



۱۰

۱۰۹۰۲۷

۸۷/۱۰/۱۷۱۳
۸۷/۱۰/۲۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

عنوان پایان‌نامه:

بر آورد تابع تقاضا برای خدمات دندانپزشکی خانوار در شهر سبزوار: ۱۳۸۵

درجه تحصیلی:

کارشناسی ارشد

رشته اقتصاد بهداشت (M.Sc.)

استاد راهنما:

دکتر حسین قادری

استاد مشاور:

دکتر روح انگیز جمشیدی

پژوهشگر:

علیرضا قربانی

۱۳۸۷ / ۱۰ / ۱۳

۱۳۸۷

ب

۱۰۹۰۲۷

چکیده

عنوان: برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندانپزشکی خانوار در شهر سبزوار: ۱۳۸۵

مقدمه: تحلیل تقاضا در بخش بهداشت و درمان، عوامل موثر بر مصرف خدمات را تعیین کرده و مبنای سیاستگذاری در این بخش است. اگر چه خدمات دندانپزشکی شاخه‌ای از خدمات بهداشت عمومی محسوب می‌شود ولی به دلایلی از جمله: قابل پیش‌بینی بودن وقوع آنها، امکان فراگیری در مورد کیفیت آنها، نبودن در لیست تعهد شرکتهای بیمه، موثرتر بودن روشهای پیشگیری در مورد آنها، نداشتن حالت اورژانس و امکان تصمیم‌گیری افراد برای زمان مراجعه؛ می‌توان اقتصاد آنها را از اقتصاد سایر خدمات بهداشتی - درمانی مجزا دانست. هدف از این مطالعه برآورد تابع تقاضای خدمات دندانپزشکی و شناسایی عوامل موثر بر آن است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۲۰ خانوار از ساکنین شهر سبزوار انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری و تابع تقاضا با استفاده از مدل رگرسیون دو مقدراری لاجیت تخمین زده شد.

یافته‌ها: در نمونه مورد مطالعه ۴۲/۷٪ از سرپرستان خانوار دارای تحصیلات دانشگاهی و ۵۲/۹٪ در استخدام دولت بودند. فقط ۷/۱٪ از خانوارهایی که به خدمات دندانپزشکی نیاز داشتند نسبت به تقاضای آن اقدام نموده بودند. در میان خدمات تقاضا شده، کشیدن دندان با ۴۳/۹٪ بیشترین و ارتودنسی با ۱/۴٪ کمترین فراوانی را دارا بوده‌اند. متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات، شغل و درآمد خانوار با مراجعه افراد (متغیر وابسته) ارتباط معنی‌دار آماری داشتند. آنالیز رگرسیون نشان داد که می‌توان از همه سطوح مربوط به متغیرهای سطح تحصیلات و درآمد و گروههای شغلی بازنشسته، خویش‌فرما و روزمزد برای پیشگویی متغیر وابسته (تقاضای خدمات دندانپزشکی)، در نوشتن معادله مدل استفاده کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: سطح درآمد خانوار با تقاضای خدمات دندانپزشکی خانوار رابطه مستقیم دارد. همچنین تقاضا برای خدمات دندانپزشکی در گروههای شغلی بازنشسته، خویش‌فرما و روزمزد بیشتر از گروه شغلی کارمند دولت است. سطح تحصیلات نیز با تقاضا برای خدمات دندانپزشکی رابطه معکوس دارد. بطور کلی به تاسیس صندوق بیمه مکمل برای پوشش هزینه‌های خدمات دندانپزشکی در گروه‌های کم درآمد جامعه نیاز می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تابع تقاضا، خدمات دندانپزشکی، خانوار.

تشکر و قدردانی

"جناب آقای دکتر مسین قادری"

استاد ممتزاه راهنما

"سرکار خانم دکتر روح انگیز جمشیدی"

استاد ممتزاه مشاور

"جناب آقای دکتر ممد هادیان"

استاد ممتزاه داور

با کمال امتنان، از تمامی ارشادات و راهنمایی‌هایتان برای تدوین و هرچه پربارتر شدن این پایان‌نامه سپاسگزارم.
همچنین سپاس از دوستان عزیزم آقایان رضا شکری، فرهاد لطفی، میثم کوشکباغی، محمد عبدالرحمانی، مهدی بختیار، حسن دشت‌بیاض، علیرضا محبوب‌اهری، حسن یوسفزاده و خانمها لیلا حسینی و شیرین نصرت‌نژاد به خاطر همراهی شان در طی مدت تحصیل، همواره به یادتان خواهم بود.

« برای هیچ چیز جز کسب فضیلت نباید کوشش کرد...
این حق هر انسانی است که فرصت آموختن داشته باشد
و آنقدر آزاد باشد که در راه تمقق خود بکوشد. »

تقدیم به روح مهربان پدر و وجود مقدس مادر

تقدیم به خواهر و برادران گرامیم

گل‌هایی که حضورشان همواره مایه دلگرمی و امیدبخش

زندگی ما است

تقدیم به همسر مهربانم

که پیمودن این راه با خداکاریهای بی دریغش امکان‌پذیر شد

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: معرفی پژوهش

۲	مقدمه
۳	۱-۱- بیان مسأله
۵	۲-۱- اهمیت انجام پژوهش
۸	۳-۱- اهداف پژوهش
۸	۱-۳-۱- هدف آرمانی
۸	۲-۳-۱- هدف کلی
۸	۳-۳-۱- اهداف ویژه
۸	۴-۳-۱- هدف کاربردی
۸	۴-۱- سوالات پژوهش
۸	۵-۱- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها

فصل دوم: بررسی ادبیات پژوهش

۱۲	مقدمه
۱۲	۱-۲: مبانی پژوهش
۱۲	۱-۱-۲ سلامت چیست؟
۱۳	۲-۱-۲ بازار سلامت
۱۵	۳-۱-۲ ویژگیهای تقاضا از منظر خریدار در بازار سلامت
۱۹	۴-۱-۲ ضرورت مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی
۲۳	۵-۱-۲ تقاضا
۲۶	۶-۱-۲ تجزیه و تحلیل مطلوبیت
۲۷	۷-۱-۲ مطلوبیت و تقاضای درمان
۲۹	۸-۱-۲ تاثیر بیماری بر مطلوبیت فرد
۳۲	۹-۱-۲ منحنی‌های بی تفاوتی برای بهداشت و دیگر کالاها
۳۲	۱۰-۱-۲ اثر افزایش درآمد بر تقاضا

۳۵	۱-۲-۱۱ چگونگی استخراج منحنی تقاضای درمان از منحنی های بی تفاوتی
۳۸	۱-۲-۱۲ منحنی تقاضای درمان جامعه
۳۹	۱-۲-۱۳ عوامل موثر بر تقاضای درمان
۳۹	بیمه
۴۱	هزینه های زمان و سفر
۴۲	کیفیت خدمات درمانی
۴۳	اطلاعات و باورهای بیماران
۴۴	نژاد و جنسیت
۴۴	تحصیلات
۴۵	سن
۴۵	شهرنشینی
۴۵	حوادث بیماری
۴۶	۱-۲-۱۴ منحنی تقاضا و وجود خدمات درمانی متعدد
۴۷	۱-۲-۱۵ استفاده از منحنی تقاضا برای اندازه گیری ارزش درمان
۴۹	۲-۲: مروری بر پیشینه پژوهش
۴۹	۱-۲-۲ تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۵۵	۲-۲-۲ تحقیقات انجام شده در خارج از کشور

فصل سوم: مراحل انجام پژوهش

۷۲	مقدمه
۷۲	۳-۱- نوع و روش پژوهش
۷۲	۳-۲- جامعه پژوهش
۷۲	۳-۳- نمونه پژوهش
۷۳	۳-۴- محیط پژوهش
۷۳	۳-۵- ابزار گردآوری داده ها
۷۴	۳-۶- روش تحلیل داده ها
۷۶	۳-۶-۱- مدل احتمال خطی LPM
۸۰	۳-۶-۲- مدل لاجیت

۸۲	.....مدل پرویت ۳-۶-۳
۸۴	.....لاجیت در مقایسه با پرویت ۷-۳

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۸۸	.....مقدمه
۸۸	.....۱-۴: یافته‌های توصیفی
۹۳	.....۲-۴: برآورد تابع تقاضا

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۹۸	.....مقدمه
۹۸	.....۱-۵: بحث و تحلیل یافته‌های پژوهش
۱۰۳	.....۲-۵: نتیجه‌گیری
۱۰۴	.....۳-۵: پیشنهادات پژوهشگر در رابطه با نتایج پژوهش
۱۰۵	.....۴-۵: پیشنهادات پژوهشگر برای پژوهش‌های آتی

فهرست منابع

۱۰۷	.....الف- منابع فارسی
۱۰۹	.....ب- منابع انگلیسی

پیوست‌ها

۱۱۱	.....پیوست شماره ۱: تعداد خانوار نمونه محاسبه شده مربوط به هر مرکز یا پایگاه بهداشتی
۱۱۲	.....پیوست شماره ۲: پرسشنامه پژوهش

فهرست جداول و نمودارها

فهرست جداول

۸۸	.....جدول ۱-۴: توزیع فراوانی خانوارهای مورد پژوهش بر حسب جنس سرپرست خانوار
۸۸	.....جدول ۲-۴: توزیع فراوانی خانوارهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات سرپرست خانوار
۸۹	.....جدول ۳-۴: توزیع فراوانی خانوارهای مورد پژوهش بر حسب شغل سرپرست خانوار

- جدول ۴-۴: توزیع فراوانی خانوارهای مورد پژوهش برحسب وضعیت پوشش بیمه سرپرست خانوار..... ۸۹
- جدول ۴-۵: توزیع فراوانی خانوارهای مورد پژوهش بر حسب سن سرپرست خانوار..... ۸۹
- جدول ۴-۶: توزیع فراوانی بعد خانوارهای مورد پژوهش..... ۹۰
- جدول ۴-۷: توزیع فراوانی درآمد خانوارهای مورد پژوهش..... ۹۰
- جدول ۴-۸: توزیع فراوانی خانوارهای متقاضی بر حسب مرکز دریافت خدمات دندانپزشکی..... ۹۱
- جدول ۴-۹: توزیع فراوانی خدمات دندانپزشکی دریافت شده توسط دریافت کنندگان خدمات..... ۹۱
- جدول ۴-۱۰: بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل کیفی با متغیر وابسته (مراجعه)..... ۹۳
- جدول ۴-۱۱: بررسی ارتباط بین متغیرهای مستقل کمی با متغیر وابسته (مراجعه)..... ۹۳
- جدول ۴-۱۲: نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک چندگانه برای متغیر وابسته تقاضای خدمات دندانپزشکی..... ۹۵

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۲: منحنی مطلوبیت کل برای سلامت..... ۲۶
- نمودار ۲-۲: منحنی مطلوبیت نهایی کالای سلامت..... ۲۷
- نمودار ۳-۲: منحنی امکانات تولید و خط بودجه مصرف بهینه..... ۲۸
- نمودار ۴-۲: منحنی تاثیر بیماری بر مصرف..... ۳۱
- نمودار ۵-۲: تاثیر درآمد بر مصرف..... ۳۳
- نمودار ۶-۲: منحنی انگل..... ۳۴
- نمودار ۷-۲: نحوه بدست آمدن منحنی تقاضای درمان از منحنی های بی تفاوتی..... ۳۶
- نمودار ۸-۲: منحنی های تقاضا برای انواع بیماری..... ۳۷
- نمودار ۹-۲: منحنی تقاضای درمان جامعه..... ۳۸
- نمودار ۱۰-۲: تاثیر بیمه بر تقاضای درمان..... ۴۰
- نمودار ۱۱-۲: تاثیر پرداخت مبلغ معینی توسط سازمان بیمه بر تقاضای درمان..... ۴۱
- نمودار ۱۲-۲: کیفیت و تقاضای درمان..... ۴۲
- نمودار ۱۳-۲: مازاد مصرف کننده برای مراجعه کننده به دندانپزشک..... ۴۸
- نمودار ۱-۳: تابع توزیع تجمعی انباشته CDF..... ۷۹
- نمودار ۲-۳: مدل پروبیت..... ۸۴
- نمودار ۳-۳: توابع پروبیت و لاجیت..... ۸۵

فصل اول
معرفی پژوهش

مقدمه

بهداشت و درمان به عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی هر جامعه تلقی می‌شود به نحوی که امروزه حکومت‌های مختلف جهان، از جمله موفق‌ترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند. چنانچه هرگاه در کشوری یا جامعه‌ای مساله بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی شده و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع اجتماعی می‌شود. بنا به دلایل فوق‌الذکر، مساله بهداشت و درمان و نحوه ارائه این گونه خدمات، توجه صاحب‌نظران، دولتمردان و سیاست‌گزاران را به خود جلب کرده است (کشتکاران، ۱۳۷۳).

سیاستها در مراحل مختلف برنامه‌ریزی به استراتژی‌ها تبدیل می‌شوند تا دست یافتن به هدفهای مشخص و اعلام شده و در صورت امکان مقاصد خاص میسر گردد. این امر مستلزم اتخاذ تصمیم در مورد تعیین اولویتها، تعیین هدفهای مربوط به اولویتها و داشتن منابع مورد نیاز برای رسیدن به اهداف مذکور است. رسیدن به مراحل تصمیم‌گیری به تحلیل موقعیت و مشکلات سلامت کشور و بررسی شرایط موجود اجتماعی و اقتصادی نیازمند است، تا بتوان از طریق تحلیل وضع موجود به راه‌حلهای منطقی سازگار با موقعیت اجتماعی و امکانات اقتصادی کشور دست یافت. بخش بهداشت و درمان از جمله مهمترین بخشها در فعالیتهای اجتماعی - اقتصادی هر کشور می‌باشد، از نظر اقتصادی منابع ملی عظیمی هر ساله در این بخش صرف نیازهای بهداشتی و درمانی کشور می‌گردد و از نظر اجتماعی تأثیر این بخش، در سلامتی و نشاط افراد جامعه و جلوگیری از ناهنجاریهای مختلف متجلی می‌گردد. تخصیص منابع بر مبنای اهداف، فرصتهایی را برای تحلیل اقتصادی استراتژیهای سلامت فراهم می‌سازد. هدف اصلی از این تلاشها، انجام حداکثر بهره‌برداری از منابع در نظام سلامت است. (آصف زاده، ۱۳۸۵)

۱-۱- بیان مساله :

اقتصاد بهداشت یکی از شاخه‌های بکر و جدید علم اقتصاد است که چندان مورد توجه اقتصاددانان قرار نگرفته است. عده‌ای آن را شاخه‌ای از بهداشت و پزشکی می‌دانند؛ اما آنچه مسلم است، این است که سابقه این علم به دهه ۱۹۵۰ میلادی برمی‌گردد؛ یعنی زمانی که بحث تامین مالی مخارج بهداشت و درمان به عنوان یک کالای عمومی در اقتصاد مطرح شد. اما کاربرد سیستماتیک مفاهیم اقتصادی در شاخه بهداشت و درمان نسبتاً جدید بوده و بیش از سی سال از عمر آن نمی‌گذرد، بطوری که اولین کنفرانس بین‌المللی در رابطه با اقتصاد بهداشت در سال ۱۹۷۳ برگزار شد. (نوری، ۱۳۸۵، ص ۱۱)

امروزه، بسیاری از اصول کلیدی اقتصاد خرد بر مبنای بررسی تقاضا شکل گرفته است و تحلیل تقاضا نقش مهمی در بررسی‌های اقتصادی جدید ایفا می‌کند. نظریه‌های اقتصادی تا مدت‌ها جایگاهی در حیطه بهداشت و درمان نداشت، زیرا معتقد بودند که کالاهای بهداشتی با سایر کالاها و خدمات تفاوت دارند. ویژگیهای بخش سلامت موجب شده بود تا محققان در استفاده از نظریه‌های اقتصادی در بخش بهداشت تردید کنند، ولی رشد تدریجی علم اقتصاد بهداشت و درمان همراه با افزایش تدریجی هزینه‌های بهداشتی و درمانی موجب شد تا تلاشهای گسترده‌ای برای بررسی تقاضا در بخش بهداشت و درمان صورت گیرد.

یکی از اهداف تحلیل تقاضا در بخش بهداشت و درمان، تعیین عواملی است که تاثیر عمده‌ای بر مصرف خدمات بهداشتی و درمانی دارند. انتخاب مشتریان بخش بهداشت و درمان در هر زمان تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد. در حقیقت برآورد دقیق تقاضا و عوامل مؤثر بر آن در سطح فردی امکان‌پذیر نیست، ولی می‌توان عواملی را یافت که در مورد اکثر افراد صدق کند. به عبارت دقیق‌تر در تحلیل تقاضا، دنبال یافتن عواملی هستیم که بر میزان مراقبتهای بهداشتی - درمانی که مردم مایل به خرید آن هستند تاثیرگذار باشند. درک بهتر این عوامل به ما کمک می‌کند تا متغیرهای مؤثر بر مصرف خدمات را در جامعه بهتر شناسایی کنیم، میزان مصرف خدمات را در گروههای جمعیتی مختلف دقیقتر پیش‌بینی کنیم و در صورت لزوم آن را کنترل و تعدیل نماییم. برنامه‌ریزی بر مبنای تقاضا، به معنی نادیده گرفتن نیازهای جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی نیست، بلکه شیوه‌ای است که به برآورد دقیق منابع بخش سلامت کمک می‌کند. به بیان روشن‌تر، تحلیل تقاضا می‌تواند مبنای سیاست‌گذارانه‌های کلان بخش بهداشت و درمان باشد. (آیین پرست، ۱۳۷۸، ص ۵۷)

براساس تئوری اقتصادی، مصرف‌کنندگان با توجه به مطلوبیتی که از مصرف کالاها کسب می‌کنند و با توجه به قید بودجه خود، مقدار و ترکیب مصرف را تعیین می‌کنند. در مورد کالاهای عادی و معمول، مصرف‌کنندگان نقش اساسی دارند و خود تصمیم‌گیرنده می‌باشند و هیچ فردی در بهینه‌یابی مقدار و ترکیب مصرف بر آنها تاثیر نمی‌گذارد، ولی در مورد کالاهای بهداشتی و درمانی، وضعیت تا حدود زیادی متفاوت است. تقاضا برای خدمات بهداشتی-درمانی معمولا با یک عدم‌اطمینان^۱ همراه می‌باشد، چرا که نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی همراه با بروز بیماری در افراد بوده و اینکه افراد دچار بیماری می‌شوند یا خیر، خود مساله‌ای است که با عدم‌اطمینان همراه است. در تئوری تقاضای مصرف‌کنندگان، کالا سنگ بنا را تشکیل می‌دهد، که استفاده از آن باعث افزایش مطلوبیت می‌شود، ولی کالاهای بهداشتی-درمانی مفهوم سنتی کالا را ندارند. آنها مستقیما به مطلوبیت کسی اضافه نمی‌کنند، بلکه دردآور هستند، باعث ناراحتی می‌شوند و گاهی اوقات آثار جنبی خطرناکی دارند؛ پس چه چیزی برای مصرف‌کننده مطلوبیت ایجاد می‌کند؟ جواب منطقی این است: سلامتی باعث رضایت خاطر و خشنودی می‌شود. میشل‌گراسمن^۲ در مورد بهداشت به عنوان یک کالای اقتصادی تحقیق کرده و نشان داده است که چگونه تقاضا برای خدمات بهداشتی-درمانی برای یک فرد از تقاضا برای بهداشت و سلامتی سرچشمه می‌گیرد. وی معتقد است که تقاضای خدمات بهداشتی-درمانی به عنوان یک کالای نهایی، تنها بخشی از انگیزه فرد است و در اغلب موارد این کالا به عنوان یک نهاد در سرمایه‌گذاری برای حفظ تندرستی مورد استفاده قرار می‌گیرد. لذا تقاضای خدمات بهداشتی-درمانی، یک تقاضای مشتق شده^۳ است. وی عنوان می‌کند که فرد یک موجودی سلامت در ابتدای زندگی خویش دارد که در طول زمان مستهلک می‌شود و فرد با انجام سرمایه‌گذاری برای حفظ سلامت خود، به نوعی سلامت مستهلک شده را جبران می‌کند و زمانی که سطح موجودی سلامت فرد به حداقل استاندارد لازم برای بقاء تنزل نماید، مرگ فرا می‌رسد؛ لذا عملا با انجام سرمایه‌گذاری جایگزینی، مرگ خویش را به تعویق می‌اندازد.

اگر مجموعه کالاهای مصرفی به دو گروه تقسیم شوند:

الف: مجموعه کالاهای مصرفی معمولی و قابل لمس

ب: ذخیره بهداشت

۱. Uncertainty

۲. Michael Grossman

۳. Derivative Demand

به این ترتیب ذخائر بهداشتی جریانی از خدمات ارائه می‌دهند که باعث مطلوبیت می‌شوند، ولی برای راحتی کار می‌گوئیم که ذخائر بهداشتی مطلوبیت ایجاد می‌کنند. براساس قاعده معمول برای کالاها که می‌گوئیم: «کالای بیشتر بهتر است»، لذا بهداشت بیشتر مطلوبیت بیشتری ایجاد می‌کند. همچنین ممکن است گفته شود، که لذات حاصل از دیگر کالاها با افزایش در ذخائر بهداشت زیاد می‌شوند. برای مثال وقتی از صرف غذا در رستوران لذت می‌برید که دندانان درد نکند. (عسکری، ۱۳۷۶، ص ۱۳)

۲-۱- اهمیت پژوهش:

موجودی بهداشت همانند هر کالای بادوام دیگری در طول زمان مستهلک می‌شود، که از این فرایند با عنوان گذر عمر یاد می‌شود. ((عمر طبیعی)) نشان‌دهنده متوسط زمانی است که این استهلاک به وقوع می‌پیوندد. مراقبتها و خدمات بهداشتی- درمانی نیز در خدمت این بوده‌اند که نرخ استهلاک سلامت را کاهش دهند و یا اینکه سلامت شخص را به میزان اولیه قبل از جراحت و بیماری ارتقاء دهند. بر این اساس مادامی که مراقبت بهداشتی-درمانی به سلامت بیشتر بیانجامد، تصمیم‌گیری عقلانی منجر به ایجاد تقاضا برای این خدمات می‌شود. (عسکری، ۱۳۷۶، ص ۳۹) تاثیر سرنوشت ساز و انکارناپذیر سلامتی افراد جامعه به کارایی و بهره‌وری نیروی انسانی و در نتیجه بر رشد اقتصادی جامعه، نیاز دائمی و مستمر اقشار جامعه به خدمات بهداشتی-درمانی، افزایش مستمر و اجتناب‌ناپذیر هزینه‌های بهداشتی-درمانی به علت توسعه، تکامل و ورود تکنولوژی جدید درمانی و مشکلات و موانع گروههای کم درآمد برای تامین مالی این خدمات، به اندازه‌ای است که ارتقای سطح سلامتی جامعه از محورهای اصلی توسعه پایدار و جزء لاینفک آن در نیل به شکوفائی و ارتقای کیفیت زندگی محسوب شده و بستر هرگونه حرکت و اقدامی را در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی شکل می‌دهد (نوری، ۱۳۸۵، ص ۱۱). سلامت محور توسعه است و سطح سلامتی جامعه نیز از توسعه‌یافتگی آن تاثیر می‌پذیرد. بهره‌مندی از عمر طولانی توأم با سلامتی بدون همکاری و همیاری اعضاء مختلف بدن امکانپذیر نیست. عملکرد هر عضو بر فعالیت سایر اعضاء اثر می‌گذارد و این مجموعه تاثیرگذار بر یکدیگر و تاثیرپذیر از محیط، وظیفه تامین سلامت و تداوم زندگی فرد را برعهده دارند. مجموعه دهان و دندانها به عنوان دروازه ورود غذا و آغازگر هضم و جذب مواد غذایی، نقش بسزائی در آماده‌سازی نیازمندیهای غذایی انسان به عهده دارند. رشد و تکامل، عملکرد مطلوب روزانه و ایجاد احساس لذت و نشاط در جسم و جان انسان، بدون کارکرد درست این بخش از بدن و همکاری و مشارکت آن در شروع تامین نیازهای غذایی انسان، ممکن نیست.

حضور معنادار بهداشت دهان و دندان در اهداف ارتقاء کیفیت زندگی و سلامتی جامعه، نشانه‌ای است از اهمیتی که جامعه جهانی برای سلامتی، زیبایی و تداوم توانمندیهای انسانی در همه ابعاد تا دیربازترین لحظات عمر انسان قائل است. بهره‌مندی از مشخصه‌هایی چون سالم بودن، زیبا بودن، پذیرش اعضای آسیب دیده و ترمیم شده و خلاقیت و توانمندی تا سن ۸۰ سالگی؛ همه در گرو سلامت دهان و دندان است. اهمیت بهداشت دهان و دندانها در تامین و ارتقاء سلامتی جامعه تا بدانجا مورد توجه قرار گرفته است که اکنون یکی از یازده شعار مهم قرن بیست و یکم شناخته شده است و برای دستیابی به سطوح مختلف سلامتی و بهداشت؛ شعارها، اهداف و نقاط مشخصی را تعیین نموده‌اند. شعار ۸۰-۲۰ نمونه‌ای از آنهاست که به معنای وجود حداقل ۲۰ دندان سالم در دهان ۸۰ ساله‌ها، در دهه آغازین قرن بیست و یکم می‌باشد. (معاونت سلامت وزارت بهداشت، ۱۳۷۷، ص ۹) جنبه‌های اقتصادی خدمات و مراقبتهای دندانپزشکی یکی از موضوعات مورد مطالعه در اقتصاد بهداشت است که به نظر می‌رسد به ندرت مورد توجه محققان قرار گرفته است. یک دلیل عمده و مهم برای کم بودن تحقیقات در این زمینه، این عقیده است که خدمات دندانپزشکی تفاوت و اختلاف قابل توجهی با سایر خدمات بهداشتی-درمانی ندارند. اگر این چنین باشد، این انتظار وجود دارد که خدمات دندانپزشکی نیز به صورت عمومی و همانند سایر خدمات بهداشتی-درمانی، تامین و در دسترس قرارگیرند. هرچند؛ این حقیقت ساده که تامین خدمات دندانپزشکی به صورت عمومی فقط در تعدادی از کشورها صورت می‌گیرد؛ این سؤال را در ذهن ایجاد می‌کند که آیا خدمات دندانپزشکی باید به عنوان مراقبت بهداشت عمومی مورد بحث قرار گیرد یا مانند هر کالای عادی دارای بازار فروش باشد؟ پاسخ شاید جایی درست وسط این دو باشد. جنبه‌های اقتصادی خدمات دندانپزشکی همیشه بدور از مرکز توجه و علاقه اقتصاددانان بهداشت بوده‌است. این امر اساساً به این علت است که بسیاری از محققان عقیده دارند که خدمات دندانپزشکی دقیقاً مانند سایر خدمات بهداشت عمومی است و بنابراین نیازی به جداسازی آنها نمی‌باشد. به هر حال به استثناء چند مورد جزئی، خدمات دندانپزشکی نیاز به پرداخت مستقیم از طرف بیمار دارد و در لیست تعهد سازمانهای بیمه‌ای در بسیاری از کشورها نمی‌باشد. به این دلیل، این ادعا که خدمات دندانپزشکی با سایر خدمات بهداشتی-درمانی یکسان هستند و باید بطور مشابه به آنها نگریسته شود، ممکن است کاملاً صحیح نباشد. برای توجیه لزوم انجام مطالعه در زمینه خدمات دندانپزشکی بطور جداگانه از سایر خدمات بهداشتی-درمانی، سینتونن و لینوسما^۴ به

دو جنبه خاص که خدمات بهداشتی-درمانی را از سایر خدمات و کالاها متمایز می‌کند، اشاره کردند - که نخستین بار آرو^۵ به آن پی برده بود- این جنبه ها که ممکن است به طور قطع خدمات دندانپزشکی را در برگیرند یا علامت مشخصه خدمات دندانپزشکی نباشند عبارتند از: غیرقابل پیش‌بینی بودن تقاضای افراد برای خدمات بهداشتی-درمانی و فقدان اطلاعات کامل درباره کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی. آنها همچنین مواردی را بعنوان برخی مشخصه‌های خدمات دندانپزشکی که بر طبق آن باید اقتصاد خدمات دندانپزشکی از اقتصاد سایر خدمات بهداشتی-درمانی مجزا شود، بصورت زیر ارائه نمودند:

- ☑ تعداد اندک بیماریهای دهان و دندان و قابل پیش‌بینی بودن وقوع و تشخیص نسبی آنها.
 - ☑ امکان یادگیری و فراگیری در مورد کیفیت خدمات دندانپزشکی. (افراد در صورتی که بیشتر از یکبار تحت درمان بیماریهای اختصاصی دهان و دندان قرار گیرند، در مورد کیفیت خدمات اطلاع پیدا می‌کنند. ممکن است یک اقتصاددان بهداشت عمومی بیان کند که ابتلای مکرر به بیماری آنفلوآنزا، باعث یادگیری روشهای درمان آن توسط خود فرد شود. اگر چه درصد مشکلات بهداشتی نسبت به تعداد کل بیماریهای عمومی که یک فرد به طور مکرر از آن رنج می‌برد، بسیار کمتر از درصد بیماریهای دهان و دندان است.)
 - ☑ بیماریهای دهان و دندان نیز که نادر و بسیار پیچیده‌اند، بوسیله استفاده از اشعه ایکس و رادیوگرافی به خوبی تشخیص داده می‌شوند.
 - ☑ تنوع زیادی در درمانهای جایگزین برای بیماریهای دهان و دندان وجود دارد که اگر پای سایر مشکلات بهداشتی در میان نباشد، می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.
 - ☑ مؤثرتر بودن روشهای پیشگیری در مورد بهداشت دهان و دندان نسبت به سایر شاخه‌های بهداشتی-درمانی.
 - ☑ امکان تصمیم‌گیری اشخاص برای زمان مراجعه و انتخاب ارائه‌کننده خدمت؛ ضمن اینکه بیماریهای دهان و دندان معمولاً حالت ضرورت و اورژانس ندارند.
- به دلایل فوق و به علت ریسک پایین شیوع بیماریهای دهان و دندان در بین افراد، امید است که بازار خدمات دندانپزشکی به اندازه کافی خوب عمل کند و ممکن است این مناسبت احساس شود که خدمات دندانپزشکی به عنوان خدمات نیازمند بازار تلقی شوند تا اینکه آنها را در قالب سایر خدمات بهداشتی-درمانی قرار دهیم. (۲۰۰۱، ص ۵۸) علیرغم مطالب فوق و اهمیت

۵. Arrow

بی چون و چرای تئوری تقاضا، مطالعات تئوری و تجربی اندکی در زمینه تقاضا و استفاده از خدمات دندانپزشکی انجام شده است.

۱-۳- اهداف پژوهش:

۱-۳-۱- هدف آرمانی:

- فراهم آوردن زمینه‌ای برای دست یافتن به مدلی که بیان‌کننده رفتار جامعه در ارتباط با تقاضای خدمات دندانپزشکی باشد.

۱-۳-۲- هدف کلی: برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندانپزشکی خانوار در شهر سبزوار.

۱-۳-۳- اهداف ویژه:

- شناسایی عوامل مرتبط بر تقاضای خدمات دندانپزشکی خانوار.

- تعیین میزان کشش درآمدی برای خدمات دندانپزشکی خانوار.

۱-۳-۴- هدف کاربردی:

- استفاده از نتایج پژوهش در امر سیاستگذاری در جهت دسترسی عموم اقشار جامعه به خدمات دندانپزشکی.

۱-۴- سوالات پژوهش:

- چه متغیرهایی بر تقاضا برای خدمات دندانپزشکی خانوار اثرگذار است؟

- کشش درآمدی تقاضای خدمات دندانپزشکی خانوار چقدر است؟

۱-۵- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها :

خانوار: از چند نفر تشکیل می‌شود که با هم در یک اقامتگاه زندگی می‌کنند، با یکدیگر هم خرج هستند و معمولا از یک سفره غذایی تغذیه می‌کنند. فردی که به تنهایی زندگی می‌کند نیز خانوار

تلقی می‌شود. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۱، ص ۳۲)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

بعد خانوار: تعداد افراد تشکیل دهنده خانوار که با هم زندگی می‌کنند.

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

تابع تقاضا: رابطه ریاضی که بیانگر چگونگی تقاضای یک کالا یا خدمت خاص نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروهی از عوامل اقتصادی مانند قیمت همان کالا، قیمت کالای جانشین و مکمل،

درآمد مصرف‌کننده، شرایط وام‌گیری و... است. (قره باغیان، ۱۳۷۲، ص ۱۷۵)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

برآورد: تعیین کمی پارامترهای الگوهای اقتصادی از راه محاسبات آماری روی اطلاعات نمونه‌ای. برای انجام این مقصود از برآوردکننده‌ها، که تبدیل‌کننده مشاهدات به برآورد پارامترها هستند استفاده می‌شود. (مریدی، ۱۳۷۳، ص ۱۵۹)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

کشش درآمدی تقاضا: کشش درآمدی تقاضا در هر واحد از زمان، درصد تغییرات در میزان کالای خریداری شده که در نتیجه درصد تغییر معینی در درآمد مصرف‌کننده ایجاد شده است را اندازه‌گیری می‌کند. وقتی که کشش درآمدی منفی است، کالا پست است. اگر کشش درآمدی مثبت باشد، کالا عادی است. هنگامی که کشش درآمدی یک کالای عادی بزرگتر از ۱ باشد، کالا لوکس و در غیر اینصورت کالای ضروری نامیده می‌شود. کشش درآمدی مربوط به یک کالا به نحو قابل ملاحظه‌ای با توجه به میزان درآمد مصرف‌کننده تغییر می‌کند. بنابراین ممکن است کالائی در سطوح درآمدی پایین، لوکس باشد و در سطوح درآمدی متوسط، یک کالای ضروری به حساب آید و در سطوح درآمدی بالا، کالائی پست تلقی شود. (سالواتوره، ۱۳۷۹، ص ۷۱)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

پوشش بیمه‌ای: تقسیم ریسک بین گروهی از افراد که در معرض خطرات مشترکی هستند، با پرداخت هزینه عضویت که معمولاً بصورت ماهانه و سرانه می‌باشد. (عسگری، ۱۳۷۶، ص ۴۴)

تعریف عملیاتی: دارا بودن یکی از انواع بیمه‌های درمانی.

خدمات دندانپزشکی: به آن دسته از خدمات گفته می‌شود که وظیفه حفظ و بازگرداندن سلامت دهان و دندان مردم را به عهده دارند. در بازار خدمات دندانپزشکی، خدمات در قالب عرضه و تقاضا، برای بهبود و ارتقای ذخیره سلامتی مردم و جامعه ارائه می‌شود. این خدمات تحت عناوین: کشیدن، پر کردن، جرم‌گیری، درمان ریشه، اندودنتیک (عصب کشی)، ارتودنسی، جراحی فک و ... در مورد تمام افراد واجد شرایط کمکهای پیشگیری و درمانی انجام می‌شود. (وزارت بهداشت، معاونت سلامت، ۱۳۸۱، ص ۱۶)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

درآمد: جریان پول یا کالا که در دوره زمانی معین به یک فرد، گروهی از افراد، یک بنگاه یا یک ساختار اقتصادی تعلق می‌گیرد. همچنین درآمد در نظریه مصرف‌کننده، به عنوان عامل محدودکننده در انتخاب الگوی مصرف دخالت دارد؛ بدین معنی که مصرف‌کننده نمی‌تواند مصرفی بیش از میزان

کل درآمد خود را داشته باشد و لذا باید درآمد ثابت خود را چنان به مصرف کالاها و خدمات اختصاص دهد که بیشترین مطلوبیت را بدست آورد. (مریدی، ۱۳۷۳، ص ۳۴۳)

تعریف عملیاتی: با تعریف نظری یکسان است.

هزینه فرصت: ارزش منابعی که به جای به کار رفتن در تولید یک کالا در تولید کالای دیگر بکار رود. بدیهی است هزینه فرصت زمانی مطرح می‌شود که منابع تولید محدود باشند و لذا نتوان آنها را در راه تامین همه نیازها بکار گرفت. (مریدی، ۱۳۷۳، ص ۸۱۶)

تعریف عملیاتی: هزینه زمان نیز از جمع تعداد روزهای انتظار برای ویزیت (گرفتن نوبت) و زمان انتظار در مطب برای دریافت خدمات حاصل می‌شود.

هزینه سفر: هزینه پرداختی برای مسافرت و اقامت در طی آن. (سازمان مدیریت، ۱۳۸۲، ص ۸۸۲)

تعریف عملیاتی: هزینه‌ای که فرد برای رسیدن به محل ارائه خدمات و بازگشت از آن می‌پردازد.

فصل دوم
بررسی
ادبیات پژوهش