

Original Article

Depiction of Health

2020; 11(2): 159-171

<http://dohweb.tbzmed.ac.ir>

Staff Perspective and Hospital Finance Experts on How to Manage the Costs of the Hospital: A Qualitative Study

Shahnaz olyan Ajam¹, Alireza Ghasemizad^{1*}, Abbas Gholtash²

Article Info:

Article History:

Received: 06.09.2019

Accepted: 02.10.2020

Published: 06.21.2020

Keywords:

Cost Management

Hospital

Phenomenology

Qualitative Research

Abstract

Background and Objectives: Cost management is one of the most important goals of organizations toward achieving high-quality services in a competitive environment and customer satisfaction, But this goal makes big challenges for the managers of organizations. The aim of the study was to identify an appropriate approach for cost management in hospitals.

Material and Methods: This study was a qualitative research based on the phenomenological method. The sampling was done by a purposeful manner. The cooperation between authorities and experts was conducted to manage the cost and finance of the Tohid hospital in Bushehr province. The data collection tool was a deep interview with open questions, and the data analysis was made based on the Allan & Jason method. Validation and truth-worthiness were performed by the method of credibility, transformability, reliability and confirmability.

Results: The costs management of the hospital was appeared in 30 sub-themes and 7 themes. The themes included: identification of cost centers - setting cost managements internal rules and regulations - monitoring and control - establishing a costing system - formation of task force operational planning.

Conclusion: Cost management in hospitals is formed by identifying costly cells, starting with implementation of cultivation programs in consumption and saving and reporting procedures and providing control and monitoring programs on the top management of the hospital's top management.

Citation: Olyan Ajam SH, Ghasemizad A, Gholtash A. Staff Perspective and Hospital Finance Experts on How to Manage the Costs of the Hospital: A Qualitative Study. Depiction of Health 2020; 11(2): 159-171.

1. Department of Educational Management, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran (Email: Ghasemizad@kau.ac.ir)

2. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

دیدگاه کارکنان و کارشناسان امور مالی بیمارستان‌ها در خصوص چگونگی مدیریت هزینه‌های بیمارستان: یک مطالعه کیفی

شهناز علیان عجم^۱، علیرضا قاسمی‌زاد*^۱، عباس قلتاش^۲

چکیده

زمینه و اهداف: مدیریت هزینه‌ها به منظور ارائه‌ی خدمات باکیفیت در محیط رقابتی و کسب رضایت مشتری یکی از اهداف مهم در سازمان‌های موفق است، اما این هدف چالش‌های بزرگی پیش روی مدیران سازمان‌ها قرار می‌دهد. هدف مطالعه شناسایی راهکار مناسب برای مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت کیفی و به روش پدیدارشناسی انجام و نمونه‌گیری آن به شکل هدفمند صورت پذیرفت. مشارکت‌کنندگان از میان مسئولین و کارشناسان آگاه به مدیریت هزینه و امور مالی بیمارستان توحید استان بوشهر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه و سؤالات به شکل عمیق و باز بوده و تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس روش آلن و جیسون (Ellen & Jason) صورت گرفت. اعتباریابی و تعیین صحت از روش قابلیت باورپذیری، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان‌پذیری و قابلیت تأییدپذیری انجام شد.

یافته‌ها: حیطه‌ی مدیریت هزینه‌های بیمارستان در قالب ۳۰ زیرمضمون و ۷ مضمون ظهور یافت. مضامین به دست آمده عبارت بودند از: مفاهیم شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه، وضع قوانین و مقررات داخلی، نظارت و کنترل، استقرار سیستم هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه و برنامه‌ریزی عملیاتی.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها با شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، آغاز و با اجرای برنامه‌های فرهنگ‌سازی در مصرف و صرفه‌جویی و ابلاغ دستورالعمل‌ها و ایجاد برنامه‌های کنترلی و نظارت از سوی مدیریت ارشد بیمارستان شکل می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت هزینه، بیمارستان، پدیدارشناسی، مطالعه کیفی.

نحوه استناد به این مقاله: علیان عجم ش، قاسمی‌زاد، ع. قلتاش. دیدگاه کارکنان و کارشناسان امور مالی بیمارستان‌ها در خصوص چگونگی مدیریت هزینه‌های بیمارستان: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت، ۱۳۹۹؛ ۱۱(۲): ۱۷۱-۱۵۹.

۱. گروه مدیریت آموزشی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران (Email: Ghasemizad@kau.ac.ir)

۲. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

ارتقای کیفیت 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، ۸ درصد و در کشور ایران حدود ۷ درصد تولید ناخالص داخلی را به خود اختصاص داده است (۵). مطالعات زیادی در زمینه تعیین هزینه و قیمت تمام‌شده‌ی خدمات، مواد و کالاهای بیمارستان‌ها صورت گرفته است؛ از جمله، زندیان و همکاران از پژوهشی درباره‌ی واحدهای رادیولوژی ۴ بیمارستان عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، به این نتیجه رسیدند که بیشترین سهم از هزینه‌های صرف‌شده برای ارائه‌ی خدمات رادیولوژی در هر ۴ بیمارستان، مربوط به هزینه‌های مستقیم و عملیاتی است و همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین قیمت واقعی خدمات رادیولوژی و تعرفه‌های مصوب تفاوت وجود دارد (۶).

ارگان (Ergun) در مطالعات خود به این نتیجه رسید که هزینه‌های آزمایش‌های پاتولوژی در تعرفه‌ی بهداشت و درمان با واقعیت تفاوت چشمگیری دارد (۷). افشاری و همکاران، در مطالعه‌ای به بررسی هزینه‌ی تمام‌شده‌ی 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 تمام‌شده‌ی خدمات با حفظ بهره‌وری لازم کاهش می‌یابد و سازمان را قادر به ادامه‌ی حیات و توسعه بر پایه‌ی فعالیت‌های استراتژیک خود می‌کند (۱۰). لویز (Lewis) و همکاران، در مطالعه‌ای هزینه‌های واقعی خدمات بستری، اورژانس و سرپایی در یک بیمارستان واقع در کشور دومینیک را تحلیل کرده و نتیجه گرفتند که بودجه‌ی تخصیص داده شده به این بیمارستان، ۵۰ درصد بیش از هزینه‌های واقعی خدمات ارائه شده بوده است (۱۱).

در این مطالعه، هدف، تعیین و تخمین هزینه‌ها به صورت کلی و یا به صورت مجزا نیست کما اینکه تحقیقات زیادی در این رابطه انجام شده است، بلکه هدف استفاده از تجربیات و ایده‌های کارکنان و کارشناسان آگاه در زمینه‌ی امور مالی، در خصوص چگونگی مدیریت هزینه‌های بیمارستان، با استفاده از روش‌شناسی علمی است. سعی شده است این تجربیات به صورت طرح و الگویی ترسیم شود که از روش کیفی به دست

آنچه امروزه بیش از هر چیز دیگر در سازمان‌های درمانی مختلف ارزشمند شده است، توجه به هزینه‌های سازمان و به تعبیر دقیق‌تر مدیریت هزینه‌های سازمان درمانی است. ارزیابی و تحلیل هزینه‌های سازمان، جهت بهینه‌سازی و کسب رضایتمندی مشتری، یک سطح مشخص از برنامه‌ی بهبود کیفیت سازمان درمانی است (۱)؛ بنابراین مدیریت هزینه برای کمک به سازمان‌ها و به منظور ارائه‌ی کالاهای و خدمات باکیفیت، در محیط رقابتی کاربردی است (۲). هدف اصلی تمام نظام‌های سلامت، ارتقای 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 بخشند (۳).

از آنجاکه بیمارستان، به عنوان بازوی مهم ارائه خدمات سلامت، قسمت عمده‌ی 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 شیوه‌های نوین برای محدودسازی هزینه‌ها به چالش کشیده است (۵،۴). اینجاست که مدیران بیمارستان‌ها باید در اندیشه‌ی دستیابی به فرایندهایی باشند که تصویر روشنی از رفتار اقتصادی - مالی بیمارستان تحت نظارتشان را برای بقا در محیط‌های رقابتی و پویا ارائه دهند (۶)؛ چراکه یکی از فاکتورهای حیاتی موفقیت در مدیریت اثربخش سلامت، درک صحیح هزینه‌ها و کنترل آن‌ها است (۷).

اطلاعات هزینه‌ها و قیمت تمام‌شده‌ی خدمات بیمارستانی می‌تواند در تخصیص بهینه‌ی منابع، اصلاح بودجه و نرخ تعرفه کارساز باشد (۳). هزینه‌ها و مخارج به‌طور روزافزون در حال صعود است و تأمین منابع مالی برای ادامه‌ی حیات و جلوگیری از وقفه در روند ارائه‌ی خدمات الزامی است؛ لذا مراکز درمانی به عنوان یک بنگاه اقتصادی باید از هزینه‌یابی و تحلیل هزینه‌ها در راستای استفاده‌ی اثربخش از منابع و ارتقای بهره‌وری استفاده نمایند (۶). تجزیه و تحلیل هزینه‌ها در بیمارستان به مثابه‌ی ابزاری است که می‌تواند مدیریت را در فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم، جهت گرفتن تصمیم‌های آگاهانه‌ی مدیریت هزینه‌های بیمارستان، یاری رساند (۸). از طرفی تحلیل هزینه می‌تواند کمکی برای استفاده‌ی بهتر از منابع محدود عملکرد و اتخاذ سیاست‌های مناسب به منظور افزایش کارایی و اثربخشی و تخصیص بهینه‌ی منابع و بهبود کیفیت خدمات باشد (۹).

- چگونه می‌توان هزینه‌های بیمارستان را تعدیل کرد؟
- چه تجاربی در زمینه‌ی مدیریت هزینه‌ها و تقلیل آن داشتید؟

۲- انتخاب مشارکت‌کنندگان:

انتخاب مشارکت‌کنندگان نیز بر اساس شرایطی است که مورد توجه قرار گرفت، از جمله:

- توانایی بیان کلامی با سهولت
- توانایی بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت و یا مهار احساسات

- تجربه‌ی وضعیت تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک (قابل یادآوری)

- علاقه‌ی ذاتی به بیان تجربه

- توانایی بیان یا گزارش آنچه در درونش در آن زمان رخ می‌دهد (۱۸).

۳- هماهنگی از قبل با مشارکت‌کنندگان

۴- هماهنگی جهت تعیین محل مصاحبه

جامعه‌ی آماری این مطالعه کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان شاغل در امور مالی، دارویی، تجهیزات، انبار دارویی در بیمارستان توحید استان بوشهر در سال ۱۳۹۷ بودند. در این مطالعه بعد از اخذ مجوزهای سازمانی، نمونه‌گیری به شکل هدفمند (purposive) انجام شد (۱۶).

معیارهای ورود به مطالعه، شاغل بودن در واحدهای موردنظر، آشنا بودن به قوانین، رسمی بودن، داشتن تحصیلات کارشناسی به بالا، تجربه‌ی کاری ۵ سال یا بیشتر و تمایل به شرکت در مطالعه بود. تحقیق کیفی به دنبال درک و فهم تجارب افراد یا گروه‌های ویژه است؛ بنابراین هنگام نمونه‌گیری باید افراد یا گروه‌هایی را پیدا کرد که دارای این تجربه باشند (۱۹)؛ بنابراین مصاحبه‌ها ابتدا از کارمندان با سابقه که دارای تجربه‌های غنی‌تری نسبت به سایرین بودند، آغاز شد و با ادامه‌ی مصاحبه‌ها و با توجه به مفاهیم ایجادشده به نظر رسید که افراد دیگر مانند مسئولین و رؤسای بخش‌های بیمارستان مانند امور مالی، تجهیزات، امور دارویی و مدیریت داخلی می‌توانند اطلاعات بیشتری به داده‌های قبلی اضافه نمایند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه به شکل عمیق بود. مصاحبه‌ها در بخش‌های مورد نظر و با هماهنگی و کسب اجازه‌ی قبلی صورت گرفت. در مصاحبه‌ی عمیق قصد محقق نفوذ به لایه‌های عمیق ذهن مصاحبه‌شونده و کسب اطلاعات حقیقی است. در این مطالعه از راهنمای مصاحبه استفاده شد. راهنمای مصاحبه از اتلاف وقت و پراکنده‌گویی جلوگیری می‌نماید (۱۸). در مجموع ۲۰ مصاحبه صورت گرفت. مصاحبه‌ها از نفر ۱۶ به بعد، مشابهت در جواب‌های ارائه‌شده با پاسخ‌های قبلی را نشان دادند و چیزی به یافته‌ها اضافه نشد و اصطلاحاً یافته‌های مصاحبه به حد اشباع (Saturation)

آمده است. از طرفی فرآیند هزینه‌ها به شکلی پیچیده و متأثر از جنبه‌های گوناگون و تعاملات مدیریت و کارکنان است؛ لذا از روش پدیدارشناسی استفاده شده است (۹،۸).

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه‌ی کیفی (Qualitative Research) با رویکرد مطالعه‌ی پدیدارشناسی (Phenomenology) است که نوعی روش تحقیقی با ریشه‌ی فلسفی بوده و بر زندگی روزمره‌ی افراد و تجارب آنان تمرکز می‌کند (۱۲). ساده‌ترین تعریفی که می‌توان از پژوهش کیفی داشت این است: پژوهشی که ارائه‌ی یافته‌های آن از طریق روش‌های آماری و یا سایر ابزارهای کمی‌سازی به دست نیامده باشد (۱۳).

اصطلاح پدیدارشناسی از یک لغت یونانی که به معنای نشان دادن، دیده شدن و ظاهر شدن می‌باشد، مشتق شده است (۱۴). این جنبش نخستین بار توسط ادومند هوسرل (Edmund Husserl) با یک رویکرد جدید در فلسفه آغاز شد و سپس توسط مارتین هایدگر (Martin Heidegger) ادامه یافت (۱۵). در مطالعات پدیدارشناسی، محقق موظف است تجربیات افراد را در رابطه با پدیده‌ی مورد نظر بدون هیچ‌گونه کم و کاستی توصیف نماید (۱۶).

از آنجا که مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین تجارب از دیدگاه‌های مسئولین مرتبط با هزینه‌های بیمارستانی انجام شد، از روش پدیدارشناسی استفاده گردید؛ زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن‌چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید. «جهان زندگی» همان تجربه‌ای است که بدون تفکر ارادی و بدون متوسل شدن به طبقه‌بندی یا مفهوم‌سازی، حاصل می‌شود و معمولاً شامل آن چیزهایی است که مسلم دانسته می‌شوند یا آن چیزهایی که متداول هستند (۱۷). با توجه به ماهیت روش پدیدارشناسی، در مطالعه‌ی حاضر نیز از این روش استفاده گردید.

به طور کلی مراحل انجام تحقیق به ۴ مرحله‌ی اصلی تقسیم شد:

۱- تعیین سؤال پژوهش

قبل از انجام مصاحبه پژوهشگر سؤالات تحقیق را با هماهنگی اساتید راهنما و مشاور تعیین نمود. سؤالات اصلی به شکل محدود بودند که جهت روشن شدن و توجیه مشارکت‌کنندگان تعدادی سؤال دیگر اضافه شدند.

سؤالات اصلی (راهنما) عبارت بودند از:

- تجربه‌ی شما در محیط کاریتان در خصوص تعدیل هزینه چه بوده است؟
- چه عواملی می‌تواند بر هزینه‌سازی بیمارستان بیشترین تأثیر را داشته باشد؟

شبهات‌های آن‌ها با هم، مضامین و زیرمضامین استخراج شد (۱۹). برای معتبر کردن اطلاعات به دست آمده به شرکت‌کنندگان مراجعه و از انطباق نظر آنان با اطلاعات، اطمینان حاصل شد. به منظور اطمینان از صحت و سقم یافته‌های حاصل از مصاحبه، از نظرات کارشناسان امور مالی که با آن‌ها مصاحبه شده بود و نیز اساتید و همکاران در حوزه‌های مختلف مالی استفاده و نظرات آنان در تحلیل نهایی لحاظ گردید. همچنین پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مصاحبه با یافته‌های مطالعات مشابه مقایسه شد (۲۰).

در بازنگری توسط شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد که درباره‌ی یافته‌های تحقیق نظر خود را بیان کنند و بررسی کنند که تا چه اندازه نتایج حاصل مطابق تجربیات و دیدگاه‌های آنان است. کلیه‌ی شرکت‌کنندگان یافته‌ها را مطابق تجربیات و دیدگاه‌های خود یافتند (۲۱). به طور کلی روش‌های انجام شده عبارت‌اند از: تطبیق توسط اعضا، بررسی همکار، مشارکتی بودن پژوهش و بازاریابی پژوهشگر.

در تطبیق توسط اعضا، برخی از مشارکت‌کنندگان گزارش نهایی مرحله‌ی نخست، فرآیند تحلیل یا مقوله‌های به‌دست‌آمده را بازبینی کرده و نظر خود را در ارتباط با آن‌ها ابراز داشتند. در بررسی همکار، اساتید راهنما و مشاور و ۳ تن از کارشناسان آگاه به امور مالی به بررسی یافته‌ها و اظهارنظر درباره‌ی آن‌ها پرداختند. در مرحله‌ی مشارکتی بودن پژوهش، به طور هم‌زمان از مشارکت‌کنندگان در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد. در بازاریابی پژوهشگر، تا حد امکان تلاش شد سوگیری و پیش‌داوری مطالعه کنترل شود (۲۲).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این مطالعه شامل ۲۰ نفر بودند. پراکندگی آن‌ها شامل ۴ زن و ۱۲ مرد بود که همه از کارکنان رسمی و دارای سابقه‌ی کار ۵ سال و بیشتر بودند. تمام شرکت‌کنندگان سابقه‌ی فعالیت حرفه‌ای در واحدهای مالی بیمارستان را داشتند. ۵ مشارکت‌کننده، از مدیران ارشد واحدهای مطالعه و ۱۵ نفر از کارمندان بخش‌های مذکور بودند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

رسید، اما جهت اطمینان بیشتر تا نفر ۲۰، مصاحبه ادامه یافت. در مطالعه‌ی حاضر، مصاحبه با حضور پرسشگر در محل کار شاغلین و با هماهنگی قبلی انجام شد.

سپس در مورد چگونگی مصاحبه و اهداف پژوهش حاضر توضیح داده و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که متن مصاحبه کاملاً محرمانه خواهد ماند و در توصیف و تحلیل نهایی نامی از شرکت‌کنندگان برده نخواهد شد. زمان مصاحبه به طور تقریبی ۴۰-۵۰ دقیقه و در ۳ روز کاری بود.

پس از مصاحبه، کلیه‌ی داده‌ها به صورت مرتب مدون شدند و جملات و عبارات و نقل‌قول‌هایی که به درک تجربه‌ی افراد از پدیده دلالت می‌کردند، مشخص گردیدند. به منظور تفسیر و تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از روش آن و جیسون (Ellen & Jason) استفاده شد بدین صورت که محقق از یک درک خام تا یک درک روشن و واضح در طی تفسیر داده‌ها به پیش می‌رود. فرآیند و چرخه‌ی تفسیر در رویکرد فنومنولوژی تفسیری، مسیر رفت و برگشت را طی می‌کند که نقطه‌ی آغاز آن زمان حال است. در نهایت، پدیده از طریق یک تعامل قوی و درک عمیق پدیدار و هویدا می‌شود. این فرآیند دارای سه مرحله‌ی اصلی و اساسی است: ۱. اول اینکه محقق متن را به صورت ساده مطالعه می‌کند تا با آن آشنا شود و سپس به تفکر در مورد معنا و مفهوم آن جهت تجزیه و تحلیل بیشتر می‌پردازد. ۲. تجزیه و تحلیل ساختاری دومین مرحله‌ی پدیده‌شناسی تفسیری است که در آن به شناسایی الگوهای معنادار و مهم پرداخته می‌شود. این مرحله را مطالعه‌ی تفسیری می‌نامند. هدف این مرحله، که متن به واحدها تبدیل می‌شود، کشف مضامین مشترک است. ۳. در مرحله‌ی سوم تفسیر و تعبیر کل ادامه می‌یابد. محقق در این مرحله، در کنار مطالعه‌ی اولیه‌ی متن به همراه مطالعه‌ی تفسیری درصدد درک عمیق و کامل یافته‌ها است تا منجر به استخراج مضامین و زیرمضامین از دل داده‌ها شود (۱۳)؛ لذا در مرحله‌ی اول فرآیند تحلیل داده‌ها در مطالعه محقق سعی نمود تا ابتدا کل متن مصاحبه‌ها را به دقت مطالعه نموده و براساس زمینه‌ی مطالعه در مورد پیام‌ها و معانی مخفی آن‌ها تفکر نماید تا درک عمیقی از صحبت‌های شرکت‌کنندگان کسب نمایند. سپس در مرحله‌ی دوم واحدهای معنایی و کلمات مهم هر قسمت از متن مصاحبه‌ها را مشخص نموده و سعی شد تا ارتباطات ساختاری آن‌ها مشخص شود. در مرحله‌ی سوم با تداوم فرآیند تفسیر داده‌ها، براساس

جدول ۱. دموگرافیک شرکت‌کنندگان تحقیق

مشارکت کنندگان	جنسیت	تحصیلات	سن	سابقه کار	وضعیت استخدامی	پست سازمانی
۲۰ نفر	زن	کارشناسی	۳۵-۳۰	۴۰-۳۶	رسمی	مسئول
	مرد	کارشناسی		۱۰-۶	پیمانی	کارمند
		ارشد		بالا		بخش

۱۱ ۵ ۰ ۲۰ ۱۴ ۶ ۱۴ ۶ ۲ ۱۸ ۱۶ ۴

اطمینان از انطباق نتایج واقعی با برنامه‌های پیش‌بینی شده است. «اگر بخواهیم برنامه‌ای جهت مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان ترتیب دهیم حتماً باید سیستم نظارتی روی آن 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 پیگیر باشد و برای آن‌ها وقت بگذارد» م ۱۶، سن ۳۵، زن.

سیستم‌های هزینه‌یابی

«پیگیری هزینه‌ها و انجام نظارت و گزارش‌گیری آن معمولاً کاری پیچیده و دشوار 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 گزارش ماهانه تهیه کرد و نسبت به آن اقدام نمود» م ۱۱، سن ۴۵، مرد.

تشکیل کارگروه/کمیته‌ی ارزیاب

«برای نظارت و پیگیری اقدام اصلاحی و گزارش‌های هزینه‌ها باید یک کارگروه تشکیل شود. این کارگروه وظیفه‌اش نظارت و کنترل دقیق هزینه‌ها است» م ۱۵، سن ۴۳، زن. «کلیه‌ی 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 خریده‌ها 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.

برنامه‌ریزی عملیاتی

«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. «برنامه‌ی تدوین شده باید قابلیت اندازه‌گیری داشته باشد 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

در این مطالعه ۳۰ زیرمضمون و ۷ مضمون از «مدیریت هزینه‌ی بیمارستان» استخراج شد. مضامین عبارت‌اند از: شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه، نظارت و کنترل، وضع قوانین و مقررات داخلی، استقرار سیستم هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه و برنامه‌ریزی عملیاتی. در ادامه، چند نمونه از مصاحبه‌ها آورده شده است.

شناسایی کانون‌های هزینه‌بر

«برای کاهش هزینه‌ها، قبل از هر چیز عواملی که باعث افزایش هزینه‌ها است باید شناخته شود»، م ۱، سن ۳۵، مرد. «مسیرهایی که باعث افزایش 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 صورتی‌که 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 ببینیم هزینه‌ها بیشتر در کجا صرف می‌شود» م ۴، سن ۴۳، زن. «در حال حاضر بخش‌ها و واحدهایی که در آنجا کنترل هزینه‌ای صورت نمی‌گیرد، باید مشخص شوند و هزینه‌های آنجا ثبت و کنترل گردد» م ۴، سن ۴۴، مرد.

فرهنگ‌سازی / تقویت فرهنگ سازمانی

«درست مصرف‌کردن و به کار 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 استفاده‌ی ناصحیح از وسیله بوده» م ۵، سن ۳۸، مرد. «برای خون‌گیری از بیماران دیده شده که چندین سرنگ مصرف شده و نکات صرفه‌جویی را رعایت نمی‌کنند» م ۱۳، سن ۳۷، زن. «استفاده‌ی 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.

ایجاد قوانین و مقررات داخلی

«قوانین داخلی به شکل مدون توسط رئیس بیمارستان و کارشناسان مالی وضع شوند 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 بیشتر خود را ملزم به انجام آن می‌دانند» م ۱۱، سن ۴۲، زن.

وجود مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی

نظارت، با هدف اعمال اصلاحات لازم برای پیشگیری از ایجاد انحرافات انجام می‌شود و کنترل، فرآیندی مستمر برای

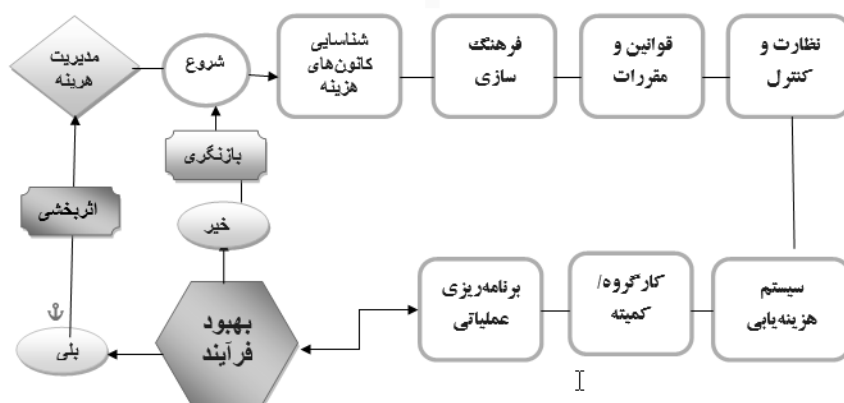
مضامین و زیرمضامین حیطة مدیریت هزینه‌های بیمارستانی را نشان می‌دهد.

بیمارستان با همکاری مسئولین مالی و کسانی که در امور مالی مشغول کار هستند، می‌توانند برنامه‌ی مدیریت هزینه‌ها را به شکل اهداف تدوین کنند» م ۱۵، سن ۴۱، مرد. جدول ۲

جدول ۲. حیطة، مضامین و زیرمضمون‌ها

حیطة	مضامین	زیرمضمون‌ها
مدیریت هزینه‌های بیمارستانی	شناسایی کانون‌های هزینه	شناسایی هزینه‌برها- شناسایی بخش‌های پر هزینه - تجهیزات پر هزینه - ردیابی هزینه‌برها
	فرهنگ‌سازی	درست مصرف کردن وسایل و تجهیزات- کاربرد صحیح تجهیزات پزشکی- صرفه جویی در مصرف وسایل- تعهد و مسئولیت کارکنان در قبال استفاده‌ی صحیح از وسایل
	قوانین و مقررات	تدوین دستورالعمل، خط‌مشی از مدیر ارشد- ابلاغ دستورالعمل‌های داخلی به کارکنان- الزام به اجرای قوانین وضع شده توسط کارکنان- پیگیری انجام قوانین وضع شده مدیریت ارشد - اجرای دستورالعمل‌ها توسط کارکنان
	نظارت و کنترل	نظارت بر مصرف و افزایش هزینه‌ها- تعیین مسئول یا ناظر مالی- بررسی دخل و خرج‌ها- بررسی و کنترل اجرای صحیح قوانین داخلی
	سیستم هزینه‌یابی	سیستمی کردن ثبت هزینه‌ها- به روز بودن گزارش‌های گردش مالی- ثبت گزارشات خریده‌ها به روز- مدون و به روز بودن ورودی و خروجی هزینه‌ها
	کارگروه/کمیته	برگزاری جلسات مستمر جهت بررسی مصرفی و افزایش هزینه‌ها- بررسی مشکلات موجود - اجرای اقدام اصلاحی - شناسایی نقاط بهبود در صرفه‌جویی
برنامه‌ریزی عملیاتی	لحاظ در برنامه‌های مدیریت ارشد- تدوین راهکارهای صرفه‌جویی به صورت هدف عملیاتی سالیانه- تلاش در جهت رسیدن به هدف تدوین شده- پایش برنامه‌های مدیریت هزینه در بیمارستان به صورت سالیانه- توجه به اثربخشی مدیریت هزینه‌ها در دوره‌های متوالی و منظم	

در نهایت با توجه به تحلیل داده‌ها، چارچوب مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان براساس مضامین استخراج شده در شکل ۱ به وجود آمد.



شکل ۱. چارچوب مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان براساس مفاهیم استخراجی

بحث

مضامین اساسی مؤثر در مدیریت هزینه‌های بیمارستان شکل گرفتند که شامل شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی/ تقویت فرهنگ سازمانی، وجود مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی، ایجاد قوانین و مقررات داخلی، راه‌اندازی سیستم‌های هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه/ کمیته‌ی ارزیاب و برنامه‌ریزی عملیاتی می‌باشند.

شناسایی کانون‌های هزینه‌بر

طبق یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ی مشارکت‌کنندگان، مفهوم «شناسایی کانون‌های هزینه» شناخت و شناسایی مکان‌هایی است که در آنجا بیشترین مقدار هزینه‌ی بیمارستان، صرف می‌شود مانند تجهیزات پزشکی، واحد دارویی، کسورات بیمه‌ای، انبارهای کالا و دارو. این مکان‌ها به عنوان «کانون‌های هزینه‌بر» نام گرفت. سیستم مدیریت نگهداری تجهیزات پزشکی در بیمارستان از طریق PM یا تعمیرات پیشگیرانه (Preventive maintenance) و کالیبراسیون دستگاه‌ها و انجام سرویس‌های دوره‌ای می‌تواند باعث کنترل و کاهش هزینه‌های واحد تجهیزات پزشکی شود (۲۳).

یعقوبی در تحقیقی به نام «اولویت‌بندی مؤثر بر شاخص‌های بهره‌وری» به این نتیجه رسید که به‌کارگیری راهبردهای هزینه‌ی اثربخش در بیمارستان با راهبرد مدیریت نگهداشت تجهیزات بیمارستانی مرتبط بوده و بر یکدیگر تأثیرگذارند (۲۴). بدون شک بخش عمده‌ای از بودجه‌ی بیمارستان‌ها صرف خرید و نوسازی تجهیزات پزشکی می‌شود؛ تجهیزاتی که برای بهره‌برداری، نگهداری صحیح و صیانت از سرمایه‌ی سازمان، حساسیت کاربران را نیاز دارد. ارتقای سطح کیفی خدمات سلامت، افزایش کارایی و اثربخشی تجهیزات و استفاده‌ی بهینه از اعتبارات در گرو برنامه‌ریزی و اجرای سیستم استاندارد نگهداشت تجهیزات است (۲۳).

قوانین و مقررات

با توجه به مصاحبه‌های صورت گرفته با مشارکت‌کنندگان، تدوین مقررات و قوانین به شکل دستورالعمل‌های داخلی توسط مدیریت ارشد و ابلاغ آن‌ها به بخش‌ها و واحدها را لازم و ضروری دانسته و بیان داشتند این الزامات باید توسط کارکنان اجرا شود و در صورت عدم آشنایی با دستورالعمل‌ها، آموزش‌های لازم صورت گیرد؛ زیرا خیلی از قوانین به دلیل ناآگاهی کارکنان باعث افزایش هزینه می‌شود مانند کسورات بیمه‌ای که به وفور باعث کسورات بیمه‌ای و افزایش هزینه‌ها می‌گردد.

کریمی در مطالعه‌ای به نام «علل کسورات اعمال‌شده به صورت حساب‌های بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران»، مهم‌ترین مشکل را در اثر آشنا نبودن کادر درمانی با الزامات مستندسازی سازمان‌های بیمه دانست (۲۵)؛ لذا جهت

کاهش کسورات، به‌کارگیری مکانیسمی چندجانبه شامل آموزش اصول مستندسازی به کادر درمانی، نظارت بر حسن اجرای کنترل پرونده‌ها در واحد مدارک پزشکی و تشکیل کمیته‌ی مدارک پزشکی در بیمارستان به منظور تبیین و اجرای مستمر فعالیت‌های مربوط ضروری است (۲۶). همچنین نتایج مطالعه‌ی خالصی در سال ۱۳۹۰ نشان داد که آموزش کارکنان در کاهش خطاهای اسناد بیمه‌ای مؤثر است؛ زیرا میزان کل کسورات در مرکز آموزشی درمانی فیروزگر از ۱۳/۹ درصد قبل از آموزش به ۹/۶ درصد بعد از آموزش رسیده است (۲۷).

رستمی در مطالعه با عنوان «کسورات صورت حساب‌های بیمه‌ای یک مرکز آموزشی- درمانی قبل و 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).

نظارت و کنترل

طبق مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان مورد مهم دیگر در انجام مدیریت هزینه‌ها به شکل صحیح «نظارت و کنترل» است. نظارت و کنترل یکی از ارکان اصلی مدیریت است. برای استقرار هر برنامه و اجرای هر هدفی نیاز به کنترل و نظارت است. در مطالعه‌ی «اتلاف منابع بیمارستانی طرح تحول سلامت در زمینه‌ی مطالعات و اسناد پزشکی» مهم‌ترین راهکارهای کاهش هزینه، ایجاد نرم‌افزارهای استاندارد برای تأیید صلاحیت، مطالبات، برنامه‌های الکترونیک بیمار محور و کاهش کسورات بیمه‌ای دانسته شده است (۲۵). در مورد هزینه‌های دارویی، دارو، حلقه‌ی جدایی‌ناپذیر زنجیره‌ی درمان است و نقص فرآیند درمان به دلیل هزینه‌ی بالای دارو یا عدم دسترسی مناسب به دارو، مطمئناً هزینه‌های بیشتری را در فرآیند درمان به دنبال خواهد داشت (۲۹). کمبود دارو، هزینه‌های ارزی تهیه‌ی آن، تأمین مالی بخش اعظم هزینه‌های دارویی توسط دولت و همچنین بحث تحریم‌های کشور، لزوم آموزش و کار فرهنگی را بیش از پیش بیان می‌نماید (۳۰).

فرهنگ‌سازی

مؤلفه‌ی دیگری که مشارکت‌کنندگان در مدیریت هزینه‌ها به آن اشاره داشتند، «فرهنگ‌سازی» بود. فرهنگ‌سازی در زمینه‌ی مدیریت هزینه‌ها، اشاره به این داشت که کارکنان روش صحیح به‌کارگیری وسایل و تجهیزات را بدانند. درست مصرف کردن و صحیح به‌کار بردن تجهیزات و وسایل مصرفی می‌تواند بار اضافی هزینه‌ها را تقلیل نماید (۳۱). مفهوم «فرهنگ‌سازی و فرهنگ سازمانی» در

انسانی و نیز استانداردسازی مصرف به منظور کاهش هزینه‌های مصرفی، قیمت تمام‌شده‌ی خدمات را کاهش داد (۳۹).

تشکیل کارگروه / کمیته‌ی ارزیابی

مورد استخراج‌شده‌ی دیگر از مصاحبه‌ی مشارکت‌کنندگان لزوم «کارگروه یا کمیته» جهت بررسی و پیگیری مدیریت هزینه‌های بیمارستانی بود. مفهوم «تشکیل کارگروه/کمیته‌ی ارزیاب» با مطالعات جین و بین (Jein & Bein) همخوانی دارد. در این تحقیق که برای حل مشکلات مدیریت هزینه انجام شده بود، داده‌های پنلی (Panely) 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 (۴۰). مفهوم «لزوم مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی» در مطالعات پاول و جورج (Paul & George) که به بررسی راه‌حل‌های مدیریت صحیح هزینه پرداختند، به این نتیجه رسیدند که نظارت قوی بهترین مسیر برای کاهش مشکلات مدیریت هزینه است (۴۱). الکن (Alken) در تحقیقی بررسی روی مدیریت هزینه‌های طرح‌های عمرانی در اندونزی را انجام داد و در نهایت به این نتیجه رسید که حسابرسی دولتی سبب اصلاح مخارج سرمایه‌ای پروژه‌ها تا سقف ۸ درصد می‌شود.

برنامه‌ریزی عملیاتی

مشارکت‌کنندگان بر این مورد نیز اشاره داشتند که جهت موفقیت مدیریت هزینه‌های بیمارستان، مدیر ارشد الزامات و اهداف را به شکل برنامه‌های عملیاتی به شکل سالیانه در نظر داشته باشد. 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. مدیریت هزینه را می‌توان فرآیند برنامه‌ریزی و کنترل اثربخش هزینه‌های آن سازمان معرفی کرد (۴۰). 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 و انجام خدمات، نتیجه‌ی تصمیم‌گیری‌های مدیریت است که عمدتاً چگونگی استفاده از منابع محدود سازمان است (۴۱).

با توجه به مفاهیم استخراج‌شده ضرورت انجام هریک از مؤلفه‌ها به ترتیب نیاز نیست؛ بلکه مؤلفه‌های استخراج‌شده می‌تواند به عنوان بستر ایجاد هدف اصلی یعنی مدیریت هزینه قرار بگیرد. چنانچه هدف مورد نظر در جهت پیشرفت مدیریت هزینه‌ها صورت بگیرد، بهبود سیستم و در نتیجه

مدیریت هزینه‌ها با مطالعات لیندر (Linder) و کیناجان و ادناه (kina jan & Adenah) همخوانی دارد (۳۲، ۳۳). آن‌ها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که هنجارهای موجود در اجتماع با مشکلات مدیریت هزینه رابطه‌ی مستقیمی دارد و از عوامل مدیریت هزینه، فرهنگ سازمانی مناسب، محیط سازمانی منظم و حسابرسی قوی است که می‌تواند بر مشکلات مدیریت هزینه‌ها اثرگذار باشد (۳۴). دیتا و فرانшли (Dita & Franshley) در تحقیقی به بررسی تأثیر تبلیغات دولتی بر اصلاح سیستم مدیریت مصرف در دولت پرداختند. نتایج نشان داد که فرهنگ‌سازی دولت از طریق تبلیغات در اصلاح سیستم مدیریت مصرف مؤثر است (۳۵)؛ بنابراین می‌توان با آموزش، فرهنگ‌سازی را در بیمارستان انجام داد.

سیستم‌های هزینه‌یابی

ثبت هزینه‌ها و پایش آن به طور مستمر و به روز یکی دیگر از مفاهیمی بود که مشارکت‌کنندگان این مطالعه بیان داشتند. از آنجا که ثبت هزینه‌ها و پایش آن‌ها به شکل دستی سخت می‌باشد و ممکن است فراموشی و یا انحرافی در این مسیر صورت بگیرد، نیاز به سیستمی کردن این فرآیند می‌باشد. مفهوم «سیستم‌های هزینه‌یابی»، در تحقیقات ایزدی‌نیا و کمالی که به بررسی تأثیر سیستم هزینه‌یابی کیفیت 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 (Ratenatanja) و همکاران تحقیقی در کشور سری‌لانکا در خصوص مدیریت هزینه‌ها انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که راه‌حل غلبه بر مشکلات مدیریت هزینه استفاده از تکنیک‌های نوین مدیریت هزینه شامل هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت و هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان‌گرا است (۳۷). یافته‌ها سیستم مناسب‌تر و ارزان‌تری نسبت به سیستم سنتی هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت معرفی نمود (۳۷). رنزیبرگ (Rensburg) و همکارانش در بیمارستان هلن جوزف با استفاده از روش هزینه‌یابی بر اساس فعالیت (Activit Base Costing) یا ABC تخمین واقع‌بینانه‌ای از سیستم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی روان به دست آوردند و به ایجاد یک چرخه‌ی تضمین کیفیت پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که روش می‌تواند مدیریت هزینه‌های مرکز را تسهیل نماید و موجب بهینه‌سازی هزینه‌ها شود (۳۸). بهرامی و همکاران، نیز در مطالعه‌ی قیمت تمام‌شده‌ی خدمات بخش رادیولوژی بیمارستان شقای شهر کرمان را براساس روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت محاسبه نمودند و دریافتند که می‌توان از طریق بهبود عملکرد، به خصوص اصلاح اقدامات مدیریت منابع

۳. همچنین رؤیت نشدن اسناد مربوط به هزینه‌های صورت گرفته به تفکیک هر بخش و واحد و در نتیجه مقایسه نشدن مدارک با صحبت‌های افراد نیز یک محدودیت بود.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد جهت مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان، شناسایی کانون‌های هزینه‌بر، فرهنگ‌سازی / تقویت فرهنگ سازمانی، وجود مکانیسم‌های کنترلی و نظارتی، ایجاد قوانین و مقررات داخلی، سیستم‌های هزینه‌یابی، تشکیل کارگروه/کمیته‌ی ارزیاب و برنامه‌ریزی عملیاتی نیاز هست. مدیریت بیمارستان‌ها با ایجاد برنامه‌ی صحیح در انجام مدیریت هزینه‌ها، لازم است کلیه‌ی مسیرهای ایجاد هزینه را رصد نمایند و برکانون‌های هزینه‌بر و آنچه باعث افزایش هزینه‌ها می‌شود، کنترل و نظارت بیشتری نمایند. یکی از مهم‌ترین ابزارهای تعدیل‌کننده‌ی مدیریت هزینه‌ها، افزایش آگاهی و فرهنگ‌سازی بهینه‌ی الگوی مصرف و کاربرد صحیح تجهیزات پزشکی می‌باشد. قوانین و مقررات تدوین‌شده در خصوص اهمیت مدیریت هزینه توسط مدیریت و همچنین نظارت و کنترل بر مشکلات و خدمات نامنتطبق به وجود آمده در این راستا می‌تواند تا حدود زیادی به موفقیت مدیر در اجرای برنامه‌ی مدیریت هزینه‌ها یاری نماید.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد تعیین و نصب سیستم‌های هزینه‌یابی جهت آسان‌تر کردن ثبت و پایش هزینه‌ها لازم و ضروری است. کلیه‌ی هزینه‌ها (دخل و خرج) باید سیستماتیک ثبت گردند و پایش آن‌ها به شکل مستمر صورت گیرد. به طور یقین اقدامات مدیریتی نیاز به تشکیل کارگروه و یا کمیته‌ای دارد که با همفکری و مشارکت بتوان مشکلات به وجود آمده را حل نمود و این یافته‌ی دیگری از نتایج به دست آمده‌ی این مطالعه بود. یکی دیگر از نتایج حاصل از این مطالعه، لزوم توجه مدیریت به اصل مدیریت هزینه‌ها در برنامه‌ی سالیانه یعنی تدوین اهداف عملیاتی است. مدیریت بیمارستان، برنامه‌های اثربخش بهبود مدیریت هزینه‌ها را در یک یا چند برنامه‌ی عملیاتی تدوین نموده و نسبت به انجام آن اقدام نماید.

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این واقعیت است که کاهش هزینه‌ها نباید موجب افت کمی و کیفی خدمات بیمارستانی شده بلکه باید کیفیت را بهبود ببخشد و باعث ارتقای آن شود.

پیامدهای عملی پژوهش

از آنجا که ارتقای کیفیت نظام سلامت مهم‌ترین هدف سازمان‌های بهداشتی می‌باشد و مهم‌ترین نتایج حاصل از این

اثربخشی فرآیند حاصل شده است و در صورت عدم نتیجه‌ی موردنظر، بازنگری سیستم از ابتدای فرآیند ضروری است. از آنجایی که به کارگیری الگوی مدیریت هزینه‌ها نیاز به تلاش گسترده‌ای از سوی مدیریت بیمارستان‌ها جهت هدایت و تغییر رفتار در مصرف کارکنان دارد؛ لذا توجه مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها را به پیشنهادات ذیل جلب می‌نماید:

۱. توجه بیشتر به ارتقای آگاهی و آموزش کار با دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی به صورت برنامه‌ی منظم در آموزش سالیانه‌ی کارکنان.

۲. اجرای برنامه‌ی تعمیرات پیشگیرانه‌ی تجهیزات پزشکی از طریق واحد مهندسی تجهیزات پزشکی بیمارستان.

۳. بهینه‌سازی الگوی مصرف وسایل یکبار مصرف پزشکی در بیمارستان.

۴. کنترل خطاهای مستندات پزشکی که منجر به کسورات پزشکی می‌شود، از طریق نظارت دقیق و مستمر نسخه‌های پزشکی.

۵. ایجاد کمیته‌ی بررسی نسخ و بررسی خطاهای منجر به کسور با انجام اقدام اصلاحی.

۶. بررسی ماهیانه‌ی خرابی تجهیزات پزشکی و بررسی علل آن.

۷. توجه به اثربخشی تعمیرات پیشگیرانه‌ی تجهیزات پایش آن‌ها در فواصل زمانی متوالی.

۸. بهینه‌سازی مصرف انرژی بیمارستان (با اصلاح دوجداره کردن پنجره‌ها، استفاده از وسایل برقی کم مصرف، مدیریت مصرف منابع).

۹. فعال کردن کمیته‌ی اقتصاد سلامت در بیمارستان.

همچنین با توجه به این مطالعه چند پیشنهاد برای پژوهشگران این حوزه ضروری به نظر می‌رسد:

۱. شناسایی سایر مؤلفه‌های مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها

۲. بررسی اثر بخشی مؤلفه‌های حاصل در این مطالعه در سایر بیمارستان‌ها

۳. بررسی نقاط ضعف و قوت مدیریت هزینه‌های بیمارستان‌های دیگر

۴. ارائه‌ی مدل یا چارچوب مدیریت هزینه‌های بیمارستانی با روش‌های مطالعاتی دیگر

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح ذیل می‌باشد:

۱. با توجه به محدودیت زمانی، این مطالعه قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌ها نبود.

۲. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به محرمانه بودن برخی اطلاعات مالی اشاره کرد. به دلیل محرمانه بودن اسناد مالی، بررسی مستقیم هزینه‌ها به‌سادگی امکان‌پذیر نبوده و کارکنان در خصوص ارائه‌ی اطلاعات مالی، محتاط‌تر عمل کرده و همین امر باعث کند شدن روند مطالعه شد.

۳. انجام مطالعه‌ی فوق‌هیچ‌گونه هزینه‌ای برای افرادی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، نداشته است.
 ۴. در این مقاله به هیچ‌وجه نامی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه برده نشده است.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگر ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه‌ی تصویب‌شده در مهرماه سال ۱۳۹۷ بود که با کد اخلاق IR.IAU.KAU.REC.1398.002 در دانشگاه آزاد اسلامی کازرون مورد تأیید قرار گرفت. بدین وسیله از زحمات کلیه‌ی دست‌اندرکاران این دانشگاه سپاسگزاریم. گروه پژوهش از تمام مشارکت‌کنندگانی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماید.

بهبود کیفیت، خدمات‌رسانی مطلوب و در نتیجه سلامت جامعه همراه با رضایتمندی بیماران می‌باشد، مدیران باید با برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها در نگهداری سرمایه‌های بیمارستان نهایت تلاش و تعهد را داشته باشند. با مدیریت هزینه‌های بیمارستان و توجه به سودآوری می‌توان بر سرمایه‌های بهداشت و درمان و در نتیجه سلامت جامعه امیدوار بود. همچنین از نظر پیامدهای علمی محققان می‌تواند روش‌های دیگری جهت مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها و به طور کلی نظام سلامت جستجو کنند و به طور کلی هدف نهایی ارتقای بهبود کیفیت سلامت و جامعه‌ای سالم و رضایتمند از ارائه‌ی خدمات ایجاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

۱. در پروژه‌ی حاضر به منظور رعایت موازین اخلاقی موارد زیر به دقت مد نظر بوده و مراعات شده است: مطالعه هیچ‌گونه جنبه‌ی اخلاقی - انسانی بیماران را در بر نداشت.
 ۲. در استفاده، ارائه و نشر مطالب علمی امانت‌دار بوده و کلیه‌ی حقوق محققین لحاظ گردیده است.

References

1. Rezapoor A, Asefzadeh S. Estimating cost-function at hospitals of qazvin university of medical sciences (2001-2005). J Qazvin Univ Med Sci. 2008;11(4):77-82. (Persian)
2. Rajabi A. Activity Based Costing (ABC), New outlook for calculating cost price of student's education in different majors of medical group (case study: medical science universities of Shiraz, fasa and yazd). Accounting and Auditing Review. 2012;18(64):35-56. (Persian)
3. Mirzaei H, Naseri G, Rezaee R, Mohammadi M, Banikazemi Z, Mirzaei HR, Et Al. Curcumin: a new candidate for melanoma therapy? Int J Cancer.2016;139(8):1683-95. doi:10.1002/ijc.30224.
4. Sprung CL, Cohen SL, Sjkovist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-Of-Life Practices in European Intensive Care Units: the Ethicus Study. JAMA.2003;290(6):790-7. doi:10.1001/jama.290.6.790.
5. Amiresmaili Mr, Imani E, Jahad Sarvestani 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):133-43. (Persian)
6. Zandiyan H. Cost of radiology services using the activity based costing (ABC) method. Payesh. 2013;12(6):595-605. (Persian)
7. Ergun FA, Agirbas I, Kuzu I. Activity-Based costing for pathology examinations and comparison with the current pricing system in Turkey. Turk Patoloji Derg. 2013;29(1):1-14. doi:10.5146/tjpath.2013.01141.
8. Shahrjerdi R, EbrahimAbadi GR, 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). J Water and Sustainable Development. 2017;4(2):13-22. doi:10.22067/jwsd.v4i2.66178. (Persian)
9. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of birjand city regarding existing barriers in patient education. Mod.Care.J. 2011;8(3)(31):152-8.
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. Payavard. 2013;7(2):101-10. (Persian)
11. Lewis MA, La Forgia GM, Sulvetta MB. Measuring public hospital costs: empirical evidence from the dominican republic. Soc Sci Med. 1996; 43(2):221-34. doi: 10.1016/0277-9536(95)00364-9.
12. Emami Sigaroudi A, Ghiyasvandian S, Nikbakht Nasabadi A. Understanding doctoral nursing students' experiences of blended learning: a qualitative study. Acta Med Iran. 2016;54(11):743-9.
13. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. California: Thousand Oaks; 1998.

14. Khaefallahi A, Bahrammirzae A, Mottagi A. Indicators of spirituality in organization. *Tadbir*. 2009 (217): 29-33. (Persian)
15. Kafle N. Hermeneutic phenomenological research method simplified. *Bodhi: An Interdisciplinary Journal*. 2011;5:181-200.
16. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology. A modified husserlian approach. Pittsburgh: Duquesne University Press; 2009.
17. Salmani D, Moinian N. The relationship between spirituality and transitional leadership (case study: central bank of Islamic Republic of Iran). *Cultural Engineering*. 2010;5(45):47-54. (Persian)
18. Sharifi A, Kamali M, Chabok A. Social needs of people with cerebral palsy: a qualitative study with phenomenology method. *MRJ*. 2014;8(2):21-30. (Persian)
19. Nieswiadomy RM. Foundation of nursing research. 3rd ed. USA: Appleton and Lange; 1998. p.159-162.
20. Adib-Hajbagheri M, Bolandianbafghi S. Study of the quality of Hermeneutic phenomenology studies in nursing. *S J Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2018;3(3):24-35. doi:10.29252/sjnm.3.3.24. (Persian)
21. Ahanchian Mr, Khorashadzadeh F. Exploring spiritual management in nursing: a hermeneutic phenomenology. *Nursing Management*. 2015;4(1):49-60. (Persian)
22. 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. doi:10.1177/1078155217732400.
23. Jafarian M, Forouzandeh F, Danaee I, Gopal F, Mahjani MG. Electrocatalytic oxidation of glucose on Ni and NiCu alloy modified glassy carbon electrode. *J Solid State Electr*. 2009;13(8):1171-9. doi.org/10.1007/s10008-008-0632-1.
24. Yaghoubi M, Agha Rahimi Z, Javadi M. Factors affecting in productivity index in Noor & Ali Asghar hospital in Esfahan base on hierarchical analysis process technique. *Health Inf Manag*. 2013; 10(4): 592-600. doi: 10.22122/him.v10i4.657. (Persian)
25. Karimi S, Vesal S, Saeedfar S, Rezayatmand M. The study deductions of insurance bills and resenting suggestions approaches in Seyed Alshohada hospital. *Health Inf Manag*. 2011; 7(Special Issue):594-600. (Persian)
26. Emadi A, Hasanzadeh H, Pashaie M, Ghods A. Studying the factors affecting job satisfaction of employees of Semnan health centers. *JPS*. 2015;6(3):85-89. doi:10.22037/jps.v6i3.9882.
27. Khalesi N, Ghohari M, Vatankhah S, Abbas Imani Z. Effect of educational programs on insurance deductions of Firozgar educational-care center. *Health Management*. 2010;43(14):19-26.
28. Rostami Z, Nasiripour Aa. Comparison of the deductions of insurance bills in an education-treatment center in Iran before and after health care reform. *JHIM*. 2019;15(6):281-7. (Persian)
29. Hosseinzadeh M, Ezate Aghajari P, Mahdavi N. Reasons of nurses' medication errors and perspectives of nurses on barriers of error reporting. *Hayat*. 2012;18 (2):66-75 (Persian)
30. Fereidouni Z, Morandini M, Dehghan A, Jamshidi N, Kalyani M. The prevalence of needlestick injuries and exposure to blood and body fluids among Iranian healthcare workers: a systematic review. *Int J Med Rev*. 2018;5(1):35-40. doi:10.29252/IJMR-050106.
31. Hamdollahzadeh A, Ghafarzadeh J, Nabilou B, Amirzadeh J, Davodi J, Yusefzadeh H. Unused medicines in Urmia Households in 2016. *Nurs Midwifery J*. 2018;16(9):671-7. (Persian)
32. Rahmanieh Z, Ghasem Begloo A, Alimohammadzadeh K. Estimating of cost price of services at neonatal intensive care unit by activity-based costing. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2019;10(4):90-9. doi: 10.21859/nkjmd-110301. (Persian)
33. Kangogo J, Kiptoo JE. Factors affecting ethical standards in public procurement in Kenya. *Int. j. manag. sci*. 2013;1(3): 90-99.
34. Lindner, S. Literature review on social norms and corruption. U4 Anti-Corruption Resource Centre, CMI. Norway. 2014.
35. Ditella R, Franceschelli I. Government advertising and media coverage of corruption scandals. *AEJ: Applied Economics*. 2011(3);4:119-151.
36. Kamali A, Iizadinia N. Study of effect of implementation of cost of quality system on cost management in Fajr Jam Gas Refining Company. *Accounting and Auditing Researches*. 2014. (22): 36-51. (Persian)
37. Ratnatunga J, Tse M, Balachandran K. Cost management in Sri Lanka: a case study on volume, activity and time as cost drivers. *Int J Account*. 2012; 47(3): 281-301. doi: 10.1016/j.intacc.2012.07.001.
38. Janse van Rensburg AB, Jassat W. Acute mental health care according to recent mental health legislation Part II. Activity-based costing. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011;14(1):23-9. doi:10.4314/ajpsy.v14i1.65464.
39. Saber Mahani A, Barouni M, Bahrami Ma, Goodarzi G, Sheikhgholami S, Ebrahimipour Z, Et Al. Cost price estimation of radiology services in Shafa hospital, Kerman, 2010. *Toloo-E-Behdasht*. 2011;10(1) (13): 50-61. (Persian)
40. Jamshidi N, Jamshidi H. The role of cost analysis on organizational activities to improve financial activities (case study: Tehran industrial and

- occupational organization). *Ta J.* 2018; 2 (3):100-8. doi: account-0000/10.21859. (Persian).
41. Healy PM, Serafeim G. An analysis of firms' self-reported anticorruption efforts. *The Accounting Review.* 2016;91 (2): 489-511. doi: 10.2139/ssrn.2229039.