

بررسی تأثیر هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت بر فقر در کشورهای در حال توسعه

جواد هراتی^۱، تورج هراتی خلیل آباد^{۲،۳*}، عزیز رضاپور^{۴،۵}

• دریافت مقاله: ۹۵/۸/۱۲

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۱۱/۱۰

• پذیرش مقاله: ۹۵/۱۱/۱۲



چکیده

مقدمه: تحولات قرن بیست و یکم و به وجود آمدن شکاف توسعه یافتگی بین کشورها، منجر شد مکاتب اقتصادی به مشکلات فقر و عوامل اثرگذار بر آن به عنوان پیامد توسعه نیافتگی توجه خاصی مبذول نمایند. سلامت و هزینه‌های مرتبط با آن از ابزارهای برون برد دولت‌ها از معضل فقر محسوب می‌گردد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مطالعات اقتصادسنجی (پنل دیتا) برای ایران و ۳۰ کشور در حال توسعه برای دوره زمانی ۱۳۸۴-۱۳۹۱ بود. به منظور تعیین اثر هزینه‌های سلامت بر نسبت سرشمار فقر، از آزمون‌های هاسمن و چاو به منظور انتخاب نوع تخمین مدل رگرسیونی با اثرات ثابت یا تصادفی استفاده گردید. تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار Eviews نسخه ۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هزینه‌های سلامت تأثیر چشمگیرتری بر فقر داشتند به گونه‌ای که یک واحد افزایش در هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت به ترتیب سبب ۲/۹۳- کاهش و ۱/۱۹ واحد افزایش در نسبت سرشمار فقر می‌شود. میزان دسترسی به تسهیلات بهداشتی و نرخ ثبت نام در مقطع ابتدایی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۱- و ۰/۳۴ تأثیر کمتری در مقایسه با هزینه‌های سلامت بر نسبت سرشمار فقر داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیرات چشمگیر بهداشت و آموزش بر بهبود وضعیت فقر، ضرورتاً کشورهای باید توجه بیشتری بر سیاست‌های تأمین مالی بخش سلامت و همچنین گسترش هرچه بیشتر تصدی‌گری دولت در تأمین مالی بخش سلامت به جای بخش خصوصی داشته باشند.

واژگان کلیدی: هزینه‌های عمومی سلامت، هزینه‌های خصوصی سلامت، نسبت سرشمار فقر

ارجاع: هراتی جواد، هراتی خلیل آباد تورج، رضاپور عزیز. بررسی تأثیر هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت بر فقر در کشورهای در حال توسعه. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۳۴۵-۳۴۵.

۱. استادیار، گروه اقتصاد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.
 ۲. دانشجوی دکترا، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۳. دانشجوی دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهشی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
 ۴. استادیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
 ۵. استادیار، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- * نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۷۱۶۱۵
 Email: Toorajharati@gmail.com

مقدمه

از گذشته تاکنون یکی از جدال‌های جدی که ساختار اجتماعی - سیاسی دولت‌ها را در بر گرفته است، تعریف فقر و شناسایی عوامل مؤثر بر این پدیده می‌باشد. همواره بر سر این مسئله که فقر چیست، کشمکش وجود داشته است، زیرا فقر مفهومی پیچیده و جنجالی است (۱) آن چنان که علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه‌های علوم اجتماعی، تعریف جامع و کلی از فقر و توافق جهان شمولی برای محاسبه اندازه آن وجود ندارد (۲) به همین منظور مبحث فقر از آن جهت اهمیت دارد که حیات اجتماعی را به خطر می‌اندازد و کرامات انسانی را تهدید می‌کند (۳).

پژوهشگران جهت تعریف و شناسایی عوامل تأثیر گذار بر فقر، جنبه‌های بهداشتی، آموزشی و درآمدی مؤثر بر فقر را در نظر گرفته‌اند که در این بین در بیشتر مطالعات تأثیر جنبه درآمدی و آموزشی بیشتر از سایر عوامل بر فقر مورد بررسی قرار گرفته است (۴).

در کنار پیچیدگی‌های شناخت و تعریف عوامل مؤثر بر فقر، روند رو به افزایش نرخ فقر در کشورهای مختلف از جمله مسائل دیگر این پدیده می‌باشد. بر اساس گزارش‌های سازمان ملل متحد، تعداد فقرا در سرتاسر جهان به خصوص در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه، روزبه‌روز در حال افزایش می‌باشد. بر اساس یک معیار بین المللی (درآمد ۱ دلار در روز) در حدود ۱/۲ میلیارد نفر زیر خط فقر کامل به سر می‌برند که اگر ملاک تعیین خط فقر ۲ دلار در روز در نظر گرفته شود، این تعداد به ۲/۸ میلیارد نفر می‌رسد یعنی تقریباً نیمی از مردم جهان فقیر محسوب می‌شوند (۵).

با این تفاسیر و با توجه به این آمار، شناخت خط فقر و عوامل مؤثر بر آن یکی از مسائل و موضوعات اساسی در مطالعات پژوهشگران می‌باشد به گونه‌ای که اغلب دولت‌هایی که مشروعیت خود را از مردم دریافت می‌کرده‌اند، همواره به دنبال استفاده از روش‌هایی بوده‌اند تا بتوانند توزیع عادلانه درآمد و ثروت را محقق کرده و فقر و نابرابری درآمدی را کنترل کنند (۶). می‌توان گفت عوامل متعددی مانند رکود اقتصادی، بیکاری شدید، تغییرات جمعیتی و سایر عوامل اجتماعی، اقتصادی همراه با اتخاذ روش‌های معمولی تأمین نیازهای مردم (به شکل پرداخت یارانه‌های عام و غیره‌دفمند) سبب گردیده تا همچنان کشورهای با معضل فقر و عواقب ناشی از آن درگیر باشند (۷).

در این میان هزینه‌های سلامت، علی‌الخصوص هزینه‌های سلامت پرداخت شده از جیب برای درمان و دارو یکی از عوامل مهم در ایجاد فقر می‌باشد. در اکثر کشورهای در حال توسعه به دلیل پوشش ناکافی بیمه و بنیه ضعیف دولت در حمایت از بخش سلامت و اقساط آسیب‌پذیر، هزینه‌های سلامت پرداخت شده از جیب برای درمان و دارو از کل هزینه‌های سلامت، نسبت به کشورهای توسعه یافته ملموس‌تر می‌باشد که این خود منجر به این می‌گردد که خانوارهای زیادی با هزینه‌های کمرشکن درمانی مواجه گردند و به همین دلیل خانوارها و افراد بیشتری در معرض قرار گرفتن در زیر خط فقر باشند (۸). گذشته از هزینه‌های اندک سلامت، اکثر کشورهای در حال توسعه از سطح سواد و آموزش پایین در کلیه مقاطع تحصیلی برخوردار می‌باشند که این یکی دیگر از مشکلات این گونه کشورها در فرآیند توسعه می‌باشد (۹).

افزایش ضریب جینی، یعنی ناعادلانتر شدن ساختار توزیع، شاخص فقر سن ۰۰۸۲٪ درصد افزایش می یابد (۱۱).

مهربانی نیز به این نتیجه رسید که بین نرخ ثبت نام در مقطع دبیرستان رابطه معکوس و معنادار با فقر و نابرابری درآمدها دیده می شود و نسبت مخارج آموزشی به (GNP: Gross National Production) نیز رابطه معکوس و معنادار بر فقر و نابرابری داشت (۶). از سویی دیگر، نورمحمدی و حاضری در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که یک درصد افزایش در نسبت مخارج و هزینه های دولت به تولید ناخالص داخلی، موجب ۱۴٪ کاهش در نسبت سرشمار فقر می گردد (۳).

نتایج مطالعه علمی و همکاران نیز مبنی بر آن بود که درآمد حاصل از شغل شاغلان مناطق شهری کشور تأثیر مثبت و معنی داری بر فقر دارد و به مراتب با افزایش هرچه بیشتر سطح تحصیلات افراد، اثر افزایش درآمد بر کاهش فقر بیشتر می شود (۱۲).

در بین مطالعات خارجی نیز، محمود و صدیق در مطالعه ای که به بررسی رابطه کوتاه مدت و بلندمدت هزینه های دولتی با فقر پرداختند به این نتیجه رسیدند که در کوتاه مدت، همانند بلندمدت رابطه معکوسی بین هزینه های دولتی با فقر وجود دارد (۱۳).

همچنین نتایج مطالعه ای که توسط Karan و Garg صورت گرفت گواه بر این بود که به منظور کاهش اثرات هزینه های سلامت پرداخت شده از جیب بر وضعیت رفاهی افراد، بایستی دسترسی دارویی افراد به تسهیلات عمومی و سوبسید تعلق گرفته به جمعیت شهری و روستایی افزایش یابد (۸). همچنین با مروری اجمالی بر مطالعات فقر در کشورهای مختلف دنیا می توان دریافت که عواملی چون رشد

بر اساس نظریه اقتصاد خرد، از آن جا که دریافتی نیروی کار بر اساس بهره وری نیروی کار می باشد و از آنجا که آموزش و سلامت نیروی کار نیز از مهم ترین عوامل تعیین کننده کارایی و بهره وری است؛ بنابراین هر چه سطح آموزش نیروی کار بالاتر باشد، درآمد نسبی او نیز بیشتر خواهد بود. به این ترتیب، قشر فقیر و محروم جامعه با کسب آموزش و بهبود سلامت، می توانند از بند فقر رهایی یابند. شاید به این خاطر باشد که Galbraith می گوید هیچ جامعه تحصیل کرده ای فقیر نیست و هیچ جامعه بی سوادی ثروتمند نیست (۹). در کنار نقش سواد و آموزش بر فقر، سطح سلامت نوعی دیگر از سرمایه انسانی محسوب می گردد به گونه ای که با ارتقاء سطح سرمایه سلامت افراد علی الخصوص نیروی کار، می تواند موجب بهره وری و تولید بیشتر و ایجاد درآمد و رفاه بیشتری گردد. این به نحوی است که بهداشت مناسب موجب تندرستی مردم و افزایش توان بالقوه و بالفعل نیروی کار می شود و نیروی کار سالم تر نیز سهم بیشتری در افزایش تولید و رشد اقتصادی خواهد داشت و به تناسب، فقر و تبعات آن در جامعه کاهش می یابد (۱۰).

با نگاهی اجمالی بر بیشتر مطالعات صورت گرفته بر روی معضل فقر و مباحث مرتبط با آن به راحتی می توان دریافت که فقر پدیده ای چند بعدی می باشد که در طول تاریخ و در مطالعات صورت گرفته در این حوزه سیاست ها و راهکارهای مختلفی پیشنهاد گردیده است.

حسن زاده به این نتیجه دست یافت که به ازای هر یک درصد افزایش در میزان رشد اقتصادی استان های کشور، متوسط حجم فقر به اندازه ۰۰۰۰۳۴٪ درصد کاهش می یابد. همچنین به ازای هر یک درصد

تنها ۳۰ کشور از جمله ایران که در گزارش‌های توسعه انسانی سازمان توسعه بین‌الملل به عنوان کشورهای در حال توسعه دسته‌بندی شده بودند برای دوره زمانی مدنظر در مطالعه انتخاب گردیدند (۱۸).

با توجه به ادبیات موضوع و با در نظر گرفتن مطالعات تجربی مطرح شده در خصوص تأثیر هزینه‌های سلامت و آموزش بر فقر الگوی زیر برای کشورهای منتخب (اسامی کشورهای منتخب در حال توسعه که در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند عبارت بودند از: ایران، اروگوئه، آذربایجان، اکوادور، بولیوی، ونزوئلا، هندراس، السالوادور، پاناما، پرو، پاراگوئه، جامائیکا، قرقیزستان، جمهوری دومینکن، اندونزی، پاکستان، گرجستان، ارمنستان، برزیل، مکزیک، مقدونیه، قزاقستان، لهستان، رومانی، صربستان، مونتنگرو، تایلند، ترکیه، اوکراین، کلمبیا) در حال توسعه ارائه می‌گردد (۱۱، ۱۳، ۱۴).

اقتصادی، کاهش نابرابری درآمدی، افزایش هزینه‌های سلامت و همچنین افزایش سرمایه‌گذاری در احداث جاده‌های روستایی و تسهیلات زیربنایی بهداشتی موجب کاهش فقر می‌گردند (۱۷-۱۴).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع فقر و نقش سلامت و هزینه‌های مرتبط با آن در بهره‌وری افراد، در این مطالعه به دنبال مشخص کردن تأثیر هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت بر فقر در کشورهای منتخب در حال توسعه و ایران می‌باشیم.

روش بررسی

مطالعه حاضر، کاربردی و از نوع مطالعات اقتصادسنجی با رویکرد پانل دیتا می‌باشد که جامعه مورد مطالعه آن، کشورهای منتخب در حال توسعه برای دوره زمانی ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱ بود. با توجه به ناقص بودن داده‌های مورد نظر جهت اندازه‌گیری فقر در طی سال‌های مختلف و در بین کشورهای گوناگون

$$POV_{it} = F(puHE_{it}, prHE_{it}, ISF_{it}, PSE_{it}, REM_{it})$$

POV_{it} (Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population)) = نسبت سرشمار فقر در سطح خط فقر (۲ دلار در روز)

$puHE_{it}$ (Public Health Expenditures (% of Gross Domestic Production)) = هزینه‌های عمومی سلامت بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی

$prHE_{it}$ (Private Health Expenditures (% of Gross Domestic Production)) = هزینه‌های خصوصی سلامت بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی

ISF_{it} (Improved sanitation facilities (% of population with access)) = دسترسی به تسهیلات بهداشتی سالم بر حسب درصد جمعیت

PSE_{it} (School enrollment, primary (%Population)) = نرخ ثبت نام در مقطع ابتدایی بر حسب درصد جمعیت

REM_{it} (Personal Remittances, received (current US(\$)) = میزان وجه ارسالی شخصی دریافت شده

به طور کلی اثرات تمامی متغیرها در چارچوب مدل زیر مورد بررسی قرار گرفت:

$$POV_{it} = \alpha_i + \beta_1 puHE_{it} + \beta_2 prHE_{it} + \beta_3 ISF_{it} + \beta_4 PSE_{it} + \beta_5 REM_{it} + \varepsilon_t; \\ t=1, \dots, T$$

معیارهای اندازه‌گیری فقر در جوامع می‌باشد که قابلیت مقایسه بین‌المللی کشورها بر مبنای وضعیت فقر بر اساس این شاخص امکان‌پذیر می‌باشد. این شاخص نشان دهنده نسبت و درصدی از افراد فقیر است که در زیر خط فقر زندگی می‌کنند و اندازه این شاخص بین صفر (هیچ فرد فقیری در جامعه وجود نداشته باشد) و یک (کلیه افراد جامعه فقیر باشند) قرار دارد. روش محاسبه این نسبت به شکل زیر می‌باشد (۳):

$$H = P_0 = \frac{Q}{N}$$

H = نسبت سرشمار فقر Q = تعداد افراد فقیر N =
تعداد کل افراد جامعه

در هر مطالعه اقتصادسنجی در هر فرآیند تخمین، ابتدا نیاز به بررسی ایستایی متغیرها در طول زمان می‌باشد. در نرم‌افزار اقتصادسنجی Eviews نسخه ۶ به این منظور از آزمون‌های دیکی فولر و دیکی فولر تعمیم یافته برای بررسی این مهم استفاده شد. تمامی آزمون‌ها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

در برآورد یک الگوی داده‌های تابلویی در اولین گام لازم است تا پس از بررسی ایستایی متغیرها، نسبت به انتخاب مدل مناسب اقدام گردد. نتایج حاصل از

در این مدل i نشان دهنده سال و t نشان دهنده کشور بود. همچنین کلیه داده‌های موردنیاز برای انجام این مطالعه از منابع اینترنتی بانک جهانی و گزارش‌های توسعه سازمان ملل متحد گردآوری شد (۱۸، ۱۹). سپس برای برآورد مدل و تحلیل نتایج از نرم‌افزار Eviews نسخه ۶ استفاده گردید. اولین مسأله‌ای که در مطالعات پانل (مطالعاتی که به صورت همزمان در چند مقطع مکانی i و چند سال t مختلف انجام می‌شود) باید به آن توجه کرد، تعیین روش مناسب برآورد بود. در این راستا از آزمون چاو به منظور انتخاب مدل مناسب از بین دو الگو با اثرات تلفیقی و ثابت و از آزمون هاسمن برای انتخاب از بین دو مدل با اثرات تصادفی و ثابت استفاده شد.

از آنجا که این مطالعه در بین کشورهای مختلف انجام گرفت، جهت اندازه‌گیری فقر، بایستی شاخصی انتخاب گردد که علاوه در دسترس بودن اطلاعات مربوط به آن، قابلیت مقایسه در بین کشورهای مختلف را داشته باشد. برخلاف مطالعات متعددی نظیر مطالعه Chenery و همکاران که از معیار نابرابری درآمد، مطالعه Jha و همکاران که از معیار شکاف فقر، مطالعه Anderson و همکاران که از خط فقر مطلق به عنوان شاخص‌هایی برای اندازه‌گیری فقر استفاده نموده بودند (۲۰-۲۲)، این مطالعه از شاخص نسبت سرشمار فقر در سطح ۲ دلار در روز، به عنوان نماینده اندازه‌گیری فقر استفاده نمود. این شاخص یکی از رایج‌ترین

جدول ۲: نتایج آزمون‌های چاو و هاسمن به منظور انتخاب مدل

| آماره آزمون | مقدار آماره | درجه آزادی | احتمال |
|-------------|-------------|------------|--------|
| F | ۷/۹۲ | (۷ و ۱۹۸) | ۰/۰۰۰۰ |
| χ^2 | ۰/۰۰۰۰ | ۵ | ۱/۰۰۰۰ |

با توجه به آماره‌های به دست آمده از دو آزمون چاو و هاسمن، نتایج مبنی بر تخمین مدل با اثرات تصادفی بود. در جدول ۳ نتایج حاصل از تخمین مدل به صورت اثرات تصادفی گزارش گردیده است.

جدول ۳: نتایج حاصل از تخمین مدل اثرات تصادفی با متغیر وابسته نسبت سرشمار فقر

| متغیر | (آماره t) ضرایب |
|---------------------|-----------------|
| عرض از مبدأ | ۵۲/۷۲ (۳/۰۸) |
| puHE | -۲/۹۳ (-۳/۴۸) |
| prHE | ۱/۱۹ (۳/۴۰) |
| ISF | -۰/۸۱ (-۳/۶۱) |
| PSE | -۰/۳۴ (۳/۸۷) |
| REM | -۶/۳۷ (-۲/۵۷) |
| R-Square | ۰/۵۹ |
| آماره دوربین واتسون | ۰/۵۳ |
| آماره F | ۱۷/۰۵ |
| تعداد مشاهدات | ۲۴۰ |
| تعداد کشورها | ۳۰ |

نتایج حاصل از پانل دیتا برای ۳۰ کشور که در مجموع شامل ۲۴۰ مشاهده بود (۸ متغیر برای ۳۰ کشور) نشان داد که مخارج بهداشتی دولتی دارای تأثیر معنی‌داری در کنار سایر متغیرها بر بهبود وضعیت فقر بود. می‌توان بیان نمود که یک واحد افزایش (کاهش) در هزینه‌های عمومی سلامت سبب ۲/۹۳ کاهش (افزایش) در نسبت سرشمار فقر و میزان فقر می‌گردد. همچنین هزینه‌های خصوصی سلامت تأثیر منفی در بهبود مسئله فقر در جامعه داشت. ضریب این متغیر در مدل بررسی شده، ۱/۱۹ بود که از معنی‌داری بالایی

آزمون دیکی فولر و دیکی فولر تعمیم یافته به منظور بررسی ایستایی متغیرها نشان داد که کلیه متغیرها در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ ایستا بودند. علاوه بر این، مجموعه آزمون‌های تشخیصی صورت گرفته گویای این بودند که مدل به درستی تصریح گردیده است و جملات خطا دارای توزیع نرمال هستند. بر اساس آزمون‌های ناهمسانی واریانس و همخطی، جملات خطا در مدل، واریانس یکسانی داشتند؛ بنابراین بر اساس آزمون ولدریج مشکل همخطی در مدل وجود نداشت. به منظور بررسی ناهمسانی واریانس نیز از آزمون نسبت راست‌نمایی (LR: Likelihood Ratio) استفاده گردید. فرض صفر در این آزمون دلالت بر ناهمسانی واریانس داشت که بر اساس نتایج حاصل از آزمون LR، فرض صفر رد شد؛ بنابراین مدل مشکل ناهمسانی واریانس وجود نداشت. نتایج حاصل از آزمون‌های همخطی و ناهمسانی واریانس در جدول ۱ گزارش گردیده است.

جدول ۱: نتایج حاصل از آزمون ناهمسانی واریانس و همخطی

| آماره آزمون | مقدار آماره آزمون | نسبت راست‌نمایی | احتمال |
|------------------------|-------------------|-----------------|--------|
| آزمون ناهمسانی واریانس | ۳۵۲/۲۱ | | ۰/۰۰۳ |
| آزمون همخطی | ۱۵۸/۳۲ | | ۰/۰۰۰ |

در ادامه به منظور انتخاب مدل، از آزمون‌های چاو (انتخاب مدل با اثرات تلفیقی و ثابت) و آزمون هاسمن (انتخاب مدل با اثرات تصادفی و ثابت) استفاده گردید که نتایج حاصل از این آزمون‌ها در جدول ۲ گزارش گردیده است.

ادعا تأکید کرد که این نوع از هزینه‌ها یکی از کلیدی ترین عناصر در بهبود وضعیت فقر در جوامع مختلف می‌باشد که در کنار نتایج حاصل از این مطالعه، مطالعات بسیاری تصدیق کننده اثر مثبت و معنی دار و همچنین نقش پر رنگ مخارج بهداشتی بر کاهش فقر می‌باشند.

همچنین با نگاهی به ضریب متغیر هزینه‌های خصوصی سلامت، نتایج حاکی از رابطه منفی و معکوس این نوع از هزینه‌ها بر بهبود فقر می‌باشد. با توجه به عدم پوشش همگانی مخارج بهداشتی توسط دولت در کشورهای مورد مطالعه و همچنین عدم توسعه سیستم بیمه، مخارج بهداشتی از جیب، سهم عمده‌ای از مخارج بهداشتی خصوصی در این کشورها را شامل می‌شود که نهایتاً افزایش مخارج بهداشتی خصوصی به دلیل افزایش مخارج بهداشتی از جیب باعث افزایش فقر و سقوط هرچه بیشتر افراد با سطح درآمد پایین به زیر خط فقر می‌گردد که این نتایج با نتایج مطالعه Yardim و همکاران و مطالعه Garg و Karan همسو می‌باشد (۲۵، ۲۶).

از سویی دیگر سایر متغیرهای توضیح دهنده مدل اگرچه دارای اثرات معنی داری بر پدیده فقر می‌باشد؛ اما نسبت به هزینه‌های سلامت این اثرات کوچک‌تر بودند. با توجه به نتایج مطالعه نسبت جمعیت دارای دسترسی به تسهیلات بهداشتی به عنوان نماینده‌ای از مخارج عمرانی دولت و همچنین نرخ ثبت‌نام در مقطع ابتدایی به عنوان نماینده‌ای از وضعیت سطح سواد در کشور دارای تأثیر مثبت و معنی داری بر کاهش پدیده فقر می‌باشند که این نتایج نیز در راستای نتایج سایر مطالعات بود (۲۷، ۲۱، ۳). افزایش هرچه بیشتر دسترسی افراد به تسهیلات بهداشتی و همچنین افزایش هرچه بیشتر سطح سواد جوامع، موجب

برخوردار بود. سایر متغیرهایی که در مدل لحاظ گردید نیز دارای اثرات منطقی و معنی داری بر نسبت سرشمار فقر بودند. نرخ ثبت‌نام در مقطع ابتدایی و بهبود دسترسی به تسهیلات بهداشتی و همچنین میزان وجوه ارسالی شخصی متغیرهایی بودند که انتظار میرفت افزایش آن‌ها نقش مهمی در بهبود وضعیت و کاهش فقر داشته باشد. افزایش (کاهش) یک واحد در میزان این متغیرها به ترتیب موجب $0/81$ ، $0/34$ و $6/37$ واحد کاهش (افزایش) در نسبت سرشمار فقر در کشورهای مورد بررسی در مطالعه می‌گردید. با توجه به آماره F به دست آمده برای مطالعه، نتایج نشان دهنده معنی دار بودن کل رگرسیون بود. همچنین آماره $R^2=0/59$ به دست آمده نشان دهنده قدرت تقریباً بالای متغیرهای مستقل در توضیح دهندگی رفتار متغیر وابسته بود و بنابراین در سیاست‌گذاری‌ها می‌توان بر نتایج این مطالعه استناد نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

مباحث مربوط به فقر و فاکتورهای مؤثر برای این پدیده یکی از نگرانی‌ها و چالش‌های اصلی سیاست‌گذاران در تمام کشورهای دنیا، در سال‌های قبل بوده است. با توجه به نتایجی که از برآورد الگوهای اقتصادسنجی به دست آمد، می‌توان عنوان نمود که هزینه‌های سلامت، میزان دسترسی به تسهیلات بهداشتی و نرخ ثبت‌نام در مدارس جزء شاخص‌هایی کلیدی هستند که فقر را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

بنابراین بر اساس نتایج به دست آمده از تخمین داده‌های پانلی می‌توان ادعا نمود که هزینه‌های عمومی سلامت نقش مهمی را در بهبود وضعیت فقر در جوامع به عهده دارد. نتیجه این مطالعه همسو با نتایج مطالعات مشابه می‌باشد (۲۴، ۱۲، ۱۶). می‌توان بر این

هزینه‌های سلامت بخش خصوصی که باعث گسترش فقر می‌گردد بکاهند. همچنین توجه به تسهیلات بهداشتی و چگونگی دسترسی مردم به این تسهیلات و فراهم آوردن بستری مناسب جهت ارتقاء هرچه بیشتر بهداشت و همچنین تشویق هرچه بیشتر افراد و جوامع

به تحصیل در مقاطع مختلف تحصیلی، از عوامل مهم دیگری است که در ارتقاء بهره‌وری نیروی کار و افزایش فرصت‌های مناسب در جوامع در کاهش فقر نقش مهمی دارد.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت موضوع فقر در جوامع و چند علیتی بودن این پدیده پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در مورد سایر عوامل بهداشتی مؤثر بر فقر انجام گردد. همچنین معیارهای مختلف دیگری چون شکاف فقر در سطح خط فقر بین‌المللی برای اندازه‌گیری فقر وجود دارد که می‌توانند در مطالعات آینده به کار گرفته شوند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی به شماره ۹۳/۳۴۲ بود که در سال ۱۳۹۳ با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان اجرا شد.

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

افزایش قابلیت‌های فردی و اجتماعی آنان و در نهایت این باعث افزایش قدرت انطباق‌پذیری افراد با شرایط و حل مشکلات ناشی از فقر می‌گردد.

از سویی دیگر در این مطالعه وجوه و حواله‌های دریافتی شخصی نیز تأثیر منفی و معنی‌داری بر فقر در مدل مورد بررسی داشت که این نتیجه با نتایج مطالعاتی که توسط Acharya و Leon-Gonzalez و Sahu و Banga انجام گرفته بود، همخوانی دارد (۲۸،۲۹).

حواله و وجوه شخصی دریافتی به عنوان یکی از منابع خارجی برای تأمین مالی طرح‌های توسعه‌ای مختلف یکی از ابزارهای مؤثر جهت کاهش فقر در جوامع مختلف می‌باشد که با توجه به گسترش روزافزون مشکلات مالی و کمبود بودجه دولت‌ها به منظور مقابله با فقر می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.

با این تفاسیر و با استفاده از نتایج به دست آمده از تخمین‌های اقتصادسنجی در چهارچوب مدل مطالعه حاضر، نتایج حاکی از این می‌باشد که هزینه‌های عمومی و خصوصی سلامت نقش مهمی بر مسئله فقر دارند. همچنین با مقایسه اثر این هزینه‌ها با اثرات سایر متغیرهای موجود در مطالعه، به نقش پررنگ سلامت و هزینه‌های مرتبط با آن پی برده می‌شود.

بنابراین با نگاهی عمقی به ساختار سیستم بهداشتی کشورهای در حال توسعه، بیش از پیش می‌توان به نقش و اهمیت هزینه‌های سلامت پی برد به گونه‌ای که دولت‌ها باید حجم بیشتری از منابع مالی بخش سلامت را تدارک نمایند و از سویی دیگر با گسترده کردن هر چه بیشتر بیمه‌های دولتی، از میزان

References

1. Mohammadi MA, Vedadhir A, Seyfi A, Moshtagh R. Meta-analysis of poverty studies in

Iran. Social Welfare Quarterly 2012; 12(45):7-48. Persian

2. Mehreyar A. Poverty, definition and its measure. *Journal of Management and Development* 1994; 8(1):39-88. Persian
3. Nour Mohamadi M, Hazeri H. Factors related to urban poverty during (1984-2006). *Social Welfare Quarterly* 2010; 11(40):367 - 400. Persian
4. Zuluaga B. Different channels of impact of education on poverty: an analysis for Colombia (February 2007). [cited 2007 Feb 1] Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=958684> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.958684>
5. UNDP (United Nation Development Programme). *Human Development Report* 2006. Oxford University Press; 2006.
6. Mehrabani V. The Effect of education on poverty and income inequality. *Journal of Economic Research (Tahghighat-E-Eghtesadi)* 2011; 82(1): 211-25. Persian
7. Sadeghi H, Basakha M, Shaghghi V. Relation of Economic Growth with Poverty and Inequality in Developing Countries. *Social Welfare Quarterly* 2009; 8(33):27-44. Persian
8. Garg CC, Karan AK. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. *Health Policy Plan* 2009;24(2):116-28.
9. Galbraith JK. Economics in the century ahead. *The Economic Journal* 1991;101(404):41-6.
10. Amini A, Hejazi Azad Z. An analysis and assessment of health contribution to increasing labor productivity: a case study of Iran. *Iranian Journal of Economic Research* 2007; 9(30): 137-63. Persian
11. Hasanzade A. Factors affecting poverty in Iran: case study of Iran. *Quarterly Iranian Economic Research* 2000;3(4-5): 130-84. Persian
12. Elmi Z, Karimi S, Kasraei K. The effect of education on urban population income in Iran, using multilevel models in 2003. *Journal of Economic Researches* 2003; 3(41): 249-72. Persian
13. Mehmood R, Sadiq S. The relationship between government expenditure and poverty: a cointegration analysis. *Romanian Journal of Fiscal Policy* 2010;1(1): 29-37.
14. Datt G, Ravallion M. Growth and redistribution components of changes in poverty measures. *J Dev Econ* 1992;38(2):275-95.
15. Morley S, Altimer D. *Poverty and Inequality in Latin America: Past Evidence, Future Prospects (Poverty & Inequality in Latin America)*. Washington D.C: The Johns Hopkins University Press; 1994.
16. Prasetya F, Wulandari Pangestuty F. Linkages between public sector expenditure on economic growth and rural poverty of Indonesia. *J Basic Appl Sci Res* 2012; 2(3): 2347-53.
17. Fan S, Hazell P. Return to public investment in the less-favored areas of India and China. *Am J Agr Econ* 2001; 83(5):25-40.
18. UNDP (United Nation Development Programme). *Human Development Report 2014*. Oxford University Press; 2014.
19. World Bank. *World Development Indicators*. Washington D.C: The World Bank; 2016.
20. Chenery H, Ahluwalia MS, Duloy JH, Bell CL, Jolly R. *Redistribution with Growth: Policies to Improve Income Distribution in Developing Countries in the Context of Economic Growth*. Washington D.C: Oxford University Press; 1974.
21. Jha R, Biswal B, Biswal UD. An empirical analysis of the impact of public expenditures on education and health on poverty in Indian States. *RePEc*; 2001
22. Anderson E, De Renzio P, Levy S. *The role of public investment in poverty reduction: theories, evidence and methods*. London: Overseas Development Institute; 2006.
23. Sadegi H, Davodi A. The investigation of government expenditure impacts on rural poverty in Iran. *Journal of Economic Research and Policies* 2011; 19(58):107-26. Persian
24. Lofgren H, Robinson S. *Public Spending, Growth and Poverty Alleviation in Sub-Saharan Africa: A Dynamic General Equilibrium Analysis*. 7th Annual Conference on Global Economic Analysis; 2004 Jun 17-19; Washington, D.C., USA: The World Bank Center for Global Trade Analysis, Purdue University; 2004.
25. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010;94(1):26-33.
26. Garg CC, Karan AK. Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty - Evidence from India. *RePEc*; 2005.
27. Runsinarith P. *Infrastructure Development and Poverty Reduction: Evidence from Cambodia's border provinces*. Graduate School of International Studies. Nagoya University; 2009.
28. Acharya CP, Leon-Gonzalez R. The impact of remittance on poverty and inequality: A micro-simulation study for Nepal. *Asian Journal of Empirical Research* 2013;3(9):1061-80.
29. Banga R, Sahu PK. Impact of Remittances on Poverty in India: Empirical Evidence. In: Siddharthan N, Narayanan K, editors. *Human Capital and Development: The Indian Experience*. India: Springer India; 2013. p. 77-101.

The Impact of Public and Private Health Expenditures on Poverty in developing countries

Harati Javad¹, Harati Khalilabad Touraj^{2*}, Rezapour Aziz^{3,4}

• Received: 02. 11. 2016

• Revised: 29. 01. 2017

• Accepted: 31. 01. 2017



Abstract

Background & Objectives: Changes in twenty-first century and incidence of development gap among countries has caused particular attention of all economic schools to the problem of poverty and the factors affecting it, as a consequence of underdevelopment. Health and health expenditures are considered as a tool for governments to get out from poverty.

Methods: This study is one type of econometric studies with using panel data for Iran and 30 developing countries during 2005 to 2012. To determine the effect of health expenditures on poverty headcount ratio, Hassman and Chow tests were used in order to select the type of random or fixed effect regression model. Data analysis was done through Eviews 6 software.

Results: Among factors affecting poverty, health expenditure had more significant impact on poverty. So that, one unit increase in public and private health expenditures caused respectively -2.93 decrease and 1.19 unit increase in headcount poverty ratio. In comparison to health expenditure, access to health facilities and primary school enrollment rate with respectively coefficients of -0.81 and 0.34 had less impact on poverty headcount ratio.

Conclusion: Governments should pay more attention to policies of financing health sector and more expansion of governmental functions in financial support of health sector rather than private sector.

Keywords: Public Health Expenditure, Private Health Expenditure, Poverty Headcount Ratio

Citation: Harati J, Harati Khalilabad T, Rezapour A. The Impact of Public and Private Health Expenditures on Poverty in developing countries. *Journal of Health Based Research* 2017; 2(4): 345-354.

1. Assistant Professor, Department of Economics, School of Humanities, Bojnord University, Bojnord, Iran.

2. PhD Student, Department of Health Economics, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Ph.D. Health Research Management Research Center, Future Research Institute for Health Research, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Health Economics, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Assistant Professor, Research Center for Management Sciences and Health Economics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Correspondence:** Health Management and Economics Research Center, School of Health Management and Information Sciences, Valiasr St., Rashid Yasemi St., Tehran.

Tel: 02188671615

Email: Toorajharati@Gmail.com