

Application of Schmeer's Stakeholder Analysis to Design an Accreditation Model in Iranian Hospitals

Ali Hassan Shaban Khamseh¹, Mohammadreza Maleki^{2*}, Seyed Jamaledin Tabibi³,
Shahram Tofighi⁴

¹ Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Professor, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Health Services Management, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 16 January 2016 Accepted: 7 February 2017

Abstract

Background and Aim: Quality in health services is a level of health services provided to individuals and communities which increases the likelihood of the desired health outcomes and is in accordance with the day's professional knowledge. The world's health systems, design and implement miscellaneous regulators including periodical and continuous accreditations of hospitals through governance patterns and tools. To guarantee the quality of such tools, it is necessary to always benefit from the stakeholders' analytical skills, i.e., analytical understanding of individuals and organizations that have an efficient role in the process of hospital reforms so as to get effective and accurate information. The present study was designed and implemented with the aim of identifying This applied study was implemented through a "descriptive-comparative" method based on Kammi Schmeer's 8-step model of stakeholder analysis within 4 executive design phases with the multistage participation and survey of 29 domestic experts working on various technical and executive (line and staff) levels relevant to the country's accreditation systems of public and private hospitals.

Results: Contrary to expectations, the analytical composition of the stakeholders in the "evaluation pattern of Iranian public and private hospitals" was not limited to the participation of only two ministries and health insurance organizations. The application of the selected model led to the identification of 17 groups of stakeholders in the order of importance at all levels of the Iranian health system. This could guarantee the universal coverage of services at regional, provincial, and national levels in case of their effective operational partnerships in both "absolute and conditional" states.

Conclusion: The Kammi Schmeer's model recommended by the World Health Organization used in this research could provide a suitable scientific identification tool and administrative support for an indigenous design and deployment of an accreditation model of public and private hospitals in Iran. Obviously, only in case of the effective structural and/or operational interactions of all organizations, ministries, institutions, and Non-Governmental Organizations (NGOs), the realization of the multi-sectoral goals of the country's health care system can be expected from the proposed analytical composition.

Keywords: Stakeholder, Accreditation, Hospital, Kammi Schmeer, Quality of Services.

کاربست مدل تحلیل ذینفعان اشمیر در طراحی الگوی اعتبار بخشی بیمارستان‌های ایران

علی حسن شعبان خمسه^۱، محمدرضا ملکی*^۲، سیدجمال الدین طیبی^۳، شهرام توفیقی^۴

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استاد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت در خدمات بهداشتی یعنی سطحی از خدمات بهداشتی ارائه شده به افراد و جوامع که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب را افزایش دهد و مطابق دانش حرفه‌ای روز باشد. نظام‌های بهداشتی و درمانی دنیا، الگوها و ابزارهای حاکمیتی تنظیم‌گر گوناگونی از جمله اعتباربخشی‌های دوره‌ای و مستمر بیمارستانها را طراحی و به اجرا می‌گذارند. به منظور تضمین کیفیت چنین ابزارهایی لازم است همواره از مهارت تحلیل ذینفعان، یعنی شناخت تحلیلی اشخاص و سازمان‌هایی که در فرآیند اصلاحات بیمارستانی نقش تأثیرگذاری دارند، جهت کسب اطلاعات موثر و صحیح بهره‌برد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی تحلیلی ذینفعان در نظام اعتباربخشی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها: این مطالعه کاربردی به شیوه "توصیفی-تطبیقی" و بر اساس مدل ۸ مرحله‌ای تحلیل ذینفعان "کامی اشمیر" در چهار فاز اجرایی طراحی و با مشارکت و نظرسنجی چند مرحله‌ای از ۲۹ صاحب‌نظر داخلی شاغل در سطوح مختلف فنی و اجرایی (صف و ستادی) نظام اعتباربخشی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی کشور اجرا شد.

یافته‌ها: ترکیب تحلیلی ذینفعان در "الگوی ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران" برخلاف انتظار به مشارکت تنها دو وزارتخانه و سازمانهای بیمه درمانی محدود نبود. کاربری مدل انتخابی منجر به شناسایی ۱۷ گروه از ذینفعان به ترتیب اهمیت در کلیه سطوح نظام بهداشتی و درمانی ایران گردید که در صورت انجام همکاری‌های موثر عملیاتی در دو حالت "قطعی و مشروط" برقراری پوشش فراگیر خدمات در سه سطح کشوری، استانی و منطقه‌ای را تضمین می‌نمایند.

نتیجه‌گیری: کاربری الگوی "کامی اشمیر" که توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت می‌تواند ابزار شناسایی علمی و پشتوانه اجرایی مناسبی در طراحی بومی و استقرار الگوی اعتباربخشی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران باشد. بدیهی است تنها در صورت برقراری تعاملات ساختاری و یا عملیاتی موثر کلیه سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها، نهادها و تشکلهای مردمی با ترکیب تحلیلی پیشنهادی میتوان تحقق اهداف فرابخشی نظام بهداشتی و درمانی کشور را انتظار داشت.

کلیدواژه‌ها: ذینفعان، اعتبار بخشی، بیمارستان، کامی اشمیر، کیفیت خدمات.

مقدمه

نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها بعنوان اصلی‌ترین متولیان تولید، ترویج و ارتقای سلامت در جامعه، الگوها و ابزارهای تنظیمگر مختلفی را با توجه به ویژگی‌های خاص ساختاری، اقتصادی و فرهنگی خود جهت پاسخ به انتظارات مشتریان و ذینفعان، محدودیت منابع، و تقاضای روبه رشد جامعه طراحی کرده و در مراکز ارائه خدمات بستری و سرپایی به اجرا گذاشته‌اند. از جمله مهمترین ابزارهای حاکمیتی می‌توان به انجام اعتباربخشی های منظم دوره ای از بیمارستان های دولتی و خصوصی این کشورها اشاره نمود (۱).

نارضایتی بازیگران بازار سلامت، ضرورت بالا بردن تدریجی کارایی و اثربخشی در بهره‌گیری از امکانات محدود بدنبال تقاضاهایی نامحدوده، اهمیت اصلاحات ساختاری و اجرایی را به واقعیتی انکارناپذیر و پایدار مبدل ساخته است. هرچند پاسخگویی کامل به نیازهای مصرف کنندگان بخش سلامت حتی در پیشرفته ترین کشورهای دنیا نیز عملاً دور از دسترس خواهد بود؛ اما باید پذیرفت دشوارترین بخش از وظایف مدیران، ارزیابی واقع بینانه و بیطرفانه از نتایج و دستاوردهای پایانی برنامه‌های توسعه ملی و قبول اثرات انکارناپذیر عملکرد نظام سلامت در حفظ و تأمین منابع انسانی دیگر بخش‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه خواهد بود (۲). مستند کردن فرآیندهای سلامت کاری نیکو و پسندیده است و گرایش به اخذ گواهینامه‌های مدیریت کیفیت نیز در همین راستا صورت می‌پذیرد (۳). اما نباید فراموش کرد که استقرار هر نظام مدیریت کیفی و اخذ گواهینامه آن به مفهوم کیفی بودن محصول نهایی نیست و این موضوع در مقوله سلامت از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است. چراکه فقدان یا کاهش کیفیت در خروجی نظام سلامت به معنای هدر رفتن پول صرف شده، افت سطح رفاه اجتماعی، و از همه مهم‌تر در مخاطره قرارگرفتن سلامت آحاد جامعه است نهایت آنکه کیفیت در سلامت معنی و مفهوم ویژه‌ای دارد و لذا اخذ گواهینامه‌های رنگارنگ بیانگر دستیابی به کیفیت در سلامت نیست (۴).

رشد چشمگیر سراسر دنیا نسبت به بهبود کیفیت و اصلاحات نظام سلامت که سطوح بالاتری از کیفیت را به ارمغان بیاورد، حاصل افزایش احساس نیاز سیاستگذاران جهت حرکت در این روند بین‌المللی است (۵). از سوی دیگر تا چند سال قبل پزشکان مطمئن بودند آنان تنها ذینفعانی هستند که می‌توانند راجع به کیفیت در خدمات سلامت اظهار نظر کنند اما امروزه تمام صاحبان فرآیند درعرصه ارزشیابی خدمات ذینفع هستند (۷).

بی اغراق می‌توان اذعان داشت شناخت ذینفعان و توجه به ویژگیهای آنان جهت تحقق هر چه زودتر اهداف لازم و ضروری است که در این راستا چارچوب و مدل‌های مختلفی برای آن ارائه گردیده است (۸-۱۰). از سال ۱۹۹۱ تاکنون یکی از شروط اصلی مشاورین سازمان بهداشت جهانی برای قبول همکاری در

پروژه‌های مشترک با سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشورهای عضو در زمینه طراحی سیاست‌های راهبردی نظام اصلاحات، تقویت نگرش "توسعه خدمات جامعه محور" در چارچوب برنامه‌های آموزشی و اصلاحی آن سازمان تحت عنوان "تحولات بخش سلامت" (*Health Sector Reform HSR*) اجرای مقدماتی "مدل تحلیل ذینفعان" بمنظور افزایش اثربخشی عملکرد قبل از طراحی الگوهای اجرایی مبتنی بر چارچوب الگوهای علمی پیشنهادی بوده است (۱۱). زیرا با اجرای این مدل علاوه بر تقویت و انسجام سیاست‌های کلان و درازمدت کشورها همواره امکان برخورداری از پشتوانه‌های نظری و ضمانت اجرایی مناسب ذینفعان واقعی نیز فراهم خواهد بود (۱۲).

تحلیل ذینفعان درخصوص آن دسته از اشخاص و سازمان‌هایی که در اصلاحات بهداشتی ذینفع هستند اطلاعات مفید و صحیحی ارائه می‌دهد. این اطلاعات می‌تواند بعنوان درونداد جهت سایر تحلیل‌ها، توسعه برنامه‌های عملکردی، جهت حمایت بیشتر از یک خط مشی اصلاحات و بعنوان راهنمای فرآیندهای مشارکتی با ساختار آرای توافقی بکار گرفته شود (۱۳، ۱۴). بطور خلاصه "مدل تحلیل ذینفعان" شامل: فرآیند جمع‌آوری و تحلیل سیستماتیک اطلاعات مقدماتی افراد یا سازمان‌هایی با حق مسلم در روند اجرا، ارتقاء و یا توسعه خط‌مشی جاری خاص، جهت تعیین آن دسته منافی است که نتایج اجرایی آینده برنامه‌ها را در پی خواهند داشت (۱۵).

سیاستگذاران و مدیران می‌توانند از مدل تحلیل ذینفعان برای تعیین عاملین کلیدی و بررسی مواردی همچون دانش، منافع، موقعیتها، ارتباطات و اهمیت مرتبط با خط‌مشی بهره‌گیری نمایند (۱۶، ۱۷). این امر به سیاستگذاران و مدیران اجازه می‌دهد تا بطور مؤثرتری با ذینفعان اصلی تعامل داشته و از خط‌مشی یا برنامه‌هایی مشخص، حمایت بیشتری به عمل آورند. درصورت اجرای این تجزیه و تحلیل قبل از اجرای خط‌مشی یا برنامه، سیاستگذاران و مدیران را قادر می‌سازد بمنظور پیشگیری از سوء تعبیرهایی بالقوه و مخالفین خط مشی یا برنامه‌ها را ردیابی نمایند (۱۸). زمانیکه مدل تحلیل ذینفعان و سایر ابزارهای کلیدی مقدماتی برای راهنمایی طراحان استفاده می‌شوند، به نظر می‌رسد که خط‌مشی یا برنامه‌ها با موفقیت بیشتری روبرو باشند (۱۹). لذا این شیوه از آنالیز سریع (*RSA*) شامل مشخصاتی نظیر خط‌مشی، منافع مرتبط با خط‌مشی، موقعیت دربرابر خط‌مشی، ارتباط بالقوه با ذینفعان دیگر و توانایی تأثیرگذاری بر فرآیند تحقق خط‌مشی از طریق اعمال قدرت سازمانی و یا رهبری فردی می‌باشد (۲۰). هدف این مطالعه شناسایی ذینفعان در طراحی الگوی ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران می‌باشد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کاربردی و به شیوه توصیفی-تحلیلی و رویکرد کیفی در سال ۱۳۹۴ به انجام رسید. محیط پژوهش میدانی و شامل

"راهبردی" (PEG: Project Executive Group)، "مشاورین علمی" (PSG: Project Steering Group) و "مشاورین علمی" (PSCG: Project Scientific Consultant Group) شد.

فهرست مقدماتی ذینفعان اعتباربخشی براساس فرآیند، ابزارهای ارتباطی، و شیوه مشارکت تصمیم‌گیرندگان درون‌بخشی و برون‌بخشی در نظام فعلی ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور با مصاحبه از ۲۹ نفر صاحب نظر بصورت همزمان انجام گرفت.

این ۲۹ نفر از اعضای گروه‌های اجرایی، علمی، و راهبردی (کارشناسان فنی و اجرایی) بودند که براساس میزان تشابه وظایف قانونی و ماهیت عملکردشان طبقه‌بندی شده بودند.

در گام سوم: مراحل چهارم، پنجم و ششم مدل "کامی اشمیر" یعنی انتخاب ابزار مناسب، گردآوری اطلاعات، و تکمیل جداول شناسایی ذینفعان به انجام رسید. در این گام و در راستای انتخاب ابزار مناسب، ابتدا با استفاده از منابع علمی و بررسی تطبیقی پرسشنامه‌های موجود، موضوعاتی که باید در اعتباربخشی مورد توجه قرار بگیرد؛ شناسایی شد. سپس با استفاده از مفاهیم (*Concept factoring*) و ابعاد برای شناسایی مولفه‌ها و معیارها اقدام شده و براساس آنها فرم‌های نظرخواهی طراحی شدند. به منظور تعیین روایی و پایایی این فرم‌ها، جلساتی با گروه ذینفعان و نیز گروه صاحب‌نظران برگزار شد و مواردی از نظرات آنها نیز اضافه و یا مورد بازنگری مجدد قرار گرفت. در انتها فرم نظرخواهی تایید گردید. تعداد ۳۶ سوال در ارتباط با زیرمعیارهای عنوان سازمانی، ترکیب اعضا، تیم ارزشیابی، نقش و نوع همکاری بود. برای تکمیل جدول ذینفعان، جلسه حضوری با اکثریت مطلق نمایندگان گروه‌های ذینفع به منظور توصیف نقش و اهمیت مشارکت "ذینفعان" در فرآیند ارزشیابی بیمارستان‌ها در نظام عرضه خدمات سلامت ایران و تشریح ابعاد الگوی مفهومی و نیز رفع اشکالات، ابهامات و تضادهای احتمالی در تفسیر مفاهیم کاربردی پژوهش برگزار شد. همچنین مصاحبه‌های حضوری با اکثریت کارشناسان و صاحبان اصلی فرآیند بمنظور تنظیم و تایید فهرست ذینفعان صورت گرفت.

در گام چهارم: تحلیل ذینفعان و نحوه استفاده از اطلاعات طبق مراحل هفتم و هشتم مدل اشمیر به انجام رسید. در این گام با رویکرد تحلیل چارچوبی و کدینگ داده‌ها و استخراج درونمایه‌های اصلی فعالیت‌های ذینفعان درگیر، جداول مربوطه تهیه شد.

ملاحظات اخلاقی:

در پژوهش حاضر نکات و موازین اخلاقی ذیل مورد توجه بوده است. در تمامی پرسشگری‌ها ضمن هماهنگی مقدماتی، معرفی نامه‌های لازم جهت مصاحبه با مسئولین ذیربط و نیز مجوز استناد به سوابق موجود سازمان‌های ذینفع اخذ گردید. همچنین در مصاحبه با ذینفعان پس از توضیح کاملی از اهداف، مراحل اجرایی،

کلید سازمان‌ها، گروه‌ها و بازیگران نظام سلامت در حوزه اعتباربخشی بیمارستانی بود. جامعه پژوهش که در اینجا نقش منبع اطلاعات و اظهار نظر را داشتند شامل مدیران، کارشناسان و مسئولان سازمان‌ها و بازیگران حوزه اعتباربخشی بیمارستان بود. ذینفعان درگیر در موضوع اعتباربخشی بیمارستان‌ها، پس از شناسایی شدن به صورت هدفمند و با روش گلوله برفی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در مراحل آغازین عبارت بود از کلید واژه "اعتباربخشی بیمارستانی"، تا بتوان در پایگاه‌های اطلاعاتی ماهیت اعتباربخشی را شناسایی و تعریف کرد؛ ابزار گردآوری داده‌ها در مراحل اصلی پژوهش راهنمای پرسشگری و مصاحبه بود. روش گردآوری داده‌ها نیز عبارت بود از جستجو در پایگاه‌های علمی، مطالعه و تحلیل مقالات علمی و اسناد رسمی کشور در حوزه اعتباربخشی، انجام مصاحبه‌های نیمه هدایت شده، و تشکیل جلسات گروهی. به منظور تحلیل ذینفعان از مدل کامی اشمیر استفاده شد (۲۲). این مدل از ۸ مرحله تشکیل شده است که متناسب با آن مراحل پژوهش انجام پذیرفت.

در گام نخست: دو مرحله اول مدل اشمیر یعنی «برنامه‌ریزی برای انجام فرآیند تحلیل» و «تعریف مناسب از سیاست یا مسأله مورد بررسی» انجام پذیرفت. در این گام کارگروه تحلیل ذینفعان تشکیل شده و طی برگزاری جلسات برنامه انجام کار، اهداف تحلیل، نحوه بکارگیری نتایج و استفاده‌کنندگان آن را مشخص نمودند. برای شناخت ماهیت موضوع اعتباربخشی بیمارستان‌ها و تعریف جامع و مناسب و یکسان از مفهوم آن، کلیه مستندات و مقالات در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت.

در گام دوم: مرحله سوم مدل اشمیر یعنی «شناسایی ذینفعان کلیدی در حوزه اعتباربخشی بیمارستان‌ها» صورت گرفت. برای انجام این کار، مسیر زیر طی شد:

۱. مروری بر سوابق مطالعات داخلی و خارجی مرتبط با مباحث کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در نظام‌های سلامت با دو روش توأم میدانی، کتابخانه‌ای و اسنادی شامل: کتب، مجلات علمی، انتشارات، گزارشات رسمی (مکتوب) و دیگر "مستندات" (Literature Review) معتبر بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی و تهیه فیش‌های اطلاعاتی.
۲. برگزاری ۱۴ جلسه مصاحبه حضوری بصورت نیمه هدایت شده با گروه‌های کارشناس و صاحب‌نظر بمنظور توصیف اهمیت وجود رویکرد ارزشیابی و اعتباربخشی در خدمات سلامت و کسب تجربیات تطبیقی جهانی در خصوص مدل‌های ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در نظام‌های سلامت.
۳. گردآوری، یکسان‌سازی و تعریف مفاهیم مرتبط و بررسی اجزاء و فرآیند علمی اعتباربخشی بیمارستان‌ها که منجر به شناسایی ترکیب مقدماتی اعضای گروه‌های "اجرایی"

- انجمن‌های فنی، علمی و تخصصی مرتبط (گروه‌های مدیریتی و پزشکی)
- نمایندگان منتخب گروه‌های مصرف کننده (اعضایی از کمیسیون بهداری مجلس، شهرداری‌ها یا اعضای شوراهای شهر و روستا)
- سازمان نظام پزشکی
- نظام پرستاری
- وزارت اقتصاد و دارایی (تقویت ابعاد مدیریت مالی و طراحی علمی شاخص‌های اقتصادی بیمارستان‌ها)
- موسسه ملی استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران (طراحی استانداردهای فضا، تجهیز و نگهداشت مراکز بهداشتی و درمانی و تدوین پروتکل‌های تولید و واردات تجهیزات پزشکی)
- سازمان بازرسی کل کشور (تقویت ابعاد قانونی نظارت در برخورد بهنگام و قاطع با متخلفان و رفع تداخل وظایف اجرایی در حمایت از مصرف کنندگان)
- وزارت کشور (مشارکت فعال استانداری‌ها، فرمانداری‌ها و شوراهای اسلامی شهر و روستا)
- نماینده قوه قضاییه (تقویت ابعاد حقوقی در برخورد بهنگام و قاطع با تخلفات و رفع تداخل وظایف اجرایی در حمایت از مصرف کنندگان)
- وزارت راه و شهرسازی (تقویت طراحی و تدوین استانداردهای ساخت و ضوابط نگهداشت ابنیه با کاربری‌های بهداشتی و درمانی)

ب: ذینفعان اجرایی - پژوهشی در سطح منطقه ای:

- رئیس یا اعضای هیات امنای دانشکده ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- اعضای هیات علمی دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور
- کارشناسان خبره شاغل در ادارات نظارت و ارزشیابی محیطی
- سازمان‌های بیمه گر.

ج: ذینفعان اجرایی در سطح استانی:

- دفاتر خصوصی مشاوره بیمارستانی زیر نظر دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با همکاری کمیته‌های ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها.
- مدیران منتخب از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی.
- دفاتر بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت.

بر محرمانه ماندن مشخصات فردی و نظرات پاسخگویان علیرغم ضرورت نگهداری جداول و پرسشنامه‌های تکمیل شده تاکید گردیده است. در انتها نیز به کلیه مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل بدون ذکر نام و هویت پاسخگویان مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری:

جامعه پژوهش شامل ۲۹ نفر از صاحب‌نظران از اعضای گروه‌های اجرایی، علمی، و راهبردی (کارشناسان فنی و اجرایی) بودند (۲۷ مرد و ۲ زن) با حداقل دارای ۱۰ سال سابقه خدمتی در پست مرتبط در سطوح مختلف صف و ستادی نظام اعتباربخشی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی کشور بودند که بر اساس میزان تشابه وظایف قانونی و ماهیت عملکردشان جهت اجرای هر یک از مراحل پژوهش طبقه‌بندی شده بودند. جمع آوری داده‌ها از طریق دومرحله پرسشگری باروش تحلیل محتوایی داده‌ها و با در نظر گرفتن معیارهای موثق بودن و قابلیت تثبیت نظرات در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ گردآوری و نتایج با استفاده از آمار توصیفی تحلیل شدند.

نتایج

در جدول ۱- ویژگی‌های ساختاری ذینفعان حوزه اعتبار بخشی بیمارستان‌های کشور نشان داده شده است. ابعاد این ویژگی ذینفعان شامل جایگاه، عنوان سازمانی، اعضاء اصلی، ترکیب تیم ارزشیابی، نقش، و نوع همکاری و همچنین دیگر ویژگی‌های ساختاری این حوزه از نظر میزان تمرکز اجرایی، رسمیت، ماهیت، وابستگی، نوع فعالیت، سطوح سازمانی و مدیریت از آغاز سیاست‌گذاری تا انجام عملیات مشخص شده است.

بر اساس نتایج مربوط به مصاحبه‌ها و بررسی مستندات، فهرست استخراجی ذینفعان در کلیه سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها، نهادها و تشکل‌های مردمی موثر در نظام اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستانی به ترتیب اهمیت از منظر پاسخگویان در هریک از سه سطح سازمانی به شرح زیر شناسایی گردید:

الف: ذینفعان سیاستگذار در سطح کشوری:

- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت سلامت وقت، مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان)
- وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی (معاونت امور رفاهی، شورای عالی بیمه، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان بهزیستی و آرایه استانداردهای کار و مهارت‌های عمومی شاغلین گروه‌های غیردرمانی)
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور (معاونت امور اجتماعی)

جدول ۱- ویژگی‌های ذینفعان و ویژگی‌های ساختاری اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور

جایگاه	عنوان سازمانی	اعضاء اصلی	ترکیب تیم ارزشیابی	نقش	نوع همکاری
درون بخشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تامین اجتماعی	مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان (گروه ارزشیابی بیمارستانی)	دو نفر پزشک از دو رشته تخصصی (داخلی، جراحی عمومی، کودکان، زنان و زایمان و بیهوشی عمومی) یک نفر رادیولوژیست یک نفر کارشناس آزمایشگاه (ترجیحا دکتری)	مشورتی و اجرایی (نظارت) و تدوین (استانداردها)	(غیرانتفاعی)
	سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی مردم نهاد	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	یک نفر کارشناس امور اداری و پرسنلی یک نفر نماینده معاونت درمان (رهبری گروه بعهدہ نماینده معاونت درمان)	مشورتی	ترکیبی (انتفاعی/غیرانتفاعی)
برون بخشی	سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی مردم نهاد	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	در صورت درخواست همکاری مشترک در قالب طراحی، تدوین و استقرار برنامه‌های ملی ارتقای کیفیت خدمات	مشورتی	ترکیبی (انتفاعی/غیرانتفاعی)

ویژگی‌های ساختار

میزان تمرکز اجرایی	رسمیت	ماهیت	وابستگی	نوع فعالیت	سیاستگذاری	سطوح سازمان و مدیریت
تمرکز نسبی (کشوری/استانی)	قانونی	دایمی و غیرمجازی	وابسته به دولت (وزارت بهداشت)	کاملا دولتی (بدون همکاری بخش خصوصی)	کشوری (وزیر بهداشت)	استانی (دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی)

تاثیر گذارند، باید نقش و شرح وظایف هریک از ذینفعان در طراحی و تامین و اجرای خدمات مراقبت از سلامت و به تبع آن نقش ایشان در طراحی محتویات اعتباربخشی و ارزشیابی مشخص شده و سپس باید نقش و شرح وظایف هریک از ذینفعان و اولویت تعهدات قانونی ایشان را متناسب با میزان اثربخشی آنها در فرآیند اعتباربخشی و ارزشیابی به روشنی مشخص کرد.

با عنایت به تاکید اکثریت پاسخگویان بعلت عدم جامعیت مبانی قانونی و نقش پذیری نامناسب سازمان‌های مشارکت کننده در فرآیند‌های جاری اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران، مشخص است که این بخش تاکنون از طراحی ساختاری مطلوب و تعامل مناسب درون بخشی و برون بخشی سازمان‌های ذینفع برخوردار نبوده است.

بررسی عناوین و نقش اجرایی سازمان‌های ذینفع داخلی بیانگر آنست که، در حال حاضر تقسیم حوزه فعالیت ذینفعان در مقوله اعتباربخشی و ارزشیابی رسمی بیمارستان‌ها در ایران به نحوی است که دانشگاه‌ها، سازمان نظام پزشکی، وزارتخانه‌های رفاه و بهداشت هر کدام تنها بخشی از این فعالیت حیاتی را متناسب با ساختار کلان کشور به عهده گرفته اند.

در جدول ۲- گروه‌های ذینفع، فرآیند مشارکت و ابزارهای ارتباطی مشارکت هر یک از ایشان در اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستان‌های کشور فهرست شده است.

در جدول ۳- فهرست گروه‌های ذینفع در اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستان‌های کشور بر اساس سطح تاثیرگذاری و تعهد در واکنش به تغییرات نشان داده شده است. در این جدول محور افقی «تعهد قانونی و شرح وظایف ذینفعان» و محور عمودی «میزان تاثیر (+ و -) ذینفعان در برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور» را نشان می‌دهد.

بحث

همکاری و مشارکت مطلوب کلیه سازمان‌های ذینفع درون بخشی و برون بخشی در سیستم‌های اعتباربخشی خدمات سلامت به منظور تحقق هدف بهبود کیفیت در سطح ملی ضروری خواهد بود. شناسایی علمی و انتخاب شیوه همکاری سازمان‌های مرتبط براساس الگویی معتبر از اهمیت فراوانی برخوردار می باشد. بطوریکه در صورت تنظیم فهرست سازمان‌هایی که به نوعی در فرآیند‌های اداری و اجرایی اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستان‌ها

جدول-۲. فهرست گروه‌های ذینفع در اعتباربخشی و ارزشیابی بیمارستان‌های کشور بر اساس فرایند مشارکت و ابزار ارتباطی

ذینفعان تصمیم‌گیرندگان	فرآیند مشارکت	ابزار ارتباطی مشارکت
شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور	سیاست‌گذاری کلان برنامه‌های سلامت	مصوبات
کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس	تدوین و ابلاغ قوانین و لوایح سلامت	مصوبات
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی	تدوین و ابلاغ آیین‌نامه‌های اجرایی رفاهی و بیمه	مصوبات شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی
وزارت کار و امور اجتماعی	تدوین و ابلاغ آیین‌نامه‌های اجرایی	مصوبات استانداردهای شغلی و ایمنی کارکنان موسسات درمانی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تدوین و ابلاغ آیین‌نامه‌های اجرایی بهداشتی و درمانی	مصوبات مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان و سایر معاونت‌ها
انجمن‌های فنی، علمی و تخصصی	تدوین دستورالعمل‌های علمی و اجرایی سلامت	صاحب‌نظران فنی، مدیریتی و درمانی کشور
سازمان نظام پزشکی	آیین‌نامه اجرایی بهداشتی و درمانی	نماینده ارایه دهندگان خدمت
سازمان نظام پرستاری	آیین‌نامه اجرایی بهداشتی و درمانی	نماینده ارایه دهندگان خدمت
سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی	تدوین و ابلاغ استانداردهای کشوری تجهیزات	مصوبات استانداردهای تجهیزات تشخیصی و درمانی
ریاست یا اعضای هیات امنای دانشکده و دانشگاه‌ها	تدوین و ابلاغ استانداردهای اجرایی استانی	نماینده ارایه دهندگان خدمت
مدیران بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر	تدوین و ابلاغ استانداردهای اجرایی داخل بیمارستان	نماینده ارایه دهندگان خدمت
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور	سیاست‌گذاری کلان بودجه‌ای برنامه‌های سلامت	جامعه مهندسين مشاور/کارشناسان مالی بودجه‌های سلامت
سازمان مسکن و شهرسازی	اجرای استانداردهای طراحی، ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها	مصوبات
نمایندگان مصرف‌کنندگان	نظارت مردمی و اجرای الگوی بهینه مصرف	رضایت‌سنجی/نظرسنجی

جدول-۳. گروه‌های ذینفع در ارزشیابی بیمارستان‌های کشور بر اساس سطح تاثیر گذاری و تعهد در واکنش به تغییرات.

افقی : تعهد قانونی و شرح وظایف عمودی : میزان تاثیر (+ و -)

متعهد	واکنش به تغییرات	
	بی طرف یا بینابین	بدون تعهد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور کمیسیون بهداشت و درمان مجلس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور	سازمان ملی استاندارد ایران وزارت راه و شهرسازی نماینده مصرف‌کنندگان
رئیس یا اعضای هیات‌امناى دانشگاه‌ها مدیران بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر	-----	-----
انجمن‌های علمی و تخصصی سازمان نظام پزشکی سازمان نظام پرستاری	-----	-----

همکاری ذینفعان و طول مدت اعتبار گواهینامه‌های اعتباربخشی و ارزشیابی خواهد داشت. بطوریکه با تنوع یافتن و گسترده شدن انواع خدمات بیمارستان‌ها، طول مدت هر مرحله از اعتباربخشی و ارزشیابی و فاصله قانونی زمان انتظار بازدیدها (نهایی و تکراری) و امکان صدور گواهی نامه موقت در هر مرحله دریافت درخواست ارزشیابی بسیار تعیین کننده خواهد بود (۲۷-۲۳).
با توجه به گستردگی و ماهیت تیمی کار هر چه تعداد مراکز داوطلب و احتمال بازدیدهای مجدد ضروری بیشتر و طول مدت ارزشیابی‌ها طولانی‌تر شود لزوم انجام خودارزیابی‌های مقدماتی از طریق هماهنگ‌سازی همکاری‌های درون بخشی با تعداد مناسب و در دسترس از "گروه‌های ذینفع" بیشتر خواهد شد.

ارتباط وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی عمده‌تأ به این نحو است که وزارتخانه نقش سیاست‌گذاری و تدوین دستورالعمل‌ها و چک لیست‌های نظارتی و ارزشیابی را عهده دار بوده و دانشگاه‌ها بیشتر به عنوان بازوی اجرایی فرآیندهای نظارتی و ارزشیابی محسوب می‌گردند. ازسویی دیگر سازمان نظام پزشکی، وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر از طریق شوراییالی بیمه بعنوان بخش کنترلی بیمه‌ها فعالیت‌های تنظیمی خود را بر اساس منافع مشترک و متقابل عهده دار هستند.
بررسی تطبیقی عناوین سازمانی "ذینفعان درون بخشی" موثر بر فرآیند ارزشیابی خدمات سلامت در کشورهای مختلف بیانگر این نکته بود که به لحاظ "کمی" تعداد موسسات فعال در این مقوله رابطه مستقیمی با تعداد بیمارستان‌ها، نوع و وسعت خدمات، ماهیت

غیرانتفاعی) و امکان بهره‌گیری مستمر از مشاوره‌های ارشادی و اصلاحی مسوولان در فرآیند مشارکت بخشی سیستمی ذینفعان به خوبی اطمینان حاصل گردد. موضوع اخیر نیز در فرآیند بررسی سوابق مطالعات داخلی مرتبط مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

نظریه آنکه به استناد مروری بر متون، تاکنون مطالعات خارجی و داخلی مشابهی براساس الگوی پیشنهادی در حوزه اعتباربخشی بیمارستانها گزارش نشده است. لذا انجام چنین پژوهش جامعی به منظور شناسایی ذینفعان همزمان با ساختار سازمانی، فرآیند اجرایی و نتایج مورد انتظار از ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایران برای نخستین بار توانست برخلاف نتایج مطالعات محدود داخلی و روال سنتی پژوهش‌های حوزه درمان کشور که بیانگر حضور فعال و تاثیرگذار تنها دو گروه ذینفع (وزارتخانه‌های رفاه و بهداشت) بعنوان صاحبان فرآیند و ذینفعان اصلی سیاست‌گذاری و اجرا (کاربست) بود، بر اساس این شیوه‌ای علمی و استناد به اکثریت نظرات استخراجی پاسخگویان به نوعی ضرورت افزایش مشارکت حداقل ۱۷ گروه ذینفع حقیقی و حقوقی از سطوح مختلف سازمانی در این مقوله مهم اثبات گردید.

تشکر و قدردانی: این پروژه با حمایت دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Khamse A. Designing of licensing system, monitoring and evaluation of a comprehensive system of accreditation services in public and private hospitals in Iran. The final report of the joint project between the World Health Organization and the Ministry of Health and Medical Education, Tehran, 2008; (10).
2. Ministry of Health and Medical Education. "Introduction Guidelines of 3000 country's top bed", Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Education, Center for supervision and Accreditation of treatment, Tehran, 2004, (8).
3. Thurston A, Wayne DB, Feinglass J, Sharma RK. Documentation Quality of Inpatient Code Status Discussions. *Journal of pain and symptom management*. 2014; 48 (4): 632-638.
4. Hasan Zade A, Fakhim Zade S. Quality in Health. Social Security Research Institute. Tehran, 2007; (5).
5. Ghale Baghi S. Comparative study of hospital accreditation process of health services in selected

علاوه بر کمیت این گروه‌ها، اهمیت بخشی به کیفیت مشارکت مستمر گروه‌های علمی و تخصصی (پزشکی و پرستاری)، تشکل‌های صنفی یا اجتماعی مدیران بیمارستانی، مصرف‌کنندگان و نمایندگان تشکل‌های صنفی، کنترل مالی و برنامه‌ریزی در مجموعه ذینفعان از طریق رهبری و هدایت مرتبط‌ترین بخش‌ها با حضور فعال باتجربه‌ترین نمایندگان ارزشیابان بیمارستان‌ها در این مقوله بوده و از اهمیت بسیار بالایی برخوردار خواهد بود. نقش آفرینی ذینفعان درون بخشی در راستای نظارت و تدوین استانداردهای ایجاد و عملیاتی (مراقبت‌های مدیریت شده همکاری آنها نیز ترکیبی از فعالیت‌های انتفاعی و غیرانتفاعی (دایمی یا موقت) خواهد بود.

بررسی تطبیقی عناوین "ذینفعان درون بخشی" موثر بر فرآیند ارزشیابی در کشورهای مختلف نیز شامل فهرستی از کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای دولتی، غیردولتی و مردم‌نهادی است که همکاری‌های مشورتی و مشترک خود را در قالب طراحی و تدوین برنامه‌های ملی ارتقای کیفیت خدمات سلامت بصورت ترکیبی از فعالیت‌هایی انتفاعی، غیرانتفاعی و افتخاری ارائه می‌نمایند.

در تعیین کفایت و تناسب تفویض تدریجی اختیارات فعلی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی در بخش اقدامات اصلی ضروریست به تناسب پیشرفت آموزش و تقویت مسئولیت‌های تولی‌گری (ستادی)، میزان آمادگی در واگذاری امور تصدی‌گری اشاره نمود. در بخش اقدامات پشتیبان نیز باید پس از اعتمادسازی لازم، پیش‌بینی امکان برقراری مکانیسم‌های نظارتی غیرمحسوس بر نتایج عملکردی سازمان‌های ذینفع (انتفاعی و

countries and presenting a model for Iran. PhD thesis in Health Services Management, Science and Research Branch of Islamic Azad University. Tehran, 2003.

6. Rodríguez A, Southam-Gerow MA, O'Connor MK, Allin Jr RB. An analysis of stakeholder views on children's mental health services. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014;24(6):862-76.

7. Snyder J, Crooks VA, Turner L, Johnston R. Understanding the impacts of medical tourism on health human resources in Barbados: a prospective, qualitative study of stakeholder perceptions. *International journal for equity in health*. 2013 Jan 5;12(1):2.

8. Elsawah S, Guillaume JH, Filatova T, Rook J, Jakeman AJ. A methodology for eliciting, representing, and analysing stakeholder knowledge for decision making on complex socio-ecological systems: From cognitive maps to agent-based

- models. *Journal of environmental management*. 2015 Mar 15;151:500-16.
9. Mainardes EW, Alves H, Raposo M. Stakeholder theory: issues to resolve. *Management Decision* 2011; 49(2): 226-52.
 10. Parmar BL, Freeman RE, Harrison JS, Wicks AC, Purnell L, De Colle S. Stakeholder theory: The state of the art. *Academy of Management Annals*. 2010 Jan 1;4(1):403-45.
 11. Hinchcliff R, Greenfield D, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors. *BMC health services research*. 2013 Oct 24;13(1):437.
 12. Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S, Iqbal M, Hongwen Z, Ravichandran N, Oladepo O, Pariyo G. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries. *public health*. 2010 Mar 31;124(3):159-66.
 13. Jabbari A, Ferdosi M, Keyvanara M, Agharahimi Z. Analysis of Medical Tourism Industry Stakeholders: Providing Effective Strategies in Isfahan, Iran. *Health Information Management* 2013; 9(6): 2.
 14. De Vries J. The shaping of inventory systems in health services: a stakeholder analysis. *International Journal of Production Economics*. 2011 Sep 30;133(1):60-9.
 15. Aaltonen K. Project stakeholder analysis as an environmental interpretation process. *International journal of project management*. 2011 Feb 28;29(2):165-83.
 16. Gilson L, Erasmus E, Borghi J, Macha J, Kamuzora P, Mtei G. Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project. *Health policy and planning*. 2012 Mar 1;27(suppl 1):i64-76.
 17. Saghafi F, Abbasi K, Keshtkari E. Sustainable value creation framework on stakeholder management (case study: native operating system of Iran). 2014; 13(39): 20-42.
 18. Abihiro GA, McIntyre D. Universal financial protection through National Health Insurance: a stakeholder analysis of the proposed one-time premium payment policy in Ghana. *Health policy and planning*. 2012 Jul 11:czs059.
 19. Wada EK, Tonelotto JD, Matos F, Ribeiro JA. Stakeholder analysis of health tourism: the segment is feasible in Brazil?. *Turismo y Desarrollo: Revista de Investigación en Turisme y Desarrollo Local*. 2012;5(13).
 20. Hawkes C, Ahern AL, Jebb SA. A stakeholder analysis of the perceived outcomes of developing and implementing England's obesity strategy 2008–2011. *BMC public health*. 2014 May 10;14(1):441.
 21. Ancker S, Rechel B. HIV/AIDS policy-making in Kyrgyzstan: a stakeholder analysis. *Health policy and planning*. 2015 Feb 1;30(1):8-18.
 22. Schmeer-K. Process for Developing an Interest Map in Ecuador, Technical Report, No.23.PHR Project. Bethesda, MD: Abt Associates Inc, September 1998, CH:VIII, (pp:18-30).
 23. Caniato M, Vaccari M, Visvanathan C, Zurbrügg C. Using social network and stakeholder analysis to help evaluate infectious waste management: A step towards a holistic assessment. *Waste Management*. 2014 May 31;34(5):938-51.
 24. Haidari AM, Zaidi S, Gul R. Prospects for the sustainability of delivering the Basic Package of Health Services in Afghanistan: a stakeholder analysis/Possibilites de perennisation d'un ensemble de services de sante de base en Afghanistan: analyse des parties prenantes. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2014 May 1;20(5):300.
 25. Della P, Michael R, Tulloch A. Understanding nurses' educational needs in the global setting through stakeholder analysis and electronic polling systems. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*. 2011;24(3):28.
 26. Ngwakongnwi E, Atanga MB, Quan H. Challenges to implementing a National Health Information System in Cameroon: perspectives of stakeholders. *Journal of Public Health in Africa*. 2014 Mar 17;5(1).
 27. Zhan C, Lin L, Wang T. A stakeholder analysis for Telemedicine in China. In *Information Management, Innovation Management and Industrial Engineering (ICIII)*, 2011 International Conference on 2011 Nov 26 (Vol. 2, pp. 492-495). IEEE.