

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.hmz60@gmail.com)

3- Department of Management, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran, (Corresponding Author), rostamzadeh59@gmail.com

4- Department of Management, Ur.C., Islamic Azad University, Urmia, Iran (Lotfollahi57@gmail.com)

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

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

چکیده

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؛ اسکندری، 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.hmz60@gmail.com)

۳- گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: (rostamzadeh59@gmail.com)

۴- گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (Lotfollahi57@gmail.com)

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

مقدمه

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 نهادهای 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

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

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 به نبود 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 Medline، Cochrane Library، EMBASE، 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،

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 شمال غرب 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

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 به‌دست 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

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 ۰,۰۰۵ 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

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 عمده‌تأابع 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

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 هاماداج (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

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 خط‌مشی‌گذاران 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

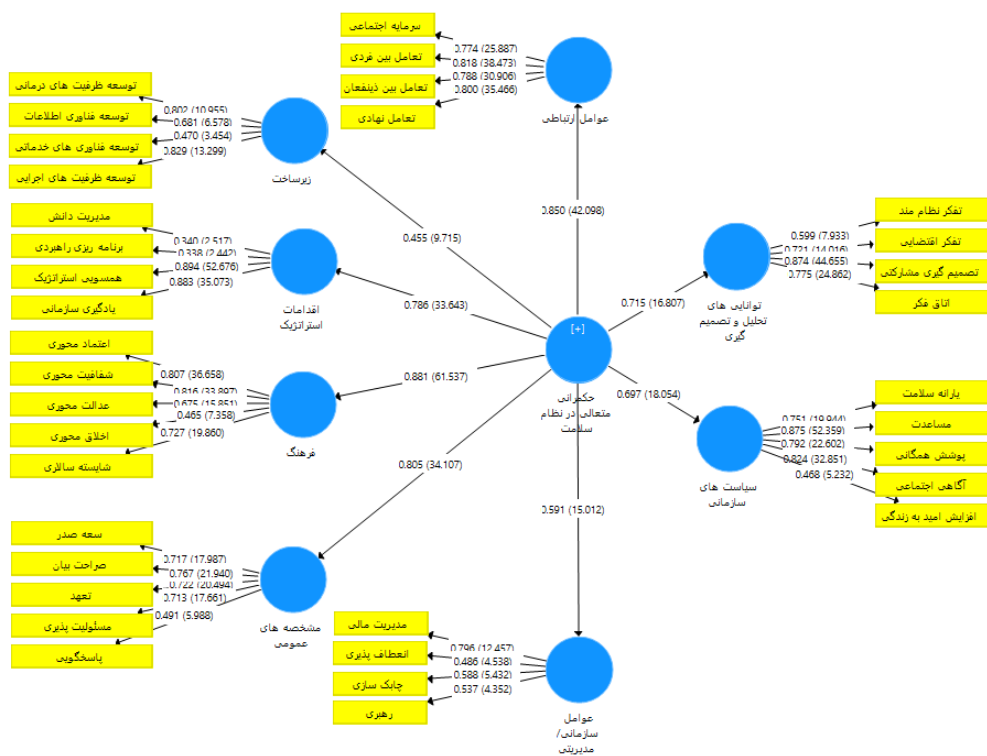
جدول ۱: نتایج حاصل از کدگذاری باز و محوری

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری	تفکر نظام‌مند	داشتن تفکر نظام‌مند 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 سازمان‌یافته ای است که طیف وسیعی از بازیگران، سطح حکمرانی بومی تا بین‌المللی و مشارکت جامعه و فرد را در بر دارد (۹).
	تفکر اقتضایی	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).
	تصمیم گیری مشارکتی	از تصمیم گیری منفرد باید اجتناب کرد(۱)، اهل مشورت باشد (۲)، فرایند مشورتی میان کنشگران به ایجاد مشروعیت می انجامد(۷)، رفع چالش ها و مشکلات موجود صرفا با اقدامات دولت امکان پذیر نیست، بلکه مشارکت با بخش خصوصی و جامعه مدنی برای عبور از این مشکلات ضروری است(۱۰)، توسعه مشارکت ذینفعان(۲۱)، اجماع محوری(۲۴)، تصمیم گیری شورایی (۲۶)، مشارکت(۴۹)، مشارکت شهروندان(۶۳)، مشارکت مردم سازمان یافته(۶۶).
	ایجاد اتاق فکر	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت(۴)، توسعه کانال های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش های مختلف(۴).
	با ایمان	با ایمان باشد و از سنت های الهی تبعیت نماید(۲).
مشخصه های عمومی	سعه صدر	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد(۲).
	صراحت بیان	صراحت داشتن در بیان واقعیت (۲)، در برخورد با چالوسان بی اعتنا باشد(۲)، ایجاد شرایط روحی برای کارکنان تا بتوانند بدون داشتن ترس موارد لازم را انعکاس دهند(۱۴).
	تعهد	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است(۸).
	مسئولیت پذیری	مسئولیت پذیری(۲۰)، مسئولیت پذیری و شفافیت در اجرای برنامه ها و سیاست های سلامت(۳۶).
	پاسخگویی	در قبال مسئولیت های خود پاسخگو باشد(۲)، پاسخگویی در مورد تاثیر سیاست ها و اصلاحات انجام گرفته در بخش سلامت(۴)، پاسخگو بودن به مراجعه کنندگان و رعایت حق ارباب رجوع(۱۳)، پاسخگویی در حکمرانی متعالی تنها شامل گزارش دهی یا تشریح فعالیت های قبلی نیست، بلکه شامل جذب ذی نفعان برای فهماندن و پاسخ به دیدگاه های آن ها تحت عنوان طرح های سازمانی و اجرای آن نظرها نیز است(۱۶)، پاسخگویی(۲۵)، پاسخگویی جامع (۲۶)، حساب پذیری (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)، شفاف سازی از طریق مراحل انجام کار، افزایش اطلاع رسانی، جریان آزاد اطلاعات و نظارت پذیری (۱۳)، حکمرانی متعالی مستلزم این است که تمام وظایف حکمرانی نقش ها و مسئولیت های وابسته به آن روشن و واضح باشد و افراد طوری رفتار کنند که مطابق با نقش آن ها باشد (۱۵)، در حکمرانی متعالی شفافیت شامل اتخاذ و اجرای تصمیم ها بر طبق روش های توافق شده است (۱۶)، شفافیت در قوانین و مقررات(۲۳)، شفافیت(۲۴)، شفافیت و اطلاع رسانی (۲۸)، شفافیت (۴۹)، شفافیت (۶۱)، اصول واضح (۶۴)، شفافیت (۶۵).
	عدالت مداری	توسعه عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت(۶)، عدالت فراقانونی(۲۲)، عدالت و انصاف(۲۵)، ایجاد عدالت در توسعه و توزیع خدمات بهداشتی و درمانی (۳۰)، بی طرفیت 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 عدالت مند(۵۴)، دولت نه فقط به ارائه خدمات عمومی مؤثر برای شهروندان می پردازد، بلکه به ایجاد محیطی آماده برای نهادهای اجتماعی و قواعد صحیح و عادلانه برای بازیابی و توزیع منابع نیز توجه می کند(۵۵)، عدالت اجتماعی(۵۶)، ترویج فرصت های برابر(۵۷)، عدالت اجتماعی(۶۱)، عدالت(۶۶).
فرهنگ	اخلاق مداری	در حکمرانی متعالی رعایت پارچوب های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم گیری های مدیریتی و سازمانی رده بالا اهمیت دارد(۵)، یکی از جنبه های مهم در حکمرانی متعالی نظام سلامت رعایت پارچوب های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم گیری های مدیریتی و سازمانی رده بالا است(۱۲)، اخلاق گرایی فراقانونی(۲۰)، ارزش مداری و اخلاق گرایی(۲۱)، صمیمیت و پرهیز از سلطه جویی(۲۲)، ارزش های 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)، انسان محوری(۵۹)، رعایت حقوق انسانی(۶۰)، توسعه و نهادینه کردن ارزش های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت و تکریم و برخورد مناسب با بیماران و شهروندان(۶)، نشانه حکمرانی متعالی در توسعه ارزش های مشترک این است که بخشی از فرهنگ سازمانی خط مشی ها و زیرساخت رفتاری را از کارگزاران به تمام کارمندان و اعضای سازمان انتقال دهد (۱۶).
	شایسته سالاری	شایسته سالاری از کاربردهایی است که اجرای حکمرانی مناسب در همه بخش ها و نظام ها می تواند باعث آن شود(۵)، منابع انسانی اصلی ترین رکن و موتور محرکه و تصمیم سازی در نظام سلامت است(۵)، جذب نیروی های شایسته در بستر نظام سلامت می تواند منجر به افزایش ظرفیت در دو حوزه کمیت نیروها و منابع انسانی گردد (۵)،

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
عوامل ارتباطی		در حکمرانی متعالی سازمان ها به افرادی با مهارت های بالا نیاز دارند تا بتوانند آن ها را به نحو موثری راهنمایی و کنترل کنند(۱۶)، شایسته سالاری در گزینش و انتصاب(۲۳).
	سرمایه اجتماعی	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی (۵)، تقویت سرمایه اجتماعی و ارتباط موثر 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 می شود(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 آن ها تامین و حفظ می شود(۳)، از آنجایی که جهت گیری های سیاسی، عقاید، گرایش ها، اعتقادات، ارزش ها، ایدئولوژی . کلیشه ها تعیین کننده خط مشی دولت ها و سیاست های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است، شناسایی موقعیت های ایدئولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تاثیرات، پیامدها و برون دادهای سیاست ها از اهمیت فراوانی برخوردار است(۱۱)، مشارکت عمومی(۳۱).
	تعامل بین ذینفعان	توسعه شبکه های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت(۴)، توسعه مشارکت ها بین سطوح و بخش های مختلف نظام سلامت (۴)، سیستم های سلامت عمومی تمایل به ایجاد همکاری در میان ارائه دهندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سلامت عمومی دارند(۵)، حکمرانی خوب منجر به هماهنگی و مشارکت درست درون بخشی و برون بخشی می شود(۳)، پیوستگی و هماهنگی(۳۷)، فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف و مشارکت در بین ذینعان بخش سلامت(۴).
	تعامل نهادی	روی آوردن به حکمرانی متعالی که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه ها است اجتناب ناپذیر است (۵)، یکی از موضوعات مرتبط با پیش نیازهای لازم در رابطه با اجرا و ایجاد یک الگوی مناسب برای نظام سلامت، کنش های حکومت ها و دولت ها نسبت به موضوعات رفاهی است (۵)، سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است(۹)، نهادهای مدنی و بخش خصوصی یقیناً نقش موثر و بی بدیلی در افزایش کارایی نظام سلامت خواهند داشت (۱۰)، جامعه مدنی، بخش خصوصی، دولت و نهادهای بین المللی از کنشگران و عاملان نهادی در حوزه سلامت محسوب می شوند (۱۱)، تعامل سازنده با جامعه و آزادی عمل در تعامل با بازار(۲۷)، همکاری بین مختلف نهادها(۶۳).
زیرساخت	توسعه ظرفیت های 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 بیماری ها(۴۴)، توزیع منصفانه و عادلانه منابع سلامت(۴۵)، توسعه سیستم های بهداشت عمومی(۴۵)، بهره‌وری بالا در ارائه خدمات(۴۷)، توسعه پایدار(۵۱)، ظرفیت سازی(۵۲).
	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 ظرفیت های اجرایی	عمل گرایی و توسعه ظرفیت های اجرایی در بخش سلامت و شناسایی و تعریف نقش های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی(۶)، سازوکار حکمرانی باید به گونه ای طراحی شود که موجب استفاده از توانایی های دولت و یا مقام های منطقه ای با تسهیم تصمیم گیری بین اعضا و منتفع کردن آن ها گردد(۱۷)، سرمایه گذاری دولت ها در بخش های زیرساختی سلامت(۱۸)، بهبود کیفیت خدمات درمانی(۴۳).
اقدامات استراتژیک	مدیریت دانش	مدیریت سرمایه های اطلاعاتی و دانشی(۴)، توسعه منابع دانشی(۱۹)، انتشار اطلاعات (۳۳)، مدیریت بر اساس اطلاعات(۳۸)، توسعه کانال های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش های مختلف و هوشمندسازی نظام اطلاعات سلامت(۶)، بهبود نظام ثبت و انتقال اطلاعات سلامت(۴۱).
	برنامه ریزی راهبردی	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبری برنامه های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می شود(۳)، درک از تعیین کننده های سلامت روشن می سازد که سلامت یک موضوع سیاستی متقاطع در هم تنیده است(۹).
	همسویی استراتژیک	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط مشی ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت(۴)، ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت (۴)، توسعه شایستگی ها و قابلیت های استراتژیک بخش سلامت و ایجاد همراستایی بین اهداف خط مشی ها 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

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
عوامل سازمانی-مدیریتی	یادگیری سازمانی	متعالی است (۱۵)، الگوی حکمرانی باید به گونه ای طراحی شود که با سیاست های عمومی سازوگار باشد (۱۷). ایجاد فرصت های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی (۴)، آموزش و ارتقای دانش و توانمندی پرسنل سلامت (۴۰)، توسعه فردی (۶۰).
	مدیریت مالی	مدیریت بهینه منابع مالی (۱۹)، بودجه ریزی استراتژیک (۲۶).
	قانون مداری	حاکمیت قانون (۲۴)، حاکمیت قانون (۶۶).
	انعطاف پذیری	پویایی و تطبیق با تغییرات و تحولات در نظام سلامت (۴).
	چابک سازی	بهبود و تسریع در پاسخگویی به رسانه ها و افکار عمومی (۱۳)، حذف برخی از مراحل تشریفات اداری (۱۴)، واگذاری برخی مسئولیت ها به بخش خصوصی و شرکت های کارگزاری (۱۴).
	مبارزه با فساد	ارتقای سلامت اداری (۱۹)، مبارزه با فساد (۲۳)، حکمرانی متعالی در نظام سلامت به معنای تدارک یک نظام حکمرانی است که به طور کامل و با کیفیت بر مسائل و زمینه‌های مختلف سلامت جامعه نظارت و کنترل داشته باشد (۳۲).
	رهبری	رهبری مداری (۳۷)، حکمرانی متعالی معمولاً به معنای سرپرستی دانشمندان، عادلانه و شفافانه است (۶۴)، حکمرانی متعالی به معنای حکومتی است که به صورت کامل و جامع، صادقانه و کارآمدانه به مردم خدمت می‌کند (۶۶).
سیاست های سازمانی	توجه به محیط زیست	تکریم محیط زیست (۵۷).
	یارانه سلامت	اعطای یارانه سلامت (۱۸).
	مساعدت	مساعدت به کشورهای ضعیفتر (۴۳)، حساسیت به نیازهای جامعه (۴۲).
	پوشش همگانی	حکمرانی متعالی در نظام سلامت باید بتواند نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد نماید (۳)، سلامت بایستی به عنوان یک سرمایه و چالش بزرگ اجتماعی به رسمیت شناخته شود (۸).
	آگاهی اجتماعی	تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمات رسانی باید برجسته گردد (۸)، شفافیت و اطلاع رسانی (۲۸)، توانمندسازی جامعه (۲۹).
	افزایش امید به زندگی	توسعه سلامت از طریق افزایش امید به زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی می شود (۳)، حکمرانی خوب منجر به تدوین سیاست ها و برنامه های سلامت مناسب می شود (۳)، سلامت پایدار و تاب آور (۳).



شکل ۲. مدل نهایی تحقیق

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] Sheikichaman, 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-Orsorio, 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>