

تحلیل ریسک‌های مالی و راهکارهای کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در نظام سلامت: یک مطالعه کیفی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۸

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تحلیل ریسک‌های مالی و راهکارهای کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی ایران انجام شد.

روش کار: در این تحقیق پژوهشگر از رویکرد کیفی و روش داده بنیاد استفاده کرده است. برای این منظور، جامعه آماری شامل پانزده نفر از خبرگان و متخصصان حوزه‌های مدیریت بیمارستانی، تدارکات، مالی و حسابداری داخلی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و تا رسیدن به اشباع نظری انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شدند.

نتایج: محقق با انجام پانزده مصاحبه به اشباع نظری و در نهایت ۱۲۸ کد باز استخراج و بر اساس دیدگاه اشتروس و کوربین تحلیل و نتایج را در قالب شش بعد اصلی و چهل و هشت بعد فرعی ارائه شده است؛ همچنین ناکارآمدی در مدیریت ریسک زنجیره تأمین دارو، حاصل تعامل پیچیده‌ی فشارهای کلان اقتصادی با ضعف‌های ساختاری داخلی است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های فناوری، ارتقای سرمایه انسانی و تقویت فرهنگ شفافیت می‌تواند با فعال‌سازی راهبردهای مدیریتی، این ناکارآمدی را کاهش داده و به سمت پایداری سازمانی سوق دهد. بنابراین، گذار از رویکردهای سنتی و واکنشی به رویکردهای پیشگیرانه و هوشمند، کلید موفقیت بیمارستان‌های دولتی در مدیریت بحران‌های زنجیره تأمین است.

کلمات کلیدی: مدیریت ریسک، کنترل داخلی، زنجیره تأمین دارو، بیمارستان‌های دولتی.

النا حسین پور^{۱*}

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد؛ گروه حسابداری؛ دانشکده مدیریت؛ واحد تهران شمال؛ دانشگاه آزاد اسلامی؛ تهران؛ ایران

Email: Elenahosseinpour05@gmail.com

مقدمه

صنعت سلامت به عنوان یکی از ارکان حیاتی توسعه پایدار و رفاه اجتماعی، همواره با چالش‌های پیچیده مدیریتی، مالی و عملیاتی روبرو بوده است. در این میان، بیمارستان‌ها به عنوان مراکز اصلی ارائه خدمات درمانی، نقش محوری در سلامت جامعه ایفا می‌کنند. با این حال، عملکرد کارآمد بیمارستان‌ها تنها به کیفیت خدمات بالینی محدود نمی‌شود، بلکه به مدیریت بهینه منابع، به‌ویژه در بخش‌های پشتیبانی مانند تدارکات و زنجیره تأمین وابسته است (۳). زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در بیمارستان‌ها، فرآیندی چندوجهی شامل برنامه‌ریزی، خرید، انبارداری، توزیع داخلی و مصرف نهایی است که حساسیت‌های بالایی نسبت به زمان، دما، تاریخ انقضا و هزینه دارد (۷). هرگونه اختلال در این زنجیره می‌تواند منجر به توقف خدمات درمانی، افزایش هزینه‌ها، کاهش کیفیت مراقبت‌ها و حتی تهدید جان بیماران شود (۱۷). در سال‌های اخیر، با توجه به نوسانات شدید اقتصادی، تورم بالا، تحریم‌های بین‌المللی و تغییرات در قوانین بیمه‌ای در ایران، محیط کسب‌وکار در بخش سلامت با بی‌ثباتی‌های قابل توجهی مواجه شده است. این شرایط، مدیریت ریسک‌های مالی و عملیاتی را به یکی از اولویت‌های استراتژیک مدیران بیمارستان‌های دولتی تبدیل کرده است (۱۶). ریسک‌های مالی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی می‌تواند شامل نوسانات قیمت ارز، تأخیر در پرداخت‌های بیمه‌ای، کمبود نقدینگی، فساد احتمالی در فرآیندهای خرید، و عدم شفافیت در قیمت‌گذاری باشد. از سوی دیگر، ضعف در کنترل‌های داخلی می‌تواند منجر به سوءاستفاده از منابع، خریدهای غیربهینه، انباشت موجودی‌های غیرضروری یا کمبود داروهای حیاتی شود (۲). بنابراین، طراحی و پیاده‌سازی سیستم‌های کنترل داخلی کارآمد و مدیریت ریسک، نه یک انتخاب، بلکه یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر برای تداوم پایداری مالی و عملیاتی بیمارستان‌هاست (۱۵). حسابداری مدیریت و حسابرسی داخلی به عنوان ابزارهای نظارتی و تصمیم‌گیری، نقش کلیدی در شناسایی، ارزیابی و کاهش این ریسک‌ها ایفا می‌کنند. حسابداری مدیریت با ارائه اطلاعات هزینه‌ای دقیق و به‌موقع، به مدیران کمک می‌کند تا منابع را به‌طور بهینه تخصیص دهند و از اتلاف منابع جلوگیری

کنند (۱۱). از سوی دیگر، حسابرسی داخلی با ارزیابی مستقل و عینی فرآیندها، اطمینان حاصل می‌کند که کنترل‌های داخلی به‌درستی طراحی و اجرا شده‌اند و اهداف سازمانی محقق می‌شوند (۱۲). با این حال، در بافت بیمارستان‌های دولتی ایران، مدل‌های رایج مدیریت ریسک و کنترل داخلی که عمدتاً بر اساس تجربیات کشورهای توسعه‌یافته تدوین شده‌اند، ممکن است با چالش‌های بومی خاصی روبرو شوند. این چالش‌ها شامل ساختارهای بوروکراتیک پیچیده، محدودیت‌های بودجه‌ای، فرهنگ سازمانی خاص، و قوانین دست‌وپاگیر دولتی است (۱۴). بنابراین، نیاز به طراحی یک مدل بومی که با شرایط خاص محیطی، اقتصادی و فرهنگی ایران سازگار باشد، احساس می‌شود. روش‌های کمی و پیمایشی سنتی در تحقیقات حسابداری و حسابرسی، اگرچه برای آزمون فرضیه‌ها و بررسی روابط بین متغیرها مفید هستند، اما در کشف عمق پدیده‌ها و درک فرآیندهای پیچیده مدیریتی محدودیت‌هایی دارند. بسیاری از تحقیقات پیشین در زمینه مدیریت ریسک در زنجیره تأمین سلامت، بر شناسایی ریسک‌ها و ارائه راهکارهای کلی تمرکز داشته‌اند، اما کمتر به بررسی فرآیند شکل‌گیری و تعامل عوامل مختلف در محیط‌های پیچیده و پویا پرداخته‌اند (۱۹). روش داده‌بنیاده به عنوان یک رویکرد کیفی، امکان کشف نظریه‌ها و مدل‌های جدید را از دل داده‌های میدانی فراهم می‌کند. این روش با پرهیز از پیش‌فرض‌های از پیش تعیین‌شده، به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا با شنیدن صدای ذینفعان و درک تجربیات آن‌ها، به درکی عمیق‌تر از پدیده مورد مطالعه دست یابد (۵). در زمینه حسابداری و حسابرسی بیمارستان‌ها، استفاده از روش داده‌بنیاد می‌تواند به شناسایی عوامل پنهان، فرآیندهای غیررسمی و راهکارهای عملیاتی که در مدل‌های نظری رایج دیده نمی‌شوند، کمک کند (۹). با مرور ادبیات موجود، مشخص می‌شود که اگرچه مطالعات متعددی در زمینه مدیریت زنجیره تأمین در صنعت سلامت انجام شده است، اما تمرکز اصلی بر جنبه‌های لجستیکی و عملیاتی بوده و کمتر به جنبه‌های مالی و کنترل‌های داخلی به صورت یکپارچه پرداخته شده است (۴). همچنین، اکثر این مطالعات در بافت کشورهای توسعه‌یافته انجام شده و تعمیم‌پذیری آن‌ها برای کشورهای در حال توسعه مانند ایران با

محدودیت‌هایی روبرو است. در ایران، پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه حسابداری بیمارستانی عمدتاً به بررسی صورت‌های مالی، هزینه‌یابی خدمات و چالش‌های عمومی حسابداری پرداخته‌اند و کمتر به موضوع مدیریت ریسک در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی با رویکردی کیفی و اکتشافی توجه شده است (۷). این شکاف تحقیقاتی، ضرورت انجام پژوهشی با روش داده‌بنیاد را برای طراحی یک مدل بومی مدیریت ریسک و کنترل داخلی در این حوزه برجسته می‌سازد.

بیمارستان‌ها به عنوان پیچیده‌ترین واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت، همواره با چالش‌های متعددی در زمینه مدیریت منابع، به‌ویژه در بخش زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی روبرو هستند. زنجیره تأمین در بیمارستان‌ها فرآیندی حیاتی است که مستقیماً بر کیفیت مراقبت‌های بالینی، رضایت بیماران و پایداری مالی سازمان تأثیر می‌گذارد (۱۰). با این حال، ماهیت غیرقابل پیش‌بینی تقاضا برای خدمات درمانی، حساسیت بالای داروها و تجهیزات پزشکی به زمان و شرایط نگهداری، و همچنین نوسانات شدید بازار در کشورهای در حال توسعه، این زنجیره را به یکی از آسیب‌پذیرترین بخش‌های بیمارستان تبدیل کرده است (۷). در این میان، مدیریت ریسک‌های مالی و اعمال کنترل‌های داخلی کارآمد، نه تنها یک الزام قانونی و حرفه‌ای، بلکه یک ضرورت استراتژیک برای بقای بیمارستان‌های دولتی است (۱۵). در ایران، بیمارستان‌های دولتی تحت فشار مضاعفی از سوی دولت (به عنوان تأمین‌کننده بودجه) و بیمه‌های درمانی (به عنوان پرداخت‌کننده خدمات) قرار دارند. ساختار مالی بیمارستان‌های دولتی ایران بر پایه تعرفه‌های دستوری و بودجه‌های محدود استوار است که اغلب با تورم و نوسانات ارزی همخوانی ندارد (۱۶). این عدم تعادل میان هزینه‌های واقعی تأمین دارو و تجهیزات و درآمدهای حاصل از ارائه خدمات، منجر به ایجاد کسری‌های مالی مستمر و بدهی‌های معوق به تأمین‌کنندگان می‌شود. یکی از ریشه‌های اصلی این مشکل، ضعف در سیستم‌های مدیریت ریسک و کنترل داخلی در فرآیند خرید و تدارکات است. وقتی کنترل‌های داخلی ضعیف باشند، فرآیندهای خرید فاقد شفافیت شده، امکان فساد و سوءاستفاده افزایش می‌یابد و

تصمیم‌گیری‌های خرید بر اساس نیازهای واقعی بیمارستان، نه بهینه‌ترین شرایط بازار، انجام می‌شود (۲). مسئله اصلی این پژوهش، فقدان یک مدل بومی و جامع برای مدیریت ریسک‌های مالی و کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در بافت خاص بیمارستان‌های دولتی ایران است. اگرچه مدل‌های مدیریت ریسک و کنترل داخلی متعددی در ادبیات جهانی وجود دارد (مانند چارچوب COSO)، اما این مدل‌ها عمدتاً در محیط‌های باثبات اقتصادی و با ساختارهای سازمانی متفاوت از ایران طراحی شده‌اند. تطبیق کورکورانه این مدل‌های غربی با واقعیت‌های بیمارستان‌های دولتی ایران، که با بوروکراسی پیچیده، محدودیت‌های بودجه‌ای شدید، و چالش‌های خاص تأمین از بازارهای بین‌المللی روبرو هستند، اغلب منجر به شکست در اجرا یا کارایی ناکافی می‌شود (۱۴). بنابراین، نیاز به شناسایی ریسک‌های خاص بومی و طراحی راهکارهای کنترلی متناسب با این محیط، احساس می‌شود.

یکی از ابعاد کلیدی این مسئله، پیچیدگی فرآیند شناسایی و تخصیص هزینه‌ها در زنجیره تأمین است. در بیمارستان‌ها، هزینه‌های مشترک زیادی وجود دارد که تخصیص دقیق آن‌ها به مراکز هزینه مختلف (مانند بخش‌های درمانی، آزمایشگاه‌ها و اتاق‌های عمل) دشوار است. ضعف در سیستم‌های حسابداری مدیریت و عدم یکپارچگی بین سیستم‌های تدارکات و حسابداری، منجر به ارائه اطلاعات ناکافی و دیر هنگام به مدیران برای تصمیم‌گیری می‌شود (۱۱). این شکاف اطلاعاتی، مدیران را در برابر ریسک‌های مالی ناشی از خریدهای غیربهینه، انباشت موجودی‌های غیرضروری یا کمبود داروهای حیاتی بی‌دفاع می‌گذارد. علاوه بر این، نوسانات نرخ ارز و تحریم‌های اقتصادی، ریسک‌های جدیدی را به زنجیره تأمین تحمیل کرده‌اند که در مدل‌های سنتی مدیریت ریسک کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۹). از سوی دیگر، نقش حسابرسی داخلی به عنوان بازوی نظارتی و کنترل‌کننده در این فرآیند، اغلب به صورت سنتی و پس از وقوع رویدادها تعریف می‌شود. در حالی که رویکرد مدرن حسابرسی داخلی بر پیشگیری از ریسک‌ها و بهبود مستمر فرآیندها تمرکز دارد (۱۲). در بسیاری از بیمارستان‌های دولتی

و کاهش کیفیت خدمات روبرو خواهند بود. این پژوهش با هدف پر کردن این شکاف تحقیقاتی و ارائه یک راهکار بومی و کاربردی، انجام می‌شود.

۱. مبانی نظری مدیریت ریسک و کنترل داخلی در بیمارستان‌ها: مدیریت ریسک به عنوان فرآیندی سیستماتیک برای شناسایی، ارزیابی و اولویت‌بندی ریسک‌ها، همراه با اقدامات هماهنگ برای کاهش اثرات آن‌ها، به یکی از ارکان اصلی حکمرانی خوب در سازمان‌های امروزی تبدیل شده است (۱۸). در بافت بیمارستان‌ها، ریسک‌ها طیف وسیعی از خطرات بالینی و ایمنی بیماران تا ریسک‌های مالی، قانونی و شهرت را در بر می‌گیرند. با این حال، ریسک‌های مالی در بخش‌های پشتیبانی مانند تدارکات، اغلب نادیده گرفته می‌شوند، در حالی که تأثیر مستقیمی بر پایداری سازمان دارند (۱۵). کنترل داخلی به مجموعه‌ای از فرآیندها، قوانین و رویه‌ها اطلاق می‌شود که توسط هیئت مدیره، مدیریت و سایر پرسنل طراحی و اجرا می‌شوند تا اطمینان معقولی از دستیابی به اهداف زیر فراهم آورند: کارایی و اثربخشی عملیات، قابلیت اعتماد گزارش‌های مالی، و انطباق با قوانین و مقررات (۸). به عنوان استاندارد طلایی در زمینه کنترل داخلی، پنج مؤلفه اصلی را معرفی می‌کند: محیط کنترل، ارزیابی ریسک، فعالیت‌های کنترلی، اطلاعات و ارتباطات، و نظارت. در بیمارستان‌های دولتی، پیاده‌سازی این مؤلفه‌ها با چالش‌های خاصی روبرو است. برای مثال، «محیط کنترل» تحت تأثیر فرهنگ سازمانی بوروکراتیک و سلسله‌مراتب خشک دولتی قرار دارد که ممکن است از شفافیت و پاسخگویی بکاهد (۱). در ادبیات حسابداری مدیریت، تأکید بر این است که کنترل‌های داخلی نباید صرفاً به عنوان ابزارهای بازدارنده یا پلیسی دیده شوند، بلکه باید به عنوان مکانیسم‌هایی برای بهبود فرآیندها و ایجاد ارزش افزوده عمل کنند (۱۱). ضعف در کنترل‌های داخلی در زنجیره تأمین می‌تواند منجر به پدیده‌هایی مانند «خریدهای غیربینه»، «انبارگردانی نادرست»، «سوءاستفاده از داروها» و «پرداخت‌های تکراری» شود. این موارد نه تنها باعث اتلاف منابع مالی محدود بیمارستان‌های دولتی می‌شوند، بلکه می‌توانند منجر به کمبود داروهای حیاتی و تهدید سلامت بیماران گردند (۱۳).

۲. زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی: ویژگی‌ها و چالش‌ها:

ایران، واحد حسابرسی داخلی فاقد استقلال کافی، تخصص کافی در زمینه زنجیره تأمین و یا دسترسی به داده‌های به‌موقع است تا بتواند به عنوان یک شریک استراتژیک در مدیریت ریسک عمل کند. این ضعف ساختاری، اجازه می‌دهد تا ریسک‌های مالی به تدریج انباشته شده و در نهایت منجر به بحران‌های مالی جدی شوند (۱۳). مشکل دیگر، عدم وجود یک دیدگاه یکپارچه و سیستمی نسبت به ریسک‌ها است. ریسک‌های مالی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی، ابعاد مختلفی دارند: ریسک‌های عملیاتی (مانند تأخیر در تحویل)، ریسک‌های مالی (مانند نوسان قیمت)، ریسک‌های قانونی (مانند تغییرات در قوانین خرید دولتی) و ریسک‌های شهرت (مانند کمبود داروهای حیاتی).

مدیریت این ریسک‌ها نیازمند هماهنگی بین واحدهای مختلف از جمله تدارکات، مالی، حسابداری، و مدیریت بالینی است. فقدان چنین هماهنگی و وجود سیلوهای اطلاعاتی در سازمان‌های بیمارستانی، مانع از شناسایی و مدیریت مؤثر ریسک‌ها می‌شود (۱۷). با مرور پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، مشخص می‌شود که اکثر مطالعات انجام‌شده در زمینه حسابداری بیمارستانی، به صورت کمی و با تمرکز بر صورت‌های مالی یا هزینه‌یابی خدمات انجام شده‌اند. مطالعات کیفی که به عمق فرآیندها و چالش‌های مدیریتی بپردازند، بسیار محدود هستند (۱۶). به‌ویژه، پژوهشی که به صورت اکتشافی و با استفاده از روش‌های کیفی مانند داده‌بنیاد، به طراحی یک مدل بومی برای مدیریت ریسک و کنترل داخلی در این حوزه بپردازد، یافت نشد. این خلأ تحقیقاتی، پژوهشگر را بر آن می‌دارد تا با استفاده از روش داده‌بنیاد، به کشف عوامل پنهان، فرآیندهای غیررسمی و راهکارهای عملیاتی که در مدل‌های نظری رایج دیده نمی‌شوند، بپردازد.

بنابراین، مسئله اصلی این است که چگونه می‌توان با درک عمیق از شرایط خاص محیطی، اقتصادی و سازمانی بیمارستان‌های دولتی ایران، مدلی طراحی کرد که هم ریسک‌های مالی زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی را شناسایی و ارزیابی کند و هم کنترل‌های داخلی کارآمدی را برای کاهش این ریسک‌ها پیشنهاد دهد؟ پاسخ به این سوال، نیازمند فراتر رفتن از مدل‌های کلیشه‌ای و درگیر شدن با واقعیت‌های میدانی و تجربیات خبرگان این حوزه است. بدون چنین مدلی، بیمارستان‌های دولتی ایران همچنان با چالش‌های مالی روزافزون، ناکارآمدی در تأمین نیازهای درمانی

وجود ندارد، و در نتیجه منجر به تعلیق تحویل و اختلال در خدمات درمانی گردد.

بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که تحلیل ریسک‌های مالی و راهکارهای کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در نظام سلامت چگونه است؟

روش کار

محقق در مرحله کیفی برای دستیابی به مدل مفهومی، خود از نظریه داده‌بنیاد استفاده کرده است. یعنی محقق از منابع اطلاعاتی را به مقوله‌ها و مفهوم تبدیل کرده است. جامعه آماری این پژوهش شامل خبرگان و متخصصانی است که دارای تجربه عملی و دانش تخصصی در زمینه‌های مدیریت مالی، تدارکات، حسابرسی داخلی و زنجیره تأمین در بیمارستان‌های دولتی ایران هستند. این جامعه شامل گروه‌های زیر می‌شود:

۱. مدیران مالی و معاونین مالی بیمارستان‌های دولتی: افرادی که مسئولیت نظارت بر بودجه، هزینه‌ها و گزارش‌های مالی را بر عهده دارند.

۲. مدیران و کارشناسان ارشد تدارکات و خرید: افرادی که مستقیماً در فرآیند خرید دارو و تجهیزات پزشکی، مذاکره با تأمین‌کنندگان و مدیریت موجودی نقش دارند.

۳. مدیران و کارشناسان حسابرسی داخلی: افرادی که مسئول ارزیابی کنترل‌های داخلی، شناسایی نقاط ضعف و نظارت بر انطباق فرآیندها با قوانین هستند.

۴. مدیران زنجیره تأمین و انبار: افرادی که مسئولیت لجستیک، انبارداری و توزیع داخلی داروها و تجهیزات را بر عهده دارند.

۵. کارشناسان سازمان غذا و دارو یا بیمه‌های پایه: افرادی که از دیدگاه کلان‌تر و نظارتی بر فرآیندهای تأمین و پرداخت نظارت دارند.

جامعه آماری این بخش شامل کلیه مدیران ارشد، مدیران میانی و خبرگان تخصصی در بیمارستان‌های دولتی سطح یک و دو کشور است که دارای حداقل ۵ سال سابقه کار در حوزه‌های مرتبط با زنجیره تأمین، مالی یا کنترل داخلی می‌باشند. این جامعه به دلیل دسترسی محدود و نیاز به تخصص بالا، معمولاً به صورت دسترسی‌پذیر در نظر گرفته می‌شود.

زنجیره تأمین در صنعت سلامت، به دلیل ماهیت حساس محصولات (دارو و تجهیزات پزشکی)، پیچیدگی‌های منحصر به فردی دارد. داروها و تجهیزات پزشکی معمولاً دارای تاریخ انقضای کوتاه، نیاز به شرایط خاص نگهداری (مانند زنجیره سرد)، و حساسیت بالا نسبت به تقلب هستند (۷). این ویژگی‌ها، ریسک‌های عملیاتی و مالی را در هر مرحله از زنجیره، از تولید تا مصرف نهایی، افزایش می‌دهند.

در بیمارستان‌های دولتی ایران، زنجیره تأمین تحت تأثیر عوامل کلان اقتصادی و سیاسی قرار دارد. نوسانات شدید نرخ ارز، تحریم‌های بین‌المللی، و تغییرات ناگهانی در قوانین واردات و تعرفه‌های بیمه‌ای، پیش‌بینی‌پذیری تقاضا و هزینه‌ها را دشوار می‌سازد (۱۶). این بی‌ثباتی، مدیران تدارکات را در موقعیت دشواری قرار می‌دهد؛ آن‌ها باید همزمان با حفظ موجودی کافی برای جلوگیری از قطع خدمات، از انباشت سرمایه در انبارها که منجر به فرسودگی و فساد داروها می‌شود، جلوگیری کنند.

یکی از چالش‌های کلیدی در این زنجیره، مسئله «شفافیت مالی» است. فرآیندهای خرید در بسیاری از بیمارستان‌های دولتی، فاقد رقابت شفاف و نظارت دقیق هستند. این امر بستر را برای معاملات غیررسمی، رانت‌خواری و فساد در خریدهای عمده دارو و تجهیزات فراهم می‌کند (۱۴). تحقیقات نشان داده‌اند که در محیط‌هایی که شفافیت پایین است، هزینه‌های نهایی خرید به طور قابل توجهی بالاتر از قیمت‌های واقعی بازار است. این اختلاف قیمت، مستقیماً بر کسری بودجه بیمارستان و بدهی‌های معوق به تأمین‌کنندگان تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، یکپارچه نبودن سیستم‌های اطلاعاتی در بیمارستان‌ها، از دیگر موانع اصلی مدیریت کارآمد زنجیره تأمین است. سیستم‌های تدارکات، انبار، مالی و بالینی اغلب به صورت سیلوهای جداگانه عمل می‌کنند و داده‌ها به صورت بلادرنگ بین آن‌ها تبادل نمی‌شود. این شکاف اطلاعاتی، منجر به تصمیم‌گیری‌های نادرست در زمان‌بندی خرید، سفارش‌گذاری بیش از حد یا کم‌برآوردی نیازها می‌شود (۱۷). برای مثال، اگر سیستم مالی از وضعیت بودجه باخبر نباشد، ممکن است سفارشی ثبت شود که بودجه کافی برای پرداخت آن

تئوریک گسترده تر، به خوبی تجمیع کرد. از این رو بیش از ۱۲۸ نکته اساسی به دست آمده است.

۲. کدگذاری محوری

کدگذاری محوری، مقوله ها و زیرمقوله ها را با توجه به ابعاد و مشخصات آنها با یکدیگر مرتبط می سازد. برای کشف نحوه ارتباط مقوله ها با یکدیگر از ابزار تحلیلی استراوس و کوربین استفاده شد. ابزار اصلی این ابزار تحلیلی شامل شرایط، عمل ها، عکس العمل ها و پیامد ها می شود.

شرایط علی: رویداد هایی هستند که موقعیت ها و مسائل مرتبط با یک پدیده را خلق کرده و تشریح می کنند که افراد و گروه ها، چرا و چگونه به روش های خاصی پاسخ می دهند. شرایط علی شامل مواردی از مقولات است که به طور مستقیم بر تحلیل ریسک های مالی و راهکارهای کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در نظام سلامت تأثیر می گذارد.

پس از آن محقق پس از انجام هر مصاحبه با صاحب نظران، شروع به کدگذاری کرده است. ملاک کفایت اندازه نمونه، در بخش کیفی رسیدن به اشباع نظری بوده است.

نتایج

۱. کدگذاری باز

با به کارگیری استراتژی نظریه داده بنیاد که به طور مشخص در این پژوهش بر الگوی پیشنهادی استراوس و کوربین متکی بود، داده های به دست آمده تجزیه و تحلیل شدند. با اتکا به استراتژی نظریه داده بنیاد، بلافاصله پس از هر مصاحبه فرایند کدگذاری باز شروع شد. با این روش در هر مرحله به کدهای استخراج شده از مصاحبه ها، مفاهیم و برجسب های مناسب داده شد تا مفاهیم اساسی و مقوله های کلیدی پژوهش مشخص شود. این مقوله ها باید به اندازه کافی انتزاعی باشند تا بتوان مفاهیم و کدهای متناسب زیرمجموعه آنها را برای قابلیت بررسی و شمول

جدول ۱. مقوله های مربوط به شرایط علی

مقوله کلی	مقوله فرعی
بی ثباتی های کلان اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> • نوسانات نرخ ارز • تورم بالا و افزایش • قیمت دارو
ضعف های ساختاری و قانونی	<ul style="list-style-type: none"> • قوانین دست و پاگیر خرید دولتی • تعرفه های دستوری و غیربهمینه خدمات • تأخیر سیستماتیک در پرداخت های بیمه ای و دولتی
فرهنگ سازمانی و مدیریتی	<ul style="list-style-type: none"> • بوروکراسی پیچیده و کند • ضعف در شفافیت و پاسخگویی • مقاومت در برابر تغییر و نوآوری

برای اداره، کنترل و پاسخ به پدیده صورت می گیرد، فراهم می کنند.

شرایط زمینه ای: بیانگر مجموعه خاصی از ویژگی های مربوط به پدیده است که می تواند شرایط خاصی را که در آن راهبرد ها

جدول ۲. مقوله ها و مفاهیم مرتبط با شرایط زمینه ای

مقوله کلی	مقوله فرعی
ماهیت حساس محصولات	<ul style="list-style-type: none"> • تاریخ انقضای کوتاه داروها • شرایط خاص نگهداری (مانند زنجیره سرد)

<ul style="list-style-type: none"> • ساسیت بالای تجهیزات پزشکی به خطا • وابستگی شدید بیمارستان‌های دولتی به بودجه دولتی و پرداخت‌های بیمه‌ای • محدودیت‌های بودجه‌ای و کسری‌های مالی مستمر • تعداد محدود تأمین‌کنندگان اصلی در برخی حوزه‌ها • وابستگی به واردات • قدرت چانه‌زنی پایین بیمارستان در برابر تأمین‌کنندگان • به دلیل نیاز فوری به دارو 	<p>ساختار مالکیت و بودجه</p> <p>محیط رقابتی و تأمین‌کنندگان</p>
--	---

- شرایط مداخله‌گر: شرایط مداخله‌گر شامل شرایط عام‌تری همچون زمان، فضا و فرهنگ می‌شود که به عنوان تسهیلگر یا محدودکننده راهبرد ها عمل می‌کنند. این شرایط در جدول ۳. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با شرایط مداخله‌گر

مقوله کلی	مقوله فرعی
عوامل فناوری و اطلاعاتی	<ul style="list-style-type: none"> • سطح بلوغ سیستم‌های اطلاعاتی (ERP) و یکپارچگی داده‌ها • دسترسی به داده‌های به‌موقع و دقیق برای تصمیم‌گیری • استفاده از ابزارهای پیش‌بینی تقاضا
عوامل انسانی و سرمایه انسانی	<ul style="list-style-type: none"> • سطح تخصص و آموزش کارکنان تدارکات و مالی • انگیزه و تعهد سازمانی پرسنل • استقلال و قدرت واحد حسابرسی داخلی
عوامل محیطی و شبکه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> • سطح همکاری و رقابت با تأمین‌کنندگان • حمایت مدیریت ارشد بیمارستان از اصلاحات • فشار نظارتی نهادهای بالادستی (بازرسی، دیوان محاسبات)

تکرار در داده‌ها ظاهر شود. به این معنا که در همه یا تقریباً همه موارد، نشانه‌هایی وجود دارند که به آن مفهوم اشاره می‌کنند.

مقوله محوری: پدیده مد نظر باید محوریت داشته باشد، یعنی همه مقوله‌های اصلی دیگر بتوانند به آن ربط داده شوند و به

جدول ۴. مقوله‌ها و مفاهیم مرتبط با پدیده محوری

مقوله کلی	مقوله فرعی
ناکارآمدی سیستم مدیریت ریسک و کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی	<ul style="list-style-type: none"> • عدم توانایی بیمارستان در شناسایی • ارزیابی و کاهش ریسک‌های مالی و عملیاتی • ضعف در اجرای کنترل‌های داخلی برای جلوگیری از اتلاف منابع و فساد

راهبرد ها: طرح ها و کنش هایی هستند که خروجی مقوله

محوری مدل بوده و به پیامد ها ختم می شوند

جدول (۵) - مقوله ها و مفاهیم مرتبط با راهبرد ها

مقوله کلی	مقوله فرعی
راهبردهای پیشگیرانه	<ul style="list-style-type: none"> طراحی چک لیست های کنترل داخلی پیش از خرید تنوع بخشی به تأمین کنندگان برای کاهش ریسک وابستگی آموزش مستمر کارکنان در زمینه اخلاق حرفه ای و قوانین خرید ایجاد سیستم های هشدار سریع برای کمبود دارو تقویت نقش حسابرسی داخلی به عنوان شریک استراتژیک
راهبردهای نظارتی و کنترلی	<ul style="list-style-type: none"> پیاده سازی سیستم های ردیابی هوشمند دارو شفاف سازی فرآیندهای مناقصه و انتخاب تأمین کننده نظارت مستمر بر انبارگردانی و مصرف
راهبردهای واکنشی و جبرانی	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد صندوق های ذخیره اضطراری برای نوسانات ارزی بازنگری دوره ای در فرآیندهای موجودی دهی مذاکره مجدد با بیمه ها برای به روزرسانی تعرفه ها

پیامد: همان بروندها یا نتایج کنش ها و واکنش ها هستند.

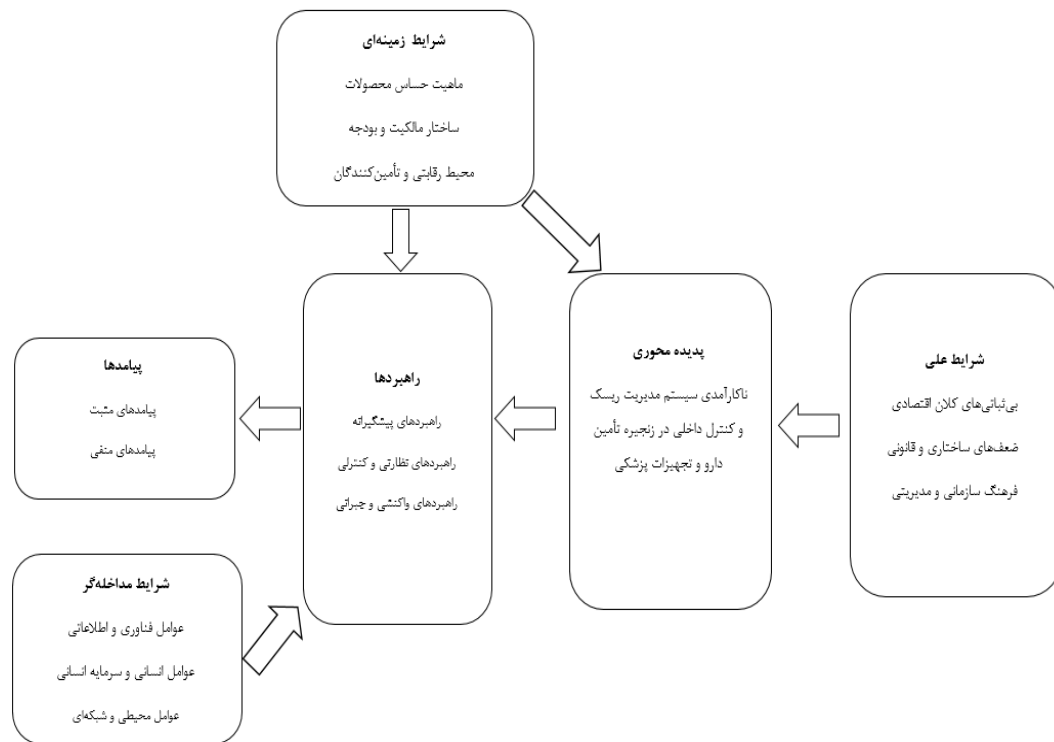
جدول ۶: مقوله ها و مفاهیم مرتبط با پیامد ها

مقوله کلی	مقوله فرعی
پیامدهای مثبت	<ul style="list-style-type: none"> کاهش هزینه های عملیاتی و مالی افزایش شفافیت و کاهش ریسک فساد اطمینان از موجودی داروهای حیاتی و تجهیزات <ul style="list-style-type: none"> بهبود پایداری مالی بیمارستان
پیامدهای منفی	<ul style="list-style-type: none"> افزایش رضایت بیماران و کیفیت خدمات درمانی کمبود دارو و اختلال در خدمات درمانی انباشت بدهی به تأمین کنندگان و بحران نقدینگی فروسخی و فساد داروها به دلیل انبارداری نامناسب کاهش رضایت بیماران و آسیب به شهرت بیمارستان تهدید پایداری و بقای بیمارستان

۶- کد گذاری انتخابی

کد گذاری انتخابی نتایج گام‌های قبلی کد گذاری را به کار برده، مقوله‌های اصلی را انتخاب می‌کند، آن را به شکل نظام‌مند به سایر مقوله‌ها ارتباط می‌دهد، ارتباطات را اعتبار می‌بخشد و مقوله‌هایی را که نیاز به بست و توسعه بیشتری دارند را توسعه می‌دهد. مدل پارادایمی این تحقیق بر اساس الگوی پارادایمی استراوس و کورین طراحی شد.

همچنین بر مبنای استراتژی نظریه داده بنیاد، بعد از این مرحله فرایند کد گذاری محوری و انتخابی برای دستیابی به ابعاد و مقوله‌های کلیدی و اساسی پژوهش و استخراج مدل مفهومی پژوهش انجام شد. از ترکیب نکات کلیدی و کدهای استخراج شده، در مجموع ۱۲۸ مفهوم اساسی استخراج شد.



شکل ۱ - مدل پارادایمی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل ریسک‌های مالی و راهکارهای کنترل داخلی در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی در نظام سلامت انجام شد. با توجه به حساسیت بالای محصولات دارویی، نوسانات شدید اقتصادی و چالش‌های ساختاری حاکم بر نظام سلامت کشور، شناسایی عوامل مؤثر بر ناکارآمدی سیستم‌های موجود و ارائه راهکارهای بومی و کاربردی از ضروریات این پژوهش بود. در این فصل به تفسیر یافته‌های حاصل از تحلیل کیفی (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) پرداخته می‌شود. در نهایت، نتیجه‌گیری کلی، محدودیت‌های پژوهش و پیشنهادات کاربردی برای مدیران، سیاست‌گذاران و پژوهشگران آینده ارائه خواهد شد.

تبیین شرایط علی و ریشه‌های ناکارآمدی

یافته‌های بخش کیفی پژوهش نشان داد که «بی‌ثباتی‌های کلان اقتصادی» و «ضعف‌های ساختاری و قانونی» به عنوان مهم‌ترین

شرایط علی، موتور محرک اصلی ناکارآمدی در مدیریت ریسک و کنترل داخلی هستند. این یافته با مطالعات پیشین همسو است. برای مثال، (۱) نشان داد که نوسانات نرخ ارز مستقیماً بر توانایی بیمارستان‌ها در پیش‌بینی هزینه‌ها و مدیریت موجودی تأثیر منفی می‌گذارد. در پژوهش حاضر، کدهای استخراج شده مانند «نوسانات شدید نرخ ارز»، «تورم بالا» و «تحریم‌های بین‌المللی» تأیید می‌کنند که فشارهای خارجی و کلان، کنترل داخلی را در سطح عملیاتی دشوار می‌سازند.

علاوه بر این، کدگذاری‌ها نشان داد که «قوانین دست‌وپاگیر خرید دولتی» و «تأخیر در پرداخت‌های بیمه‌ای» از موانع جدی داخلی هستند. این موضوع با نظریه «نظریه ذینفعان» (۱۰) همخوانی دارد که بر تأثیر متقابل محیط خارجی و داخلی بر عملکرد سازمان تأکید می‌کند. وقتی بیمارستان با تأخیر در دریافت مطالبات خود مواجه است، نقدینگی لازم برای خرید به‌موقع دارو را از دست می‌دهد و این امر چرخه معیوبی از کمبود

۳. فرهنگ سازمانی: ایجاد فرهنگی مبتنی بر شفافیت، پاسخگویی و یادگیری سازمانی.

در نهایت، این پژوهش اثبات می‌کند که مدیریت ریسک و کنترل داخلی، ستون فقرات پایداری مالی و کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی است. بدون توجه به این دو رکن، بیمارستان‌ها در برابر شوک‌های اقتصادی و نوسانات بازار آسیب‌پذیر خواهند بود و کیفیت خدمات درمانی بیماران به خطر می‌افتد.

پیشنهادات کاربردی

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادات زیر برای مدیران بیمارستان‌های دولتی، سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و نهادهای نظارتی ارائه می‌شود:

پیشنهادات برای مدیران بیمارستان‌های دولتی

۱. توسعه سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه: مدیران باید بودجه‌ای مشخص برای ارتقای سیستم‌های ERP و پیاده‌سازی ماژول‌های مدیریت زنجیره تأمین اختصاص دهند. این سیستم‌ها باید قابلیت ردیابی دارو از لحظه ورود تا مصرف نهایی را داشته باشند.

۲. تقویت واحد حسابرسی داخلی: واحد حسابرسی داخلی باید از نقش سنتی «بازرس مالی» خارج شده و به یک «مشاور استراتژیک» در فرآیندهای خرید و تدارکات تبدیل شود. استقلال این واحد باید تضمین شود.

۳. تنوع‌بخشی به تأمین‌کنندگان: برای کاهش ریسک وابستگی به یک منبع خاص، مدیران باید با شناسایی و ارزیابی تأمین‌کنندگان جدید (داخلی و خارجی)، سبد تأمین را متنوع کنند.

۴. آموزش مستمر کارکنان: برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی برای کارکنان تدارکات و مالی در زمینه‌های مدیریت ریسک، اخلاق حرفه‌ای، قوانین جدید خرید و تکنیک‌های مذاکره ضروری است.

۵. ایجاد صندوق‌های ذخیره اضطراری: با توجه به نوسانات ارزی، بیمارستان‌ها باید مکانیزم‌هایی برای ذخیره‌سازی منابع مالی یا پوشش ریسک ارزی برای خریدهای عمده ایجاد کنند.

پیشنهادات برای سیاست‌گذاران (وزارت بهداشت و سازمان بیمه‌ها)

دارو و جریمه‌های تأخیر را ایجاد می‌کند. بنابراین، ریشه ناکارآمدی تنها در ضعف‌های داخلی بیمارستان نیست، بلکه در تعامل پیچیده فشارهای کلان اقتصادی با ساختار ناکارآمد اداری نهفته است.

نقش شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر

یکی از نوآوری‌های این پژوهش، توجه ویژه به «شرایط زمینه‌ای» و «شرایط مداخله‌گر» است. یافته‌ها نشان داد که ماهیت حساس داروها (تاریخ انقضای کوتاه، نیاز به زنجیره سرد) به عنوان یک شرایط زمینه‌ای، حساسیت سیستم را به شدت افزایش می‌دهد. این یافته با ادبیات مدیریت عملیات در صنایع دارویی (6) همخوانی است که بر اهمیت مدیریت ریسک در زنجیره تأمین کالاهای با چرخه عمر کوتاه تأکید دارند.

از سوی دیگر، شرایط مداخله‌گر شامل «سطح بلوغ فناوری»، «تخصص نیروی انسانی» و «حمایت مدیریت ارشد» نقش کلیدی در تعدیل رابطه بین شرایط علی و راهبردها ایفا می‌کنند.

راهبردهای پیشنهادی و پیامدها

در بخش راهبردها، سه دسته اقدام پیشگیرانه، نظارتی و واکنشی شناسایی شد. یافته‌ها نشان داد که تمرکز صرف بر راهبردهای واکنشی (مثل خرید اضطراری) کافی نیست و بیمارستان‌ها باید به سمت راهبردهای پیشگیرانه (مثل طراحی چک لیست‌های کنترل داخلی پیش از خرید) حرکت کنند. همچنین، تقویت نقش حسابرسی داخلی به عنوان یک «شریک استراتژیک» نه تنها یک واحد نظارتی، در کاهش فساد و افزایش شفافیت مؤثر بود.

نتیجه‌گیری کلی نشان می‌دهد؛ مدل استخراج‌شده نشان می‌دهد که برای غلبه بر این ناکارآمدی، بیمارستان‌ها نمی‌توانند صرفاً به روش‌های سنتی تکیه کنند. آن‌ها نیازمند گذار از یک رویکرد واکنشی و بوروکراتیک به یک رویکرد پیشگیرانه، هوشمند و مبتنی بر داده هستند. کلید موفقیت در این مسیر، سرمایه‌گذاری همزمان در سه حوزه است:

۱. زیرساخت‌های فناوری: پیاده‌سازی سیستم‌های یکپارچه برای شفافیت و ردیابی.

۲. سرمایه انسانی: ارتقای سطح دانش و مهارت‌های مدیران و کارشناسان تدارکات در زمینه مدیریت ریسک.

۲. استفاده از روش‌های کمی پیشرفته: استفاده از روش‌هایی مانند «شبکه‌های عصبی مصنوعی» یا «مدل‌سازی پویایی سیستم» برای پیش‌بینی دقیق‌تر ریسک‌ها در زنجیره تأمین دارو پیشنهاد می‌شود.

۳. بررسی نقش هوش مصنوعی: پژوهش‌هایی که بر نقش هوش مصنوعی و یادگیری ماشین در پیش‌بینی تقاضا و بهینه‌سازی موجودی دارو تمرکز دارند، می‌توانند غنای این حوزه را افزایش دهند.

۴. مطالعه در سطح ملی: انجام پژوهش‌های کلان در سطح کشور برای سنجش میزان پایداری زنجیره تأمین دارو در شرایط بحران (مانند همه‌گیری‌ها) ضروری است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام افرادی که در انجام مصاحبه کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.

۱. اصلاح قوانین خرید دولتی: نهادهای بالادستی باید فرآیندهای خرید را ساده‌تر، شفاف‌تر و سریع‌تر کنند. حذف بوروکراسی‌های غیرضروری می‌تواند به بیمارستان‌ها اجازه دهد تا واکنش سریع‌تری به بحران‌ها داشته باشند.

۲. تسریع در پرداخت‌های بیمه‌ای: سازمان‌های بیمه‌گر باید تعهدات مالی خود را به سرعت به بیمارستان‌ها پرداخت کنند تا نقدینگی بیمارستان‌ها تأمین شود. ایجاد سیستم‌های پرداخت الکترونیکی و خودکار می‌تواند این فرآیند را تسریع کند.

۳. حمایت از تولید داخلی: سیاست‌گذاران باید با ارائه مشوق‌های مالیاتی و تسهیلات ارزی، تولید داخلی دارو و تجهیزات پزشکی را تقویت کنند تا وابستگی به واردات کاهش یابد.

۴. شفافیت در تعرفه‌گذاری: تعرفه‌های خدمات درمانی باید به صورت دوره‌ای و بر اساس هزینه‌های واقعی بازنگری شوند تا شکاف بین درآمد و هزینه بیمارستان‌ها پر شود.

پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده

۱. بررسی مقایسه‌ای: پژوهش‌های آینده می‌توانند این مدل را در بیمارستان‌های خصوصی یا دانشگاهی نیز آزمون کنند تا تفاوت‌های ساختاری بین این دو نوع بیمارستان بررسی شود.

References

- Ahmadi, M., and Rezaei, S. (1400). Investigating the effect of currency fluctuations on drug inventory management in government hospitals. *Quarterly Journal of Hospital Management*, 12(3), 45-60
- Al-Hazmi, A. S., & Al-Hazmi, A. S. (2018). Internal control and fraud prevention in healthcare organizations: A conceptual framework. *Journal of Financial Crime*, 25(3), 789-805.
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2019). *Management control systems* (15th ed.). McGraw-Hill Education.
- Bhamra, T., Burnard, K., & Baskerville, K. (2011). Resilience in the supply chain: A review. *International Journal of Production Economics*, 131(2), 329-341.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Chopra, S., & Meindl, P. (2016). *Supply chain management: Strategy, planning, and operation* (6th ed.). Pearson Education.
- Christopher, M., & Peck, H. (2006). Building the resilient supply chain. *International Journal of Logistics Management*, 15(2), 1-14.
- COSO. (2013). *Internal control – Integrated framework*. Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Pitman.
- Horngren, C. T., Datar, S. M., & Rajan, M. V. (2021). *Cost accounting: A managerial emphasis* (17th ed.). Pearson.
- II A. (2017). *International professional practices framework*. The Institute of Internal Auditors.
- Khanjani, M., Ahmadi, K., & Mohammadi, M. (2018). Challenges of accounting in Iranian hospitals: A qualitative study. *Journal of Accounting and Financial Management*, 4(2), 45-60. ۲۴. Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Harvard Business Review Press.

14. Mohammadi, M., & Ahmadi, K. (2019). The impact of organizational culture on internal control effectiveness in Iranian public hospitals. *Iranian Journal of Accounting and Auditing*, 12(3), 112-130.
15. Power, M. (2018). *The audit society: Rituals of verification* (2nd ed.). Oxford University Press.
16. Razavi, S. M., Hosseini, S. M., & Mirzaei, A. (2020). Financial risk management in healthcare sector: Challenges and strategies in Iran. *Health Policy and Planning*, 35(5), 678-689.
17. Simchi-Levi, D., Kaminsky, P., & Simchi-Levi, E. (2021). *Designing and managing the supply chain: Concepts, strategies, and case studies* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
18. Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509-533.
19. Zhu, Q., Sarkis, J., & Lai, K. H. (2020). Green supply chain management: Pressures, practices and performance within the Chinese automobile industry. *Journal of Cleaner Production*, 164, 119-128.

Original Article

Analysis of financial risks and internal control solutions in the supply chain of medicines and medical equipment in the health system: A qualitative study

Received: 08/03/2025 - Accepted: 17/04/2025

Elena Hosseinpour^{1*}

¹Master's Student, Department of Accounting, Faculty of Management, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Elenahosseinpour05@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of analyzing financial risks and internal control strategies in the supply chain of medicines and medical equipment in the health system in public hospitals of Iran.

Methods: In this study, the researcher used a qualitative approach and a data-driven method. For this purpose, the statistical population consisted of fifteen experts and specialists in the fields of hospital management, procurement, finance, and internal auditing, who were selected through purposive sampling until theoretical saturation was reached. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed using open, axial, and selective coding.

Results: The researcher conducted fifteen interviews until theoretical saturation and finally extracted 128 open codes, and analyzed them based on the perspective of Strauss and Corbin, and presented the results in the form of six main dimensions and forty-eight sub-dimensions; also, inefficiency in managing the risk of the supply chain of medicines is the result of the complex interaction of macroeconomic pressures with internal structural weaknesses.

Conclusion: It can be said that investing in technological infrastructure, improving human capital, and strengthening a culture of transparency can reduce this inefficiency by activating management strategies and lead to organizational sustainability. Therefore, the transition from traditional and reactive approaches to preventive and intelligent approaches is the key to the success of public hospitals in managing supply chain crises.

Keywords: Risk Management, Internal Control, Pharmaceutical Supply Chain, Public Hospitals.