

## رابطه‌ی هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (منا)

محسن مهرآرا<sup>۱</sup> / علی‌اکبر فضائی<sup>۲</sup>

چکیده

مقدمه: یکی از چالش‌های اساسی حوزه‌ی سلامت شناسایی عامل تعیین‌کننده‌ی مقدار منابعی است که کشور برای مراقبت‌های سلامت اختصاص می‌دهد. اغلب اوقات سهم هزینه‌های درمانی و بهداشتی از تولید ناخالص داخلی (GDP) در کشورهای توسعه یافته بیشتر از کشورهای توسعه نیافته است. سهم و اهمیت GDP در نوسانات هزینه‌های سلامتی در میان کشورها یا مناطق مختلف در طراحی سیاست‌ها در بخش سلامت مهم است.

روش بررسی: این مقاله رابطه میان هزینه‌های سلامت و درآمد ناخالص داخلی را برای یک نمونه ۱۳ تایی از کشورهای خاور میانه و شمال آفریقا (منا) در سال‌های (۲۰۰۵-۱۹۹۵) با استفاده از تحلیل‌های هم‌انباشتگی بر اساس داده‌های تلفیقی (پانل) مورد بررسی قرار می‌دهد.

یافته‌ها: هرچند دو متغیر هزینه‌های سلامت و تولید ناخالص داخلی در این گروه کشورها مانا نیستند اما هنوز یک رابطه‌ی تعادلی بلند مدت میان این دو متغیر وجود دارد. شواهدی مبنی لوکس بودن مراقبت‌های سلامت در این منطقه در کوتاه مدت و حتی بلندمدت مشاهده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری: برخلاف شواهد حاصله از سایر کشورها و مناطق، کشش درآمدی کالای سلامت در منطقه‌ی منا کوچکتر از یک است به طوری که این کالا لوکس تلقی نمی‌شود. لذا انتظار نمی‌رود با افزایش درآمد ناخالص داخلی، این کشورها سهم بیشتری از درآمد شان را به هزینه‌های سلامت اختصاص دهند. برآورد ضریب تعدیل نیز دلالت بر چسبندگی‌های بالا در هزینه‌های سلامت این کشورها در مواجهه با تکانه‌های درآمدی دارد. بدین ترتیب اهتمام بیشتر در جهت افزایش کارایی هزینه‌های سلامتی موجود از اهمیت ویژه‌ای در این کشورها برخوردار است.

کلید واژه‌ها: هزینه‌های سلامت، کشورهای منا، رشد اقتصادی، ریشه واحد، هم‌انباشتگی

• وصول مقاله: ۸۷/۹/۱۲ • اصلاح نهایی: ۸۸/۱/۱۷ • پذیرش نهایی: ۸۸/۲/۲۷

۱. دانشیار گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد، دانشگاه تهران؛ نویسنده مسئول (mmehrara@ut.ac.ir)

۲. کارشناس ارشد اقتصاد، دانشکده اقتصاد، دانشگاه تهران

## مقدمه

غالباً سهم هزینه‌های درمانی و بهداشتی از تولید ناخالص داخلی (GDP) در کشورهای توسعه یافته بیشتر از کشورهای توسعه نیافته است. این نکته نشان می‌دهد که میزان اهمیتی که سلامتی نیروی انسانی در جامعه دارد، با سطح توسعه یافتگی کشورها افزایش می‌یابد. اکثر کشورهای پردرآمد عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) بیش از ۷ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را برای مراقبت‌های سلامت هزینه می‌کنند. [۱] در حالی که این رقم در کشورهای در حال توسعه کمتر بوده و در بسیاری از آنها، کمتر از نصف رقم مذکور است. در کشورهایی که شاخص توسعه انسانی بالایی دارند (که شاخصی است که هر ساله توسط سازمان ملل متحد بر اساس سه عامل امید به زندگی، درآمد سرانه و سطح آموزش محاسبه و اعلام می‌شود) میانگین هزینه مصرف شده از منابع عمومی در امر سلامت در سال ۲۰۰۵، برابر ۵/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی بوده در حالی که این میزان در کشورهای دارای توسعه انسانی متوسط ۲/۷ درصد و در کشورهای دارای توسعه انسانی پایین ۲/۱ درصد بوده است. [۲]

پرفسور نیوهوس در سال ۱۹۷۷ این سؤال را مطرح کرد که چه عاملی مقدار منابعی را که یک کشور در امر سلامت هزینه می‌نماید، تعیین می‌کند؟ وی از یک تحلیل رگرسیون مقطعی از هزینه‌های سلامت سرانه روی درآمد سرانه در ۱۳ کشور عضو OECD استفاده کرد و به این نتیجه رسید که سهم هزینه‌های سلامت با افزایش درآمد، بیشتر می‌شود. وی نشان داد که سلامت یک کالای با کشش درآمدی بزرگتر از یک می‌باشد. در واقع سلامت یک کالای لوکس است. [۳] در مطالعات بعدی محققینی از قبیل جرتام (۱۹۹۲) [۴]، هیتریس و پسن (۱۹۹۲) [۵]، ویسکیوس (۱۹۹۴) [۶]، هانسن و کینگ (۱۹۹۶) [۷] و بلومکویست و کارتر (۱۹۹۷) [۸]، این موضوع را با استفاده از داده‌های تابلویی یا تلفیقی بررسی کردند. با وجود برتری و مزایای داده‌های تلفیقی نسبت به داده‌های مقطعی و سری زمانی، نگرانی ویژه‌ای ناشی از

وجود روندهای تصادفی و رگرسیون‌های بی‌معنی میان این متغیرها وجود دارد. به همین دلیل در ادبیات نوین اقتصادسنجی، محققان قبل از تخمین به آزمون وجود ریشه واحد در متغیرهای مورد بررسی روی آوردند. از جمله مطالعاتی که با استفاده از آزمون‌های ریشه واحد با داده‌های تابلویی و تحلیل‌های هم‌انباشتگی مبتنی بر داده‌های تابلویی به بررسی اثرات تولید ناخالص داخلی بر هزینه‌های سلامتی پرداخته‌اند می‌توان به مطالعه هانسن و کینگ (۱۹۹۶) و بلومکویست و کارتر (۱۹۹۷) برای کشورهای عضو OECD اشاره کرد. در تمامی این مطالعات، متغیرهای تحت بررسی بر اساس داده‌های تابلویی، حاوی یک ریشه واحد بوده و فرضیه عدم هم‌انباشتگی میان متغیرهای مذکور رد نمی‌شود به طوری که رابطه با اهمیت و معنی‌داری در بلند مدت میان هزینه‌های سلامتی و درآمد در گروه‌های مختلف کشورها مشاهده شده است. به علاوه در تمامی این مطالعات، سلامت کالایی لوکس تشخیص داده می‌شود.

در این مقاله ما به دنبال بررسی درستی این یافته‌ها در کشورهای مناهستیم و این که آیا اساساً در این کشورها سلامت کالایی لوکس می‌باشد و مشکل اصلی این کشورها کمبود درآمد است؟

## روش بررسی

این مقاله با استفاده از آزمون‌های جدید مانایی و هم‌انباشتگی داده‌های تابلویی برای ۱۳ کشور منتخب خاورمیانه و شمال آفریقا (شامل الجزایر، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، اردن، کویت، لبنان، مراکش، عمان، سوریه، امارات متحده عربی، یمن) بین سال‌های ۲۰۰۵-۱۹۹۵ رابطه بلند مدت میان هزینه‌های سلامت و درآمد ناخالص داخلی را مورد آزمون و برآورد قرار می‌دهد. این کشورها عمدتاً در میان کشورهای با توسعه انسانی متوسط (شاخص توسعه انسانی بین ۰/۵، ۰/۸) قرار دارند. سری‌های زمانی مورد نیاز برای آزمون‌های مانایی و هم‌انباشتگی، هزینه‌های سلامت و درآمد ناخالص داخلی سرانه در ۱۳ کشور منتخب عضو مناهست، که به

یکی از روش‌هایی که برای رفع این مشکل پیشنهاد شده، استفاده از داده‌های تابلویی برای افزایش حجم نمونه و آزمون ریشه واحد در داده‌های تابلویی است.

### یافته‌ها

در جدول ۱ برخی از شاخص‌های اقتصادی و سلامتی کشورهای منا آورده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد تفاوت‌های چشمگیری میان شاخص‌های سلامتی این گروه کشورها وجود دارد. به‌طور مثال سهم هزینه‌های سلامتی از ۱۱/۶ برای لبنان، ۹/۸ برای اردن و ۶/۶ برای ایران تا ۲/۸ برای کویت، ۲/۹ برای امارات و ۳/۵ برای عمان تغییر می‌کند. در حالی که کویت و امارات کمترین سهم از GDP را به سلامت اختصاص داده‌اند هنوز از بیشترین امید به زندگی (به ترتیب ۷۷ و ۷۸ سال) برخوردارند. امید به زندگی در اکثر این کشورها بیش از ۷۰ سال است. متوسط سهم هزینه‌های سلامت از GDP و امید به زندگی در این منطقه نزدیک به کشورهای با درآمد متوسط است. با این حال در برخی از این کشورها علی‌رغم اینکه درآمد سرانه آنها نزدیک به کشورهای پر درآمد است (مانند کویت، امارات متحده عربی و بحرین)، سهم هزینه‌های سلامت به تولید ناخالص داخلی به مراتب کمتر از کشورهای پردرآمد است.

نکته دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، این است که هر چند در غالب کشورهای دنیا، با افزایش سهم بهداشت و درمان در تولید ناخالص داخلی، سهم هزینه‌های پرداخت شده به‌طور مستقیم از سوی افراد (پرداخت از جیب) کاهش و سهم بخش عمومی در تأمین منابع افزایش می‌یابد اما الگوی مذکور برای کشورهای منا (به ویژه کشورهای صادرکننده نفت) به‌طور دقیق برقرار نیست. به‌عنوان نمونه در ایران که ۶/۶ تولید ناخالص داخلی به سلامت اختصاص می‌یابد سهم هزینه‌های خصوصی سلامت به کل هزینه‌های سلامت ۵۲ درصد یا  $\{3/44/(3/15+3/44)\}$  است، در حالی که در کشور کویت با اختصاص تنها ۲/۸ درصد GDP به سلامت، سهم هزینه‌های خصوصی به عمومی

صورت لگاریتمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این منطقه در دهه ۱۹۹۰ رشد متوسطی حدود ۳/۶ را تجربه کرده‌اند هر چند که در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۰ متوسط رقم رشد آنها به بیش از ۵/۶ درصد بالغ شده است. [۹]

در روش هم‌انباشتگی، روابط بلندمدت اقتصادی برآورد و تجزیه و تحلیل می‌شوند. ایده اصلی در تجزیه و تحلیل هم‌انباشتگی آن است که اگرچه بسیاری از سری‌های زمانی اقتصادی نامانا بوده و یک روند افزایشی یا کاهش دارند، اما ممکن است در بلندمدت یک ترکیب خطی از این متغیرها، همواره مانا و بدون روند باشند. تجزیه و تحلیل‌های هم‌انباشتگی به ما کمک می‌کند که این رابطه تعادلی بلندمدت را کشف کنیم. اگر یک نظریه اقتصادی صحیح باشد، مجموعه ویژه‌ای از متغیرها که توسط نظریه مذکور مشخص شده با یکدیگر مرتبط می‌شوند، در این صورت ما انتظار داریم یک ترکیب خطی از این متغیرها در بلندمدت مانا و بدون روند بلندمدت باشد. در غیراین صورت اعتبار نظریه مورد نظر زیر سؤال قرار می‌گیرد. به همین دلیل به‌طور گسترده از هم‌انباشتگی به منظور آزمون نظریه‌های اقتصادی استفاده شده است. [۱۰]

وقتی که تعداد مشاهدات سری زمانی در هرکدام از کشورها زیاد باشد، می‌توان تحلیل‌های مانایی (وجود ریشه واحد) و هم‌انباشتگی را به صورت جداگانه برای هرکدام از کشورها مورد بررسی قرار داد. اما قدرت آزمون‌های ریشه واحد و هم‌انباشتگی هنگامی که طول دوره داده‌ها کم است بسیار پایین می‌باشد. در این شرایط استفاده از آزمون‌های ریشه واحد و هم‌انباشتگی مبتنی بر داده‌ای تابلویی برای افزایش قدرت آزمون‌ها ضروری است. به‌عنوان مثال آزمون‌های معمول ریشه واحد مثل دیکی فولر (DF)، دیکی فولر تعمیم یافته (ADF) و فیلیس پرون (PP) که برای یک سری زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند از توان آزمون پایینی برخوردار بوده و دارای تورش به سمت قبول فرض صفر هستند. این موضوع وقتی که حجم نمونه کوچک است ( $n < 50$ )، خیلی تشدید می‌شود.

جدول ۱: برخی شاخص‌های سلامتی در منا (۲۰۰۵)

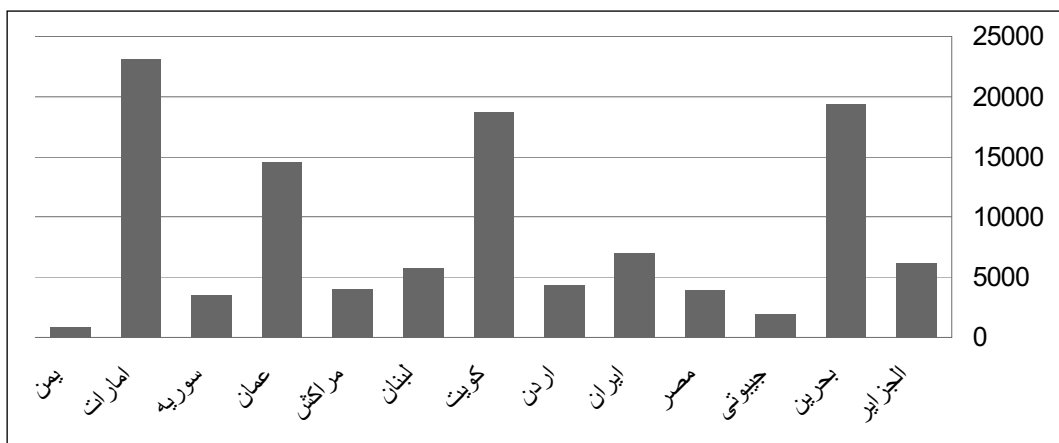
کشور	هزینه‌های کل سلامت (درصد از GDP)	درآمد ناخالص داخلی سرانه (دلار) (PPP)	هزینه‌های خصوصی سلامت (درصد از GDP)	هزینه‌های عمومی سلامت (درصد از GDP)	امید زندگی
الجزایر	۳/۶	۶۱۹۰	۰/۹۹	۲/۶۱	۷۱/۴
بحرین	۴/۰۰	۱۹۴۰۰	۱/۳۳	۲/۶۸	۷۴/۴
جیبوتی	۶/۳	۱۹۵۰	۱/۹۴	۴/۳۵	۵۲/۹
مصر	۵/۶	۴۰۱۰	۳/۷۱	۲/۱۸	۷۰/۲
ایران	۶/۶	۷۰۱۰	۳/۴۴	۳/۱۵	۷۰/۷
اردن	۹/۸	۴۳۷۰	۵/۰۵	۴/۷۴	۷۱/۶
کویت	۲/۸	۱۸۷۰۰	۰/۶۲	۲/۱۷	۷۷/۱
لبنان	۱۱/۶	۵۴۷۰	۸/۴۲	۳/۱۷	۷۲/۲
مراکش	۵/۱	۴۱۰۰	۳/۳۵	۱/۷۴	۷۰/۰
عمان	۳/۵	۱۴۶۰۰	۱/۱	۲/۸۷	۷۴/۰
سوریه	۴/۷	۳۵۲۰	۲/۴۷	۲/۲۲	۷۳/۶
امارات متحده عربی	۲/۹	۲۳۲۰۰	۰/۸۷	۲/۰۲	۷۸/۳
یمن	۴/۶	۸۵۵	۲/۴	۲/۷	۵۹/۸
متوسط منا	۵/۱	۵۲۷۰	۴/۱	۳/۴	۶۸/۹
متوسط کشورهای با درآمد پایین	۳/۸	۱۱۱۳	۳/۱	۲/۱	۴۵/۸
متوسط کشورهای با درآمد متوسط	۵/۷	۴۹۰۱	۴/۲	۳/۱	۶۷/۳
متوسط کشورهای با درآمد بالا	۱۰/۱	۲۶۵۶۸	۲/۲	۶/۸	۷۸/۰

منبع: گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) و گزارش توسعه جهانی (WDR) در سال (۲۰۰۵)

ترتیب ۷۰ درصد، ۵۰ درصد، ۴۰ درصد و ۴۳ درصد است. [۱۱] بنابراین سهم بخش خصوصی در تأمین هزینه‌های سلامت در کشورهای منا (به دلیل برخورداری از درآمدهای نفتی بالا در برخی از این کشورها) نزدیک به گروه کشورهای با درآمد بالا است. در واقع افزایش سرانه خدمات درمانی در کشورهای پردرآمد منا، با مشارکت بیشتر بخش عمومی در تأمین هزینه‌ها امکان‌پذیر شده است.

سلامت تنها برابر ۲۲ درصد یا  $\{0.62 / (0.62 + 2/17)\}$  است. درآمدهای نفتی بالا در برخی از این کشورها قادر است سهم بالای هزینه‌های عمومی در این کشورها را به خوبی توضیح دهد.

سهم بخش خصوصی در تأمین هزینه‌های بخش بهداشت و درمان برای کشورهای با درآمد پایین، متوسط و پر درآمد و کشورهای منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا به



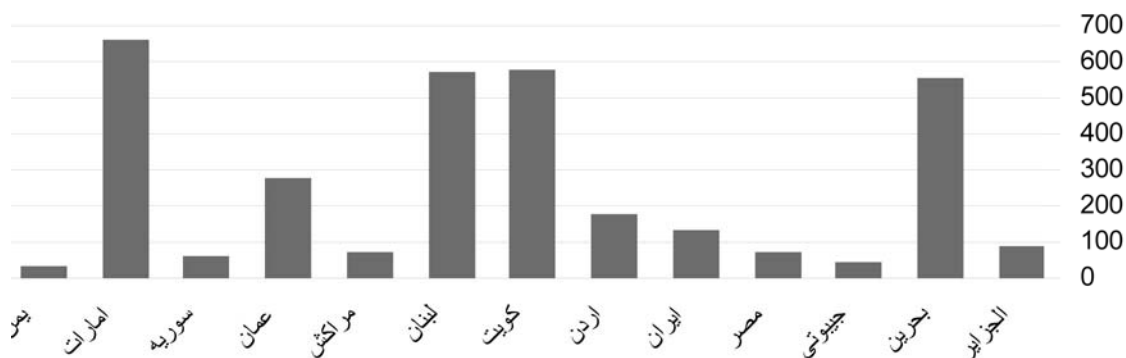
نمودار ۱: درآمد ناخالص داخلی سرانه در کشورهای منا ۲۰۰۵ (بر حسب دلار)

شاخص (ppp) و هزینه‌های سلامت سرانه را برای کشورهای تحت بررسی نشان می‌دهد. اختلاف درآمد سرانه و همچنین هزینه‌های سرانه سلامت در این کشورها کاملاً چشمگیر است. به علاوه مطابق انتظار درآمد و هزینه‌های سرانه سلامت در کشورهای نفتی منا به مراتب بیشتر از کشورهای غیرنفتی این منطقه است. همان طور که ملاحظه می‌شود متغیرهای مذکور همراهی نزدیکی با یکدیگر دارند.

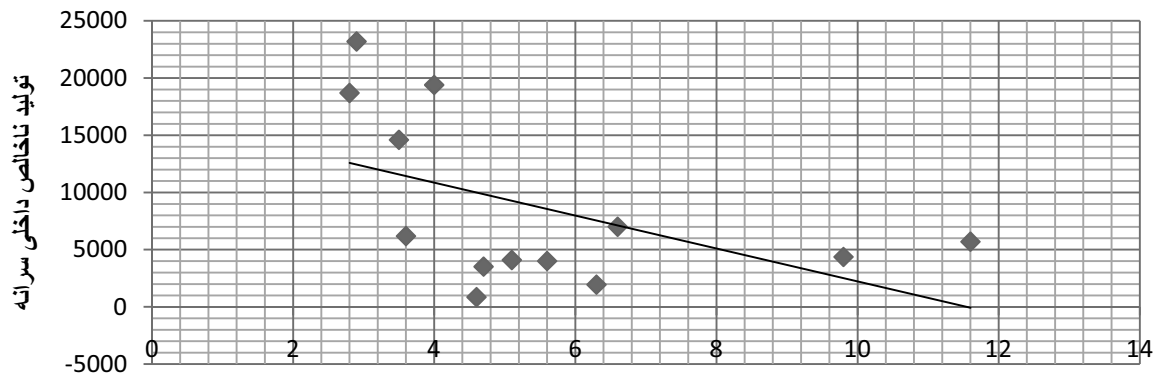
درآمد ناخالص سرانه در کشورهای پردرآمد، از مرز ۲۶۵۶۸ دلار در سال ۲۰۰۴ گذشت که این ۲۴ برابر شاخص مذکور برای کشورهای فقیر، می‌باشد. به عبارت دیگر، درآمد یک فرد در کشورهای پر درآمد به طور متوسط

سهم هزینه‌های خصوصی سلامت در GDP به عنوان شاخصی از عدالت در بخش سلامت به ترتیب در کشورهای لبنان (۸/۴۲)، اردن (۵/۰۵)، مصر (۳/۷۱) و پس از آنها ایران (۳/۴۴) بیشتر از سایر کشورهای این منطقه است. در برخی از این کشورها بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های سلامتی توسط بخش خصوصی تأمین می‌شود. در مقابل کمترین سهم هزینه‌های خصوصی سلامت به GDP در این منطقه، مربوط به کویت (۰/۶۲) و امارات (۰/۸۷) است. درآمدهای نفتی بالا احتمالاً نقش زیادی در تأمین مالی عمومی هزینه‌های سلامتی در این دو کشور داشته است.

نمودارهای ۱ و ۲ به ترتیب درآمد سرانه بر حسب



نمودار ۲: هزینه‌های سرانه سلامت در کشورهای منا ۲۰۰۵ (بر حسب دلار)



سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی

نمودار ۳: رابطه سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی با تولید ناخالص داخلی سرانه (۲۰۰۵)

سلامت از تولید ناخالص داخلی با تولید ناخالص داخلی سرانه این کشورها وجود دارد. یافته مذکور با نتایج حاصله برای سایر مناطق از جمله کشورهای توسعه یافته مبنی بر لوکس بودن مراقبت‌های سلامتی سازگار نیست. به عبارت دیگر هر چند در غالب مناطق مانند کشورهای OECD، با افزایش تولید ناخالص داخلی سرانه، سهم هزینه‌های سلامت از درآمد ناخالص داخلی افزایش می‌یابد اما الگوی مذکور برای کشورهای مانا (به ویژه کشورهای صادرکننده نفت) برقرار نمی‌باشد. سایر شاخص‌های سلامتی ارتباط مورد انتظار را با درآمد سرانه در این کشورها دارند. به طور مثال در نمودار ۵ نیز یک رابطه مثبت میان امید به زندگی (به عنوان شاخصی از سلامت) با تولید ناخالص داخلی سرانه به صورت مستقیم با ضریب همبستگی ۰/۶۷ مشاهده می‌شود.

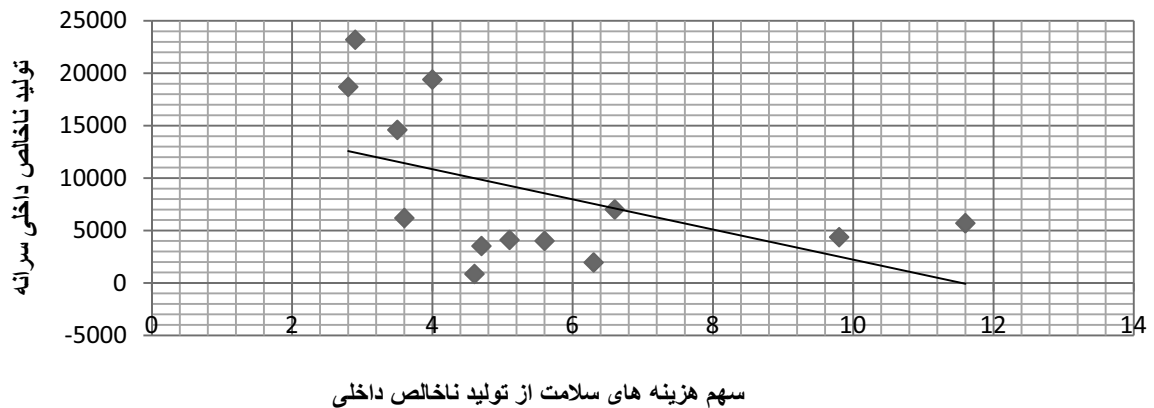
### تحلیل‌های اقتصادسنجی

در این بخش رابطه میان هزینه‌های سلامت و درآمد سرانه را با استفاده از داده‌های تابلویی برای ۱۳ کشور مورد نظر طی دوره ۲۰۰۵-۱۹۹۵ مورد آزمون قرار می‌دهیم. برای این منظور ابتدا خواص آماری داده‌های تابلویی را به لحاظ مانایی یا وجود ریشه واحد مورد بررسی قرار داده و سپس رابطه بلندمدت میان متغیرها را مبتنی بر رویکرد هم‌انباشتگی تابلویی آزمون می‌کنیم.

معادل درآمد ۲۴ نفر در کشورهای فقیر و معادل درآمد ۶ نفر در کشورهای متوسط و ۵ نفر در کشورهای مانا می‌باشد. این اختلاف در زمینه شاخص سرانه هزینه‌های بهداشتی، شدیدتر می‌شود. یک فرد ساکن در کشوری با درآمد بالا، به طور متوسط ۲۶۹۵ دلار صرف خدمات بهداشتی و درمانی می‌کند که معادل هزینه‌های بهداشتی درمانی ۶۴ نفر در کشورهای کم درآمد یا ۱۰ نفر در کشورهای با درآمد متوسط و مانا می‌باشد.

با توجه به شاخص‌هایی که در بالا مطرح گردید، می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه کشورهای پردرآمد و فقیر از نظر سطح درآمد با یکدیگر تفاوت دارند، اما تفاوت و اختلاف آنها از نظر اهمیت موضوع سلامت و سطح هزینه‌هایی که در این زمینه صرف می‌شود، بسیار شدیدتر می‌باشد. به این ترتیب، در حالی که سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در تولید ناخالص داخلی کشورهای فقیر تنها ۳/۸ درصد است، این شاخص در کشورهای با درآمد متوسط به ۵/۷ درصد، مانا ۵/۱ درصد و در کشورهای پردرآمد حتی به بیش از ۱۰ درصد نیز افزایش می‌یابد.

مطابق نمودار ۳ یک رابطه مثبت قوی میان هزینه سلامت سرانه با تولید ناخالص داخلی سرانه با ضریب همبستگی ۰/۶۰ برای کشورهای مانا مشاهده می‌شود، اما بر اساس نمودار ۴ یک رابطه منفی بین سهم هزینه‌های



نمودار ۴: رابطه میان هزینه سرانه سلامت با تولید ناخالص داخلی سرانه (۲۰۰۵)

- آزمون برتوگ [۱۴]
- آزمون‌های فیشر-ADF و فیشر-PP که توسط مادالا و وو (۱۹۹۹) و چوی (۲۰۰۱) ارائه شده است.
- آزمون هدری [۱۵]
- برای تشریح این آزمون‌ها الگوی (۱) AR بین بخشی زیر را در نظر می‌گیریم:

$$Y_{it} = \rho_i Y_{it-1} + X'_{it} \delta_i + \varepsilon_{it}$$

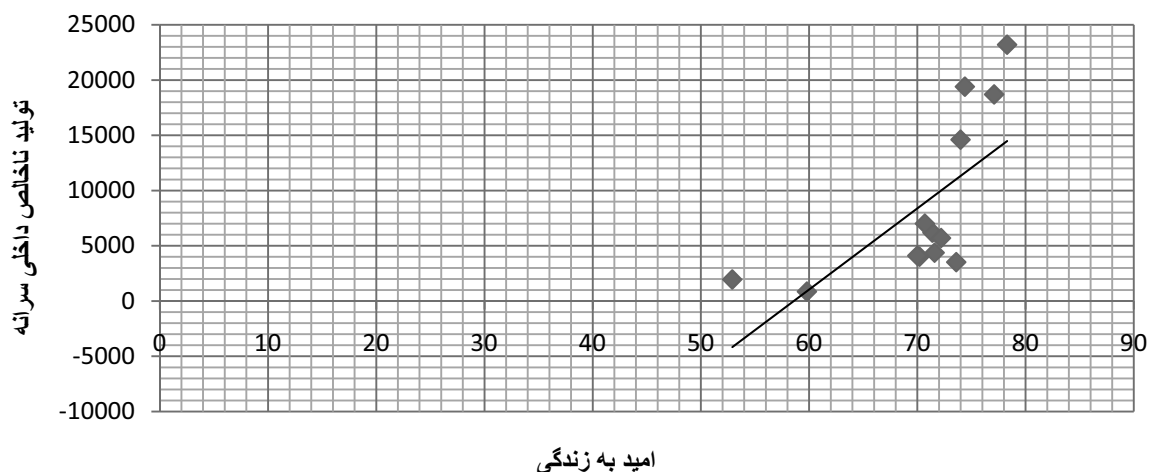
که در آن  $Y_{it}$  متغیر مورد بررسی (یعنی لگاریتم هزینه‌های سلامت سرانه یا لگاریتم تولید ناخالص داخلی سرانه)،  $i=1, 2, \dots, N$  معرف کشورها،  $t=1, 2, \dots, T_i$  معرف تعداد مشاهدات سری زمانی در هر

آزمون‌های ریشه واحد در داده‌های تابلویی:

در ادامه، مانایی لگاریتم هزینه‌های سلامت سرانه (LHEXP) و لگاریتم درآمد ناخالص داخلی سرانه (LGDP) را مورد آزمون قرار می‌دهیم. برای این منظور از شش روش از مهم‌ترین آزمون‌های ریشه واحد با داده‌های تابلویی استفاده می‌کنیم، هرچند که ممکن است روش‌های مختلف در آزمون‌های ریشه واحد مبتنی بر داده‌های تابلویی نتایج متناقضی ارائه دهند.

این روش‌ها عبارتند از:

- آزمون لوین، لین و چو (LLC) [۱۲]
- آزمون ایم، پسران و شین (IPS) [۱۳]



نمودار ۵: رابطه امید به زندگی با تولید ناخالص داخلی سرانه (۲۰۰۵)

جدول ۲: نتایج آزمون‌های ریشه واحد برای LGDP

روش آزمون	آماره آزمون (P-value)	فرضیه صفر	نتیجه آزمون
PP – Fisher Chi-square	۰/۶۲۰، ۰/۲۲/۹۷	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Im, Pesaran and Shin W-stat	۱/۰۰۰، ۰/۴۴۷	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Breitung t-stat	۰/۰۴۰، -۱/۷۵	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی رد می‌شود
Hadri Z-stat	۰/۰۰۰، -۶/۱۷	عدم وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر مانایی رد می‌شود
ADF – Fisher Chi-square	۰/۹۰۲، ۰/۱۷/۲۰	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Levin, Lin & Chu t	۰/۷۵۹، ۰/۶۸	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود

توضیحات: اعداد داخل پرانتز معرف P-Value می‌باشد.

و آزمون‌های نوع فیشر نیز بر اساس این فرض استوارند. به علاوه در آزمون هدری، فرضیه صفر، عدم وجود ریشه واحد است در حالی که در سایر آزمون‌ها فرضیه صفر وجود یک ریشه واحد می‌باشد.

خلاصه نتایج همه این آزمون‌ها در جدول ۲ و ۳ ارائه می‌شود. بر اساس نتایج این جدول به طور خلاصه می‌توان گفت که لگاریتم درآمد ناخالص داخلی سرانه (LGDP) بر اساس همه آزمون‌ها به جز آزمون برتونگ و لگاریتم هزینه‌های سلامت سرانه (LHEXP) نیز بر اساس همه آزمون‌ها ناماناست. اما متغیرهای مذکور پس از یکبار تفاضل گیری بر اساس کلیه آماره‌های مذکور مانا می‌شوند (نتایج برای صرفه جویی ارائه نشده است).

کشور،  $X_i$  نماینده متغیرهای قطعی مانند عرض از مبدأ و روند،  $\delta_i$  ضریب زاویه،  $\rho_i$  ضریب خودهمبستگی و  $\varepsilon_i$  جمله اختلال بوده که فرض می‌شود در بین کشورهای مختلف مستقل از هم هستند. اگر  $|\rho_i| < 1$  باشد در این صورت  $Y_i$  مانا و چنانچه  $|\rho_i| = 1$  باشد،  $Y_i$  دارای ریشه واحد و نامانای تلقی می‌شود.

به منظور این آزمون دو پیش فرض در مورد  $\rho_i$  وجود دارد؛ اول اینکه فرض کنیم عوامل مشترکی بین کشورهای مختلف وجود دارند به طوری که  $\rho_i$  برای همه کشورها یکسان است ( $\rho_i = \rho$  به ازای هر  $i$  یا برای تمام کشورها). آزمون‌های LLC، برتونگ و هدری بر اساس این فرض پایه ریزی شده‌اند. از سوی دیگر فرض دوم این است که  $\rho_i$  بین کشورها یکسان در نظر گرفته نشود. آزمون IPS

جدول ۳: نتایج آزمون‌های ریشه واحد LHEXP

روش آزمون	آماره آزمون (P-value)	فرضیه صفر	نتیجه آزمون
PP – Fisher Chi-square	۰/۷۹، ۰/۱۹/۸۹	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Im, Pesaran and Shin W-stat	۰/۹۷، ۰/۱۹۸	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Breitung t-stat	۰/۱۲، ۰/۱/۴	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Hadri Z-stat	۰/۰۰۰، ۶/۱۶	عدم وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر مانایی رد می‌شود
ADF – Fisher Chi-square	۰/۷۴، ۰/۲۱/۰۳	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود
Levin, Lin & Chu t	۰/۳۸، ۰/۳۰	وجود ریشه واحد	فرض صفر مبنی بر نامانایی پذیرفته می‌شود

توضیحات: اعداد داخل پرانتز معرف P-Value می‌باشد.



جدول ۴: نتایج آزمون هم انباشتگی پدرونی

روش آزمون	آماره آزمون (P-value)	فرضیه صفر	نتیجه آزمون
Group rho-Statistic	۰/۰۰۰۴، ۳/۷۲	عدم هم انباشتگی	فرض صفر مبنی بر عدم وجود هم انباشتگی رد می شود
Group PP-Statistic	۰/۰۰۸۵، -۲/۷۷	عدم هم انباشتگی	فرض صفر مبنی بر عدم وجود هم انباشتگی رد می شود
Group ADF-Statistic	۰/۰۰۰، -۸/۱۱	عدم هم انباشتگی	فرض صفر مبنی بر عدم وجود هم انباشتگی رد می شود

توضیحات: اعداد داخل پرانتز معرف P-Value می باشد.

### آزمون هم انباشتگی و تخمین روابط بلندمدت:

در تحلیل های هم انباشتگی، وجود روابط بلندمدت اقتصادی آزمون و برآورد می شوند. ایده اصلی در تجزیه و تحلیل هم انباشتگی آن است که اگرچه بسیاری از سری های زمانی اقتصادی نامانا (حاوی روندهای تصادفی) هستند اما ممکن است در بلندمدت ترکیب خطی این متغیرها، مانا (و بدون روند تصادفی) باشند. تجزیه و تحلیل های هم انباشتگی به ما کمک می کند که این رابطه تعادلی بلندمدت را آزمون و برآورد کنیم. اگر یک نظریه اقتصادی صحیح باشد، مجموعه ویژه ای از متغیرها که توسط نظریه مذکور مشخص شده با یکدیگر در بلندمدت مرتبط می شوند. به علاوه تئوری اقتصادی تنها روابط را به صورت استاتیک (بلندمدت) تصریح کرده و اطلاعاتی در خصوص پویای های کوتاه مدت میان متغیرها به دست نمی دهد. در صورت اعتبار تئوری ما انتظار داریم علی رغم نامانا بودن متغیرها یک ترکیب خطی استاتیک از این متغیرها مانا و بدون روند تصادفی باشد. در غیر این صورت، اعتبار نظریه مورد نظر زیر سؤال قرار می گیرد. به همین دلیل به طور گسترده از هم انباشتگی به منظور آزمون نظریه های اقتصادی و تخمین پارامترهای بلندمدت استفاده شده است. [۱۶]

آزمون هم انباشتگی به هنگام استفاده از داده های تابلویی عموماً به روش پیشنهادی پدرونی (۱۹۹۵) و (۱۹۹۹) انجام می شود. آزمون هم انباشتگی انگل - گرنجر (۱۹۸۷) بر مبنای آزمون مانا بودن باقیمانده های یک رگرسیون، هنگامی که متغیرهای معادله رگرسیون انباشته از درجه ۱ یا I(۱) است صورت می گیرد. [۱۷]

اگر متغیرها هم انباشته باشند پس باید باقیمانده های آنها I(۰) یا انباشته از درجه صفر شوند. از طرف دیگر اگر متغیرها هم انباشته نباشند باقیمانده I(۱) خواهند بود. پدرونی (۲۰۰۴) و کاو (۱۹۹۹) این آزمون را برای داده های تابلویی گسترش دادند. [۱۸]

نتایج این آزمون در جدول ۴ آورده شده است، همان طور که ملاحظه می گردد بر اساس نتایج ارائه شده در جدول مذکور هم انباشتگی یا وجود رابطه تعادلی بلندمدت بین هزینه های سلامتی و تولید ناخالص داخلی در کلیه موارد پذیرفته می شود. این نتایج نشان می دهند که یک ارتباط قوی میان هزینه های بخش سلامت و درآمد ملی در کشورهای گروه منا وجود دارد.

در ادامه کشش های کوتاه مدت و بلندمدت هزینه های سلامتی نسبت به درآمد را بر اساس معادله زیر برآورد می کنیم (برای توضیحات بیشتر در این خصوص به کاو و گودریس (۲۰۰۷) را ملاحظه کنید): [۱۹]

$$\Delta y_i = \alpha_i + \lambda y_{i,t-1} + \beta_1 X_{i,t-1} + \beta_2 \Delta y_{i,t-1} + \beta_3 \Delta X_i + \varepsilon_i$$

$$= \alpha_i + \lambda [y_{i,t-1} - (\frac{\beta_1}{\lambda}) X_{i,t-1}] + \beta_2 \Delta y_{i,t-1} + \beta_3 \Delta X_i + \varepsilon_i$$

که در آن  $\gamma$  لگاریم هزینه های سلامتی سرانه و X لگاریتم تولید ناخالص داخلی سرانه در کشورهای منا می باشند.  $\beta_3$  کشش کوتاه مدت هزینه های سلامتی نسبت به درآمد و  $\beta_1/\lambda$  معرف کشش بلندمدت و  $\lambda$  ضریب تعدیل است. طول وقفه بر اساس معنی دار بودن ضرایب و معیارهای انتخاب الگو انتخاب شده است. نتایج حاصل از تخمین پارامترهای کوتاه مدت و بلندمدت در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تخمین پارامترهای کوتاه مدت و بلندمدت

ضریب تعدیل	کشش بلندمدت	کشش کوتاه مدت
۰/۱۶، (۰/۰۴)	۰/۹۴، (۰/۰۰۰)	۰/۲۹، (۰/۰۰۶)

توضیحات: اعداد داخل پرانتز معرف P-Value می‌باشد.

مبنی بر لوکس نبودن مراقبت‌های سلامت در این منطقه در کوتاه مدت و حتی بلندمدت می‌باشد.

نتایج حاصل از تحلیل‌های هم‌انباشتگی حاکی از آن است که هزینه‌های سلامت و درآمد در نمونه مورد بررسی متغیرهایی ناماناستند. این امر ما را ترغیب نمود که به دنبال آزمون رابطه بلندمدت میان این دو متغیر باشیم. لذا با انجام آزمون هم‌انباشتگی به این نتیجه رسیدیم که علی‌رغم ناماناست بودن متغیرها هنوز یک رابطه تعادلی بلندمدت (هم‌انباشتگی) میان این دو متغیر وجود دارد به طوری که فرضیه صفر مبنی بر عدم هم‌انباشتگی بر اساس آزمون‌های مختلف در روش پدرونی (۱۹۹۵ و ۱۹۹۹) با قدرت رد می‌شود.

بر خلاف شواهد حاصله از سایر کشورها و مناطق، کشش درآمدی کالای سلامت در منطقه مناسبت‌تر از یک است به طوری که این کالا لوکس تلقی نمی‌شود. لذا انتظار نمی‌رود با افزایش درآمد، این کشورها سهم بیشتری از درآمد را به هزینه‌های سلامت اختصاص دهند. به علاوه کشش کوتاه مدت به مراتب کمتر از واحد (۰/۲۹) است.

برآورد ضریب تعدیل نیز دلالت بر چسبندگی‌های بالا در هزینه‌های سلامت این کشورها در مواجهه با تکان‌های درآمدی دارد. بدین ترتیب اهتمام بیشتر در جهت افزایش کارایی هزینه‌های سلامتی از اهمیت ویژه‌ای در این کشورها برخوردار است. توجه به معیارهای هزینه - اثربخشی، عدالت عمودی و افقی در ارائه مراقبت و تأمین مالی و تقسیم ریسک به طور مثال از طریق توسعه نظام‌های بیمه‌ای و افزایش کارایی بیمه درمان از مهمترین عوامل در ارتقاء کارایی و برابری در نظام‌های سلامتی برخوردارند.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود کشش کوتاه مدت هزینه‌های سلامتی نسبت به درآمد (۰/۲۹) مطابق انتظار کمتر از کشش بلندمدت (۰/۹۴) است. بنابراین هرچند یک رابطه قوی میان درآمد و مخارج سلامتی حداقل در بلندمدت وجود دارد اما برخلاف مطالعات دیگر این کالا (بر حسب کشش) هنوز در این گروه کشورها لوکس تلقی نمی‌شود. پایین بودن ضریب تعدیل (۰/۱۶-) نیز دلالت بر چسبندگی زیاد هزینه‌های سلامتی در مواجهه با نوسانات درآمدی دارد. در واقع این کشورها مایل و قادر نیستند هزینه‌های سلامتی را در مواجهه با شوک‌های درآمدی به سرعت تعدیل کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله رابطه‌ی میان هزینه‌های سلامت و درآمد ناخالص داخلی با استفاده از تحلیل‌های هم‌انباشتگی مبتنی بر داده‌های تابلویی برای ۱۳ کشور عضو منا در دوره ۲۰۰۵-۱۹۹۵ مورد مطالعه قرار گرفت.

بررسی توصیفی داده‌های تحقیق، نشان می‌دهد که هرچند در کشورهای منا یک رابطه مثبت قوی میان هزینه سلامت سرانه با تولید ناخالص داخلی سرانه وجود دارد، اما رابطه میان سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی با تولید ناخالص داخلی سرانه منفی است. نتیجه مذکور با آنچه در مورد سایر مناطق بدست آمده سازگار نیست. در واقع هر چند در غالب مناطق از جمله کشورهای توسعه یافته، با افزایش تولید ناخالص داخلی سرانه، سهم هزینه‌های بهداشتی از درآمد ناخالص داخلی افزایش می‌یابد اما الگوی مذکور برای کشورهای منا (به ویژه کشورهای صادرکننده نفت) برقرار نمی‌باشد، که این خود دلیلی بر صحت ادعای ما

14. Breitung J. Nonparametric Tests for Unit Roots and Cointegration. *Journal of Econometrics* 2002; 108: 343-63.
15. Hardi K. Testing for Stationarity in Heterogeneous Panel Data. *Journal of Econometrics* 2000; 3: 148-61.
16. Enders W. *Applied Econometric Time Series*. New York: Wiley Press; 2004.
17. Gujarati-Damodar N. *Basic Econometrics*. 4th ed. New York: University of New York Press; 2002.
18. Pedroni P. Panel Cointegration: Asymptotic and Finite Sample Properties of Pooled Time Series Tests, with an Application to the PPP Hypothesis. *Indiana University Working Papers in Economics* 1995; No. 95-013.
19. Collier P, Goderis, B. Commodity Prices, Growth, and the Natural Resource Curse: Reconciling a Conundrum. *The Centre for the Study of African Economies Working Paper* 2007; No. 274.

## References

1. World Bank. *World Development Report*. Washington: World Bank Press; 2005.
2. United Nations. *Human Development Report*. New York: United Nations Press; 2005.
3. McCoskey SK, Selden TM. Health care expenditures and GDP: Panel data unit root test results. *J Health Econ* 1998; 17: 369-76.
4. Gerdtham G, Löthgrem M. On stationarity and Cointegration of international health expenditure and GDPS. *J Health Econ* 2000; 19: 461-75.
5. Hitiris T, Posnett J. The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *J Health Econ* 1992; 11: 173-81.
6. Viscusi WK. Risk-risk analysis. *Journal of Risk and Uncertainty* 1994; 8: 5-17.
7. Hansen P, King A. The determinants of health care expenditure: a Cointegration approach. *J Health Econ* 1996; 15: 127-37.
8. Blomqvist AG, Carter RAL. Is health care really a luxury? *J Health Econ* 1997; 16: 207-29.
9. World Bank. *Economic Development & Prospects in Middle East & North Africa Region*. Washington: World Bank Press; 2005.
10. Abrishami H, Mehrara M. [*Applied Econometrics (New Approaches)*]. Tehran: Tehran University Press; 2002. [Persian]
11. World Bank. *World Development Report*. Washington: World Bank Press; 2005.
12. Levin A, Lin CF, Chu J. Unit Root Tests in Panel Data: Asymptotic and Finite Sample Properties. *Journal of Econometrics* 2002; 108: 1-24.
13. Im KS, Pesaran MH, Shin Y. Testing for Unit Roots in Heterogeneous Panels. *Journal of Econometrics* 2003; 115: 53-74.

# A Study on Health Expenditures in Relation with Economics Growth in Middle East and North Africa (MENA) Countries

Mehrara M.<sup>1</sup> / Fazaeli A.<sup>2</sup>

## Abstract

**Introduction:** One of the most important challenges in health systems is to determine the quantity of resources a country devotes to medical care. The share of the health expenditures of GDP in developed countries is often more than developing countries, therefore as the level of development increases; health expenditures increase too.

**Methods:** This paper examines the stationary and co- integration of health expenditure and GDP based on the panel co-integration analysis, for a sample of 13 MENA countries using data for the period 1995-2005.

**Results:** Unit root and trend stationary results indicate that both health expenditure and GDP are non- stationary. Even though, the findings indicate that health expenditure and GDP are co-integrated.

**Conclusion:** The fraction of expenditure devoted to health care of total GDP decreases with GDP. This implies that health care is not a luxury good in MENA countries.

**Keywords:** *Health Expenditure, Co-Integration, Unit Root, Panel Data, Economic Growth, MENA*

1. Associate Professor of Economics Department, Faculty of Economics, University of Tehran, Corresponding Author (mmehrara@ut.ac.ir)

2. M.Sc. of Economy, Faculty of Economics, University of Tehran