

An Exemplary Governance Model in Iran's Health System: Identification and Analysis of Influential Dimensions¹

Hamzeh S², Rostamzadeh R³, Lotfollahi M⁴, Esgandari K⁵

Abstract

Background: Exemplary governance in health systems plays a pivotal role in enhancing system performance and ensuring equitable access to health services. This study aimed to design a comprehensive model of exemplary governance in Iran's health system and analyze its key influencing dimensions.

Methods: This research employed a mixed-methods approach. The qualitative phase followed a developmental objective, while the quantitative phase adopted an applied perspective. The qualitative sample comprised published literature on health system governance from reputable databases. The quantitative phase included 360 employees from healthcare centers of the Social Security Organization in northwestern Iran, selected from the provinces of West Azerbaijan, East Azerbaijan, and Ardabil. Data were collected using a researcher-made questionnaire based on dimensions identified through the meta-synthesis technique. Analyses were performed using the meta-synthesis approach and structural equation modeling via SMART PLS and MAXQDA software.

Results: Findings revealed that exemplary governance in the health system consists of eight main dimensions: analytical and decision-making capabilities, communication factors, infrastructure, strategic actions, culture, general characteristics, organizational/managerial factors, and organizational policies. Structural model testing in a larger sample indicated that the dimensions of culture, communication factors, and general characteristics had the highest correlation with exemplary governance in the health system.

Conclusion: The results emphasize that achieving exemplary governance in health requires balanced attention to all dimensions. Neglecting any dimension may hinder the attainment of governance goals and ideals. Therefore, health managers and policymakers should implement strategies that prioritize equitable access to health services, transparency, accountability, and ethical conduct to strengthen exemplary governance in the health system.

Keywords: Exemplary governance, Health system, Ethical conduct.

1- **Cite this article:** Hamzeh, Saeed; Rostamzadeh, Reza; Lotfollahi, Mahrokh; Esgandari, Karim (2025). An Exemplary Governance Model in Iran's Health System: Identification and Analysis of Influential Dimensions. *Health Management*, 16(3): 15-29.

2- Department of Public Administration, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran (Saeed.hmzeh@iau.ac.ir)

3- Department of Management, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran, (Corresponding Author), Reza.rostamzadeh@iau.ac.ir

4- Department of Management, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran (M.lotfollahi@iau.ac.ir)

4- Department of Public Administration, Payam Noor University, Tehran, Iran (Skandarik@pnu.ac.ir)

الگوی حکمرانی متعالی در نظام سلامت ایران: شناسایی و تحلیل ابعاد مؤثر^۱

چکیده

سعید حمزه^۲/رضا رستم زاده^۳/ماهرخ لطف الهی^۴/کریم اسگندری^۵

مقدمه: حکمرانی متعالی در نظام سلامت با تأکید بر ارزش‌ها و اصول بنیادین، نقش متمایزی در ارتقای کیفیت و کارآمدی سیستم سلامت دارد. در همین راستا، این پژوهش با هدف شناسایی و طراحی الگوی حکمرانی متعالی در نظام سلامت ایران و تحلیل ابعاد مؤثر آن انجام شد.

روش کار: این تحقیق به روش آمیخته انجام شده است؛ در بخش کیفی، رویکرد توسعه‌ای و در بخش کمی، رویکرد کاربردی اتخاذ شد. جامعه آماری بخش کیفی شامل مطالب منتشرشده در حوزه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بود و جامعه آماری بخش کمی شامل کارکنان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب کشور بود که نمونه‌ای ۳۶۰ نفره از مدیریت درمان استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی، پرسشنامه محقق‌ساخته با ابعاد استخراج‌شده از تکنیک فراترکیب بود. داده‌ها با استفاده از رویکرد فراترکیب و معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SMART PLS و MAXQDA تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حکمرانی متعالی در نظام سلامت شامل ۸ بعد اصلی است: توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، عوامل ارتباطی، زیرساخت، اقدامات استراتژیک، فرهنگ، مشخصه‌های عمومی، عوامل سازمانی/مدیریتی و سیاست‌های سازمانی. آزمون مدل در نمونه آماری بزرگ‌تر نشان داد که ابعاد فرهنگ، عوامل ارتباطی و مشخصه‌های عمومی بیشترین همبستگی را با حکمرانی متعالی در نظام سلامت دارند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر آن است که برای تحقق حکمرانی متعالی در نظام سلامت، توجه همزمان و متوازن به تمامی ابعاد ضروری است و غفلت از هر یک می‌تواند دستیابی به اهداف و ایده‌آل‌های این نوع حکمرانی را با چالش مواجه کند. بنابراین، مدیران و سیاست‌گذاران سلامت باید با تمرکز ویژه بر دسترسی برابر به خدمات سلامت، شفافیت و پاسخگویی، و ارتقای اخلاق‌مداری، برنامه‌ها و استراتژی‌های کارآمدی برای تقویت حکمرانی متعالی طراحی و اجرا نمایند.

کلید واژه‌ها: حکمرانی متعالی، نظام سلامت، اخلاق‌مداری.

۱- استناد به این مقاله: حمزه، سعید؛ رستم زاده، رضا؛ لطف الهی، ماهرخ؛ اسگندری، کریم (۱۴۰۴). الگوی حکمرانی متعالی در نظام سلامت ایران: شناسایی و تحلیل ابعاد مؤثر. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۶(۳): ۱۵-۲۹.

۲- گروه مدیریت دولتی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (Saeed.hmzeh@iau.ac.ir)

۳- گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: (Reza.rostamzadeh@iau.ac.ir)

۴- گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (M.lotfollahi@iau.ac.ir)

۵- گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (Skandarik@pnu.ac.ir)

مقدمه

استراتژیک در این نظام بر پایه شواهد علمی و تحلیل دقیق داده‌ها انجام گرفته و هدف آن توسعه خدمات بهداشتی و ارتقای نظام سلامت عمومی است. از نگاه این سازمان، اصول عدالت، شفافیت، کارآمدی و اتکا به روش‌های علمی، پایه‌های اصلی چنین حکمرانی را تشکیل می‌دهند. بهره‌گیری از رویکردهای علمی و تجربی نیز سبب می‌شود تا تصمیم‌گیری‌ها با دقت و شفافیت بیشتری صورت پذیرد و در نهایت، سلامت جامعه در مسیر پایدار ارتقا یابد (۵).

با وجود اهمیت این رویکرد، نظام سلامت کشور در سال‌های اخیر با چالش‌های متعددی مواجه بوده است. رشد جمعیت و افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، نارسایی‌های قابل توجهی در زیرساخت‌ها و منابع ایجاد کرده است. در شرایطی که سلامت عمومی یکی از بنیادی‌ترین حقوق شهروندی تلقی می‌شود، کمبود منابع مالی، محدودیت در امکانات درمانی و عقب‌ماندگی در توسعه فناوری‌های پزشکی از موانع عمده به شمار می‌رود (۶). شواهد آماری نیز نشان می‌دهد که نسبت پزشکان متخصص به جمعیت در ایران بسیار پایین‌تر از استانداردهای جهانی است و در برخی مناطق حتی پزشک عمومی وجود ندارد. این کمبود منجر به تمرکز بیماران در مناطق خاص و تحمیل بار مضاعف بر مراکز درمانی شده است (۷). در چنین بستری، طراحی الگوی حکمرانی متعالی برای نظام سلامت کشور ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است؛ الگویی که بتواند چالش‌های موجود را رفع کرده و کیفیت خدمات را تضمین نماید (۸). پیچیدگی روزافزون بیماری‌ها، رشد سریع جمعیت جهانی و تحولات فناوری پزشکی سبب شده‌اند که ضرورت پرداختن به حکمرانی متعالی بیش از پیش احساس شود. این الگو دربرگیرنده تمامی حوزه‌های سیاست‌گذاری، مدیریت و ارائه خدمات سلامت بوده و اهدافی همچون ارتقای کیفیت، عدالت، پاسخگویی و افزایش توان مقابله با بحران‌ها را دنبال می‌کند (۹). مطالعه در این حوزه می‌تواند پیوند میان سیاست‌های کلان، مدیریت مالی و دارویی، برنامه‌ریزی درمانی و نیازهای واقعی جامعه را شفاف‌تر

نظام‌های سلامت در دنیای امروز زمانی می‌توانند در ایفای وظایف اساسی خود موفق باشند که از حکمرانی متعالی برخوردار باشند. حکمرانی متعالی نه صرفاً به معنای مدیریت اجرایی، بلکه به منزله یک رویکرد کلان و جامع در هدایت، راهبری و تنظیم سیاست‌های سلامت شناخته می‌شود. چنین الگویی تلاش می‌کند تا ضمن تضمین عدالت و کارآمدی، شرایطی فراهم آورد که تمامی شهروندان بدون تبعیض و متناسب با نیازهای واقعی خویش به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی داشته باشند (۱). یکی از ابعاد محوری حکمرانی متعالی، توانایی در طراحی سیاست‌های روشن و مبتنی بر شواهد است. در این چارچوب، ترسیم اهداف قابل ارزیابی، تعیین اولویت‌ها، مدیریت بهینه منابع مالی و انسانی و نیز بهره‌گیری از مشارکت اجتماعی و تخصصی جایگاهی ویژه دارد. اجرای چنین سیاست‌هایی نه تنها کارایی نظام سلامت را ارتقا می‌دهد، بلکه کیفیت و اثربخشی خدمات را نیز به شکل چشمگیری بهبود می‌بخشد (۲). از دیگر شاخصه‌های اساسی حکمرانی متعالی می‌توان به شفافیت، پاسخگویی و اطلاع‌رسانی نظام‌مند اشاره کرد. هنگامی که فرآیندها و تصمیم‌گیری‌ها برای عموم جامعه قابل درک و پیگیری باشد، اعتماد اجتماعی افزایش یافته و امکان مشارکت فعال گروه‌های مختلف در سیاست‌گذاری سلامت فراهم می‌شود. دسترسی عمومی به اطلاعات سلامت و برنامه‌های کلان نیز بستری برای هم‌افزایی میان سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط ایجاد می‌کند (۳). در این میان، دولت نقشی بنیادین در زمینه قانون‌گذاری، تأمین منابع مالی، هماهنگی میان نهادها، نظارت بر عملکرد سازمان‌های سلامت و همچنین فراهم کردن بسترهای همکاری علمی و آموزشی در سطح ملی و بین‌المللی ایفا می‌نماید (۴). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حکمرانی متعالی را می‌توان سازوکاری دانست که در آن تمامی ابعاد مدیریت سلامت جامعه توسط بالاترین مقامات ذی‌صلاح سازماندهی می‌شود. اتخاذ تصمیمات

ساخته و زمینه استفاده بهینه از منابع محدود را فراهم آورد.

در این میان، شمال غرب کشور با محدودیت‌های ویژه‌ای روبه‌رو است. کمبود تجهیزات پزشکی و مشکلات مالی مراکز درمانی این منطقه موجب شده است که ارائه خدمات درمانی به‌طور جدی با مانع مواجه گردد. پیامد چنین وضعیتی، محدود شدن دسترسی بیماران به خدمات حیاتی و افزایش احتمال بروز آسیب‌های جبران‌ناپذیر است (۱۰). علاوه بر آن، بسیاری از مناطق روستایی فاقد زیرساخت‌های کافی و نیروی انسانی متخصص هستند و همین امر سبب شده است که کیفیت خدمات سلامت در این مناطق پایین‌تر از سطح انتظار باشد (۱۱). از سوی دیگر، سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت در این منطقه، با نارسایی‌های ساختاری و مدیریتی مواجه است. مشکلاتی نظیر تأخیر در پرداخت هزینه‌ها، ناکارآمدی در روند ارائه خدمات بیمه‌ای، محدودیت منابع انسانی و نبود زیرساخت‌های خدمات الکترونیک، میزان رضایت‌مندی بیماران را به‌طور قابل توجهی کاهش داده است. رفع این مشکلات و بهبود عملکرد این سازمان می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سامان‌دهی نظام سلامت شمال غرب کشور ایفا کند (۱۲).

با وجود چالش‌های یادشده، مهم‌ترین خلأ پژوهشی در این حوزه به‌نود یک چارچوب جامع و منسجم برای استقرار حکمرانی متعالی در نظام سلامت بازمی‌گردد. فقدان تعریفی دقیق و مشترک از این مفهوم، پراکندگی در اقدامات و ناسازگاری میان برنامه‌ها را در پی داشته است. همچنین، تحقیقات اندکی به بررسی روابط میان ابعاد مختلف حکمرانی و پیامدهای آن بر سلامت جامعه پرداخته‌اند. علاوه بر این، ابعاد جامعه‌محور حکمرانی از جمله مشارکت عمومی، پاسخگویی، شفافیت و انسجام کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر آن است که الگوی حکمرانی متعالی در نظام سلامت مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی شمال غرب کشور چه ویژگی‌ها و مؤلفه‌هایی دارد؟

روش کار

این پژوهش در دو مرحله کلی طراحی و اجرا شده است. در مرحله نخست، به منظور استخراج مقولات، مفاهیم و کدهای مدل، از تکنیک فراترکیب استفاده شد و پس از تعیین مقوله‌ها و مفاهیم اصلی، تحقیق وارد مرحله دوم گردید. در این مرحله، مدل به‌دست‌آمده در نمونه آماری بزرگ‌تری شامل کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب کشور مورد آزمون قرار گرفت. بنابراین، روش تحقیق این مطالعه جزو روش تحقیق آمیخته محسوب می‌شود که هم‌زمان از ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی بهره گرفته است. در تکنیک فراترکیب، جامعه آماری شامل مطالب منتشرشده در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی EMBASE، Cochrane Library، Medline، Science Direct، ProQuest، Scopus و موتورهای جستجوی Google Scholar و Google بود. علاوه بر این منابع، برای تبیین مفهوم حکمرانی متعالی از فرهنگ‌های لغت انگلیسی و فارسی شامل وبستر، آکسفورد، دهخدا و معین نیز استفاده شد. کلیدواژه‌های مورد استفاده عبارت بودند از Health system، Health system stewardship، governance، Health system، Stewardship، Governance، Healthcare system، Health system strengthening و Healthcare reform و معادل‌های فارسی آن‌ها. همچنین، فهرست مستندات به‌دست‌آمده به صورت دستی و از طریق استخراج مقالات مرتبط تکمیل شد. معیارهای ورود مطالعات شامل تمامی پژوهش‌ها و مرورهای علمی به زبان فارسی و انگلیسی تا تاریخ ۳۱ شهریور ۱۴۰۲ شمسی بود که به تعریف، اجزاء، پیش‌نیازها، پیامدها و ابزارهای ارزیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت پرداخته باشند. فرم استخراج اطلاعات شامل بخش‌هایی از جمله مشخصات نویسندگان، عنوان مقاله، سال انتشار،

نظری، جست‌وجو و انتخاب متون مناسب، استخراج اطلاعات از متون، تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی، کنترل کدهای استخراجی و در نهایت ارائه نتایج بود. در روش فراترکیب، مقالات منتخب و نهایی به طور مستمر مرور شدند تا یافته‌های درون‌محتوایی استخراج شوند؛ در این بررسی، مطالعه‌های اصلی و اولیه چندین بار بازبینی گردیدند تا معیارها و زیرمعیارهای مدل تعیین شوند. هدف از فراترکیب، ارائه یک تفسیر یکپارچه و نوین از یافته‌ها بود. در طول این فرآیند، موضوعاتی شناسایی شدند که از میان مطالعات موجود در فراترکیب به دست آمدند و این موضوعات، اساس بررسی موضوعی را تشکیل دادند. پس از شناسایی و تعیین موضوع‌ها، پژوهشگر اقدام به شکل‌دهی طبقه‌بندی نمود و طبقه‌بندی‌های مشابه و مرتبط را در موضوعی جای داد که بهترین توصیف را ارائه می‌کرد. این موضوعات اساسی به منظور توضیح مدل‌ها، نظریه‌ها یا فرضیه‌های کاری ارائه شدند. ابتدا تمامی عوامل استخراج‌شده از مدل‌های پیشین و معیارها که در مراحل قبل مشاهده شده بودند، به عنوان کد در نظر گرفته شدند؛ سپس با توجه به معنای کدها، تعدادی از آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته‌بندی شده و به این ترتیب مفاهیم پژوهش شکل گرفتند. بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده و تحلیل محتوای مقالات، تعداد ۶۸ مقاله نهایی (داخلی و خارجی) انتخاب شد و در مجموع ۸ مقوله اصلی، ۳۹ مقوله فرعی و ۱۶۶ کد برای مدل حکمرانی متعالی در بخش سلامت شناسایی و مشخص گردید. این فرآیند به صورت خلاصه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است (جدول ۱). به منظور حفظ کیفیت مطالعه، از شاخص کاپا استفاده شد. در مراحل طراحی مدل، معیارهای مدل‌های پیشین به عنوان کد در نظر گرفته شدند و با توجه به شباهت‌های معنایی بین کدها، ادغام و ایجاد مفاهیم انجام شد. برای کنترل مفاهیم استخراجی نیز نظرات پژوهشگر با یک خبره مقایسه شد. شاخص کاپا بین صفر تا یک تغییر می‌کند؛ هر چه مقدار آن به یک نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده اجماع بالاتر بین رتبه‌دهندگان است. مقدار

کشور محل مطالعه، هدف پژوهش، سال انجام مطالعه، تعریف، اجزاء، پیش‌نیازها، پیامدها و معیارهای ارزیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت بود. برای ارزیابی کیفیت مطالعات، از یک چک‌لیست معتبر ارزشیابی مقالات پژوهشی و مروری استفاده شد که حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب به ترتیب ۱ و ۱۵ و حداقل امتیاز قابل قبول ۱۰ تعیین شد. مستندات به‌دست‌آمده ابتدا با استفاده از عنوان، چکیده و متن کامل مقالات غربالگری شدند. در این مرحله، تعداد ۷۳۵۰ مستند شناسایی شد. پس از حذف مقالات تکراری و بررسی عنوان، چکیده و متن کامل، ۷۶ مقاله جهت بررسی دقیق انتخاب گردیدند. روند غربالگری مقالات در شکل ۱ نشان داده شده است. (شکل ۱)

در بخش کمی این پژوهش، جامعه آماری شامل مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شمال‌غرب کشور است و نمونه آماری از میان مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل انتخاب شد. این استان‌ها مجموعاً ۵۲۷۲ کارمند دارند که بر اساس جدول مورگان، ۳۶۰ نفر به عنوان نمونه تعیین گردید. با توجه به نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، سهم هر استان مشخص شد: مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان آذربایجان غربی ۱۰۸ نفر، مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان آذربایجان شرقی ۱۶۲ نفر و مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان اردبیل ۹۰ نفر. ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش، پرسشنامه محقق‌ساخته با طیف پنج درجه‌ای لیکرت بود که ابعاد و مولفه‌های آن از طریق تکنیک فرا تحلیل گردآوری شده است. برای بررسی روایی ابزار، از روایی واگرا و همگرا استفاده شد و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، برای شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت، از تکنیک فراترکیب استفاده شد. این فرآیند در هفت مرحله انجام گرفت که شامل تنظیم پرسش پژوهش، مرور نظام‌مند مبانی

ارائه است و شکل آن در شکل ۲ نمایش داده شده است. (شکل ۲)

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که استفاده از تکنیک فراترکیب منجر به شناسایی ۸ بعد و ۲۹ مولفه برای مدل حکمرانی متعالی در نظام سلامت گردید. در بعد توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، مولفه‌های تفکر نظام‌مند، تفکر اقتضایی، تصمیم‌گیری مشارکتی و ایجاد اتاق فکر قرار داشتند؛ در بعد عوامل ارتباطی، سرمایه اجتماعی، تعامل فردی، تعامل بین ذی‌نفعان و تعامل نهادی برجسته شدند؛ در بعد زیرساخت، توسعه ظرفیت‌های درمانی، توسعه فناوری اطلاعات، توسعه فناوری خدماتی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی مورد توجه قرار گرفتند. در بعد اقدامات استراتژیک، مدیریت دانش، برنامه‌ریزی راهبردی، همسویی استراتژیک و یادگیری سازمانی شناسایی شدند؛ در بعد فرهنگ، اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته‌سالاری مشاهده شد. همچنین، در بعد مشخصه‌های عمومی، مولفه‌های سعه‌صدر، صراحت بیان، تعهد، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، و در بعد عوامل سازمانی/مدیریتی، مدیریت مالی، انعطاف‌پذیری، چابک‌سازی و رهبری برجسته شدند. نهایتاً در بعد سیاست‌های سازمانی، مولفه‌های یارانه سلامت، مساعدت، پوشش همگانی، آگاهی اجتماعی و افزایش امید به زندگی جای گرفتند. بررسی کدهای باز نشان داد که بیشترین تأکید با فراوانی ۱۵ بر مولفه‌های عدالت محوری و اخلاق‌مداری قرار داشته است. این یافته‌ها از طریق نظریه عدالت اجتماعی جان رالز و نظریه اخلاق وظیفه‌گرایی ایمانوئل کانت قابل تبیین هستند. عدالت محوری به معنای ایجاد فرصت‌های برابر برای همه افراد در دسترسی به خدمات سلامت است و تضمین می‌کند که تمامی شهروندان، بدون توجه به وضعیت اجتماعی، اقتصادی، جنسیت یا محل سکونت، از خدمات بهداشتی و درمانی مناسب بهره‌مند شوند. تمرکز بر عدالت محوری

شاخص کاپا با استفاده از نرم‌افزار SPSS در سطح معنی‌داری ۰,۰۰۰ عدد ۰,۸۲۷ محاسبه شد. با توجه به کوچکتر بودن عدد معناداری از ۰,۰۵، فرض استقلال کدهای استخراجی رد شد و پایایی استخراج کدها تأیید گردید. یافته‌های پژوهش نشان دادند که کدهای عدالت، شفافیت و اخلاق‌مداری بیشترین اهمیت و بالاترین رتبه را در میان کدها دارند. این موضوع بیانگر آن است که در مدل‌های حکمرانی متعالی، توجه به این مؤلفه‌ها و تکرارپذیری آن‌ها نسبت به سایر کدها بیشتر بوده است.

در ادامه، برای بررسی روابط بین ابعاد و مولفه‌های تحقیق، از تکنیک معادلات ساختاری و نرم‌افزار SMART PLS استفاده شد. پرسشنامه‌ای که بر اساس ابعاد و مولفه‌های استخراج‌شده از تکنیک فراترکیب طراحی شده بود، در بین ۳۶۰ نفر از کارکنان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب کشور توزیع گردید. تحلیل یافته‌ها در بخش برازش مدل اندازه‌گیری نشان داد که تمامی مقادیر روایی همگرا بالاتر از ۰,۵ هستند و بدین ترتیب، روایی همگرا مدل تأیید شد. در بررسی تشخیصی یا واگرا با استفاده از معیار فورنل - لارکر نیز مشخص شد که روایی تشخیصی مدل اندازه‌گیری انعکاسی در سطح سازه مورد تأیید قرار دارد. بررسی اثر یک متغیر برونزا بر متغیر درونزا نشان داد که ضریب تعیین محاسبه‌شده از مقدار متوسط این معیار (۰,۳۳) بالاتر است، که حاکی از برازش بالاتر از متوسط مدل ساختاری می‌باشد. برای ارزیابی برازش کلی مدل که شامل هر دو بخش اندازه‌گیری و ساختاری است، از معیار GoF استفاده شد. نتایج این بررسی نشان داد که مقدار شاخص ۰,۷۵ است و این سطح، نشان‌دهنده مطلوبیت قوی مدل می‌باشد. در نهایت، در تست اولیه مدل مشخص شد که مولفه‌های "توجه به محیط"، "قانون‌مداری"، "مبارزه با فساد" و متغیر "با ایمان" به دلیل داشتن قدرمطلق عدد t پایین‌تر از حد آستانه ۱,۹۶، باید از مدل حذف شوند. بنابراین، مدل نهایی تحقیق بر اساس این نتایج قابل

تعیین‌کننده‌ای در سیاست‌گذاری، رفتار و تصمیم‌گیری‌ها داشته باشند. تئوری انتقال فرهنگی بر این ایده تأکید دارد که افراد و گروه‌های اجتماعی از طریق تبادل اطلاعات و ارتباطات، ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های جامعه را منتقل می‌کنند. در این راستا، فرهنگ اخلاقی و دینی می‌تواند از طریق انتقال این ارزش‌ها به نهادهای حکومتی و دستگاه‌های مرتبط، مفهوم حکمرانی متعالی را تقویت و عملکرد نظام سلامت را بهبود بخشد. این یافته‌ها با نتایج میرا و هاماداچ (۲۰۱۸) و مل (۲۰۲۰) همخوانی دارد؛ آن‌ها معتقدند که فرهنگ سازمانی مبتنی بر شفافیت، اعتماد و ارتباطات باز نقش مهمی در ارتقای حکمرانی و بهبود کیفیت خدمات سلامت ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری

مدل حکمرانی متعالی ارائه‌شده در این پژوهش، بر دستیابی به عملکرد بهینه در نظام سلامت و ارتقای نتایج ممکن تأکید دارد و ابعاد مختلفی همچون توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، عوامل ارتباطی، زیرساخت‌ها، اقدامات استراتژیک، فرهنگ، مشخصه‌های عمومی، عوامل سازمانی/مدیریتی و سیاست‌های سازمانی را در بر می‌گیرد. این مدل توجه ویژه‌ای به دسترسی برابر به خدمات سلامت، کاهش نابرابری‌های موجود، رعایت اصول اخلاقی در مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای شفافیت و پاسخگویی دارد. چنین رویکردی سبب تقویت اعتماد عمومی، افزایش پایداری سیستم سلامت و ارتقای رضایت بیماران می‌شود. تأکید بر عدالت و اخلاق، به عنوان ستون‌های اصلی، نقش مهمی در ایجاد یک سیستم سلامت پایدار و کارآمد ایفا می‌کند و موجب انسجام در ارائه خدمات و کاهش تعارضات می‌گردد. تجربه نشان می‌دهد هنگامی که بیماران احساس کنند خدمات به طور عادلانه و اخلاقی ارائه می‌شود، رضایت آن‌ها افزایش یافته و این موضوع می‌تواند به بهبود نتایج درمانی و تقویت همکاری بیماران با ارائه‌دهندگان خدمات منجر شود. براساس نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد

می‌تواند نابرابری‌های سلامت بین گروه‌های اجتماعی را کاهش داده و رضایت و اعتماد عمومی به نظام سلامت را افزایش دهد. علاوه بر این، اخلاق‌مداری در نظام سلامت به تعهد به اصول اخلاقی مانند احترام به کرامت انسانی، حفظ حریم خصوصی بیماران و ارائه خدمات صادقانه و بدون تبعیض اشاره دارد. این اصول اعتماد بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را تقویت می‌کند و شفافیت و پاسخگویی در عملکرد سازمانی را افزایش می‌دهد. گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت بارها بر اهمیت عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که عدالت محوری یکی از ارکان اساسی حکمرانی خوب در نظام‌های سلامت است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). نتایج این تحقیق با یافته‌های ایبلاردو و همکاران (۲۰۲۳) و اندرسون (۲۰۲۲) همخوانی دارد؛ بر اساس این یافته‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر احترام به کرامت انسانی و حفظ حریم خصوصی بیماران مستقیماً با افزایش رضایت بیماران و بهبود نتایج درمانی مرتبط است. بررسی مدل طراحی‌شده و آزمون آن در نمونه آماری بزرگ‌تر نشان داد که تمامی ابعاد مدل معنادار هستند و تنها چهار مولفه شامل "توجه به محیط"، "قانون‌مداری"، "مبارزه با فساد" و "با ایمان بودن" از مدل حذف شدند؛ بنابراین مدل نهایی شامل ۸ بعد و ۳۵ مولفه گردید. نتایج تکنیک معادلات ساختاری نشان داد که بعد فرهنگ بیشترین همبستگی را با مفهوم حکمرانی متعالی در نظام سلامت دارد. این یافته نشان می‌دهد که حکمرانی متعالی عمده‌تأثیر را بر ارزش‌های فرهنگی است که شامل اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته‌سالاری می‌شود. توجه ویژه به شفافیت محوری نشان می‌دهد که تقویت بعد فرهنگی، ابتدا از طریق شفافیت و سپس از طریق اعتماد، بیشترین تأثیر را بر حکمرانی متعالی خواهد داشت. این نتایج از منظر تئوری‌های اجتماعی و به ویژه تئوری‌های ارتباطات و تأثیرات فرهنگی قابل تبیین است. بر اساس این تئوری‌ها، فرهنگ و ارزش‌های جامعه می‌توانند نقش

حکمرانی متعالی می‌تواند به عنوان ابزاری مؤثر در بهبود کیفیت تصمیم‌گیری‌ها و ارتقای عملکرد سیستم سلامت در تمامی ابعاد عمل کند. این ابعاد شامل افزایش شفافیت و پاسخگویی، تضمین عدالت و برابری در دسترسی به خدمات سلامت، ارتقای کیفیت خدمات، تسهیل تدوین و اجرای سیاست‌های بلندمدت و تقویت فرهنگ سازمانی و رهبری اخلاقی است. همچنین، ارزش‌های انسانی و اخلاقی باید همواره در مرکز هر تصمیم‌گیری قرار گیرند، زیرا رعایت این اصول موجب تقویت اعتماد و همکاری میان تمامی ذی‌نفعان خواهد شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه همکاران و داوران محترم که با انتقادات و پیشنهادات سازنده خود به ارتقای کیفیت مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

می‌شود در ابتدا تمرکز خطامشی‌گذاران بر تدوین و اجرای سیاست‌های عادلانه باشد. این سیاست‌ها باید دسترسی برابر به خدمات سلامت، افزایش اعتماد عمومی، شفافیت و پاسخگویی، و پایداری و کارآمدی منابع را در مرکز توجه قرار دهند. همچنین، آموزش و ترویج اخلاق‌مداری از دیگر محورهای مهم است. برای تحقق این هدف، تدوین و اجرای کدهای اخلاقی و ایجاد کمیته‌های اخلاقی ضروری است؛ این کمیته‌ها وظیفه ایجاد سامانه‌هایی برای گزارش‌دهی نقض اخلاقیات و پیگیری شفاف و بی‌طرفانه آن‌ها را بر عهده دارند. با پیچیده‌تر شدن فرآیندهای تصمیم‌گیری، ریسک تصمیمات نیز افزایش می‌یابد و این امر می‌تواند تأثیر منفی بر حکمرانی متعالی از منظر اخلاقی داشته باشد. لذا به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود توجه ویژه‌ای به نقش فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی در تقویت حکمرانی متعالی در نظام سلامت داشته باشند. از منظر کاربردی، طراحی و اجرای مدل



شکل ۱. مراحل غربال‌گری در تکنیک فراترکیب

جدول ۱: نتایج حاصل از کدگذاری باز و محوری

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری	تفکر نظامند	داشتن تفکر نظام مند برای حل مسئله (۱)، حل مسائل و مشکلات نظام سلامت از راه بررسی شرایط کنونی و آینده نگیری (۱)، استفاده از تجربیات سایر کشورها (۱)، توجه به ماهیت سیستم هدفمند (۱)، حل مسائل پیچیده مستلزم رویکردهای سازمان یافته ای است که طیف وسیعی از بازیگران، سطح حکمرانی بومی تا بین المللی و مشارکت جامعه و فرد را در بر دارد (۹).
	تفکر اقتصادی	باید با هر نظام در خور با شرایط حاکم بر آن برخورد کرد (۱)، تغییر محیط و حوادث مهم از راه تغییر شرایط بازار و

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
		تمایز در ارائه خدمات بر روی حکمرانی تاثیر دارد(۱۷).
	تصمیم‌گیری مشارکتی	از تصمیم‌گیری منفرد باید اجتناب کرد(۱)، اهل مشورت باشد (۲)، فرایند مشورتی میان کنشگران به ایجاد مشروعیت می‌انجامد(۷)، رفع چالش‌ها و مشکلات موجود صرفاً با اقدامات دولت امکان‌پذیر نیست، بلکه مشارکت با بخش خصوصی و جامعه مدنی برای عبور از این مشکلات ضروری است(۱۰)، توسعه مشارکت ذینفعان(۲۱)، اجماع محوری(۲۴)، تصمیم‌گیری شورایی (۲۶)، مشارکت(۴۹)، مشارکت شهروندان(۶۳)، مشارکت مردم سازمان‌یافته(۶۶).
	ایجاد اتاق فکر	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت(۴)، توسعه کانال‌های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش‌های مختلف(۴).
	با ایمان	با ایمان باشد و از سنت‌های الهی تبعیت نماید(۲).
	سعه صدر	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد(۲).
	صراحت بیان	صراحت داشتن در بیان واقعیت(۲)، در برخورد با چالوسان بی‌اعتنا باشد(۲)، ایجاد شرایط روحی برای کارکنان تا بتوانند بدون داشتن ترس موارد لازم را انعکاس دهند(۱۴).
مشخصه‌های عمومی	تعهد	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش‌های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است(۸).
	مسئولیت‌پذیری	مسئولیت‌پذیری(۲۰)، مسئولیت‌پذیری و شفافیت در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت(۳۶).
	پاسخگویی	در قبال مسئولیت‌های خود پاسخگو باشد(۲)، پاسخگویی در مورد تاثیر سیاست‌ها و اصلاحات انجام گرفته در بخش سلامت(۴)، پاسخگو بودن به مراجعه‌کنندگان و رعایت حق ارباب رجوع(۱۳)، پاسخگویی در حکمرانی متعالی تنها شامل گزارش دهی یا تشریح فعالیت‌های قبلی نیست، بلکه شامل جذب ذی‌نفعان برای فهماندن و پاسخ به دیدگاه‌های آن‌ها تحت عنوان طرح‌های سازمانی و اجرای آن‌ها نیز است(۱۶)، پاسخگویی(۲۵)، پاسخگویی جامع(۲۶)، حساب‌پذیری(۵۰)، پاسخگویی(۶۲)، پاسخگویی(۶۴).
	اعتماد محوری	اعتماد به عنوان یکی از سازوکارهای درونی حکمرانی متعالی است(۷)، اعتماد آفرینی(۲۸)، اعتماد عمومی(۵۶).
	شفافیت محوری	شفافیت در عملکرد کلی بخش سلامت(۴)، شفاف‌سازی از طریق مراحل انجام کار، افزایش اطلاع‌رسانی، جریان آزاد اطلاعات و نظارت‌پذیری(۱۳)، حکمرانی متعالی مستلزم این است که تمام وظایف حکمرانی نقش‌ها و مسئولیت‌های وابسته به آن روشن و واضح باشد و افراد طوری رفتار کنند که مطابق با نقش آن‌ها باشد(۱۵)، در حکمرانی متعالی شفافیت شامل اتخاذ و اجرای تصمیم‌ها بر طبق روش‌های توافق شده است(۱۶)، شفافیت در قوانین و مقررات(۲۳)، شفافیت(۲۴)، شفافیت و اطلاع‌رسانی(۲۸)، شفافیت(۴۹)، شفافیت(۶۱)، اصول واضح(۶۴)، شفافیت(۶۵).
	عدالت مداری	توسعه عدالت بهداشتی و درمان در بخش سلامت(۶)، عدالت فراقانونی(۲۲)، عدالت و انصاف(۲۵)، ایجاد عدالت در توسعه و توزیع خدمات بهداشتی و درمانی(۳۰)، بی‌طرفیت در توزیع خدمات سلامت(۳۳)، نظام پرداخت عادلانه(۶)، اطمینان از دستیابی عادلانه و یکسان به خدمات سلامت برای همه افراد جامعه(۳۵)، تضمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت(۴۶)، اصول عدالت(۴۹)، ایجاد یک جامعه عدالت‌مند(۵۴)، دولت نه فقط به ارائه خدمات عمومی مؤثر برای شهروندان می‌پردازد، بلکه به ایجاد محیطی آماده برای نهادهای اجتماعی و قواعد صحیح و عادلانه برای بازیابی و توزیع منابع نیز توجه می‌کند(۵۵)، عدالت اجتماعی(۵۶)، ترویج فرصت‌های برابر(۵۷)، عدالت اجتماعی(۶۱)، عدالت(۶۶).
فرهنگ	اخلاق مداری	در حکمرانی متعالی رعایت پارچوب‌های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سازمانی رده بالا اهمیت دارد(۵)، یکی از جنبه‌های مهم در حکمرانی متعالی نظام سلامت رعایت پارچوب‌های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سازمانی رده بالا است(۱۲)، اخلاق‌گرایی فراقانونی(۲۰)، ارزش مداری و اخلاق‌گرایی(۲۱)، صمیمیت و پرهیز از سلطه‌جویی(۲۲)، ارزش‌های اخلاقی(۵۸)، احترام به افراد(۳۱)، حفظ حریم خصوصی افراد(۳۴)، رعایت و توجه به حقوق بیمار(۴۸)، ارتقای کیفیت زندگی شهروندان(۵۱)، احترام به حقوق بشر(۵۷)، انسان‌محوری(۵۹)، رعایت حقوق انسانی(۶۰)، توسعه و نهادینه کردن ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت و تکریم و برخورد مناسب با بیماران و شهروندان(۶)، نشانه حکمرانی متعالی در توسعه ارزش‌های مشترک این است که بخشی از فرهنگ سازمانی خط مشی‌ها و زیرساخت رفتاری را از کارگزاران به تمام کارمندان و اعضای سازمان انتقال دهد(۱۶).
	شایسته‌سالاری	شایسته‌سالاری از کاربردهایی است که اجرای حکمرانی مناسب در همه بخش‌ها و نظام‌ها می‌تواند باعث آن شود(۵)، منابع انسانی اصلی‌ترین رکن و موتور محرکه و تصمیم‌سازی در نظام سلامت است(۵)، جذب نیروی‌های شایسته در بستر نظام سلامت می‌تواند منجر به افزایش ظرفیت در دو حوزه کمیت نیروها و منابع انسانی گردد(۵)،

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
		در حکمرانی متعالی سازمان‌ها به افرادی با مهارت‌های بالا نیاز دارند تا بتوانند آن‌ها را به نحو موثری راهنمایی و کنترل کنند (۱۶)، شایسته‌سالاری در گزینش و انتصاب (۲۳).
	سرمایه اجتماعی	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی (۵)، تقویت سرمایه اجتماعی و ارتباط مؤثر بین ذینفعان نظام سلامت (۷)، مشارکت عمومی در مدیریت کشور آرامش روحی و روانی زیادی را به همراه خواهد داشت که منجر به بهبود وضعیت سلامت می‌شود (۱۸)، همبستگی اجتماعی (۵۳).
	تعامل بین فردی	سلامت از طریق یک سیستم پیچیده سازگار از تعاملات بین افراد با محیط پیرامون و بین عوامل فیزیولوژیک، روانی و رفتاری، عوامل اجتماعی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آن‌ها تامین و حفظ می‌شود (۳)، از آنجایی که جهت‌گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش‌ها، ایدئولوژی و کلیشه‌ها تعیین‌کننده خط مشی دولت‌ها و سیاست‌های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است، شناسایی موقعیت‌های ایدئولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تأثیرات، پیامدها و برون‌دادهای سیاست‌ها از اهمیت فراوانی برخوردار است (۱۱)، مشارکت عمومی (۳۱).
عوامل ارتباطی	تعامل بین ذینفعان	توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت (۴)، توسعه مشارکت‌ها بین سطوح و بخش‌های مختلف نظام سلامت (۴)، سیستم‌های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند (۵)، حکمرانی خوب منجر به هماهنگی و مشارکت درست درون بخشی و برون بخشی می‌شود (۳)، پیوستگی و هماهنگی (۳۷)، فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف و مشارکت در بین ذینفعان بخش سلامت (۴).
	تعامل نهادی	روی آوردن به حکمرانی متعالی که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است اجتناب‌ناپذیر است (۵)، یکی از موضوعات مرتبط با پیش‌نیازهای لازم در رابطه با اجرا و ایجاد یک الگوی مناسب برای نظام سلامت، کنش‌های حکومت‌ها و دولت‌ها نسبت به موضوعات رفاهی است (۵)، سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است (۹)، نهادهای مدنی و بخش خصوصی یقیناً نقش مؤثر و بی‌بدیلی در افزایش کارایی نظام سلامت خواهند داشت (۱۰)، جامعه مدنی، بخش خصوصی، دولت و نهادهای بین‌المللی از کنشگران و عاملان نهادی در حوزه سلامت محسوب می‌شوند (۱۱)، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار (۲۷)، همکاری بین مختلف نهادها (۶۳).
	توسعه ظرفیت‌های درمانی	بالا بردن ظرفیت و امکانات درمان و بهداشتی و تجهیز مراکز و بدنه مجموعه بهداشت به تکنولوژی روز (۵)، تولید بهینه کالا و خدمات عمومی (۱۸)، ارتقای کیفیت و ایمنی سیستم سلامت (۳۵)، تمرکز بر کیفیت و ایمنی (۳۸)، پیشگیری از بیماری‌ها (۴۴)، توزیع منصفانه و عادلانه منابع سلامت (۴۵)، توسعه سیستم‌های بهداشت عمومی (۴۵)، بهره‌وری بالا در ارائه خدمات (۴۷)، توسعه پایدار (۵۱)، ظرفیت‌سازی (۵۲).
زیرساخت	توسعه فناوری اطلاعات	فناوری اطلاعات نقش مهمی در بهبود سلامت مردم و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (۱۲).
	توسعه فناوری خدماتی	بهبود و ارتقای فناوری حوزه سلامت (۱۸)، توسعه دانش فنی (۲۱).
	توسعه ظرفیت‌های اجرایی	عمل‌گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در بخش سلامت و شناسایی و تعریف نقش‌های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی (۶)، سازوکار حکمرانی باید به گونه‌ای طراحی شود که موجب استفاده از توانایی‌های دولت و یا مقام‌های منطقه‌ای با تسهیم تصمیم‌گیری بین اعضا و منتفع‌کردن آن‌ها گردد (۱۷)، سرمایه‌گذاری دولت‌ها در بخش‌های زیرساختی سلامت (۱۸)، بهبود کیفیت خدمات درمانی (۴۳).
	مدیریت دانش	مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی (۴)، توسعه منابع دانشی (۱۹)، انتشار اطلاعات (۳۳)، مدیریت بر اساس اطلاعات (۳۸)، توسعه کانال‌های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش‌های مختلف و هوشمندسازی نظام اطلاعات سلامت (۶)، بهبود نظام ثبت و انتقال اطلاعات سلامت (۴۱).
اقدامات استراتژیک	برنامه‌ریزی راهبردی	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبردی برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می‌شود (۳)، درک از تعیین‌کننده‌های سلامت روشن می‌سازد که سلامت یک موضوع سیاستی متقاطع در هم تنیده است (۹).
	همسویی استراتژیک	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط‌مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت (۴)، ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی‌های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت (۴)، توسعه شایستگی‌ها و قابلیت‌های استراتژیک بخش سلامت و ایجاد همراستایی بین اهداف خط‌مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت (۶)، سلامت به عنوان ابزاری در جهت دستیابی به اهداف باید تعریف گردد (۸)، داشتن یک هدف سازمانی روشن نشانی از حکمرانی

Reference:

- [1] Janda, K., & Goldman, J. (2019). *The challenge of democracy: American Government in global politics*. Cengage Learning.
- [2] Ahluwalia, P., and Miller, T., (2020), "The continuing importance of good governance", *Social Identities, Journal for the Study of Race, Nation and Culture*, Volume 26, Issue 1, 26(1), pp.1-2.
- [3] Jalali Khan Abadi, T., Alvani, S. M., Vaezi, R., & Ghorbani Zadeh, V. (2020). Designing a network governance model in the health system of the country. *Iranian Management Science Association Quarterly*, 15(58), 1-30. [Persian]
- [4] Baha, H., (2016), "Good Governance and Human Development: The case of Afghanistan, Submitted in fulfilment of the partial requirements for the degree: Master of Public Policy and Good Governance", *Public Economics, Law and Politics*, Address: 29549 BadBevensen, Rathaus Straße 9, Thesis.
- [5] Asadzadeh, F., Rjaei, Z., Ghasemi, A., & Shaghali, R. (2022). Examining and prioritizing the components of excellence-driven governance in improving administrative system health. *Governance and Development*, 2(3), 111-136. [Persian]
- [6] Makwana, R. (2022). Neoliberalism and the discourse of development: Perspectives from the South. *Review of Radical Political Economics*, 44(1), 41-67.
- [7] Sheikhichaman, M. R., Barati, O., Hamidi, H., Babaei, M., & Abdoli, Z. (2022). The role of clinical economics in health system governance. *Medicine and Purification*, 31(1), 81-85. [Persian]
- [8] Schulmann, K., Bruen, C., Parker, S., Siersbaek, R., Mac Conghail, L., & Burke, S. (2024). The role of governance in shaping health system reform: a case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11048-2>
- [9] Poniatowicz, M., Dziemianowicz, R., Kargol- Wasiluk, A., (2020), "Good Governance and Institutional Quality of Public Sector: Theoretical and Empirical Implications", *European Research Studies Journal XXIII*, Issue 2, pp.529-556
- [10] Imamjomezadeh, S. J., Shahramnia, A. M., & Safariyani, R. (2016). The model of good governance; A collaborative society and an efficient government in development management. *Quarterly Journal of Political Science*, 12(36), 7-40. [Persian]
- [11] Afshar, A., & Alavi, M. T. (2019). Analysis of some corporate governance laws' effects on the interaction of shareholders in Tehran Stock Exchange listed companies. *Accounting and Auditing Studies*, 12(45).
- [12] Mohammadiha, H., Ma'marzadeh, G., & Azimi-Peham, (2022). Designing a governance model in the national health system. *Health and Hygiene*, 13(3), 357-378. [Persian]
- [13] Afkhani, M. A., & Rezaei, A. (2020). Good governance and transcendent governance, similarities and differences. In *Second National Conference on Islamic Governance*, Tehran. [Persian]
- [14] Bashiri, A., & Shaghagi Shahr, V. (2011). Good governance, corruption, and economic growth: An economic approach to the concept of good governance. *Commercial Studies*, 8(48). [Persian]
- [15] Skap, E. (2005). What is good governance? *Political Economy*, 2(8). [Persian]
- [16] Saadat Alizadeh, M., & Najari, R. (2023). Presenting a model for identifying the components of administrative governance using a systematic approach and examining its relation to improving organizational health. *Studies in Management*, 3(1), 33-48. [Persian]

- [17] Biglar, M., Bastani, P., & Vatankhah, S. (2013). Challenges of governance in the country's medical education system: A qualitative approach. *Health Dialogue*, 7(4), 299-311. [Persian]
- [18] Siedirani, A. (2016). *Governance: Concepts and Processes*. Tehran: Amir Kabir Publications. [Persian]
- [19] Mostafavi, D. (2012). *Foundations of Good Governance: From Theory to Practice*. Tehran: University of Tehran Publications. [Persian]
- [20] Balai, A., & Sayedjodain, S. S. (2015). *Organizational Governance and Marketing* (18th ed.). Tehran: Safar Publications. [Persian]
- [21] Jaegahi, M., & Behjati, M. (2013). Identifying and examining the components of good governance in organizations. *Journal of Modern Management*, 4(12), 29-53. [Persian]
- [22] Agere, Sam (2000). Promoting good governance. Commonwealth Secretariat: 2 "The IMF's Approach to Promoting Good Governance and Combating Corruption — A Guide".
- [23] Zhang, Q., Zheng, S., Geerlings, H., & El Makhoulfi, A., (2019), "Port governance revisited How to govern and for what purpose?", *Journal of Transport Policy*, Vol.77, May, pp.46-57
- [24] Bevir, M. (2010). *The Oxford Handbook of Political Philosophy*. Oxford: Oxford University Press
- [25] Doyle, G., & Stern, N. (2016). *Media ownership: Concentration, convergence and public policy*. SAGE Publications.
- [26] González, L. F., Sánchez, R. J., & Garcia, A., (2016), "The adaptation process in port governance: the case of the Latin countries in South America and Europe, *Journal of Shipping and Trade*, 1(14), pp.1-20
- [27] Clarke, D., Appleford, G., Coccozza, A., Thabet, A., & Bloom, G. (2023). The governance behaviours: a proposed approach for the alignment of the public and private sectors for better health outcomes. *BMJ Global Health*, 8. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012528>
- [28] Kaufmann, D., Kraay, A., & Mastruzzi, M. (2007). *Governance matters VI: Aggregate and individual governance indicators, 1996-2006*. The World Bank.
- [29] Jayeghahi, M., & Behjati, M. (2013). Identifying and examining the components of good governance in organizations. *Modern Management Quarterly*, 4(12), 29-53. (In Persian)
- [30] Saadati, F., & Nadrian, H. (2023). Health promotion governance: A framework for operationalizing the Ottawa charter mechanisms in health system governance. *World Medical & Health Policy*, 16(1), 95-105. <https://doi.org/10.1002/wmh3.583>
- [31] Tricker, R. (2015). *Corporate Governance: Principles, Policies, and Practices*. Oxford University Press.
- [32] Rajayee, Z., Nasrabadi, M., Banihashemi, S., & Torkaman, P. M. (2023). Identifying and prioritizing the components of Good Governance in the Health Sector using Analytic Network Process and DEMATEL Methods. <https://doi.org/10.61186/qjal.10.34.37>
- [33] Tyler, T.R., & Blader, S.L. (2003). The Group Engagement Model: Procedural Justice, Social Identity, and Cooperative Behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 7(4), 349-361
- [34] Khosravi, M. F., Mosadeghrad, A. M., & Arab, M. (2023). Health System Governance Evaluation: A Scoping Review. *Iranian Journal of Public Health*, 52, 265-277. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i2.11880>
- [35] Antonio, C. A. T. (2023). Governance for Health: A Critical, but Poorly Understood, Health System Component. *Acta Medica Philippina*, 57(3). <https://doi.org/10.47895/amp.v57i3.7663>
- [36] Ebrahim, A., & Herz, D. (2019). Popular Engagement in Public Policy: A Review and Framework, p. 279.

- [37] Carl Abelardo T. Antonio, MD, Governance for Health: A Critical, but Poorly Understood, Health System Component, *Acta Med Philipp.* 2023;57(3):5-16.
- [38] Boella, G., Elsenbroich, C., & Verhagen, H. (2013). Argumentation-based decision making in contemporary policy-making: Implications for governmental policy advice. *Argument & Computation*, 4(3), 215-243.
- [39] Mira, R., & Hammadache, A., (2018), "Good Governance and Economic Growth: A Contribution to the Institutional Debate about State Failure in Middle East and North Africa", Université Paris 13, CEPN Laboratory, France; IFC, Renmin University, (China). pp.107-120
- [40] Panda, R., Guin, P., & Gaurav, K. (2020). Governance in Public Purchasing of Tertiary-Level Health Care: Lessons From Madhya Pradesh, India. *SAGE Open*, 10(3), 215824402094248. <https://doi.org/10.1177/2158244020942489>
- [41] Wani, H. A., & Suwirta, A., (2015), "Changing Dynamics of Good Governance in Africa", *International Journal for Educational Studies*, 7(2) February, by Minda Masagi Press Bandung and UMP Purwokerto, Indonesia ISSN 1979-7877, pp.189-202
- [42] Morcol, G. (2005). *Governing the American Democracy: Towards a New Era of Policy and Politics*. Lanham, MD: University Press of America.
- [43] Heywood, A. (2013). *Political theory: An introduction*. Palgrave Macmillan.
- [44] Mele, D. (2020). Varieties of Good Governance: A Conceptual Appraisal. In *A Search for Common Ground* (pp. 9-26). Palgrave Macmillan, Cham.
- [45] Pyone, T., Aung, T. T., Endericks, T., Myint, N. W., Inamdar, L., Collins, S., Pwint, K. H., Hein, B. B., & Wilson, A. (2020). Health system governance in strengthening International Health Regulations (IHR) compliance in Myanmar. *BMJ Global Health*, 5(11). <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2020-003566>
- [46] Rosenau, J. N., & Lamy, S. L. (2003). *Governance and foreign policy: exploring the nexus*. Routledge.
- [47] Farrell, A. M., & Dove, E. S. (2023). 3. The Governance of the Health System (pp. 60–103). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/he/9780192866226.003.0003>
- [48] Meier, K.J., & O'Toole, L.J. (2013). *Public Management and Administration: An Introduction*. Cengage Learning.
- [49] Naranjo-Valencia, J.C., Jiménez-Jiménez, D., & Sanz-Valle, R. (2016). Authentic leadership and ethical behavior in work groups. *Journal of Business Ethics*, 137(4), 835-847.
- [50] Bigdeli, M., Rouffy, B., Lane, B. D., Schmets, G., & Soucat, A. (2020). Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health*, 5(8). <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2020-002533>
- [51] Seyedirani, A. (2016). *Governance: Concepts and Processes*. Tehran: Amirkabir Publications. (In Persian)
- [52] WGI (The Worldwide Governance Indicators), (2019), "Report on six broad dimensions of governance for over 200 countries and territories over the period 1996-2019
- [53] Rothstein, B., & Teorell, J. (2008). What is quality of government? A theory of impartial government institutions. *Governance*, 21(2), 165-190.
- [54] Huang, L., He, J., Liu, J., Guo, Z., Lv, S., Zhang, X., Guo, X., Zhao, X., & Li, S. (2023). China's One Health Governance System: The Framework and Its Application. *Science in One Health*. <https://doi.org/10.1016/j.soh.2023.100039>
- [55] Schulmann, K., Bruen, C., Parker, S., Siersbaek, R., Mac Conghail, L., & Burke, S. (2024). Governance and health system reform: a case study of new health regions in Ireland, 2018-

2023. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.889>
- [56] World Health Organization (WHO). (2020). "Health system governance." Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328845/9789241516835-eng.pdf>
- [57] Wilmsmeier, G., & Sanchez R.J., (2017), "Evolution of national port governance and interport competition in Chile", *Research in Transportation Business & Management*, 22, pp. 171–183.
- [58] Shankar Nag, N., (2018), "Government, Governance and Good Governance", *Indian Journal of Public Administration*, Dayal Singh Evening College, University of Delhi, New Delhi, India, 64(1), pp.122–130.
- [59] Kim Viborg Andersen (2022). Governance in the health sector, *Journal of business and entrepreneurial*, 3(19), 159-199.
- [60] Evans, T., & Ahmed, S. M. (2023). *Governance of Health Systems* (pp. 285–289). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-33851-9_43
- [61] Balaei, A., & Seyedjavadin, S. S. (2015). *Organizational Governance and Marketing* (18th Edition). Tehran: Safar Publications. (In Persian)
- [62] Zhao, X., Yuan, B., Yu, Y., & Jian, W. (2019). Governance function analysis of the Patriotic Health Movement in China. *Global Health Research and Policy*, 4(1), 34. <https://doi.org/10.1186/S41256-019-0126-Y>
- [63] Keping, Y., (2018), "Governance and Good Governance: A New Framework for Political Analysis", *Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences*, Vol. 11, pp.1-8.
- [64] Rosenberg, Shawn W. 2007. Why Democracies Fail: A Critical Evaluation of Barack Obama's Reign. *Political Research Quarterly* 65(3): 674-675.
- [65] Auraaen, A., Saar, K., & Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. *Research Papers in Economics*. <https://doi.org/10.1787/2ABDD834-EN>
- [66] Díaz-Castro, L., Ramírez-Rojas, M. G., Cabello-Rangel, H., Sánchez-Osorio, E., & Velázquez-Posada, M. (2022). The Analytical Framework of Governance in Health Policies in the Face of Health Emergencies: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.628791>