهبود سلامت کشورهای مذکور بپردازد؛ بر این اساس ابتدا وضعیت سلامت کشورهای عضو سازمان مذکور را مورد بررسی قرار داده سپس با استفاده از یک تابع تعمیم یافته، نقش عوامل مؤثر بر سلامت این کشورها را بررسی می‌کند. به این منظور و با استفاده از مدل گروسمن، شاخص‌های مؤثر اقتصادی-اجتماعی و محیطی را که شامل GDP، سرمایه‌گذاری در بخش سلامت، نرخ باسوادی، جمعیت، نرخ شهرنشینی، شرایط زندگی، امید به زندگی و ... می‌باشد را انتخاب کرده و با تحلیل‌های پانل دیتا و با روش Random effect در دوره زمانی ۲۰۰۹-۱۹۹۵، به بررسی تأثیر آنها بر سلامت کشورهای عضو OIC می‌پردازد.

نتایج تحقیق حاصل از سلامت کشورهای مسلمان نشان می‌دهد که اولاً: وضعیت سلامت کشورهای مسلمان نسبت به کشورهای توسعه یافته و حتی در حال توسعه در موقعیت پایین تری قرار دارد؛ در ثانی مدل

* مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری سمیرا متقی دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر ابراهیم حسینی نسب و مشاوره دکتر عباس عساری و دکتر لطفعلی عاقلی می‌باشد

سازی تحقیق حاضر نشان می‌دهد که، افزایش در GDP، سرمایه‌گذاری در سلامت، نرخ باسوادی، نرخ شهرنشینی و کاهش در جمعیت و ابتلا به ایدز در کشورهای مذکور، به صورت معنی‌داری امید به زندگی را افزایش می‌دهد. عبارتی این نتیجه همسو با پژوهش‌های پیشین، به خوبی نشان می‌دهد که بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی و محیطی منجر به بهبود سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی خواهد شد. ثالثاً بر اساس نتایج به خوبی مشخص است که متغیرهای اقتصادی (GDP و سرمایه‌گذاری در بخش سلامت) نسبت به سایر متغیرها، بیشترین تأثیر را بر سلامت کشورهای عضو خواهند داشت.

واژه‌های کلیدی: سلامت، مدل گروسمن، عوامل اقتصادی - اجتماعی، کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی.

۱- مقدمه

سلامت موضوعی مطرح در هر جامعه بوده و به عنوان بخشی از فرهنگ آن جامعه، با مفاهیم خاصی بیان می‌شود. بیشترین تلقی که از سلامت مطرح می‌شود، این است که به عنوان نعمت در نظر گرفته شده و ارزش آن به درستی شناخته نمی‌شود، مگر هنگامی که از دست برود. موضوع سلامت، در سطح بین‌الملل و تا زمانی که پس از جنگ جهانی اول اساسنامه جامعه ملل تهیه می‌شد، از یاد رفته بود و تنها در واپسین روزها، تهیه‌کنندگان پیش‌نویس اساسنامه به یاد بهداشت جهان افتادند. در کنفرانس ملل متحد در شهر سانفرانسیسکو در سال 1945 موضوع بهداشت به عنوان یک موضوع ویژه مطرح شد. با وجود این، در چند دهه گذشته جنبش تازه‌ای پدید آمده و سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسانها در دسترس باشد.

از این رو بخش سلامت (بهداشت و درمان) از جمله بخشهای کلیدی هر کشور محسوب شده و در فرآیند توسعه اقتصادی بعنوان زیربنا مطرح می‌شود، چرا که فاکتور مذکور، به صورت مستقیم بر بهره‌وری نیروی کار و در نتیجه افزایش تولید و رشد اقتصادی تأثیر می‌گذارد (زیرا کارگران تندرست به سبب توان جسمی و ذهنی و نظم بیشتر در حاضر شدن در محل کار، کار بیشتری انجام داده و بعلاوه عمر کاری بیشتری نیز دارند) و همین عوامل باعث شده تا امروزه اکثر کشورها با توجه به نقش ویژه این بخش و اهمیت شاخص‌های آن در اقتصاد و سیاستگذاری، سهم بخش بهداشت و درمان را نسبت

به کل تولید ناخالص داخلی افزایش دهند، به صورتیکه حتی رشد مخارج مراقبت‌های درمانی در برخی از آنها از رشد GDP شان بیشتر شده است. (Kotlikoff, 2007).

بنابراین پر واضح است که به سبب تأثیر گذاری مستقیم سلامت بر رشد و تولید کل، شاخص‌های آن نیز از فاکتورهای مؤثر در این زمینه می باشند و همین عوامل باعث شده تا در بسیاری از کشورها، مذاکرات بسیاری در زمینه شاخص‌های بخش سلامت و عوامل مؤثر در این بخش صورت گرفته و سیاستگذاران و پژوهشگران را به بحث و بررسی در این زمینه وا دارد. (Di matteo, 1988, 2004)

لذا در این تحقیق، عوامل مؤثر بر سلامت را با بررسی نمونه کشورهای سازمان کنفرانس اسلامی که حتی با وجود تلاش‌های بسیار در راستای بخش سلامت، هنوز به توفیقات چشم‌گیری دست نیافته اند، و وضعیت سلامتی در این کشورها نسبت به متوسط جهانی در موقعیت پایین تری قرار دارد، (WHO, (2009)) مورد بررسی قرار می دهیم. و در این راستا، با تحلیل وضعیت اقتصادی-اجتماعی، محیطی و شاخص‌های تابعه آنها مانند تحصیلات، تأهل، جنسیت، مذهب و ... و تأثیر این شاخص‌ها بر سلامت، به بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های مذکور در کشورهای اسلامی می پردازیم و نهایتاً، سعی می کنیم به مدل سازی متغیرهای مؤثر در بخش سلامت با بهره‌گیری از مدل Grossman (1972) در دوره زمانی ۲۰۰۹-۱۹۹۵ و برای کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی بپردازیم.

نتایج مطالعه حاضر می تواند گامی در جهت پیشرفت پژوهشگران و راهکاری برای سیاستگذاران بخش سلامت در جهت تخصیص منابع با استفاده از میزان تأثیر پذیری بخش سلامت باشد. سازماندهی مقاله به شرح زیر می باشد:

بخش بعد، با تعریف سلامت، عوامل مؤثر بر آن را مورد نقد و بررسی قرار می دهد، سپس با بررسی و مقایسه وضعیت سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی، به بیان مدل تحقیق و تخمین عوامل مؤثر بر سلامت در کشورهای مسلمان می پردازیم و نهایتاً نتیجه‌گیری تحقیق مطرح می شود.

۲- مبانی نظری و مروری بر پیشینه پژوهش

سلامت از واژه‌هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می دانند، تعریفش را دشوار می یابند. در فرهنگ‌های گوناگون تعاریف بسیاری از سلامت ارائه شده است:

در فرهنگ وبستر، سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و بویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است.

در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه مؤثر انجام شود آمده است.

جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می‌کند.

ابن سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد و نقطه مقابل آن بیماری است (سجادی، 1383:245)

در سالهای اخیر با گنجانده شدن " توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی " این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک هدف منظور شده است که می‌توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد؛ منبعی که به مردمان امکان می‌دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است؛ سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی‌های جسمانی تأکید دارد (پوراسلامی، 1379: 19)

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند. (WHO:1946:100) بنا براین سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه برای هدف زندگی (محمدی اصل، 1382).

تعریف سازمان جهانی بهداشت برای سلامت، مقدمه‌ای برای معرفی مدلی شد که در آن سطح بالایی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم سازی شود (کبیز، شاپیرو، 2004) و بر همین اساس و با بهره‌گیری از تعریف WHO عوامل مؤثر بر سلامت را مورد نقد و بررسی قرار می‌دهیم به طوریکه، این امر اثبات شده که سلامت، تحت تأثیر دامنه‌ای از عوامل جمعیت‌شناختی، جامعه‌شناختی و ... قرار دارد که برخی از آنها عبارتند از:

وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تحصیلات، موقعیت تأهل، جنسیت، مذهب، عوامل محیطی و ... (راسنفلد، 1997)

۲-۱- موقعیت اقتصادی اجتماعی

موقعیت اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد که در مواردی همچون نرخ مرگ و میر، دیابت، آسم و بیماری‌هایی از این دست در افرادی که از حیث اجتماعی اقتصادی در سطح پایینی قرار دارند، نمود پیدا می‌کند (مؤسسه سلامت و سلامت اجتماعی استرالیا، 2002، 118)

گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، بدلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از

سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد در سه مقوله مادی (محیط فیزیکی، خانه، محله و محل کار)، رفتاری (عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی اجتماعی قوی را نشان می‌دهند. از قبیل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیتهای اوقات فراغت و رژیم غذایی) و روانی (برداشتهای فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی) قرار می‌گیرند (گراهام، ۲۰۰۱: ۱۴)

هوٹ و ویلیامز بیان می‌کنند که افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی و قومی-نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (هوٹ و ویلیامز، ۲۰۰۰: ۸۴) به نظر این دو، محرومیت‌های اقتصادی اجتماعی تثبیت شده در طول دوران زندگی به احتمال زیاد خطرات فراوانی برای سلامت (بالاخص اجتماعی) ایجاد می‌کنند، به صورتیکه افراد طبقه پایین عمدتاً در حاشیه‌ها و محله‌هایی زندگی می‌کنند که محیط فیزیکی محله‌های آن در سطح نامطلوبی قرار دارد، علاوه بر این سطح سرمایه اجتماعی پایین است. لذا بررسی و شناخت دقیق پایگاه اقتصادی اجتماعی فرد در اول دوران زندگی برای فهم تفاوت موجود در زمینه سلامت اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است. پایگاه اقتصادی- اجتماعی یکی از مهمترین و کاربردی ترین متغیرهای مستقل در تحلیل رفتارها، عقاید افراد و موقعیت آنها در سلسله مراتب اجتماعی است (خلاصه مقالات، ۱۳۸۰) پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در رابطه با دیگران است، اعم از اینکه این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی و یا سلسله مراتب و یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی، ۱۳۸۳: ۲۱۵)

بنابراین و بر اساس مطالب مطرح شده در باب شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت، می‌توان موارد زیر را به تفصیل از مجموع شاخص‌های تأثیرگذار در این حوزه معرفی کرد:

درآمد اشخاص در مقابل هزینه‌های اساسی و خط فقر، گرانی و تورم، وضعیت و جایگاه اقتصادی - اجتماعی بانوان، وضعیت و جایگاه اقتصادی - اجتماعی جوانان، درصد بیکاری ناخواسته، اعتیاد، وضعیت مسکن، بوروکراسی و فساد، درصد افرادی که نیاز به درمان دارند و نمی‌توانند درمان شوند، و نظایر آن.

۲-۲- وضعیت تحصیلات

رز و وو^۱ مطرح می‌کنند که افراد تحصیلکرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامت در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل این که چرا تحصیلات با سلامتی مخصوصاً سلامتی جسمی- روانی رابطه تنگاتنگی دارد را در سه مقوله مطرح می‌کنند:

الف) شرایط اقتصادی و کاری؛

ب) منابع روانی - اجتماعی؛

ج) سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی.

بر اساس مقوله اول، افراد تحصیلکرده کمتر احتمال دارد که بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل‌های تمام وقت با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند. بر اساس مقوله دوم، افراد تحصیلکرده از منابع روانی - اجتماعی متعددی از قبیل احساس بالایی از خود کنترلی و حمایت اجتماعی و همچنین منابع اقتصادی، بهره‌مند می‌شوند و نهایتاً بر اساس مقوله سوم، تحصیلکرده‌ها، سبک‌های زندگی سالم‌تر را در پیش می‌گیرند.

به عبارت دیگر افراد تحصیلکرده در مقایسه با بقیه، در مصرف مشروبات الکلی افراط نمی‌کنند، کمتر سیگار می‌کشند و مراقبت‌های بهداشتی را رعایت می‌کنند و همه این موارد سطح سلامت جسمی و روانی فرد را ارتقاء می‌بخشند (خیراله پور، 1383: 85).

از آنجائی که افراد در اثر نظام قشربندی موجود در سطح جامعه از سطح تحصیلات متفاوتی برخوردار می‌شوند لذا نابرابری مبتنی بر سطح تحصیلات، افراد را به موقعیتهای متفاوتی سوق می‌دهد که از امتیازات، پاداشها، فرصتها و منابع متفاوتی برخوردار می‌شوند و همین تفاوت‌های موجود بر سطح سلامتی آنها نیز تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر موقعیت یک فرد در سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگیهایی را فراهم می‌کند که می‌توانند سلامتی وی را تحت الشعاع خود قرار دهد. شرایطی که در اثر تحصیلات بالا برای فرد از نقطه نظر اقتصادی، شغلی، منابع روانی و اجتماعی و سبک زندگی فراهم می‌شود و موجب بهبودی سلامتی فرد می‌گردد.

۲-۳- وضعیت تأهل

متاهل بودن همواره امری مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت بالاخص سلامت اجتماعی بویژه برای مردان بوده است (دیپلاو، ۲۰۰۴)

لیلارد و وایت آدریافتند که ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در مردان می‌شود. ازدواج همچنین مرتبط با افزایش سطح (البته نه بصورت مطلق) پایگاه اقتصادی اجتماعی است که بویژه بر سلامت تأثیر می‌گذارد (وایت، ۱۹۹۶).

متاهل بودن فواید زیادی برای سلامتی (بالاخص از نوع اجتماعی) دارد مثلاً فرد را همراه کسی می‌کند که همسر اوست و این عاملی است که برای سلامت اجتماعی مردان حائز اهمیت است (همان، ۱۹).
فایده دیگر ازدواج تأمین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین است. که در کل سطح سلامت افراد را بهبود می‌بخشد.

اما مجرد بودن هم فواید خاص خود را دارد. مارکس و لمبرت^۳ (۱۹۸۸) دریافته‌اند که اگر چه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی و روانی مردان و زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم‌تر حس استقلال و رشد فردی بیشتر از افراد متأهل است (همان: ۲۲)

۲-۴- جنسیت

سلامت با توجه به جنسیت تفاوت‌هایی را پیدا می‌کند. مردان در مقایسه با زنان، بیشتر در معرض خطرات و ریسک‌های سلامت قرار دارند، از آن رو که جنسیت می‌تواند تا حد زیادی تعیین‌کننده میزان کنترل منابع اجتماعی - اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی شان باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵)

زنان دوبرابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری‌های جنسیتی و اجبار در ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند.

مردان متأسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخاشگری و جامعه‌ستیزی می‌شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج‌ترین اختلال در میان زنان، اختلالات ترس است (همان: ۱۱۶)

۲-۵- شهرنشینی (از فاکتورهای عوامل محیطی)

با وجود وفور منابع موجود و دسترسی آسان‌تر به خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در شهرها نسبت به مناطق روستایی شهرنشینی با بسیاری از چالش‌های سلامت از جمله آب، محیط، خشونت و حوادث، بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، مصرف دخانیات، رژیم ناسالم غذایی، عدم تحرک جسمانی، سوء مصرف مواد و خطر طغیان بیماری‌ها همراه است.

در این شرایط محیط‌های شهری به عنوان یک تعیین‌کننده سلامت، بر پیامدهای بهداشتی تأثیر مشخصی دارند و وضعیت محیطی، اجتماعی و زیرساخت‌های فیزیکی، موجب رشد بار بیماری‌های واگیر و غیرواگیر می‌شوند. افزایش فزاینده جمعیت شهرنشین، حوادث ترافیکی، آلودگی هوای شهری، چاقی یا اضافه وزن و سایر وضعیت‌های مرتبط نظیر نداشتن تحرک بدنی، فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی عروقی، پوکی استخوان، دیابت نوع ۲ و انواع معینی از بیماری سرطان را همراه دارد که از نظر هزینه‌های زیاد مراقبت و از دست دادن تولید، بار اقتصادی مهمی را بر کشورها وارد می‌کند. سبک زندگی در محیط‌های شهری منجر به وضعیتی می‌شود که با افزایش میزان استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد، خشونت و شیوع ایدز همراه بوده و بهداشت روان و سلامت ساکنین را به خطر می‌اندازد. همچنین محیط‌های

شهری در برابر بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی نظیر سیل، زلزله، آتش‌سوزی‌ها و مخاطرات شیمیایی و فیزیکی آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. (رمضانخانی، ۱۳۸۲، شماره ۳۶)

۳- بررسی عوامل مؤثر بر سلامت در کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (استخراج مدل اقتصادسنجی)

برای بررسی عوامل مؤثر بر سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی، لازم است ابتدا شناخت مختصری از سلامت این کشورها احراز کنیم سپس به مدل‌سازی عوامل تأثیرگذار بر سلامت کشورها بپردازیم. بنابراین این بخش شامل دو قسمت می‌شود که بخش اول وضعیت سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی را بررسی می‌کند و بخش دوم به مدل‌سازی تحقیق می‌پردازد.

۳-۱- وضعیت سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (WHO(2009))

نشان دادن چهره کلی سلامت کشورهای اسلامی با بررسی آمار مربوط به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان این کشورها و تحلیل این شاخص‌ها صورت می‌گیرد. که در تحقیق حاضر آمار مربوط به سال ۲۰۰۹ (آخرین سال همه‌داده‌های موجود سازمان بهداشت جهانی) مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد.

در میان ۵۶ کشور منتخب مورد بررسی بیشترین میزان شاخص امید به زندگی به ترتیب مربوط به کشورهای نیوزیلند و امارات با ۸۰.۳ و ۷۷.۸ می‌باشد و کمترین میزان این شاخص مربوط به کشور افغانستان با ۴۴ سال می‌باشد. امید به زندگی در کشور ایران در سال مورد بررسی حدود ۷۱ سال می‌باشد که نسبت به سالهای اخیر رو به رشدی داشته است. البته رشد این شاخص در تقریباً تمامی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی بالاخص در سالهای اخیر محسوس می‌باشد که این عامل می‌تواند به علت افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، افزایش سطح سواد و توجه دولتها به این بخش، باشد.

در مجموع، از مقایسه میانگین امید به زندگی در کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (۶۵.۸۱) با کشورهای اسلامی، مشخص است که به صورت تقریبی، امید به زندگی کشورهای مسلمان خاورمیانه و شمال آفریقا (۷۱) و کشورهای عربی (۶۹) نسبت به میانگین این سازمان در وضعیت مناسبی قرار داشته و امید به زندگی در کشورهای مرکزی و جنوبی آفریقا بسیار پایین می‌باشد. البته میانگین امید به زندگی در این کشورها به صورت کلی نسبت به میانگین کشورهای توسعه‌یافته (حدود ۸۰) و حتی میانگین کشورهای در حال توسعه (حدود ۷۰) بسیار پایین‌تر می‌باشد.

در رابطه با شاخص نرخ مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال نیز، کشور های نیوزیلند و مالزی با ۶ و ۷ در هر هزار نفر کمترین میزان این شاخص را به خود اختصاص داده اند. این در حالی است که ایران با نرخ ۲۷ نسبت به میانگین بسیار بالای ۶۵.۸ در این گروه در جایگاه نسبتاً مناسبی قرار دارد. البته این نرخ نسبت به سالهای گذشته، کاهش قابل توجهی داشته که این امر می تواند ناشی از افزایش دسترسی مردم به مراقبت های بهداشتی اولیه، افزایش پوشش بیماریهای واگیردار و عواملی از این قبیل بوده است.

از شاخصهای اثر گذار دیگر در بخش بهداشت و درمان که تحت عنوان شاخصهای منابع از آنها یاد شده و از مهمترین عوامل در مدیریت تخصیص منابع بخش سلامت محسوب می شوند، تعداد پزشکان نسبت به جمعیت و تعداد تخت بیمارستانی (به ازای هر هزار نفر می باشد) که آمار این دو بخش برای کشورهای اسلامی ناقص بوده و به صورت کامل قابل بهره برداری نمی باشد. با این وجود بالا بودن این دو شاخص در کشورها به معنای کارا بودن استفاده از منابع بخش درمان می باشد.

شاخص مورد بررسی دیگر در میان کشور عضو سازمان کنفرانس اسلامی، که از شاخص های نشاندهنده میزان مشارکت در سال ۲۰۰۹ می باشد، درصد هزینه های سلامت از کل GDP است. در کشورهای مورد بررسی کشورهای نیوزیلند، کنگو و اردن ۱۰ درصد از GDP خود را به بخش سلامت اختصاص داده و رتبه های اول را کسب نموده اند. این در حالی است که کشورهای ترکمنستان، پاکستان و اندونزی ۲ درصد از GDP خود را به بخش سلامت اختصاص می دهند. ایران نیز با حدود ۶ درصد نسبت به میانگین ۵.۳۶ در این گروه از جایگاه نسبتاً مناسبی برخوردار است. شاخص دیگر مورد بررسی مشارکت در این تحقیق، درصد هزینه های بهداشت عمومی از کل هزینه های بخش بهداشت و درمان است. این شاخص نشاندهنده میزان تأمین مالی هزینه های بخش بهداشت و درمان توسط دولت می باشد. در این میان کشورهای عمان و الجزیره با ۷۹ درصد، بیشترین میزان مشارکت دولت و افغانستان با ۱۲ درصد، کمترین میزان هزینه های سلامت را به خود اختصاص می دهند. کشور ایران نیز با میزان ۴۱ درصد مشارکت دولت در هزینه های بخش سلامت در جایگاه متوسطی قرار دارد.

با مشاهده بسیاری از شاخص های مربوط به این بخش، پر واضح است که کشورهای مسلمان در وضعیت سلامت در موقعیت مطلوبی قرار ندارند؛ و از همین رو بررسی عوامل مؤثر در سلامت این کشورها و مشخص کردن تأثیر گذارترین این عوامل در این راستا به منظور توجه بیشتر به آنها، مطرح می شود.

۴- مدل‌های پژوهش و متغیرهای آن

بر اساس مطالب مطرح شده در تحقیق حاضر، عوامل اقتصادی، اجتماعی و محیطی از تأثیر گذارترین عوامل بر سلامت هستند که این موارد با مدل مطرح شده گروسمن (۱۹۷۲)، که سلامت را تابعی از عوامل مذکور مطرح می‌کند، همخوانی دارد، پس مدل سازی تحقیق حاضر به صورت زیر می‌باشد:

$$H = F(X) \quad (1)$$

H در تابع مذکور، تخمینی از ستاده‌های سلامتی فرد است که با متغیرهای امید به زندگی، مرگ و میر کودکان و نوزادان و ناخوشی‌های ناشی از بیماری نشان داده می‌شود (Beherman and Deolalikar (1988: 698 - 707) و (Grossman (1972))
 X داده‌های سلامتی فرد می‌باشد که شامل شرایط اقتصادی، اجتماعی، محیطی و ... است؛ بر این اساس تابع شماره (۱)، به صورت زیر نشان داده می‌شود:

$$H = F(Y, S, V) \quad (2)$$

Y = متغیرهای اقتصادی؛

S = متغیرهای اجتماعی؛

V = متغیرهای محیطی؛

H = سلامت

هر کدام از متغیرهای مطرح شده، به چند زیر بخش تقسیم می‌شوند به صورت زیر:

$$H = F(y_1, y_n, s_1, \dots, s_m, v_1, \dots, v_l) \quad (3)$$

که در تابع شماره (۳)، متغیرهای وابسته و مستقلی که در بخشهای قبلی مطرح شدند، مورد تخمین در مدل قرار گرفتند؛ و بهترین تخمین (به لحاظ معنی داری) را با شاخصهای مطرح شده در زیر آزمون کردیم.

در این تحقیق، متغیر امید به زندگی به عنوان مناسب ترین متغیر برای نشان دادن سلامت در کشورهای مسلمان انتخاب شد (H) و سایر متغیرهای مطرح شده مورد استفاده به صورت زیر تقسیم بندی شدند:

L: تعداد متغیرهای محیطی مورد استفاده؛

N: تعداد متغیرهای اقتصادی مورد استفاده؛

M: تعداد متغیرهای اجتماعی مورد استفاده.

Y_i : تولید ناخالص داخلی و y_2 = درصد هزینه‌های سلامت از کل GDP و y_3 : سرمایه‌گذاری در بخش سلامت که با مخارج بهداشتی در بخش سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی نشان داده می‌شود).

S_1 : نرخ باسواد (تحصیلات) و S_2 : جمعیت و S_3 : شرایط زندگی؛ که مصرف الکل و ابتلا به ایدز را به عنوان متغیرهای مربوط به شرایط زندگی در نظر گرفته و در تحقیق حاضر، درصد ابتلا به ایدز به عنوان متغیر مربوط به شرایط زندگی در نظر گرفته شده است.

V_i : شهرنشینی)

بر این اساس، مدلی که در تحقیق حاضر تخمین زده شده به صورت زیر می‌باشد:

$$\ln h = \beta_0 + \beta_1 \ln y_1 + \beta_2 \ln y_2 + \beta_3 \ln s_1 + \beta_4 \ln s_2 + \beta_5 \ln s_3 + \beta_6 \ln v + \Theta(4)$$

که در مدل (۴)، ضرایب β ، کشش متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و محیطی در تابع تولید سلامت می‌باشند.

۴-۱- معرفی متغیرهای استفاده شده در مدل

همانطور که مطرح کردیم، تولید سلامت در مطالعات مختلف توسط متغیرهایی نظیر امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان و کودکان و میزان ناخوشی‌های ناشی از بیماری نشان داده شده است (Auster (1988) در مطالعه حاضر، امید به زندگی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و محیطی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته می‌شوند.

از آنجاییکه این متغیرها در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می‌باشند، که این عامل به خاطر شرایط فرهنگی و محیطی کشورهای مختلف است (Behrman (1988)، نتیجه تخمین تابع فوق در کشورهای مختلف متفاوت است.

الف) GDP: افزایش تولید ناخالص داخلی، تأثیر مثبتی بر افزایش مصرف کالا و خدمات منابع مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی دارد و نهایتاً باعث افزایش شرایط سلامتی می‌شود (Grossman (1972)) اما برخی محققان معتقدند که ممکن است که افزایش GDP، باعث افزایش استرس و نتیجتاً شرایط سلامتی بدتری شود چراکه ممکن است منجر به رژیم‌های با چربی و قند بالاتر، ماشینهای سریعتر (و در نتیجه ورزش کمتر) و ... شود.

Fuchs (1994), Auster, Levenson, Sarachek (1969), Rodger (1979), Wilkinson (1992), Chris (tiansen (1994)

پس نمی توان نظر قطعی در مورد تأثیر این متغیر بر سلامت داد.

ب) سرمایه گذاری در بخش سلامت که با هزینه های انجام شده در بخش سلامت نشان داده می شود: درصد هزینه های سلامت از کل GDP، که هم هزینه های بخش عمومی و هم هزینه های بخش خصوصی سلامت را به خود اختصاص می دهد. (Hadley (1982)

ج) متغیرهای اجتماعی مورد استفاده در تحقیق شامل آموزش (که با نرخ باسوادی نشان داده شده)، میزان ابتلا به ایدز یا مصرف الکل و جمعیت می باشد.

تأثیر آموزش در این تابع بسیار چشمگیر است چرا که بر انتخاب شغل مناسب، انتخاب رژیم غذایی مناسب، اجتناب از عادات ناسالم و ... تأثیر داشته و به صورت مستقیم بر کیفیت زندگی افراد به لحاظ سلامتی تأثیر می گذارد. ((Berger, Leigh(1989), Taubau, Rosen(1982), Grossman (1972))

در تحقیق حاضر نرخ باسوادی بزرگسالان را به عنوان شاخص آموزش در نظر گرفته ایم که انتظار می رود تأثیر مثبتی بر سلامتی داشته باشد.

دومین عامل اجتماعی تأثیر گذار شرایط زندگی است که آن را با ابتلا به ایدز و یا مصرف الکل نشان می دهند. در تحقیق حاضر ابتلا به ایدز را به عنوان شاخص شرایط زندگی در نظر گرفتیم که تأثیر زیادی بر کاهش کیفیت زندگی بالاحص در جوامع آفریقایی دارد. تأثیر این متغیر بر سلامت در جوامع مختلف، متفاوت می باشد.

د) متغیر محیطی مورد استفاده در تحقیق، نرخ شهرنشینی یا سهمی از کل جمعیت است که در نواحی شهری زندگی می کنند. این متغیر به صورت بالقوه هم تأثیر مثبت و هم تأثیر منفی بر سلامت دارد. ((Thornton(2002) از جنبه مثبت، شهرنشینی اطلاعات سلامتی و دسترسی به خدمات مراقبتهای بهداشتی درمانی را افزایش می دهد ((Rosen and Shultz(1982)

از طرفی علاوه بر بالا بودن هزینه های مراقبت درمان در مناطق شهری، شهرنشینی با آلودگی و شلوغی همراه است که تأثیر منفی بر سلامت دارد. ((Thornton(2002) با کنار هم قرار دادن هر دو جنبه شهرنشینی، مشخص است که تأثیر این متغیر بر سلامت وابسته به تأثیر خالص (برآیند) این دو جنبه است.

۵- روش شناسی پژوهش

این مطالعه با استفاده از داده های سالانه سری زمانی و به روش پانل دیتا برای کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (OIC^۴)، که در ۴ قاره جهان پراکنده‌اند و براساس نوعی تقسیم بندی رسمی،

به سه گروه عرب، آفریقایی و آسیایی تعلق دارند، و در سالهای ۲۰۰۹-۱۹۹۵ تخمین زده شده است. آمار مربوطه از بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی و سایر ارگانهای وابسته استخراج شده است.

۶- نتایج پژوهش

نتایج تخمین مدل شماره (۴)، به عنوان تابع تولید سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی، در جداول ۱ و ۲ آمده است. در مدل حاضر برای معین کردن روش تخمین مدل از آزمون F مقید استفاده می‌کنیم که مشخص شود که آیا روش OLS برای تخمین مدل از کارایی کافی برخوردار است یا خیر؟

جدول ۱- نتایج انتخاب الگو (آزمون F مقید)

عناوین	مقدار آماره آزمون (statistic)	درصد خطا (prob)
نتایج مدل	۳۵۰.۳۴	۰.۰۰۰

مأخذ: یافته‌های تحقیق

بر اساس نتایج جدول ۱ مشخص است که، مدل OLS ناکارا بوده بنابراین با استفاده از آزمون هاسمن به تجزیه و تحلیل روش اثرات ثابت یا تصادفی پرداخته که نتایج موجود در جدول ۲ به خوبی نشان دهنده پذیرش random effect می‌باشد.

جدول ۲- نتایج انتخاب الگو (آزمون هاسمن)

عناوین	مقدار آماره آزمون	درصد خطا
نتایج مدل	۰.۰۰۶	۱.۰۰۰

مأخذ: یافته‌های تحقیق

در تخمین مدل مربوطه، به منظور رفع مشکل واریانس ناهمسانی از روش GLS استفاده شده و اقدام به موزون نمودن متغیرهای الگوی رگرسیون می‌نماییم. نتایج در جدول ۳ به صورت کامل آورده شده است.

جدول ۳- نتایج تخمین تابع تولید سلامت

متغیرها	ضرایب	Prob.
C	4.67	0.003
Y ₁ ?	0.1	0.000
Y ₂ ?	0.08	0.004
S ₁ ?	0.003	0.000
S ₂ ?	-0.03	0.000
S ₃ ?	-0.043	0.000
v?	0.02	0.03
R-squared		0.79
Adjusted R-squared		0.78
Prob(F-statistic)		0.000
Durbin-Watson stat		۱.۹۱

مأخذ: یافته‌های تحقیق (در سطح ۵٪ و ۱۰٪)

پایین بودن ضرایب متغیرهای وابسته به خاطر این است که مدل به صورت لگاریتمی بوده و تمامی ضرایب کشش متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و محیطی نسبت به سلامت می‌باشند. بر اساس آمار مربوط به جدول فوق اولاً مشخص است که کل مدل معنی دار بوده و بالا بودن آماره دوربین-واتسن به میزان ۱.۹۱، عدم خودهمبستگی در متغیرها را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، افزایش در GDP، سرمایه‌گذاری در سلامت، نرخ باسوادی و نرخ شهرنشینی، وضعیت سلامتی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی را افزایش می‌دهد به عبارتی ۱ درصد افزایش در لگاریتم تولید ناخالص داخلی، حدود ۰.۱ درصد امید به زندگی را افزایش می‌دهد. به همین ترتیب ۱ درصد افزایش در سرمایه‌گذاری در سلامت، نرخ باسوادی و نرخ شهرنشینی، به ترتیب حدود ۰.۰۸، ۰.۰۳ و ۰.۰۲ درصد، امید به زندگی را افزایش می‌دهد. به همین ترتیب کاهش در ابتلا به بیماری ایدز از طریق پیشگیری‌های مناسب در این زمینه به بهبود وضعیت سلامتی جوامع کمک می‌کند. از طرفی علامت منفی ضریب متغیر جمعیت به وضوح نشان دهنده این عامل است که هر چقدر کشورهای مسلمان از جمعیت کمتری برخوردار باشند، رسیدگی به شرایط سلامتی توسط دولتمردان این کشورها در وضعیت بهتری بوده و سیاست‌گذاران موفق به تصمیمات سلامتی بهتری برای بهبود شرایط جامعه می‌شوند. بعلاوه، در تخمین تابع تولید سلامت کشورهای اسلامی، کوچکتر از واحد بودن مجموع کشش‌های این تابع تولید نشان دهنده بازده کاهنده به مقیاس این تابع تولید در کشورهای مذکور می‌باشد.

۷- نتیجه‌گیری و بحث

مطالعه حاضر سعی کرده است تا با بیانی تحلیلی، اولاً وضعیت سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی را مورد بررسی قرار دهد سپس، عوامل مؤثر بر سلامت این کشورها را با استفاده از مدل سازی ریاضی مورد نقد و بررسی قرار دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده با بررسی آمارهای مربوط به سلامت در کشورهای مسلمان، موارد زیر حاصل می‌شود:

الف) شاخص امید به زندگی طی سالهای اخیر، روند رو به رشدی داشته است که این عامل می‌تواند به علت افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، افزایش سطح سواد و توجه دولتها به این بخش، باشد.

ب) به صورت میانگین در ۲۰۰۹، امید به زندگی در کشورهای مسلمان ۶۵.۸۱ بوده که به طور کلی نسبت به میانگین کشورهای توسعه یافته و حتی میانگین کشورهای در حال توسعه پایین تر می‌باشد. ب) شاخص نرخ مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال نیز، در سالهای اخیر، کاهش قابل توجهی داشته و این امر ناشی از افزایش دسترسی مردم به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افزایش پوشش بیماریهای واگیردار و عواملی از این قبیل می‌باشد.

ج) در کشورهای مورد بررسی کشورهای نیوزیلند، کنگو و اردن ۱۰ درصد از GDP خود را به بخش سلامت اختصاص داده و رتبه‌های اول را در اختصاص بودجه به بخش سلامت، کسب نموده‌اند. این در حالی است که کشورهای ترکمنستان، پاکستان و اندونزی با اختصاص ۲ درصد از GDP خود به بخش سلامت، کمترین رتبه را در این گروه به دست آوردند.

در شاخص درصد هزینه‌های بهداشت عمومی از کل هزینه‌های بخش بهداشت و درمان نیز که نشاندهنده میزان تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان توسط دولت می‌باشد، کشورهای عمان و الجزیره با ۷۹ درصد، بیشترین میزان مشارکت دولت و افغانستان با ۱۲ درصد، کمترین میزان هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهند.

با مشاهده شاخص‌های مطرح شده و بسیاری از شاخص‌های دیگر مربوط به این بخش، پر واضح است که کشورهای مسلمان در وضعیت سلامت نسبت به کشورهای توسعه یافته و حتی در حال توسعه در موقعیت مطلوبی قرار ندارند؛ و از همین رو بررسی عوامل مؤثر در سلامت این کشورها و مشخص کردن تأثیر گذارترین این عوامل در این راستا به منظور توجه بیشتر به آنها، مطرح می‌شود که با مدل سازی تحقیق بیان می‌شود.

بر اساس نتایج مربوط به مدل تحقیق، که عوامل مؤثر بر سلامت کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی را در دوره زمانی ۲۰۰۹ - ۱۹۹۵ و با استفاده از روش پانل دیتا، مورد بررسی قرار دهد؛ نشان داده شده که، اولاً، افزایش در GDP، نرخ باسوادی، نرخ شهرنشینی و کاهش در جمعیت و ابتلا به ایدز در کشورهای مذکور، تأثیر معنی داری روی امید به زندگی (شاخص سلامت در کشورهای اسلامی) دارد بعبارتی هر چقدر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در کشورهای اسلامی وضعیت مطلوب تری داشته باشد، سلامت این کشورها در موقعیت بهتری بوده و امید به زندگی آنها افزایش می‌یابد؛ به صورت کلی نتیجه تحقیق حاضر با پیشینه پژوهش همسو می‌باشد چرا که بر اساس مطالعات تحلیلی - توصیفی صورت گرفته، بهبود وضعیت اقتصادی - اجتماعی و محیطی منجر به بهبود سلامت می‌شود و این امر در تحقیق حاضر و با استفاده از مدل سازهایی ریاضی مورد تأیید قرار گرفت.

فهرست منابع

- ۱) سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال؛ شاخص‌های سلامت اجتماعی مجله سیاسی-اقتصادی، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴، آذر و دی ۱۳۸۳ - صص ۲۵۳
- ۲) خیراله پور، اکبر، (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه " پایان نامه کارشناسی ارشد « مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- ۳) کنگرلو، مریم، (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.
- ۴) محمدی اصل، عباس؛ سلامت اجتماعی در ایران؛ نشریه گزارش، شماره ۱۴۵، فروردین ۱۳۸۲
- 5) دانشگاه تهران، ۱۳۸۰ اسفند، دانشجویان روان بهداشت سمینار اولین مقالات خلاصه مجموعه
- 6) Auster,R.,Levenson,I. and Sarachek, D.(1969) , “ The Production of Health,an Exploratory study”, Journal of Human Resources, 4: 411-36.
- 7) Berger,M.and Leigh, J.(1989),”Schooling, self-selection and health” Journal of Human Resources,24:433-55.
- 8) Behrman,Jere R. And Anil B.(1988),” health and Nutrition,”Hand – book of Development Economics, volume I:1988, Amsterdam: North Holland.
- 9) Fuchs,V.,(1994),The Future of Health policy, Harvard university press: Cambridge.
- 10) Grossman,M.(1972),The Demand for Health : NBER: New York.
- 11) Grossman Model of Health Demand, presented by TIM Kautz, Econo 350, win 2010
- 12) Hadley,J.(1982), More Medical Care,Better Health, Urban Institute:Washington DC.
- 13) Keyes , C.M . & Shapiro , A . (2004) . Social Well – bing in U.S : A descriptive epidemiology . In Orville Brim , Carol D .

- 14) Keyes , C . M (200۵) . Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology . 73 . 539 – 548
- 15) Keyes , C . M , & Ryff , C . D (2000) . Subjective change and mental health : a self – concept theory . Social psychology Quarterly . 63 . 264 – 279
- 16) .Keyes , C . M , Shmotkin . D , & Ryff , D . D . (2002) optimizing well-being : The Empirical Encounter of Two Traditins . Journal of Personality and Social Psychology . 82 (6) , 1002 – 1022
- 17) Rosen,S. and Taubman, P.(1982),”Some socioeconomic Determinants of Mortality”Economics of Health Care:1982,New York.
- 18) Thornton,J.(2002),” Estimating a Health Production Function for the US: SOME NEW evidence” Applied Economics,34: 59-62.
- 19) <http://WWW.WHO.Com>
- 20) <http://WWW.World bank. Com>

یادداشت‌ها

- ¹- Ross & Vu
- ²- LillarD -Waite
- ³-Marks - Lambert
- ⁴- Organization of Islamic Cooperation