

رابطه کیفیت حکمرانی با سلامت  
در کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا

Studying the Effect of Governance Quality on Health  
Indicators in the Countries of South-Western Asia

Mohammad Purehtesham<sup>1</sup>

**Introduction:** The role of good governance as a key to development effectiveness has been emphasized in recent years. It has been argued that merely allocating public resources for the right goods and services may not lead to desirable outcomes if budget institutions—involving the budget formulation, execution and monitoring—are malfunctioning. In a way that merely allocating budget resources for goods and services, may not lead to positive health outcomes. In other words, governance is central in determining the efficacy of public spending. Studies show that improved governance leads to better development outcomes. So that, there is a close relationship between governance and broader development outcomes such as infant and maternal mortality, life expectancy at birth, years of schooling, etc. Given the poor state of health services in developing countries due to inappropriate management of government policies in this sector, low investment in social sectors such as health, the purpose of the study is to “Investigate the effects of

محمد پوراحتشام<sup>\*</sup>

**مقدمه:** نقش حکمرانی خوب به عنوان عامل کلیدی برای اثربخشی توسعه در سالهای اخیر شناخته شده و بر آن تأکید شده است. این مورد بحث می شود که صرفاً تخصیص منابع عمومی برای کالاها و خدمات مناسب ممکن است به پیامدهای مناسب در این بخش نینجامد. اگر نهادهای بودجه ای که دربرگیرنده تدوین بودجه، اجرا و نظارت هستند نقص داشته باشند. به گونه ای که صرفاً تخصیص منابع بودجه ای برای کالاها و خدمات مناسب باشد، ممکن است به پیامدهای مثبت در بخش سلامت نینجامد. به عبارتی حکمرانی عامل تعیین کننده اثربخشی مخارج عمومی است. مطالعات نشان داده است که حکمرانی منجر به بهتر شدن پیامدهای توسعه می شود. به گونه ای که رابطه خیلی نزدیکی بین حکمرانی و گسترش وسیع شاخصهای بخش سلامت از جمله نرخ مرگ و میر نوزادان و مادران، امید به زندگی در بدو تولد و سالهای تحصیل و غیره وجود دارد. با توجه به وضعیت نامناسب خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه به دلیل مدیریت نامناسب سیاستهای دولت در این بخش، سرمایه گذاری کم در بخشهای اجتماعی از قبیل بهداشت و درمان، هدف اصلی این تحقیق «بررسی تأثیر شاخص کیفیت حکمرانی بر شاخصهای بخش سلامت طی دوره ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۴ برای کشورهای منطقه جنوب غربی

1. Ph.D. in Economics  
<m.pourehsham@iaus.ac.ir>

\* دکتر اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، سبزوار، ایران،  
(نویسنده مسئول) <m.pourehsham@iaus.ac.ir>

governance quality index on health indicators during the period 1996 to 2014 for the countries of Southwest Asia. Poor budget management has frequently been cited as one of the main reasons why governments in developing countries find it difficult to translate public spending into effective services. A reasonable proposition, therefore, can be made: managing public resources to promote health sector-outcomes requires well-trained, skillful personnel, working in an institutional setting with an incentive system that reduces fraud and promotes cost efficiency. These studies have analyzed the effects of corruption and institutions on other variables including economic growth, public investment, and social infrastructure. It can be said that governance indicators (including clarity and accountability, political stability, nonviolence and terrorism, government effectiveness, the quality of laws and regulations, the rule of law and the control of corruption) have a strong direct negative impact on infant mortality.

**Method:** The panel data method and the Stata.ver12 software were used to estimate data and information. The present study was conducted among some countries and given the fact that government data have been published since 1996, the

آسیا است. مدیریت بودجه‌ای ضعیف یکی از دلایل متعددی است که دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه، مخارج عمومی خود را به‌طور کارا در جهت ارائه خدمات انجام نمی‌دهند. پیشنهاد منطقی بدین صورت است؛ مدیریت منابع عمومی برای ارتقای مؤلفه‌های بخش سلامت، آموزش بهتر، پرسنل ماهرتر، کار کردن در یک محیط سازمانی با یک سیستم انگیزشی که باعث کاهش مالیاتها شود و کارایی هزینه را ارتقاء دهد. به‌گونه‌ای که بسیاری از مطالعات اثرات فساد و نهادها را به‌طور کلی روی متغیرهای دیگر از جمله رشد اقتصادی، سرمایه‌گذاری عمومی و زیرساختهای اجتماعی می‌پردازد. می‌توان گفت که شاخصهای حکمرانی (مشمول بر شفافیت و پاسخگویی، ثبات سیاسی، عدم خشونت و تروریسم، اثربخشی دولتی، کیفیت قوانین و مقررات، حاکمیت قانون و کنترل فساد) دارای تأثیر منفی قوی روی نرخ مرگ‌ومیر است.

روش: از روش داده‌های تابلویی و نرم‌افزار استاتا ۱۲ برای تخمین داده‌ها و اطلاعات استفاده است. پژوهش حاضر مطالعه‌ای بین‌کشوری بوده و با توجه به اینکه داده‌های حکمرانی از سال ۱۹۹۶ میلادی منتشر شده است، دوره مورد مطالعه محدود به تعداد سالهایی است که نمی‌توان از اقتصادسنجی سری زمانی استفاده کرد. از این رو برای تخمین مدل از روش اقتصادسنجی داده‌های ترکیبی (پانل داده‌ها) استفاده می‌شود. همچنین تخمین داده‌های سری زمانی طی دوره ۲۱ ساله ۲۰۱۵-۱۹۹۶ با استفاده از نرم‌افزار استاتا ۱۲ انجام شد. تخمین داده‌ها به روش داده‌های تابلویی مزایایی فراتر از روش صرف برش مقطعی دارد. به‌گونه‌ای که کار

study period is limited to the number of years that cannot be used for time series econometrics. Hence, for estimating the model, the combined data econometric method (data panel) was used. Also, the estimation of the time series data during the 21-year period 1996-1995 was done using the software Stata.ver12. The data estimation using the panel data method has advantages beyond the mere cross-sectional method. So that working with the panel allows it to be taken into account how healthcare governance over time may affect the performance of another health care system in a country. Panel data yields more degrees of freedom by adding the variability of time series dimension.

Based on economic and econometric reasoning, data availability and previous studies on health outcome, the specification, we adopt here is a fixed effects model. Also, data from a sample of 23 Southwest Asia countries were used. The criterion for selecting the countries was based on the availability of data. Data governance from Worldwide Governance Indicator (2014) and, other data were obtained from World Development Indicator (2014).

**Findings:** According to the result of this research it can be stated that index of

کردن با پانل اجازه می‌دهد که به حساب می‌آید که چگونه حکمرانی روی سلامت در طول زمان در میان یک کشور ممکن است روی عملکرد سیستم مراقبت سلامت کشور دیگر تأثیر داشته باشد. منفعت داده‌های تابلویی، بیشتر نمودن درجه آزادی به‌وسیله اضافه نمودن تغییرپذیری بعد سری زمانی است. بر مبنای دلایل اقتصادی و اقتصادسنجی، در دسترس بودن داده‌ها و مطالعات گذشته روی پیامدهای بخش بهداشت در اینجا برآزش بر اساس مدل اثرات ثابت انجام شد. همچنین داده‌ها از یک نمونه از ۲۳ کشور آسیای جنوب غربی استفاده شد. داده‌های سالانه برای هر کشور برای دوره زمانی پوشش در بر گرفته‌شده از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۴ جمع‌آوری شده است. معیار برای انتخاب کشورها بر مبنای در دسترس بودن داده‌ها بوده است. داده‌های حکمرانی از شاخص کلی حکمرانی ۲۰۱۴ و دیگر داده‌ها از شاخص توسعه جهانی گرفته است.

یافته‌ها: نتایج حاصل از برآورد شاخص کیفیت حکمرانی بر شاخصهای بخش سلامت در گروه منتخب کشورهای منتخب جنوب غربی آسیا با محاسبه میانگین موزون شاخصهای حکمرانی خوب بر اساس مدل گانی و دانکن (۲۰۰۲)، کیفیت حکمرانی معرفی شده و تأثیر آن بر شاخصهای این بخش مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که کیفیت حکمرانی که از طریق میانگین موزون شاخصهای حکمرانی خوب محاسبه شده است که از ۴ مؤلفه «نرخ مرگ‌ومیر نوزادان، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد و نرخ خام مرگ‌ومیر» به‌عنوان شاخصهای بخش سلامت استفاده شده است. نتایج نشان داد

quality of the governance index on the indicators of the health sector in selected countries in Southwest Asia by calculating a weighted average of indicators of good governance based on the Guni and Duncan (2004), quality of governance and its impact on the sector indicators is discussed. Four components, including infant mortality rate, mortality rate of children under 5 years, life expectancy at birth and crude death rates have been used as indicators of the health sector. The results show that in all four models, governance quality index has a significant effect on the components of health sector development. In other words, it should be stated that countries with better governance in the health sector and health status are more efficient.

**Discussion:** In this paper, the effect of good governance on health sector indicators over the period 1996-2014 using the Hunino model (2014) 1996 is based on the panel data technique. Regarding the statistical results, it can be stated that the promotion of governance indicators and the improvement of health expenditure and education of the health sector by governments, more than what the econometric and statistical results show, affect the actual variables of the health sector. Therefore, it can be said that with consid-

که در هر ۴ مدل، شاخص کیفیت حکمرانی دارای تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های توسعه بخش سلامت می‌باشند. به عبارتی می‌توان بیان داشت که کشورهای با حکمرانی بهتر دارای وضعیت کارآمدتری در بخش بهداشت و سلامت هستند.

بحث: در این مقاله تأثیر حکمرانی خوب بر شاخصهای بخش سلامت در طی دوره ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۴ با استفاده از مدل هونینو (۲۰۱۴) ۱۹۹۶ با استفاده از روش تکنیک داده‌های تابلویی است. با توجه به نتایج آماری می‌توان بیان کرد که ارتقاء شاخصهای حکمرانی و بهبود هزینه‌های بهداشتی و آموزش بخش سلامت از سوی دولت‌ها، بیش از آنچه نتایج اقتصادسنجی و آماری نشان می‌دهد بر متغیرهای واقعی بخش سلامت تأثیر دارند از این رو می‌توان گفت که با در نظر گرفتن شاخصهای ۶ گانه حکمرانی که با شاخص کیفیت حکمرانی سنجیده می‌شود (با حضور این شاخصها) تأثیر بیشتری بر برونادهای بخش سلامت داشته است؛ که این امر باعث کاهش نرخ مرگ‌ومیر و به تبع آن افزایش امید به زندگی در بدو تولد شده است. همچنین نتایج گویای تأثیرگذاری نقش تولید ناخالص داخلی به عنوان معیاری برای درآمد سرانه است که بر شاخصهای بخش سلامت تأثیرگذار است. همچنین نامساعد بودن شرایط منطقه از بعد آموزش بزرگسالان و تأثیرگذاری آن بر بهداشت و درمان می‌تواند به تلاش جدی نهادهای آموزشی در امر حذف بی‌سوادی از این جوامع اشاره کرد و با توجه به اینکه رشد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه امری اجتناب‌ناپذیر است با در نظر گرفتن تأثیر مثبت آن بر شاخصهای این بخش نباید از ابعاد مثبت این متغیر

eration the six indicators of governance, measured by the quality governance index (with these indicators), have had a greater impact on health outcomes. This has led to a reduction in the mortality rate and consequently an increase in life expectancy at birth. The results also indicate that the role of the GDP as a measure of per capita income influences health sector indicators. Also, the disadvantage of the region in terms of adult education and its impact on health can be seen as a serious effort by educational institutions to eliminate illiteracy from these communities. Also, given that the growth of urbanization in developing countries is inevitable, taking into account the positive impact on the indicators of this section should not be ignored by the positive dimensions of this variable, that is, by planning appropriately for controlling and directing the migrant population from rural to cities and marginal concerns, which is the negative aspect of this case, can improve indicators of this section.

**Keywords:** Governance quality index, Index of the health sector, Southwest Asia, Panel Data

چشم‌پوشی نمود یعنی می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب در جهت کنترل و هدایت جمعیت مهاجرنشین از روستا به شهرها و دغدغه‌های حاشیه‌نشینی که جنبه منفی این قضیه است بتواند به بهبود شاخصهای این بخش کمک کند.

**کلیدواژه‌ها:** داده‌های تابلویی، شاخص کیفیت حکمرانی، شاخصهای بخش سلامت، منطقه جنوب غربی آسیا

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۲

#### مقدمه

با توجه به اینکه الگوی دولت حداقل، با افزایش شدید بحرانهای مالی همراه بوده است که هزینه‌های سنگینی بر اقتصاد کشورهای درحال توسعه و اقتصاد جهانی تحمیل کرده است، طی دو دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، نابرابری میان کشورها افزایش یافته و در اکثر کشورهای اروپای شرقی و شوروی سابق اجرای این الگوی سیاست‌گذاری به افزایش شدید فقر و نابرابری و تورم منجر شده است، به‌گونه‌ای که این پیامدها موجب روی‌گردانی از الگوی دولت حداقل و استقبال از الگوی حکمرانی خوب شده

است. به طوری که این الگو، راهکار توسعه را نه دولت بزرگ و نه دولت حداقل، بلکه دولت خوب می‌داند، به عبارت دیگر، مداخله کم یا زیاد دولت، مشکل توسعه را حل نمی‌کند، بلکه کیفیت دولت، مسئله اصلی است که به بهترین نحو ممکن فرایند توسعه و آسایش را برای جامعه محقق سازد. الگوی حکمرانی خوب، علاوه بر عرصه اقتصاد، سایر عرصه‌های اجتماعی را نیز مورد توجه قرار داده است. نکته‌ای که در این نظریه موجود است، نه کمیت مداخله دولت، بلکه کیفیت مداخله است که این امر را با دو رکن دیگر اجتماع یعنی بازار و جامعه مدنی هم‌زمان نقش تعدیل‌کننده نسبت به یکدیگر ایفا می‌کند (قاضی طباطبایی و دیگران، ۱۳۹۱).

حال با توجه به اینکه از مهم‌ترین عوامل اختلاف بین ساختارهای اجتماعی و نهادی کشورها با یکدیگر می‌توان دولت و بازار را که در واقع باید به‌عنوان دو نهاد مکمل هم در اقتصاد عمل کنند، نام برد، دولت به‌عنوان یک نهاد اجتماعی نهادساز، باید با ایجاد نهادهای کارآمد و توانمند، محیط مناسبی را برای تنظیم روابط اقتصادی افراد جامعه به‌گونه‌ای کم‌هزینه، ساده و به‌دوراز اتلاف وقت مهیا کند و از این رهگذر به‌عنوان دست یاری‌دهنده بازار، موجبات رشد اقتصادی را فراهم آورد. تدارک موفقیت‌آمیز این نهادها، اغلب تحت عنوان حکمرانی خوب مطرح می‌شود. حکمرانی خوب شامل ایجاد، حمایت از حقوق مالکیت و اجرای آن، بدون محدود شدن مبادلات بازار است، به‌گونه‌ای که حکمرانی خوب که دربرگیرنده همکاری و هماهنگی دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی است، باعث شده همه ارکان بتوانند در کنار یکدیگر به تقویت یکدیگر و در نهایت به کارآمدتر کردن دولت و بهبود عملکرد اقتصادی و اجتماعی کمک نمایند که این الگو تحت عنوان شاخصهای حکمرانی خوب مطرح شده است که نواقص دولتهای گذشته را برطرف نموده است (ندیری و محمدی، ۱۳۹۰). همچنین ناکافی بودن معیار درآمد سرانه و رشد اقتصادی در تعیین رفاه شهروندان، موجب شد تا برخی اقتصاددانان توجه خود را به شاخصهایی معطوف نمایند که

علاوه بر متغیرهای اقتصادی، دربرگیرنده متغیرهای اجتماعی و انسانی نیز باشد (سامتی و دیگران، ۱۳۹۰).

حال با توجه به وضعیت نامناسب خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه به دلیل مدیریت نامناسب سیاستهای دولت در این بخش، سرمایه‌گذاری کم در بخشهای اجتماعی از قبیل بهداشت و درمان، هدف اصلی این تحقیق «بررسی تأثیر شاخص کیفیت حکمرانی بر شاخصهای بخش سلامت طی دوره ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۴ برای کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا» است که از روش داده‌های تابلویی و نرم‌افزار Stata.ver12 برای تخمین داده‌ها و اطلاعات استفاده است. با وجود اهمیت فهم رابطه بین حکمرانی و رسیدن به توسعه بالاتر، بسیاری از مطالعات تجربی به‌طور وسیعی روی این سؤال به‌طور ریزبین اجماع دارند که آیا حکمرانی خوب منجر به بهبود سطح بالایی از درآمد می‌شود (سن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). در مقابل پیشینه وسیعی روی رابطه بین حکمرانی و ارتقاء شاخصهای سلامت از قبیل نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، امید به زندگی در بدو تولد و سالهای تحصیل را می‌توان نام برد. مطالعات کافمن و دیگران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴)، راجکومار و واروپ<sup>۳</sup> (۲۰۰۸)، ولف<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) هالرد و دیگران<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) و اولفس دوتر و دیگران<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) نقش حکمرانی خوب در عملکرد ارائه مراقبتهای سلامتی پایدار را تأیید می‌کنند. در این مطالعه، ابتدا در بخش ادبیات پژوهش، شاخصهای مورد استفاده و سپس مطالعات پیشین در ارتباط با موضوع معرفی شده است. در بخش سوم، به منابع و روش جمع‌آوری داده‌ها و همچنین آزمونهای مورد نظر و شکل کلی مدل پرداخته شده است. در بخش چهارم، مدل مورد نظر تخمین زده شده و در بخش نهایی نتیجه‌گیری و پیشنهادها ارائه شده است.

1. Sen, Amartya  
4. Wolf

2. Kaufman  
5. Hallerod

3. Rajkumar and Swaroop  
6. Olafsdottir

## مبانی نظری

### ۱) شکل‌گیری نظریه حکمرانی خوب

بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، به ترتیب از اوایل و اواسط دهه ۱۹۸۰، دولتهای حاکم بر کشورهای در حال توسعه را ترغیب کردند که اصلاحات اساسی در خط‌مشی و سیاست را به‌عنوان شرایط اعطای اعتبارات بپذیرند. این رهیافت جدید که تحت عنوان سیاستهای تعدیل ساختاری مطرح گردید، مورد اجماع محافل سیاست‌گذاری در واشنگتن (نظیر بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول، خزانه‌داری آمریکا و فدرال رزرو) بود و دقیقاً به همین دلیل ویلیامسون آن را اجماع واشنگتنی<sup>۱</sup> نامید. در اواسط دهه ۱۹۹۰ میلادی سیاستهای تعدیل مورد انتقاد گسترده اقتصاددانان نهادگرا و در رأس آنها جوزف استیگلیتز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) قرار گرفت. وی نظرات انتقادی خود را در قالب سیاستهای اجماع پساواشنگتنی در سال ۱۹۹۸ مطرح ساخت. در اجماع پساواشنگتنی، دولت و بازار دو نهاد مکمل هستند نه دو نهاد رقیب، بنابراین به‌جای بحث از مداخله یا عدم‌مداخله دولت باید از کارایی و اثربخشی مداخله دولت سخن گفت. در واقع، دولت به‌عنوان یک نهاد اجتماعی نهادساز، می‌باید با ایجاد نهادهای کارآمد و توانمند، محیط مناسبی برای تنظیم روابط اقتصادی افراد جامعه به‌گونه‌ای کم‌هزینه، ساده و به‌دوراز اتلاف وقت مهیا سازد و از این رهگذر به‌عنوان دست یاری‌دهنده بازار موجبات رشد اقتصادی را فراهم سازد. تدارک موفقیت‌آمیز این نهادها، اغلب تحت عنوان حکمرانی خوب مطرح می‌شود (مهرآرا و اسدیان، ۱۳۸۸). اگرچه مفهوم حکمرانی به‌طور گسترده بین سیاستمداران و مکاتب بحث شده است، ولی هیچ اتفاق‌نظری قوی حول یک تعریف منحصر‌به‌فرد از حکمرانی یا کیفیت نهادی وجود ندارد. بانک جهانی حکمرانی را به‌عنوان سنت و نهادهایی تعریف می‌کند که توسط آنها قدرت به‌منظور مصلحت عمومی در یک کشور اعمال می‌شود و مشتمل

---

1. Washington Consensus  
2. Joseph Stiglitz



بر سه مؤلفه زیر است: ۱) فرآیندی که از طریق آن صاحبان قدرت، انتخاب، نظارت و تعویض می‌شوند، ۲) ظرفیت و توانایی دولت برای اداره کارآمد منابع و اجرای سیاستهای درست و ۳) احترام شهروندان و دولت به نهادهایی که تعاملات اجتماعی و اقتصادی میان آنها را اداره می‌کنند. شاخصهای موردنظر عبارت‌اند از: ۱- حق اظهارنظر و پاسخگویی<sup>۱</sup>، ۲- ثبات سیاسی<sup>۲</sup>، ۳- اثربخشی دولت<sup>۳</sup>، ۴- کیفیت قوانین و مقررات<sup>۴</sup>، ۵- حاکمیت قانون<sup>۵</sup> و ۶- کنترل فساد<sup>۶</sup>؛ که هر مؤلفه دربرگیرنده دو شاخص حکمرانی است:

الف) فرآیندی که از طریق آن صاحبان قدرت، انتخاب، نظارت و تعویض می‌شوند که دربرگیرنده دو شاخص حق اظهارنظر و پاسخگویی و شاخص ثبات سیاسی و عدم خشونت/ تروریسم می‌باشند:

۱) حق اظهارنظر و پاسخگویی (VA): میزان مشارکت شهروندان کشور در انتخاب دولتها و همچنین داشتن آزادی بیان، آزادی همکاری و رسانه‌های آزاد است.

۲) ثبات سیاسی و عدم خشونت/ تروریسم (PV): احتمال اینکه دولت توسط ابزارهای خلاف قانون اساسی و مشروعیت مورد بی‌ثباتی و مخالفت قرار گیرد که دربرگیرنده انگیزه‌های سیاسی از خشونت و تروریسم است.

ب) ظرفیت و توانایی دولت برای اداره کارآمد منابع و اجرای سیاستهای درست است که دربرگیرنده دو شاخص اثربخشی دولت و کیفیت تنظیم مقررات است.

۳) اثربخشی دولت (GE): کیفیت خدمات عمومی، کیفیت خدمات مدنی و درجه استقلال خود از فشارهای سیاسی، کیفیت تدوین و اجرای سیاستها و اعتبار تعهد دولت به این سیاستها است.

۴) کیفیت تنظیم مقررات (RQ): توانایی دولت برای تدوین و فرموله کردن سیاستها که

1. voice and accountability
3. government effectiveness
5. rule of law

2. political stability (no violence)
4. regulatory quality
6. control of corruption

اجازه ترویج و توسعه بخش خصوصی را نتیجه می‌دهد.

پ) احترام شهروندان و دولت به نهادهایی که تعاملات اجتماعی و اقتصادی میان آنها را اداره می‌کند. دربرگیرنده دو شاخص حاکمیت قانون و کنترل فساد است.

۵) حاکمیت قانون: اعتماد کارگزاران به قواعد جامعه و به‌ویژه کیفیت اجرای قراردادها، حقوق مالکیت، پلیس و دادگاه و همچنین احتمال جنایت و خشونت از آن نشئت می‌گیرد.

۶) کنترل فساد: میزان به‌کارگیری قدرت عمومی برای به دست آوردن منافع خصوصی که دربرگیرنده هر دو شکل کوچک و بزرگ از فساد است (کافمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

### مکانیزم تأثیرگذاری شاخصهای کیفیت حکمرانی بر بخش سلامت

یکی از مهم‌ترین شاخصها برای اندازه‌گیری توسعه، شاخص توسعه انسانی است که به‌عنوان معیار اندازه‌گیری توسعه و رفاه ملی در سال ۱۹۹۰ توسط آمارتیا سن و محبوب‌الحق<sup>۲</sup> اقتصاددانان پاکستانی معرفی شد، درواقع مهم‌ترین عامل توسعه هر جامعه، افراد آن می‌باشند چراکه انسان هم هدف توسعه و هم ابزار توسعه است (سامتی و دیگران، ۱۳۹۰). آموزش و بهداشت دو جزء مهم این شاخص هستند. بهداشت نوعی توانمندی است که به زندگی انسان ارزش می‌دهد. ارتقای بهداشت باعث می‌شود سرمایه انسانی از طریق انباشت سرمایه بهداشتی، افزایش یافته و به‌صورت مستقیم بر رشد تأثیر داشته باشند. از سوی دیگر ارتقای بهداشت از طریق افزایش طول عمر و کاهش روزهای کاری که نیروی کار به خاطر بهبود تکنولوژی به دست می‌آورد باعث ارتقای بهره‌وری نیروی کار می‌شود و به‌طور غیرمستقیم تولید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین ارتقای بهداشت باعث افزایش امید به زندگی، درنتیجه تمایل به پس‌انداز در میان مردم افزایش یافته، باعث افزایش سرمایه‌گذاری و رشد اقتصادی می‌گردد و با توجه به اهمیت بخش بهداشت و درمان در ارتقای شاخص توسعه انسانی و به‌تبع آن

1. Kaufmann  
2. Mahbub Ul Haq

افزایش رفاه اجتماعی، سرمایه‌گذاری دولت در این بخش، به‌عنوان یکی از وظایف اصلی دولت شناخته می‌شود. از طرفی با توجه به شکست بخش خصوصی در تولید و ارائه کالاها و خدمات عمومی و به‌ویژه بخش بهداشت و درمان، دخالت دولت ضروری است (دادگر، ۱۳۸۹) که در این زمینه الگوی حکمرانی خوب می‌تواند نقش سازنده‌ای در ارتقای شاخصهای بخش سلامت و بهداشت داشته باشد.

### پیشینه تجربی

در این بخش به مطالعاتی که در زمینه تأثیر شاخصهای حکمرانی خوب بر بخش سلامت و درمان انجام شده است در دو بخش پیشینه داخلی و خارجی پرداخته می‌شود.

### پیشینه داخلی

برای نمونه سامتی و دیگران (۱۳۹۰) قاضی طباطبایی و دیگران (۱۳۹۱) به بررسی تأثیر شاخصهای حکمرانی خوب بر توسعه انسانی پرداختند که نتایج حاصله گویای تأثیر مثبت و معنادار این شاخصها بر شاخص توسعه انسانی دارند. همچنین در مطالعات دیگری که توسط دانایی‌فرد و دیگران (۱۳۹۱)، صباغ کرمانی و باسنا (۱۳۸۷) بر تأثیرگذاری شاخصهای حکمرانی بر تحول آن در رفاه ملی و بهبود کارکرد هزینه‌های دولت از بعد مخارج بهداشتی و سلامت پرداختند که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که حکمرانی خوب دارای تأثیر معناداری بر متغیرهای موردنظر بوده‌اند. مکیان و بر باک (۱۳۹۴) به بررسی تأثیر حکمرانی خوب بر توسعه انسانی طی دوره ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ برای دو گروه کشورهای منتخب اسلامی و کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه با به‌کارگیری داده‌های تابلویی متوازن پرداختند. نتایج نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین شاخص حکمرانی خوب و آزادی اقتصادی برای کشورهای OECD وجود دارد، اما در کشورهای اسلامی این رابطه از نظر آماری معنادار نیست

که نشان‌دهنده ضعف حکمرانی خوب و آزادی اقتصادی در این کشورها و تأثیر نامناسب آن بر شاخص توسعه انسانی است. همچنین مطالعات دیگر نیز از جمله فطرس و دیگران (۱۳۹۱) به بررسی تأثیرگذاری آزادی اقتصادی بر امید به زندگی طی دوره ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ پرداختند. نتایج بیانگر اثر مثبت و معنادار شاخص آزادی اقتصادی بر امید به زندگی بود؛ بنابراین، آزادی اقتصادی بیشتر، می‌تواند امید به زندگی را در کشورهای منتخب افزایش دهد.

حسین‌پور و دیگران (۱۳۸۳) به ارزیابی نابرابری اجتماعی - اقتصادی در مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال طی سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۸ ایران پرداختند. یافته‌ها نشان داد روند نزولی در میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال از پایین‌ترین به بالاترین پنجک وجود داشت و نسبت شانس پایین‌ترین به بالاترین پنجک در کل کشور برابر  $۲/۶۳$  (فاصله اطمینان با احتمال ۹۵ درصد از  $۱/۸۳$  تا  $۳۰/۵$ ) بود. علاوه بر این، نابرابری مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال بین پایین‌ترین و بالاترین پنجک در تمامی استانها معنی‌دار و به نفع قشر مرفه بود. باوجوداین، مقدار نابرابری میان استانهای مختلف متفاوت بود.

در مطالعات خارجی نیز بحث اصلی حول تأثیرگذاری شاخصهای حکمرانی خوب بر متغیرهای کلان اقتصادی است که در جدول زیر بدان اشاره شده است:

ردیف	نویسنده (نویسندگان)	یافته‌ها
۱	یودین (۲۰۱۰)	باتوجه به موانع بزرگی که بر سر راه اجرای حکمرانی خوب در کشور بنگلادش وجود داشت از بین شاخصهای حکمرانی خوب، فساد مانع بزرگی در هموارسازی حکمرانی خوب در این کشور است
۲	اکای (۲۰۰۶)	نتایج مطالعه نشان داد که فساد اثری منفی و معنادار بر شاخص توسعه انسانی دارد.
۳	کافمن و دیگران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۴)	شاخصهای حکمرانی دارای تأثیر مستقیم قوی روی مرگ‌ومیر کودکان است.
۴	دلاکوریکس و دلاوالد (۲۰۰۶)	یافتند که کشورهای با فساد بالاتر بیشتر منابع را صرف خرید مسکن و تأمین سرمایه فیزیکی می‌نمایند تا توجه به سلامت و آموزش
۵	ویرمانی، ساهو و تانوار (۲۰۰۶)	یافته‌ها نشان داد که شاخصهای حکمرانی و درآمد سرانه تأثیر مثبت و معناداری بر روی کیفیت خدمات ارائه شده توسط دولت از جمله خدمات زیربنایی (از قبیل راه، آموزش و دادگستری) دارد
۶	ژانگ و دیگران (۲۰۰۴)	یافته‌های تحقیق نشان داد که انتخابات و تقسیم قدرت مناسب و به دنبال آن حکمرانی منجر به تخصیص مخارج دولتی می‌شوند.
۷	راجکومار و اسواروپ (۲۰۰۸)	. بر اساس این مطالعه هزینه‌های بهداشت عمومی میزان مرگ‌ومیر کودکان را در کشورهای با حکمرانی خوب کاهش می‌دهد.
۸	هوونینو (۲۰۱۴)	شاخص کیفیت حکمرانی تأثیر معنادار جزئی بر شاخصهای توسعه بخش سلامت داشته‌اند

## روش

### ۱) روش تحقیق و جامعه آماری

این پژوهش از نظر هدف کاربردی است و از نظر روش تحلیل ثانویه کمی است. تحلیل ثانوی داده‌ها با مزیت سرعت بیشتر، حداقل هزینه و نمونه عالی میدان تحقیق پیمایش را بر روی طیف بسیار گسترده‌تری از محققان باز می‌کند که در غیر این صورت قادر به انجام آن نمی‌شدند. این مجموعه اطلاعات فرصتی عالی برای دانشجویان و پژوهندگان دانشگاهی است که به ندرت وقتی یا پولی برای دستیابی به نمونه مناسب دارند و همچنین بدان معناست که تحلیلهای مکرر داده‌های معین به تحلیلهای کامل‌تری می‌کشد تا تحلیل یک‌باره آن. بدون برخوردار بودن از این نوع مجموعه اطلاعات عملاً تحلیل مقایسه‌ای و تحلیل طولی غیرممکن خواهد شد. این نوع تحلیل امروز در امور مدیریتی و بازاریابی نیز از جایگاه والایی برخوردار است. تفاوت تحلیل ثانوی با فراتحلیل آن است که فراتحلیل به تحلیل مجدد چندین تحقیق می‌پردازد اما تحلیل ثانویه یک تحقیق را مجدداً مطالعه می‌کند. مطالعه ثانوی هیچ داده‌ای را به طور مستقیم تولید نمی‌کند و به جای آن، تجزیه و تحلیل مجموعه‌ای از مطالعات اولیه را ممکن می‌شود. در پژوهش‌های علوم اجتماعی، این روش بسیار می‌تواند به تیم پژوهشی کمک کند (نایی، ۱۳۷۶).

اطلاعات و داده‌های مورد نیاز از شاخصهای توسعه جهانی<sup>۱</sup> بانک جهانی و شاخص کیفیت حکمرانی خوب از مدل گانی و دونکن (۲۰۰۴) و داده‌ها و اطلاعات آن از شاخصهای جهانی حکمرانی<sup>۲</sup> استخراج شده است.

همچنین، جامعه آماری این تحقیق شامل ۲۳ کشور از ۲۵ کشور منطقه جنوب غربی آسیا است که دو کشور بحرین و فلسطین به دلیل نبود داده‌ها و اطلاعات از جامعه آماری حذف شدند.

1. World Development Indicators (WDI)

2. Worldwide Governance Indicators (WGI)

کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا (۲۳) کشور عبارت‌اند از: افغانستان، ارمنستان، آذربایجان، قبرس، گرجستان، ایران، عراق، اردن، قزاقستان، کویت، قرقیزستان، لبنان، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سوریه، تاجیکستان، ترکیه، ترکمنستان، امارات، ازبکستان، یمن.

## ۲) تصریح مدل

این تحقیق بر مبنای دلایل اقتصادی و اقتصادسنجی و با توجه به در دسترس بودن داده‌ها و مطالعات گذشته بر روی نتایج وضعیت سلامت در کشورهای جنوب غربی آسیا پرداخته انجام شده است.

با توجه به اینکه هدف تحقیق بررسی تأثیر شاخص کیفیت حکمرانی بر مؤلفه‌های توسعه بخش سلامت برای کشورهای منتخب منطقه جنوب غربی آسیا بود که مدل تحقیق از مدل تعدیل یافته هوینینو<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) به صورت زیر آورده شده است:

مؤلفه‌های بخش سلامت که به طور گسترده استفاده می‌شود که مؤلفه‌های اندازه‌گیری آن عبارتند از: نرخ مرگ‌ومیر نوزادان (imr)، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (cmr)، امید به زندگی در بدو تولد (leb) و نرخ خام مرگ‌ومیر (cdr) برای کشور  $i$  در زمان  $t$ . این شاخصهای بخش سلامت عملکرد کلی سیستم سلامتی را مشخص می‌کنند که مقایسه نتایج با مطالعات گذشته امکان‌پذیر شود. gov معیاری از شاخصهای حکمرانی که مرتبط با مالیه عمومی است و از روش گانی و دانکن برای محاسبه شاخص کیفیت حکمرانی استفاده شده است.  $X$  برداری از متغیرهای کنترلی که ترکیبی از ویژگیهای اقتصادی-اجتماعی است. متغیرهای کنترلی که دربرگیرنده این مدل است: درآمد واقعی سرانه (gdppc) برای اندازه‌گیری عملکرد اقتصادی با این فرض که کشور با عملکرد حکمرانی خوب احتمالاً بودجه بیشتری در ارائه

---

1. Houeninvo

خدمات عمومی از قبیل مراقبتهای بهداشتی مصرف می‌کند. این می‌تواند به‌عنوان تقاضا برای خدمات عمومی عمل نماید. که انتظار می‌رود داشتن درآمد سرانه واقعی بالاتر موجب بهتر شدن عملکرد بخش مراقبتهای بخش سلامت می‌شود. نرخ باروری  $f_{rate}$ ، نرخ باروری بالاتر تأکید بر بالا بودن سهم بچه‌ها است؛ بنابراین هزینه‌های سلامت برای زنان باردار و بچه‌ها افزایش یافته و این خود دارای تأثیر منفی روی شاخصهای سلامت است  $p_{rienrate}$  شاخص آموزش کودکان. انتظار می‌رود که دسترسی بیشتر کودکان به آموزش موجب گسترش دانش و وسعت علم در آنها که جزئی از تابع تولید سلامت است شود  $s_{anf}$  معیاری برای زیر ساختهای فیزیکی کشورها است که از درصد جمعیت که دسترسی به آب آشامیدنی سالم دارند به‌عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری زیرساختهای فیزیکی استفاده شده است. ( $denpop$ ) تراکم جمعیت است که انتظار می‌رود هرچه تراکم جمعیت بیشتر باشد هزینه ارائه خدمات به‌صورت سرانه کاهش یابد و همچنین هزینه‌های مربوط به تسهیلات بهداشتی از قبیل هزینه‌های حمل‌ونقل و هزینه‌های فرصت از جمله زمان سفر کاهش یابد. بنابراین تراکم جمعیت دارای تأثیر مثبتی بر شاخصهای توسعه بخش سلامت است. نرخ شهرنشینی نیز ( $urate$ ) نیز با توجه به شرایط کشورها می‌تواند دارای تأثیرهای متفاوتی بر شاخصهای بخش سلامت باشد.

با توجه به متغیرهای گوناگون و تأثیرگذار بر شاخصهای توسعه بخش سلامت، برای بررسی تأثیر شاخصهای حکمرانی خوب بر بخش سلامت در ۴ مؤلفه بخش سلامت از کشورهای منتخب جنوب غربی آسیا که در بالا بدان اشاره شد، از مدل هووینیو (۲۰۱۵) استفاده شده است. برای برآورد اثر کیفیت حکمرانی بر توزیع درآمد همان‌طور که قبلاً بدان اشاره شد، بر اساس مطالعه گانی و دانکن (۲۰۰۴)، میانگین ساده حسابی، شش شاخص حکمرانی خوب معرفی شده توسط بانک جهانی به‌عنوان شاخص کیفیت حکمرانی در نظر گرفته شده‌اند و شاخصهای توسعه بخش سلامت با آن محاسبه شدند.



یافته‌ها

(۱) نتایج آزمون ریشه واحد

جدول (۱) نتایج حاصل از آزمون ریشه واحد برای هر سه گروه

کشورهای ج.غ.آسیا										
آزمون Hadri		تفاضل مرتبه اول		آزمون IPS		تفاضل مرتبه اول		آزمون LLC		
احتمال	مقدار			احتمال	مقدار			احتمال	مقدار	متغیرها
<۰/۰۰۱	۱۴/۰۴			<۰/۰۰۱	-۱۵/۹			<۰/۰۰۱	-۱۸/۸	cmr
<۰/۰۰۱	۱۰/۷	<۰/۰۰۱	-۳/۸	۰/۴۴	-۰/۱۲	<۰/۰۰۱	-۶/۵	۰/۹۹	۲/۷	Frate*
<۰/۰۰۱	۶/۳			<۰/۰۰۱	۴/۳	<۰/۰۰۱	-۲/۸	<۰/۰۰۱	-۲/۷	gdppc
<۰/۰۰۱	۱۲/۴			۰/۰۷	-۱/۴			<۰/۰۰۱	-۴/۱	gov
<۰/۰۰۱	۹/۰۹	<۰/۰۰۱	۱۲/۰۳	۱	۷/۸			<۰/۰۰۱	-۲/۸	lidenpop
<۰/۰۰۱	۱۲/۹			<۰/۰۰۱	-۱۳/۵			<۰/۰۰۱	-۷/۴	leb
<۰/۰۰۱	۶/۲	<۰/۰۰۱	۴/۵	۰/۶۶	۰/۴			۰/۰۵	-۱/۵۶	lfrate
<۰/۰۰۱	۷/۵			<۰/۰۰۱	-۳/۴			<۰/۰۰۱	-۵/۷	lgdppc
<۰/۰۰۱	۱۴/۰۴			۰/۰۰۱	۳/۷			<۰/۰۰۱	-۶/۲۳	limr
<۰/۰۰۱	۶/۵			<۰/۰۰۱	-۱/۹			<۰/۰۰۱	-۷/۷	lprienate
<۰/۰۰۱	۱۱/۲			<۰/۰۰۱	-۳/۰۱			<۰/۰۰۱	-۲/۳	lsanf
<۰/۰۰۱	۱۴			<۰/۰۰۱	-۲/۵			<۰/۰۰۱	-۸/۵	lup
<۰/۰۰۱	۱۱/۲			<۰/۰۰۱	-۳/۱			<۰/۰۰۱	-۱۰/۱۶	sanf
<۰/۰۰۱	۱۱/۵	<۰/۰۰۱	-۱۲/۸	۰/۶	۰/۲۷			۰/۰۱	-۲/۱	up
<۰/۰۰۱	۸	<۰/۰۰۱	۴/۳	۰/۱۸	-۰/۹			<۰/۰۰۱	-۵/۲	denpop
<۰/۰۰۱	۱۲/۹۶			<۰/۰۰۱	-۳/۷			<۰/۰۰۱	-۹/۰۷	lleb
<۰/۰۰۱	۱۱/۶			<۰/۰۰۱	-۱۱/۲			<۰/۰۰۱	-۵/۲	lcdr
<۰/۰۰۱	۱۰/۶	۰/۰۰۱	-۲/۹	۰/۳۸	-۰/۳			<۰/۰۰۱	-۸	lcmr
<۰/۰۰۱	۱۰/۶			<۰/۰۰۱	-۷/۸			<۰/۰۰۱	-۸/۶	lcdr

## ۲) نتایج آزمون همگنی و هاسمن

با توجه به اینکه از چهار مؤلفه توسعه بخش سلامت برای بررسی تأثیر شاخص کیفیت حکمرانی بر این مؤلفه‌ها استفاده شده است. حال به ارائه نتایج آزمون F لیمر و آزمون هاسمن پرداخته می‌شود.

جدول (۲) نتایج آزمون همگنی و هاسمن

مدل چهارم		مدل سوم		مدل دوم		مدل اول		
احتمال	مقدار آماره	احتمال	مقدار آماره	احتمال	مقدار آماره	احتمال	مقدار آماره	
<۰/۰۰۱	۷۶۷/۹۶	<۰/۰۰۱	۵۶/۹۶	<۰/۰۰۱	۶۲/۳۴	<۰/۰۰۱	۶۲/۹۸	آزمون F
<۰/۰۰۱	۱۳/۶۸	<۰/۰۰۱	۱۹۸/۶۷	<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱	۱۱۹۰/۸۸	آزمون هاسمن

با توجه به نتایج حاصل از آزمون F لیمر می‌توان دریافت که در تمامی مدلها فرض مقابل در برابر فرض صفر پذیرفته می‌شود یعنی داده‌ها به صورت پانل تخمین زده می‌شوند. همچنین نتایج آزمون هاسمن نشان داد که با توجه به سطح معناداری زیر ۰,۰۵ برای آماره F، مدل اثرات ثابت در برابر مدل با اثرات تصادفی پذیرفته می‌شود. با توجه به اینکه مدلها به صورت اثرات ثابت تخمین زده می‌شوند دو آزمون برای تخمین مدلها لازم است: (۱) آزمون والد و (۲) آزمون همبستگی سریالی.

جدول (۳) آزمون والد و آزمون همبستگی سریالی

مدل سوم		مدل دوم		مدل اول		آزمون والد
مقدار آماره	احتمال	مقدار آماره	احتمال	مقدار آماره	احتمال	
۵۱۲/۵۷	<۰/۰۰۱	۵۶/۹۶	<۰/۰۰۱	۴۶۶۱/۳۰	<۰/۰۰۱	۴۴۸۸/۲۱
۳۰/۳۵۰	<۰/۰۰۱	۳۷۴/۱۷۴	<۰/۰۰۱	۵۵۴۰/۰۳۰	<۰/۰۰۱	۳۸/۹۲۶

با توجه به اینکه در تمامی مدلها مدل اثرات ثابت برای تخمین مدلها انتخاب شده است. از آزمون والد برای شناسایی ناهمسانی واریانس استفاده شده است. با توجه به اینکه فرض صفر مبنی بر وجود همسانی واریانس و فرض مقابل بر مبنای ناهمسانی واریانس می باشد. با توجه به اینکه احتمال آماره آزمون والد در تمامی مدلها کمتر از ۰.۰۵ می باشد فرض ناهمسانی واریانس پذیرفته می شود. همچنین از آزمون والد ریج برای بررسی خودهمبستگی مدلها استفاده شده است. همچنین فرض صفر بر مبنای عدم خودهمبستگی و فرض مقابل بر مبنای وجود خودهمبستگی می باشد؛ که نتایج آزمونها نشان می دهد که در تمامی مدلها خودهمبستگی وجود دارد.

### ۳) نتایج تخمین مدلها

نتایج تخمین مدلها بعد از رفع ناهمسانی واریانس و وجود خودهمبستگی برای چهار مدل به دست آمده است.

جدول (۴) نتایج تخمین مدل‌ها

variable	مدل اول			مدل دوم			مدل سوم			مدل چهارم		
	.Coef	.Std. Err	P> z	.Coef	.Std. Err	P> z	.Coef	.Std. Err	P> z	.Coef	.Std. Err	P> z
gov	۰۱۰/۰-	۱۰۰/۰	۰۰/۰	۰۱۰/۰-	۱۰۰/۰	۰۰/۰	۱۰۰۰/۰	۱۰۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۶۰۰/۰-	۳۳۱۰۰/۰	۰۰/۰
lgdppc	۰۳۲/۰-	۸۳/۰	۰۰/۰	۰۲/۰-	۰۰/۰	۰/۰	۸۱/۰	۴۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۸۴/۰	۱۰/۰	۱۰۰/۰>
lsanf	۱/۰	۶۱/۰	۱۰۶/۰	۴۰/۰-	۱/۰	۸۷/۰	۱/۰	۰۱۰/۰	۱۰۰/۰>	۴۷/۰	۰۰۲/۰	۱۰۰/۰
lup	۱۵۰/۰-	۸۶۰/۰	۱۰۰/۰>	۰۰/۰-	۶۰/۰	۱۰۰/۰>	۰۰/۰	۸۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۰/۰-	۱۱۱/۰	۱۰۰/۰>
lidenpop	۱۰/۰-	۱۸۰/۰	۴۸۰/۰	۱۰۰/۰-	۱۸۰/۰	۶/۰	۷۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۱۰/۰-	۳۰/۰	۰۵/۰
lprienate	۸۸۰/۰	۶۱۰/۰	۱۰۰/۰>	۱۶۰/۰	۱/۰	۰۰/۰	۷۰۰/۰-	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۱۰/۰	۳۰/۰	۶۳/۰
lfrate	۷۱۳/۰	۷۰/۰	۱۰۰/۰>	۳۳/۰	۷۰/۰	۰۰/۰	۳۰/۰-	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰>	۰۸/۰-	۱/۰	۱۰۰/۰>
cons	۳/۳	۳۸/۰	۱۰۰/۰>	۸/۳	۰۸/۰	۰۰/۰	۰۱/۸	۱۵۰/۰	۱۰۰/۰>	۶/۳	۷۶/۰	۱۰۰/۰>

با توجه به اینکه سه مؤلفه نرخ مرگ و میر نوزادان، نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و نرخ خام مرگ و میر، شاخص کیفیت حکمرانی بر آنها تأثیر منفی و معنادار دارد نتایج حاصل از تحقیق برای این سه مؤلفه بخش سلامت در کشورهای منطقه جنوب غربی آسیا نشان داد که در هر سه مدل شاخص کیفیت حکمرانی دارای تأثیر منفی و معنادار بر این مؤلفه‌ها بوده‌اند؛ اما تأثیر شاخص کیفیت حکمرانی بر مؤلفه سوم (امید به زندگی در بدو تولد) تأثیری مثبت و معنادار دارد که نتایج مشخص کننده تأثیر مثبت و معنادار شاخص کیفیت حکمرانی بر امید به زندگی در بدو تولد است؛ یعنی چنانچه این شاخص یک درصد بهبود یابد، امید به زندگی در بدو تولد ۰/۱۷ درصد بهتر می‌شود. برای نمونه مؤلفه اول نرخ مرگ و میر نوزادان است. به گونه‌ای که چنانچه یک واحد این شاخص ارتقاء یابد نرخ مرگ و میر به میزان ۰/۰۱ کاهش می‌یابد. تأثیر متغیر کنترلی روی شاخصهای بخش سلامت به صورت زیر است: تولید ناخالص داخلی سرانه (lgdppc) که به عنوان معیاری برای عملکرد اقتصادی به کار می‌رود، دارای تأثیر منفی و معنادار بر سه مؤلفه است که مطابق با انتظار است و همچنین دارای تأثیر مثبت و مورد انتظار بر امید به زندگی در بدو تولد دارد یعنی هرچه تولید ناخالص داخلی سرانه بیشتر باشد به دلیل اینکه مخارج دولتی که در بخش بهداشت و آموزش قرار داده شود بیشتر است و منجر به ارائه خدمات بهتر برای شهروندان می‌شود و افراد جامعه از امکانات بهتری برخوردار می‌شوند و باعث کاهش بیماریها می‌شوند که در مجموع باعث افزایش طول عمر می‌شود. Lsanf که معیاری برای زیرساختهای فیزیکی در کشورها است که در اینجا از معیار درصد افرادی که دسترسی راحت به آب آشامیدنی بهداشتی سالم دارند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در مدل سوم هرچه معیار زیرساختهای فیزیکی بهبود یابد امید به زندگی در بدو تولد بیشتر می‌شود؛ اما در سه مدل دیگر نیز برای مدل دوم معیار زیرساختهای فیزیکی دارای تأثیر منفی و غیر معنادار بر نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال گردیده است؛ اما در مدل اول این معیار دارای تأثیر مثبت و غیر معنادار و در مدل چهارم دارای تأثیر مثبت و معنادار

بر نرخ مرگومیر کودکان زیر ۵ سال است. نرخ شهرنشینی در مدل سوم نشان می‌دهد که نرخ شهرنشینی دارای تأثیر مثبت و معنادار بر امید به زندگی در بدو تولد است به عبارتی با افزایش نرخ شهرنشینی که یکی از مؤلفه‌های توسعه نیز است طول عمر افزایش می‌یابد؛ اما در سه مدل دیگر نرخ شهرنشینی دارای تأثیر منفی و معنادار بر نرخ مرگومیر نوزادان (مدل اول)، نرخ مرگومیر کودکان زیر ۵ سال (مدل دوم) و نرخ خام مرگومیر می‌شود.

متغیر تراکم جمعیت دارای تأثیر مثبت و معنادار بر امید به زندگی در بدو تولد است؛ اما در سه مدل دیگر دارای تأثیر منفی و غیر معنادار بر نرخ مرگومیر (نوزادان، کودکان زیر ۵ سال و نرخ خام مرگومیر) شده است. متغیر شاخص آموزش (Iprienrate) در مدل سوم دارای تأثیر منفی بر امید به زندگی در بدو تولد است. به این معنا که هرچه نرخ ثبت نام دانش‌آموزان بیشتر شود به دلیل نبود امکانات آموزشی و کیفیت پایین تدریس در این مدارس، اگرچه از لحاظ شاخص کمی آموزش دارای پیشرفتهایی است، اما از لحاظ ورود به بازار کار و اشتغال و تولید کارآفرینی در وضعیت خوبی به سر نمی‌برند که این خود موجب افزایش بیکاری تحصیل کرده‌ها و افزایش یأس از آینده و کاهش طول عمر می‌شود. همچنین شاخص آموزش دارای تأثیر مثبت بر نرخ مرگومیر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال شده است. علاوه، این متغیر دارای تأثیر مثبت و البته غیر معنادار بر نرخ خام مرگومیر شده است که این نیز به دلیل سیاستهای نامناسب دولتی، توجه کم به مسئله پیشگیری از بیماریها در دوران نوزادی، بی‌توجهی خانواده‌ها به استفاده از آموزشهای همگانی در بعد سلامت عمومی و غیره باعث شده است که این شاخص دارای تأثیری مثبت بر نرخ مرگومیر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال شود. نرخ باروری (frate) اگرچه به دلیل هزینه‌های بخش سلامت، هرچه این نرخ بیشتر شود روی شاخصهای بخش سلامت تأثیر منفی می‌گذارد که نتایج تخمین مدل نیز بیانگر این است که هرچه این نرخ بالاتر شود نرخ مرگومیر نوزادان، کودکان زیر ۵ سال و نرخ خام مرگومیر نیز بیشتر می‌شود که مطابق انتظار است و هرچه این نرخ بیشتر

می‌شود امید به زندگی در بدو تولد به دلیل پایین آمدن شاخص سرانه مخارج دولت در بخش بهداشت نیز کاهش می‌یابد.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادهای سیاستی

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از نتایج تخمین داده‌های پانلی می‌توان بیان نمود که شاخص کیفیت حکمرانی به‌عنوان معیاری برای شاخصهای حکمرانی خوب دارای تأثیر معنادار بر پرونده‌های بخش سلامت است به عبارتی به بهبود وضعیت این شاخصها کمک نموده‌اند و به تبع آن باعث کاهش نرخ مرگ‌ومیر و همچنین افزایش امید به زندگی در بدو تولد گشته است که با یافته‌های حسین‌پور و همکاران (۱۳۸۳) و هووینیو (۲۰۱۴)، کافمن و دیگران (۲۰۱۰ و ۲۰۰۴)؛ و راجکومار و اسواروپ (۲۰۰۸) سازگاری دارد. همچنین متغیر تولید ناخالص داخلی سرانه که به‌عنوان شاخصی برای درآمد سرانه در نظر گرفته شده دارای تأثیر معنادار بر شاخصهای بخش سلامت است به‌گونه‌ای که هرچه سطح درآمد بالاتر باشد سطح فقر در جامعه کمتر بوده و از لحاظ استانداردهای آموزشی و بهداشتی در وضعیت بالاتری قرار دارد به عبارتی امید به زندگی بالاتری در آنها دیده می‌شود. همچنین نامساعد بودن شرایط منطقه از بعد آموزش بزرگسالان و تأثیرگذاری آن بر بهداشت و درمان می‌تواند به تلاش جدی نهادهای آموزشی در امر حذف بی‌سوادی از این جوامع اشاره نمود. همچنین با توجه به اینکه رشد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه امری اجتناب‌ناپذیر است با در نظر گرفتن تأثیر مثبت آن بر شاخصهای این بخش نباید از ابعاد مثبت این متغیر چشم‌پوشی نمود یعنی می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب در جهت کنترل و هدایت جمعیت مهاجرنشین از روستا به شهرها و دغدغه‌های حاشیه‌نشینی که جنبه منفی این قضیه است بتواند به بهبود شاخصهای این بخش کمک کند.

- حسین پور، ا. ر. و دیگران (۱۳۸۳). نابرابری اجتماعی - اقتصادی در مرگ‌ومیر نوزادان زیر ۵ سال ایران در سطح کشوری و استانی در سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۲(۴۸)، ۲۹-۳۶.
- دادگر، ی. ا. (۱۳۸۹). *مالیه عمومی و اقتصاد دولت*. تهران: نشر نور علم.
- دانایی فرد، ح.، باباشاهی، ج.، آذر، ع؛ و کردنائیچ، ا. ا. (۱۳۹۱). تحول در رفاه ملی، آیا حکمرانی خوب نقش مهمی ایفا می‌کند؟ *پژوهشهای مدیریت در ایران*، ۴، ۴۵-۶۲.
- دواس، دی. ای. (۱۳۷۶). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*. ترجمه هوشنگ ناییب. تهران: نشر نی.
- سامتی، م.، رنجبر، ه؛ و محسنی، ف. (۱۳۹۰). تحلیل تأثیر شاخصهای حکمرانی خوب بر توسعه انسانی (مطالعه موردی: کشورهای جنوب شرقی آسیا (ASEAN)). *فصلنامه رشد و توسعه اقتصادی*، ۴، ۱۸۳-۲۲۳.
- صباغ کرمانی، م؛ و باسحا، م. (۱۳۸۸). نقش حکمرانی خوب در بهبود کارکرد هزینه‌های دولت: مطالعه موردی بخش بهداشت و آموزش کشورهای اسلامی، *مجله تحقیقات اقتصادی*، ۸۶، ۱۰۹-۱۳۰.
- فطرس، م. ح.، اکبر شهرستانی، ف؛ و میرزایی، م. (۱۳۹۱). بررسی اثر آزادی اقتصادی بر امید به زندگی (مطالعه کشورهای منتخب، شامل ایران با رویکرد تلفیقی). *فصلنامه راهبرد اقتصادی*، ۱(۱)، ۱۶۹-۱۹۳.
- قاضی طباطبایی، م.، نصرتی، ر. ا؛ و کاظمی، ع. (۱۳۹۱). ارزیابی الگوی نظری حکمرانی خوب در تبیین وضعیت توسعه انسانی. *مجله توسعه روستایی*، ۱، ۵۲-۳۹.
- مکیان، س. ن. ا؛ و بی‌باک، م. (۱۳۹۴). تأثیر حکمرانی خوب بر توسعه انسانی: یک تحلیل بین کشوری. *فصلنامه مدل‌سازی اقتصادی*، ۲(۹)، ۱۳۱-۱۴۷.
- مهر آرا، م؛ و اسدیان، ز. (۱۳۸۸). تأثیر حکمرانی خوب بر سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در کشورهای با درآمد متوسط. *مطالعات اقتصاد بین‌الملل*، ۳۵، ۱-۲۰.
- ندیری، م؛ و محمدی، ت. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر ساختارهای نهادی بر رشد اقتصادی با روش GMM داده‌های تابلویی پویا. *فصلنامه مدل‌سازی اقتصادی*، ۲، ۱-۲۴.
- Akcay, S. (2006). Corruption and Human Development. *Cato Journal*, 26, 45-60.
- Cooray, A. V. (2009). Government expenditure, governance and economic growth. *Faculty of commerce*, 51, 1-27.
- De la Croix, D. & Delavallade, C. (2006). Growth, public investment and corruption with failing. *Economics of Governance*, 10, 187, <https://doi.org/10.1007/s10101-008-0057-4>.



- Farag, M. Nandakumar, A. & Wallack, S. (2012). Health expenditures, health outcomes and the role of good governance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 33–52.
- Gani, A. & Duncan, R. (2004). *Fijis governance index*. Australian national university and the university of the South pacific at the university of the south pacific.
- Hilaire, H. G. (2015). Does good governance improve public health expenditure-health outcomes nexus? New empirical evidence from Africa. *Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)*, 1, 1-24.
- 17.Houeninvo G. Hilaire(2014) Does good governance improve public health expenditure-health outcomes nexus? *New empirical evidence from Africa Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)*. pp.1-24
- 18. Im, K. S., Pesaran, M. H. & Shin, Y. (1997). *Testing for unit roots in heterogeneous panels*, Mimeo. Department of Applied Economics, Univ. of Cambridge.
- 19. Kaufmann, D., Kraay, A. & Mastruzzi, M. (2004). Governance matters III: ngovernance indicators for 1996, 1998, 2000, and 2002. World Bank Economic of good governance, *Int J Health Care Finance Econ*, 13, 33–52.
- 20.Kaufmann, D., Kraay, A. & Mastruzzi, M. (2010). The Worldwide Governance Indicators, Methodology and Analytical Issues. The World Bank, Development Research Group, *Macroeconomics and Growth Team*, 5430, 1-28.
- Rajkumar, A. S. & Swaroop, V. (2008). Public spending and outcomes: Does governance matter? *Journal of Development Economics*, 86, 96–111.
- Uddin, A. (2010). *Impact of good governance on development in Bangladesh: A study. Unpublished thesis*, Institute of Society and Globalization Roskilde University.
- Virmanim, A. Sahu, S. & Tanwar, S. (2006). GOVERNANCE IN THE PROVISION OF PUBLIC goods in south asia. *International economic relations*, 1-43.
- Wolf, S. (2007). Does aid improve public service delivery? *Review of World Economics*, 143(4), 650-672.
- World Bank (2003). *Making services work for poor people*. World

development report 2003, World Bank, Washington, D.C.

- World Bank (2011). *The worldwide governance indicators*. Available at: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>.

- Zhang, X., Shenggen, F., Linxiu, Z. & Jikun, H. (2004). Local governance and public goods provision in rural China. *Journal of Public Economics*, 88, 2857-2871.