



٢٠١٧-١٤٣٩ هـ



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم اداری و اقتصاد
گروه اقتصاد

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی

تأثیر توزیع نابرابر درآمدها بر وضعیت سلامتی

مورد مطالعه: منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (۱۹۸۰-۲۰۰۵)

استاد راهنما:

دکتر مصطفی عمادزاده

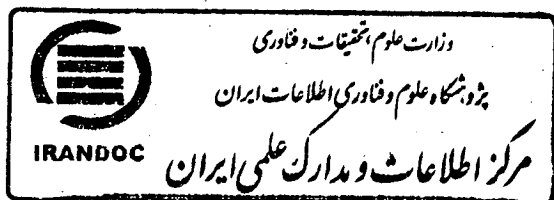
استاد مشاور:

دکتر سعید صمدی

پژوهشگر:

سمیرا پاک‌نژاد

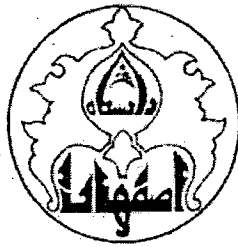
اسفند ماه ۱۳۸۸



۱۵۹۵۴۶

۱۳۹۰/۳/۲۲

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم اداری و اقتصاد

گروه اقتصاد

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی

خانم سمیرا پاک نژاد تحت عنوان

تأثیر توزیع نابرابر درآمدها بر وضعیت سلامتی

مورد مطالعه: منتخبی از کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی (۲۰۰۵-۱۹۸۰)

در تاریخ ۸۸/۱۲/۵ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

۱-استاد راهنمای پایان نامه دکتر مصطفی عمادزاده با مرتبه‌ی علمی استاد امضا

۲-استاد مشاور پایان نامه دکتر سعید صمدی با مرتبه‌ی علمی استادیار امضا

۳-استاد داور داخل گروه دکتر نعمت اله اکبری با مرتبه‌ی علمی دانشیار امضا

۴-استاد داور خارج از گروه دکتر صادق بختیاری با مرتبه‌ی علمی استاد امضا



سپاسگزاری

فامه آن تاب ندارد تا زبان شکر گشوده، بلندای لطف و همراهی و مساعدت همراهان را بستاند. لیکن شایسته است صمیمی‌ی تقدیر و سپاس به مکم ادب بگشایم و در کلام نفست ذات مقدس الهی را شکرگزارم که توفیقم داده تا در مسیر تابناک علم و دانش چاروق همت بپا کنم و پس از آن سپاسگزار زحمات بیدریغ پدر و مادرم باشم که بذر توجه به معرفت را به درونم نشانند و در نهایت نیز فدای را سپاس که توفیق آن یافتم تا سفره نشین خوان علم و دانش اساتید معظم و بزرگوار به‌ویژه استاد گرامی، دکتر مصطفی عمادزاده گردم و از فرمن فضل و معرفت آن بزرگواران خوشه‌ها برچینم.

مطمئنأً ارشادات و هدایت‌های اساتید بزرگوار دکتر مصطفی عمادزاده و دکتر سعید صمدی بوده که در تدوین و ارائه این پایان‌نامه توفیق یافته‌ام. هم‌چنین سپاسگزار اساتید گرانقدر، دکتر اکبری و دکتر بفتیاری که با دقت فراوان این تمقیق را مطالعه و داوری نموده‌اند و اساتید محترم گروه اقتصاد دانشگاه اصفهان که همواره از دریای علم و معرفتشان بهره برده‌ام می‌باشم. امید که آن سروران بزرگوار و اندیشمندان محترم بر مضرتت منت نهاده و همچون گذشته راهنما و دلیل راهم باشند. در ضمن سپاسگزار کارشناسان محترم گروه اقتصاد سرکار فامه (جایی، بهیان و کارشناس تمصیلات تکمیلی سرکار فامه صالح‌بیگ که همواره موجبات تسهیل کارها را فراهم نموده‌اند بوده و آرزوی موفقیت برای تمامی دوستان عزیزم که صمیمانه بنده را در انجام این تمقیق یاری کردند دارم.

سمیرا پاک نژاد

اسفند ۱۳۸۸

تقدیم به

پدر عزیزم به خاطر عشق پدرانه اش که از محبت سیرابم نمود

مادر مهربانم برای عشق پاک و بی ادعایش که بهترین ها و زیباترین ها را به من

آموخت

و برادر و خواهر عزیزم که با تمامی مهربانی ها و دلگرمی هایشان یار و همراهم بودند.

چکیده:

اگرچه رشد و توسعه اقتصادی در سال‌های اخیر، به افزایش درآمدها دامن زده است و خانوارها عمدتاً سهم بیشتری از درآمد قابل تصرف خود را به تندرستی اختصاص می‌دهند، لیکن در مورد کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود که نابرابری درآمد سبب گشته که بودجه کمتری به سلامت اختصاص یابد و تندرستی گروه‌های فقیر را آسیب‌پذیرتر نماید. هدف این مطالعه، تعیین اثر توزیع نابرابر درآمد و متغیرهای کنترل در این توزیع بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی است. بدین منظور به بررسی اثر نابرابری درآمد و متغیرهای کنترل بر وضعیت سلامتی در قالب سه فرضیه نابرابری درآمد، فرضیه درآمد مطلق و فرضیه درآمد نسبی پرداخته و این ارتباط میان کشورهای عضو کنفرانس اسلامی در دوره زمانی ۲۰۰۵-۱۹۸۰، با استفاده از داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی مربوط به ۱۷ عضو این سازمان برآورد و تجزیه و تحلیل می‌شود.

نتایج به دست آمده بیانگر آن است که با در نظر گرفتن امید به زندگی به عنوان شاخص سلامت، از ۱۷ کشور عضو تنها در ۶ کشور با ثابت در نظر گرفتن درآمد سرانه، نابرابری درآمد (اندازه‌گیری شده به وسیله ضریب جینی) اثر معکوسی بر وضعیت سلامت دارد (مطابق فرضیه نابرابری درآمد). لذا با توجه به این که امید به زندگی، تغییرات سلامت را در مناطقی با نابرابری درآمد به خوبی نشان نمی‌دهد، بنابراین از شاخص حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه استفاده گردیده است. همچنین سطوح درآمد، پس‌انداز و آموزش به عنوان متغیرهای کنترل به کار رفته، اثر مثبت و معناداری بر سلامت دارد. از طرفی نتایج به دست آمده به منظور بررسی فرضیه‌های درآمد مطلق و درآمد نسبی نشان می‌دهد که طبق فرضیه درآمد مطلق، با افزایش درآمد، سلامتی با یک نرخ کاهشی افزایش می‌یابد. همچنین فرضیه درآمد نسبی نیز بیانگر آن است که افزایش نابرابری درآمد، باعث کاهش سلامتی افراد می‌گردد. در مجموع یافته‌های این تحقیق بر این واقعیت استوار است که برای بهبود سلامتی، نباید فقط متکی بر نظام مراقبت‌های اولیه بود، بلکه باید توزیع نابرابر درآمد نیز بهبود یابد. زیرا توزیع عادلانه‌تر درآمد، موجب بالا رفتن سطح زندگی اقشار وسیعی از توده‌های مردم از طریق بهبود در امور بهداشت، تغذیه و آموزش آنان می‌شود.

کلید واژه‌ها: نابرابری درآمد، سلامت، فرضیه نابرابری درآمد، فرضیه درآمد مطلق، فرضیه درآمد نسبی، کشورهای عضو کنفرانس اسلامی و مدل ضرایب تصادفی.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات تحقیق

- ۱-۱- مقدمه ۱
- ۲-۱- شرح و بیان مساله پژوهشی ۲
- ۳-۱- اهمیت و ارزش تحقیق ۳
- ۴-۱- اهداف تحقیق ۴
- ۵-۱- فرضیه های تحقیق ۴
- ۶-۱- کاربرد نتایج تحقیق ۴
- ۷-۱- روش تحقیق ۵
- ۱-۷-۱- نوع مطالعه و روش بررسی فرضیه ها ۵
- ۲-۷-۱- جامعه آماری ۶
- ۳-۷-۱- حجم نمونه و روش محاسبه ۶
- ۴-۷-۱- ابزار گردآوری داده ها ۶
- ۵-۷-۱- ابزار تجزیه و تحلیل ۶
- ۸-۱- کلید واژه ها ۶

فصل دوم: ادبیات موضوع و پیشینه تحقیق

- ۱-۲- مقدمه ۸
- ۲-۲- نابرابری درآمدها ۹
- ۱-۲-۲- توزیع درآمد ۹
- ۲-۲-۲- روش سنجش توزیع نابرابری درآمد ۱۰
- ۳-۲-۲- نابرابری درآمد و روش های کاهش آن ۱۱
- ۳-۲- سلامت ۱۴
- ۱-۳-۲- اقتصاد سلامت ۱۴
- ۲-۳-۲- نابرابری سلامتی ۱۵
- ۳-۳-۲- مفهوم سلامت و نابرابری آن ۱۵
- ۴-۳-۲- مروری بر نظریه های نابرابری سلامتی ۱۷

۱۷	۲-۳-۴-۱ دیدگاه‌های زیستی
۱۸	۲-۳-۴-۲ دیدگاه‌های مادی
۱۹	۲-۳-۴-۳ دیدگاه‌های رفتاری_فرهنگی
۲۰	۲-۳-۵-۵ تعبیرهای متفاوتی از فرضیه نابرابری درآمد و سلامت
۳۳	۲-۳-۶-۶ ذخیره سلامت
۳۷	۲-۳-۷-۷ عوامل اقتصادی_اجتماعی مؤثر بر سلامت
۳۷	۲-۳-۷-۱ درآمد
۳۹	۲-۳-۷-۲ آموزش
۴۲	۲-۳-۷-۳ پس‌انداز
۴۴	۲-۴-۴-۴ مکانیسم‌های مرتبط‌کننده نابرابری درآمد و سلامت
۴۴	۲-۴-۱-۱ ارتباط نابرابری درآمد و سلامت
۴۵	۲-۴-۱-۱-۱ نابرابری درآمد و عدم سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی
۴۵	۲-۴-۱-۲ نابرابری درآمد و کاهش سرمایه اجتماعی
۴۷	۲-۴-۱-۳ نابرابری درآمد و مطالعات تطبیقی اجتماعی
۴۸	۲-۵-۵-۵ مروری بر تحقیقات انجام شده و خلاصه فصل
۴۸	۲-۵-۱-۱ پیشینه تحقیق
۴۸	۲-۵-۱-۱-۱ مطالعات خارجی
۵۰	۲-۵-۱-۲ مطالعات داخلی
۵۳	۲-۵-۲-۲ خلاصه فصل

فصل سوم: روش تحقیق

۵۴	۳-۱-۱ مقدمه
۵۵	۳-۲-۲ الگوی تحقیق
۶۰	۳-۳-۳ معرفی متغیرهای مدل
۶۰	۳-۳-۱-۱ امید به زندگی
۶۲	۳-۳-۲-۲ تولید ناخالص داخلی
۶۲	۳-۳-۳-۳ نابرابری درآمد
۶۲	۳-۳-۴-۴ پس‌انداز

۶۳	..... آموزش ۵-۳-۳
۶۳	..... اطلاعات و داده‌ها آماری ۴-۳
۶۳	..... کشورهای منتخب ۵-۳
۶۵	..... روش‌های تخمین مدل ۶-۳
۶۵	..... روش داده‌های تابلویی ۱-۶-۳
۶۷	..... مدل ضرایب تصادفی ۲-۶-۳
۶۹	..... خلاصه فصل ۷-۳

فصل چهارم: یافته‌ها و نتایج تحقیق

۷۰	..... مقدمه ۱-۴
۷۱	..... آزمون تشخیص بر روی داده‌ها ۲-۴
۷۱	..... آزمون مانایی ۱-۲-۴
۷۲	..... آزمون ناهمسانی واریانس ۲-۲-۴
۷۴	..... برآورد الگوهای اول، دوم و سوم با توجه به فرضیه نابرابری درآمد با در نظر گرفتن شاخص امید به زندگی به عنوان متغیر وابسته ۳-۴
۷۴	..... برآورد الگوهای اول، دوم و سوم با متغیر حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه به عنوان متغیر وابسته ۴-۴
۷۸	..... برآورد الگوهای چهارم و پنجم با توجه به فرضیه‌های درآمد مطلق و درآمد نسبی ۵-۴
۸۱	..... خلاصه فصل ۶-۴
۸۴	.....

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۸۵	..... مقدمه ۱-۵
۸۶	..... نتایج حاصل از آزمون فرضیه ۲-۵
۸۸	..... پیشنهادات ۳-۵
۸۸	..... پیشنهادهای خاص ۱-۳-۵
۸۹	..... پیشنهادهای عام ۲-۳-۵
۹۰	..... محدودیت‌های تحقیق ۴-۵
۹۱	..... پیشنهادهایی برای مطالعات آینده ۵-۵

صفحه

عنوان

۹۲	پیوست (۱): ارتباط عمر طولانی و پس انداز.....
۹۵	پیوست (۲): ارتباط نابرابری درآمد و سلامت.....
۹۶	پیوست (۳): خروجی های کامپیوتر.....
۱۰۶	منابع و مآخذ.....

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۱۰.....	شکل (۱-۲): منحنی لورنز.....
۲۱.....	شکل (۲-۲): منحنی پرشتون در سال ۲۰۰۰.....
۲۳.....	شکل (۳-۲): رابطه غیرخطی و مجانب بین درآمد و سلامت (پذیرفتن خطر بقا).....
۲۹.....	شکل (۴-۲): چارچوب کلی اثر توزیع درآمد بر سلامت.....
۳۳.....	شکل (۵-۲): منحنی بی‌تفاوتی فرد برای بهداشت و سایر کالاها.....
۴۳.....	شکل (۶-۲): سیکل زندگی.....
۶۰.....	شکل (۱-۳): رابطه بین درآمد و سلامت در سطح فردی.....

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول (۱-۲): مقایسه بین کشوری امید به زندگی و <i>GDP</i> سرانه.....	۲۷
جدول (۱-۳): کشورهای منتخب عضو کنفرانس اسلامی و برخی از شاخص‌های مهم آن.....	۶۴
جدول (۱-۴): نتایج آزمون ریشه واحد جمعی متغیرهای تأثیرگذار بر سلامتی.....	۷۲
جدول (۲-۴): نتایج آزمون ناهمسانی واریانس در مدل‌های مورد بررسی برای منتخبی از کشورهای <i>OIC</i>	۷۳
جدول (۳-۴): ارتباط نابرابری درآمد و امید به زندگی با استفاده از داده‌های تابلویی.....	۷۴
جدول (۴-۴): اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامت (شاخص امید به زندگی).....	۷۶
جدول (۵-۴): اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامت (شاخص حاصل ضرب امید به زندگی در درآمد سرانه).....	۷۹
جدول (۶-۴): اثر نابرابری درآمد بر سلامتی با فرضیه‌های درآمد مطلق و درآمد نسبی.....	۸۲

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

در روزگاری زندگی می‌کنیم که نابرابری به تدریج بیشتر می‌شود و این نابرابری در سطوح پایین، سلامتی مردم را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و متأسفانه هر چه کشور از وضعیت اقتصادی بدتری برخوردار باشد این اوضاع نابه‌سامان‌تر است.

لذا هدف از این پژوهش، بررسی اثر توزیع نابرابر درآمد و متغیرهای کنترل در آن بر وضعیت سلامتی می‌باشد. لازم به ذکر است که وضعیت سلامتی تحت تأثیر متغیرهای زیادی قرار می‌گیرد که از بین آن‌ها به بررسی اثر نابرابری درآمد، درآمد، پس‌انداز و آموزش بر وضعیت سلامت پرداخته خواهد شد. بر این اساس، در این فصل پس از بیان مسئله‌ی پژوهشی و اهمیت تحقیق، به ارائه‌ی اهداف، فرضیه‌های تحقیق و کاربرد نتایج تحقیق پرداخته می‌شود که به ترتیب در بخش‌های (۱-۲) تا (۱-۶) آورده شده است. بخش‌های (۱-۷) و (۱-۸) نیز به معرفی روش تحقیق و تعریف واژه‌های کلیدی موجود در رساله اختصاص یافته است.

۱-۲- شرح و بیان مسأله‌ی پژوهشی:

نابرابری در درآمدهای سرانه بین خانوارها در یک منطقه یا داخل یک کشور، بین مناطق داخل یک کشور و بین کشورهای جهان به‌ویژه در طول دهه‌های اخیر به‌صورت محسوس مشاهده شده است. اگرچه همه‌ی کشورها در یک دوره زمانی طولانی سیاست‌های عمومی مختلفی را برای کاهش نابرابری به اجرا در می‌آورند، اما نابرابری هنوز برای تعدادی از دانشمندان به‌صورت چالش جدی باقی مانده است و این چالش یکی از دلایل اساسی برای مشکلات اقتصادی-اجتماعی در اقتصادهای متفاوت به‌شمار می‌رود (کز و گون، ۲۰۰۷). لیکن اقتصاددانان، نه تنها به دنبال افزایش سطح درآمدهای جامعه، بلکه در پی توزیع هرچه عادلانه‌تر درآمدها نیز می‌باشند و برای نیل به این مقصود تلاش فراوان می‌کنند. اما علی‌رغم کوشش‌های انجام شده هنوز در اکثر کشورهای جهان، به‌خصوص کشورهای عضو کنفرانس اسلامی که اغلب کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط هستند، توزیع درآمد بین خانوارها به شکل ناعادلانه می‌باشد.

با توجه به این که هرچه توزیع درآمدها نابرابر باشد سهم کمتری از درآمد خانوار به مخارج بهداشتی و درمانی اختصاص می‌یابد، پس شاید بتوان گفت که دهک‌های پایین درآمدی سهم کمتری از درآمدهای خود را به مخارج سلامتی اختصاص دهند، لذا باید به دنبال راهکارهای اساسی در جهت کاهش این نابرابری‌ها و بهبود شرایط سلامتی باشیم.

بهبود در توزیع درآمدها موجب بالا رفتن سطح زندگی اقشار وسیعی از توده‌های مردم از طریق بهبود در امور بهداشت، تغذیه و سواد آنان می‌شود، که در نتیجه باعث افزایش بهره‌وری آنان در تولید و تقویت انگیزه آن‌ها به مشارکت در اجرای برنامه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی جامعه می‌گردد. بدین منظور امروزه بهبود در توزیع درآمدها و مبارزه با فقر و کاهش نابرابری جزء اهداف عمده استراتژی توسعه اقتصادی-اجتماعی حتی از وظایف مهم دولت‌ها محسوب می‌شود.

یکی از مقوله‌های اجتماعی که در معرض تأثیر مستقیم و غیرمستقیم فراگرد توسعه اقتصادی و نیز نابرابری درآمدی قرار می‌گیرد، وضعیت سلامت افراد جامعه است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) سلامتی عبارت است از: رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد و نه فقط نبود بیماری و معلولیت. با توجه به تعریف، سلامت دارای ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است که تحت تأثیر محیط اجتماعی، اقتصادی و زیستی قرار می‌گیرد.

^۱-Köse & Güven

^۲-World Health Organization

سلامت به عنوان یکی از ابعاد سرمایه انسانی باعث افزایش زمان کاری فرد و بهبود درآمد و ثروت می‌گردد. سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی و برنامه توسعه ملل متحد، سلامت را به عنوان یکی از اهداف مهم برای توسعه انسانی و شاخص اساسی توسعه اجتماعی در نظر گرفته‌اند؛ زیرا در جامعه‌ای که افراد آن از سلامت بیشتری برخوردارند، روزهای بیشتری در هفته، در ماه و در سال به کار اشتغال خواهند داشت و بهره‌وری عامل کار، افزون خواهد شد. بنابراین خانوارهای سالم‌تر به دلیل افزایش در بهره‌وری، درآمد بیشتری کسب می‌کنند و هزینه‌های وابسته به سلامت کمتری دارند. در نتیجه می‌توانند مخارج بیشتری را به آموزش فرزندان خود اختصاص دهند. لذا افزایش طول عمر و بهبود وضعیت سلامت در کشورهای مختلف انگیزه پس‌انداز را در نسل جاری تقویت کرده و اثرات قابل ملاحظه‌ای بر سرمایه‌گذاری داخلی خواهد داشت.

لذا این رساله به دنبال نشان دادن این مسئله است که، نابرابری درآمد یکی از عوامل تأثیرگذار بر وضعیت سلامتی می‌باشد. بنابراین هدف این مطالعه، تعیین اثر توزیع نابرابر درآمد و متغیرهای کنترل در این توزیع بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی است. بدین منظور به بررسی رابطه بین نابرابری درآمد و وضعیت سلامتی با در نظر گرفتن سه فرضیه‌ی نابرابری درآمدی، درآمد مطلق و درآمد نسبی پرداخته و این ارتباط میان کشورهای عضو کنفرانس اسلامی در دوره زمانی ۲۰۰۵-۱۹۸۰، با استفاده از داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی مربوط به ۱۷ عضو این سازمان برآورد و تجزیه و تحلیل می‌شود.

۱-۳- اهمیت و ارزش تحقیق:

در سال‌های اخیر، بهبود سلامتی شرط ضروری برای توسعه اقتصادی به‌شمار می‌رود، به این دلیل که بهبود سلامتی به عنوان عاملی برای افزایش امکانات اقتصادی تولید، درآمد بالقوه جمعیت را افزایش می‌دهد و با کاهش نرخ استهلاک سرمایه انسانی، باعث جذابیت سرمایه‌گذاری در آموزش می‌گردد. بنابراین توسعه اقتصادی افزایش می‌یابد (میر، ۲۰۰۳). پیشرفت در وضعیت بهداشتی و تأمین سلامتی مردم، موجب افزایش طول عمر و در عین حال ازدیاد قدرت تولید کالاها و خدمات می‌گردد. بهبود سلامتی، انگیزه کار را افزایش داده و به حضور و مشارکت مردم در صحنه تولید و جامعه می‌افزاید. افرادی که از سلامت خوبی برخوردارند و تغذیه مناسبی دارند، قادرند ساعات بیشتری در روز و روزهای بیشتری در سال به کارهای مولد بپردازند. بهداشت موجب ارتقاء سطح سلامتی می‌گردد و همراه با تغذیه صحیح "امید به زندگی" را افزایش می‌دهد (عمادزاده، ۱۳۸۲).

سلامتی در عین حال یک کالای مصرفی و یک کالای سرمایه‌ای به‌شمار می‌رود. از دیدگاه مصرفی افراد به-دنبال داشتن سلامتی هستند، چرا که در این صورت از بابت بهبود کیفیت زندگی خود لذت و مطلوبیت بیشتری می‌برند. از دیدگاه سرمایه‌گذاری رابطه زمان و سلامت بدین گونه است که اگر وضعیت سلامت فرد خوب باشد دوران بیماری کمتری خواهد داشت و روزهای بیشتری برای کار کردن و کسب درآمد بیشتر، استراحت و تفریح خواهد داشت. در واقع اقتصاددانان اظهار می‌کنند که هرچه فرد سرمایه‌گذاری بیشتری در زمینه سلامتی خود داشته باشد، احتمال این که دوران سلامتی وی بیشتر و در نتیجه کار و درآمدش بیشتر باشد، افزایش خواهد یافت (صباح کرمانی، ۱۳۸۵). هم‌چنین آموزش و درآمد سرانه، دو عامل مهم بیان‌کننده اثر نابرابری درآمد بر سلامت می‌باشند، که باعث بهبود سلامت از طریق کاهش نابرابری درآمد می‌گردد. لذا افزایش امید به زندگی، تمایل به پس‌انداز را در میان مردم افزایش می‌دهد. بنابراین با توجه به این مسئله، به بررسی اهداف تحقیق پرداخته می‌شود.

۱-۴- اهداف تحقیق:

۱. شناسایی اثر توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامتی در کشورهای عضو کنفرانس اسلامی.
۲. شناسایی اثر متغیرهای کنترل بر وضعیت سلامتی در کشورهای عضو کنفرانس اسلامی.

۱-۵- فرضیه‌های تحقیق:

۱. توزیع نابرابر درآمد بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی تأثیر دارد.
۲. متغیرهای کنترل بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی تأثیر دارد.

۱-۶- کاربرد نتایج تحقیق:

این مطالعه به بررسی توزیع نابرابر درآمد و اثر آن بر وضعیت سلامتی پرداخته و نتایج به‌دست آمده، چگونگی اثرات این ارتباط را در کشورهای عضو کنفرانس اسلامی برآورد می‌کند. در نتیجه کشورهای عضو با در نظر گرفتن این رابطه می‌توانند با همکاری‌های اقتصادی در جهت کاهش نابرابری‌های اساسی بر دارند. با توجه به این که نابرابری توزیع درآمد بر سلامتی مردم و شیوه زندگی آن‌ها مؤثر می‌باشد، اقتصاددانان، جامعه‌شناسان و کارشناسان علوم تغذیه باید برای کاهش اثرات این رابطه، سیاست‌های مناسب را در پیش گرفته و با تعدیل نابرابری‌ها، بهبود سلامتی افراد جامعه را تضمین نمایند.

از دیگر سو در این مطالعه از آموزش به‌عنوان متغیر کنترل یاد می‌شود، که هم تعلیم مهارت‌ها و هم فعالیت‌های بهبود دهنده کیفیت نیروی کار و بازدهی آن را در بر می‌گیرد، که در نهایت باعث بالارفتن سطح

درآمدهای آتی می‌گردد. آموزش برای افراد کم‌درآمد و فقیر، تخصص و مهارت ایجاد می‌کند و لذا بهره‌وری این افراد ارتقاء یافته و در نهایت درآمد این قشر افزایش می‌یابد و این نیز به کاهش فقر و نابرابری منجر می‌شود. هم‌چنین با آموزش همگانی در زمینه بهداشت عمومی می‌توان تا حد زیادی بهبود سلامتی افراد را ارتقاء بخشید. بنابراین سیاست‌گذاران کشورهای اسلامی با توجه به تأثیرگذاری این عامل قادر به تنظیم سرمایه‌گذاری‌های انسانی از طریق همکاری در آموزش و پرورش و تأمین منابع مالی آموزشی برای تعدیل نابرابری درآمد و سلامتی خواهند بود.

۱-۷-۱- روش تحقیق:

۱-۷-۱-۱- نوع مطالعه و روش بررسی فرضیه‌ها:

روش تحقیق در این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است که با جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات به روش کتابخانه‌ای به بررسی اثر توزیع نابرابر درآمد و متغیرهای کنترل به کار رفته در آن بر وضعیت سلامتی در منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی می‌پردازد. بنابراین با توجه به ادبیات پیشین فرض می‌شود که وضعیت سلامتی، تحت تأثیر سطوح درآمد و نابرابری درآمد است. هم‌چنین سطوح درآمد، آموزش و پس‌انداز به‌عنوان متغیرهای کنترل به کار می‌رود. سطح درآمد به‌خاطر وابستگی مثبت با سلامتی و وابستگی منفی با توزیع نابرابر درآمد در نظر گرفته شده است. آموزش متغیر مهمی است، زیرا جامعه‌ای با سواد بیشتر از عوامل مؤثر بر سلامتی آگاه‌اند، بنابراین به‌نظر می‌رسد که اثر مثبتی بر وضعیت سلامتی داشته باشد. سطح پس‌انداز نیز به‌عنوان عامل مراقبت از سلامتی افراد، انتظار می‌رود که وابستگی مثبت با وضعیت سلامت را نشان دهد. بنابراین می‌توان گفت که افزایش در امید به زندگی افراد سبب می‌شود تا آن‌ها برای آینده خود برنامه‌ریزی دقیق‌تری داشته و سطح پس‌انداز و سرمایه‌گذاری خود را افزایش دهند که این امر سبب کاهش نابرابری در توزیع درآمد می‌گردد. بنابراین افراد انگیزه‌ی بیشتری برای سرمایه‌گذاری در تحصیلات دارند و بازده بالاتری از این سرمایه‌گذاری‌ها به‌دست می‌آورند. لذا مدل به صورت ذیل تعریف شده است:

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

که در آن متغیرهای مورد بررسی به صورت زیر می‌باشند:

H: وضعیت سلامتی، Y: سطح درآمد، Q: نابرابری درآمد، SAV: سطح پس‌انداز، EDU: سطح آموزش و اندیس i اشاره به کشور داده شده و اندیس t زمان (۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵) است. هم‌چنین جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی استفاده شده است.

۱-۷-۲- جامعه آماری (در صورت لزوم):

جامعه‌ی مورد نظر منتخبی از کشورهای عضو کنفرانس اسلامی می‌باشد.

۱-۷-۳- حجم نمونه و روش محاسبه:

نمونه آماری مورد استفاده در این پژوهش با توجه به محدودیت‌های آماری و روش حذف سیستماتیک، ۱۷ کشور عضو کنفرانس اسلامی در دوره‌ی زمانی ۲۰۰۵-۱۹۸۰ می‌باشد که با آزمون‌های صورت گرفته، به وسیله داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی محاسبه می‌گردد.

۱-۷-۴- ابزار گردآوری داده‌ها (پرسشنامه، مصاحبه و ...):

داده‌های مورد نیاز از لوح فشرده شاخص‌های اقتصادی جهانی ۲۰۰۶^۴ و سایت‌های اینترنتی تهیه شده است و از سایت مجموعه داده‌های نابرابری درآمد جهانی^۵، برای به دست آوردن داده‌های مربوط به ضریب جینی استفاده شده است.

۱-۷-۵- ابزار تجزیه و تحلیل:

در این تحقیق، جهت برآورد مدل در کشورهای OIC با روش داده‌های تابلویی و مدل ضرایب تصادفی از نرم‌افزارهای Eviews 3, Stata.9.2 استفاده می‌گردد و نرم‌افزار Excel نیز جهت پردازش داده‌ها به کار می‌رود.

۱-۸- کلید واژه‌ها:

نابرابری درآمد (*Income Inequality*): تفاوت درآمدی بین افراد، خانوارها یا گروه‌های مختلف در مناطق و یا کشورهای مختلف را نابرابری درآمدی گویند. نابرابری درآمدی بین افراد، خانوارها و گروه‌ها منجر به تفاوت در فرصت‌ها و امکانات مختلف اقتصادی می‌گردد. (بلک، ۲۰۰۳)

سلامت (*Health*): سلامت عبارتست از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است. (ویکی

پدیا)

^۴-World Development Indicators (2006)

^۵-World Income Inequality Database (www.WIID.com)

^۶-Black

^۷-Wikipedia

امید به زندگی (*Life Expectancy*): به متوسط تعداد سال‌های زندگی که برای یک نوزاد تازه متولد شده پیش‌بینی می‌شود، چنانچه نرخ‌های مرگ و میر فعلی ادامه داشته باشد امید به زندگی اطلاق می‌شود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸)

کشورهای عضو کنفرانس اسلامی (*Islamic Organization of Conference Countries*): سازمان کنفرانس اسلامی، سازمانی بین‌المللی است که در سال ۱۹۶۹ تأسیس شده و شامل ۵۷ کشور اسلامی است که به دنبال یکپارچگی اقتصادی و اجتماعی از طریق یکی کردن تلاش‌ها و تأمین امنیت، رفاه مردم خود و دیگر مسلمانان می‌باشند. کشورهای عضو این سازمان، حدود یک پنجم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و از لحاظ گستره جغرافیایی در قاره‌های آسیا، آفریقا، اروپا و آمریکا پراکنده شده است و در واقع یک سازمان فرامنطقه‌ای محسوب می‌شود. (سایت اینترنتی، WWW.SESRTCIC.COM)

مدل ضرایب تصادفی (*Random Coefficient Model*): اختلاف بین داده‌های مقطعی را از طریق شیب و نه عرض از مبدأ نشان می‌دهد. (گرین، ۱۹۹۷)

فرضیه نابرابری درآمد (*Income Inequality Hypothesis*): نابرابری در توزیع درآمد، سلامتی افراد یک جامعه را تهدید می‌کند. این فرضیه بر رابطه‌ی معکوس بین سلامت و نابرابری درآمد، بدون توجه به سطح درآمد مشخص فردی متمرکز است. (ویلکسون، ۱۹۹۶)

فرضیه درآمد مطلق (*Absolute Income Hypothesis*): این فرضیه بیانگر آن است که سلامتی در یک نرخ کاهشی با درآمد افزایش می‌یابد. (پرستون، ۱۹۷۵)

فرضیه درآمد نسبی (*Relative Income Hypothesis*): این فرضیه بر درآمد فرد نسبت به دیگر افراد در گروه خودش به جای درآمد مطلق فرد متمرکز است. لذا اگر درآمد همه‌ی افراد یک گروه به جز یک فرد، افزایش یابد؛ سلامت مورد انتظار آن فرد بدتر می‌شود (ویلکسون، ۱۹۹۷). طبق این فرضیه، سلامتی کاهش می‌یابد، وقتی فردی از لحاظ مالی نسبت به هم‌گروه‌هایش محروم می‌شود و سلامتی بهبود پیدا می‌کند، زمانی که فرد نسبت به دیگران موفقیت به دست می‌آورد. (زو و لی، ۲۰۰۴)

^۸-Greene
^۹-Wilkinson
^{۱۰}-Preston
^{۱۱}-Zhu & Li