

عوامل، پیشران‌ها و موانع بهبود مدیریت هزینه بیمارستان: مرور نظام‌مند

الهه عیسی^۱، امید خسروی زاده^۲، آیسا ملکی^۱، بهمن احدی نژاد^{۳*}

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۲

چکیده:

مقدمه: مدیریت هزینه‌ها مهم‌ترین عامل مؤثر بر عملکرد اقتصادی بیمارستان است. مدیریت خوب هزینه‌ها در کوتاه‌مدت باعث ثبات و تعادل تراز عملیاتی بیمارستان شده و بیمارستان را از نظر نقدینگی ایمن می‌کند. همچنین مدیریت خوب هزینه‌ها در بلندمدت باعث می‌شود که بیمارستان از نظر مالی باثبات باشد. با توجه به موارد ذکر شده و افزایش روزافزون هزینه‌های بیمارستانی مطالعه حاضر با هدف شناخت و بررسی عوامل، پیشران‌ها و موانع بهبود مدیریت هزینه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مرور نظام‌مند در سال ۲۰۲۰ انجام شده است. داده‌ها با جستجوی کلیدواژه‌ها در پایگاه‌های داده‌ای Google scholar, PubMed, Scopus, Web of Science, Science direct, Magiran, SID و Irandoc از ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۰ جمع‌آوری شده است. دسته‌بندی نتایج مطالعات با بحث و بررسی پژوهشگران انجام گرفت.

نتایج: همه مؤلفه‌های شناسایی شده و استخراج شده از مقالات برای بهبود مدیریت هزینه‌های بیمارستانی در چهار بُعد (عوامل افزایش دهنده، پیش‌نیازها، موانع و راهکارها) تقسیم‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: مرور نتایج هر یک از مطالعات بیانگر اهمیت هر یک از مؤلفه‌ها در مدیریت، بهبود و کنترل هزینه‌های بیمارستانی بود. در این خصوص سیاست‌گذاران در سطح تصمیم‌گیری و مدیران در سطح اجرایی باید به مؤلفه‌ها و ابعاد تأثیرگذار بر کنترل و بهبود هزینه‌های بیمارستانی با توجه به ساختار، فرآیند و پیامدهای مورد انتظار، توجه کرده و سپس در خصوص اجرایی شدن آن‌ها تصمیم لازم را بگیرند.

کلمات کلیدی: مدیریت هزینه، کاهش هزینه، بیمارستان

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. (* نویسنده مسئول).

bahmanahadi2009@gmail.com

مقدمه

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی باکیفیت، ایمن، اثربخش و کارآمد به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه یکی از اهداف مهم بیمارستان‌ها می‌باشد (۱، ۲). بیمارستان‌ها در همه کشورها به عنوان یکی از سازمان‌های اصلی ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، اهمیت ویژه‌ای در اقتصاد بهداشت دارند. اما در کشورهای در حال توسعه، با توجه به زیرساخت‌ها و شرایط اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید آن‌ها در رویارویی با نوسانات بازار پول و کالا این اهمیت دوچندان می‌گردد (۳). هزینه‌های نظام سلامت در سراسر دنیا در حال افزایش است به گونه‌ای که با افزایش یک درصدی سرانه تولید ناخالص داخلی، هزینه‌های سلامت ۰/۴ درصد افزایش می‌یابد (۴). در همه کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) هزینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی بسیار سریع‌تر از تولید ناخالص ملی آن‌ها رشد کرده است (۵). فشارهای مداوم در همه اقتصادهای پیشرفته وجود دارد که رشد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را شامل می‌شود. علاوه بر این، وخامت وضعیت مالی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی منجر به تأکید بر کاهش هزینه‌ها برای بقای اقتصادی می‌شود (۶). از آنجایی که بیمارستان‌ها، به عنوان بازوی مهم ارائه خدمات سلامت، قسمت عمده منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند، این 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 (۷، ۸). رشد هزینه‌ها در بیمارستان‌های عمومی سریع‌تر از سایر بخش‌ها می‌باشد، در کشور ایران حدود ۸/۶۶ درصد تولید ناخالص داخلی به هزینه‌های بخش بهداشت و سلامت تعلق دارد و نیز مراقبت‌های بیمارستانی حدود ۴۰ درصد مخارج سلامت دولتی را به خود اختصاص می‌دهند (۸، ۹). هزینه‌ها و مخارج این مراکز به طور روزافزون در حال صعود است و تأمین منابع مالی برای ادامه روند فعالیت‌ها و جلوگیری از وقفه در روند ارائه خدمات الزامی است. لذا مراکز درمانی باید از هزینه‌یابی و تحلیل هزینه‌ها در راستای استفاده اثربخش از منابع استفاده نمایند (۱۰). بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید در اندیشه‌ی دستیابی به فرآیندها و استراتژی‌هایی باشند که تصویر روشنی از رفتار اقتصادی-مالی بیمارستان و هزینه‌های آن برای بقا در محیط‌های رقابتی و پویا ارائه دهند (۱۰). چراکه یکی از عوامل حیاتی موفقیت در مدیریت اثربخش سلامت، درک صحیح هزینه‌ها و کنترل آن‌ها است (۱۱). افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، استفاده از

تکنولوژی‌ها و روش‌های جدید تشخیص و درمان، تقاضای روزافزون برای خدمات بیمارستانی و خطاهای پزشکی و انسانی منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی شده است (۱۲). سیاست‌گذاران و مدیران بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر بر کاهش مدت اقامت بیماران به عنوان یک عامل مهم در مهار هزینه‌های بیمارستانی نیز تأکید دارند (۱۳). همچنین عواملی چون افزایش واقعی درآمد سرانه، نوآوری‌های تکنولوژی، پیشرفت‌های دارویی، بیمه‌های درمانی همه‌جانبه در برابر خدمات پزشکی، افزایش جمعیت و تغییر ساختار نیروی کار سلامت تأثیر قابل‌توجهی در افزایش هزینه‌های سلامت داشته است (۱۴). با توجه به مطالب بیان شده در مطالعات انجام شده و افزایش روزافزون و صعودی هزینه‌های درمانی در صورت عدم مدیریت کارساز و کنترل هزینه‌های بیمارستانی ادامه‌ی حیات و ارائه‌ی خدمات در بیمارستان‌ها با وقفه روبرو خواهد شد و همچنین زیرساخت‌های لازم برای تصمیمات آگاهانه با خلل همراه خواهد بود. بنابراین اهمیت کنترل، کاهش و بهبود هزینه‌های بیمارستانی بر همگان روشن خواهد بود. بهبود هزینه‌های بیمارستانی می‌تواند در تخصیص بهینه منابع، اصلاح بودجه و نرخ تعرفه کارساز باشد، بنابراین پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل، موانع و پیشران‌های بهبود مدیریت هزینه بیمارستان‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه: این مطالعه از نوع مطالعه مروری جامع در جهت شناسایی عوامل، پیشران‌ها و موانع بهبود مدیریت هزینه بیمارستان در سال ۲۰۲۰ انجام گرفته است.

سؤال و چارچوب پژوهش: پژوهش حاضر در پاسخ به سؤال "عوامل و پیشران‌ها و موانع بهبود مدیریت بیمارستان چیست؟" و در قالب چارچوب مفهومی چندبخشی (شکل ۱) انجام شده است.

استراتژی جستجو: داده‌ها با جستجوی پایگاه‌های داده‌ای Google Scholar, PubMed, Scopus, Web of Science, science direct, Magiran, SID از ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۰ جمع‌آوری شده است. برای شناسایی و پوشش مقالات بیشتر، جستجوی دستی برخی ژورنال‌های معتبر کلیدی نیز انجام گرفت. کلیدواژه‌های انگلیسی شامل "cost management", "hospital cost control", "hospital", "Cost Accounting", "cost management" و کلیدواژه‌های فارسی شامل "مدیریت هزینه بیمارستان"، "کنترل هزینه‌های بیمارستان"، "عوامل مؤثر بر هزینه‌های بیمارستان"، "هزینه‌های

همه با استفاده از نرم‌افزار مدیریت منابع (EndNote X9) انجام شد.

ارزیابی کیفیت و استخراج داده‌ها: پس از جستجو، مقالات به دست آمده توسط محققان و با استفاده از چک لیست استروب (STROBE) ارزیابی شدند و بر این اساس مقالات با کیفیت انتخاب گشتند. این چک لیست از بهترین ابزارهای مورد استفاده در بررسی کیفیت مقالات مشاهده‌ای می‌باشد. این چک لیست ۲۲ مورد را در بخش‌های عنوان، مقدمه، روش، نتایج و بحث و نتیجه‌گیری می‌سنجد. مقالاتی که بیش از ۵۰٪ موارد چک لیست را دارا نبودند؛ حذف شدند و استخراج داده‌ها پس از ارزیابی کیفیت صورت گرفت. داده‌های مورد نیاز در قالب نویسنده/ سال انتشار، محل مطالعه، عنوان مطالعه، جامعه مطالعه و نوع مطالعه، روش مطالعه و نتایج کلیدی استخراج و خلاصه‌سازی شد.

دسته‌بندی نتایج: در این مطالعه تعداد ۴۰ مقاله انتخاب شد و داده‌های استخراج شده در این مطالعه در قالب ابعاد و مؤلفه‌ها و پیشنهادات اجرایی مفهوم‌سازی شد. در فرآیند این تحلیل محققان به صورت مجزا مؤلفه‌های استخراج شده از مطالعات را به تفکیک در ابعاد مختلف مفهوم‌سازی کردند؛ سپس ابعاد و مؤلفه‌های تهیه شده مورد مقایسه قرار گرفتند و محققین یک گروه بندی واحد مورد توافق را تجمیع و ارائه کردند.

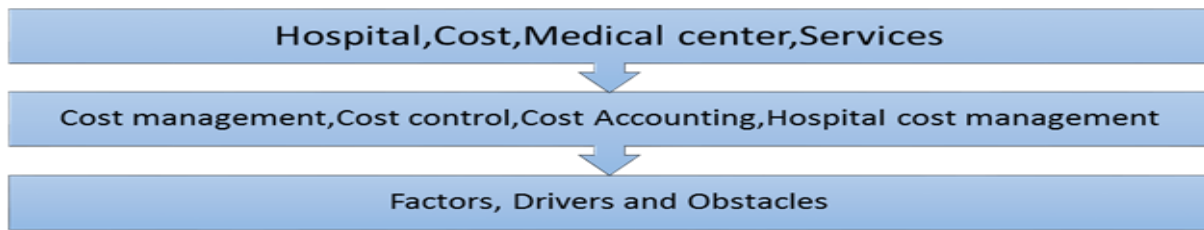
بیمارستانی" بود. برای ترکیب یا محدود کردن نتایج جستجو، از AND، OR و NOT استفاده شد.

معیار ورود و خروج: برای انتخاب مقالات مرتبط با حوزه تحقیق، معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- مطالعات که در حدوداً ده سال اخیر در حوزه مدیریت هزینه بیمارستانی انجام شده‌اند ۲- کلیه مطالعات توصیفی و تحلیلی و مقطعی با متدولوژی‌های متفاوت ۳- زبان مطالعات فقط فارسی و انگلیسی بود. همچنین معیار خروج شامل ۱- مطالعاتی که در سایر حوزه‌ها خدماتی انجام شده‌اند ۲- مطالعاتی که امکان دسترسی به آن‌ها وجود ندارد.

غربالگری و گزینش مطالعات: مقالات با کلمات کلیدی مذکور در عناوین و چکیده‌های آن‌ها انتخاب، سپس مقالات تکراری شناسایی و از روند بررسی حذف شدند. در مراحل بعدی چکیده و سپس متن کامل مقالات بررسی گشت و مطالعاتی که شامل معیارهای خروج از مطالعه بودند و ارتباط ضعیفی با اهداف مطالعه داشتند شناسایی و حذف شدند. سرانجام فهرستی از عناوین همه مقالات جستجو شده در پایگاه داده‌ها تهیه گردید. برای تعیین مناسب‌ترین لیست، مطالعات غربالگری و مقالات بی‌ربط حذف شدند. در نهایت مقالات منتخب وارد مطالعه شدند. مقالات انتخاب شده به طور کامل مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. ارزیابی و ساماندهی عناوین و همچنین یافتن و حذف سوابق تکراری

جدول ۱. استراتژی‌های جستجو

Google scholar	allintitle: "cost management" OR "hospital cost management"
	allintitle: "hospital cost control" hospital OR cost
	allintitle: hospital cost control "hospital cost management"
Pubmed search	cost management model "[All Fields] AND (all[sb] AND ("2009/01/01"[PubDate]: "2021/01/31"[PubDate]))
	"Cost Accounting"[All Fields] AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields]) AND (all[sb] AND ("2009/01/01"[PubDate] : "2021/01/31"
Science direct	TITLE-ABS-KEY (hospital cost management) >2009
	cost effective factors on hospital cost management
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("hospital cost management") AND DOCTYPE (ar OR re) AND PUBYEAR > 2009
	TITLE-ABS-KEY ("hospital cost control") AND DOCTYPE (ar OR re) AND PUBYEAR > 2009
Web of science	TOPIC: ("cost management") AND TOPIC: (cost control in hospital) Timespan: 2009-2021
	TOPIC: Hospital cost management
other	"hospital cost management " OR "cost management"OR " hospital cost control"OR" Cost Accounting" AND " cost effective factors on cost management"- 2007-2020. Persian and English Lang

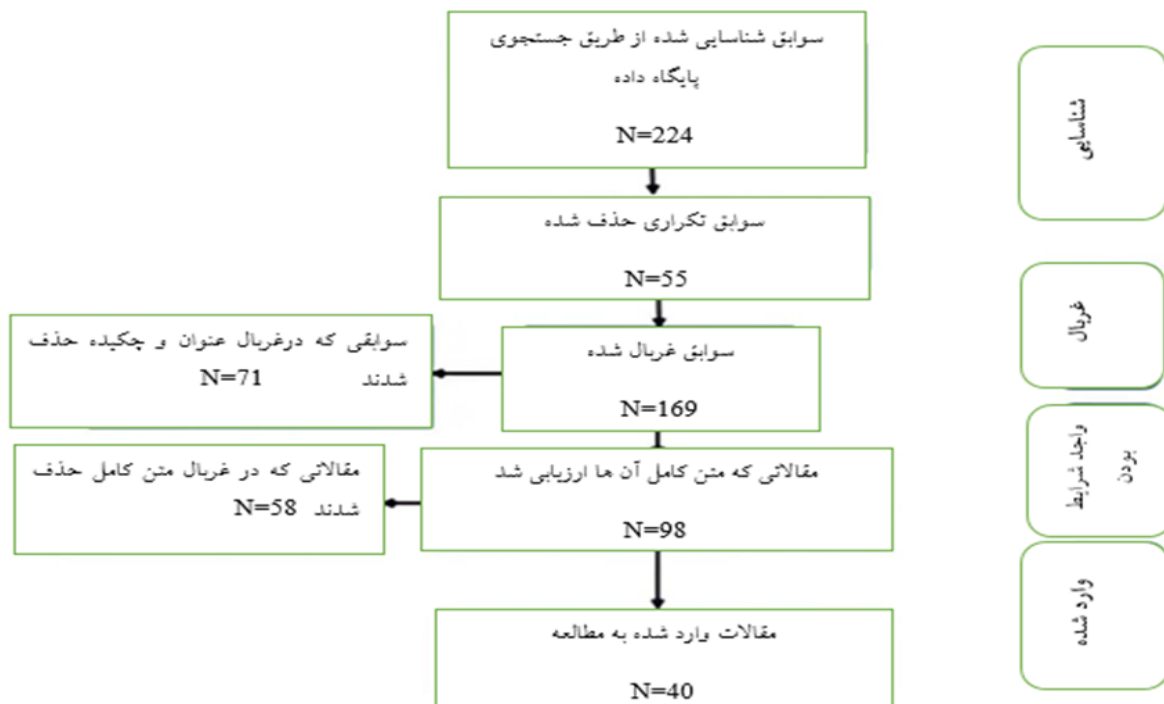


شکل ۱. چارچوب مفهومی چندبخشی مطالعه

یافته‌ها

در فرآیند بررسی مقالات به دست آمده از پایگاه‌های اطلاعاتی، ابتدا تعداد ۵۵ مقاله به دلیل نداشتن عناوین مرتبط با اهداف مطالعه، تکراری بودن و عدم دسترسی به متن کامل مقاله حذف شدند. در مرحله دوم با مطالعه چکیده‌ی مقالات، تعداد ۷۱ مقاله به دلیل نداشتن نتیجه مرتبط با اهداف ما از مطالعه خارج شدند. در مرحله سوم با مطالعه متن کامل مقالات باقی مانده، ۵۸ مقاله نیز به دلیل

وجود نسخه‌ی فارسی و انگلیسی مشابه، غیر مرتبط بودن با موضوع حذف شدند. در نهایت تعداد ۴۰ مقاله که بیشترین ارتباط را با موضوع پژوهش داشتند وارد تحلیل نهایی شدند. تعداد ۴۰ مقاله نهایی انتخاب شده در پژوهش بررسی شدند. تعداد ۲۱ مطالعه خارجی و ۱۹ مطالعه داخلی بودند. مشخصات مطالعات مورد بررسی در جدول ۲ گزارش شده است.



نمودار ۱. روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

تعداد ۴۰ مطالعه داخلی و خارجی وارد مطالعه شدند و بر اساس سال انتشار، هدف، طرح مطالعه و نتایج دسته‌بندی شدند.

جدول ۲: خلاصه مطالعات انجام شده وارد شده به پژوهش

نویسنده	عنوان	سال انتشار	هدف مقاله	طرح مطالعه	نتایج مقاله
هیلونگ سان و همکاران	Problems and countermeasures of hospital financial management	۲۰۱۹	تقویت مدیریت مالی بیمارستان و علمی و منطقی تر کردن آن	مقطعی	بهبود پیوسته مقرر و قوانین مالی سازمان
کاترین کاستانیوتی و همکاران	ABC analysis: a tool of effectively controlling pharmaceutical expenditure in Greek NHS hospitals	۲۰۱۵	تحلیل هزینه‌های دارویی سالانه در بیمارستان‌های NHS	گذشته‌نگر	کنترل موجودی کالا با شناسایی داروهای نیاز به کنترل دقیق برای استفاده منطقی از بودجه
لیلیانا نریز و همکاران	A cost management model for hospital food and nutrition in a public hospital	۲۰۱۴	استفاده از سیستم‌های هزینه‌یابی	مقطعی	نتایج نشان‌دهنده تأثیرات مثبتی بر کاهش هزینه‌های بخش تغذیه پس از اجرای ABC / ABM است
آندرسون و همکاران	Strategic Cost Management in Supply Chains, Part 2: Executional Cost Management	۲۰۱۵	بررسی مدیریت هزینه اجرایی در زنجیره تامین	مقطعی	پیشرفت در مدیریت هزینه اجرایی و آموزش مستمر و نظارت بر عملکرد
فیگن اکر و همکاران	A New Costing Model in Hospital Management Time-Driven Activity-Based Costing System	۲۰۱۳	تأکید بر کارایی سیستم هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت مبتنی بر زمان	توصیفی	مدیریت بهتر بیمارستان می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌ها شود
ایوانا دراشیچ لوتیلسکی و همکاران	Business Processes in the Function of Cost Management in Healthcare Institutions	۲۰۱۷	اشاره به اهمیت فرایندهای تجاری ضمن معرفی روش ABC	مقطعی	نویسندگان مدل‌سازی فرآیندهای تجاری را به عنوان بخشی از اجرای روش ABC در مؤسسات بهداشتی ارائه داده‌اند
جیانزو یان و همکاران	China's new policy for healthcare cost-control based on global budget: a survey of 110 clinicians in hospitals	۲۰۱۹	شناسایی اثرات ناشی از سیاست و اقدامات کنترل هزینه از طریق بررسی و تحلیل بازخورد از پزشکان	توصیفی-تحلیلی	اقدامات کنترل هزینه در بیمارستان‌ها در پاسخ به سیاست دولت برای کاهش بودجه ملی مراقبت‌های بهداشتی، از چند طریق بر پزشکان و بیماران تأثیر می‌گذارد.
لینو سینکوینی و همکاران	Process view and cost management of a new surgery technique in hospital	۲۰۰۹	تجزیه و تحلیل پتانسیل در استفاده از تجزیه و تحلیل فرآیند و هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت (ABC)	موردی-تجربی	چندین عامل در چنین تجزیه و تحلیل فرآیند و در اجرای ABC بسیار مهم هستند. اول، نیاز به زمینه‌سازی دوم، مشکل فرهنگ و زبان، سوم، محدودیت اطلاعات
توبیاس رومیکه و همکاران	Clinical Pathways as Instruments for Risk and Cost Management in Hospitals - A Discussion Paper	۲۰۱۲	این مقاله ابزار "مسیر بالینی" را ارائه می‌دهد و امکاناتی برای تضمین کیفیت و مدیریت ریسک و هم برای کاهش هزینه‌ها	توصیفی-تحلیلی	مسیرهای بالینی برای تضمین کیفیت کار می‌کنند و در اطمینان از درآمد خالص از هزینه‌های تعرفه موردی سهیم هستند.

*	عنوان	نویسندگان	سال انتشار	هدف مقاله	طرح مطالعه	نتایج مقاله
۱۰	Competition in the Dutch hospital sector: an analysis of health care volume and cost	کره-الکماده و همکاران	۲۰۱۶	تأثیر رقابت بازار بر حجم و هزینه مراقبت‌های بهداشتی	توصیفی-تحلیلی	در می‌بایم که تأثیر رقابت در بازار بین تخصص‌ها متفاوت است
۱۱	Cost Accounting as a Possible Solution for Financial Sustainability of Croatian Public Hospitals	ایوانا دراشیچ لوتیلسکی و همکاران	۲۰۱۶	ارائه کاربرد فعلی روش حسابداری هزینه در بیمارستان‌های دولتی	تجربی	با اجرای منای حسابداری تعهدی و حسابداری هزینه می‌توان به کاهش هزینه‌ها کمک کرد.
۱۲	COST CONTROL OF MEDICAL CARE IN PUBLIC HOSPITALS – A COMPARATIVE ANALYSIS	رومن لواندوفسکی	۲۰۱۴	شناسایی مناطق کنترل هزینه و مکانیسم‌های مختلف توسط مدیران بیمارستان برای تعادل بودجه بیمارستان	مقطعی	بیمارستان‌ها باید در چهار زمینه کنترل عمومی متمرکز شوند: کنترل ورودی، قانونی بودن کنترل رویه‌های پزشکی، کنترل درآمد و کنترل سربار
۱۳	FACTORS AFFECTING THE PUBLIC HOSPITAL'S COST MANAGEMENT ACCOUNTING SYSTEM	تا کوانگ بین و همکاران	۲۰۱۹	تعیین کمیت تأثیر فاکتورها در استفاده از سیستم‌های حسابداری مدیریت هزینه	توصیفی-تحلیلی	حسابداری مدیریت هزینه ابزاری مفید برای مدیران بیمارستان جهت تصمیم‌گیری صحیح می‌باشد.
۱۴	Implications and future strategies on cost management for hospitals during and after COVID-19	ویجی پراتاپ و همکاران	۲۰۲۰	شناسایی راه‌هایی برای بهبود نقدینگی، جریان نقدینگی و مدیریت هزینه	مقطعی	این بررسی سیستماتیک عواملی مانند برآورد تأثیر COVID-19 بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، از دست دادن درآمد و نقدینگی کمتر و استراتژی‌های بیشتر مورد نیاز برای افزایش و بازسازی سیستم‌های بهداشتی را شناسایی کرد
۱۵	Public Hospital Cost Management and Performance Evaluation from the Perspective of DRGs	بوسوا و همکاران	۲۰۱۹	راه‌های کاهش هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی	مقطعی	مدیریت پیشرفته هزینه بیمارستان و ارزیابی عملکرد
۱۶	Research on Hospital Cost Management based on Responsibility Cost Budget	جینگ چنگ و همکاران	۲۰۱۹	چارچوب تجزیه و تحلیل اساسی مدیریت هزینه بیمارستان	مقطعی	حسابداری هزینه بیمارستان را می‌توان به سه سطح تقسیم کرد: هزینه سطح بیمارستان، هزینه سطح بخش، واحد خدمات پزشکی و هزینه نوع بیماری
۱۷	Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management	مارسیا گالان پرروکا و همکاران	۲۰۰۷	شناسایی و تجزیه و تحلیل هزینه‌های مستقیم (منابع انسانی، داروها و مواد) و فرصت‌های ناشی از لغو جراحی‌های انتخابی	اکتشافی و توصیفی	برنامه‌ریزی در مورد مدیریت؛ طراحی مجدد فرایندهای کار، آموزش کارکنان و ارزیابی بالینی اولیه می‌تواند راهکارهایی برای به حداقل رساندن این اتفاق باشد.
۱۸	The Reducing Hospital Costs through Horizontal Integration	پاولا استانکوا و همکاران	۲۰۱۹	تأثیر ادغام افقی بیمارستان‌ها بر رفتار هزینه	توصیفی-تحلیلی	کاهش هزینه‌ها از طریق ادغام بیمارستان‌ها امکان‌پذیر است.

*	عنوان	نویسندگان	سال انتشار	هدف مقاله	طرح مطالعه	نتایج مقاله
۱۹	Introduction of Concept of Cost Centre Management in a Public Hospital in South Africa	دبائیس باسو و همکاران	۲۰۱۰	شناسایی مراکز هزینه در یک بیمارستان بزرگ دولتی	تحلیلی	این مطالعه سه نوع مرکز هزینه را مشخص کرد: سربار، متوسط و نهایی
۲۰	Analysis of Cost Reduction Techniques Adopted in Hospitals in and Around Pune	مینال کولکارنی و همکاران	۲۰۱۴	تجزیه و تحلیل تکنیک‌های مختلف اجرا شده در رابطه با کاهش هزینه در بیمارستان‌های خصوصی در و اطراف پونا	توصیفی - تحلیلی	نتایج به طور عمده نشان‌دهنده تکنیک‌های کلیدی مورد نیاز برای استفاده در بیشتر بیمارستان‌ها به عنوان روش کاهش هزینه و همچنین جنبه‌های مختلف مورد نیاز برای بهبود و توسعه بیشتر برای ارائه خدمات بهتر مراقبت‌های بهداشتی با محدود کردن هزینه در شهر پونا است.
۲۱	Strategic cost management – suggested framework for 21st Century	آشوبین کومار و همکاران	۲۰۱۱	تکنیک‌های مدیریت هزینه استراتژیک و نگرش‌ها	کیفی	مدیریت استراتژیک هزینه نباید اهداف خود را فقط به هزینه محدود کند، بلکه باید درآمد، بهره‌وری، ارزش مشتری و در عین حال موقعیت استراتژیک شرکت را نیز در نظر بگیرد
۲۲	استفاده از سیستم ABC برای محاسبه قیمت تمام‌شده خدمات بیمارستانی مطالعه موردی: بیمارستان بهشتی همدان	فریبرز نیاستی و همکاران	۲۰۱۹	در این مطالعه، ABC برای محاسبه هزینه‌های فدايولوژیک خدمات در بیمارستان بهشتی همدان استفاده شد	مقطعی	نتایج نشان داد که تفاوت‌هایی بین قیمت واقعی خدمات رادیولوژی و قیمت‌های تأیید شده وجود دارد.
۲۳	سیستم هزینه‌یابی جدید در مدیریت بیمارستان: هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت زمان محور: مرور روایتی	سینا اعتمادی و همکاران	۲۰۱۸	این مطالعه نتایج مدل هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت (ABC) و مدل هزینه‌یابی مبتنی بر زمان (TDABC) را در محاسبه هزینه بخش‌های تشخیصی در بیمارستان‌ها بررسی می‌کند	مروری	اجرای موفقیت‌آمیز مدل TDABC با ارائه گزارش دقیق هزینه کالاها و خدمات، به مدیران در ارزیابی عملکرد بخش‌های تشخیصی کمک می‌کند.
۲۴	ارائه‌ی یک ساختار ناب/ شش سیگما برای بهبود عملکرد مراکز درمانی با رویکرد خبره محور تفسیری	مسعود ربانی مریم همتی	۲۰۱۹	بررسی مدل‌های شش سیگمای و تلاش برای بهبود عملکرد	تحقیقی کاربردی	از مدل شش سیگمای ناب در قسمت‌های مختلف بیمارستان اعم از مالی، اتاق عمل و بخش‌های تشخیصی نیز می‌توان استفاده کرد.
۲۵	بررسی تأثیر اجرای سیستم هزینه‌یابی کیفیت بر مدیریت هزینه در شرکت پالایش گاز فجر جم	ناصر ایزدی نیا رضا کمالی	۲۰۱۴	اجرای سیستم هزینه‌یابی کیفیت و تأثیر آن بر شرکت	توصیفی - موردی	افزایش کوشش‌ها به سمت فعالیت‌های پیشگیری و ارزیابی هزینه‌ها

*	عنوان	نویسندگان	سال انتشار	هدف مقاله	طرح مطالعه	نتایج مقاله
۲۶	بهبود کیفیت و کاهش هزینه در مؤسسه درمانی طالقانی با استفاده از شش سیگما	کریم اتشگر بابک خسروی	۲۰۱۴	تعیین تاثیر اجرای شش سیگما بر بهبود کیفیت و کاهش هزینه‌ها	مقطعی-طولی	کاهش ۶۰ درصدی افزایش هزینه ناشی از هدفمندسازی شش سیگما
۲۷	تبیین مشکلات و راه‌حل‌های مدیریت هزینه در بخش دولتی	امید اسلام زاده نوید جوادی خسرو زیباکردار میثم تحسیری	۲۰۱۶	تبیین مشکلات و راه‌حل‌های مدیریت هزینه در بخش دولتی	توصیفی - پیمایشی	عدم توجه به کارایی، اثربخشی و صرفه اقتصادی فعالیت‌ها مهم‌ترین مشکل و حسابرسی سرمایه فکری هم به عنوان مهم‌ترین راه‌حل معرفی شد.
۲۸	دیدگاه کارکنان و کارشناسان امور مالی بیمارستان‌ها در خصوص چگونگی مدیریت هزینه‌های بیمارستان: یک مطالعه کیفی	شهناز علیان عجم عباس قلتاش علیرضا قاسمیزاد	۲۰۲۰	شناسایی راهکارهای مناسب برای مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها	کیفی و پدیدارشناسی	شناسایی کانون‌های هزینه‌بر و اجرای برنامه‌های فرهنگ‌سازی و ایجاد برنامه‌های کنترلی و نظارت
۲۹	راهکارهای افزایش کارایی بیمارستان‌های ایران: یک مرور حیطه‌ای	علی محمد مصدق راد پروانه اصفهانی مهناز افشاری	۲۰۱۹	شناسایی راهکارهایی برای افزایش کارایی بیمارستان	مرور حیطه‌ای	اجرای مدیریت کیفیت، توانمندسازی مدیران، جلوگیری از توسعه غیرضروری بیمارستان‌ها، ارزیابی اقتصادی عملکرد بیمارستان‌ها و ارائه بازخورد به مدیران
۳۰	شناسایی عوامل موفقیت مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی	کیومرث کیانی فوزیه طباطبایی، علیرضا تمجید	۲۰۱۹	شناسایی عوامل موفقیت مدیریت زمان و مدیریت هزینه پروژه ارتقای هتلینگ بیمارستان‌های تأمین اجتماعی	توصیفی-پیمایشی	۱۱ عامل (تجربه از پروژه‌های گذشته، عملکرد نهادهای نظارتی، اندازه پروژه، تأخیرات و اشتباهات، برون‌سپاری، زمان‌بندی، سبک مدیریت و رهبری، میزان اختیارات، انسجام ارتباطات اجرایی، اندازه تیم، مهارت نیروی متخصص) به عنوان عوامل موفقیت زمان و هزینه شناسایی و در غالب مدل مفهومی بررسی شد.
۳۱	شناسایی عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی: یک مطالعه کیفی	محمد جعفری مرضیه لشکری و همکاران	۲۰۱۷	شناسایی عوامل مؤثر بر تولید هزینه‌های بستری	کیفی- پدیدارشناسی	با ارتقا برنامه‌های خود مراقبتی، سلامت‌محور نمودن مراقبت‌های ارائه‌شده، اجرای برنامه پزشک خانواده و بهبود نظارت‌ها می‌توان هزینه‌ها را مدیریت کرد.
۳۲	شناسایی مؤلفه‌های اصلی فرآیند مدیریت هزینه‌های بیمارستان	شهناز علیان عجم عباس قلتاش علیرضا قاسمی‌زاد	۲۰۱۹	شناسایی مؤلفه‌های اصلی مدیریت هزینه‌ها بر اساس فرآیند محوری در بیمارستان	کیفی	۷۸ کد اولیه، ۲۰ طبقه اولیه و ۷ طبقه از فرآیند راهبردها شناسایی شدند.

*	عنوان	نویسندگان	سال انتشار	هدف مقاله	طرح مطالعه	نتایج مقاله
۳۳	شناسایی و اولویت‌بندی رویکردهای کنترل هزینه بیمارستان‌های ایران از دیدگاه نظام سلامت	مسعود فردوسی محمدامین دانشور	۲۰۲۰	شناسایی عوامل کلیدی تأثیرگذار بر هزینه‌های بیمارستانی و رویکردهای کنترل هزینه‌های بیمارستانی	توصیفی- تحلیلی	کنترل هزینه‌های دارو، کنترل هزینه‌های تخت‌های بستری، تولید خدمات بیمارستانی ارزان‌قیمت، جلوگیری از مصرف غیر مقتضی خدمات
۳۴	طراحی و روان‌سنجی «مقیاس مدیریت هزینه بیمارستان»	مهسا قاضی عسگر و همکاران	۲۰۲۰	طراحی و روان‌سنجی "مقیاس مدیریت هزینه بیمارستان"	کمی- کیفی	نتایج تحلیل عاملی، ۳۵ عبارت در ۵ بُعد مدیریت و ساختار بیمارستان، کنترل و نظارت، مدیریت منابع مصرفی، تامین مالی، مدیریت نیروی انسانی را نشان داد.
۳۵	عوامل مؤثر بر هزینه‌های سلامت در ایران و کشورهای عضو سند چشم‌انداز ۱۴۰۴	حامد شعبانی و همکاران	۲۰۱۹	تعیین عوامل مؤثر بر هزینه‌های سلامت ایران. کشورهای عضو سند ۱۴۰۴	توصیفی- تحلیلی	نرخ شهرنشینی و جمعیت ۶۵ سال و بالاتر بیشترین تاثیر را داشتند.
۳۶	کاربرد روش هزینه‌یابی بر اساس فعالیت برای محاسبه هزینه واحد در بیمارستان	مهدی جاوید و همکاران	۲۰۱۵	مقایسه ABC با روش TCS در محاسبه هزینه واحد خدمات پزشکی و ارزیابی کاربرد آن	مقطعی	روش ABC نشان‌دهنده اطلاعات دقیق‌تر در مورد اجزای اصلی هزینه است.
۳۷	محدودیت‌های پیاده‌سازی سیستم هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در دانشکده علوم پزشکی آبادان با رویکرد مدیریت هزینه‌ها	مرجان پورفرخ	۲۰۱۹	محدودیت پیاده‌سازی سیستم هزینه‌یابی در دانشکده علوم پزشکی آبادان	توصیفی- تحلیلی	عوامل مدیریتی، فنی فرایندی و انسانی از محدودیت‌ها بودند.
۳۸	مدیریت هزینه از طریق طراحی محصول: ارائه مدل تلفیقی از روش‌های هزینه‌یابی هدف، QFD و مهندسی ارزش	حسین رضایی دولت‌آبادی و همکاران	۲۰۱۲	ارائه مدل تلفیقی برای نقش هزینه‌یابی هدف در مدیریت هزینه‌های تولیدی	توسعه‌ای- کاربردی	نتایج بیانگر آن است که تلفیق این سه تکنیک باعث خواهد شد تا شرکت از نظر هزینه به یک مزیت رقابتی برسد.
۳۹	هزینه‌های سلامت در ایران با رویکرد مدیریت آن	ایروان مسعودی اصل و همکاران	۲۰۱۹	بررسی روند هزینه‌های سلامت و سیاست‌های اتخاذ شده به منظور مدیریت بهتر منابع در ایران	توصیفی- تحلیلی	گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت، گسترش پوشش بیمه، اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای کوچک، روستاها و عشایر
۴۰	مدیریت هزینه‌های پزشکی بیمارستان در طرح اصلاح بهداشت و درمان: مورد واقعی بیمارستان شریعتی	مهرداد کارگری سوسن صحرانورد	۲۰۱۹	ارزیابی تأثیر اجرای برنامه اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی بر هزینه‌های دارویی ارائه مدلی برای مدیریت هزینه‌های نامطلوب	مقطعی	آلبومین پس از اجرای طرح اصلاح سلامت بیشترین رشد نامتعادل هزینه را داشته است. این موارد برای جلوگیری از تورم آن‌ها باید توسط کمیته داروخانه بیمارستان بررسی شود تا هزینه‌ها کاهش یابد

ممکن است گاهی باعث افزایش هزینه‌های غیرضروری سلامت نیز بشوند.

(۳) پیش‌نیازهای بهبود مدیریت هزینه: پیش‌نیازها و تسهیلاتی که باید وجود داشته باشند تا مدیران و سیاست‌گذاران سلامت از آن‌ها جهت کاهش و کنترل هزینه‌ها استفاده کنند و بهبود هزینه‌ها را موجب شوند.

(۴) راهکارهای بهبود مدیریت هزینه: راهکارهایی که در هر بیمارستان و هر حوزه‌ای از نظام سلامت می‌توانند توسط مدیران به کار گرفته شوند و موجب کنترل هزینه‌های غیرضروری و بعضاً هدر رفت هزینه‌ها بشوند. عوامل یافته شده در مقالات در جدول ۳ و در ۴ گزاره طبقه بندی و گزارش شده‌اند. در جدول زیر عوامل یافته شده در ۴ بعد تقسیم‌بندی شدند و شماره منبع آن‌ها نیز ذکر شد.

با بررسی دقیق ۴۰ مقاله استخراج شده، عوامل، موانع و پیشران‌ها و راهکارهای بهبود مدیریت هزینه‌های بیمارستان برای بررسی در ۴ بعد تقسیم‌بندی شدند و هرکدام از این ابعاد استخراج شده چندین عامل را در بر گرفتند.

(۱) عوامل مؤثر بر هزینه‌ها: عواملی که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم موجب افزایش هزینه در بخش سلامت و بیمارستان‌ها می‌شوند. همچنین تعیین عوامل تأثیرگذار بر هزینه‌های سلامت می‌تواند در طراحی و انتخاب بهترین اقدامات و سیاست‌ها برای مدیریت هزینه‌های سلامت، مفید و اثربخش باشد.

(۲) موانع کنترل یا مدیریت هزینه‌ها: موانعی که باعث عدم کنترل و بهبود هزینه‌های بیمارستانی می‌شوند. این موانع

جدول ۳: تم بندی یافته‌ها

شماره رفرنس	عوامل یافته شده از مقالات	ابعاد
۱ و ۲ و ۳ (۱)	(۱) شکاف بین بودجه و هزینه (۲) عدم وجود نظارت کامل (۳) عدم کنترل هزینه‌های پزشکی (۴)	عوامل مؤثر بر هزینه‌ها
۴ (۵)	توسعه و پیچیدگی فناوری‌ها (۵) بحران‌های اقتصادی (۶) تغییر توزیع سنی جمعیت	
۵ (۲)	(۷) هزینه مواد مصرفی در بیمارستان (۸) پیچیدگی خدمات و محصولات (۹) هزینه‌های سربار (۱۰)	
۶ (۳)	عدم امکان شناسایی هزینه واقعی خدمات ارائه‌شده (۱۱) هزینه استهلاک (۱۲) هزینه حامل‌های انرژی (۱۳) دستمزدهای بالا (۱۴) هزینه‌های درمان به دلیل آزمایش‌های اضافی تشخیصی (۱۵) لغو جراحی‌ها (۱۶) اقامت طولانی (۱۷) عفونت‌های بیمارستانی (۱۸) منابع انسانی	
۷ و ۸ (۴)	(۱۹) تجهیزات (۲۰) افزایش سطح آگاهی و انتظارات بهداشتی (۲۱) ضعف مدیریتی و کاهش بهره‌وری بیمارستانی (۲۲) خطاهای درون‌سازمانی و برون‌سازمانی (۲۳) اتلاف منابع (۲۴) فرهنگ غلط سازمانی	
۹ (۵)	(۲۵) نگاه ضعیف به بودجه ریزی عملیاتی (۲۶) نبود مقررات دولتی (۲۷) تحریم و نوسانات اقتصادی و عدم کار مشارکتی بخش‌های دولتی و خصوصی (۲۸) هزینه‌های مستقیم و عملیاتی (۲۹) افزایش بیماری‌های مزمن (۳۰) تقاضای روزافزون خدمات (۳۱) عدم توجه به کارایی	
۱۰ (۶)	(۳۲) طرح تحول سلامت (۳۳) کاهش میزان پرداختی بیماران (۳۴) هتلینگ (۳۵) ساختار بیمارستان (فرسودگی و قدیمی بودن) (۳۶) تجویز غیراصولی داروها و آزمایشات تشخیصی	
۱۱ و ۱۲ (۱۱)	(۳۷) ضعف یا عدم وجود سیستم پایش هزینه‌ها (۳۸) متعهد نبودن بیمه‌ها نسبت به بازپرداخت هزینه خدمات (۳۹) ناظر و منظور بودن وزارت بهداشت و دانشگاه در حوزه درمانی (۴۰) عملکرد کارکنان (۴۱) بستری‌های بی‌مورد (۴۲) مخاطرات اخلاقی و عدم تقارن دانش دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت (۴۳) آشنا نبودن کادر درمانی با الزامات مستندسازی سازمان‌های بیمه (۴۴) عدم ارزیابی تامین‌کنندگان دارو (۴۵) استفاده ناکارآمد از منابع (۴۶) زیرساخت‌های اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید آن‌ها در رویارویی با نوسانات بازار پول و کالا به خصوص در کشورهای در حال توسعه (۴۷) تولید ناخالص داخلی (۴۸) نرخ شهرنشینی (۴۹) بیمه درمانی همه‌جانبه در برابر درمان‌های پزشکی (۵۰) سیستم سنتی هزینه‌یابی (۵۱) گذارهای اپیدمیولوژی (۵۲)	
۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ (۱۷)	تغییر رفتارهای سلامت (۵۳) گسترش دسترسی به خدمات و گسترش تنوع و افزایش قیمت خدمات (۵۴) مکانیسم‌های بازپرداخت به ارائه‌کنندگان (۵۵) تقاضای القایی (۵۶) مدیریت هزینه نامطلوب	
۱۷ (۲۲)		
۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۱ و ۳۲ و ۳۳ و ۳۴ و ۳۵ و ۳۶ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۰ و ۴۱ و ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ و ۴۵ و ۴۶ و ۴۷ و ۴۸ و ۴۹ و ۵۰ و ۵۱ و ۵۲ و ۵۳ و ۵۴ و ۵۵ و ۵۶ و ۵۷ و ۵۸ و ۵۹ و ۶۰ و ۶۱ و ۶۲ و ۶۳ و ۶۴ و ۶۵ و ۶۶ و ۶۷ و ۶۸ و ۶۹ و ۷۰ و ۷۱ و ۷۲ و ۷۳ و ۷۴ و ۷۵ و ۷۶ و ۷۷ و ۷۸ و ۷۹ و ۸۰ و ۸۱ و ۸۲ و ۸۳ و ۸۴ و ۸۵ و ۸۶ و ۸۷ و ۸۸ و ۸۹ و ۹۰ و ۹۱ و ۹۲ و ۹۳ و ۹۴ و ۹۵ و ۹۶ و ۹۷ و ۹۸ و ۹۹ و ۱۰۰ و ۱۰۱ و ۱۰۲ و ۱۰۳ و ۱۰۴ و ۱۰۵ و ۱۰۶ و ۱۰۷ و ۱۰۸ و ۱۰۹ و ۱۱۰ و ۱۱۱ و ۱۱۲ و ۱۱۳ و ۱۱۴ و ۱۱۵ و ۱۱۶ و ۱۱۷ و ۱۱۸ و ۱۱۹ و ۱۲۰ و ۱۲۱ و ۱۲۲ و ۱۲۳ و ۱۲۴ و ۱۲۵ و ۱۲۶ و ۱۲۷ و ۱۲۸ و ۱۲۹ و ۱۳۰ و ۱۳۱ و ۱۳۲ و ۱۳۳ و ۱۳۴ و ۱۳۵ و ۱۳۶ و ۱۳۷ و ۱۳۸ و ۱۳۹ و ۱۴۰ و ۱۴۱ و ۱۴۲ و ۱۴۳ و ۱۴۴ و ۱۴۵ و ۱۴۶ و ۱۴۷ و ۱۴۸ و ۱۴۹ و ۱۵۰ و ۱۵۱ و ۱۵۲ و ۱۵۳ و ۱۵۴ و ۱۵۵ و ۱۵۶ و ۱۵۷ و ۱۵۸ و ۱۵۹ و ۱۶۰ و ۱۶۱ و ۱۶۲ و ۱۶۳ و ۱۶۴ و ۱۶۵ و ۱۶۶ و ۱۶۷ و ۱۶۸ و ۱۶۹ و ۱۷۰ و ۱۷۱ و ۱۷۲ و ۱۷۳ و ۱۷۴ و ۱۷۵ و ۱۷۶ و ۱۷۷ و ۱۷۸ و ۱۷۹ و ۱۸۰ و ۱۸۱ و ۱۸۲ و ۱۸۳ و ۱۸۴ و ۱۸۵ و ۱۸۶ و ۱۸۷ و ۱۸۸ و ۱۸۹ و ۱۹۰ و ۱۹۱ و ۱۹۲ و ۱۹۳ و ۱۹۴ و ۱۹۵ و ۱۹۶ و ۱۹۷ و ۱۹۸ و ۱۹۹ و ۲۰۰ و ۲۰۱ و ۲۰۲ و ۲۰۳ و ۲۰۴ و ۲۰۵ و ۲۰۶ و ۲۰۷ و ۲۰۸ و ۲۰۹ و ۲۱۰ و ۲۱۱ و ۲۱۲ و ۲۱۳ و ۲۱۴ و ۲۱۵ و ۲۱۶ و ۲۱۷ و ۲۱۸ و ۲۱۹ و ۲۲۰ و ۲۲۱ و ۲۲۲ و ۲۲۳ و ۲۲۴ و ۲۲۵ و ۲۲۶ و ۲۲۷ و ۲۲۸ و ۲۲۹ و ۲۳۰ و ۲۳۱ و ۲۳۲ و ۲۳۳ و ۲۳۴ و ۲۳۵ و ۲۳۶ و ۲۳۷ و ۲۳۸ و ۲۳۹ و ۲۴۰ و ۲۴۱ و ۲۴۲ و ۲۴۳ و ۲۴۴ و ۲۴۵ و ۲۴۶ و ۲۴۷ و ۲۴۸ و ۲۴۹ و ۲۵۰ و ۲۵۱ و ۲۵۲ و ۲۵۳ و ۲۵۴ و ۲۵۵ و ۲۵۶ و ۲۵۷ و ۲۵۸ و ۲۵۹ و ۲۶۰ و ۲۶۱ و ۲۶۲ و ۲۶۳ و ۲۶۴ و ۲۶۵ و ۲۶۶ و ۲۶۷ و ۲۶۸ و ۲۶۹ و ۲۷۰ و ۲۷۱ و ۲۷۲ و ۲۷۳ و ۲۷۴ و ۲۷۵ و ۲۷۶ و ۲۷۷ و ۲۷۸ و ۲۷۹ و ۲۸۰ و ۲۸۱ و ۲۸۲ و ۲۸۳ و ۲۸۴ و ۲۸۵ و ۲۸۶ و ۲۸۷ و ۲۸۸ و ۲۸۹ و ۲۹۰ و ۲۹۱ و ۲۹۲ و ۲۹۳ و ۲۹۴ و ۲۹۵ و ۲۹۶ و ۲۹۷ و ۲۹۸ و ۲۹۹ و ۳۰۰ و ۳۰۱ و ۳۰۲ و ۳۰۳ و ۳۰۴ و ۳۰۵ و ۳۰۶ و ۳۰۷ و ۳۰۸ و ۳۰۹ و ۳۱۰ و ۳۱۱ و ۳۱۲ و ۳۱۳ و ۳۱۴ و ۳۱۵ و ۳۱۶ و ۳۱۷ و ۳۱۸ و ۳۱۹ و ۳۲۰ و ۳۲۱ و ۳۲۲ و ۳۲۳ و ۳۲۴ و ۳۲۵ و ۳۲۶ و ۳۲۷ و ۳۲۸ و ۳۲۹ و ۳۳۰ و ۳۳۱ و ۳۳۲ و ۳۳۳ و ۳۳۴ و ۳۳۵ و ۳۳۶ و ۳۳۷ و ۳۳۸ و ۳۳۹ و ۳۴۰ و ۳۴۱ و ۳۴۲ و ۳۴۳ و ۳۴۴ و ۳۴۵ و ۳۴۶ و ۳۴۷ و ۳۴۸ و ۳۴۹ و ۳۵۰ و ۳۵۱ و ۳۵۲ و ۳۵۳ و ۳۵۴ و ۳۵۵ و ۳۵۶ و ۳۵۷ و ۳۵۸ و ۳۵۹ و ۳۶۰ و ۳۶۱ و ۳۶۲ و ۳۶۳ و ۳۶۴ و ۳۶۵ و ۳۶۶ و ۳۶۷ و ۳۶۸ و ۳۶۹ و ۳۷۰ و ۳۷۱ و ۳۷۲ و ۳۷۳ و ۳۷۴ و ۳۷۵ و ۳۷۶ و ۳۷۷ و ۳۷۸ و ۳۷۹ و ۳۸۰ و ۳۸۱ و ۳۸۲ و ۳۸۳ و ۳۸۴ و ۳۸۵ و ۳۸۶ و ۳۸۷ و ۳۸۸ و ۳۸۹ و ۳۹۰ و ۳۹۱ و ۳۹۲ و ۳۹۳ و ۳۹۴ و ۳۹۵ و ۳۹۶ و ۳۹۷ و ۳۹۸ و ۳۹۹ و ۴۰۰ و ۴۰۱ و ۴۰۲ و ۴۰۳ و ۴۰۴ و ۴۰۵ و ۴۰۶ و ۴۰۷ و ۴۰۸ و ۴۰۹ و ۴۱۰ و ۴۱۱ و ۴۱۲ و ۴۱۳ و ۴۱۴ و ۴۱۵ و ۴۱۶ و ۴۱۷ و ۴۱۸ و ۴۱۹ و ۴۲۰ و ۴۲۱ و ۴۲۲ و ۴۲۳ و ۴۲۴ و ۴۲۵ و ۴۲۶ و ۴۲۷ و ۴۲۸ و ۴۲۹ و ۴۳۰ و ۴۳۱ و ۴۳۲ و ۴۳۳ و ۴۳۴ و ۴۳۵ و ۴۳۶ و ۴۳۷ و ۴۳۸ و ۴۳۹ و ۴۴۰ و ۴۴۱ و ۴۴۲ و ۴۴۳ و ۴۴۴ و ۴۴۵ و ۴۴۶ و ۴۴۷ و ۴۴۸ و ۴۴۹ و ۴۵۰ و ۴۵۱ و ۴۵۲ و ۴۵۳ و ۴۵۴ و ۴۵۵ و ۴۵۶ و ۴۵۷ و ۴۵۸ و ۴۵۹ و ۴۶۰ و ۴۶۱ و ۴۶۲ و ۴۶۳ و ۴۶۴ و ۴۶۵ و ۴۶۶ و ۴۶۷ و ۴۶۸ و ۴۶۹ و ۴۷۰ و ۴۷۱ و ۴۷۲ و ۴۷۳ و ۴۷۴ و ۴۷۵ و ۴۷۶ و ۴۷۷ و ۴۷۸ و ۴۷۹ و ۴۸۰ و ۴۸۱ و ۴۸۲ و ۴۸۳ و ۴۸۴ و ۴۸۵ و ۴۸۶ و ۴۸۷ و ۴۸۸ و ۴۸۹ و ۴۹۰ و ۴۹۱ و ۴۹۲ و ۴۹۳ و ۴۹۴ و ۴۹۵ و ۴۹۶ و ۴۹۷ و ۴۹۸ و ۴۹۹ و ۵۰۰ و ۵۰۱ و ۵۰۲ و ۵۰۳ و ۵۰۴ و ۵۰۵ و ۵۰۶ و ۵۰۷ و ۵۰۸ و ۵۰۹ و ۵۱۰ و ۵۱۱ و ۵۱۲ و ۵۱۳ و ۵۱۴ و ۵۱۵ و ۵۱۶ و ۵۱۷ و ۵۱۸ و ۵۱۹ و ۵۲۰ و ۵۲۱ و ۵۲۲ و ۵۲۳ و ۵۲۴ و ۵۲۵ و ۵۲۶ و ۵۲۷ و ۵۲۸ و ۵۲۹ و ۵۳۰ و ۵۳۱ و ۵۳۲ و ۵۳۳ و ۵۳۴ و ۵۳۵ و ۵۳۶ و ۵۳۷ و ۵۳۸ و ۵۳۹ و ۵۴۰ و ۵۴۱ و ۵۴۲ و ۵۴۳ و ۵۴۴ و ۵۴۵ و ۵۴۶ و ۵۴۷ و ۵۴۸ و ۵۴۹ و ۵۵۰ و ۵۵۱ و ۵۵۲ و ۵۵۳ و ۵۵۴ و ۵۵۵ و ۵۵۶ و ۵۵۷ و ۵۵۸ و ۵۵۹ و ۵۶۰ و ۵۶۱ و ۵۶۲ و ۵۶۳ و ۵۶۴ و ۵۶۵ و ۵۶۶ و ۵۶۷ و ۵۶۸ و ۵۶۹ و ۵۷۰ و ۵۷۱ و ۵۷۲ و ۵۷۳ و ۵۷۴ و ۵۷۵ و ۵۷۶ و ۵۷۷ و ۵۷۸ و ۵۷۹ و ۵۸۰ و ۵۸۱ و ۵۸۲ و ۵۸۳ و ۵۸۴ و ۵۸۵ و ۵۸۶ و ۵۸۷ و ۵۸۸ و ۵۸۹ و ۵۹۰ و ۵۹۱ و ۵۹۲ و ۵۹۳ و ۵۹۴ و ۵۹۵ و ۵۹۶ و ۵۹۷ و ۵۹۸ و ۵۹۹ و ۶۰۰ و ۶۰۱ و ۶۰۲ و ۶۰۳ و ۶۰۴ و ۶۰۵ و ۶۰۶ و ۶۰۷ و ۶۰۸ و ۶۰۹ و ۶۱۰ و ۶۱۱ و ۶۱۲ و ۶۱۳ و ۶۱۴ و ۶۱۵ و ۶۱۶ و ۶۱۷ و ۶۱۸ و ۶۱۹ و ۶۲۰ و ۶۲۱ و ۶۲۲ و ۶۲۳ و ۶۲۴ و ۶۲۵ و ۶۲۶ و ۶۲۷ و ۶۲۸ و ۶۲۹ و ۶۳۰ و ۶۳۱ و ۶۳۲ و ۶۳۳ و ۶۳۴ و ۶۳۵ و ۶۳۶ و ۶۳۷ و ۶۳۸ و ۶۳۹ و ۶۴۰ و ۶۴۱ و ۶۴۲ و ۶۴۳ و ۶۴۴ و ۶۴۵ و ۶۴۶ و ۶۴۷ و ۶۴۸ و ۶۴۹ و ۶۵۰ و ۶۵۱ و ۶۵۲ و ۶۵۳ و ۶۵۴ و ۶۵۵ و ۶۵۶ و ۶۵۷ و ۶۵۸ و ۶۵۹ و ۶۶۰ و ۶۶۱ و ۶۶۲ و ۶۶۳ و ۶۶۴ و ۶۶۵ و ۶۶۶ و ۶۶۷ و ۶۶۸ و ۶۶۹ و ۶۷۰ و ۶۷۱ و ۶۷۲ و ۶۷۳ و ۶۷۴ و ۶۷۵ و ۶۷۶ و ۶۷۷ و ۶۷۸ و ۶۷۹ و ۶۸۰ و ۶۸۱ و ۶۸۲ و ۶۸۳ و ۶۸۴ و ۶۸۵ و ۶۸۶ و ۶۸۷ و ۶۸۸ و ۶۸۹ و ۶۹۰ و ۶۹۱ و ۶۹۲ و ۶۹۳ و ۶۹۴ و ۶۹۵ و ۶۹۶ و ۶۹۷ و ۶۹۸ و ۶۹۹ و ۷۰۰ و ۷۰۱ و ۷۰۲ و ۷۰۳ و ۷۰۴ و ۷۰۵ و ۷۰۶ و ۷۰۷ و ۷۰۸ و ۷۰۹ و ۷۱۰ و ۷۱۱ و ۷۱۲ و ۷۱۳ و ۷۱۴ و ۷۱۵ و ۷۱۶ و ۷۱۷ و ۷۱۸ و ۷۱۹ و ۷۲۰ و ۷۲۱ و ۷۲۲ و ۷۲۳ و ۷۲۴ و ۷۲۵ و ۷۲۶ و ۷۲۷ و ۷۲۸ و ۷۲۹ و ۷۳۰ و ۷۳۱ و ۷۳۲ و ۷۳۳ و ۷۳۴ و ۷۳۵ و ۷۳۶ و ۷۳۷ و ۷۳۸ و ۷۳۹ و ۷۴۰ و ۷۴۱ و ۷۴۲ و ۷۴۳ و ۷۴۴ و ۷۴۵ و ۷۴۶ و ۷۴۷ و ۷۴۸ و ۷۴۹ و ۷۵۰ و ۷۵۱ و ۷۵۲ و ۷۵۳ و ۷۵۴ و ۷۵۵ و ۷۵۶ و ۷۵۷ و ۷۵۸ و ۷۵۹ و ۷۶۰ و ۷۶۱ و ۷۶۲ و ۷۶۳ و ۷۶۴ و ۷۶۵ و ۷۶۶ و ۷۶۷ و ۷۶۸ و ۷۶۹ و ۷۷۰ و ۷۷۱ و ۷۷۲ و ۷۷۳ و ۷۷۴ و ۷۷۵ و ۷۷۶ و ۷۷۷ و ۷۷۸ و ۷۷۹ و ۷۸۰ و ۷۸۱ و ۷۸۲ و ۷۸۳ و ۷۸۴ و ۷۸۵ و ۷۸۶ و ۷۸۷ و ۷۸۸ و ۷۸۹ و ۷۹۰ و ۷۹۱ و ۷۹۲ و ۷۹۳ و ۷۹۴ و ۷۹۵ و ۷۹۶ و ۷۹۷ و ۷۹۸ و ۷۹۹ و ۸۰۰ و ۸۰۱ و ۸۰۲ و ۸۰۳ و ۸۰۴ و ۸۰۵ و ۸۰۶ و ۸۰۷ و ۸۰۸ و ۸۰۹ و ۸۱۰ و ۸۱۱ و ۸۱۲ و ۸۱۳ و ۸۱۴ و ۸۱۵ و ۸۱۶ و ۸۱۷ و ۸۱۸ و ۸۱۹ و ۸۲۰ و ۸۲۱ و ۸۲۲ و ۸۲۳ و ۸۲۴ و ۸۲۵ و ۸۲۶ و ۸۲۷ و ۸۲۸ و ۸۲۹ و ۸۳۰ و ۸۳۱ و ۸۳۲ و ۸۳۳ و ۸۳۴ و ۸۳۵ و ۸۳۶ و ۸۳۷ و ۸۳۸ و ۸۳۹ و ۸۴۰ و ۸۴۱ و ۸۴۲ و ۸۴۳ و ۸۴۴ و ۸۴۵ و ۸۴۶ و ۸۴۷ و ۸۴۸ و ۸۴۹ و ۸۵۰ و ۸۵۱ و ۸۵۲ و ۸۵۳ و ۸۵۴ و ۸۵۵ و ۸۵۶ و ۸۵۷ و ۸۵۸ و ۸۵۹ و ۸۶۰ و ۸۶۱ و ۸۶۲ و ۸۶۳ و ۸۶۴ و ۸۶۵ و ۸۶۶ و ۸۶۷ و ۸۶۸ و ۸۶۹ و ۸۷۰ و ۸۷۱ و ۸۷۲ و ۸۷۳ و ۸۷۴ و ۸۷۵ و ۸۷۶ و ۸۷۷ و ۸۷۸ و ۸۷۹ و ۸۸۰ و ۸۸۱ و ۸۸۲ و ۸۸۳ و ۸۸۴ و ۸۸۵ و ۸۸۶ و ۸۸۷ و ۸۸۸ و ۸۸۹ و ۸۹۰ و ۸۹۱ و ۸۹۲ و ۸۹۳ و ۸۹۴ و ۸۹۵ و ۸۹۶ و ۸۹۷ و ۸۹۸ و ۸۹۹ و ۹۰۰ و ۹۰۱ و ۹۰۲ و ۹۰۳ و ۹۰۴ و ۹۰۵ و ۹۰۶ و ۹۰۷ و ۹۰۸ و ۹۰۹ و ۹۱۰ و ۹۱۱ و ۹۱۲ و ۹۱۳ و ۹۱۴ و ۹۱۵ و ۹۱۶ و ۹۱۷ و ۹۱۸ و ۹۱۹ و ۹۲۰ و ۹۲۱ و ۹۲۲ و ۹۲۳ و ۹۲۴ و ۹۲۵ و ۹۲۶ و ۹۲۷ و ۹۲۸ و ۹۲۹ و ۹۳۰ و ۹۳۱ و ۹۳۲ و ۹۳۳ و ۹۳۴ و ۹۳۵ و ۹۳۶ و ۹۳۷ و ۹۳۸ و ۹۳۹ و ۹۴۰ و ۹۴۱ و ۹۴۲ و ۹۴۳ و ۹۴۴ و ۹۴۵ و ۹۴۶ و ۹۴۷ و ۹۴۸ و ۹۴۹ و ۹۵۰ و ۹۵۱ و ۹۵۲ و ۹۵۳ و ۹۵۴ و ۹۵۵ و ۹۵۶ و ۹۵۷ و ۹۵۸ و ۹۵۹ و ۹۶۰ و ۹۶۱ و ۹۶۲ و ۹۶۳ و ۹۶۴ و ۹۶۵ و ۹۶۶ و ۹۶۷ و ۹۶۸ و ۹۶۹ و ۹۷۰ و ۹۷۱ و ۹۷۲ و ۹۷۳ و ۹۷۴ و ۹۷۵ و ۹۷۶ و ۹۷۷ و ۹۷۸ و ۹۷۹ و ۹۸۰ و ۹۸۱ و ۹۸۲ و ۹۸۳ و ۹۸۴ و ۹۸۵ و ۹۸۶ و ۹۸۷ و ۹۸۸ و ۹۸۹ و ۹۹۰ و ۹۹۱ و ۹۹۲ و ۹۹۳ و ۹۹۴ و ۹۹۵ و ۹۹۶ و ۹۹۷ و ۹۹۸ و ۹۹۹ و ۱۰۰۰		

شماره رفرنس	عوامل یافته شده از مقالات	ابعاد
۱ و ۲ و ۳ (۱) (۳)۴ (۵)۵ (۸)۶ (۱۳)۷ (۱۴)۸ (۱۹)۹،۱۰ (۲۹)۱۱ (۳۷)۱۲،۱۳ (۳۸)۱۴ (۳۹)۱۵	۱) نقص بودجه بندی بیمارستانی (۲) نقص کنترل داخلی (۳) ناسازگاری بین سیستم حسابداری هزینه و سیستم مدیریت مالی (۴) نبود استقلال مالی (۵) استفاده از سیستم سنتی هزینه یابی (۶) مقاومت کارکنان در برابر روش های جدید (۷) پیچیدگی سیستم هزینه در بیمارستان (۸) عملکرد ضعیف کارکنان (۹) سیستم اطلاعاتی ضعیف (۱۰) عدم وجود انتقال مهارت (۱۱) فقدان سیستم ارجاع مناسب (۱۲) فقدان دانش لازم مربوط به هزینه یابی (۱۳) عدم وجود نیروی انسانی آموزش دیده (۱۴) مشکلات زیرساختی (۱۵) نرخ تورم بخش سلامت	موانع کنترل مدیریت هزینه
۱ و ۲ و ۳ (۱) (۴)۵،۴ (۶)۶ (۹)۸،۷ (۱۰)۹ (۱۳)۱۱،۱۰ (۱۴)۱۲ (۱۵)۱۳ (۱۹)۱۴ (۲۰)۱۵ (۲۵)۱۶ (۲۶)۱۹،۱۸،۱۷ (۲۷)۲۰ (۲۸)۲۲،۲۱ (۲۹)۲۸-۲۳ (۳۲)۳۴-۲۹ (۳۳)۳۶،۳۵ (۳۴)۳۷ (۳۷)۳۸ (۳۹)۴۱-۳۹	۱) بهبود سیستم پیشرو مدیریت مالی در بیمارستان ها (۲) ادغام سیستم اطلاعات مدیریت مالی بیمارستان (۳) اقدامات نوآورانه برای کنترل کیفیت مدیریت مالی در بیمارستان (۴) نظارت بر عملکرد (۵) دادن بازخورد و آگاهی از عملکرد (۶) استفاده از روش ABC (۷) استقرار مدیریت ریسک (۸) استفاده از گاید لاین های بالینی و عدم تجویز نسخه های نامناسب (۹) رقابت بازار (۱۰) حمایت کارکنان (۱۱) حسابداری مدیریت هزینه (۱۲) تخصیص مناسب منابع محدود (۱۳) تجزیه و تحلیل عمیق ساختار هزینه و ارتباط آن با قابلیت های خدمات پزشکی، کیفیت و کارایی بر اساس داده های هزینه به دست آمده (۱۴) تخصص در اقتصاد سلامت (۱۵) پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت (۱۶) سیستم هزینه یابی کیفیت (۱۷) توسعه سازمانی و توسعه نیروی انسانی بطور کیفی (۱۸) وجود تعهد کلیه نیروی انسانی نسبت به اهداف سازمان و ایجاد فضای اعتماد (۱۹) استفاده از روش های ارتقاء کیفیت و تأکید بر ارزشیابی کیفی فعالیت ها بجای تأکید بر نظارت و کنترل کمی و آماری (۲۰) بودجه ریزی عملیاتی (۲۱) پایش مستمر هزینه ها (۲۲) بهینه سازی مصرف انرژی (۲۳) توانمندسازی مدیران و آموزش آن ها (۲۴) پرداخت مبتنی بر عملکرد به پزشکان و ارائه کنندگان خدمات سلامت (۲۵) اصلاح ساختار بودجه (۲۶) کنترل عفونت های بیمارستانی (۲۷) تغییر تعرفه های پزشکی به گلوبال (۲۸) هدایت منابع به خدمات سلامت پر تقاضا (۲۹) تصویر واضح و روشن از رفتار مالی-اقتصادی بیمارستان (۳۰) ایجاد سیستم نظارتی و کنترلی (۳۱) ایجاد سیستم ثبت و ردیابی هزینه ها (۳۲) مدیریت نگهداشت تجهیزات بیمارستانی (۳۳) ایجاد نرم افزارهای استاندارد برای تأیید صلاحیت، مطالبات، برنامه های الکترونیک بیمار محور و کاهش کسورات بیمه ای (۳۴) فرهنگ سازی مناسب و محیط سازمانی منظم (۳۵) خرید راهبردی (۳۶) زنجیره های کردن و شبکه سازی بیمارستان (۳۷) ابزار مناسب جهت اندازه گیری و کنترل هزینه ها در تخصیص بهینه منابع و اصلاح بودجه (۳۸) وجود زیرساخت ها (۳۹) تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت (۴۰) ایجاد وحدت رویه بین بیمه های درمانی صندوق ها و سازمان های بیمه ای در چارچوب قانون (۴۱) ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل	پیش نیازهای بهبود مدیریت هزینه
۱ و ۲ (۱) (۲)۳ (۳) ۵،۴ (۷)۶ (۸)۸،۷ (۹)۹	۱) بهبود قوانین مالی (۲) برآورد دقیق هزینه ها (۳) جایگزین داروهای ارزان تر (۴) استقرار سیستم هزینه یابی (۵) برآورد هزینه های غیرمستقیم (۶) محدود کردن مدت زمان بستری در بیمارستان (۷) تخصیص مناسب منابع (۸) پشتیبانی مدیریتی عالی (۹) نظارت دقیق بر عملکرد (۱۰) تغییر گزینه های درمانی (متخصصان می توانند از درمان های بستری به مراقبت های روزانه یا سرپایی تبدیل وضعیت کنند) (۱۱) شفافیت منابع صرف شده در سیستم (۱۲) ضرورت انجام اقدامات تشخیصی (اجتناب از مصرف بیش از حد) (۱۳) مدیریت زمان بندی کار (۱۴) بررسی مجدد هر فرآیند بخش و حذف مراحل غیرضروری (۱۵) مدل DRG (DRG) ها از نظر اقتصادی بیمارستان ها را به استفاده منطقی از منابع	راهکارهای بهبود مدیریت هزینه

شماره رفرنس	عوامل یافته شده از مقالات	ابعاد
(۱۰)۱۰	پزشکی، کاهش هزینه‌های عملیاتی، جستجوی منطقی‌ترین مسیر بالینی و پرهیز از تجویزهای	
(۱۱)۱۱	بزرگ و بازرسی‌های غیرضروری گران تشویق می‌کنند (۱۶) انجام حسابداری و مدیریت هزینه (۱۷)	
(۱۲)۱۲	بهبود سیستم اطلاعات حسابداری بیمارستان‌ها (۱۸) مدیریت دارو (۱۹) حداکثر استفاده از	
(۱۴)۱۴،۱۳	ظرفیت‌های جراحی (۲۰) تجزیه و تحلیل هزینه‌ها به عنوان بخشی از فرایند مدیریت (۲۱) طبقه‌بندی و	
(۱۵)۱۵	شناسایی سیستماتیک هزینه‌های جاری (۲۲) شناسایی مراکز هزینه (۲۳) برون‌سپاری (۲۴) استفاده از	
(۱۶)۱۸-۱۶	داروهای ژنریک و با کیفیت تر (۲۵) خرید راهبردی (۲۶) آموزش برای کاهش کسورات بیمه‌ای (۲۷)	
(۱۷)۱۹	مشارکت و توانمندسازی کارکنان (۲۸) بهبود مستمر (۲۹) افزایش بهره‌وری (۳۰) شناسایی فعالیت‌های	
(۲۰)۲۶-۲۰	غیرضروری (۳۱) برآورد دقیق هزینه‌ها (۳۲) رویکرد شش سیگما و ناب (۳۳) فعالیت‌های پیشگیری و	
(۲۱)۲۸،۲۷	ارزیابی مدون (۳۴) سیستم گزارش دهی مناسب جهت جمع‌آوری اطلاعات (۳۵) ارائه نتایج عملیات	
(۲۲)۲۹	به مدیران تصمیم‌گیرنده (۳۶) فرهنگ‌سازی مدیریت هزینه (۳۷) برنامه‌ریزی عملیاتی (۳۸) کاهش	
(۲۳)۳۱،۳۰	خطاهای مستندات پزشک (۳۹) ارزیابی عملکرد اقتصادی بیمارستانی (۴۰) بهبود کیفیت خدمات	
(۲۴)۳۲	ارائه شده (۴۱) آموزش اصول مستندسازی به کادر درمانی و نظارت بر حسن اجرای کنترل پرونده‌ها	
(۲۵)۳۵-۳۳	در واحد مدارک پزشکی (۴۲) ایجاد برنامه‌های مدیریت تجهیزات (کالبره دستگاه‌های پزشکی،	
(۲۸)۳۸-۳۶	تعمیرات پیشگیرانه، سرویس‌های دوره‌ای) تشکیل کمیته پایش و ارزیابی منابع و توجه خاص به	
(۲۹)۳۹	سرمایه‌های بیمارستانی (۴۳) فعال کردن کمیته اقتصاد سلامت (۴۴) حذف وسایل برقی پرمصرف (۴۵)	
(۳۱)۴۰	هدایت بیمار در مسیر صحیح درمانی (۴۶) کنترل هزینه‌های تخت بستری (۴۷) استفاده از داروهای	
(۳۲)۴۴-۴۱	ژنریک (۴۸) تامین بودجه به صورت گلوبال (۴۹) عملکرد تیمی (۵۰) تقویت خدمات پیش بیمارستانی	
(۳۳)۴۶،۴۵	(۵۱) توزیع متعادل تر نیروهای انسانی، به ویژه نیروهای متخصص (۵۲) نهادینه کردن نظام بودجه‌ریزی	
(۳۹)۵۲-۴۷	شفاف و عملیاتی	

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی و جمع‌بندی، پیشران‌ها، موانع و راهکارهای بهبود مدیریت هزینه‌های بیمارستان انجام شده است. برای رسیدن به این هدف، مرور نظام‌مند پایگاه‌های داده‌ای داخلی و خارجی انجام گرفت. یافته‌های حاصل از بررسی متون نشان داد که چالش‌های متعددی در بهبود مدیریت هزینه بیمارستان وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: وقوع بحران‌های اقتصادی، تغییر توزیع سنی جمعیت، هزینه‌های سربار بیمارستان، پیشرفت‌های پزشکی و تکنولوژی، هزینه‌های منابع انسانی، خطاهای پزشکی، اتلاف منابع، عدم نظارت قوی. در مطالعه‌ای که توسط حامد شعبانی و همکاران انجام شد دو عامل نرخ شهرنشینی و درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، بیشترین تأثیر را در افزایش هزینه‌های سلامت داشتند (۱۵). به نحوی که با افزایش سن و به ویژه در دوران سالمندی، تقاضا در بخش هزینه‌های بهداشت و درمان افزایش قابل توجهی خواهد یافت. مسعودی اصل و همکاران در پژوهش خود عوامل: افزایش تورم، تغییر مصرف به سمت داروهای برند؛ ایجاد تقاضاهای القایی و انجام مداخلات غیرضروری تشخیصی و درمانی؛ تغییر سبک زندگی و اتخاذ الگوی زندگی توأم با رفتارهای پرخطر سلامتی را در

راستای افزایش هزینه‌های سلامت در ایران عنوان کردند (۱۶).

پور فرخ نیز در مطالعه‌ی خود، فقدان دانش لازم مربوط به هزینه‌یابی، نبود مشارکت و وجود مقاومت داخلی و عدم وجود نیروی انسانی آموزش‌دیده را از موانع مدیریت هزینه برشمرد (۱۷). در مطالعه‌ی دیگری نیز که توسط هیلانگ سان و همکارانش در چین انجام شد، نقص بودجه‌بندی بیمارستانی و نبود کنترل‌های داخلی و ناسازگاری بین سیستم حسابداری هزینه و سیستم مدیریت مالی از موانع و مشکلات مدیریت هزینه عنوان شد (۱۸).

در مطالعه تاکوانگ و همکارش "پیچیدگی سیستم هزینه در بیمارستان" به عنوان مانع برای مدیریت هزینه‌ها گزارش شد (۱۹). در پژوهشی که توسط دیوید و همکارانش در افریقای جنوبی انجام شد سیستم اطلاعاتی ضعیف و عدم وجود انتقال مهارت از موانع کنترل و مدیریت هزینه‌ها شناخته شدند (۲۰). همچنین در برخی از این مطالعات پیش‌زمینه‌هایی برای بهبود مدیریت هزینه‌ها ذکر شده بود. در مطالعه‌ای که توسط هیلانگ سان و همکارانش انجام شده است، بهبود سیستم مدیریت مالی و اقدامات نوآورانه برای کنترل کیفیت

برون سپاری نیز به عنوان راهکاری برای کاهش و بهبود هزینه‌ها عنوان شده است (۳۲).

برون سپاری موجب کاهش هزینه‌های اجرایی و افزایش بهره‌وری در سازمان، کاهش هزینه سربار، انعطاف در قوانین و مقررات و تمرکز سازمان بر فرآیندهای محوری خود خواهد شد. در برخی مطالعات نیز کنترل هزینه‌های دارویی (۳۳) به عنوان عاملی مهم برای کنترل و بهبود مدیریت هزینه‌ها معرفی شده است، همچنین مدیریت دارو در بیمارستان و استفاده از داروهای ژنریک و با کیفیت تر و بالطبع با قیمت پایین تر توصیه می‌شود (۱۶، ۳۲، ۳۴، ۳۵). پرداخت بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) نیز می‌تواند به عنوان یک اهرم کنترلی هزینه‌ها محسوب شود، زیرا می‌تواند از نظر اقتصادی بیمارستان‌ها را به استفاده منطقی از منابع پزشکی، کاهش هزینه‌های عملیاتی، جستجوی منطقی‌ترین مسیر بالینی و پرهیز از تجویزهای بزرگ و بازرسی‌های غیرضروری گران تشویق کند (۳۶). عامل بعدی برای کنترل و بهبود هزینه‌ها، کاهش خطاهای مستندات پزشکی می‌باشد (۳۱) که این خود مستلزم آموزش اصول مستندسازی به کادر درمانی و نظارت بر حسن اجرای کنترل پرونده‌ها در واحد مدارک پزشکی است (۲۵)، همچنین آموزش مستندسازی صحیح خود باعث کاهش کسورات بیمه‌ای خواهد شد که عاملی مهم برای بهبود هزینه‌های بیمارستانی به حساب می‌آید (۳۲).

نتایج بررسی برخی مطالعات حاکی از آن است که بررسی مجدد فرایندهای داخلی بیمارستان و حذف مراحل غیرضروری می‌تواند سهمی در کاهش هزینه‌ها داشته باشد (۲۶)، زیرا باعث کشف و شناسایی و حذف فعالیت‌های فاقد ارزش افزوده خواهد شد و این خود موجب کاهش هزینه‌های اضافی می‌شود (۲۳، ۳۷). همچنین افزایش بهره‌وری اتاق‌های عمل و استفاده حداکثری از ظرفیت‌های جراحی در بیمارستان موجب افزایش درآمد و بهبود هزینه‌های بیمارستانی خواهد شد (۳۴). و در آخر، استقرار سیستم هزینه‌یابی در بیمارستان (۳۸) با آگاهی از هزینه کل هر فعالیت و جزئیات هزینه‌ها (۳۹)، برآورد دقیق هزینه‌ها (۳۷)، شفافیت هزینه‌ها (۲۲)، نظارت بر کلیه هزینه‌های بیمارستان و تجزیه و تحلیل آن موجب بهبود و کاهش هزینه‌های اضافی در بیمارستان خواهد شد. در نهایت باید گفت که پژوهش حاضر جزو اولین مرور نظام‌مند در زمینه‌ی عوامل و موانع و پیشران‌های مؤثر بر بهبود هزینه‌های بیمارستانی است. از طرفی محدودیت مطالعه این است که نمی‌تواند ادعا کند تمام ابعاد و مؤلفه‌ها که از سایر حوزه‌ها و بخش‌ها بر بهبود و مدیریت هزینه‌ها مؤثر هستند را به طور کامل گزارش کرده است.

مدیریت مالی بیمارستان‌ها از پیش‌زمینه‌های بهبود هزینه‌ها معرفی شد (۱۸).

در پژوهشی که توسط اندرسون و همکارش انجام شده است، ایجاد مزیت رقابتی در زنجیره ارزش و نظارت قوی بر عملکرد و دادن بازخورد از عوامل مهم پیش‌زمینه‌ای در مدیریت هزینه است (۲۱). در پژوهشی که توسط تویبایس و همکارش انجام شده، استقرار مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها، استفاده از دستورالعمل‌های بالینی و عدم تجویز نسخه‌های نامناسب از عوامل کنترلی و پیشران برای مدیریت هزینه‌ها عنوان شده است (۲۲). همچنین استفاده از روش، هزینه‌یابی مبتنی بر فعالیت (ABC) به عنوان پیشران معرفی شده است (۲۳، ۲۴). عواملی چون: تصویر واضح و روشن از رفتار مالی-اقتصادی بیمارستان، ایجاد سیستم نظارتی و کنترل، ثبت و ردیابی هزینه‌ها، مدیریت نگهداشت تجهیزات بیمارستانی، کاهش کسورات بیمه‌ای، فرهنگ‌سازمانی مناسب و محیط سازمانی منظم از پیشران‌های مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان برشمرده شده‌اند (۲۵). تخصیص بهینه منابع محدود نیز به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای بهبود مدیریت هزینه نام برده شده است (۲۶، ۲۷).

بررسی مطالعه‌ی دیگری حاکی از آن بود که عواملی مانند: افزایش کارایی بیمارستان‌ها، توانمندسازی مدیران و آموزش آن‌ها، پرداخت مبتنی بر عملکرد به پزشکان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، اصلاح ساختار بودجه، کنترل عفونت‌های بیمارستانی، تغییر تعرفه‌های پزشکی به گلوبال و هدایت منابع به خدمات سلامت پر تقاضا می‌توانند پیش‌زمینه‌ای برای بهبود مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها باشند (۲۸). همچنین آموزش کارکنان و نظارت بر آن‌ها نیز نقش مهمی در بهبود مدیریت هزینه‌ها دارد (۲۰). همان‌طور که پیش از این نیز گفته شد هزینه‌های بخش سلامت در سراسر جهان به سرعت در حال افزایش است و سیستم بهداشت و درمان باید از ساختاری درست، مدیریتی لایق با بهره‌وری بالا و بینش اقتصادی صحیح برخوردار باشد تا بتواند از منابع مختلف موجود به نحو بهینه بهره‌برداری کند. از جمله راهکارهای ذکر شده در مقالات بررسی شده، محدود کردن مدت‌زمان بستری غیرضروری در بیمارستان (۲۹، ۳۰) است که این خود موجب کاهش هدر رفت منابع محدود بیمارستانی و افزایش بهره‌وری تخت‌های بیمارستانی خواهد شد. مورد بعدی شناسایی کانون‌ها و مراکز هزینه در بیمارستان (۳۱، ۳۲) می‌باشد، زیرا باید مکان‌هایی که در آنجا هزینه‌های بیشتری صرف می‌شود و عواملی که سبب صرف هزینه‌ی بیشتر می‌شوند را شناخته و سعی در کنترل آن‌ها نمود. همچنین در برخی مطالعات،

نتیجه گیری

... تهیه فهرست هزینه‌ها، اولویت‌بندی هزینه‌ها، تدوین فرایند رصد کردن تعمیرات در بیمارستان‌ها، ساماندهی منابع انسانی و به‌کارگیری افراد در جاهای مناسب، بازنگری قراردادهای، پرداخت بر اساس عملکرد پرسنل در بخش و... بنابراین مدیریت بیمارستان می‌تواند از تجارب متخصصان و مشاوران به خصوص از مدیران با تجربه و موفق در زمینه فعالیت در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی استفاده کند. مدیریت بیمارستان‌ها می‌توانند همچنین استفاده از نتایج تحقیقات و پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور، در خصوص به‌کارگیری هر کدام از موارد مطالعات بومی شده و مختص بیمارستان خود را با مطالعات موردی مفیدی را انجام دهند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان قزوین با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1399.271 می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۷/۲۱ به پایان رسیده است.

تشکر و قدردانی

از اساتید گرامی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که با ارائه نظرات هوشمندانه و مشارکت و همدلی ما را در تدوین این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مدیریت هزینه‌ها در بیمارستان‌ها به عنوان امری مهم و اجتناب‌ناپذیر شمرده می‌شود، بنابراین عوامل و موانع مؤثر بر بهبود و مدیریت هزینه‌های بیمارستانی برای بهبود وضعیت اقتصادی، ارتقای اثربخشی و بهبود مدیریت هزینه‌های بیمارستانی باید کشف و شناخته شوند. نتایج این مطالعه‌ی مروری نشان داد که عوامل مهمی در مدیریت هزینه‌های بیمارستانی تأثیر دارند، بر اساس یافته‌های مطالعات چنین برمی‌آید که بر اساس ابعاد و زوایای مختلف، اصول و مهارت‌های مدیریتی و الزامات کارایی فنی و تخصیصی می‌توان وضعیت موجود بیمارستان‌ها را ارتقاء داد. با توجه به برنامه استراتژیک هر بیمارستان و شرایط و چالش‌هایی که در پیش رو دارد، می‌توان در رابطه با راهکارهای ارائه‌شده تصمیم‌گیری نمود. برای مدیریت و کاهش هزینه می‌توان راهکارهایی در نظر گرفت مانند افزایش بهره‌وری نیروی انسانی (مبحث توانمندسازی، تطبیق حجم کاری با نیروی انسانی)، استفاده صحیح از منابع (نیروی انسانی، فضای فیزیکی، سرمایه‌گذاری‌ها و تجهیزات و پول)، رعایت کدهای خدمات کتاب ارزش نسبی خدمات، بازبینی کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در کمیته بیمارستانی کسورات، اعمال کسورات واقعی در دریافتی پزشکان، استفاده از ظرفیت‌های خالی بیمارستان، نظرسنجی از پزشکان متخصص در خصوص راهکارهای کاهش هزینه، شناسایی ظرفیت‌های بالقوه و به فعل درآوردن آن‌ها مثل آزمایشگاه، نسخ سرپایی داروخانه و

References

- Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International journal of health care quality assurance*. 2014 ;27(2):152-64
- Mosadeghrad AM. A conceptual framework for quality of care. *Materia socio-medica*. 2012;24(4):251.
- Wijaya RE, Ludigdo U, Baridwan Z, Prihatiningtias YW. Paradigm blurred: Opera cake in management accounting information research. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;211:859-65.
- Potrafke N. The growth of public health expenditures in OECD countries: do government ideology and electoral motives matter? *Journal of health economics*. 2010;29(6):797-810.
- Reinhardt R, Oliver WJ. The cost problem in health care. *Challenges and Opportunities in Health Care Management*: Springer; 2015. p. 3-13.
- Drummond M. Pharmacoeconomics: friend or foe? *Annals of the rheumatic diseases*. 2006;65(suppl 3):44-47
- Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist 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.
- 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. *Journal of Health Based Research*. 2015;1(2):133-143
- <https://data.worldbank.org/> [2018]
- Ghiyasvan H, Zandiyan H, Moghadam TZ, Naghdi S. Cost of radiology services using the activity based costing (ABC) method. *Payesh (Health Monitor)*. 2013;12(6):595-605.
- Ergün FA, Ağırbaş I, Kuzu I. Activity-Based Costing for Pathology Examinations and Comparison with the Current Pricing System in Turkey/Patoloji Tetkiklerinde Faaliyet Tabanlı Maliyet Hesaplaması ve Güncel Fiyatlandırma Sistemi İle Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Pathology*. 2013;29(1):1-14

12. Mosadeghrad A. Essentials of healthcare organisation and management 2015.
13. Ravangard R, Arab M, Zeraati H, Rashidian A, Akbarisari A, Mostaan F. Patients' length of stay in women hospital and its associated clinical and non-clinical factors, Tehran, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011 May;13(5):309-15.
14. Nghiem SH, Connelly LB. Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. *Health economics review*. 2017;7(1):1-11.
15. Shabani H, REZAYATMAND MR, MOHAMMADI F. Determinants of Health Expenditures in Iran and Other Country Members of Perspective Document of 1404 of Iran. 2019;16(1):18-23
16. Masoudi Asl I, Bakhtiari Aliabad M, Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Health care costs in Iran and how to control it. *Iran J Health Insur*. 2019;1(4):117-27.
17. Pourfarrokhi M. Limitations of Implementing Activity-Based Costing System in Abadons School of Medical Sciences with Cost Management Approach. *Journal of Science and Engineering Elite's* 2019;21:77-90
18. Sun H, Wen D, Sun J, Yang Y, editors. Problems and countermeasures of hospital financial management. *AIP Conference Proceedings*; 2019
19. Binh TQ, Thuy VTT. FACTORS AFFECTING THE PUBLIC HOSPITAL'S COST MANAGEMENT ACCOUNTING SYSTEM. *Academy of Accounting and Financial Studies Journal*. 2019;23(3):1-13.
20. Basu D, Croce D, Porazzi E, Restelli U, Naidoo S. Introduction of concept of cost centre management in a public hospital in South Africa. *Journal of health care finance*. 2010;36(3):88-92.
21. Anderson SW, Dekker HC. Strategic cost management in supply chains, part 2: Executional cost management. *Accounting Horizons*. 2009;23(3):289-305.
22. Romeyke T, Stummer H. Clinical pathways as instruments for risk and cost management in hospitals-a discussion paper. *Global journal of health science*. 2012 Mar; 4(2): 50-59
23. Lutilsky ID, Juroš L. Business Processes in the Function of Cost Management in Healthcare Institutions. *Country Experiences in Economic Development, Management and Entrepreneurship*: Springer; 2017;571-89.
24. Islamzadeh O, Javadi N, Kerdar KZ, Tahsiri M. Explain the problems and solutions of cost management in the public sector. 2015;60:71-92
25. Olyan Ajam S, Ghasemizad A, Gholtash A. Identifying the main components of the hospital costs management process. *Journal of Health Administration*. 2019;22(3):40-55.
26. Raghuvanshi VP, Raghuvanshi SP. Implications and future strategies on cost management for hospitals during and after COVID-19. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2020 Jun;7(6):2405-2410
27. Ghaziasgar M, Vahdat S, Hesam S. Development and Psychometric "Evaluation of Hospital Cost Management Scale". *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (5): 25-33
28. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2019;18(1):7-21.
29. Jafari M, Lashkari M, Mahmoudi F, Dehnavi R, Noori Hekmat S, Izadi A. Effective Factors in Hospitalization Costs of the Public Hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Health Based Research*. 2016;2(1):39-54.
30. Yan J, Lin H-H, Zhao D, Hu Y, Shao R. China's new policy for healthcare cost-control based on global budget: A survey of 110 clinicians in hospitals. *BMC health services research*. 2019;19(1):1-11.
31. Olyan Ajam S, 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):159-71.
32. Kulkarni M, Pandit A. Analysis of cost reduction techniques adopted in hospitals in and around pune. *Journal of Health Management*. 2014;16(4):481-488
33. Lewandowski RA. Cost Control of Medical Care in Public Hospitals—a Comparative Analysis. *International Journal of Contemporary Management*. 2015;13(1): 125-136
34. Perroca MG, Jericó MdC, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2007;15(5):1018-24.
35. Kastanioti C, Mavridoglou G, Karanikas H, Polyzos N. ABC analysis: a tool of effectively controlling pharmaceutical expenditure in Greek NHS hospitals. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 2016;7(3):173-9.
36. SU B, FENG S-Q, TAO H-J. Public Hospital Cost Management and Performance Evaluation from the Perspective of DRGs. *DEStech Transactions on Economics, Business and Management*. 2019(icem);458-462
37. Etemadi S, Mohammadi B, Akbarian Bafghi MJ, Hedayati Poor M, Gholamhoseini MT. A New Costing System in Hospital Management: Time-Driven Activity Based Costing: A Narrative Review. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2018;2(2):133-40.
38. Neriz L, Núñez A, Ramis F. A cost management model for hospital food and nutrition in a public hospital. *BMC health services research*. 2014;14(1):1-12
39. Cinquini L, Vitali PM, Pitzalis A, Campanale C. Process view and cost management of a new surgery technique in hospital. *Business Process Management Journal*. 2009;15(6) 895-919

Factors, drivers and barriers to improving hospital cost management: A Systematic review

Elahe eyshi¹, Omid Khosravizadeh², Aisa maleki³, , Bahman Ahadinezhad⁴

Submitted:2020.7.6

Accepted:2022.9.24

Abstract

Aim & Background: Cost management is the most important factor affecting the economic performance of the hospital. Good management of costs in the short term stabilizes and balances the operating balance of the hospital and secures the hospital in terms of liquidity. Also, good management of costs in the long term makes the hospital financially stable. According to the mentioned cases and increasing hospital costs, the present study was conducted with the aim of identifying and investigating the factors, drivers and obstacles to improve cost management.

Methods & Materials: This systematic review was conducted in 2020. Data was collected through searching keywords in Google scholar, PubMed, Scopus, Web of Science, Science direct, Magiran, SID and Irandoc databases from 2007 to 2020. The classification of the results of the studies was done by the researchers.

Results: All the components identified and extracted from the articles were divided into four dimensions (increasing factors, prerequisites, obstacles and solutions) to improve hospital cost management.

Conclusion: Reviewing the results of each study showed the importance of each component in managing, improving and controlling hospital costs. In this regard, policy makers at decision-making level and managers at executive level should pay attention to the components and dimensions affecting the control and improvement of hospital costs according to the structure, process and expected consequences, and then decide on their implementation.

Keywords: Cost management, Reducing costs, Hospital

1 Msc student, Department of Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2 Assistant professor, Department of Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3 Msc student, Department of Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

4 Assistant professor, Department of Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran, (Corresponding author), Email: bahmanahadi2009@gmail.com

