مجله مدیریت اطلاعات سلامت
سال بیست و سوم/ شماره دوم/ تابستان ۱۴۰۵

Published by *Isfahan University of Medical Sciences*
DOI: 10.48305/him.2026.46637.1424

طراحی چارچوب مفهومی ارزیابی اثربخشی اجرای سیاست خودگردانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: یک مطالعه کیفی

شهرزاد رضایی[۱]، اکبر اعتباریان[۲]، محمدرضا رضایتمند[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودگردانی بیمارستان‌ها از مهم‌ترین اصلاحات ساختاری نظام سلامت ایران با هدف کاهش وابستگی به بودجه دولتی، افزایش استقلال مدیریتی و بهبود کیفیت خدمات طراحی شده است. با وجود اجرای چندساله، اثربخشی آن ناهمگون بوده و چارچوب جامعی که ابعاد ساختاری، فرآیندی، انسانی و زمینه‌ای را هم‌زمان پوشش دهد، ارایه نشده است. پژوهش حاضر با هدف طراحی چارچوبی جامع برای ارزیابی اثربخشی اجرای سیاست خودگردانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با تاکید بر نقش زیرساخت‌های اطلاعات سلامت انجام شد.

روش بررسی: با این مطالعه کیفی با روش تحلیل شبکه مضامین اترایدـاسترلینگ انجام شد. ۱۴ مدیر و کارشناس باتجربه در خودگردانی بیمارستان‌های تابعه به صورت هدفمند با رویکرد حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ تحلیل شدند. برای تامین اعتبار یافته‌ها، از روش‌های بررسی توسط مشارکت‌کنندگان و همکاران استفاده گردید.

یافته‌ها: ۵۹ از ۲۳۴ کد اولیه، ۱۰۱ مضمون پایه، ۲۸ مضمون سازمان‌دهنده و ۵ مضمون فراگیر استخراج شد: ۱) حاکمیت بالینی و چابکی نهادی، ۲) هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی، ۳) سرمایه انسانی و انگیزش سازمانی، ۴) مشتری‌مداری و تعالی خدمات، ۵) فناوری و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات. شبکه‌ی مضامین ترسیم‌شده، علاوه بر تایید ارتباط معنادار میان این پنج بعد، همسویی نظری قابل‌توجهی را با چارچوب CIPP استافلبیم نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: چارچوب مفهومی پیشنهادی با اتکا به پنج بعد اصلی و همسویی با چارچوب نظری CIPP، می‌تواند به‌عنوان چارچوبی جامع برای ارزیابی اثربخشی خودگردانی بیمارستان‌ها باشد. این چارچوب علاوه بر کاربردهای نظری، به سیاستگذاران در تدوین و اجرای مؤثرتر این سیاست یاری رسانده و زمینه‌ساز طراحی ابزارهای کمی و اعتبارسنجی تجربی در پژوهش‌های آتی خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: خودگردانی بیمارستان، ارزیابی سیاست ، تحلیل مضمون، مدل CIPP، سیستم‌های اطلاعات سلامت

پیام کلیدی: چارچوب مفهومی پیشنهادی، چارچوبی جامع و پنج‌بعدی برای ارزیابی اثربخشی خودگردانی بیمارستان‌ها ارایه می‌دهد. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت می‌توانند با این چارچوب، عملکرد بیمارستان‌های خودگردان را در هر پنج بعد جداگانه ارزیابی و شناسایی نمایند.

دریافت مقاله:۱۴۰۵/۲/۱۱ پذیرش مقاله:۱۴۰۵/۴/۵ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۴/۱۰

ارجاع: رضایی شهرزاد ، اعتباریان اکبر، رضایتمند محمدرضا. **طراحی چارچوب مفهومی ارزیابی اثربخشی اجرای سیاست خودگردانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: یک مطالعه کیفی**. مدیریت اطلاعات سلامت۱۴۰۵؛۲۳ (۲):۱۱۶-۱۰۷.

مقدمه

نظام سلامت از بنیادی‌ترین نهادهای هر جامعه است که کارکردهای آن در حاکمیت، تامین مالی و ارایه خدمات، نقشی حیاتی در بقا و پویایی اجتماعی ایفا می‌کند. سازمان جهانی بهداشت سه غایت اصلی برای آن ترسیم کرده است: ارتقای سطح سلامت، پاسخگویی به نیازها و تامین حمایت مالی (۱). بر اساس برنامه هفتم توسعه، وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی سلامت، وظایف حاکمیتی در سیاست‌گذاری و نظارت را بر عهده دارد (۲). سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها در ایران از اوایل دهه ۱۳۷۰ با اهداف کاهش وابستگی مالی به بودجه دولتی، افزایش استقلال مدیریتی، بهبود کارایی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی به‌اجرا درآمده است (۳،۴). با این حال، اجرای آن در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با نتایجی یکدست همراه نبوده و برخی مراکز با چالش‌هایی نظیر کمبود منابع مالی، نبود زیرساخت‌های کافی و مقاومت نیروی انسانی مواجه شده‌اند (۵). بررسی‌های تجربی نیز نشان می‌دهد آمادگی سازمانی، پیش‌شرط مهمی برای اجرای اثربخش خودگردانی بیمارستان‌ها است (۶). تحلیل ساختار اداره بیمارستان‌های دولتی ایران نیز نشان می‌دهد اصلاحات ساختاری بدون توجه به الزامات نهادی و مدیریتی، اثربخشی محدودی دارد (۷). این ناهمگونی، ضرورت تدوین چارچوبی تحلیلی برای ارزیابی نظام‌مند اثربخشی خودگردانی را آشکار می‌سازد.

۱.گروه مدیریت، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استاد، گروه مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. دانشیار، اقتصاد سلامت گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت ،دانشگاه، علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده طرف مکاتبه: اکبر اعتباریان؛ استاد، گروه مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران Email: etebarian@khuisf.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مرور مطالعات پیشین نشان می‌دهد اگرچه پژوهش‌های گسترده‌ای در این زمینه صورت گرفته، غالب آنها به پیامدهای مالی یا شاخص‌های عملکردی محدود شده‌اند و چارچوبی جامع و چندبعدی که هم‌زمان ابعاد ساختاری، فرآیندی، انسانی و زمینه‌ای را پوشش دهد، کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۳،۵). در سطح بین‌المللی نیز شواهد حاکی از آن است که خودگردانی در صورت نبود زیرساخت‌های مالی و مدیریتی مناسب، می‌تواند به افزایش پرداخت از جیب بیماران و محدود شدن دسترسی اقشار آسیب‌پذیر منجر شود (۸). توجه به زیرساخت‌های اطلاعاتی و سیستم‌های داده‌محور در ارزیابی بیمارستان‌های خودگردان، یکی از موضوعات مغفول‌مانده در پژوهش‌های پیشین است که در حوزه مدیریت اطلاعات سلامت اهمیت ویژه‌ای دارد. اغلب چارچوب‌های ارزیابی موجود، بیمارستان را به‌عنوان یک جعبه سیاه در نظر می‌گیرند و به کیفیت جریان اطلاعات درون آن، که برای تصمیم‌گیری در محیط خودگردان حیاتی است، توجهی ندارند. مطالعه حاضر تلاش دارد با ورود به این جعبه سیاه، جایگاه تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات را در کنار ابعاد ساختاری و مالی، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی چارچوب ارزیابی اثربخشی خودگردانی تبیین نماید.

تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات، در این پژوهش به معنای کاربرد نظام‌مند، هدفمند و مبتنی بر شواهد از داده‌ها در تمامی سطوح تصمیم‌گیری، مدیریت و پایش عملکرد در بیمارستان خودگردان تعریف شده است. این مفهوم با کیفیت اطلاعات، مدیریت اطلاعات و حکمرانی اطلاعات تفاوت بنیادین دارد؛ چراکه بر کاربرد تحلیلی داده‌ها در تصمیم‌گیری تاکید می‌کند، نه صرفا وجود یا مدیریت اطلاعات.

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد مشارکت دولتی–خصوصی می‌تواند بر عملکرد بیمارستان‌های دولتی اثر بگذارد (۹). مطالعات سجادی و همکاران بر ضرورت فراهم‌سازی پیش‌نیازهای نهادی (۱۰) و افضلونی و همکاران بر تاثیر مثبت اما محدود خودگردانی به‌دلیل کمبود زیرساخت‌ها تاکید کرده‌اند (۱۱). همچنین پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهد اصلاحات خودگردانی در کشورهای در حال توسعه معمولا با چالش‌های ساختاری و نهادی همراه بوده است (۱۵–۱۲). چارچوب CIPP استافلبیم یکی از الگوهای ارزیابی برنامه‌ها، پروژه‌ها و سیاست‌هاست که در این پژوهش به‌عنوان چهارچوب نظری مبنا انتخاب شد (۱۶،۱۷). با توجه به خلا نظری و عملی موجود، این پژوهش با هدف طراحی و اعتبارسنجی محتوایی چارچوبی برای ارزیابی اثربخشی اجرای خطمشی خودگردانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تبیین جایگاه زیرساخت‌های اطلاعات سلامت در این چارچوب انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل شبکه مضامین (اتراید–استرلینگ) در شش مرحله نظام‌مند انجام شد (۱۸). این مراحل شامل کدگذاری اولیه داده‌ها، شناسایی مضامین پایه، سازماندهی مضامین در قالب مضامین سازمان‌دهنده، ترسیم شبکه مضامین، تحلیل و پالایش شبکه، و نگارش گزارش نهایی بود.

مشارکت‌کنندگان ۱۴ نفر از مدیران و کارشناسان دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کار مرتبط با نظام سلامت، تحصیلات آکادمیک در حوزه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت یا رشته‌های مرتبط، و آشنایی عمیق با طرح خودگردانی بیمارستان‌ها بودند. معیار «آشنایی عمیق» به‌صورت عملیاتی تعریف شد: حداقل ۵ سال تجربه مستقیم در اجرای خودگردانی، تجربه مدیریتی یا اجرایی در سطح بیمارستان یا وزارتخانه، و تجربه در ارزیابی عملکرد یا سیستم‌های اطلاعات مدیریتی. یک مشارکت‌کننده با سابقه کمتر از ۱۰ سال (۷ سال) نیز به دلیل تجربه مدیریتی و تخصص ویژه در حوزه مالی خودگردانی (بیش از ۱۵ سال تجربه)، با تایید اساتید راهنما، در گروه خبرگان قرار گرفت.

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با رویکرد حداکثر تنوع (از نظر جنسیت، سابقه کار، سمت سازمانی و نوع بیمارستان) انجام شد. از ۱۴ مشارکت‌کننده، ۹ نفر به‌صورت مستقیم و ۵ نفر از طریق روش گلوله برفی وارد مطالعه شدند. برای جلوگیری از همگنی و کاهش تنوع دیدگاه‌ها ، تلاش شد نقطه شروع نمونه‌گیری از گروه‌های مختلف سازمانی مدیران ستادی، مدیران بیمارستانی، کارشناسان مالی و کارشناسان IT آغاز شود. فرآیند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت پس از انجام مصاحبه دوازدهم، کد یا مضمون جدیدی استخراج نشد و داده‌ها به تکرار محتوایی رسیدند. برای اطمینان بیشتر، دو مصاحبه تکمیلی (۱۸ و ۱۶) نیز انجام شد که کد جدیدی به همراه نداشت. نوع اشباع، اشباع مضمونی (Thematic Saturation) بود و توسط پژوهشگر با تایید اساتید راهنما تعیین شد.

محیط پژوهش: بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (الزهرا، امین، عیسی بن مریم، کاشانی، نور و چمران) که تجربه اجرای طرح خودگردانی را داشتند.

روش گردآوری داده‌ها: مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته. سؤالات مصاحبه بر اساس مطالعات پیشین و با تمرکز بر پنج محور اصلی طراحی گردید: تعریف اثربخشی از منظر مشارکت‌کنندگان، مؤلفه‌های کلیدی موفقیت و شکست، ابعاد قابل ارزیابی، موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای اثربخش، و شاخص‌های پیشنهادی برای سنجش اثربخشی. نمونه‌ای از سوالات اصلی مصاحبه عبارت بودند از: «از نظر شما خودگردانی اثربخش بیمارستان چه ویژگی‌هایی دارد؟»، «چه عواملی اجرای خودگردانی را تسهیل می‌کنند؟»، «چه اطلاعاتی برای ارزیابی اثربخشی خودگردانی ضروری است؟»، «سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) چه نقشی در پایش عملکرد دارد؟». اعتبار صوری و محتوایی راهنمای مصاحبه توسط اساتید راهنما و دو نفر از خبرگان حوزه سیاست‌گذاری سلامت تایید شد .

زمان انجام مطالعه: مصاحبه‌ها در بازه مهر تا آذر ۱۴۰۴ انجام شد. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود و تمامی مصاحبه‌ها با کسب اجازه آگاهانه از مشارکت‌کنندگان ضبط و به‌طور کامل پیاده‌سازی شدند. تحلیل داده‌ها در شش گام بر اساس رویکرد اتراید–استرلینگ (۱۳) با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ انجام شد. فرآیند تحلیل به‌صورت ترکیبی از دو رویکرد استقرایی و قیاسی/ نظری انجام شد:

بخش عمده کدها و مضامین برآمده از خود داده‌ها (استقرایی) و برای انطباق نهایی با چارچوب CIPP از یک رویکرد قیاسی/ نظری استفاده شد. کدگذاری‌ها توسط دو پژوهشگر به‌طور مستقل انجام شد. جهت پایایی کدگذاری، دو مصاحبه به‌صورت

http://him.mui.ac.ir

تصادفی انتخاب و توسط دو کدگذار مستقل کدگذاری شد. میزان توافق با استفاده از ضریب هولستنی محاسبه گردید و مقدار PAO برابر ۰/۷۲ به دست آمد که نشان‌دهنده توافق ۷۲ درصدی بین دو کدگذار است. واحد مورد توافق، کدهای اختصاص‌یافته به هر بخش از متن مصاحبه بود. در موارد اختلاف، پس از بحث و بازبینی توسط پژوهشگر سوم، به اجماع رسیدیم. درخت کدینگ کامل شامل کلیه کدهای اولیه، مضامین پایه و مضامین سازمان‌دهنده می باشد. برای تامین اعتبار و قابلیت اطمینان یافته‌ها، از معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن استفاده شد: اعتبار از طریق بررسی توسط مشارکت‌کنندگان (ارسال خلاصه یافته‌ها به ۵ نفر و تایید آنها) و بررسی توسط همکاران (ارایه یافته‌ها به دو پژوهشگر دیگر و دریافت بازخورد) تامین گردید. قابلیت انتقال از طریق توصیف غنی و دقیق از زمینه پژوهش و مشارکت‌کنندگان حاصل شد. قابلیت اعتماد از طریق شفاف‌سازی کامل فرآیند پژوهش (مستندسازی تمام مراحل از نمونه‌گیری تا کدگذاری) و بازبینی توسط پژوهشگران دیگر محقق گردید. قابلیت تایید نیز با نگهداری مستندات و مدارک پژوهش برای بررسی مجدد تامین شد.

Reflexivity (بازاندیشی پژوهشگر): مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی (دانشجوی دکتری مدیریت دولتی با گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی) با سابقه ۱۵ سال کار در نظام سلامت انجام شده است. پژوهشگر هیچ‌گونه رابطه اداری با مشارکت‌کنندگان نداشته و این امر به کاهش سوگیری کمک کرد. برای افزایشreflexivity ، پژوهشگر یادداشت‌های تحلیلی تهیه و در جلسات منظم با اساتید راهنما به بحث و بازبینی یافته‌ها پرداخته است. همچنین پیش‌فرض‌های پژوهشگر (از جمله اعتقاد به نقش کلیدی اطلاعات در مدیریت بیمارستان) در ابتدای پژوهش ثبت و مدنظر قرار گرفته است.

پژوهش حاضر با تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) انجام شد. مجوزهای لازم برای ورود به محیط پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اخذ شده است. کلیه مشارکت‌کنندگان پیش از انجام مصاحبه، رضایت آگاهانه کتبی ارایه دادند و از محرمانه بودن اطلاعات آنها اطمینان حاصل شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان: از ۱۴ مشارکت‌کننده، ۶ نفر (۴۲/۹ درصد) مرد و ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) زن بودند. ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) دارای مدرک دکتری تخصصی و ۶ نفر (۴۲/۹ درصد) فوق‌لیسانس بودند. ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) دارای سابقه کار بیش از ۲۰ سال و ۵ نفر (۳۵/۷ درصد) بین ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه کار داشتند. از نظر گروه شغلی، ۷ نفر (۵۰ درصد) در سطح سیاست‌گذاری و ۷ نفر (۵۰ درصد) در سطح عملیاتی (بالینی و اجرایی) فعالیت می‌کردند .

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

ویژگی	دسته‌بندی	تعداد	(درصد)
جنسیت	مرد	۶	۴۲/۹
	زن	۸	۵۷/۱
تحصیلات	دکتری تخصصی	۸	۵۷/۱
	فوق‌لیسانس	۶	۴۲/۹
سابقه کار	بیش از ۲۰ سال	۸	۵۷/۱
	۱۰ تا ۲۰ سال	۵	۳۵/۷
	کمتر از ۱۰ سال	۱	۷/۱
گروه شغلی	مدیران (سطح سیاست‌گذاری)	۷	۵۰
	کارکنان بالینی و اجرایی (سطح عملیاتی)	۷	۵۰

http://him.mui.ac.ir

مضامین استخراج‌شده: تحلیل داده‌های حاصل از ۱۴ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته به استخراج ۲۳۴ کد اولیه، ۱۰۱ مضمون پایه، ۲۸ مضمون سازمان‌دهنده و ۵ مضمون فراگیر انجامید. شبکه مضامین نهایی پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: شبکه مضامین چارچوب مفهومی ارزیابی اثربخشی خودگردانی بیمارستان ها

http://him.mui.ac.ir

ساختار سلسله‌مراتبی مضامین در جدول ۲ و همسویی مضامین فراگیر با ابعاد مدل CIPP استافلبیم در جدول ۳ ارایه شده است در ادامه، هر یک از مضامین فراگیر به همراه نمونه نقل قول هایی از مشارکت کنندگان مختلف تشریح میشود.

۱ .حاکمیت بالینی و چابکی نهادی (۱۱ مضمون سازمان‌دهنده؛ جدول ۲): مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که استقلال اجرایی، شفافیت قوانین و رویه‌های مالی و ثبات مدیریتی از پیش‌نیازهای اساسی اثربخشی خودگردانی به‌شمار می‌روند. شفافیت رویه‌های مالی به معنای شفافیت در قوانین، مقررات و رویه‌های مالی است و با هوشمندی مالی که به توانمندی عملیاتی در مدیریت هزینه‌ها و درآمدها اشاره دارد، تفاوت مفهومی دارد.

یکی از مدیران (شماره ۱) گفت: بیمارستان باید مستقل اداره شود، ولی ساختار لازم ایجاد نشد. ما نتوانستیم استقلال واقعی داشته باشیم، چون قوانین بالادستی اجازه نمی‌داد. یکی از کارشناسان (شماره ۶) به انعطاف‌ناپذیری قوانین اشاره کرد: قوانین باید انعطاف داشته باشند تا مدیران بتوانند تصمیمات لازم را اتخاذ کنند. متأسفانه بسیاری از تصمیمات ب در ستاد دانشگاه گرفته شود و باعث کندی کار می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۱۳: پاسخگویی نشانه اجرای اثربخش است و باید در چارچوب ارزیابی لحاظ شود. وقتی پاسخگویی نباشد، هیچ تضمینی برای کیفیت وجود ندارد.

۲ .هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی (۵ مضمون سازمان‌دهنده؛ جدول ۲): یافته‌ها نشان داد بیمارستان‌های موفق در خودگردانی، از توانمندی لازم در مدیریت هزینه‌ها، ایجاد درآمدهای پایدار و تنوع‌بخشی به منابع مالی برخوردار بوده‌اند. این بعد بر توانمندی عملیاتی بیمارستان در مدیریت منابع مالی تاکید دارد.

مشارکت‌کننده شماره ۲ گفت: خودگردانی یعنی حرکت به سمت منابع پایدار. بیمارستانی که فقط به بودجه دولتی متکی باشد، نمی‌تواند خودگردان باشد. یکی از مدیران مالی (شماره ۴) بر ضرورت آگاهی اقتصادی مدیران تاکید کرد: اجرای طرح نیازمند مدیریت آگاه به مسائل اقتصادی است. عدم سواد مدیران یک مشکل اساسی است. مشارکت‌کننده شماره ۸ با اشاره به نقش بیمه‌ها بیان کرد: پرداخت به‌موقع بیمه‌ها جریان مالی بیمارستان را حفظ می‌کند. تأخیر در پرداخت بیمه‌ها یکی از عوامل اصلی ناپایداری مالی است.

۳ .سرمایه انسانی و انگیزش سازمانی (۵ مضمون سازمان‌دهنده؛ جدول ۲): تقریباً همه مشارکت‌کنندگان بر نقش مدیران توانمند، مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها و ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد تاکید داشتند.

یکی از مدیران بیمارستان (شماره ۹) گفت: نگهداشت نیروهای کارآمد ضروری است. ما سرمایه‌گذاری زیادی روی نیروهای خود می‌کنیم، اما به دلیل نبود انگیزه مالی، آنها را از دست می‌دهیم. مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: مشارکت کارکنان مهم است و باید در تصمیم‌گیری‌ها دیده شوند. وقتی کارکنان در تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند، تعهد بیشتری دارند. یکی از کارشناسان منابع انسانی (شماره ۵) به ارتباط میان پرداخت و انگیزه اشاره کرد: افزایش پرداخت باعث افزایش انگیزه کارکنان می‌شود، اما این فقط بخشی از ماجراست. احساس تعلق و ارزشمندی هم مهم است.

۴ .مشتری‌مداری و تعالی خدمات (۴ مضمون سازمان‌دهنده؛ جدول ۲): یافته‌ها نشان داد اثربخشی خودگردانی باید به بهبود کیفیت خدمات و رضایت بیماران منجر شود. مشارکت‌کننده شماره ۱۳ تاکید کرد: کیفیت خدمات باید در چارچوب مفهومی پیشنهادی ارزیابی لحاظ شود. اگر کیفیت خدمات بهبود نیابد، خودگردانی شکست خورده است. مشارکت‌کننده شماره ۸ به اهمیت سنجش رضایت بیماران اشاره کرد: رضایت بیماران باید سنجیده شود. و بدانیم بیماران از چه چیزی راضی هستند و چه چیزی باعث نارضایتی آنها می‌شود. یکی از پزشکان (شماره ۵) با اشاره به رقابت بین‌بخشی بیان داشت: رقابت سالم بین بخش‌های بیمارستان به بهبود کیفیت کمک می‌کند، اما رقابت ناسالم باعث آسیب به بیماران می‌شود.

۵. فناوری و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات (۲ مضمون سازمان‌دهنده؛ جدول ۲): مشارکت‌کنندگان بر لزوم بلوغ زیرساخت‌های اطلاعاتی، یکپارچگی داده‌ها و نظام نظارت و بازخورد مؤثر به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر اجرای اثربخش تاکید داشتند. مفاهیم مرتبط با مدیریت اطلاعات سلامت شامل کیفیت اطلاعات، یکپارچگی داده‌ها، دسترسی به اطلاعات، به‌موقع بودن، پشتیبانی تصمیم و سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی (HIS) در این بعد گنجانده شده‌اند.

مدیر فناوری اطلاعات (شماره ۱۳) گفت: بهبود زیرساخت IT اهمیت دارد، چون بدون آن نظارت دقیق ممکن نیست. هنوز بسیاری از بیمارستان‌ها با سیستم‌های قدیمی و ناهماهنگ کار می‌کنند.مشارکت‌کننده شماره ۳ با اشاره به ضرورت نظارت دقیق اظهار داشت: داشتن چارچوب نظارتی دقیق مهم است و باید مبتنی بر داده باشد، نه احساس و تجربه شخصی. کارشناس ارشد (شماره ۱۱) به اهمیت دسترسی اطلاعات اشاره کرد: دسترسی به اطلاعات دقیق و یکپارچه برای تصمیم‌گیری الزامی است. متأسفانه در بسیاری از موارد، مدیران بدون اطلاعات کافی تصمیم می‌گیرند. مدیر مالی (شماره ۴) بیان داشت: وقتی سیستم اطلاعاتی یکپارچه نباشد، نمی‌توانیم شفافیت مالی داشته باشیم و این بزرگ‌ترین مانع اجرای موفق خودگردانی است.

مدیر بالینی (شماره ۷) نیز گفت: برای پایش اثربخش عملکرد واحدها، به داده‌های به‌روز و قابل اعتماد نیاز داریم که همیشه در دسترس نیست.

http://him.mui.ac.ir

جدول ۲: ساختار سلسله‌مراتبی مضامین استخراج‌شده از تحلیل داده‌های کیفی

مضمون فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده
حاکمیت بالینی و چابکی نهادی	استقلال بیمارستان، شفافیت رویه های مالی، پشتیبانی قانونی، تناسب‌های سازمانی، شفافیت اهداف، ثبات مدیریتی، فرهنگ پاسخگویی، هماهنگی درون‌سازمانی، کیفیت ارتباطات داخلی، تعامل با نهادهای بیرونی، مشارکت ذی‌نفعان،کارایی فرایندها
هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی	پایداری و تنوع‌بخشی مالی، مدیریت ریسک، سواد مالی مدیران، پایش اثر بخش، کارایی تعامل با بیمه‌ها
سرمایه‌ی انسانی و انگیزش سازمانی	شایستگی‌های مدیریتی، مشارکت کارکنان، رضایت شغلی، انگیزه و تعهد سازمانی، توانمندسازی نیروی انسانی
مشتری‌مداری و تعالی خدمات	کیفیت خدمات درمانی، رضایت بیمار، کاهش خطاهای پزشکی، رقابت سالم بین بخشی
فناوری و تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات	کیفیت اطلاعات مدیریتی، پایش اثربخش

جدول ۳: انطباق مضامین فراگیر با ابعاد مدل CIPP استافلبیم

بعد مدلCIPP	مضمون فراگیر متناظر	توضیح انطباق
Context (زمینه)	حاکمیت بالینی و چابکی نهادی	این بعد شامل الزامات ساختاری، قانونی، مدیریتی و زمینه‌ای برای استقرار خودگردانی اثربخش است که بستر اجرای سیاست را فراهم می‌کند. مؤلفه‌هایی نظیر استقلال بیمارستان، شفافیت مالی، پشتیبانی قانونی، ثبات مدیریتی و فرهنگ پاسخگویی در این بعد قرار می‌گیرند.
Input (درون‌داد)	هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی	این بعد نشان‌دهنده توانایی بیمارستان در مدیریت منابع مالی، ایجاد درآمد پایدار و مقاومت در برابر شوک‌های اقتصادی است. مؤلفه‌هایی مانند کارایی فرایندها، پایداری و تنوع‌بخشی مالی، سواد مالی مدیران و کارایی تعامل با بیمه‌ها در این بعد قرار می‌گیرند.
Process (فرآیند)	سرمایه‌ی انسانی و انگیزش سازمانی	این بعد به توانمندی‌ها، انگیزه و رضایت کارکنان به‌عنوان محور اصلی اجرای اثربخش می‌پردازد. مؤلفه‌هایی نظیر شایستگی‌های مدیریتی، مشارکت کارکنان، رضایت شغلی، انگیزه و تعهد سازمانی و توانمندسازی نیروی انسانی در این بعد جای می‌گیرند.
Product (برون‌داد)	مشتری‌مداری و تعالی خدمات	این بعد بر کیفیت خدمات درمانی و رضایت بیماران به‌عنوان پیامد نهایی خودگردانی تاکید دارد. مؤلفه‌هایی مانند کیفیت خدمات درمانی، رضایت بیمار، کاهش خطاهای پزشکی و رقابت سالم بین بخشی در این بعد قرار می‌گیرند.
تسهیلگر (فراتس)	فناوری و تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات	این بعد به‌عنوان بعد تسهیل‌گر در مدل CIPP قابل دسته‌بندی است و بر نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی و مدیریت داده‌محور تاکید دارد. مؤلفه‌هایی نظیر کیفیت اطلاعات مدیریتی و پایش اثربخش در این بعد جای می‌گیرند.

http://him.mui.ac.ir

جدول ۳ همسویی مضامین فراگیر با ابعاد CIPP استافلبیم را نشان می‌دهد. که علاوه بر تایید هماهنگی نظری، قابلیت کاربست چارچوب را در ارزیابی سیاست‌های سلامت نشان می‌دهد. مضمون «فناوری و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات» به‌عنوان بعد تسهیل‌گر در کنار چهار بعد اصلی CIPP قرار گرفته و ادعای انطباق کامل با ساختار چهارگانه وجود ندارد؛ بلکه این چارچوب، توسعه‌یافته‌ای از CIPP با تاکید بر نقش حیاتی اطلاعات در خودگردانی است.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که چارچوب مفهومی پیشنهادی از تحلیل داده‌های کیفی، بیانگر ماهیت چندبعدی اثربخشی خودگردانی است. این چارچوب با پنج بعد اصلی خود، موفقیت در اجرای خودگردانی را پدیده‌ای پیچیده و سیستمی معرفی می‌کند که نیازمند تعامل همزمان عوامل ساختاری، مالی، انسانی، خدماتی و فناورانه است. همراستایی این ابعاد با چارچوب نظری CIPP استافلبیم، علاوه بر تأیید هماهنگی نظری، قابلیت کاربست آن را به‌عنوان چارچوبی جامع در ارزیابی سیاست‌های سلامت نشان می‌دهد (۱۶). چارچوب حاضر یک چارچوب مفهومی طبقه‌بندی‌شده است و ادعای روابط علی برای آن مطرح نمی‌گردد. روابط میان ابعاد (مانند تأثیر فناوری اطلاعات بر شفافیت مالی) در سطح توصیفی و مبتنی بر داده‌های کیفی گزارش شده و نیازمند آزمون تجربی در پژوهش‌های بعدی هستند.

همخوانی با مطالعات پیشین: بعد «حاکمیت بالینی و چابکی نهادی» با تاکید بر استقلال بیمارستان و مشارکت ذی‌نفعان، با مطالعه دشمن‌گیر و همکاران هم‌راستا است عدم توجه به بسترهای بومی را عامل ناکامی سیاست هیئت امنایی معرفی کرده بودند (۱۹،۲۰). مطالعه جعفری سیریزی و همکاران مشکلات مالی و اجرایی را از موانع اصلی خودگردانی شناسایی کرده بود، با مضامین «پشتیبانی قانونی» و «کارایی فرایندها» در چارچوب حاضر هماهنگی دارد (۲۱). بعد «هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی» با محوریت پایداری منابع مالی و کارایی تعامل با بیمه‌ها، با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۴۰۱) هماهنگ است که نشان داد بیمارستان‌های خودگردان در تامین هزینه‌های خود از درآمدهای اختصاصی ناتوان بوده‌اند (۲۲). در عرصه بین‌المللی، مطالعه Nguyen و همکاران در ویتنام نشان داد موانع ناشی از سیاست‌های متمرکز دولتی، دستیابی به اهداف خودگردانی را دشوار ساخته است (۲۳). پژوهش Barasa و همکاران در کنیا نیز نشان داد عدم تمرکز به کاهش خودمختاری بیمارستان‌ها منجر می‌شود (۱۴). مطالعه Ally و همکاران در تانزانیا نیز با رویکرد کیفی تجربه خودگردانی بیمارستانی را بررسی کرد و بر نقش زمینه نهادی و ظرفیت مدیریتی در اجرای خودگردانی تاکید داشت (۲۴). شواهد بین‌المللی مبتنی بر مطالعات موردی نیز نشان می‌دهد که خودگردانی بیمارستان‌های دولتی در کشورهای در حال توسعه لزوما به بهبود عملکرد منجر نمی‌شود و اثربخشی آن به زمینه نهادی و نحوه اجرا وابسته است (۲۵).

نوآوری و نقش محوری «تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات»: این مضمون فراگیر شامل ۲ مضمون سازمان‌دهنده است: کیفیت اطلاعات مدیریتی و پایش اثربخش. مشارکت‌کنندگان ، مدیران مالی و فناوری اطلاعات، به «نبود یکپارچگی داده‌ها، «ضعف سیستمHIS » و «عدم دسترسی به اطلاعات » به‌عنوان چالش‌های کلیدی و موانعی برای شفافیت مالی و پایش اثربخش اشاره کرده‌اند. برای مثال، مدیر مالی بیمارستان شماره ۴ بیان کرد: «وقتی سیستم اطلاعاتی یکپارچه نباشد، شفافیت مالی نداریم». مدیر IT بیمارستان شماره ۱۳ نیز گفت: «بهبود زیرساخت IT اهمیت دارد، چون نمی‌توان نظارت دقیق داشت». همچنین مدیر بالینی شماره ۷ اظهار داشت: «برای پایش اثربخش عملکرد واحدها، به داده‌های به‌روز و قابل اعتماد نیاز داریم که در بسیاری از موارد در دسترس نیست».

این نقل‌قول‌ها نشان می‌دهد نبود زیرساخت اطلاعاتی مناسب، شفافیت مالی و اثربخشی را مختل می‌کند. در حالی که استفاده از ابزارهای دیجیتال و سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه می‌تواند به بهبود عملکرد نظام سلامت کمک کند (۲۴).

مدل‌های کلاسیکی مانند کارت امتیازی متوازن و EFQM به ابعاد مالی، مشتری، فرآیندها و رشد توجه دارند، به‌صراحت نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی را به‌عنوان یک بعد مستقل و تسهیل‌گر شناسایی نکرده‌اند (۲۶، ۲۵).

این بینش، چارچوب حاضر را برای جامعه علمی مدیریت اطلاعات سلامت بسیار کاربردی می‌سازد. تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات در این چارچوب به‌عنوان حلقه گمشده‌ای عمل می‌کند که سایر ابعاد را به هم متصل می‌سازد؛ بدون اطلاعات دقیق و یکپارچه، شفافیت مالی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و پایش اثربخش ناممکن خواهد بود.

کاربردهای نظری و عملی: از منظر نظری، چارچوب طراحی‌شده با همسویی با چارچوب CIPP استافلبیم، از یکپارچگی نظری قابل‌توجهی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان چارچوبی مرجع برای پژوهش‌های آینده در حوزه ارزیابی سیاست‌های سلامت، به‌ویژه با رویکرد مدیریت اطلاعات سلامت، مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). از منظر عملی، این چارچوب به سیاست‌گذاران نظام سلامت در طراحی و اجرای مؤثرتر سیاست خودگردانی یاری می‌رساند. همچنین، مدیران فناوری اطلاعات سلامت می‌توانند با استفاده از این چارچوب، به نقش سیستم‌های اطلاعاتی در موفقیت خودگردانی پی برده و زیرساخت‌های موردنیاز را تقویت نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش این است که این مطالعه در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است و بیمارستان‌ها عمدتا از نوع بزرگ بودند؛ بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به بیمارستان‌های کوچک، عمومی یا سایر مناطق کشور نیازمند مطالعات تکمیلی است. همچنین ماهیت کیفی پژوهش، امکان سنجش کمی روابط میان ابعاد را فراهم نمی‌کند که این شکاف با انجام مطالعات کمی و بررسی و ارزیابی چارچوب توسط پنل خبرگان قابل رفع خواهد بود. همچنین عدم مشارکت مستقیم بیماران و گروه‌های ذی‌نفع مانند کارشناسان بیمه است که تنوع دیدگاه‌ها را افزایش می دهد. چارچوب ارایه‌شده صرفا بر پایه داده‌های کیفی استخراج شده و فاقد آزمون کمی روابط میان ابعاد (مانند تحلیل عاملی تأییدی) است؛ این موضوع در پیشنهادات پژوهشی تاکید شده است.

http://him.mui.ac.ir

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و تحلیل شبکه مضامین، چارچوبی جامع برای ارزیابی اثربخشی اجرای خط‌مشی خودگردانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طراحی کرده است. این چارچوب با پنج بعد اصلی شامل حاکمیت بالینی و چابکی نهادی، هوشمندی مالی و تاب‌آوری اقتصادی، سرمایه انسانی و انگیزش سازمانی، مشتری‌مداری و تعالی خدمات، و فناوری و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات، چارچوبی سیستماتیک برای ارزیابی ارایه می‌دهد. این ابعاد با چارچوب CIPP استافلبیم (زمینه، درون‌داد، فرآیند، برون‌داد) همسویی نظری قابل‌توجهی نشان دادند. مضمون «فناوری و تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات» به‌عنوان یک بعد تسهیل‌گر در کنار چهار بعد اصلی CIPP قرار گرفته و ادعای انطباق کامل با ساختار چهارگانه CIPP وجود ندارد؛ بلکه این چارچوب، توسعه‌یافته‌ای از CIPPبا تاکید بر نقش حیاتی اطلاعات در خودگردانی است.

این چارچوب به‌عنوان چارچوبی مفهومی برای توسعه ابزار سنجش و ارزیابی اثربخشی معرفی می‌شود و بررسی آن توسط پنل خبرگان به‌عنوان گام اصلی پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد. همچنین این چارچوب می‌تواند به‌عنوان ابزاری راهنما برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت، به‌ویژه مدیران فناوری اطلاعات سلامت، در طراحی داشبوردهای مدیریتی و سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه برای پایش مستمر اثربخشی خودگردانی استفاده شود. این داشبورد می‌تواند شامل شاخص‌های کلیدی عملکرد در هر یک از پنج بعد باشد که با داده‌های موجود در سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی قابل اندازه‌گیری هستند. با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، توصیه می‌شود در مطالعات آتی با روش‌های کمی مانند تحلیل عاملی تأییدی یا دلفی فازی، روایی سازه و پایایی چارچوب مورد آزمون قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر عوامل زمینه‌ای (مانند اندازه بیمارستان، موقعیت جغرافیایی، تخصصی یا عمومی بودن) بر اثربخشی خودگردانی در پژوهش‌های بعدی بررسی شود.

پیشنهادها

سیاست‌گذاران نظام سلامت می‌توانند از این چارچوب برای ارزیابی مستمر بیمارستان‌های خودگردان استفاده کنند. ایجاد نظام پایش و بازخورد مستمر با سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی ضروری است و استفاده از این چارچوب برای طراحی داشبورد مدیریتی ارزیابی اثربخشی پیشنهاد می‌شود. همچنین اعتبارسنجی کمی چارچوب با روش‌های آماری چندمتغیره در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طراحی و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی اثربخشی خودگردانی، بررسی تأثیر عوامل زمینه‌ای بر اثربخشی خودگردانی، و انجام مطالعه طولی برای بررسی تغییرات آن پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1405.238 از دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدینوسیه از تمام افرادی که در این پژوهش با ما همکاری داشته اند سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشتند.

References

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
2. Ministry of Health and Medical Education of Iran. The Seventh Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2024-2028). Tehran, Iran: Deputy of Planning and Budget; 2024. [In Persian].
3. Sohrabi R, Tourani S, Jafari M, Joudaki H, Doshmangir L, Moghri J, et al. A scoping review of public hospitals autonomy in Iran: from budgetary hospitals to corporate hospitals. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1-16.
4. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the black box: the experiences and lessons from the public hospitals autonomy policy in Iran.. Archives of Iranian Medicine.2015; 18(7), 416-424. PMID: 26161705.
5. Khodayari-Zarnaq R, Mobasseri K, Ghasemyani S, Sadeghi-Ghyassi F, Naghshi M, Kabiri N. Challenges and Weaknesses of Leadership and Governance-related Health Policies in Iran: A Systematic Review. Archives of Iranian Medicine. 2024 Sep 1;27(9):508PMID: 39465526. DOI: 10.34172/aim.28907.[In Persian].
6. Kalajahi RA, Ghorbani M, Arab M, Jaafaripooyan E, Yaser M. An empirical investigation of organizational readiness towards hospital autonomy. Iran J Public Health. 2024;53(9):2130.
7. Nouri M, Azami S, Ebadi A, Tabrizi JS. Analysis of the structure of public hospitals administration in Iran: a qualitative study. Health Scope. 2021;10(2):e112125. doi:10.5812/jhealthscope.112125.
8. Doshmangir L, Bazyar M, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H, Majdzadeh R. Fail to prepare and you can prepare to fail: the experience of financing path changes in teaching hospitals in Iran. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):1-11.
9. La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. Health Aff. 2009;28(4):1114-26
10. Sajadi HS, Hadi M, Maleki M, Tourani S. Does Transfer of Hospital Governance to Board of Trustees per se Lead to Improved Hospital Performance?. International Journal of Hospital Research. 2012 Dec 1;1(2):97-102. [In Persian].
11. Aflatoni E, Riahi L, Nasiripour AA. The effect of establishing an independent hospital program on the performance indicators of one of the public hospitals in Qazvin province. Hakim Journal, 24(3), 276-287. [In Persian].
12. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2011.
13. Harding A, Preker AS. Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospitals. Washington, DC: World Bank; 2007.

14. Barasa EW, Manyara AM, Molyneux S, Tsofa B. Recentralization within decentralization: county hospital autonomy under devolution in Kenya. PloS one. 2017 Aug 3;12(8):e0182440. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182440
15. London JD. The promises and perils of hospital autonomy: reform by decree in Viet Nam. Soc Sci Med. 2013;96:232-40.
16. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Systematic evaluation: A self-instructional guide to theory and practice. Springer Science & Business Media; 2012 Dec 6.
17. Feng Q, Lu J, Jia L, Shi F, Zhang Z. A comprehensive evaluation framework for hospital infection prevention and control training for newly recruited health care personnel: Kirkpatrick–CIPP approach. JBI Evidence Implementation. 2026 Feb 24:10-97.
18. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qual Res. 2001;1(3):385-405.
19. Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. Int J Health Policy Manag. 2014;4(4):207-16.
20. Najafi S, Alipour V, Hosseini Z. Review of the resolutions of the board of trustees of medical sciences universities. J Health Syst Manage. 2022;40(2):85-95. [In Persian].
21. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh PP. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. Hakim Research Journal. 2008;11(2):59-71.[In Persian].
22. Rezaee M, Shahbazifard M, Omranikhoo H. Financial indicators of public autonomous hospitals: a case study in Bushehr Province in 2021. Iranian South Medical Journal. 2023 Dec 4;26(2):114-26. [In Persian].
23. Nguyen NP, Pham TH, Nguyen NH. The effect of financial autonomy on medical treatment in central public hospitals in Vietnam. J Organ Behav Res. 2024;9(2):95-104.
24. Ally SJ, Mbwambo J, Mwangu M. The experience of hospital autonomy in Tanzania; a qualitative case study of Muhimbili National Hospital, Tanzania. East Afr J Public Health. 2024.
25. De Geyndt W. Does autonomy for public hospitals in developing countries increase performance? Evidence-based case studies. Soc Sci Med. 2017;179:74-80.
26. Jafari M, Habibirad A, Pourtaleb A, Salarianzadeh MH. Health system organizational reform in governing Iranian public hospitals: A content analysis to comprehend the barriers in Board of Trustees' hospitals. The International journal of health planning and management. 2018 Apr;33(2):e612-20. https://doi.org/10.1002/hpm.2500.[In Persian].

Health Information Management
Vol 23/ No 2/ Summer 2026

Published by *Isfahan University of Medical Sciences*
DOI: 10.48305/him.2026.46637.1424

Designing a Model for the Effective Evaluation of Self-Governance Policy Implementation in Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences

Shahrzad Rezaei [1], Akbar Etebarian, Rezayatmand, Mohammadreza [2]

Original Article

Abstract

Introduction: Hospital autonomy is one of the most significant structural reforms in Iran's health system, designed to reduce reliance on public budgets, enhance managerial independence, and improve service quality. Despite years of implementation, its effectiveness has been heterogeneous, and a comprehensive framework covering structural, processual, human, and contextual dimensions simultaneously has not yet been proposed. This study aimed to design a comprehensive framework for evaluating the effectiveness of the hospital autonomy policy in hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences, with a special emphasis on the role of health information infrastructures.

Methods: This qualitative study employed Attride-Stirling's thematic network analysis. Fourteen managers and experts with substantial experience in hospital autonomy were purposively selected using a maximum variation approach. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using MAXQDA 2020 software. Trustworthiness was established through member checking and peer review.

Results: From 234 initial codes, 101 basic themes, 28 organizing themes, and five global themes emerged: 1) Clinical Governance and Institutional Agility, 2) Financial Intelligence and Economic Resilience, 3) Human Capital and Organizational Motivation, 4) Customer Orientation and Service Excellence, and 5) Technology and Information-Driven Decision Making. The resulting thematic network, besides confirming significant interrelationships among these five dimensions, demonstrates meaningful theoretical alignment with Stufflebeam's CIPP framework

Conclusion: Grounded in five core dimensions and aligned with the CIPP theoretical framework, the proposed conceptual framework can serve as a comprehensive framework for evaluating hospital autonomy effectiveness. Beyond its theoretical contributions, this framework aids policymakers in more effective policy formulation and implementation while paving the way for developing quantitative instruments and empirical validation in future research.

Keywords: Hospital Autonomy, Policy Evaluation, Thematic Analysis, CIPP Model, Health Information Systems

Received:1 May; 2026 Accepted: 26 Jun; 2026 Published: 1 Jul; 2026

Citation: Rezaei Sh, Etebarian A, Rezayatmand MR. **Designing a Model for the Effective Evaluation of Self-Governance Policy Implementation in Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2026; 23(2):107-116.

This article resulted from a PhD thesis with the ethics ID IR.IAU.KHUISF.REC.1405.238 approved by Islamic Azad University - Isfahan Branch (Khorasgan)..

1.Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2 .Professor, Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3 .Associate Professor, Health Economics, Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding author: Akbar Etebarian; Professor, Department of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran Email: etebarian@khuisf.ac.ir