

طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب

سعید حمزه^۱ , رضا رستم زاده^{۲*} , ماهرخ لطف الهی^۳ , کریم اسکندری^۴ ^۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران^۲ دانشیار، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران^۳ استادیار، گروه مدیریت، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران^۴ استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: رضا رستم زاده

reza.rostamzadeh@iau.ac.ir

زمینه و هدف: آنچه که حکمرانی متعالی را از سایر حکمرانی‌ها متمایز می‌کند تأکید زیاد بر اصول و ارزش‌های اسلامی است. در همین راستا این تحقیق با هدف طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب کشور انجام شده است.

روش پژوهش: روش تحقیق جزو روش تحقیق آمیخته است که در آن به صورت همزمان ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است. جامعه آماری در بخش کیفی شامل مطالب انتشار یافته در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و در بخش کمی مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی شمال غرب کشور بوده و نمونه آماری از بین کارکنان مدیریت درمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، شرقی و اردبیل به تعداد ۳۶۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری در این بخش از نوع پرسشنامه محقق ساخته بود. داده‌های به دست آمده از طریق رویکرد فراترکیب و معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای Smart PLS³ و MaxQDA²⁰²² تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که حکمرانی متعالی دارای ۸ بعد توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، عوامل ارتباطی، زیرساخت، اقدامات استراتژیک، فرهنگ، مشخصه‌های عمومی، عوامل سازمانی/مدیریتی و سیاست‌های سازمانی است.

نتیجه گیری: این نتایج به روشنی اثبات می‌کنند که دستیابی به حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی، بدون تمرکز راهبردی و اولویت‌دار بر ابعاد کلیدی نظیر فرهنگ سازمانی، ساختارهای ارتباطی و مشخصه‌های عمومی امکان‌پذیر نیست. براین اساس، مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت باید، اقدامات هدفمند و برنامه‌ریزی شده‌ای را در هر یک از این زمینه‌ها به اجرا درآورند.

واژه‌های کلیدی: حکمرانی متعالی، سازمان تامین اجتماعی، اخلاق مداری

ارجاع: حمزه سعید، رستم زاده رضا، لطف الهی ماهرخ، اسکندری کریم. طراحی مدل حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب. راهبردهای مدیریت در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب ۱۴۰۴؛ ۱۱۰(۲): ۱۱۹-۳۵.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۳۰

مقدمه

حکمرانی (governance) مفهومی کلیدی در علوم سیاسی، اجتماعی و مدیریت عمومی است که به مجموعه‌ای از فرآیندها، نهادها و روابط اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها قدرت در جامعه اعمال، سیاست‌ها تدوین، و منابع تخصیص داده می‌شوند (۱). در سال‌های اخیر، به‌ویژه در نظام‌های سلامت، حکمرانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عناصر کلیدی در موفقیت سیاست‌ها و خدمات عمومی مورد توجه قرار گرفته است (۲).

یکی از گونه‌های خاص و پیشرفته حکمرانی، "حکمرانی متعالی" (exalted governance) است که به دنبال تحقق عدالت، کرامت انسانی، اخلاق‌محوری و شفافیت در سطحی فراتر از الزامات حکمرانی خوب می‌باشد. این مدل از حکمرانی نه تنها ساختار و فرایندهای سازمانی را شامل می‌شود، بلکه به اصول ارزشی و فرهنگی نیز توجه دارد و در نظام‌های سلامت نقش مؤثری در بهبود کارایی و اثربخشی خدمات ایفا می‌کند (۳، ۴).

بر اساس برخی تحقیقات، حکمرانی متعالی از طریق توسعه سازوکارهای شفاف و مشارکتی، می‌تواند موجب ارتقای سلامت نظام اداری و کاهش فساد در دستگاه‌های اجرایی گردد. در پژوهشی داخلی که در دستگاه‌های دولتی انجام شد، با اولویت‌بندی مؤلفه‌های حکمرانی متعالی، مشخص شد که عدالت، پاسخگویی، شفافیت و سلامت اداری از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اثربخشی سازمانی هستند (۵). از سوی دیگر، حکمرانی مؤثر در نظام سلامت نیازمند آگاهی از شرایط اقتصادی، فرهنگی و نهادی هر کشور است. در همین راستا، برخی مطالعات با تمرکز بر تأثیرات نئولیبرالیسم بر ساختارهای حکمرانی، به این نتیجه رسیده‌اند که صرف وجود ساختارهای رسمی بدون لحاظ شرایط زمینه‌ای، نمی‌تواند منجر به توسعه پایدار خدمات سلامت گردد (۶). همچنین، متخصصان حوزه اقتصاد سلامت بیان کرده‌اند که حکمرانی موفق باید بر مبنای اصول کارایی و هزینه-اثربخشی طراحی شود تا منابع محدود، بهینه و عادلانه تخصیص یابد (۷). مطالعه‌ای موردی که بین سال‌های ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۳ در کشور ایرلند انجام شد، نمونه موثقی از اصلاح ساختار حکمرانی سلامت در سطح منطقه‌ای است. نتایج این تحقیق نشان داد که طراحی مجدد نواحی درمانی مبتنی بر اصول حکمرانی، منجر به افزایش هماهنگی

بین نهادها، شفافیت در سیاست‌گذاری و بهبود نتایج سلامت شد (۸). نتایج مشابهی نیز در مطالعات نظری و تجربی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه گزارش شده است؛ از جمله اینکه کیفیت نهادی، ساختار مدیریتی و نظارت مؤثر، ارتباط مستقیمی با عملکرد بهداشتی و رضایتمندی بیماران دارد (۹).

در ایران نیز مطالعات محدودی به بررسی الگوی حکمرانی در نظام سلامت پرداخته‌اند. پژوهشی در نظام سلامت کشور با هدف طراحی الگوی حکمرانی شبکه‌ای، نشان داد که هماهنگی بین نهادها، وضوح نقش‌ها، پاسخگویی و شفافیت از ارکان اساسی حکمرانی مؤثر هستند (۱۰). با این حال، نبود چارچوب مشخص برای پیاده‌سازی حکمرانی متعالی در سطح سازمان‌های کلیدی مانند سازمان تأمین اجتماعی، همچنان به‌عنوان یک چالش مطرح است. در همین زمینه، برخی محققان به تفاوت‌های مفهومی میان حکمرانی خوب و حکمرانی متعالی اشاره کرده‌اند. آن‌ها معتقدند حکمرانی متعالی با رویکردی اخلاق‌محور، به دنبال تحقق ارزش‌هایی فراتر از شاخص‌های صرفاً عملکردی است و می‌تواند موجب افزایش سرمایه اجتماعی و اعتماد عمومی گردد (۱۱).

سازمان تأمین اجتماعی، به‌ویژه در مناطق شمال غرب کشور، با چالش‌های متعددی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مواجه است. مشکلاتی مانند کمبود منابع مالی، کمبود تجهیزات و نیروی انسانی، کیفیت پایین خدمات و نبود زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، از جمله مسائل ساختاری هستند که بر عملکرد این سازمان تأثیر منفی گذاشته‌اند (۱۲). در بسیاری از مناطق روستایی، عدم دسترسی به پزشک عمومی، نبود امکانات پایه‌ای پزشکی و ارجاع بیماران به مراکز درمانی دوردست، به بروز نارضایتی گسترده در میان بیمه‌شدگان انجامیده است. از سوی دیگر، مطالعات داخلی بر ضرورت طراحی مدلی بومی برای حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی تأکید دارند. پژوهشی نشان داده است که عدم وجود ساختارهای منسجم و دستورالعمل‌های شفاف برای اجرای حکمرانی، موجب ناهماهنگی بین اجزا و عملکرد جزیره‌ای نهادها می‌شود (۱۳). در همین راستا، مرور نظام‌مند پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات، صرفاً به

فارسی زبان وبستر، آکسفورد، دهخدا و معین برای تبیین مفهوم حکمرانی متعالی استفاده گردید. از کلیدواژه‌های Health System Governance، Health System Stewardship، Healthcare System Strengthening و Healthcare reform و از کلمات فارسی مانند حکمرانی نظام سلامت جهت جستجو استفاده شده است.

معیارهای ورود مطالعات در این پژوهش عبارت بودند از همه مطالعات پژوهشی و مروری فارسی و انگلیسی از ۱۳۹۵ تا ۳۱ شهریور ۱۴۰۲ شمسی که به تعریف، اجزا، پیش نیازها، پیامدها و ابزارهای ارزشیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت اشاره کرده باشند. همچنین مواردی چون مطالعات پایین‌تر از بازه زمانی ۱۳۹۵، مقالات نامرتبط با حکمرانی در نظام سلامت، منابع فاقد اعتبار علمی، منابعی که صرفاً به حکمرانی در حوزه‌های غیرسلامتی پرداخته‌اند یا فاقد پرداختن به مؤلفه‌های حکمرانی متعالی بوده‌اند، به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شدند و کنار گذاشته شدند. مقالات تکراری نیز از فرایند تحلیل حذف گردیده‌اند. فرم استخراج اطلاعات مقالات شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، عنوان، سال انتشار، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، سال انجام مطالعه، تعریف، اجزا، پیش نیازها، پیامدها و معیارهای ارزشیابی حکمرانی متعالی در نظام سلامت بود.

برای ارزشیابی مطالعات از یک چک لیست معتبر (چک‌لیست برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی (CASP) از پایگاه <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists>) ویژه ارزشیابی مقالات مروری و پژوهشی استفاده شد. چک‌لیست CASP توسط گروهی از پژوهشگران دانشگاه آکسفورد با حمایت برنامه پژوهش و توسعه خدمات سلامت بریتانیا (NHS R&D) توسعه یافته و به عنوان ابزاری معتبر برای ارزیابی کیفیت مطالعات کیفی و مروری شناخته می‌شود. این چک‌لیست شامل معیارهایی همچون وضوح هدف مطالعه، تناسب روش پژوهش با سؤال تحقیق، کفایت و شفافیت در ارائه داده‌ها، اعتبار منابع، دقت در تحلیل، صراحت در ارائه نتایج، و ارجاع‌دهی علمی دقیق بود. هر مقاله بر اساس این معیارها، امتیازی بین ۱ تا ۱۵ دریافت کرد و آستانه قابل قبول برای ورود مقاله به تحلیل نهایی، کسب حداقل امتیاز ۱۰ بود.

شناسایی مؤلفه‌های حکمرانی پرداخته‌اند و کمتر به ارتباط علی آن با نتایج سلامت و کیفیت خدمات پرداخته‌اند. افزون بر این، شکاف قابل توجهی در پژوهش‌های جامعه‌محور وجود دارد. در حالیکه مؤلفه‌هایی نظیر شفافیت، پاسخ‌گویی، مشارکت عمومی و یکپارچگی، از عناصر کلیدی حکمرانی متعالی هستند، اما تاکنون چارچوب جامعی که این عناصر را به صورت یکپارچه در مدل حکمرانی سازمان تأمین اجتماعی لحاظ کند، ارائه نشده است (۱۴).

با توجه به اهمیت روزافزون حکمرانی در موفقیت نظام‌های سلامت، طراحی و پیاده‌سازی مدلی جامع و متناسب با نیازها و چالش‌های خاص سازمان تأمین اجتماعی، ضرورتی انکارناپذیر است. چنین مدلی باید از یک سو مبتنی بر تجارب موفق جهانی و پژوهش‌های داخلی باشد، و از سوی دیگر، زمینه‌ها و اقتضائات خاص مناطق کمتر برخوردار کشور را در نظر گیرد. در نتیجه، طراحی مدل حکمرانی متعالی برای سازمان تأمین اجتماعی در شمال غرب ایران می‌تواند گامی مؤثر در ارتقاء کارایی، عدالت و کیفیت خدمات سلامت باشد. از این رو سوال اصلی این تحقیق به این صورت شکل گرفت که مدل حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب به چه صورتی است؟

روش پژوهش

این پژوهش در ۲ مرحله کلی انجام شده است. در مرحله اول به منظور استخراج مقولات، مفاهیم و کدهای مدل از تکنیک فراترکیب استفاده شد؛ بعد از اینکه مقوله‌ها و مفاهیم اصلی استخراج شد، تحقیق وارد مرحله دوم گردید. در این مرحله مدل به دست آمده در نمونه آماری بزرگتر (که شامل کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب کشور است) آزمون شده است. بنابراین روش تحقیق جزو روش تحقیق آمیخته است که در آن به صورت همزمان و ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است.

در تکنیک فراترکیب جامعه آماری شامل مطالب انتشار یافته در زمینه حکمرانی نظام سلامت از پایگاه‌های اطلاعاتی Embase، Cochrane Library، Medline، Scopus و موتورهای جستجوی Google Scholar و Google و پایگاه‌های فارسی نظیر SID، Noor Mags و Civilica بود. علاوه بر پایگاه‌های مورد نظر از فرهنگ‌های لغت انگلیسی و

حضور داور سوم که متخصص در روش‌شناسی تحقیق و تحلیل محتوا بود، برگزار و با اجماع نظر، امتیاز نهایی هر مقاله تعیین گردید.

در مرحله جستجو ۷۳۵۰ مستند به دست آمد. سپس با حذف مقالات تکراری و بررسی عنوان و چکیده مستندات و بررسی متن کامل، تعداد ۷۶ مقاله وارد تحلیل نهایی شدند. در شکل ۱ روند غربالگری مقالات نشان داده شده است.



شکل ۱: مراحل غربالگری در تکنیک فراترکیب

غربی ۱۰۸ نفر، مدیریت درمان تامین اجتماعی استان آذربایجان شرقی ۱۶۲ نفر و مدیریت درمان تامین اجتماعی استان اردبیل ۹۰ نفر بوده‌است. لازم به ذکر است که معیار ورود شامل تمامی کارمندان شاغل در مدیریت درمان سازمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بود که در زمان اجرای پژوهش مشغول به کار بودند. معیار خروج نیز افرادی بودند که به هر دلیل (مانند عدم تمایل به پاسخگویی، غیبت طولانی‌مدت، یا تکمیل ناقص پرسشنامه) نتوانستند در مطالعه شرکت کنند یا پاسخ‌های آنان کامل و معتبر نبود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش از نوع پرسشنامه محقق ساخته با طیف ۵ درجه‌ای لیکرت بود که ابعاد و مولفه‌های آن از طریق تکنیک فراترکیب گردآوری شده‌است. در این تحقیق، برای هر مؤلفه ۳ سؤال طراحی شد. با توجه به تعداد کل

در این تحقیق، ترکیب روش‌های کیفی و کمی به صورت متوالی انجام شده است. ابتدا در بخش کیفی با استفاده از روش فراترکیب، ابعاد و مؤلفه‌های مدل به دست آمد. نرم‌افزار کیفی مورد استفاده در پژوهش، MAXQDA 2022 بوده است. سپس، این مؤلفه‌ها مبنای طراحی پرسشنامه قرار گرفتند. در گام بعد، پرسشنامه در میان نمونه‌ای گسترده توزیع شد تا از نظر آماری و عملیاتی اعتبار مدل بررسی گردد. این رویکرد، ترکیب اکتشافی از روش تحقیق آمیخته محسوب می‌شود. لذا در بخش کمی، جامعه آماری تحقیق کلیه کارمندان شاغل در مدیریت درمان تامین اجتماعی استان‌های آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بودند. این استان‌ها در مجموع ۵۲۷۲ کارمند دارند که براساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر باید به عنوان نمونه در نظر گرفته شود. با توجه به نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، میزان سهم مدیریت درمان تامین اجتماعی استان آذربایجان

ارائه تفسیر یکپارچه و جدیدی از یافته‌ها است. در روند تحلیل فراترکیب، مفاهیم و موضوعاتی شناسایی شدند که به صورت تدریجی از میان مطالعات بررسی شده استخراج و برجسته شدند، این مورد به منزله بررسی موضوعی شناخته می‌شود. به محض اینکه موضوع‌ها شناسایی و مشخص شدند، بررسی کننده یک طبقه بندی را شکل داده و طبقه بندی‌های مشابه و مربوط را در موضوعی قرار می‌دهد که آن را به بهترین گونه توصیف می‌کند. موضوع‌های اساسی به عنوان پایه‌ای برای تبیین مدل‌ها و ارائه چارچوب نظری یا فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرند. ابتدا همه عوامل استخراج شده از مدل‌های پیشین و معیارها که در گام‌های قبل قابل مشاهده هستند، به عنوان کد در نظر گرفته شدند؛ سپس با در نظر گرفتن مفهوم کدها، چند تا از آن‌ها در یک مفهوم مشابه دسته بندی گردیدند؛ به این ترتیب، مفاهیم پژوهش شکل داده شدند. براساس تحلیل‌های انجام گرفته و تحلیل محتوای مقاله‌ها، ۷۶ مقاله نهایی (داخلی و خارجی) انتخاب شد و در مجموع ۸ مقوله اصلی، ۳۹ مقوله فرعی و ۱۶۶ کد برای مدل حکمرانی متعالی کشف و مشخص شدند.

لازم به ذکر است که در این پژوهش برای حفظ کیفیت مطالعه از شاخص کاپای کوهن استفاده شده است که برابر با ۰/۸۲۷ و معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۰۱$). از آنجاییکه در مراحل طراحی مدل، معیارهای مدل‌های پیشین به منزله کد در نظر گرفته شدند و با در نظر گرفتن شباهت‌های معنایی بین کدها، اقدام به ادغام و ایجاد مفاهیم شده است. به منظور کنترل مفاهیم استخراجی نیز از مقایسه نظر پژوهشگر با یک خبره استفاده شده است.

در جدول ۱، رتبه بندی و ضریب اهمیت کدهای مربوط به مدل حکمرانی متعالی مشاهده می‌شود؛ همچنین روابط در آنروپی شانون به شرح زیر است:

رابطه (۱)

$$E_j = -k \sum P_{ij} * \ln P_{ij} \quad i = 1, 2, \dots, m \quad k = 1 / \ln m$$

رابطه (۲)

$$W_j = d_j / \sum d_j \quad d_j = 1 - E_j$$

برای محاسبه وزن هر یک از مفاهیم، مجموع وزن کدهای آن مفهوم محاسبه شده و براساس وزن‌های به دست آمده در جدول ۱، رتبه‌بندی کدهای باز صورت گرفته است.

مؤلفه‌ها، پرسشنامه نهایی شامل ۱۱۷ سؤال بود. به تفکیک ابعاد، «توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری» شامل ۱۲ سؤال، «مشخصه‌های عمومی» ۱۸ سؤال، «فرهنگ» ۱۵ سؤال، «عوامل ارتباطی» ۱۲ سؤال، «زیرساخت» ۱۲ سؤال، «اقدامات استراتژیک» ۱۲ سؤال، «عوامل سازمانی-مدیریتی» ۱۸ سؤال و در نهایت «سیاست‌های سازمانی» نیز شامل ۱۸ سؤال می‌باشد. به منظور بررسی روایی ابزار از روایی واگرا و همگرا و برای بررسی پایایی نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقادیر به دست آمده برای تمامی ابعاد بالاتر از ۰/۷ بود. شایان ذکر است که روایی محتوایی پرسشنامه طراحی شده با استفاده از شاخص‌های CVR و CVI، از طریق نظرات جمعی از متخصصان حوزه‌های مدیریت خدمات سلامت (این حوزه شامل مدیریت بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، سیستم‌های بهداشت عمومی، سیاست‌گذاری سلامت، کیفیت خدمات پزشکی، مدیریت پرسنل درمانی، بهبود فرآیندهای مراقبت و ارتقای سلامت جامعه می‌شود)، مدیریت دولتی و مدیریت منابع انسانی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش، علاوه بر نرم‌افزار SPSS 26، از نرم‌افزار Smart PLS 3 نیز برای تحلیل‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و ارزیابی روابط بین متغیرها استفاده شده است. آزمون‌های آماری به کار رفته شامل آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی)، آزمون‌های تحلیل عاملی تاییدی جهت سنجش ساختار پرسشنامه، آزمون آلفای کرونباخ برای ارزیابی پایایی ابزار، و آزمون‌های آماری استنباطی مانند تحلیل رگرسیون و همبستگی جهت بررسی روابط بین مؤلفه‌ها بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر به منظور شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مدل حکمرانی متعالی از تکنیک فراترکیب استفاده شده است. به همین منظور در این خصوص ۷ مرحله که شامل تنظیم پرسش پژوهش، مرور مبانی نظری به طور سازمان یافته، جست و جو و انتخاب متون مناسب، استخراج اطلاعات متون، تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی، کنترل کدهای استخراجی و نهایتاً ارائه نتایج، طی شد. در روش فراترکیب، مقالات منتخب و نهایی شده به صورت مستمر و چندباره مرور شدند تا یافته‌های محتوایی عمیق‌تری از مطالعات اولیه و اصلی استخراج گردد. معیارها و زیرمعیارهای مدل نیز تعیین شدند. هدف فراترکیب،

جدول ۱: رتبه‌بندی کدهای باز

رتبه	Wij	Ej	فراوانی	کدها	مفاهیم
۷۲	۰/۰۱۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	داشتن تفکر نظام مند برای حل مسئله	تفکر نظامند
۶۲	۰/۰۱۳۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	حل مسائل و مشکلات نظام سلامت از راه بررسی شرایط کنونی و آینده نگری و ...	
۶۳	۰/۰۱۳۱۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	استفاده از تجربیات سایر کشورها	
۵۸	۰/۰۱۳۶۲۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	توجه به ماهیت سیستم هدفمند	
۷۴	۰/۰۱۱۱۴۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	باید با هر نظام در خور با شرایط حاکم بر آن برخورد کرد	تفکر اقتضایی
۴۶	۰/۰۱۸۳۲۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	تغییر محیط و حوادث مهم از راه تغییر شرایط بازار	
۶۱	۰/۰۱۳۲۵۲	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	از تصمیم گیری منفرد باید اجتناب کرد و ...	تصمیم گیری مشارکتی
۳۲	۰/۰۲۳۱۵۲	۰/۰۳۷۵۶	۱	اهل مشورت باشد	
۳۶	۰/۰۲۱۱۲۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	فرایند مشورتی میان کنشگران به ایجاد مشروعیت می انجامد	
۵۳	۰/۰۱۴۲۵۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	توسعه مشارکت ذینفعان	
۶۰	۰/۰۱۳۳۵۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	مشارکت سازمان یافته مردم	
۶۸	۰/۰۱۱۹۸۹	۰/۰۳۷۵۶	۱	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران نظام سلامت	ایجاد اتاق فکر
۵۵	۰/۰۱۴۲۳۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه کانال های ارتباطی رسمی جهت تبادل اطلاعات در بین بخش های مختلف	
۶۷	۰/۰۱۲۱۴۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	با ایمان باشد و از سنت های الهی تبعیت نماید	با ایمان
۶۶	۰/۰۱۲۵۳۶	۰/۰۳۷۵۶	۱	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد	سعه صدر
۷۰	۰/۰۱۱۷۵۴	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	صراحت داشتن در بیان واقعیت و ...	صراحت بیان
۳۷	۰/۰۱۹۹۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	در برخورد با چالوسان بی اعتنا باشد	
۴۳	۰/۰۱۸۷۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است	تعهد
۷۷	۰/۰۱۱۰۰۵	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	مسئولیت پذیری و شفافیت در اجرای برنامه ها و سیاست های سلامت و ...	مسئولیت پذیری
۷۹	۰/۰۱۰۸۷۳	۰/۱۶۲۳۵۹	۷	در قبال مسئولیت های خود پاسخگو باشد و ...	پاسخگویی
۶۹	۰/۰۱۱۹۷۸	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	پاسخگو بودن به مراجعه کنندگان و رعایت حق ارباب رجوع و ...	
۴۷	۰/۰۱۸۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	اعتماد به عنوان یکی از سازوکارهای درونی حکمرانی متعالی است	اعتماد محوری
۵۱	۰/۰۱۶۳۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	اعتماد عمومی	
۵۴	۰/۰۱۴۲۴۲	۰/۰۳۷۵۶	۱	اعتماد آفرینی	
۴۴	۰/۰۱۸۵۸۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	شفافیت در عملکرد کلی بخش سلامت	شفافیت محوری
۵۷	۰/۰۱۳۶۳۸	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	شفافیت در قوانین و مقررات و ...	
۱۹	۰/۰۴۸۴۸۸	۰/۱۷۷۶۶۷	۸	شفافیت و اطلاع رسانی و ...	
۶۵	۰/۰۱۲۵۵۲	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه عدالت بهداشت و درمان در بخش سلامت	عدالت مداری
۵۹	۰/۰۱۳۴۱۵	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	بی طرفیت در توزیع خدمات سلامت و ...	
۲۰	۰/۰۴۵۴۵۴	۰/۱۷۷۶۶۷	۸	اصول عدالت و ...	
۵۲	۰/۰۱۴۴۵۶	۰/۱۰۹۳۰۳	۴	عدالت اجتماعی و ...	
۴۸	۰/۰۱۷۴۷۷	۰/۱۰۹۳۰۳	۴	اخلاق گرایی فراقانونی و ...	اخلاق محوری
۴۹	۰/۰۱۶۵۵۴	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	ارزش مداری و اخلاق گرایی و ...	
۲۲	۰/۰۴۰۰۸۹	۰/۱۶۲۳۵۹	۷	احترام به افراد و ...	
۷۵	۰/۰۱۱۱۱۲	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه و نهادینه کردن ارزش های فرهنگی و اخلاقی در نظام سلامت	

رتبه	Wij	Ej	فراوانی	کدها	مفاهیم
۲۸	۰/۰۳۲۵۵۹	۰/۰۳۷۵۶	۱	منابع انسانی اصلی ترین رکن و موتور محرکه و تصمیم سازی در نظام سلامت است	شایسته
۳۹	۰/۰۱۹۸۸۹	۰/۰۱۰۹۳۰۳	۴	شایسته سالاری در گزینش و انتصاب و ...	سالاری
۴۰	۰/۰۱۹۸۸۷	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی و ...	سرمایه
۷۳	۰/۰۱۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	همبستگی اجتماعی و ...	اجتماعی
۷۱	۰/۰۱۱۴۴۵	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	سلامت از طریق یک سیستم پیچیده سازگار از تعاملات بین افراد و ...	تعامل بین
۳۳	۰/۰۲۲۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	مشارکت عمومی	فردی
۵۶	۰/۰۱۳۹۵۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	همکاری بین نهادهای مختلف و ...	تعامل نهادی
۳۸	۰/۰۱۹۹۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	نهادهای مدنی و بخش خصوصی یقیناً نقش موثر و بی بدیلی در افزایش کارایی نظام سلامت خواهند داشت و ...	
۲۹	۰/۰۲۸۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	سلامت فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است و ...	
۷۳	۰/۰۱۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذینفعان نظام سلامت و ...	تعامل بین
۱۳	۰/۰۱۲۵۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	توسعه مشارکت‌ها بین سطوح و بخش‌های مختلف نظام سلامت و ...	ذینفعان
۷۲	۰/۰۱۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	پیوستگی و هماهنگی	
۴۷	۰/۰۱۸۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	فراهم کردن زمینه و انگیزه ائتلاف و مشارکت در بین ذینفعان بخش سلامت	
۱۷	۰/۰۵۴۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	تولید بهینه کالا و خدمات عمومی و ...	توسعه
۴۲	۰/۰۱۸۸۴۲	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	ارتقای کیفیت و ایمنی سیستم سلامت و ...	ظرفیت‌های
۸۱	۰/۰۱۰۰۰۳	۰/۰۸۸۳۴۹	۳	پیشگیری از بیماری‌ها و ...	درمانی
۴۱	۰/۰۱۹۸۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	ظرفیت‌سازی و ...	
۱۶	۰/۰۸۷۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	بهبود و ارتقای فناوری حوزه سلامت	توسعه فناوری
۸۲	۰/۰۰۹۹۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه دانش فنی	اطلاعات
۲۶	۰/۰۳۵۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	عمل گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در بخش سلامت و ...	توسعه
۲۵	۰/۰۳۵۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	سرمایه گذاری دولتها در بخش‌های زیرساختی سلامت	ظرفیت‌های
۲۱	۰/۰۴۵۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	بهبود کیفیت خدمات درمانی	اجرایی
۸۵	۰/۰۴۵۷۱۸	۰/۰۳۷۵۶	۱	بهبود و ارتقای حوزه سلامت	توسعه فناوری
۸۴	۰/۰۴۹۱۵۱	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه دانش فنی با هدف ارتقا مهارت تخصصی و به کارگیری موثر فناوری‌های نوین	خدماتی
۳۵	۰/۰۲۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی و ...	مدیریت دانش
۲۴	۰/۰۳۶۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	توسعه منابع دانشی و ...	
۱۲	۰/۰۱۲۸۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	انتشار اطلاعات و ...	
۴	۰/۰۲۹۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت می شود و ...	برنامه ریزی راهبردی
۷	۰/۰۲۳۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	درک از تعیین کننده‌های سلامت روشن می سازد که سلامت یک موضوع سیاستی متقاطع در هم تنیده است و ...	
۲	۰/۰۳۳۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در بخش سلامت و ...	همسویی
۱۱	۰/۰۱۳۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	ایجاد همراستایی استراتژیک بین استراتژی‌های عملیاتی، تاکتیکی و راهبردی بخش سلامت و ...	استراتژیک
۱۰	۰/۰۱۳۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	الگوی حکمرانی باید به گونه ای طراحی شود که با سیاست‌های عمومی سازوگار باشد و ...	
۹	۰/۰۲۱۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه ای و بین سازمانی	یادگیری
۴۵	۰/۰۱۸۵۸۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	توسعه فردی و ...	سازمانی

رتبه	Wij	Ej	فراوانی	کدها	مفاهیم
۲۷	۰/۰۳۳۳۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	مدیریت بهینه منابع مالی	مدیریت مالی
۳۴	۰/۰۲۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	بودجه ریزی استراتژیک	
۸۶	۰/۰۳۹۸۷۵	۰/۰۳۷۵۶	۱	پویایی و تطبیق با تغییر و تحولات در سازمان	انعطاف پذیری
۷۶	۰/۰۱۱۰۰۹	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	حاکمیت قانون و ...	قانون مداری
۱۵	۰/۱۰۰۷۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	بهبود و تسریع در پاسخگویی به رسانه‌ها و افکار عمومی	چابک سازی
۶	۰/۲۳۵۵۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	حذف برخی از مراحل تشریفات اداری	
۸	۰/۲۱۸۵۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	واگذاری برخی مسئولیت‌ها به بخش خصوصی و شرکت‌های کارگزاری و ...	
۵	۰/۲۴۴۸۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	ارتقای سلامت اداری	مبارزه با فساد
۳	۰/۳۱۱۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	مبارزه با فساد و ...	
۲۴	۰/۰۳۶۲۲۳	۰/۰۶۴۸۸۶	۲	رهبری مداری و ...	رهبری
۶۴	۰/۰۱۲۵۵۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	حکمرانی متعالی معمولاً به معنای سرپرستی دانشمندان، عادلانه و شفافانه است و ...	
۳۰	۰/۰۲۵۶۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	تکریم محیط زیست	توجه به محیط زیست
۱۴	۰/۱۲۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	اعطای یارانه سلامت	یارانه سلامت
۲۳	۰/۰۳۸۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	همبستگی جهانی در سلامت	مساعدت
۸۰	۰/۰۱۰۰۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	حساسیت به نیازهای جامعه	
۸۳	۰/۰۰۰۹۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	حکمرانی متعالی در نظام سلامت باید بتواند نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد نماید	پوشش همگانی
۸۱	۰/۰۱۰۰۰۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	سلامت بایستی به عنوان یک سرمایه و چالش بزرگ اجتماعی به رسمیت شناخته شود	
۳۱	۰/۰۲۵۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمات رسانی باید برجسته گردد	آگاهی
۱۸	۰/۰۵۲۶۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	شفافیت و اطلاع‌رسانی	اجتماعی
۱	۰/۳۸۹۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	توانمندسازی جامعه	
۷۸	۰/۰۱۱۰۰۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	توسعه سلامت از طریق افزایش امید به زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی می شود	افزایش امید به زندگی
۵۰	۰/۰۱۶۵۲۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	حکمرانی خوب منجر به تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مناسب می شود	
۷۲	۰/۰۱۱۲۹۳	۰/۰۳۷۵۶	۱	سلامت پایدار و تاب آور	

ارتقای سلامت اداری با رتبه پنجم در میان کدهای باز قرار دارند.

در ادامه به منظور بررسی روابط بین ابعاد و مولفه‌ها در بخش داده‌های کمی، از نرم‌افزار 3 Smart PLS برای انجام آزمون معادلات ساختاری و از نرم‌افزار 26 SPSS جهت تحلیل‌های توصیفی و آزمون‌های مقدماتی استفاده گردید.

پرسشنامه‌ای که براساس ابعاد و مولفه‌های تکنیک فراترکیب طراحی شده بود در بین ۳۶۰ نفر از کارکنان مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی شمال غرب کشور توزیع شد. در جدول ۳ مشخصات جمعیت شناسی جامعه هدف مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول حاضر نتایج تحلیل محتوایی مفاهیم کلیدی در حوزه حکمرانی سلامت را نشان می‌دهد. در این تحلیل، داده‌ها به کدهای باز تبدیل شده و سپس بر اساس شاخص‌های فراوانی، Wij و Ej مورد سنجش قرار گرفته‌اند. در نهایت، با محاسبه شاخص Wij و تعیین رتبه، اولویت هر یک از کدها مشخص گردیده است. بر اساس یافته‌ها، توانمندسازی جامعه با کسب بالاترین مقدار Wij در رتبه اول قرار گرفته و به عنوان مهم‌ترین کد باز در مؤلفه حکمرانی سلامت شناسایی شد. پس از آن، همسویی استراتژیک در رتبه دوم و مبارزه با فساد در رتبه سوم قرار گرفتند که بیانگر اهمیت انسجام راهبردی و مقابله با موانع ساختاری است. همچنین برنامه‌ریزی راهبردی با رتبه چهارم و

جدول ۲: شناسایی مقوله‌های اصلی، فرعی و کدهای باز

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری	تفکر نظام‌مند	داشتن تفکر نظام‌مند برای حل مسئله (۱)، حل مسائل و مشکلات سازمان از راه بررسی شرایط کنونی و آینده نگری (۱،۲)، ...
	تفکر اقتصادی	باید با هر نظام در خور با شرایط حاکم بر آن برخورد کرد (۱،۳)، ...
	تصمیم‌گیری مشارکتی	از تصمیم‌گیری منفرد باید اجتناب کرد (۱،۲،۴)، ...
مشخصه‌های عمومی	ایجاد اتاق فکر	فراهم کردن زمینه ملاقات و همفکری بین بازیگران سازمان (۵،۱)، ...
	با ایمان	با ایمان باشد و از سنت‌های الهی تبعیت نماید (۶)، ...
	سعه صدر	در حل مشکلات سعه صدر داشته باشد (۷)، ...
فرهنگ	صراحت بیان	صراحت داشتن در بیان واقعیت (۱،۸)، ...
	تعهد	تعهد به سلامت در تمام سطوح و بخش‌های دولت و جامعه ایران نهادینه نشده است (۹)، ...
	مسئولیت‌پذیری	مسئولیت‌پذیری (۱۰)، مسئولیت‌پذیری و شفافیت در اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت (۱۱)، ...
عوامل ارتباطی	پاسخگویی	در قبال مسئولیت‌های خود پاسخگو باشد (۱۵،۱۲)، ...
	اعتماد محوری	اعتماد به عنوان یکی از سازوکارهای درونی حکمرانی متعالی است (۱۶،۱۳)، ...
	شفافیت محوری	شفافیت در عملکرد کلی سازمان (۱۴،۱)، ...
زیرساخت	عدالت مداری	توسعه عدالت بهداشت و درمان در سازمان (۱۷)، عدالت فراقانونی (۱۸،۱۰،۲)، ...
	اخلاق مداری	در حکمرانی متعالی رعایت چارچوب‌های اخلاقی و اخلاق مداری در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و سازمانی رده بالا اهمیت دارد (۲۰،۱۹)، ...
	شایسته سالاری	شایسته سالاری از کاربردهایی است که اجرای حکمرانی مناسب در همه بخش‌ها و نظام‌ها می‌تواند باعث آن شود (۲۱-۲۳)، ...
اقدامات استراتژیک	سرمایه اجتماعی	حفظ و افزایش سرمایه اجتماعی (۲۴،۸)، ...
	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 (۲۶،۲۵،۶)، ...
	تعامل بین ذی‌نفعان	توسعه شبکه‌های همکاری رسمی و غیررسمی بین ذی‌نفعان سازمان (۲۷،۹،۴)، ...
عوامل سازمانی - مدیریتی	تعامل نهادی	روی آوردن به حکمرانی متعالی که حاصل تعامل و ارتباط متقابل دولت، بخش خصوصی و جامعه مدنی در قالب شبکه‌ها است، اجتناب ناپذیر است (۱۳،۱،۲۸)، ...
	توسعه ظرفیت‌های درمانی	بالا بردن ظرفیت و امکانات درمان و بهداشتی و تجهیز مراکز و بدنه مجموعه بهداشت به تکنولوژی روز (۱۰،۳،۲۹)، ...
	توسعه فناوری اطلاعات	فناوری اطلاعات نقش مهمی در بهبود سلامت مردم و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (۳۰)، ...
عوامل سازمانی - مدیریتی	توسعه فناوری خدماتی	بهبود و ارتقای فناوری حوزه سلامت (۳۱)، توسعه دانش فنی با هدف ارتقاء مهارت تخصصی و به‌کارگیری مؤثر فناوری‌های نوین (۳۲)، فنی (۳۳)، ...
	توسعه ظرفیت‌های اجرایی	عمل‌گرایی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی در سازمان و شناسایی و تعریف نقش‌های بازیگران دولتی، خصوصی، داوطلب و جامعه مدنی (۱۳،۷،۳۴)، ...
	مدیریت دانش	مدیریت سرمایه‌های اطلاعاتی و دانشی (۱۰،۵،۲۷)، ...
عوامل سازمانی - مدیریتی	برنامه ریزی راهبردی	در حکمرانی متعالی توجه به هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی و نظارت و ارزشیابی عملکرد سازمان می‌شود (۱۴،۱۱،۳۵)، ...
	همسویی استراتژیک	ایجاد همراستایی بین اهداف، خط‌مشی‌ها و ساختار و فرهنگ در سازمان (۲۷، ۳۳، ۳۶)، ...
	یادگیری سازمانی	ایجاد فرصت‌های یادگیری بین حرفه‌ای و بین سازمانی (۳۷، ۲۱، ۸)، ...
عوامل سازمانی - مدیریتی	مدیریت مالی	مدیریت بهینه منابع مالی (۳۸)، بودجه ریزی استراتژیک (۳۹)، ...
	قانون مداری	حاکمیت قانون (۴۰)، رعایت اصول قانونی و تضمین اجرای قوانین (۴۱)، ...
	انعطاف‌پذیری	پویایی و تطبیق با تغییرات و تحولات در سازمان (۴۲)، ...
عوامل سازمانی - مدیریتی	چابک‌سازی	بهبود و تسریع در پاسخگویی به رسانه‌ها و افکار عمومی (۴۳، ۱۵، ۳)، ...

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	کدگذاری باز
سیاست‌های سازمانی	مبارزه با فساد	ارتقای سلامت اداری (۴۴)، مبارزه با فساد (۴۵)،
	رهبری	رهبری مداری (۴۶)، حکمرانی متعالی معمولاً به معنای سرپرستی دانشمندانه، عادلانه و شفافانه است (۴۸) - (۴۷)،
سیاست‌های سازمانی	توجه به محیط زیست	تکریم محیط زیست (۴۹).
	یارانه سلامت	اعطای یارانه سلامت (۵۰).
	مساعدت	همبستگی جهانی در سلامت (۵۱)، حساسیت به نیازهای جامعه (۵۲).
	پوشش همگانی	حکمرانی متعالی در سازمان باید بتواند نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد نماید (۴۲-۵۳)،
افزایش امید به زندگی	آگاهی اجتماعی	تعهد به آگاهی شهروندان و بهبود خدمات رسانی باید برجسته گردد (۵۵، ۵۶)،
	افزایش امید به زندگی	توسعه سلامت از طریق افزایش امید به زندگی مردم منجر به تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژی می‌شود (۵۹) - (۵۷)،

جدول ۳: آمار توصیفی پاسخ دهندگان به پرسشنامه

متغیر	گروه‌بندی	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۳۰ سال	۹۳	۲۵
	۳۰ تا ۳۵ سال	۱۲۶	۳۵
	۳۶ تا ۴۰ سال	۶۹	۱۶
	۴۱ تا ۴۵ سال	۳۰	۹
	بیشتر از ۴۵ سال	۴۲	۱۲
جنسیت	زن	۱۴۱	۳۹
	مرد	۲۱۹	۶۱
تحصیلات	دیپلم	۲۴	۷
	فوق دیپلم	۶۹	۲۰
	کارشناسی	۱۷۷	۴۷
	کارشناسی ارشد	۶۰	۱۷
	دکتری و بالاتر	۳۰	۹

یافته‌های تحقیق در جدول ۴ در بخش برازش مدل اندازه گیری نشان داد که کلیه مقادیر روایی همگرا بالاتر از ۰/۵۰ هستند که نشان از روایی همگرای مناسب برای مدل دارد. در بررسی تشخیصی یا واگرا با معیار فورنل-لارکر نیز مشخص شد که روایی تشخیصی مدل اندازه گیری انعکاسی در سطح سازه مورد تأیید است. در بررسی تأثیر یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا مشخص شد که میزان ضریب تعیین محاسبه شده

از مقدار متوسط این معیار یعنی ۰/۳۳ بیشتر است که حکایت از برازش بالاتر از متوسط مدل ساختاری دارد. برای بررسی برازش مدل کلی که هر دو بخش مدل اندازه گیری و ساختاری را کنترل می‌کند از معیار GOF استفاده شد. نتایج این بررسی نیز نشان داد که میزان این شاخص ۰/۵۸ است که از مطلوبیت قوی مدل حکایت دارد. نهایتاً در تست اولیه مدل مشخص شد مولفه‌های "توجه به محیط"، "قانون مداری"، "مبارزه با فساد" و متغیر "ایمان" به علت داشتن قدرمطلق عدد t پایینتر از حدآستانه ۱/۹۶ باید از مدل حذف گردند. لذا می‌توان مدل نهایی تحقیق را به صورت شکل ۲ گزارش نمود. شایان ذکر است در برخی موارد، وجود ناسازگاری میان یافته‌های نظری و داده‌های میدانی به تفاوت‌های زمینه‌ای بازمی‌گردد. به عبارت دیگر، مؤلفه‌هایی که در منابع علمی به صورت عام و جهانی معرفی شده‌اند، ممکن است در جامعه آماری خاص تحقیق فاقد مصداق بیرونی، اولویت کاربردی یا تجربه عملی معنی‌دار باشند. این پدیده از محدودیت‌های رایج در تعمیم نظریه‌ها به محیط‌های خاص است که منجر به افت بار عاملی یا آماره t پایین شده و حذف آن‌ها از مدل را ضروری می‌سازد. در نتیجه، مدل نهایی پژوهش با توجه به واقعیت‌های میدانی، پالایش می‌شود تا از برازش نظری و تجربی توان بر خوردار گردد.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

متغیر	نماد	A	B	C	D	E	F	G	H	I	AVE ¹	CR ²	R ²³	F ⁴	Q ²⁵	GOF ⁶
توانایی تحلیلی و تصمیم‌گیری	A	۰/۷۶									۰/۵۸	۰/۷۹	۰/۵۹	۱/۸۸	۰/۲۳	
مشخصه‌های عمومی	B	۰/۱۴	۰/۸۱								۰/۶۶	۰/۸۱	۰/۴۶	۱/۰۲	۰/۳۴	
فرهنگ	C	۰/۱۰	۰/۴۱	۰/۸۴							۰/۷۱	۰/۸۸	۰/۷۰	۱/۴۶	۰/۴۹	
عوامل ارتباطی	D	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۶۱	۰/۷۶						۰/۵۸	۰/۸۵	۰/۴۴	۱/۵۲	۰/۲۰	
زیرساخت	E	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۵۱	۰/۳۲	۰/۷۶					۰/۵۹	۰/۷۷	۰/۳۴	۱/۶۶	۰/۳۰	
اقدامات استراتژیک	F	۰/۵۰	۰/۱۴	۰/۴۱	۰/۳۱	۰/۵۰	۰/۸۰				۰/۶۴	۰/۷۵	۰/۴۹	۲/۰۱	۰/۳۱	
عوامل سازمانی - مدیریتی	G	۰/۴۳	۰/۱۷	۰/۳۳	۰/۲۷	۰/۴۰	۰/۱۱	۰/۸۳			۰/۷۲	۰/۸۱	۰/۵۹	۱/۰۸	۰/۱۹	
سیاست‌های سازمانی	H	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۴۱	۰/۳۶	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۴۷	۰/۸۱		۰/۶۶	۰/۸۴	۰/۶۴	۰/۹۷	۰/۱۷	
حکمرانی متعالی	I	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۱	۰/۴۴	۰/۳۹	۰/۴۹	۰/۳۵	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۸۶	-	-	-	
میانگین											۰/۶۳	-	۰/۵۳	-	-	

¹ Average Variance Extracted

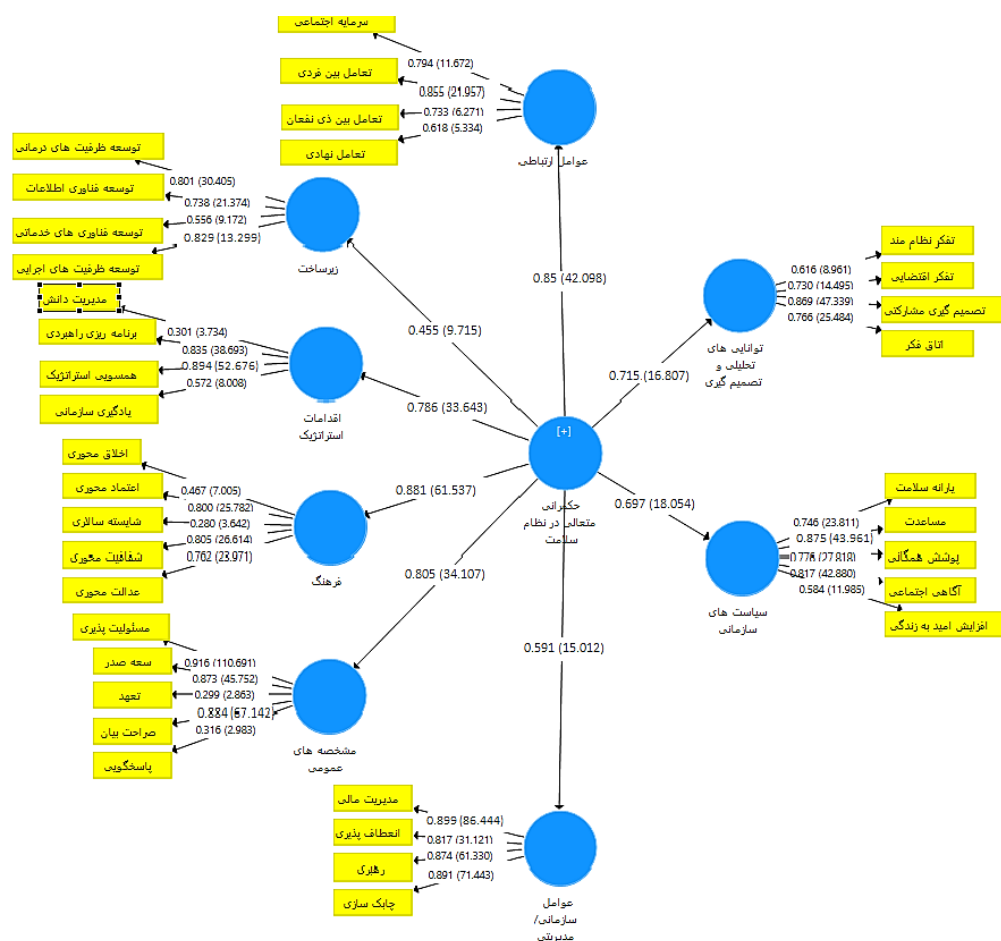
² Composite Reliability

³ Coefficient of Determination

⁴ Effect Size

⁵ Predictive Relevance

⁶ Goodness of Fit



شکل ۲: مدل نهایی تحقیق

شکل ۲ نشان داد ابعاد فرهنگ و عوامل ارتباطی و مشخصه‌های عمومی دارای بیشترین همبستگی با حکمرانی متعالی در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب داشت؛ در حالیکه کمترین همبستگی مربوط زیر ساخت بوده است.

بحث

استفاده از تکنیک فراترکیب نشان داد حکمرانی متعالی دارای ۸ بعد و ۳۵ مولفه است که در بعد توانایی‌های تحلیلی و تصمیم‌گیری، مولفه‌های تفکر نظام مند، تفکر اقتضایی، تصمیم‌گیری مشارکتی و ایجاد اتاق فکر؛ در بعد عوامل ارتباطی، مولفه‌های سرمایه اجتماعی، تعامل بین فردی، تعامل بین ذی‌نفعان و تعامل نهادی؛ در بعد زیرساخت، مولفه‌های توسعه ظرفیت‌های درمانی، توسعه فناوری اطلاعات، توسعه فناوری خدماتی و توسعه ظرفیت‌های اجرایی؛ در بعد اقدامات استراتژیک، مولفه‌های مدیریت دانش، برنامه ریزی راهبردی، همسویی استراتژیک و یادگیری سازمانی؛ در بعد فرهنگ، مولفه‌های اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته سالاری؛ در بعد مشخصه‌های عمومی، مولفه‌های سعه صدر، صراحت بیان، تعهد، مسئولیت پذیری و پاسخگویی؛ در بعد عوامل سازمانی/مدیریتی، مولفه‌های مدیریت مالی، انعطاف پذیری، چابک سازی و رهبری؛ و نهایتاً در بعد سیاست‌های سازمانی، مولفه‌های یارانه سلامت، مساعدت، پوشش همگانی، آگاهی اجتماعی و افزایش امید به زندگی وجود دارد. دیاز-کاسترو و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای نظام‌مند که با هدف تحلیل چارچوب حکمرانی در سیاست‌های سلامت در مواجهه با وضعیت‌های اضطراری سلامت انجام شد، به این نتیجه رسیدند که چارچوب تحلیلی حکمرانی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود مدیریت بحران‌های سلامت ایفا کند (۶۰). علاوه بر این، آهلوالیا و میلر (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای نظری که با تمرکز بر نظام‌های سیاسی و اجتماعی ایالات متحده آمریکا انجام دادند، تأکید کرده‌اند که حکمرانی خوب به عنوان یکی از عناصر کلیدی، نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی و موفقیت نظام‌های سلامت ایفا می‌کند (۲).

در بررسی مدل طراحی شده و تست آن در نمونه آماری بزرگ‌تر مشخص شد که کلیه ابعاد مدل معنی‌دار هستند و فقط ۴ مولفه توجه به محیط، قانون‌مداری، مبارزه با فساد و با ایمان بودن از مدل باید حذف گردد. لذا مدل نهایی دارای ۸

بعد و ۳۵ مولفه گردید. همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از تکنیک معادلات ساختاری نشان داد بعد فرهنگ دارای بیشترین همبستگی با مفهوم حکمرانی متعالی است. این یافته نشان می‌دهد که در درجه اول حکمرانی متعالی تابع ارزش‌های فرهنگی است که در بطن خود اعتماد محوری، شفافیت محوری، عدالت محوری، اخلاق محوری و شایسته سالاری را دارد. این یافته از طریق تئوری‌های اجتماعی مختلف قابل تبیین است، به‌ویژه از دیدگاه تئوری‌های ارتباطات و تأثیرات فرهنگی (۱۶،۳۰). براساس این تئوری‌ها، فرهنگ و ارزش‌های جامعه می‌توانند تأثیر چشمگیری بر سیاست‌ها، رفتارها 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 انتقال می‌دهند. در این راستا، فرهنگ اخلاقی و دینی می‌تواند از طریق انتقال این ارزش‌ها به دستگاه‌های حکومتی و نهادهای مرتبط، موجب تقویت مفهوم حکمرانی متعالی و بهبود عملکرد سازمان تامین اجتماعی شود (۱۳). نتایج این یافته با یافته‌های میرا وهاماداچ (۲۰۱۷) که با تمرکز بر کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا به بررسی تأثیر حکمرانی خوب بر رشد اقتصادی پرداختند و همچنین مطالعه لی و همکاران (۲۰۲۴) که به تحلیل مفهومی انواع حکمرانی در کشورهای مختلف با تأکید بر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی پرداخت (۴۹،۴۴)، همخوانی دارد. به عقیده آن‌ها، فرهنگ سازمانی که بر شفافیت، اعتماد و ارتباطات باز تأکید دارد، نقش مهمی در بهبود حکمرانی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت ایفا می‌کند (۴۳،۳۸). همچنین، جلالی خان‌آبادی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای به طراحی مدل حکمرانی شبکه‌ای در سازمان تامین اجتماعی شمال غرب ایران پرداختند و تأکید کردند که تعامل نهادی و سرمایه اجتماعی تأثیر مستقیمی بر بهبود عملکرد مدیریتی در حوزه سلامت دارد (۳). مطالعات اسدزاده و همکاران (۲۰۲۲) که در ایران و در بستر نظام اداری کشور انجام شد، نشان داد حکمرانی مبتنی بر تعالی نقش مهمی در بهبود سلامت نظام اداری دارد (۵). همچنین، ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای در چین تأکید کردند که سیاست‌های نئولیبرال و سازوکارهای حکمرانی تأثیر بسزایی در توسعه پایدار نظام‌های سلامت دارند (۶). این نتایج نشان می‌دهد که حکمرانی متعالی

سازمان تأمین اجتماعی در ۳ استان آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی و اردبیل بود، با توجه به ساختار مشابه این استان‌ها، امکان تعمیم نسبی نتایج به سایر مناطق با ساختار فرهنگی و سازمانی مشابه را فراهم می‌کند. با این حال، پژوهش با برخی محدودیت‌ها مواجه بوده است. نخست آنکه کمبود مطالعات نظری و تجربی داخلی در زمینه حکمرانی متعالی، به‌ویژه در حوزه سازمان‌های خدمات‌سلامت، موجب شد در تبیین برخی مؤلفه‌ها نظیر باایمان بودن یا قانون‌مداری، تکیه بیشتری بر مبانی نظری بین‌المللی شود. دوم، پیچیدگی‌های مفهومی و فرهنگی برخی مؤلفه‌ها و تفاوت در درک آن‌ها در محیط‌های سازمانی خاص، بر معنی‌داری آماری برخی روابط تأثیرگذار بوده است. در نهایت، باید توجه داشت که نتایج این مطالعه به‌دلیل بستر خاص فرهنگی و سازمانی آن، ممکن است در سازمان‌ها یا مناطق با شرایط متفاوت، قابلیت تعمیم کامل نداشته باشد. این محدودیت‌ها، فرصت مناسبی را برای انجام مطالعات تطبیقی در آینده فراهم می‌سازد تا اعتبار مدل طراحی‌شده در سایر بسترهای سازمانی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

تأکید بر عدالت و شفافیت در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب می‌تواند منجر به افزایش اعتماد عمومی به سیستم شود؛ اعتمادی که یکی از عوامل کلیدی در موفقیت و کارآمدی نظام‌های بهداشتی تلقی می‌شود. اعتماد و شفافیت به‌عنوان دو ستون اساسی، نقش مهمی در شکل‌گیری یک سیستم سلامت پایدار و اثربخش ایفا می‌کنند؛ زیرا این مؤلفه‌ها در حفظ انسجام در ارائه خدمات و کاهش تعارضات سازمانی نقش دارند. همچنین، این برداشت وجود دارد که وقتی بیماران احساس کنند با عدالت و شفافیت با آن‌ها برخورد می‌شود، سطح رضایت آن‌ها افزایش یافته و در نتیجه، پیامدهای روانی مثبت‌تر و همکاری مؤثرتر آنان با ارائه‌دهندگان خدمات حاصل خواهد شد.

براساس نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود که خط‌مشی‌گزاران به‌جای تدوین صرف سیاست‌های کلی، اقدام به طراحی و اجرای سیاست‌های عادلانه مشخص و اجرایی نمایند؛ از جمله بازنگری در فرآیند تخصیص منابع به مراکز درمانی با اولویت مناطق کم‌برخوردار، ایجاد سازوکارهای شفاف برای ارزیابی عملکرد کارکنان مبتنی بر عدالت شغلی، و تعریف شاخص‌های

در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب نیازمند توجه ویژه به فرهنگ سازمانی، شفافیت و عدالت محوری است. نهایتاً در خصوص مؤلفه‌های حذف شده باید اذعان کرد حذف ۴ مؤلفه «توجه به محیط»، «قانون‌مداری»، «مبارزه با فساد» و «با ایمان بودن» از مدل نهایی، بر مبنای نتایج تحلیل آماری انجام شد؛ به‌گونه‌ای که آماره t این مؤلفه‌ها کمتر از حد آستانه ۱/۹۶ بود و اثر معنی‌داری در مدل ساختاری نشان ندادند. این مسئله می‌تواند ناشی از ویژگی‌های زمینه‌ای خاص جامعه آماری باشد. در بسیاری از موارد، مفاهیمی مانند قانون‌مداری یا مبارزه با فساد در سطح گفتمان رسمی مطرح‌اند، اما در محیط‌های سازمانی خاص، این مؤلفه‌ها به دلایل فرهنگی، ساختاری یا عملکردی، درک یا تجربه عملی منسجمی ندارند. همچنین، مؤلفه «با ایمان بودن» با وجود تأکید نظری بالا، ممکن است در فضای اداری و تخصصی، به‌صورت یک ویژگی شخصی و نه سازمانی تلقی شده باشد و در نتیجه نتواند اثر معنی‌داری بر متغیرهای دیگر مدل ایفا کند.

در این پژوهش، یکی از جنبه‌های نوآورانه و قابل توجه، طراحی یک مدل بومی برای حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب کشور با استفاده از روش تحقیق آمیخته (اکتشافی) بوده است. ابتدا با بهره‌گیری از تکنیک فراترکیب، ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی حکمرانی متعالی از طریق تحلیل نظام‌مند مطالعات پیشین استخراج شد و سپس این مؤلفه‌ها مبنای طراحی پرسشنامه‌ای قرار گرفتند که در مرحله کمی، با بهره‌گیری از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و نرم‌افزار Smart PLS 3، مورد آزمون تجربی قرار گرفتند. این فرایند، امکان بررسی روابط ساختاری میان مؤلفه‌ها و اعتبارسنجی آماری مدل طراحی‌شده را فراهم ساخت. یافته‌های حاصل نشان دادند که بعد فرهنگ بیشترین تأثیر را بر مفهوم حکمرانی متعالی دارد که این امر نشان‌دهنده اهمیت ارزش‌های فرهنگی نظیر اعتماد، شفافیت، عدالت و شایسته‌سالاری در حکمرانی سازمانی است. از جمله نقاط قوت این پژوهش می‌توان به طراحی مدل بومی متناسب با شرایط فرهنگی و اجرایی سازمان‌های حوزه سلامت ایران، استفاده از روش فراترکیب برای دستیابی به جامعیت مفهومی و بهره‌گیری از رویکرد آمیخته برای تلفیق بینش نظری و تحلیل تجربی اشاره کرد. همچنین جامعه آماری این پژوهش که شامل کارکنان

دانشکده مدیریت و حسابداری واحد ارومیه دانشگاه آزاد اسلامی به تصویب رسیده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمام کسانی که ایشان را در انجام این مطالعه یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: س. ح

جمع آوری داده‌ها: ر. ر. ک. الف

تحلیل داده‌ها: م. ل

نگارش و اصلاح مقاله: س. ح، ر. ر. ک. الف، م. ل

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته مدیریت دولتی در دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

قابل سنجش برای پایش میزان رعایت انصاف در ارائه خدمات درمانی. این اقدامات می‌تواند تحقق عملی عدالت در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب را تسهیل نماید.

به نظر می‌رسد با پیچیده‌تر شدن شرایط تصمیم‌گیری، ریسک تصمیمات نیز افزایش یابد که همین عامل می‌تواند تاثیر نامطلوبی بر حکمرانی متعالی از نظر اخلاقی داشته باشد. لذا به محققان آتی پیشنهاد می‌گردد تمرکز مناسبی را برای تحقیق درباره نقش فناوری‌های دیجیتال و هوش مصنوعی در تقویت حکمرانی متعالی در سازمان تأمین اجتماعی شمال غرب داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش انجام شده است. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت داوطلبانه و پس از کسب رضایت آگاهانه در مطالعه مشارکت نمودند. اطلاعات شخصی و هویتی شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه و مطابق با اصول حفظ حریم خصوصی نگهداری شد و تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. این مطالعه در تاریخ ۸ بهمن ۱۴۰۳ با شماره پرونده ۵۰۸۹ در شورای پژوهشی

References

- 1) Janda K, Berry JM, Goldman J, Deborah D, Manna P. The challenge of democracy: American government in global politics. 14th ed. USA: Cengage Learning, Inc.; 2017: 45-7.
- 2) Ahluwalia P, Miller T. The continuing importance of good governance. Social Identities 2020; 26(1): 1-2. doi: 10.1080/13504630.2019.1679437.
- 3) Jalali Khan Abadi T, Alvani SM, Vaezi R, Ghorbani Zadeh V. Designing a network governance model in the health system of the country. Iranian Journal of Management Sciences 2020; 15(58): 1-30. [Persian]
- 4) Baha H. Good governance and human development: the case of Afghanistan [master thesis]. Lüneburg: Leuphana university; 2016.
- 5) Asadzadeh F, Rjaei Z, Ghasemi A, Shaghali R. Examining and prioritizing the components of excellence-driven governance in improving administrative system health. Governance and Development Journal (GDJ) 2022; 2(3): 111-36. [Persian] doi: 10.22111/jipaa.2023.388627.1102.
- 6) Zhang W, Guangdong W. The network governance of urban renewal: a comparative analysis of two cities in China. Land Use Policy 2021; 106: 105448. doi: 10.1016/j.landusepol.2021.105448.
- 7) Sheikichaman MR, Barati O, Hamidi H, Babaei M, Abdoli Z. The role of clinical economics in health system governance. Medicine And Spiritual Cultivation 2022; 31(1): 81-5. [Persian]
- 8) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. 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 2024; 24(1): 548. doi: 10.1186/s12913-024-11048-2.
- 9) Poniatowicz M, Dziemianowicz R, Kargol-Wasiluk A. Good governance and institutional quality of public sector: theoretical and empirical implications. European Research Studies Journal 2020; 23(2): 529-56. doi: 10.35808/ersj/1608.
- 10) Imamjomezadeh SJ, Shahramnia AM, Safariyani R. The model of good governance; a collaborative society and an efficient government in development management. Political Science 2016; 12(36): 7-40. [Persian]
- 11) Moradian T, Faghihi A, Tabibi J. Designing a governance model for Iran's public hospitals. Iranian Journal of Management Sciences 2013; 8(32): 1-26. [Persian]

- 12) Mohammadiha H, Memarzadeh G, Azimi P. designing a governance model in the country's health system. *Journal of Health* 2022; 13(3): 357-78. [Persian] doi: 10.52547/j.health.13.3.357.
- 13) Afkhami MA, Rezaei A. Good governance and transcendent governance, similarities and differences. The 2nd national congress of Islamic governance; 2020 November 15; Tehran, Iran. Tehran: Journal of the Higher School of Governance; 2021: 1-19. [Persian]
- 14) Bashiri A, Shaghagi Shahr V. Good governance, corruption, and economic growth: an economic approach to the concept of good governance. *Commercial Surveys* 2011; 8(48): 69-81. [Persian]
- 15) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. Governance and health system reform: a case study of new health regions in Ireland, 2018-2023. *European Journal of Public Health* 2024; 34(Supplement_3). doi: 10.1093/eurpub/ckae144.889.
- 16) Keping Y. Governance and good governance: a new framework for political analysis. *Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences* 2018; 11: 1-8. doi: 10.1007/s40647-017-0197-4.
- 17) Rashid M. A comparative approach to the political matter in Islam and the characteristics of superior governance. *Journal of Exalted Governance* 2025; 6(1): 9-29. [Persian]
- 18) Saadat Alizadeh M, Najari R. Presenting a model in order to identify the components of administrative governance with a systematic method and examine its relationship with improving organizational health. *Journal of Studies in Management, Psychology & Educational Sciences* 2023; 2(2): 33-48. [Persian] doi: 10.22034/jsm.2023.414607.1023.
- 19) Biglar M, Bastani P, Vatan khah S. The challenges of stewardship in medical education system: a qualitative approach. *payavard* 2013; 7(4) : 299-311. [Persian]
- 20) Evans T, Ahmed SM. Governance of health systems. In: Raviglione MCB, Tediosi F, Villa S, Casamitjana N, Plasència A, editors. *Global health essentials*. Switzerland: Springer Cham; 2023: 285-89. doi: 10.1007/978-3-031-33851-9_43.
- 21) Farhgo P, Taheri A, Rezaei SA, Miri M. Analyzing the role of managers and leaders in implementing network governance: a mixed-method approach. *Journal of Exalted Governance* 2025; 6(1): 75-102. [Persian]
- 22) Wilmsmeier G, Sanchez RJ. Evolution of national port governance and interport competition in Chile. *Research in Transportation Business & Management* 2017; 22: 171-83. doi: 10.1016/j.rtbm.2017.01.001.
- 23) Nag NS. Government, governance and good governance. *Indian Journal of Public Administration* 2018; 64(1): 122-30. doi: 10.1177/001955611773544.
- 24) Rahimipour M, Firooz A. Multi-criteria analysis of synergy between data governance and data-driven governance: a comparative framework for designing smart organizations. *Journal of Exalted Governance* 2025; 6(1): 103-41. [Persian]
- 25) Balai A, Sayedjodain SS. *Organizational governance and marketing*. 18th ed. Tehran: Safar Publication; 2015. [Persian]
- 26) World Health Organization. *Health system governance: guidance for strengthening governance in the health sector*. Geneva. 2020.
- 27) Jayeghahi M, Behjati M. Identifying and examining the components of good governance in organizations. *Journal of Modern Management* 2013; 4(12): 29-53. [Persian]
- 28) Agere S. *Promoting good governance: principles, practices and perspectives (managing the public service: strategies for improvement series)*. Volume 11 ed. India: Commonwealth Secretariat, Inc.; 2000: 63-70.
- 29) Zhang Q, Zheng S, Geerlings H, El Makhoulfi A. Port governance revisited: how to govern and for what purpose?. *Transport Policy* 2019; 77: 46-57. doi: 10.1016/j.tranpol.2019.03.001.
- 30) Estlund D. *The oxford handbook of political philosophy*. Oxford: Oxford University Press, Inc.; 2016.
- 31) Doyle G. *Media ownership: concentration, convergence and public policy*. 1th ed. London: Sage Publishing, Inc.; 2002.
- 32) González LF, Sánchez RJ, Garcia A. The adaptation process in port governance: the case of the latin countries in South America and Europe. *Journal of Shipping and Trade* 2016; 1(14): 1-20. doi: 10.1186/s41072-016-0018-y.
- 33) Clarke D, Appleford G, Cocozza A, Thabet A, Bloom G. The governance behaviours: a proposed approach for the alignment of the public and private sectors for better health outcomes. *BMJ Global Health* 2023; 8: e012528. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012528.
- 34) Ovaska U, Vihinen H, Oostindie H, Farinós J, Hrabar M, Kilis E, et al. Network governance arrangements and rural-urban synergy. *Sustainability* 2021; 13(5): 2952. doi: 10.3390/su13052952 .
- 35) Saadati F, Nadrian H. Health promotion governance: a framework for operationalizing the Ottawa charter mechanisms in health system governance. *World Medical & Health Policy* 2023; 16(1): 95-105. doi: 10.1002/wmh3.583.
- 36) Tricker B. *Corporate governance: principles, policies, and practices*. 4th ed. England: Oxford University Press, Inc.; 2015: 102-8.
- 37) Rajayee Z, Nasrabadi MM, Banihashemi SA, Malekzadeh Torkaman P. Identifying and prioritizing the components of good governance in the health sector using analytic network process and DEMATEL methods. *Administrative law* 2023; 10(34): 37-59. [Persian] doi:10.61186/qjal.10.34.37.



- 38) Tyler TR, Blader SL. The group engagement model: procedural justice, social identity, and cooperative behavior. *Personality and Social Psychology Review* 2003; 7(4): 349-361. doi: 10.1207/S15327957PSPR0704_07.
- 39) Khosravi MF, Mosadeghrad AM, Arab M. Health system governance evaluation: a scoping review. *Iranian Journal Public Health* 2023; 52(2): 265-77. doi:10.18502/ijph.v52i2.11880.
- 40) Antonio CA. Governance for health: a critical, but poorly understood, health system component. *Acta Medica Philippina* 2023; 57(3): 3-4. doi: 10.47895/amp.v57i3.7663.
- 41) Ebrahim A, Herz D. The World Bank and democratic accountability: The role of civil society. In: Scholte JA, editor. *Building Global Democracy* England. Cambridge University Press; 2011: 1589-1610.
- 42) Bigdeli M, Rouffy B, Lane BD, Schmets G, Soucat A. Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health* 2020; 5(8): e002533. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002533.
- 43) Clauss T, Ritala P. Network governance institutionalization: creating mutual value by harnessing and avoiding conflicts in interorganizational networks. *Journal of Business Research* 2023; 163: 113880. doi: 10.1016/j.jbusres.2023.113880.
- 44) Mira R, Hammadache A. Good governance and economic growth: a contribution to the institutional debate about state failure in Middle East and North Africa. *Asian Journal of Middle Eastern and Islamic Studies* 2017; 11(3): 107-20. doi: 10.1080/25765949.2017.12023313.
- 45) Panda R, Guin P, Gaurav K. Governance in public purchasing of tertiary-level health care: lessons from Madhya Pradesh, India. *SAGE Open* 2020; 10(3): 215824402094248. doi: 10.1177/2158244020942489.
- 46) Wani HA, Suwirta A. Changing dynamics of good governance in Africa. *International Journal for Educational Studies* 2015; 7(2): 189-202.
- 47) Ghosh R, Sharma R, Nair S. Smart organizations and digital transformation: a systematic literature review. *J Organ Comput Electron Commer* 2021; 31(3): 206-29.
- 48) Heywood A. *Political theory: an introduction* 4th ed England: Bloomsbury Academic, Inc.; 2015: 268-351.
- 49) Li X, Cheng Y, Møller C. Data governance: a critical foundation for data-driven decision-making in operations and supply chains. *arXiv preprint arXiv:2409.15137*, 2024. doi: 10.48550/arXiv.2409.15137.
- 50) Pyone T, Aung TT, Endericks T, Myint NW, Inamdar L, Collins S, et al. Health system governance in strengthening International Health Regulations (IHR) compliance in Myanmar. *BMJ Glob Health* 2020; 5(11): e003566. doi: 10.1136/BMJGH-2020-003566.
- 51) Fahim K, Saddewisasi W, Fitri SA, Judijanto L, Wahyudin W. Personnel information system related to the role of ASN competencies, work environment, work motivation in increasing work productivity. *International Journal of Artificial Intelligence Research* 2024; 7(1.1). doi: 10.29099/ijair.v7i1.1.1049.
- 52) Farrell AM, Dove ES. The governance of the health system. In: Farrell AM, Dove ES, editors. *Mason and Mccall smith's law and medical ethics*. 12th ed. England: Oxford University Press; 2023: 60-103. doi: 10.1093/he/9780192866226.003.0003.
- 53) Hughes OE. *Public management and administration: an introduction*. 5th ed. London: Red Globe Press, Inc.; 2018.
- 54) Zhu Y. Authentic leadership: fostering ethical cultures, employee engagement, and organizational resilience in complex environments. 9th international conference on research in humanities and social sciences; 2024 Dec12-14; Cambridge, UK. Cambridge: Proceedings of the International Conference on Research in Humanities and Social Sciences (ICRHS); 2025: 1-14. doi:10.33422/icrhs.v2i1.838.
- 55) Brillo BBC. Governance concepts, frameworks and lake governance's conceptualisation. *Asian Journal of Water, Environment and Pollution* 2023; 20(3): 1-10. doi: 10.3233/AJW230073.
- 56) World Bank. *Worldwide Governance Indicators (WGI): report on six broad dimensions of governance for over 200 countries and territories over the period 1996-2023*. Available from: <https://www.worldbank.org/en/publication/worldwide-governance-indicators>. Last access: oct 30, 2024.
- 57) Rothstein B, Teorell J. What is quality of government? a theory of impartial government institutions. *Governance* 2008; 21(2): 165-90. doi: 10.1111/j.1468-0491.2008.00391.x.
- 58) Huang L, He J, Zhang C, Liu J, Guo Z, Lv S, et al. China's one health governance system: the framework and its application. *Science in One Health* 2023; 2: 100039. doi: 10.1016/j.soh.2023.100039.
- 59) Schulmann K, Bruen C, Parker S, Siersbaek R, Mac Conghail L, Burke S. Governance and health system reform: a case study of new health regions in Ireland, 2018-2023. *European Journal of Public Health* 2024; 34(Supplement_3): ckae144.889. doi: 10.1093/eupub/ckae144.889.
- 60) Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Sánchez-Osorio E, Velázquez-Posada M. The analytical framework of governance in health policies in the face of health emergencies: a systematic review. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 628791. doi: 10.3389/fpubh.2022.628791.

Research Article

Designing a Model of Exalted Governance in the National Health System

Saeed Hamzeh ¹ , Reza Rostamzadeh ^{2*} , Mahrokh Lotfollahi ³ ,
Karim Esgandari ⁴ 

¹ Ph.D. student of Public Administration, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran

² Associate Professor, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran

³ Assistant Professor, Department of Management, Ur. C, Islamic Azad University, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Public Administration, Payame Noor University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Reza Rostamzadeh

reza.rostamzadeh@iau.ac.ir

ABSTRACT

Citation: Hamzeh S, Rostamzadeh R, Lotfollahi M, Esgandari K. Designing a Model of Exalted Governance in the National Health System. *Manage Strat Health Syst* 2025; 10(2): 119-35.

Received: April 09, 2025

Revised: September 19, 2025

Accepted: September 21, 2025

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: What distinguishes Exalted governance from other forms of governance is its strong emphasis on Islamic principles and values. In this regard, the present study was conducted with the aim of designing a model of Exalted governance in the Social Security Organization of the Northwest region of Iran.

Methods: This study employed a mixed-methods approach including a combination of quantitative and qualitative methods. The qualitative population consisted of scholarly publications related to health system governance retrieved from reputable academic databases. In the quantitative phase, the population comprised healthcare centers affiliated with the Social Security Organization in the northwest region of Iran. A sample of 360 participants was selected from the management staff of the Social Security Organization's healthcare departments in the provinces of West Azerbaijan, East Azerbaijan, and Ardabil. A researcher-developed questionnaire was used to collect data. The analysis was conducted using the meta-synthesis approach and structural equation modeling, with Smart PLS ₃ and MaxQDA ₂₀₂₂ software.

Results: The results identified eight dimensions of Exalted health governance: analytical and decision-making abilities, communication factors, infrastructure, strategic actions, organizational culture, general characteristics, organizational/managerial elements, and organizational policies.

Conclusion: These findings clearly demonstrate that achieving Exalted governance within the Social Security Organization of the Northwest region is not possible without a strategic and prioritized focus on key dimensions such as organizational culture, communication structures, and general characteristics. Accordingly, health sector managers and policymakers must implement targeted and well-planned actions in each of these areas.

Key words: Exalted Governance, Social Security Organization, Morale