



Identifying the main components of the hospital costs management process

Shahnaz Olyan Ajam¹, Alireza Ghasemizad^{*2}, Abbas Gholtash³

Abstract

Introduction: One of the most important goals of healthcare organizations is cost management in order to save money, provide quality services and achieve customer satisfaction, however, it poses serious challenges for managers. The current study aimed to identify the main components of cost management in hospitals based on a process-orientation approach.

Methods: This qualitative research was conducted using Grounded Theory in Tohid Hospital in Bushehr Province. The population consisted of all knowledgeable authorities and experts in cost and financial management 16 of whom were selected through a purposeful sampling. Data were gathered through a semi-structured interview lasting for 40-50 minutes. Considering the theoretical data saturation, the number of contributors was 16, but in order to ensure the data collection 20 people were interviewed. The data were analyzed using the Corbin and Strauss method, and the credibility was confirmed through plausibility, transformability, reliability and verifiability.

Results: According to the findings, 78 initial codes, 20 primary classes and 7 classes of Hospital Cost Management Strategies were extracted, such as identifying cost centers, setting internal rules and regulations, monitoring and controlling, establishing a costing system, work-group formation and operational planning.

Conclusion: To manage the hospital costs, it is necessary to identify the components of the costs. The components identified in this research are formed in a coherent and organized model to become a useful tool for hospital cost management.

Keywords : Components, Cost management, Hospital, Process

• Received: 09/June/2019 • Modified: 28/Aug/2019 • Accepted: 21/Sep/2019

1. PhD Student, Department of Educational Management, Islamic Azad University, Kazerun, Iran, shahnaz.olyan@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Educational Management, Islamic Azad University, Kazerun, Iran; Corresponding author, Ghasemizad@kau.ac.ir

3. Associate professor, Educational Sciences Field, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran, Gholtash578@yahoo.com

شناسایی مؤلفه‌های اصلی فرآیند مدیریت هزینه‌های بیمارستان

شهناز علیان عجم^۱، علیرضا قاسمی زاد*^۲، عباس قلتاش^۳

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف مهم سازمان‌های بهداشت و درمان، مدیریت هزینه‌ها به منظور صرفه‌جویی در هزینه‌ها، ارائه خدمات باکیفیت و کسب رضایت مشتری است. این مسئله چالش‌های بزرگی پیش روی مدیران قرار می‌دهد. مطالعه حاضر باهدف شناسایی مؤلفه‌های اصلی مدیریت هزینه‌ها بر اساس فرآیند محوری در بیمارستان انجام شد. روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از نظریه پایه و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. جامعه پژوهش از میان مسئولین و کارشناسان آگاه به مدیریت هزینه و امور مالی بیمارستان توحید شهرستان جم از استان بوشهر بود. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساختارمند بود. تعداد نمونه‌ها در مطالعه حاضر بر اساس اصل اشباع نظری ۱۶ نفر بود ولی برای اطمینان بیشتر از نتایج مصاحبه تا نفر بیستم ادامه پیدا کرد. مدت‌زمان هر مصاحبه، ۴۰ تا ۵۰ دقیقه بود. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آنها با استفاده از روش اشتراوس و کوربین صورت گرفت؛ اعتبار یابی از روش قابلیت باورپذیری، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان‌پذیری و قابلیت تأیید پذیری انجام شد. یافته‌ها: ۷۸ کد اولیه، ۲۰ طبقه اولیه و هفت طبقه از «فرآیند راهبردهای مدیریت هزینه بیمارستان» استخراج شد که عبارت از مفاهیم شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه، وضع قوانین و مقررات داخلی، نظارت و کنترل، استقرار سیستم هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه و برنامه‌ریزی عملیاتی بود. نتیجه‌گیری: جهت مدیریت هزینه‌های بیمارستان، شناسایی مولفه‌های هزینه لازم و ضروری است. مولفه‌های حاصل از نتایج این مطالعه به شکل الگوی منسجم و سازمان‌ای است که می‌تواند ابزار مناسبی جهت بهبود و مدیریت هزینه‌های بیمارستانی باشد. واژه‌های کلیدی: مؤلفه‌های هزینه، بیمارستان، مدیریت هزینه، فرآیند

• وصول مقاله: ۹۸/۰۳/۱۹ اصلاح نهایی: ۹۸/۰۶/۰۶ پذیرش نهایی: ۹۸/۰۶/۳۰

۱. دانشجوی دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران، shahnaz.olyan@gmail.com

۲. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران؛ نویسنده مسئول، Ghasemizad@kau.ac.ir

۳. دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران، Gholtash578@yahoo.com

مقدمه

آنچه امروزه بیش از هر چیز دیگر در سازمان‌های درمانی مختلف ارزشمند شده است، توجه به هزینه‌های سازمان و به تعبیری دقیق‌تر مدیریت هزینه‌های سازمان درمانی است. ارزیابی و تحلیل هزینه‌های سازمان، جهت بهینه‌سازی و کسب رضایتمندی مشتری، یک سطح مشخص از برنامه بهبود کیفیت سازمان درمانی است. [۱] بنابراین، مدیریت هزینه برای کمک به سازمان‌ها و به منظور ارائه کالاها و خدمات با کیفیت، در محیط رقابتی کاربردی است. [۲] هدف اصلی تمام نظام‌های سلامت، ارتقاء سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و کسب رضایت بیماران است، این نظام‌ها همواره تلاش می‌نمایند تا با افزایش ارتقای کیفیت و کارایی، شاخص‌های مربوط به اهداف عالی خود را بهبود ببخشند. [۳]

از آنجا که بیمارستان، به عنوان بازوی مهم ارائه خدمات سلامت، قسمت عمده منابع نظام سلامت را به خود اختصاص داده، افزایش سریع و روزافزون هزینه‌های بخش سلامت در سراسر جهان متخصصین اقتصادی، مدیران، پزشکان و پرستاران را در راستای یافتن شیوه‌هایی نوین برای محدودسازی هزینه‌ها به چالش کشیده است. [۴ و ۵] بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید در اندیشه دستیابی به فرآیندهایی باشند که تصویر روشنی از رفتار اقتصادی-مالی بیمارستان تحت نظارت را برای بقا در محیط‌های رقابتی و پویا ارائه دهند. [۶] چراکه یکی از عوامل حیاتی موفقیت در مدیریت اثربخش سلامت، درک صحیح هزینه‌ها و کنترل آنها است. [۷]

اطلاعات هزینه‌ها و قیمت تمام شده خدمات بیمارستانی می‌تواند در تخصیص بهینه منابع، اصلاح بودجه و نرخ تعرفه کارساز باشد. [۳] هزینه‌ها و مخارج به‌طور روزافزون در حال صعود است و تأمین منابع مالی برای ادامه حیات و جلوگیری از وقفه در روند ارائه خدمات الزامی است. لذا، مراکز درمانی به‌عنوان یک بنگاه اقتصادی باید از هزینه‌یابی و تحلیل هزینه‌ها در راستای استفاده اثربخش از منابع و ارتقای بهره‌وری استفاده نمایند. [۶] تحلیل هزینه‌ها در بیمارستان به‌مثابه ابزاری است که می‌تواند مدیریت را در فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم، جهت گرفتن تصمیم‌های آگاهانه مدیریت

هزینه‌های بیمارستان یاری رساند. [۸] از طرفی تحلیل هزینه می‌تواند کمکی برای استفاده بهتر از منابع محدود عملکرد و اتخاذ سیاست‌های مناسب به‌منظور افزایش کارایی، اثربخشی، تخصیص بهینه منابع و بهبود کیفیت خدمات داشته باشد. [۹]

بهبود خدمات درمان و دستیابی به بالاترین استاندارد مراقبت، جزء مهم‌ترین اهداف سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. [۸] در بین اجزای مختلف سیستم‌های سلامت، خدمات بیمارستانی عمده‌ترین عامل رشد هزینه در بسیاری از کشورها است. [۴] مراقبت‌های بیمارستانی حدود ۴۰ درصد از مخارج بخش دولتی سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. [۴] این هزینه‌ها عموماً از محل درآمد ناخالص داخلی تأمین می‌شوند. هزینه‌های بخش بهداشت و سلامت در جهان، هشت درصد و در کشور ایران حدود هفت درصد تولید ناخالص داخلی را به خود اختصاص داده است. [۵] مطالعات زیادی در زمینه تعیین هزینه و قیمت تمام شده خدمات، مواد و کالاها در بیمارستان‌ها صورت گرفته است؛ از جمله، زندیان و همکاران در سال ۲۰۱۳، از پژوهشی درباره واحدهای رادیولوژی چهار بیمارستان عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، به این نتیجه رسیدند که بیشترین سهم از هزینه‌های صرف شده برای ارائه خدمات رادیولوژی در هر چهار بیمارستان، مربوط به هزینه‌های مستقیم و عملیاتی است. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که بین قیمت واقعی خدمات رادیولوژی و تعرفه‌های مصوب تفاوت وجود دارد. [۶] ارگان در سال ۲۰۱۳، به این نتیجه رسید که هزینه‌های آزمایش‌های پاتولوژی در تعرفه بهداشت و درمان با واقعیت تفاوت چشمگیری دارد. [۷] افشاری و همکاران در سال ۲۰۱۰، در مطالعه‌ای به بررسی هزینه تمام‌شده خدمات در مرکز تصویربرداری مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که با مدیریت هزینه‌ها و حذف هزینه‌های غیرضروری، بهای تمام شده خدمات با حفظ بهره‌وری لازم کاهش می‌یابد و سازمان را قادر به ادامه حیات و توسعه بر پایه فعالیت‌های استراتژیک خود می‌کند. لویز و همکاران در سال ۱۹۹۶، در مطالعه‌ای هزینه‌های واقعی خدمات بستری، اورژانس و سرپایی در یک بیمارستان واقع در کشور

از استان بوشهر در سال ۱۳۹۷ بودند. در این مطالعه بعد از اخذ مجوزهای سازمانی، نمونه‌گیری به شکل هدفمند انجام شد. [۱۶]

معیارهای ورود به مطالعه، شاغل بودن در واحدهای مورد نظر، آشنا بودن به قوانین، رسمی بودن، داشتن تحصیلات مدرک کارشناسی به بالا، تجربه کاری پنج سال یا بیشتر و تمایل به شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه بود و برای طراحی سوالات مصاحبه پژوهشگر با بررسی ادبیات پژوهشی و مشاوره با اساتید راهنما و مشاوره برخی از متخصصین سوالات مصاحبه را طراحی نمود. مصاحبه به شکل نیمه ساختار یافته (Semi-structured interview) و سوالات از نوع سؤالات نیمه باز بود. در روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و سوالات نیمه باز، پژوهشگر و شرکت‌کننده برای بحث بیشتر در مورد موضوع یا سوال آزاد هستند. این روش به محقق این اجازه را می‌دهد تا برای بررسی یک موضوع با جزئیات بیشتر، علاوه بر سؤالاتی که در راهنمای مصاحبه مشخص شده است؛ سؤالات بیشتری را از شرکت‌کننده بپرسد. همچنین، محقق می‌تواند به بررسی مسائلی که در حین مصاحبه در رابطه با موضوع مورد بحث به وجود می‌آید، بپردازد. [۱۷]. اطلاع و توجه کامل مصاحبه‌گر، ایجاد جو دوستانه، توجه و علاقه مصاحبه‌گر، نظم در ارائه سؤال‌ها، نشان ندادن عکس العمل به پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان، ایجاد اطمینان و اعتماد مبنی بر عدم هیچگونه خطر و ناامنی به مصاحبه‌گر، اطلاع و رضایت مصاحبه‌شونده از روش چگونگی ثبت و ضبط داده‌ها، پرهیز از هر گونه سونگری و ارائه پاسخ صریح مصاحبه‌کننده نکاتی هستند که پژوهشگر ملزم به رعایت آن است. مصاحبه‌ها ابتدا از کارمندان بخش‌ها شروع شد و با ادامه مصاحبه‌ها و با توجه به مفاهیم ایجاد شده به نظر رسید که افراد دیگر مانند مسئولین و روسای بخش‌های بیمارستان مانند امور مالی، تجهیزات، امور دارویی و مدیریت داخلی می‌توانند اطلاعات بیشتری به داده‌های قبلی اضافه نمایند. راهنمای مصاحبه در این پژوهش شامل تعدادی سوال کلی بود که در جدول یک آمده است.

مدت زمان هر مصاحبه حدود ۴۰ تا ۵۰ دقیقه و در سه روز کاری بطول انجامید. مصاحبه‌ها از نفر ۱۶ به بعد، مشابهت در جواب‌های ارائه‌شده با پاسخ‌های قبلی را نشان دادند و چیزی به

دومینیکن را تحلیل کردند و به این نتیجه رسیدند که بودجه تخصیص داده شده به این بیمارستان، ۵۰ درصد بیش از هزینه‌های واقعی خدمات ارائه شده بوده است. [۹]

با توجه به اینکه فرآیند مدیریت هزینه‌ها به شکلی پیچیده و متأثر از جنبه‌های گوناگون و تعاملات مدیریت و کارکنان است، روش نظریه پایه انتخاب شد. [۱۰] در مواردی که پژوهش مورد نظر بدون وجود چارچوب تئوری و تعامل‌گرایی نمادین به‌عنوان چارچوب توضیحی مطالعه انجام می‌شود و به جای تبیین رفتارها و فرآیندها، به توصیف آن‌ها می‌پردازند از این روش یعنی نظریه پایه استفاده می‌شود. [۱۱] لذا، در پژوهش حاضر هدف استفاده از تجربیات و ایده‌های کارکنان و کارشناسان آگاه در زمینه امور مالی، در خصوص چگونگی مدیریت هزینه‌های بیمارستان، با استفاده از تبیین فرآیند مدیریت هزینه‌ها، از طریق شناسایی مولفه‌های آن با روش مطالعه کیفی، به‌صورت ترسیم طرح و الگویی به شکل فرآیندی می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی (Research Qualitative) با رویکرد نظریه برخاسته از داده (Grounded Theory) یا نظریه پایه از نوع سامانمند (Systematic) است. [۱۲] نظریه پایه نوعی روش تحقیق کیفی در «عرصه» محسوب می‌شود که در پی جستجو و توصیف پدیده‌های تجربه‌شده در محیط‌های طبیعی نظیر بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های سرپایی است. [۹] منظور از مطالعه در «عرصه» بررسی عمیق اعمال، رفتارها یا گروه‌ها به همان صورتی است که در زندگی واقعی روی می‌دهد و به دلیل قدرت بالای توضیح‌دهندگی این روش، نظریه پایه رویکرد مبنایی برای مطالعه محسوب می‌شود. [۱۳ و ۱۴] به‌طور کلی مراحل انجام نظریه پایه به چهار مرحله اصلی تقسیم شد. ابتدا سؤال پژوهش تعیین شد. سپس، همکاران تحقیق یا مشارکت‌کنندگان انتخاب شدند. بعد از آن نیز جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها انجام شد. [۱۵]

نمونه‌های این مطالعه، مشارکت‌کنندگان شاغل در امور مالی، دارویی، تجهیزات، انبار دارویی در بیمارستان توحید شهرستان جم

یافته‌ها اضافه نشد و اصطلاحاً یافته‌های مصاحبه به حد اشباع رسید، اما جهت اطمینان بیشتر تا نفر ۲۰، مصاحبه ادامه یافت.

جدول ۱: سوالات کلی کیفی مطالعه

ردیف	سوالات
۱	چه عواملی می‌تواند بر هزینه‌های بیمارستان تأثیر گذار باشد؟
۲	چگونه می‌توان هزینه‌های بیمارستان را تعدیل کرد؟
۳	در بخش شما عوامل تعدیل و افزایش هزینه‌ها به چه صورت هست؟
۴	عوامل مؤثر در ساماندهی هزینه‌های بیمارستان کدام است؟
۵	چه تجاربی در زمینه مدیریت هزینه‌ها و تقلیل آن داشتید؟

سنجش معیارهای دقت مطالعه (Trustworthiness) اقداماتی نظیر ارزیابی توسط شرکت کنندگان (Member Cheek) و مرور توسط افراد غیر شرکت کننده (اساتید دانشگاه) صورت گرفت. در بازنگری توسط شرکت کنندگان از آنان خواسته شد که درباره یافته‌های تحقیق، نظر خود را بیان کنند و اندازه طبقات حاصل تا چه میزان مطابق تجربیات و دیدگاه‌های آنان است. کلیه شرکت کنندگان یافته‌ها را مطابق تجربیات و دیدگاه‌های خود یافتند. [۱۸] به‌طور کلی روش‌های انجام شده عبارت از تطبیق توسط مشارکت کنندگان، بررسی همکار، مشارکتی بودن پژوهش و بازاندیشی پژوهشگر بود.

در تطبیق توسط مشارکت کنندگان، برخی از مشارکت کنندگان گزارش‌هایی مرحله نخست، فرآیند تحلیل، یا مقوله‌های به‌دست آمده را بازبینی کرده و نظر خود را در ارتباط با آن‌ها ابراز داشتند. در بررسی همکار، اساتید راهنما و مشاور و سه تن از دانشجویان مرتبط، به بررسی یافته‌ها و اظهارنظر درباره آن‌ها پرداختند. در مرحله مشارکتی بودن پژوهش، به‌طور هم‌زمان از مشارکت کنندگان در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد. در بازاندیشی پژوهشگر تا حد امکان تلاش شد سوگیری و پیش‌داوری مطالعه کنترل شود. [۲۳]

یافته‌ها

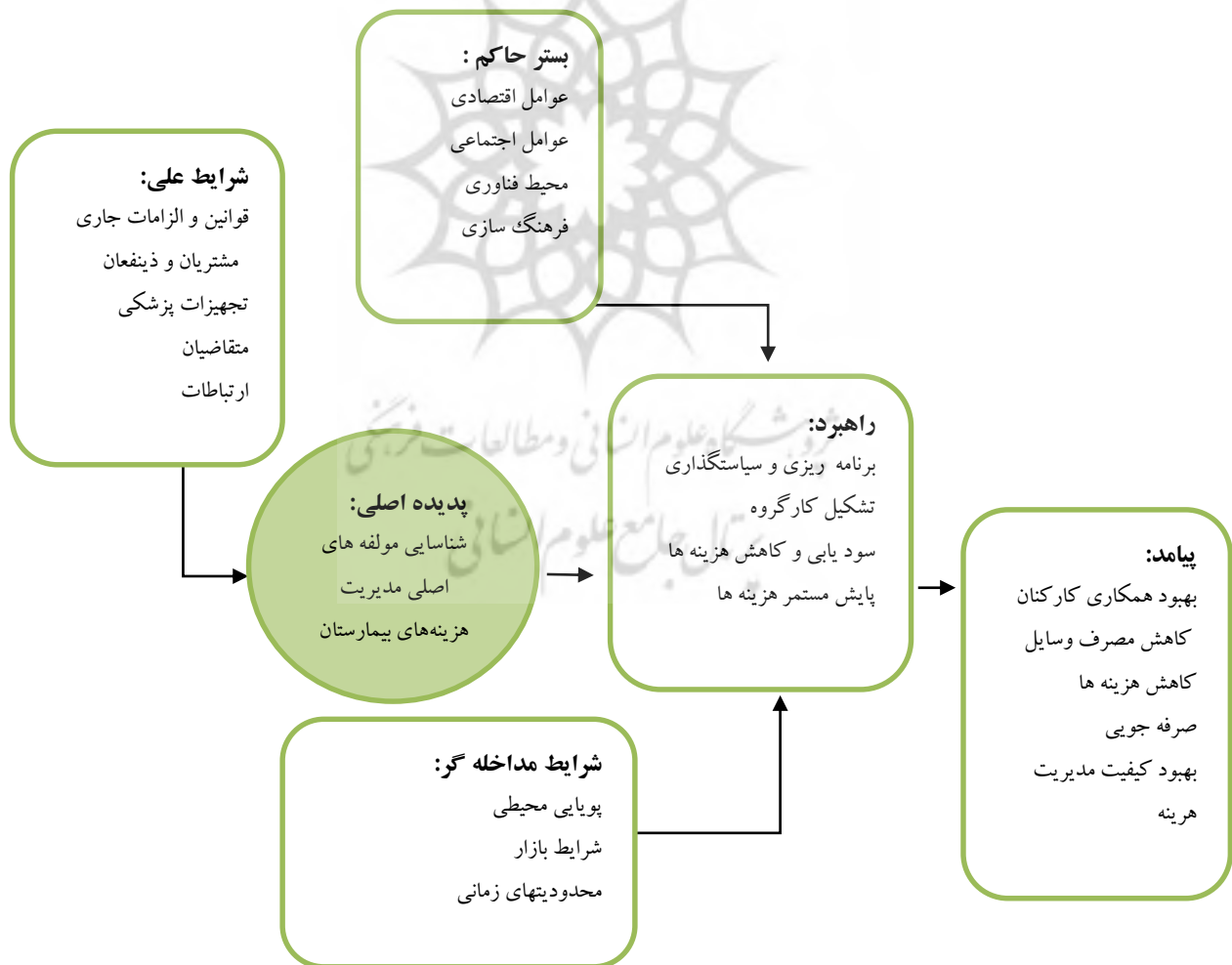
شرکت کنندگان این مطالعه شامل ۲۰ نفر بودند. پراکندگی آنها شامل چهار زن و ۱۶ مرد بود که همه از کارکنان رسمی و دارای سابقه کار پنج سال و بیشتر داشتند. تمام شرکت کنندگان سابقه فعالیت حرفه‌ای در واحدهای مالی بیمارستان و یا مسئولیتی در بخش‌ها را داشتند. پنج مشارکت کننده، از مدیران ارشد واحدهای مطالعه و ۱۵ نفر از کارمندان بخش‌های مذکور بودند. جدول دو مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان را نشان می‌دهد.

جدول ۲: دموگرافیک شرکت کنندگان پژوهش

مشارکت کنندگان	جنس	تحصیلات	سن	سابقه کار	وضعیت استخدامی	پست سازمانی
۲۰ نفر	زن	کارشناسی ارشد	۳۰-۳۵	۱۰-۶	رسمی	مسئول بخش
۲۰ نفر	مرد	کارشناسی ارشد	۳۶-۴۵	۱۰-۶	پیمانی	مسئول بخش
۴	زن	۱۸	۶	۱۴	۲۰	۵
۱۶	مرد	۲	۱۴	۶	۱۴	۱۵

جهت مدیریت مالی بیمارستان بود. راهبردهای عملکرد عبارت از برنامه ریزی جهت مدیریت هزینه ها، سیاستگذاری و بهبود کیفیت در مدیریت هزینه ها، سود یابی و کاهش هزینه ها بود. عوامل مداخله گرشامل پویایی محیطی، شرایط بازار و محدودیت های زمانی بود. پیامدهای عملکرد شامل بهبود همکاری مشترک در بخش های مختلف بیمارستان در جهت کاهش هزینه ها و مصرف وسایل مصرفی، صرفه جویی در هزینه ها، ارتقا و بهبود کیفیت مدیریت هزینه ها بود. الزامات زمینه ای عبارت از عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیط فن آوری، فرهنگ سازی و آموزش درست مصرف کردن لوازم و کالاهای مصرفی و یکبار مصرف و استفاده صحیح از تجهیزات پزشکی بود. شکل یک کدگذاری محوری براساس مدل پارادایم را نشان می دهد.

پس از گردآوری نکات کلیدی و مفاهیم، اطلاعات دسته بندی شده نتایج کدگذاری براساس کد اصلی، کد فرعی و کد ثانویه استخراج شدند. در ادامه فرآیند کدگذاری با اتصال کدهای حاصل از کدگذاری باز و مشخص کردن ارتباط بین آنها، کدگذاری محوری انجام شد و مقوله مرکزی انتخاب گردید که همه مقوله های فرعی به نوعی با آن در ارتباط بودند و به آن بازمی گشتند. با مشخص کردن مقوله محوری، سایر مقوله های شناسایی شده در فرآیند کدگذاری باز حول محور مقوله محوری به عنوان شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط میانجی، تعاملات و پیامد ها سازماندهی شدند. عوامل علی عبارت از قوانین و الزامات جاری، مشتریان و ذینفعان، تجهیزات پزشکی، متقاضیان و ارتباطات بود. پدیده محوری شامل مدیریت هزینه های بیمارستانی و در نتیجه، سیستم های هزینه یابی در



شکل ۱: کدگذاری محوری براساس مدل پارادایم

در این مطالعه ۷۸ کد اولیه، ۲۰ طبقه اولیه و هشت طبقه از «مؤلفه‌های اصلی مدیریت هزینه‌های بیمارستان شناسایی» شدند که عبارت از مفاهیم شناسایی مکان‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه، نظارت و کنترل، وضع قوانین و مقررات داخلی، استقرار سیستم هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه و برنامه‌ریزی عملیاتی بود. در ادامه، چند نمونه از مصاحبه‌ها آورده شده است.

پاسخ به سوال های مربوط به شناسایی مکان های هزینه

بر

مدیران بیمارستان‌ها باید در اندیشه دستیابی به فرایندهایی باشند که هر چه بهتر و شفاف‌تر تصویر روشنی از رفتار اقتصادی-مالی بیمارستان را ارائه دهد؛ بنابراین، شناسایی کانون‌هایی که در آن بیشترین هزینه‌ها صورت می‌گیرد از اهمیت بیشتری برخوردار است. در این مورد نمونه‌هایی از مصاحبه‌ی شرکت‌کنندگان در ذیل آمده است: (م به معنای مصاحبه‌شونده است)

«برای کاهش هزینه‌ها، قبل از هرچیز شناسایی عواملی که باعث صرف هزینه‌هایی شود، باید شناخته شود» م ۱ سن ۳۵، مرد. «مسیرهایی که باعث صرف هزینه می‌شود باید بررسی شود»، م ۲ سن ۴۳، مرد. «جاهایی هستند که متأسفانه به دلیل به چشم نیامدن، فکر می‌کنند که هزینه‌بر نیستند، در صورتی که هزینه‌ها در آنجا هم باید دیده شود»، م ۳ سن ۳۴، مرد. «برای بررسی و جلوگیری از هزینه‌های اضافی و دقت در کنترل آنها باید بینیم هزینه‌ها بیشتر در کجا صرف می‌شود» م ۴ سن ۴۳، زن. «در حال حاضر بخش‌ها و واحدهایی هستند که در آنجا کنترل هزینه‌ای صورت نمی‌گیرد باید مشخص شوند و هزینه‌های آنجا ثبت و کنترل گردد» م ۴ سن ۴۴، مرد.

پاسخ به سوال های مربوط به فرهنگ‌سازی / تقویت

فرهنگ‌سازمانی

فرهنگ سازمانی مجموعه‌ای از باورها و ارزش‌های مشترکی است که بر رفتار و اندیشه اعضای سازمان اثر می‌گذارد و می‌تواند نقطه شروعی برای حرکت و پویایی و یا مانعی در راه پیشرفت به شمار آید. بنابراین، مهمترین عاملی

که می‌تواند باعث تغییر و تحول در هر سازمانی شود تقویت فرهنگ سازمانی آن است. «درست مصرف کردن و بکار بردن صحیح تجهیزات، ابزار و وسایل پزشکی به کارکنان آموزش داده شود. واقعاً بعضی کارکنان بلد نیستند با دستگاه‌ها درست کار کنند. بارها دیده شده که علت خراب شدن دستگاه‌ها به خاطر استفاده ناصحیح از وسیله بوده» م ۵ سن ۳۸، مرد. «برای گرفتن خون‌گیری از بیماران دیده شده که چندین سرنگ مصرف شده و نکات صرفه‌جویی را رعایت نمی‌کنند» م ۱۳ سن ۳۷، زن. «استفاده نابجا از وسایل و ابزار بخش‌ها مثلاً کارگران خدماتی از گاز برای تمیز کردن میز بیمار استفاده می‌کنند» م ۱۶ سن ۳۶، زن. «بی‌مسئولیتی بعضی از کارکنان و عدم دلسوزی نسبت به اموال محل کارشان باعث می‌شود که خود را مقید به حفظ اموال و صرفه‌جویی نکنند» م ۱۴ سن ۳۸، مرد.

پاسخ به سوال های مربوط به ایجاد قوانین و مقررات

داخلی

مدیریت با ایجاد بانک اطلاعاتی جامعی از مجموعه قوانین و مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها، ابلاغیه‌ها و دستورالعمل‌ها مالی بالاخص در زمینه صرفه‌جویی‌ها، کنترل هزینه‌ها و در اختیار قرار گذاشتن آن به کارکنان زیر مجموعه خود، باعث آگاهی از شرح وظایف و مسؤلیت آنان در مقابل مقررات وضع شده از سوی مدیریت می‌شود و کارکنان خود را مؤظف به انجام این قوانین و مقررات می‌کنند. «قوانین داخلی به شکل مدون توسط رئیس بیمارستان و کارشناسان مالی وضع شود و این قوانین ضمانت اجرایی داشته باشند و همه ملزم به انجام آن باشند» م ۱۸ سن ۴۵، مرد. «قوانین مکتوب شود و به بخش‌ها و واحدها ابلاغ گردد. چون اگر مکتوب باشد کارکنان خود را بیشتر به انجام آن ملزم می‌دانند» م ۱۱ سن ۴۲، زن.

پاسخ به سوال های مربوط به مکانیسم‌های کنترلی و

نظارتی

کنترل و استقرار سیستم‌های کنترلی، یکی از بحث‌های زیربنایی در مدیریت است. کنترل به معنای نظارت دائمی

پیگیری می نمایند. «برای نظارت و پیگیری اقدام اصلاحی و گزارش‌ها هزینه‌ها باید یک کارگروه تشکیل شود این کارگروه وظیفه‌اش نظارت و کنترل دقیق هزینه‌ها است» م ۱۵ سن ۴۳، زن. «کلیه خرج‌ها و هزینه‌های بخش‌ها و واحدها باید توسط این کارگروه نظارت و کنترل شود «م ۸ سن ۴۰، مرد. «کارگروه باید اختیار داشته باشد؛ یعنی رئیس به آنها تفویض اختیار دهد. این‌ها باید حتی روی خریدها هم نظارت داشته باشند» م ۴ سن ۳۱ زن. «این کارگروه می‌تواند به شکل کمیته هم فعالیت داشته باشد و توسط رئیس بیمارستان انتخاب شود که وظیفه‌اش، نظارت و کنترل بر هزینه‌های بیمارستان است» م ۱۸، سن ۳۹، مرد.

پاسخ به سوال‌های مربوط به برنامه‌ریزی عملیاتی

برنامه‌ریزی عملیاتی شامل فعالیت‌ها و گام‌های ویژه‌ای جهت رسیدن به اهداف تعیین شده می‌باشد. به عبارتی برنامه‌ریزی عملیاتی شامل اقدامات تفصیلی برای رسیدن به اهداف است. تدوین برنامه‌های عملیاتی می‌تواند تا حد قابل توجهی از اتلاف هزینه و زمان بکاهد و انگیزه‌های سازمانی را برای رسیدن به هدف تقویت نماید. «برای اینکه بتوانیم هزینه‌ها را خوب مدیریت کنیم باید برای آن، هدف تعیین کنیم و آن را در برنامه‌های عملیاتی سالیانه بیمارستان لحاظ کنیم» م ۷ سن ۴۳، مرد. «برنامه‌تدوین شده باید قابلیت اندازه‌گیری داشته باشند و بتوان میزان پیشرفت آن را اندازه گرفت» م ۵ سن ۴۴، مرد. «میزان رسیدن به اهداف، میزان موفقیت در مدیریت هزینه‌ها را نشان می‌دهد اگر به اهداف تعیین شده نرسیده باشیم، پس در مدیریت هزینه‌ها هم موفق نخواهیم بود» م ۸ سن ۴۱، زن. «برنامه‌های تدوین شده باید طوری تدوین شود که میزان پیشرفت یا عدم پیشرفت برنامه را نشان دهد.» م ۱۹ سن ۳۷، مرد. «رئیس بیمارستان با همکاری مسئولین مالی و کسانی که در امور مالی مشغول کار هستند، می‌توانند برنامه مدیریت هزینه‌ها را به شکل اهداف تدوین کنند» م ۱۵ سن ۴۱، مرد. در نهایت «مدل مدیریت هزینه‌های بیمارستانی با توجه به مؤلفه‌های شناسایی شده به شکل فرآیند محوری» به صورت شکل دو، براساس مفاهیم استخراج شده از مصاحبه بدست آمد.

بریک فعالیت است که اطمینان از انجام دادن آن اقدام طبق برنامه از پیش تعیین شده، حاصل شود؛ بنابراین، مدیریت همواره با توجه به خروجی‌ها و عدم انطباق آن با برنامه مورد انتظار، ناچار به ایجاد سیستم‌های نظارتی و کنترلی هست. در واقع نظارت، با هدف اعمال اصلاحات لازم برای پیشگیری از ایجاد انحرافات انجام می‌شود و کنترل، فرآیندی مستمر برای اطمینان از انطباق نتایج واقعی با برنامه‌های پیش‌بینی شده است. «اگر بخواهیم برنامه‌ای جهت مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان ترتیب دهیم حتماً روی آن باید سیستم نظارتی باشد» م ۱۲ سن ۴۴، زن. «مدیر می‌تواند فردی را جهت بازرسی و نظارت مستمر در امر هزینه‌های بیمارستان تعیین کند» م ۱۸ سن ۳۸، مرد. «مدیر، گزارش‌های ناظرین را مرتب باید پیگیری باشد و برای آنها وقت بگذارد» م ۱۶ سن ۳۵، زن.

پاسخ به سوال‌های مربوط به سیستم‌های هزینه‌یابی

مدیران جهت تصمیم‌گیری بهتر و عقلایی‌تر در بخش مالی و اقتصاد سازمان، نیازمند این هستند که سیستمی جهت مدیریت هزینه‌ها تعبیه نمایند. این سیستم می‌تواند از طریق مشاوره با متخصصین در این حوزه صورت بگیرد. «پیگیری هزینه‌ها و انجام نظارت و گزارش‌گیری آن معمولاً کاری پیچیده و پرکار است و نیاز به کارشناسی دارد» م ۱۷ سن ۳۶، زن. «به دلیل پیچیده بودن پیگیری هزینه‌های بیمارستان نیاز به سیستمی کردن آن توسط متخصص و کارشناسان آن هست» م ۴ سن ۳۳، مرد. «اگر به شکل سیستمی اقدام شود، راحت‌تر می‌شود گزارش‌گیری و پیگیری هزینه‌ها را انجام داد» م ۱۸، سن ۳۹، زن. «اگر برای ثبت و ردیابی هزینه‌ها سیستمی تهیه شود، می‌توان راحت‌تر ماهانه گزارش تهیه کرد و نسبت به آن اقدام کرد» م ۱۱ سن ۴۵، مرد.

پاسخ به سوال‌های مربوط به تشکیل کارگروه/کمیته

ارزیاب

کارگروه، گروهی از کارکنان با تجربه و متخصص یک سازمان هستند که با انتخاب شخص مدیر در جهت رسیدن به هدفی مشترک با یکدیگر همکاری می‌کنند. این کارگروه وظیفه بررسی، نظارت و ارائه گزارش به مدیر هستند و هر گونه خدمات نامطبق را جهت انجام اقدام اصلاحی ثبت

بر مدیریت هزینه در شرکت پالایش گاز فجر جم پرداخته‌اند، مشخص شده است. یافته‌ها نشان داد که سیستم هزینه‌یابی کیفیت مناسب، راه‌حل مناسبی جهت کاهش مشکلات مدیریت هزینه است. [۳۶] همچنین، راتاناتانجا و همکاران در سال ۲۰۱۲ تحقیقی در کشور سری‌لانکا در خصوص مدیریت هزینه‌ها انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که راه‌حل غلبه بر مشکلات مدیریت هزینه استفاده از روش‌های نوین مدیریت هزینه شامل هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت و هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا است. یافته‌ها سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا را به‌عنوان سیستم مناسب‌تر و ارزان‌تری نسبت به سیستم سنتی هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت معرفی نمود. [۳۷] رنزربرگ Rensbur و همکاران در سال ۲۰۱۲ در بیمارستان هلن جوزف با استفاده از روش هزینه‌یابی بر اساس فعالیت (ABC) تخمین واقع‌بینانه‌ای از سیستم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشت روان به‌دست آوردند و به ایجاد یک چرخه تضمین کیفیت پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که روش ABC می‌تواند مدیریت هزینه‌های مرکز را تسهیل نماید و موجب بهینه‌سازی هزینه‌ها شود. [۳۸]

بهرامی و همکاران در سال ۲۰۱۰ نیز در مطالعه‌ای قیمت تمام شده خدمات بخش رادیولوژی بیمارستان شفای شهر کرمان را بر اساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت محاسبه نمودند و دریافتند که می‌توان از طریق بهبود عملکرد، بخصوص اصلاح اقدامات مدیریت منابع انسانی و نیز استانداردسازی مصرف به‌منظور کاهش هزینه‌های مصرفی، قیمت تمام شده خدمات را کاهش داد.

مفهوم «تشکیل کارگروه/کمیته ارزیاب» با مطالعات جین و بین در سال ۲۰۱۲ همخوانی دارد. در این پژوهش که برای حل مشکلات مدیریت هزینه انجام شده بود، داده‌های پنهانی در دولت چین از سال ۱۹۹۹ تا سال ۲۰۰۸ بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل حکومتی و نظارتی ضعیف، مهم‌ترین علل طرح مشکلات مدیریت هزینه هستند. لذا، ارتباط و هماهنگی قوی به همراه نظارت مناسب بر کاهش مشکلات مدیریت هزینه مؤثر هستند. مفهوم «لزوم مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی» با مطالعات پاول و جورج در سال ۲۰۱۴ که در تحقیقی به بررسی

بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت» به این نتیجه رسید که بیشترین افزایش کسورات در خدمات پاراکلینیکی بیمه تأمین اجتماعی مشاهده شده است. علت این امر را می‌توان به بالا بودن حجم اسناد این بیمه یا نامساوی بودن مراجعین تحت پوشش بیمه‌ها نسبت داد. با این وجود، بهتر است علل کسورات به تفکیک بیمه‌ها بررسی شوند و راهکارهایی جهت کاهش کسورات بیمه‌ای ارائه شود. [۲۸] فریدونی در سال ۱۳۹۷، در مطالعه «اتلاف منابع بیمارستانی طرح تحول سلامت در زمینه مطالعات و اسناد پزشکی» مهم‌ترین راهکارهای کاهش هزینه‌ها را ایجاد نرم‌افزارهای استاندارد برای تأیید صلاحیت، مطالبات، برنامه‌های الکترونیک بیمار محور و کاهش کسورات بیمه‌ای دانست. [۲۹] در مورد هزینه‌های دارویی، دارو، حلقه جدایی‌ناپذیر از زنجیره درمان است و نقص فرآیند درمان به دلیل هزینه بالای دارو یا عدم دسترسی مناسب به دارو، مطمئناً هزینه‌های بیشتری را در فرآیند درمان به دنبال خواهد داشت. [۳۰] کمبود دارو، هزینه‌های ارزی تهیه آن، تأمین مالی بخش اعظم هزینه‌های دارویی توسط دولت و همچنین، بحث تحریم‌های کشور، لزوم آموزش و کار فرهنگی را پیش‌ازپیش بیان می‌نماید. [۳۱]

مفهوم «فرهنگ‌سازی و فرهنگ‌سازمانی» در مدیریت هزینه‌ها با مطالعات لیندر در سال ۲۰۱۴ و کیناجان و ادناه در سال ۲۰۱۳، همخوانی دارد. [۳۲، ۳۳] آنها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که هنجارهای موجود در اجتماع با مشکلات مدیریت هزینه رابطه مستقیمی دارد و از عوامل مدیریت هزینه، فرهنگ‌سازمانی مناسب، محیط سازمانی منظم و حسابرسی قوی است که می‌تواند بر مشکلات مدیریت هزینه‌ها اثرگذار باشد. [۳۴] دیتا و فرانثلی در سال ۲۰۱۱ در پژوهشی به بررسی تأثیر تبلیغات دولتی بر اصلاح سیستم مدیریت مصرف در دولت پرداختند. نتایج نشان داد که فرهنگ‌سازی دولت از طریق تبلیغات بر اصلاح سیستم مدیریت مصرف مؤثر است. [۳۵] بنابراین، می‌توان با آموزش، فرهنگ‌سازی را در بیمارستان انجام داد.

مفهوم «سیستم‌های هزینه‌یابی»، در پژوهش‌های ایزدی‌نیا و کمالی در سال ۱۳۹۳ که به بررسی تأثیر سیستم هزینه‌یابی کیفیت

راه‌حل‌های مدیریت صحیح هزینه پرداختند، به این نتیجه رسیدند که نظارت قوی بهترین مسیر برای کاهش مشکلات مدیریت هزینه است. [۷] الکن در سال ۲۰۰۷ در تحقیقی بررسی روی مدیریت هزینه‌های طرح‌های عمرانی در اندونزی را انجام داد و در نهایت به این نتیجه رسید که حساسی دولتی سبب اصلاح مخارج سرمایه‌ای پروژه‌ها تا سقف هشت درصد می‌شود.

مفهوم برنامه‌ریزی عملیاتی بر این امر دلالت دارد که از دیدگاه مدیریت، هر چیزی که قابل اندازه‌گیری باشد، قابل مدیریت نیز هست. در مدیریت هزینه، علل وقوع هزینه مهم است و نه محل وقوع آن اهمیتی ندارد. مدیریت هزینه را می‌توان فرآیند برنامه‌ریزی و کنترل اثربخش هزینه‌های آن سازمان معرفی کرد. [۳۹] این فرآیند شامل فعالیت‌های گوناگونی نظیر گردآوری، تحلیل، ارزیابی و گزارش مطالعات مرتبط با هزینه‌ها برای مقاصد گوناگون است. [۷] مدیریت هزینه بر این نگرش استوار است که هزینه‌ها خودبه‌خود ایجاد نمی‌شوند بلکه تمام هزینه‌های تولید معطوف یا انجام خدمات محصول، نتیجه تصمیم‌گیری‌های مدیریت است که عمدتاً چگونگی استفاده از منابع محدود سازمان است. [۳۹] پس از بررسی ادبیات نظری، مشخص شد مدلی برای مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پنج بعد اصلی بر مدیریت هزینه‌ها بر اساس فرآیند محور اثرگذار است که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

شرایط عملی که موثر بر مدیریت هزینه‌ها شامل قوانین و الزامات جاری در بیمارستان، مشتریان و ذینفعان، تجهیزات پزشکی، متقاضیان و ارتباطات بود. با توجه به قوانین و الزامات موجود در بیمارستان‌ها این نتیجه برداشت می‌شود که قوانین و سیاست‌ها، جزئی از فشارهای اجباری برای مدیریت مالی در بیمارستان‌ها محسوب شده و از محیط بیرون به آنها تحمیل می‌شوند. این قوانین و سیاست‌ها شامل تحریم دارو، عدم جذب نیروی کافی جهت مهندسی تجهیزات، عدم ارزیابی تامین کنندگان دارو و تجهیزات است. از طرفی الزامات سبب می‌شود که ناچاراً نتوان تامین کنندگان را براساس نمره ارزیابی مورد قبول انتخاب کرد و

صرفاً به دلیل قیمت پایین و نه کارایی لازم، باعث می‌شود که در دراز مدت باعث صرف هزینه بیشتر و خسارت به سازمان شود؛ بنابراین، شناخت الزامات و قوانین جاری کمک زیادی به مدیر در بکارگیری و ترسیم الگوی مدیریت هزینه‌ها می‌کند. مدیریت بیمارستانی باید توانایی ایجاد یک ارتباط قوی و مستمرا با ذینفعان خود را داشته باشد که هم به شکل ارتباطات درونی و هم بیرونی شکل می‌گیرد. ارتباطات درونی مربوط به کلیه کارکنان شاغل در بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی است. کارکنان در خصوص مسئولیت‌پذیری و بکارگیری درست استفاده از وسایل و تجهیزات باید آموزش ببیند و فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه‌ها در آنها رشد داده شود. ارتباطات با جامعه و ذینفعان بیمارستانی به صورت آموزش‌های مربوط به پیشگیری تعیین می‌شود.

راهبردهای عملکردی عبارت از برنامه‌ریزی جهت مدیریت هزینه‌ها، سیاست‌گذاری و بهبود کیفیت در مدیریت هزینه‌ها، سودیابی و کاهش هزینه‌ها بود. مدیر باید جهت تامین این برنامه و تلاش در جهت مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان به تشکیل کارگروه و یا کمیته پایش اقدام نماید. همچنین، در اهداف استراتژیک سالیانه برنامه‌هایی جهت کاهش هزینه‌ها لحاظ نماید و به سودیابی و کاهش هزینه‌ها توجه نماید.

عوامل مداخله‌گر عبارت از پویایی محیطی، شرایط بازار و محدودیت‌های زمانی بود. این عوامل می‌توانند در برنامه مدیریت از لحاظ کنترل مدیریت هزینه‌ها تاثیر بگذارند بنابراین، مدیریت با آگاهی از این عوامل می‌تواند در انعطاف‌پذیری برنامه‌های مدیریت هزینه واقف باشد و برنامه‌های تعدیل هزینه‌ها را به موقع بهبود ببخشد.

پیامدهای عملکردی می‌تواند شامل مواردی باشد که باعث بهبود همکاری مشترک در بخش‌های مختلف بیمارستان در جهت کاهش هزینه‌ها، کاهش مصرف وسایل مصرفی و صرفه‌جویی در هزینه‌ها شود. به یقین داشتن برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان باعث افزایش رضایتمندی می‌شود.

الزامات زمینه‌ای شامل عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی، محیط فن‌آوری، فرهنگ‌سازی و آموزش درست مصرف

نداشته، انجام داد و در نهایت بهبود مستمر فرآیند، باعث اثر بخشی مدیریت هزینه‌های بیمارستان خواهد شد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد مدیران در بیمارستان‌ها برای رسیدن به بهبود و اثربخشی مدیریت هزینه‌های بیمارستانی، به مجموعه ابزارها و روش‌های «مدیریت هزینه» که به پیشبرد اهداف و برنامه‌ها یاری می‌رساند، نیاز دارد. ذکر این نکته ضروری است که کاهش هزینه‌ها نباید موجب افت کمی و کیفی خدمات بیمارستانی شده بلکه باید باعث بهبود آن شود. شناخت کانون‌های هزینه و بکارگیری سیستم هزینه‌یابی و تدوین قوانین و دستورالعمل‌های مرتبط به همراه تیم نظارتی و کنترل مستمر می‌تواند نقش مهمی در به‌کارگیری شیوه‌های مؤثر کاهش و مدیریت هزینه‌ها داشته باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به محرمانه بودن برخی اطلاعات مالی اشاره کرد. به دلیل محرمانه بودن اسناد مالی، کسب اطلاعات از کارکنان و بررسی مستقیم هزینه‌ها به‌سادگی امکان‌پذیر نبودند و کارکنان در خصوص اطلاعات مالی، محتاط‌تر عمل کردند و همین امر باعث کند شدن روند مطالعه شد. همچنین، رؤیت نشدن اسناد مربوط به هزینه‌های صورت گرفته به تفکیک هر بخش و واحد و در نتیجه عدم امکان مقایسه مدارک با صحبت‌های افراد و دردسترس نبودن قیمت تجهیزات و داروها از دیگر محدودیت‌های مطالعه بود؛ اما در هر صورت توصیه می‌شود جهت کنترل و در نتیجه بهبود «مدیریت هزینه» در بیمارستان، فهرست مکان‌های هزینه‌بر، فهرست تجهیزات پزشکی جهت تعمیرات پیشگیرانه و کالیبراسیون به موقع، ساماندهی منابع انسانی و بکارگیری افراد در جاهای مناسب، بازنگری و نظارت بر قراردادها، صرفه‌جویی در مصارف انرژی بیمارستان، بهینه‌سازی میزان لوازم مصرفی درمانی و غیر درمانی، فعال کردن کمیته اقتصاد سلامت، حذف وسایل برقی پرمصرف، استفاده صحیح از تجهیزات پزشکی، توجه به اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر شاخص‌های بهبود کیفیت مدیریت هزینه‌های بیمارستان، برگزاری برنامه‌های آموزشی «درست مصرف کردن» برای کارکنان، بکارگیری راهبرد مدیریت نگهداشت تجهیزات بیمارستانی توجه و اقدام شود.

همچنین، توصیه می‌شود علاوه بر فرهنگ‌سازی جهت

کردن می‌شود. بالطبع این عوامل می‌توانند بر روی مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان نقش کلیدی داشته باشند. علاوه بر نقش‌های بیرونی که بر مدیریت هزینه‌های بیمارستان تأثیر گذار هستند، مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی و فن‌آوری، عوامل درون سازمانی نیز بسیار مهم اند و مهمترین عامل درون سازمانی زمینه‌ای، فرهنگ سازمانی است که لازم است مدیر به این امر توجه خاص داشته باشد و مهمترین اقدام ایجاد آموزش‌های مستمر و مداوم فرهنگ درست مصرف کردن است. همچنین، علاوه بر آموزش و ایجاد فرهنگ سازمانی، ایجاد برنامه‌های مدیریت تجهیزات (کالیبره دستگاه‌های پزشکی، تعمیرات پیشگیرانه، سرویس‌های دوره‌ای) تشکیل کمیته پایش و ارزیابی منابع و توجه خاص به سرمایه‌های بیمارستانی از مهمترین شاخص‌های مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان است.

پدیده محوری این مطالعه عبارت از مدیریت هزینه‌های بیمارستانی و در نتیجه سیستم‌های هزینه‌یابی در جهت مدیریت مالی بیمارستان است.

با توجه به نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها و کدهای بدست آمده و مولفه‌های تأثیر گذار در شکل دو، مدل شناسایی مولفه‌های مدیریت هزینه‌های بیمارستان براساس فرآیند محور شکل گرفت. مطالعه حاضر نشان داد مفاهیم شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی / تقویت فرهنگ سازمانی، وجود مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی، ایجاد قوانین و مقررات داخلی، سیستم‌های هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه/کمیته ارزیاب و برنامه‌ریزی عملیاتی جهت مدیریت هزینه در بیمارستان لازم هستند. فرآیند محور مدلی است که به شکل نظام مند و منسجم ابتدا و انتهای یک وظیفه را نشان می‌دهد. همانطور که در شکل دو نشان داده شد، مدیریت هزینه‌ها از شناسایی کانون‌های هزینه آغاز می‌شود. در صورتیکه مدیر به اهداف خود در جهت بهبود برنامه‌های مدیریت هزینه‌های بیمارستان دست یابد، بهبود فرآیند مدیریت هزینه‌ها حاصل شده است و در صورت مغایرت برنامه‌های بهبود مدیریت هزینه‌ها با اهداف از پیش تعیین شده، می‌توان مجدداً به بازنگری فرآیند مدیریت هزینه‌ها پرداخت و اقدامات اصلاحی را در هر قسمت که نتایج مطلوبی به همراه

جایگزینی تصمیم‌گیری با استفاده از فن‌آوری‌های نوین به‌جای تصمیم‌گیری‌های سنتی، آموزش‌هایی جهت رفع کمبودهای مهارتی لازم به مدیران و مسئولین مرتبط داده شود.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق شماره IR.IAU.KAU.REC.1398.002 انجام شده است.

حمایت مالی: این پژوهش از حمایت مالی هیچ سازمانی برخوردار نبوده است.

تضاد منافع: سهم تمامی نویسندگان در این پژوهش یکسان است و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: این مقاله، حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان شناسایی و طراحی مدل مطلوب مدیریت فرآیند محور در بیمارستان در مقطع دکتری مصوب دانشگاه آزاد اسلامی کازرون در سال ۱۳۹۷ می‌باشد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Rezapoor A, Asefzadeh S. Estimating cost-function at hospitals of qazvin university of medical sciences. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2008;11(4):77-82. [in persian]
2. Rajabi A. Activity based costing (ABC), new outlook for calculating cost price of students' education in different majors of medical group (case study: medical science universities of shiraz, fasa and yazd). *Journal of Accounting and Auditing Review*. 2011;18(2):35-56. [in persian]
3. Mirzaei H, Naseri G, Rezaee R, Mohammadi M, Banikazemi Z, Mirzaei H.R, et al. Curcumin: a new candidate for melanoma therapy? *Int J Cancer*. 2016;139(8):1683-95. [in persian]
4. Sprung C L, Cohen S L, Sjkovist P, Baras M, Bulow H H, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in european intensive care units: the ethicus study. *JAMA*. 2003;290(6):790-7.
5. Amiresmaili M R, Imani E, Sarvestani J A. Evaluation of terminal life cost for patients admitted in teaching hospitals affiliated with kerman university of medical sciences in 2014. *Health_Based Research*. 2015; 1 (2):133-143.[in persian]
6. Ghiyasvan H, Zandiyani H, Moghadam T Z, Naghdi,S. Cost of radiology services using the activity based costing (ABC) method. *Payesh*. 2013; 12 (6):595-605. [in persian]
7. Ergun FA, Agirbas I, Kuzu I. Activity-based costing for pathology examinations and comparison with the current pricing system in trkey. *Turk Patoloji Derg*. 2013;29(1):1-14.
8. Shahrjerdi R, EbrahimAbadi GH R, Shahbazi S. Evaluating the cost of quality and selecting the appropriate option for cost reduction using fuzzy AHP and fuzzy topsis models (case study: the water and wastewater company of markazi province). *Journal of Water and Sustainable Development*. 2017;4(2):13-22. [in persian]
9. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of birjand city regarding existing barriers in patient education. *Modern Care Journal*. 2011;8(3):152-8. [in persian]
10. Afshari A, Khatib Semnani MA, Rahim Nia R, Anvari Savojbolaghi S, Yusefi B. Cost of services In medical imaging center of imam khomeini hospital. *%J payavard salamat*. 2013;7(2):101-10. [in persian]
11. Lewis MA, La Forgia GM, Sulvetta MB. Measuring public hospital costs: empirical evidence from the dominican republic. *Social Science & Medicine*. 1996;43(2):221-34.
12. Heydari A, yaghoubinia f, Latifnejad Roudsari R. Symbolic interactionism in grounded theory: a viewpoint for explaining the student-educator relationship in clinical cursing education. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2013;1(4):298-309.
13. Al-Awa B, De Wever A, Almazrooa A, Habib H, al-Noury K, el Deek B S, et al. The impact of accreditation on patient safety and quality of care indicators at king abdulaziz university hospital in saudi Arabia. *Research Journal of Medical Sciences*. 2011;5(1):43-51.

14. Raffray M, Semenic S, Osorio Galeano S, Ochoa Marin SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. Invest Educ Enferm. 2014;32(3):379-92. [in persian]
15. Alam Mehrjerdi Z, Noroozi A. Methamphetamine intoxication in emergency departments of hospitals in iran: implications for treatment. Iran J Med Sci. 2013;38(4):347-8. [in persian]
16. Bergh AL, Karlsson J, Persson E, Friberg F. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education- focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. J Nurs Manag. 2012;20(6):758-70. [in persian]
17. Tahamtan I, Sedghi S, Talachi H, Mohaghegh N. A qualitative study of the application of PDA and smart phones by the residents and interns of teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. jha. 2012; 15 (48):7-12
18. Donald G, Scott S, Broadfield L, Harding C, Meade A. Optimizing patient education of oncology medications: A descriptive survey of pharmacist-provided patient education in Canada. J Oncol Pharm Pract. 2019;25(2):295-302.
19. Jafaraghaee F, Mehrdad N, Parvizy S. Influencing factors on professional commitment in iranian nurses: A qualitative study. Iran J nurs midwifery Res. 2014;19(3):301-8. [in persian]
20. Bagheri-Nesami M. Exploration of elderly women lived experiences about psychological-emotional changes: a qualitative Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;21(1):203-16. [in persian]
21. Morgeson F.P, DeRue D.S, Karam EPJ. Leadership in teams: a functional approach to understanding leadership structures and processes. Journal of management. 2010;36(1):5-39.
22. Pourreza A. Analysis of hospital costs: guidelines for managers. Tehran: Research Center of Social Security Organization. 2003. [in persian]
23. Tabibi J, Maleki M, Nourozi T. Computation cost price of clinical laboratories services in valiasr hospitals in tehran in 1387 by using of ABC model. Journal of Hospital. 2010;8(3):5-17. [in persian]
24. Jafarian M, Forouzandeh F, Danaee I, Gobal F, Mahjani MJ. Electrochemical oxidation of glucose on ni and nicu alloy modified glassy carbon electrode. 2009;13(8):1171-9. [in persian]
25. yaghoubi m, Agha Rahimi Z, Javadi M. Factors affecting in productivity index in noor & and ali Asghar Hospital in Esfahan Base On Hierarchical Analysis Process Technique. J Health Information management 2013;9(5):3. [in persian]
26. Emadi A, Hasanzadeh H, Bigdeli Pashaie M, Ghods AA. Studying the factors affecting job satisfaction of employees of Semnan health centers. %J Journal of Paramedical Sciences 2015;6(3):5. [in persian]
27. Safdari R, Sharifian R, Ghazi Saeedi M, Masoori N, Azad Manjir Z. The amount and causes deductions of bills in tehran university of medical sciences hospitals J Payavard Salamat. 2011;5(2):61-70. [in persian]

28. Khalesi N, Ghohari M, Vatankhah S, Abbas Imani Z. Effect of educational programs on insurance deductions of firozgar educational-care center. *J Health Management*. 2010;43(14):19-26.
29. Rostami Z, Nasiripour Aa. Comparison of the deductions of Insurance bills in an education-treatment Center in Iran before and after health Care reform. *Health information management*. 2019;15(6). [in persian]
30. Fereidouni Z, Kameli Morandini M, Dehghan A, Jamshidi N, Najafi Kalyani M. The Prevalence of needlestick injuries and exposure to blood and body fluids among Iranian healthcare workers: A Systematic Review. *International Journal of Medical Reviews*. 2018;5(1):35-40. [in persian]
31. Hamdollahzadeh A, Ghafarzadeh J, Nabilou B, Amirzadeh J, Davodi J, Yusefzadeh H. Unused medicines in urmia households in 2016. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2018;16(9):671-7. [in persian]
32. Rahmanieh Z, Ghasem Begloo A, Alimohammadzadeh K. Estimating of Cost Price of services at neonatal intensive care unit by activity-based costing. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2019;10(4):90-9. [in persian]
33. Kangogo J, Kiptoo EJJ. Factors affecting ethical standards in public procurement in Kenya. *Journal of Management Science*. 2013;1(3):90-9
34. Bahrami M. Calculating the costs of the radiology department of Shafa hospital in Kerman based on Activity based costing. *J Iran Kerman*. 2010. [in persian]
35. Van Rensburg AJ, Jassat WJAJoP. Acute mental health care according to recent mental health legislation Part II. Activity-based costing. 2011;14((1))
36. Noori m, Markazi Moghaddam N, Goudarzi R, Meshkani Z. Surveying activity based costing of Final units (a case study in one of the armed forces hospitals). *Hospital*. 2016;15(1):41-50. [in persian]
37. Jamshidi N, Jamshidi H. The role of cost analysis on organizational activities to improve financial activities (case study: tehran industrial and occupational organization). *Tajournals*. 2018. 100-8 p [in persian].
38. Healy P M, Serafeim G. An analysis of firms' self-reported anticorruption efforts. *The Accounting Review*. 2015;91(2):489-511.
39. Esfahani A.N, Ghandehari N, Ghandehari Z. The Effect of Supervisors' Self-esteem on the Nurses' Happiness (Case Study: Hazrate Aliasghar and Noor Hospitals Employees). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2013;3(12):122. [in persian]