Volume 24, Issue 2 (March- April 2025)

**PAYESH**

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

# Explanation of the problems of the health sector budgeting process in the Islamic Republic of Iran

Mostsfa Samiee Nasab[1], Elyas Hadian Shiva[2*], Mohammad Azadi Ahmadabadi [2]

1. Department of Political Economics, Faculty of Economics, Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran
2. Rushd Center of Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran

Received: 16 June 2024
Accepted for publication: 20 January 2024
[EPub a head of print-9 April 2025]
Payesh: 2025; 24(2): 185- 199

## Abstract

**Objective(s):** Considering that the government directly provides a significant part of the health system's resources and provides a significant part of the health goods and services, and is indirectly the channelizer of the private sector and its resources, one of the ways to improve the health system is to reform the health budgeting process. The budgeting process consists of four stages of formulation, approval, implementation and monitoring, which are discussed in this article.

**Methods:** In this descriptive study, after reviewing the existing literature, data were obtained through 11 semi-structured interviews with health system experts. The interviews were transcribed entered into MaxQuda software. Thematic approach was used to analyze the data.

**Results:** 400 codes were identified, and after several stages of screening, 310 codes remained. Health budget formulation issues were categorized into 18 themes. The most important issues in the compilation section were in terms of the number of repetitions of the codes related to the organizing themes of "budget amount and distribution", "policies and priorities", "program organization" and "systems and transparency."

**Conclusion:** Part of health budget formulation issues, such as the instability of resources and low incomes, are rooted in the macroeconomic situation of the country, which is out of the health system's control. Regardless of the amount of the health budget and its distribution method, the lack of a macro strategy and the lack of connection between the budget and the upstream documents and development plans, the inefficiency of the program organization structure, and the lack of information and registration systems are some of the most important issues that have affected the budget formulation process.

**Keywords:** Health budget, health economics, budget formulation, health financing

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

* Corresponding author: Rushd Center of Imam Sadiq (PBUH) University, Tehran, Iran
E-mail: elyashadian816@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

# تبیین مسائل فرآیند تدوین بودجه بخش سلامت در جمهوری اسلامی ایران

**مصطفی سمیعی نسب[۱]، الیاس هادیان شیوا [۲]، محمد آزادی احمدآبادی [۲]**

۱. گروه اقتصاد سیاسی، دانشکده معارف اسلامی و اقتصاد دانشگاه امام صادق (ع)، تهران، ایران
۲. مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۱۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ فروردین ۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۱۹۹- ۱۸۵ :(۲)۲۴؛ ۱۴۰۴

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به آن‌که دولت بصورت مستقیم بخش قابل توجهی از منابع نظام سلامت را فراهم کرده و بخش قابل توجهی از کالا و خدمات سلامت را ارائه می‌کند و به‌صورت غیرمستقیم تنظیم‌گر بخش خصوصی و منابع آن است، یکی از راه‌های بهبود نظام سلامت، اصلاح فرآیند بودجه‌ریزی سلامت است. فرآیند بودجه‌ریزی از چهار مرحله‌ی تدوین، تصویب، اجرا و نظارت تشکیل می‌شود که در این مطالعه به مسئله‌شناسی بخش تدوین پرداخته شده‌است.

**مواد و روش کار:** در این مطالعه توصیفی، پس از مرور ادبیات موجود، داده‌ها از طریق ۱۱ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با خبرگان نظام سلامت گروآوری شد. مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و وارد نرم‌افزار مکس‌کیودا (MAXQDA) شد. در ادامه به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شد.

**یافته‌ها:** در ابتدا ۴۰۰ کد شناسایی شد که پس از چند مرحله غربال ۳۱۰ کد باقی ماند. مسائل تدوین بودجه سلامت در ۱۸ مضمون سازمان‌دهنده دسته‌بندی شدند. مهم‌ترین مسائل بخش تدوین از لحاظ تعداد تکرار کدهای مربوط به مضامین سازمان‌دهنده «مقدار بودجه و توزیع»، «سیاست‌ها و اولویت‌ها»، «سازمان برنامه» و «سامانه‌ها و شفافیت» بود.

**نتیجه‌گیری:** بخشی از مسائل تدوین بودجه سلامت مانند ناپایداری منابع و درآمدهای پایین، ریشه در اوضاع کلان اقتصادی کشور دارد که خارج از نظام سلامت است و بخشی دیگر، صرف‌نظر از اصلاحات نظامات بالادستی، درون فرآیند تدوین بودجه سلامت وجود دارد. میزان بودجه سلامت و نحوه توزیع آن، فقدان راهبرد کلان و عدم ارتباط بودجه با اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه، عدم کارایی ساختار سازمان برنامه و نبود سامانه‌های اطلاعاتی و ثبتی از مهم‌ترین مسائلی هستند که فرآیند تدوین بودجه را متأثر نموده‌اند.

**کلیدواژه‌ها:** بودجه سلامت، اقتصاد سلامت، تدوین بودجه، تأمین مالی سلامت

**کد اخلاق:** IR.MEDILAM.REC.1398.182

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه امام صادق، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام
E-mail: elyashadian816@gmail.com



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

## مقدمه

دولت‌ها برای ارتقای سلامت جوامع خود باید سیستم‌های بهداشتی قدرتمندی داشته باشند که یکی از مهم‌ترین جنبه‌ها، تأمین مالی آن است [۱]. تأمین مالی کافی و پایدار نظام سلامت برای بهبود سلامت جامعه و دستیابی به اهداف توسعه هزاره ضروری است. سازمان بهداشت جهانی (WHO) سازوکار و توصیه‌هایی در جهت بهبود تأمین مالی نظام سلامت را در نظر گرفته و بر آن تأکید کرده‌است و در سال ۲۰۱۰ کشورها را تشویق کرد تا از هزینه‌های کافی در بخش سلامت و بهبود کارایی هزینه‌ها برای دسترسی به پوشش همگانی سلامت اطمینان حاصل کنند [۲]. براساس داده‌های حساب‌های ملی سلامت، منابع مالی هزینه‌های سلامت کشور از راه‌های متنوعی تأمین می‌شود که از جمله آن‌ها می‌توان به پرداخت مستقیم مصرف‌کنندگان (پرداخت از جیب)، بیمه‌های اجتماعی و خصوصی، درآمدهای عمومی دولت و... اشاره کرد[۳]. به صورت کلی طبق داده‌های حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۹۸، ٪۴۷,۶ از تأمین مالی نظام سلامت توسط وجوه عمومی انجام شده‌است [۴]. از آنجا که بخش قابل توجهی از منابع و ارائه خدمات و تولید کالاها در بخش دولتی قرار دارد و از طرفی دولت نقش قانون‌گذاری را ایفا می‌کند، ضرورت دارد تا کارایی و اثربخشی نقش دولت مورد توجه قرار گیرد تا به مسائل نظام سلامت رفع و نیازهای جمعیت پاسخ داده شود. در همین راستا یکی از گلوگاه‌هایی که با اصلاح آن می‌توان امید به حل مسائل نظام سلامت داشت، فرآیند بودجه‌ریزی است. در کتابی که بانک جهانی در سال ۲۰۰۷ منتشر ساخت، فرآیند بودجه از چهار مرحله تشکیل شده که هر مرحله شامل قوانین، نهادها و بازیگران مخصوص خود است. مرحله اول یعنی فرآیند تهیه و تنظیم یا همان برنامه‌ریزی اجرایی است که شامل آماده‌سازی بودجه در یک فرآیند رفت و برگشتی بین سازمان برنامه‌وبودجه و دستگاه‌های مرتبط هست. مرحله‌ی دوم یعنی تصویب یا پذیرش قانون بودجه است که شامل اصلاحات و تائید نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی است. مرحله سوم یا اجرا شامل مرحله‌ای است که مجریان مربوط در یک سال مالی، در چارچوب قانون بودجه به انجام وظایف خود مشغول می‌شوند. در نهایت مرحله چهارم یا مرحله نظارت است که در این مرحله بررسی می‌شود که آیا اجرا با قانون بودجه مطابقت داشته است یا خیر [۵]. در مرحله‌ی تدوین بودجه سلامت، سیاست‌ها و برنامه‌ها تدوین و برنامه‌ی یک سال کشور طراحی می‌شود. همچنین بسیاری از مسائل کل فرآیند بودجه‌ریزی ریشه در بخش تدوین دارند که موضوع پژوهش حاضر است.

مدیریت نظام سلامت در دو دهه اخیر به گونه‌ای بوده است که از سال ۱۳۸۱ تاکنون طبق اطلاعات حساب‌های ملی سلامت، هیچ‌گاه بیشتر از ۷ درصد منابع نظام سلامت، صرف بهداشت عمومی و پیشگیری نشده است. این عدد خود نشانه‌ی رویکرد درمان‌محور بوده که مخالف بند دو سیاست‌های کلی سلامت است. از طرف دیگر، تمرکز نظام سلامت در مسائل روزمره و عدم دیدگاه بلندمدت باعث شده است که در سال ۱۳۹۶ بیش از ۹۴ درصد منابع نظام سلامت صرف هزینه‌های جاری شود که این آمار در سال‌های قبل و بعد هم تفاوت چندانی نداشته است [۴]. عدم سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و عدم پیش‌بینی بحران‌های آتی همچون سالمندی جمعیت، کشور را با چالش‌هایی مواجه خواهد ساخت که هیچ تضمینی مبنی بر فائق آمدن بر این مسائل وجود ندارد. در چنین شرایطی که هزینه‌های نظام سلامت در ایران و عموم کشورهای جهان سیر صعودی داشته و دارد و سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی به بیش از ۱۰ درصد، از بودجه بخش عمومی دولت به ۱۶ درصد و از سبد هزینه خانوار به بیش از ۱۰ درصد رسیده است، لزوم توجه به این حوزه و اصلاحات مقتضی، ضروری می‌نماید[۶].

با توجه به آمار ارائه‌شده مسائلی در نظام سلامت وجود دارد که تحقق سلامت همه‌ی افراد را دچار مخاطره کرده است. بخش قابل توجهی از این ناکارآمدی ناظر به بخش دولتی است. مهم‌ترین ابزار دولت به منظور اصلاح وضع موجود، بودجه است و یکی از مراحل فرآیند بودجه مرحله‌ی تدوین آن است. لذا در این پژوهش شناسایی مسائل بخش تدوین بودجه سلامت مورد توجه بوده است. همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شد، هیچ مطالعه‌ای تاکنون در قلمرو مکانی کشور ایران و به صورت تفصیلی، مسائل بخش تدوین بودجه‌ریزی نظام سلامت را مورد بررسی قرار نداده است. لذا مهم‌ترین تمایز را می‌توان تمرکز بر تدوین بودجه‌ریزی نظام سلامت دانست. هدف پژوهش حاضر شناسایی مسائل بخش تدوین در فرآیند بودجه‌ریزی سلامت در ایران است. با این کار گام مهمی در اصلاحات بودجه‌ریزی سلامت و به تبع آن نظام سلامت برداشته خواهد شد.

## مواد و روش کار

با توجه به کمبود ادبیات نظری در مورد تدوین بودجه سلامت، از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته به عنوان روش گردآوری داده‌ها استفاده



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

شده‌است. خبرگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند و به روش گلوله برفی انتخاب شده و فرآیند مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها، پس از پیاده‌سازی با استفاده از نرم‌افزار مکس‌کیودا، کدگذاری و تحلیل شد. با توجه به اینکه نظریه‌ای از پیش انتخاب نشده بود، فرآیند کدگذاری و تحلیل مضمون به روش استقرایی صورت گرفته‌است. سوابق مصاحبه شوندگان در جدول ۲ آمده است. پژوهش در بازه زمانی شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ و شش‌ماهه اول سال ۱۴۰۲ انجام شده‌است. همچنین قلمرو پژوهش با توجه به عنوان و موضوع، صرفا مسائل بخش تدوین بودجه‌ریزی نظام سلامت است.

**یافته ها**

۳۱۱ کد مربوط به بخش تدوین با چندین مرحله تجزیه‌وتحلیل درنهایت ذیل مضامین سازمان‌دهنده دسته‌بندی شدند. فراوانی هر یک از این مضامین در نمودار ۱ آمده است.

ذیل هر یک از مضامین سازمان‌دهنده، مضامین پایه قرار دارند که در نمودار شماه ۱، تمامی مضامین پایه قرار دارند. در برخی موارد به دلیل گستردگی مطالب ذیل مضامین سازمان‌دهنده، مضامین پایه تا سه سطح ادامه یافتند.

با توجه به تعداد بالای مضامین در شکل ۱ تصویری از چارچوب و ساختار مضامین ارائه می‌شود و جداول تفصیلی در پیوست ارائه شده است. برخی مضامین از جهت موضوع به یکدیگر مرتبط بودند و آن‌ها ذیل عناوینی دسته‌بندی شدند. در ادامه هر یک از آن عناوین توضیح داده می‌شود تا منظور از هر یک مشخص شود.

مقدار بودجه و توزیع آن: هر کدی که به‌نوعی به میزان بودجه بخش سلامت و کمبود آن و همچنین به نحوه توزیع اعتبارات بخش سلامت اشاره داشته‌است در این بخش گنجانده شد.

۱۷ کد ذیل مضمون پایه درمان‌محور قرار گرفتند. کدهای این بخش به این موضوع مرتبط بودند که فرآیند تدوین بودجه توجه زیادی به درمان دارد و از بخش‌های دیگر غفلت شده‌است. همچنین بخشی از منابع که برای بهداشت در نظر گرفته می‌شود، پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه امروز ایران نیست.

بودجه امر سلامت و زیر بخش‌های آن ازجمله درمان، بهداشت، آموزش و تحقیق و توسعه و همچنین بودجه جاری و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای کافی نیست و باید بیشتر شود. همچنین از جهات مختلف بودجه دارای توازن نیست و معیار و شاخصی برای توازن در توزیع منابع وجود ندارد. به دلایل مختلف و در طی سالیان گذشته از اعتبارات بودجه تملک دارایی‌های سرمایه‌ای کاسته و به اعتبارات جاری افزوده شده‌است. بسیاری از دستگاه‌ها عمده منابعشان صرف حقوق و دستمزد می‌شود و عملاً قدرت عمل آن‌ها کم شده به طوری که باعث روزمرگی نظام سلامت و عدم توجه به آینده شده است. سیاست و اولویت: کدهای مربوط به اهداف بودجه سلامت، سیاست‌های حاکم بر آن، مباحث نیازسنجی و تعیین اولویت‌های بخش تدوین و همچنین ارتباط بودجه سلامت با اسناد بالادستی در این دسته قرار دارند.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد تدوین بودجه فاقد راهبرد کلان و بلندمدت است و با برنامه‌های توسعه پنج‌ساله و سایر اسناد بالادستی مثل سیاست‌های کلی سلامت ارتباط معناداری ندارد و بخشی از این مشکل به کیفیت پایین برنامه‌های توسعه پنج‌ساله کشور برمی‌گردد. همچنین تدوین دچار روزمرگی شده است و بررسی نیازهای اصلی نظام سلامت و جامعه مورد توجه قرار نمی‌گیرد. دقیقاً مشخص نیست هدف از اجرای یک سال بودجه چیست و به همین دلیل به اذعان خبرگان تدوین به‌صورت عددی انجام می‌شود و نه سیاستی؛ به این معنی که سیاست خاصی دنبال نمی‌شود. درنهایت وزیر بهداشت و وزارتخانه به بودجه سنواتی پایبند نیستند و برنامه‌های خارج از بودجه سنواتی در بسیاری از اوقات در طول سال اجرا می‌شود.

سازمان برنامه: با توجه به جایگاه مهم و کلیدی سازمان برنامه‌وبودجه کشور در فرآیند بودجه‌ریزی و به‌خصوص بخش تدوین، تعداد قابل‌توجهی کد به مسائل و مشکلات و نقش این سازمان مربوط است. به همین دلیل برای این سازمان یک دسته‌بندی خاص در نظر گرفته شد.

ازنظر خبرگان سازمان برنامه باید نقش رهبری، مدیریت و هماهنگی بین دستگاه‌ها را ایفا کند تا درنهایت نقطه اثر تلاش همه‌ی دستگاه‌ها منجر به پیشرفت کشور و نظام سلامت شود. همچنین سازمان برنامه است که تعیین می‌کند کدام دستگاه و برنامه به چه میزان اعتبارات دریافت کند و از این جهت قدرت آن از سایر دستگاه‌ها بیشتر است؛ اما هم‌اکنون سازمان در ایفای نقش‌های فوق آن‌طور که شایسته است عمل نمی‌کند. خبرگان اذعان داشتند یکی از نقاط اولیه که می‌تواند در جهت اصلاح موردتوجه قرار گیرد، سازمان برنامه‌وبودجه کشور است.

سازمان فعالیت‌های خود را مکانیزه نکرده است و کارها به‌صورت سنتی و دستی انجام می‌شود و وقت و انرژی کارکنان و کارشناسان



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

به انجام کارهایی صرف می‌شود که می‌شود آن‌ها را مکانیزه انجام داد. از سویی دیگر، یک مشکل ماهوی در ارتباط دستگاه‌ها و سازمان وجود دارد که دستگاه‌ها سعی می‌کنند در برآورد منابع و هزینه‌های خود بیش‌برآوردی کنند و سازمان سعی می‌کند از منابع و هزینه‌های دستگاه‌ها بکاهد تا دولت درنهایت دچار کسری منابع نشود و بودجه تراز باشد. این مهم در شرایطی که سنجه‌های کارایی در جهت تخصیص منابع وجود ندارند خود را بیشتر نشان می‌دهد.

همچنین این سازمان در مواردی باید بررسی کند که میزان پیشرفت یک پروژه عمرانی در سال گذشته چه حدی بوده است تا در تدوین بودجه سال جدید هم برای آن پروژه اعتبار در نظر بگیرد. در این زمینه تخلفاتی صورت می‌گیرد و گاهی گزارش‌های خلاف واقع دریافت می‌شود. با وجود این، سازمان برنامه به‌منظور تنبیه متخلفان اهرم فشار قابل قبولی ندارد. همچنین اگر دستگاهی در انجام تکالیف خود کوتاهی کند، سازمان برای سال بعد نمی‌تواند از اعتبارات آن بکاهد چراکه قسمت عمده هزینه‌های برخی دستگاه‌ها صرف حقوق و دستمزد می‌شود و این مورد قابل کاهش نیست.

به‌صورت کلی سازمان از وضعیت فعلی دستگاه‌ها عقب‌تر است و نتوانسته خود را به تطبیق مناسبی از جهات مختلف نظیر فرآیندها، نظارت بر دستگاه‌ها و تدوین بودجه برساند. خبرگان اعتقاد داشتند ساختار سازمان به‌صورت کلی کارایی لازم را ندارد. نه دستگاه‌ها و نه سازمان برنامه برای توزیع منابع بین دستگاه‌ها و برنامه‌های مختلف، مبنایی ندارد و شاخصی به این منظور طراحی نشده است.

سامانه‌ها و شفافیت: در این دسته‌بندی مسائلی همچون فقدان سامانه‌های مناسب و عدم ارتباط آن‌ها و همچنین مسائل مربوط به عدم شفافیت فرآیند تدوین گنجانده شده‌است.

در نظام سلامت سامانه‌هایی که اطلاعاتی تولید کنند تا درنهایت مبنای برنامه‌ریزی و رصد قرار گیرند آن‌طور که باید وجود ندارند. سامانه‌های موجود هم به‌صورت جزیره‌ای کار می‌کنند و به یکدیگر متصل نشده‌اند تا حاصل آن جلوگیری از تخلفات و عدم کارایی‌های موجود بشود. مضاف بر آن سازمان برنامه که متولی تدوین بودجه سنواتی است، در مواردی به این سامانه‌ها دسترسی ندارد و دستگاه‌ها در صورت نیاز سازمان به آن خروجی می‌دهند؛ درحالی‌که سازمان به‌صورت خودکار باید بتواند به‌عنوان یک کاربر به اطلاعات دسترسی داشته باشد. نتیجه فقدان سامانه‌ها، فرآیندهای کاغذی و غیرشفاف است که به گفته خبرگان بسیاری از مدیران از شرایط موجود منتفع هستند و مورد پاسخگویی واقع نمی‌شوند، چراکه اطلاعات قابل استنادی برای بازخواست وجود ندارد.

مسئله‌ی دیگری که در این بخش وجود دارد آن است که ردیف‌های دستگاه‌ها و برنامه‌ها و به‌صورت کلی لایحه بودجه خیلی شلوغ و متراکم شده و این شلوغی بیش‌ازحد باعث نوعی سردرگمی شده‌است. البته این شلوغی حاصل این پیش‌فرض است که تمامی موارد و هزینه‌ها و برنامه‌ها با جزئیات در لایحه بیاید و حداقل اختیارات به مدیران دستگاه‌ها داده شود.

نوع بودجه‌ریزی کنونی: برآیند نظر خبرگان در این بخش آن است که روش بودجه‌ریزی نظام سلامت با بودجه‌ریزی عملیاتی فاصله زیادی دارد. همچنین برخی خبرگان اعتقاد داشتند بودجه‌ریزی فعلی نظام سلامت از نوع افزایشی است و صرفا اعداد سال قبل را با یک ضریب مشخصی افزایش می‌دهند.

برنامه: نهادهای مرتبط با تدوین بودجه دچار بی‌برنامگی و ضعف برنامه‌ریزی هستند. به همین دلیل این دسته به مسائلی مربوط می‌شود که به نحوی به موضوع برنامه‌ریزی اشاره دارند.

عمده دستگاه‌ها برای خود برنامه‌ی بلندمدتی ندارند و سازمان برنامه‌وبودجه نیز برای آن‌ها برنامه‌ای ندارد و برنامه‌هایی هم که گاهی ارائه می‌شود، کیفیت لازم را ندارد. در این شرایط گویی تخصیص بودجه عمدتاً جهت ابقای دستگاه‌ها و نه پیشبرد برنامه‌های خاص است و بستری فراهم می‌شود تا چانه‌زنی قوت گیرد.

هنگام تدوین برنامه، طراحان با یک بستر خالی و آماده روبرو نیستند و انبوهی از طرح‌های نیمه‌کاره قبلی وجود دارد که ناچار بخش قابل‌توجهی از منابع جدید باید صرف پیشبرد آن‌ها شود. این مهم برنامه‌ریزی بودجه‌ریزی بر مبنای صفر را دچار مشکل می‌کند. همچنین وقتی سقف بودجه پایین می‌آید، دستگاه ناچار است بعضی از برنامه‌های خود را حذف کند تا بتواند به سقف بودجه پایبند باشد. مدیریت و کار کارشناسی: یک از مسائل مطرح در بخش تدوین، کار کارشناسی است که باید ضرورت یا عدم ضرورت برنامه‌ها، نیازسنجی و نحوه اجرا و تدوین آن‌ها مشخص شود. به همین ترتیب مسائل نحوه تعامل مدیران بخش تدوین با کارشناسان و نحوه به‌کارگیری آن‌ها در این فرآیند و نوع مدیریت و فرآیند کارشناسی در این دسته قرار دارند.

در بخش تدوین بودجه به کار کارشناسی اهمیت داده نشده و به منطق اقتصادی در تصمیمات توجه نمی‌شود. به عنوان مثال در



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

منطقه‌ای بیمارستان ساخته می‌شود که می‌توان با ایجاد پایگاه اورژانس، مشکل آنجا را حل کرد و نیازی نیست بیمارستانی ساخته شود که بخش‌های مختلف آن ضریب اشغال تخت پایینی داشته باشد. مدیران نسبت به حوزه خود دانش کافی ندارند و همچنین در مهارت‌های مدیریتی اعم از تعامل با نیروی انسانی ضعف دارند. کارشناسان به‌درستی به خدمت گرفته نمی‌شوند و گاهی از آن‌ها سوءاستفاده می‌شود؛ بدین‌صورت که در جلسات مهمی که کارشناس می‌تواند به‌واسطه حضور در آن به سطح دانش و مهارت خود بیفزاید، اجازه ورود داده نمی‌شود. این در حالی است که زمانی که مدیران سازمان باید به‌نوعی نسبت به عملکرد خود پاسخگو باشند، در چنین شرایطی کارشناسان از طرف مدیران در جلسه حاضر می‌شوند.

همچنین دغدغه اصلاح در میان مدیران و کارشناسان پس از گذشت چند سال از شروع به کار کمرنگ می‌شود. برخی مدیران سازمان به‌جای آنکه جلوی تصمیمات غیر کارشناسی را بگیرند و متعهد باشند که وعده‌ها و برنامه‌های فراتر از ظرفیت کشور در بودجه گنجانده نشود، بیشتر دغدغه‌های شخصی اعم از حفظ جایگاه مدیریتی خود را دارند و سعی می‌کنند تصمیمی نگیرند که هزینه ایجاد کند. نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه: برخی از مسائل بخش تدوین مربوط به نیروی انسانی سازمان برنامه و نحوه مدیریت آن‌ها بود که به دلیل گستردگی مسائل و تعداد زیاد آن‌ها، در دسته مجزایی ارائه می‌شد. مسائلی همچون کیفیت و کمیت نیروی انسانی و نحوه به‌کارگیری آن‌ها در فرآیند تدوین بودجه جزو مسائل این بخش است. همان‌طور که در بخش‌های دیگر مطرح شد، ساختار و نحوه مدیریت سازمان برنامه دچار نقایصی است که درنهایت منجر به آن می‌شود تا نیروی انسانی و کارشناسان بار آن را به دوش بکشند و کارهایی که می‌شود مکانیزه و سیستمی انجام شود را باید کارشناس وقت بگذارد و دستی انجام دهد. وقتی‌که می‌شود برای کارهای مهم‌تر صرف شود. همچنین کارشناسان در این ساختار دچار رخوت شده‌اند. رخوت در نهادی که متولی برنامه و توسعه کشور است مشخص است چه زیان‌های جبران‌ناپذیری را به کشور وارد می‌آورد. همچنین تعداد نیروی انسانی سازمان برای انجام امور نظام سلامت و با این نحوه مدیریت کافی نیست. همین نیروهای موجود هم آموزش‌های لازم را پشت سر نمی‌گذارند. چانه‌زنی در تدوین: این محور که از جهتی علت بسیاری از مسائل است و نقش کلیدی دارد و از جهت دیگر معلول برخی مسائل به شمار می‌رود.

در فرآیند تدوین به‌جای کار کارشناسی روی برنامه‌ها و اینکه مشخص شود هر سازمان چقدر باید اعتبار داشته باشد، چانه‌زنی نقش مهمی دارد. بدین‌صورت که ذینفعان به مدیران و کارشناسان سازمان مراجعه نموده و درخواست می‌دهند یک ردیف یا برنامه وجود داشته‌باشد یا خیر و اینکه چقدر اعتبار دریافت کند. در این مسیر گاهی از اهرم‌های فشار و حتی تهدید و تطمیع هم استفاده می‌شود. الزامات بودجه عملیاتی: الزاماتی برای اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی وجود دارند و تا زمانی که فراهم نشوند، نمی‌توان بودجه‌ریزی عملیاتی را اجرا کرد. محاسبات قیمت تمام‌شده باید وجود داشته باشد تا مشخص شود به‌منظور اجرای یک برنامه یا ارائه‌ی یک خدمت چه میزان اعتبار لازم است. همچنین به تصریح خبرگان به‌صورت کلی دانش لازم در جهت بودجه‌ریزی عملیاتی در کشور وجود ندارد. بودجه عملیاتی الزامات دیگری لازم دارد ازجمله آنکه کارنامه مدیریتی وجود داشته باشد تا عملکرد مدیران ارزیابی شود. فرهنگ بودجه عملیاتی، حسابداری تعهدی و عزم مدیریتی ازجمله دیگر الزامات بودجه عملیاتی بود که چون وجود نداشت، حرکت به سمت بودجه عملیاتی نه‌تنها مشکلی را حل نکرد بلکه اوضاع را از قبل بدتر نمود. پاسخگویی و پیگیری: پاسخگویی و پیگیری در بخش تدوین نقش اساسی دارد. در مواردی سازمان و دستگاه‌ها باید پاسخگو باشند و در مواردی سازمان و دستگاه‌ها وظیفه دارند که پیگیر موضوعی باشند و مدیران را بازخواست کنند. این موارد به درستی انجام نمی‌شود و ابزارهای لازم جهت پاسخگویی و تنبیه وجود ندارد. شاخص‌های تخصیص: یکی از موضوعات کلیدی در فرآیند تدوین، شاخص است. فقدان شاخص‌های مناسب و در مواردی استفاده از شاخص‌های اشتباه و همچنین استفاده ابزاری از آن‌ها به منظور تخصیص بودجه، مسائلی را همچون هزینه‌زایی به بار آورده است. به عنوان مثال شاخص تعداد تخت بیمارستانی به عنوان یکی از شاخص‌های تخصیص بودجه درمانی لحاظ می‌شود. این موضوع باعث شده است که دانشگاه‌های علوم پزشکی در صدد افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی برآیند که خود مسائلی همچون درمان‌محوری را به بار آورده است. لذا انتخاب شاخص و نحوه استفاده از آن می‌تواند رفتار دستگاه‌ها را متأثر کند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

شرایط اقتصادی کشور: بخشی از مسائل تدوین به اوضاع اقتصادی کلان کشور مربوط است مانند ناپایداری منابع و درآمدهای پایین کشور، که در این دسته به آن‌ها پرداخت شده‌است.

درآمدهای کم کشور در سال‌های اخیر باعث شده تا از برخی هزینه‌ها اجتناب شود که اثر آن‌ها در بلندمدت نمایان خواهدشد. همچنین ناپایداری منابع باعث آن می‌شود که در بخش تدوین، طراحان اطمینان خاطری نسبت به تامین منابع نداشته باشند و این موضوع باعث کاهش کیفیت تدوین می‌شود.

بخش قابل‌توجهی از کالاها و تجهیزات مورداستفاده در نظام سلامت و ارائه‌کنندگان خدمات از خارج از کشور تهیه می‌شود. نوسانات ارزی و کاهش ارزش پول ملی باعث افزایش بخش هزینه‌ها شده که دستگاه‌ها را با کسری مواجه ساخته است.

بیش برآوردی و کم برآوردی: یکی از ارکان تدوین بودجه، برآورد منابع و هزینه‌ها است. بدون داشتن شاخص و هزینه تمام‌شده و ارائه‌ی هوشمند آن‌ها، دستگاه‌ها و سازمان دچار یک چانه‌زنی همیشگی هستند که خروجی آن چیزی جز بی‌عدالتی در توزیع و چانه‌زنی نیست. دستگاه‌ها همواره سعی دارند با چانه‌زنی، منابع و هزینه‌های خود را بیش برآوردی کنند و سازمان سعی دارد که از آن‌ها بدون داشتن مبنا و سنجه‌ی درست بکاهد.

فرآیندهای نمایشی و صوری: برخی فرآیندها و قوانین وجود دارد که به آن‌ها توجه نمی‌شود و در عمل اتفاق دیگری رخ می‌دهد. این موضوع باعث می‌شود به‌مرور اعتبار فرآیندها و قوانین از بین برود و نمایشی بودن برخی فرآیندها مسائل را پیچیده‌تر می‌کند.

عدم توجه به تبعات تدوین: فرآیند تدوین پایه‌ی اجرای یک سال مالی و در مواردی شروع‌کننده روندهایی برای سال‌های بعد است. گاهی به تبعات تصمیمات در بخش تدوین توجه نمی‌شود که به عقیده خبرگان این موضوع نظام سلامت را دچار مشکل می‌کند و در سال‌های آتی تبعات تصمیمات گذشته و حال نمایان خواهد شد. از این جمله می‌توان به تصمیماتی مثل صرف بودجه‌های عمرانی بدون توجه به هزینه‌های نگهداری آن‌ها -که موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود- اشاره کرد.

راستی آزمایی داده‌ها: داده‌هایی در فرآیند بودجه‌ریزی مبنای تدوین قرار می‌گیرند که در مواردی راستی آزمایی روی آن‌ها صورت نمی‌پذیرد. دریافت گزارش‌های نادرست یا غیردقیق از سوی دستگاه‌ها موجب می‌شود که ضرورت راستی آزمایی اثبات شود. در حال حاضر با توجه به اینکه سازوکارهای ثبت و بررسی داده‌ها دستی است -نه سامانه‌ای- امکان راستی آزمایی به‌شدت کاهش می‌یابد. عدم اطمینان از تخصیص: عدم اطمینان از تخصیص ضرباتی به تدوین بودجه و برنامه‌ریزی سال آتی وارد می‌آورد. طی سالیان دستگاه‌ها اطمینان خود را نسبت به تخصیص ازدست‌داده‌اند به همین دلیل به‌مرور نسبت به تدوین برنامه انگیزه‌های دستگاه کم شده‌است.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

**جدول ۱: تعیین و مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل**

| نویسنده (سال) | عنوان | مسائل و الزامات | قلمرو مکانی |
|---|---|---|---|
| [۷] | Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs | • همسویی منابع بودجه و اولویت‌های بهداشتی.<br>• از بین بردن شکاف بین تخصیص بودجه بهداشتی و هزینه.<br>• به حداکثر رساندن عملکرد با پول موجود | قاره آفریقا |
| [۸] | Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya—"never the twain shall meet" | • عدم شناخت مسئولان بودجه از بخش سلامت و گستردگی آن<br>• عدم شناخت ذی‌نفعان و روابط میان آن‌ها در تدوین | کنیا |
| [۹] | Strategizing national health in the 21st century: a handbook Chapter 8 Budgeting for health | • عدم نگاه بین‌بخشی و فرابخشی | - |
| [۱۰] | روش‌های تخصیص مبتنی بر نیاز منابع نظام سلامت و ارزیابی وضع موجود تخصیص منابع به استان‌های ایران | • تخصیص بر مبنای نیاز نیست | ایران |
| [۱۱] | طراحی مدل پیاده‌سازی بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد با رویکرد پویایی سیستم | • ظرفیت علمی و فنی کارکنان<br>• تمایل پرسنل به پیاده‌سازی<br>• تکنولوژی اطلاعات<br>• قوانین و مقررات پشتیبان<br>• تمایل قانون‌گذاران به پیاده‌سازی | ایران |
| [۱۲] | اصلاح ساختار بودجه از نگاه مرکز پژوهش‌های مجلس و نقش دولت و مجلس در اصلاحات | • تأمین منابع درآمدی پایدار برای بودجه عمومی<br>• مدیریت هزینه‌ها و مصارف عمومی<br>• اصلاح فرایندهای تهیه، تدوین، اجرا و نظارت بودجه<br>• اصلاح ساختار | ایران |
| [۱۳] | مسائل و مشکلات بودجه‌ریزی در ایران (خلاصه نظرات متصدیان فرایند بودجه) | • مشخص نبودن اهداف<br>• ضعف توان کارشناسی در سازمان برنامه‌وبودجه کشور<br>• مشخص نبودن خروجی‌ها<br>• عدم شفافیت و دقت پایین برآورد درآمدها و هزینه‌ها<br>• وجود تبصره‌های بسیار زیاد | ایران |
| [۱۴] | موانع استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | • سیستم اطلاعات مالی<br>• سیستم ارزیابی عملکرد<br>• ساختار سازمانی<br>• مدیریت مالی<br>• نیروی انسانی<br>• موانع قانونی | ایران |
| [۱۵] | بررسی و تحلیل بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در لوایح بودجه جمهوری اسلامی ایران در دوره بیست‌ساله ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۸ | • عدم برنامه‌ریزی و مکان‌یابی مناسب فضاهای فیزیکی و تجهیزات درمانی<br>• توسعه نیروی انسانی بدون نیازسنجی کافی<br>• ضریب پایین اشتغال تخت،کاهش بهره‌وری و عدم استفاده از نیمی از ظرفیت درمانی بستری | ایران |

**جدول ۲: سوابق مصاحبه‌شوندگان در پژوهش حاضر**

| ردیف | سوابق مصاحبه‌شونده | نماد تحلیل |
|---|---|---|
| ۱ | وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | P9 |
| ۲ | مدیر برنامه‌ریزی و بودجه دانشگاه علوم پزشکی، عضو هیئت‌علمی | P1 |
| ۳ | رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، عضو هیئت‌علمی | P8 |
| ۴ | مدیر گروه سلامت مرکز پژوهش‌های مجلس | P7 |
| ۵ | کارشناس سازمان برنامه‌وبودجه کشور | P4 |
| ۶ | کارشناس سازمان برنامه‌وبودجه کشور | |
| ۷ | عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی و مشاور رئیس دانشگاه | P2 |
| ۸ | کارشناس معاونت توسعه وزارت بهداشت | P3 |
| ۹ | کارشناس معاونت توسعه وزارت بهداشت | P6 |
| ۱۰ | کارشناس سازمان بازرسی | P5 |
| ۱۱ | عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی و متخصص اقتصاد سلامت | P10 |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

**جدول ۳: مضامین سازمان‌دهنده و پایه ذیل مضمون فراگیر «تدوین» (نتایج پژوهش)**

| مضمون سازمان‌دهنده | مضمون پایه (سطح اول) | مضمون پایه (سطح دوم) | مضمون پایه (سطح سوم) | فراوانی |
|---|---|---|---|---|
| مقدار بودجه و توزیع | درمان محوری | علت درمان محوری و کمبود منابع بهداشت | | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | درمان محوری | تغییر ماهیت بهداشت | | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | کافی نبودن بودجه سلامت | نبود معیار و مدل برای بودجه کافی | | ۳ |
| مقدار بودجه و توزیع | کافی نبودن بودجه سلامت | بودجه ناکافی | | ۱۲ |
| مقدار بودجه و توزیع | افزایش هزینه‌های جاری نسبت به سرمایه‌ای | روزمرگی و عدم تطبیق‌پذیری نظام سلامت با اوضاع اقتصادی | | ۲ |
| مقدار بودجه و توزیع | افزایش هزینه‌های جاری نسبت به سرمایه‌ای | روزمرگی و عدم تطبیق‌پذیری نظام سلامت با اوضاع اقتصادی | سهم زیاد جاری و نداشتن قدرت عمل | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | افزایش هزینه‌های جاری نسبت به سرمایه‌ای | روزمرگی و عدم تطبیق‌پذیری نظام سلامت با اوضاع اقتصادی | سهم زیاد جاری در دانشگاه‌ها علت عدم توجه به نیاز | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | افزایش هزینه‌های جاری نسبت به سرمایه‌ای | روزمرگی و عدم تطبیق‌پذیری نظام سلامت با اوضاع اقتصادی | منتهی شدن اعتبار برنامه‌ها به حقوق و دستمزد | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | افزایش هزینه‌های جاری نسبت به سرمایه‌ای | روزمرگی و عدم تطبیق‌پذیری نظام سلامت با اوضاع اقتصادی | صرف همه‌ی منابع دانشگاه‌ها برای حقوق و دستمزد | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | عدم توازن | در نظر نگرفتن بودجه آموزش و پژوهش و هزینه‌های جاری دانشگاه | | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | عدم توازن | ترکیب آموزش و ارائه خدمت | | ۲ |
| مقدار بودجه و توزیع | عدم توازن | نبود شاخص برای میزان هزینه‌های بهداشتی | | ۱ |
| مقدار بودجه و توزیع | عدم توازن | نبود شاخص برای اندازه‌گیری سهم بهداشت | | ۱ |
| سیاست و اولویت | نداشتن استراتژی کلان در تدوین | | | ۷ |
| سیاست و اولویت | عدم ارتباط بودجه و برنامه توسعه | | | ۶ |
| سیاست و اولویت | تدوین بدون در نظر گرفتن نیاز | | | ۴ |
| سیاست و اولویت | نداشتن اولویت‌بندی دستگاه‌ها | | | ۴ |
| سیاست و اولویت | کیفیت پایین برنامه‌های توسعه | | | ۳ |
| سیاست و اولویت | تدوین عددی و نه سیاستی | | | ۳ |
| سیاست و اولویت | منقضی شدن ضرورت برخی ردیف‌های بودجه | | | ۱ |
| سیاست و اولویت | هدف نداشتن بودجه | | | ۱ |
| سیاست و اولویت | عدم ارتباط بودجه با سیاست‌های کلی سلامت | | | ۱ |
| سیاست و اولویت | عدم پایبندی وزیر به سیاست‌ها | | | ۱ |
| سیاست و اولویت | نبود ثبات در بودجه‌ریزی و سیاست بودجه | | | ۱ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | راهبری و مدیریت دستگاه‌ها و هماهنگی بین آن‌ها | | ۲ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | سازمان برنامه ریشه فساد | | ۴ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | نقش سازمان در تعیین اعتبارات برنامه‌ها و دستگاه‌ها | | ۱ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | قدرت سازمان برنامه نسبت به دستگاه و وزیر | | ۵ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | تعیین سیاست‌ها و محدودیت‌ها در بخشنامه | | ۱ |
| سازمان برنامه | نقش و اهمیت سازمان | اهمیت سازمان برنامه و ضعف در ایفای نقش | | ۵ |
| سازمان برنامه | عدم کارایی ساختار سازمان | | | ۴ |
| سازمان برنامه | سامانه و دیتا | عدم بهره‌گیری از سامانه و اداره سنتی سازمان | | ۱ |
| سازمان برنامه | سامانه و دیتا | عدم تمایل سازمان به ایجاد زیرساخت‌های مناسب | | ۱ |
| سازمان برنامه | تعارض ذاتی بین سازمان و دستگاه در برآورد منابع و هزینه‌ها | | | ۱ |
| سازمان برنامه | نبود اهرم فشار برای سازمان | | | ۱ |
| سازمان برنامه | ضعف و عقب‌ماندگی سازمان نسبت به دستگاه | | | ۱ |
| سازمان برنامه | عدم هماهنگی دولت و سازمان | | | ۱ |
| سازمان برنامه | عدم مبنا جهت توزیع از طرف سازمان برنامه | | | ۱ |
| سامانه‌ها و شفافیت | نبود سامانه‌های اطلاعاتی به‌منظور شفاف‌سازی | | | ۷ |
| سامانه‌ها و شفافیت | مشکل سامانه‌های اطلاعاتی دستگاه‌ها | | | ۶ |
| سامانه‌ها و شفافیت | تعداد زیاد ردیف‌های بودجه | شلوغی بیش‌ازحد بودجه و ردیف‌های فراوان | | ۳ |
| سامانه‌ها و شفافیت | تعداد زیاد ردیف‌های بودجه | تعداد ردیف‌های بودجه متناسب با سیاست‌های کلان | | ۱ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

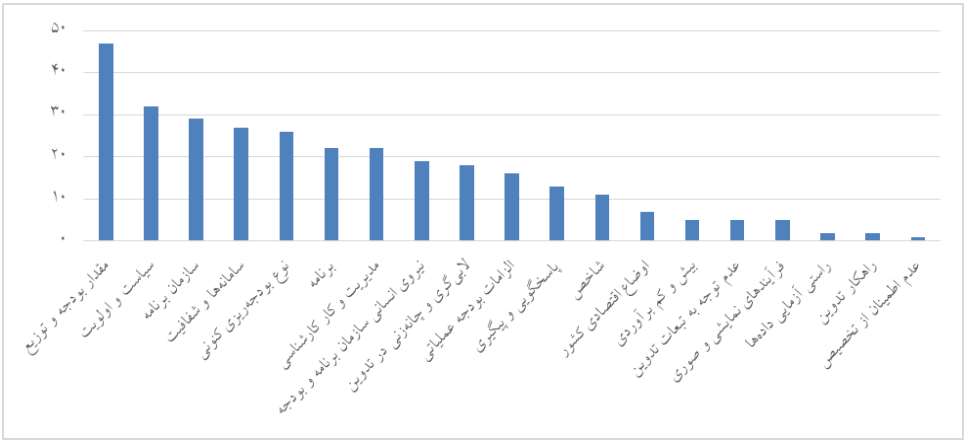
| مضمون سازمان‌دهنده | مضمون پایه (سطح اول) | مضمون پایه (سطح دوم) | مضمون پایه (سطح سوم) | فراوانی |
|---|---|---|---|---|
| | | برنامه‌ریزی | | |
| سامانه‌ها و شفافیت | سامانه‌های جزیره‌ای | | | ۴ |
| سامانه‌ها و شفافیت | عدم دسترسی سازمان به سامانه‌های دستگاه | | | ۴ |
| سامانه‌ها و شفافیت | تمایل مدیران و برخی ذینفعان به عدم شفافیت | | | ۲ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | بودجه افزایشی | | | ۸ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | عدم تحقق بودجه عملیاتی | | | ۷ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | نه برنامه‌ریزی می‌کنیم نه بودجه‌بندی | | | ۴ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | نداشتن روش بودجه‌ریزی متقن | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | نوع بودجه سرانه | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | تفاوت کاغذ و عمل | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | بودجه ملوک‌الطوایفی | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | تقسیم منابع به مصارف | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | بودجه برنامه‌ای | | | ۱ |
| نوع بودجه‌ریزی کنونی | نوع بودجه‌ریزی سنتی | | | ۱ |
| برنامه | برنامه نداشتن دستگاه و وزیر | | | ۶ |
| برنامه | بی‌برنامه بودن سازمان | | | ۴ |
| برنامه | تخصیص جهت ابقا دستگاه و نه برنامه | | | ۲ |
| برنامه | کیفیت پایین برنامه‌ها | | | ۲ |
| برنامه | عدم مطالبه برنامه از مدیر و دستگاه | | | ۲ |
| برنامه | مشکلات انباشته قبلی و طرح‌های نیمه‌کاره | | | ۱ |
| برنامه | شناخت ناکافی طراحان از اجرا | | | ۱ |
| برنامه | عدم توجه سازمان به برنامه دستگاه‌ها | | | ۱ |
| برنامه | بی‌برنامگی تدوین | | | ۱ |
| برنامه | رنگ باختن برنامه به دلیل لابی محوری تدوین | | | ۱ |
| برنامه | پایین آمدن سقف بودجه و به‌هم‌خوردگی برنامه دستگاه | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | اهمیت ندادن به کار کارشناسی | | | ۶ |
| مدیریت و کار کارشناسی | عدم توجه به منطق اقتصادی و ارائه خدمت | | | ۲ |
| مدیریت و کار کارشناسی | ضعف دانشی و مهارتی مدیران سازمان | | | ۲ |
| مدیریت و کار کارشناسی | سوءاستفاده از کارشناسان در جهت ضربه‌گیری از مدیران | | | ۲ |
| مدیریت و کار کارشناسی | حساب‌وکتاب نداشتن ادغام دستگاه‌ها | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | وعده‌های فراتر از ظرفیت کشور | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | به کار نگرفتن کارشناسان در تصمیمات | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | نبود دغدغه اصلاح در مدیران سازمان | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | نا ایستادن مدیران پای‌کار کارشناسی | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | نفع مدیران سازمان از عدم شفافیت و کم‌کاری | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | محافظه‌کاری مدیر بخش سلامت سازمان | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | رئیس محور بودن سازمان به‌جای کارشناسی محور بودن | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | مدیریت و تولی گری ضعیف مسئولین سازمان | | | ۱ |
| مدیریت و کار کارشناسی | عدم درک مدیران از بودجه | | ۱ | |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | درگیری کارشناسان به امور دفتری غفلت از کارشناسی | | | ۶ |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | رکود و رخوت کارشناسان در سازمان | | | ۴ |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | ارتقای کیفیت کارشناسان | | | ۴ |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | گستردگی وزارت بهداشت و تعداد کم کارشناسان | | | ۳ |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | عدم آموزش‌های مناسب کارشناسان سازمان | | | ۱ |
| نیروی انسانی سازمان برنامه‌وبودجه | فقدان دغدغه اصلاح در کارشناسان سازمان | | | ۱ |
| لابی‌گری و چانه‌زنی در تدوین | | | | ۱۸ |
| الزامات بودجه عملیاتی | نداشتن قیمت تمام‌شده خدمات | | | ۴ |
| الزامات بودجه عملیاتی | ضعف دانش بودجه‌ریزی سازمان و دستگاه‌ها | | | ۲ |
| الزامات بودجه عملیاتی | ضعف ابزار کنترلی برای بودجه عملیاتی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | کارنامه مدیریتی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | خراب‌تر شدن اوضاع با انجام بودجه عملیاتی نمایشی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | نبود عزم لازم برای تحقق بودجه عملیاتی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | نبود هزینه تمام‌شده، حسابداری تعهدی و بودجه | | | ۱ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

| مضمون سازمان‌دهنده | مضمون پایه (سطح اول) | مضمون پایه (سطح دوم) | مضمون پایه (سطح سوم) | فراوانی |
|---|---|---|---|---|
| | عملیاتی | | | |
| الزامات بودجه عملیاتی | بودجه سنتی بدون نرم‌افزارهای مالی و دیتاهای حسابداری | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | عدم تحقق حسابداری تعهدی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | هزینه تمام‌شده، حسابداری تعهدی، بودجه عملیاتی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | نبود فرهنگ بودجه عملیاتی | | | ۱ |
| الزامات بودجه عملیاتی | نبود زیرساخت بودجه عملیاتی | | | ۱ |
| پاسخگویی و پیگیری | عدم پیگیری سازمان برنامه از دستگاه‌ها | | | ۵ |
| پاسخگویی و پیگیری | عدم پاسخگویی سازمان برنامه | | | ۳ |
| پاسخگویی و پیگیری | نبود کارنامه، ثبت تجربه و حساب کشی | | | ۲ |
| پاسخگویی و پیگیری | عدم پاسخگویی دستگاه‌ها | | | ۲ |
| پاسخگویی و پیگیری | نبود ابزار تنبیه | | | ۱ |
| شاخص | شاخص‌های هزینه زا و ناکارآمد | | | ۷ |
| شاخص | شاخص نداشتن برنامه‌ها و تفسیرپذیری آن‌ها | | | ۳ |
| شاخص | بازی با اعداد و شاخص‌ها | | | ۱ |
| اوضاع اقتصادی کشور | ناپایداری منابع هنگام تدوین | | | ۳ |
| اوضاع اقتصادی کشور | ابهام بودجه | | | ۱ |
| اوضاع اقتصادی کشور | تورم بالا | | | ۲ |
| اوضاع اقتصادی کشور | وابستگی نظام سلامت به تجهیزات وارداتی و اوضاع دلار | | | ۱ |
| اوضاع اقتصادی کشور | درآمد کم | | | ۱ |
| بیش و کم برآوردی | بیش برآوردی دستگاه | | | ۴ |
| بیش و کم برآوردی | کم برآوردی هزینه تمام‌شده در بیمارستان | | | ۱ |
| فرآیندهای نمایشی و صوری | سوری بودن بخشنامه و... | | | ۳ |
| فرآیندهای نمایشی و صوری | بخشنامه سوری | | | ۱ |
| فرآیندهای نمایشی و صوری | بودجه و حسابداری نمایشی | | | ۱ |
| عدم توجه به تبعات تدوین | افزایش ظرفیت پزشکی | | | ۲ |
| عدم توجه به تبعات تدوین | عدم توجه به تأثیرات بلندمدت طرح‌ها و برنامه‌ها | | | ۱ |
| عدم توجه به تبعات تدوین | نبود ابزار کنترلی برای جلوگیری از هزینه‌سازی | | | ۱ |
| عدم توجه به تبعات تدوین | صرف بودجه عمرانی بدون در نظر گرفتن هزینه‌های نگه‌داری | | | ۱ |
| راستی آزمایی داده‌ها | گزارش‌های اشتباه در رابطه با پیشرفت کار | | | ۱ |
| راستی آزمایی داده‌ها | عدم راستی آزمایی اطلاعات گرفته‌شده از دستگاه | | | ۱ |
| عدم اطمینان از تخصیص | نا ترازی، ابهام درآمدها و ناپایداری درآمدها در تدوین | | | ۱ |




**نمودار ۱: فراوانی مضامین سازمان‌دهنده ذیل مضمون فراگیر «تدوین» (نتایج پژوهش)**



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]




**شکل ۱: نمای کلی از مضامین (یافته‌های پژوهش)**

## بحث و نتیجه گیری

نظام سلامت باید مدلی داشته باشد که در آن، شاخص‌هایی تعریف‌شده باشد که مبنای تخصیص بودجه به دستگاه‌های مختلف و بین کارکردهای متفاوت نظام سلامت قرار گیرد. مادامی‌که این شاخص‌ها و مدلی برای پیشبرد نظام سلامت وجود نداشته باشد، اختلاف بین بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف حل نخواهد شد و نظام سلامت نیز منابع خود را در راستای یک هدف مشخص حل نخواهد کرد. تعدادی از کدها به کافی نبودن بودجه سلامت به‌صورت کلی و کافی نبودن بودجه بخش‌ها و کارکردهای مختلف آن اشاره داشت. برخی بی‌برنامه بودن نظام سلامت را معلول این کمبود منابع می‌دانستند و اعتقاد داشتند وقتی بودجه کافی نیست، قدرت عمل از مدیران گرفته می‌شود و دیگر انگیزه‌ای برای بودجه‌ریزی وجود نخواهند داشت. برخی خبرگان دیگر اشاره داشتند که اساساً موضوع سلامت از جمله مصادیق نیازهای نامحدود است و مخارج این بخش، انتها ندارد؛ اما برای پاسخ به این سؤال که آیا بودجه بخش سلامت کافی است یا خیر، باید ابتدا هدف از بودجه سالیانه و شاخص‌های مبنای هزینه‌کرد مشخص شود. در آن صورت است که می‌توان قضاوت درستی درباره کفایت یا عدم‌کفایت بودجه بخش سلامت داشت. بررسی بودجه‌های سالیانه نشان می‌دهد که فارغ از کارایی یا عدم کارایی نظام سلامت، به دلیل کمبودهای بودجه این بخش طی سالیان متمادی، به‌صورت کلی از اعتبارات بخش تملک دارایی سرمایه‌ای کم شده است و این مهم نتایج منفی خود را در بلندمدت نشان داده‌است. یکی از نتایج آن این است که دستگاه‌ها و سازه‌های نظام سلامت رو به فرسودگی می‌روند و ضرورت سرمایه‌گذاری در این بخش خود را نشان می‌دهد. اگرچه نظام سلامت یک سیستم ارائه خدمت مبتنی بر نیروی کار است و در این سیستم که کالاهای مصرفی هم سهم قابل‌توجهی دارد، طبیعی است که بودجه جاری قابل‌توجه باشد اما این نکته نباید منجر به‌غفلت از سرمایه‌گذاری شود. درحالی‌که سنجه‌های مشخص و هزینه تمام‌شده خدمات اعم از آموزشی، بهداشتی و درمانی مشخص



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

نیست، برخی ادعا داشتند که از سهم‌های بهداشت، آموزش و تحقیق و توسعه به نفع درمان کسر شده‌است و این موضوع را باعث به خطر افتادن کیفیت دانشجویان در سال‌های آتی می‌دانستند. کارشناسان اعتقاد دارند بخش عمده‌ای از بودجه خرج حقوق و مزایا مخصوصاً در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌شود؛ هرچند این بالا بودن سهم حقوق و دستمزد در شرایطی خود را بیشتر نشان می‌دهد که در طی سالیان متمادی سهم سایر هزینه‌های نظام سلامت مانند هزینه‌های سرمایه‌ای و تحقیق و توسعه آنچنان که باید افزایش نیافته‌است. علت این موضوع آن است که حقوق و دستمزد آخرین محلی است که می‌توان از منابع آن کم کرد. از مسائل مورد تأکید این بود که نسبت بودجه جاری به سرمایه‌ای به‌صورت مداوم در حال افزایش است. برخی اعتقاد دارند زیاد بودن جاری طبیعی است چراکه نظام سلامت یک نظام کار محور است و نه سرمایه محور اما عده‌ای اعتقاددارند که چون مدل و معیاری وجود ندارد، اساساً نمی‌توان قضاوتی داشت که این مقدار جاری و سرمایه‌ای کافی است یا خیر.

افزایش سهم هزینه‌های جاری و نبود نگاه راهبردی، عدم ثبات مدیریت و بسیاری از نقایص ساختاری در نهایت منجر به آن شده که نظام سلامت همواره درگیر روزمرگی‌های خود شود. به تصریح برخی خبرگان بسیاری از مدیران صرفاً به فکر پرداختن به مسائل جاری خود هستند و از توجه به مسائل و موضوعات احتمالی آینده خودداری می‌کنند. این مهم اثرات خود را خصوصا در زمان بروز بحران‌ها نشان داده است. کما اینکه خبرگان اعتقاد داشتند در زمان بروز همه‌گیری کرونا اگر اختیارات و منابع خارج از وزارت بهداشت نبود، با ظرفیت‌های موجود وزارت بهداشت، قطعاً نظام سلامت از پس مشکلات خود برنمی‌آمد.

از سویی دیگر، اگرچه بودجه سالیانه باید برشی از برنامه‌های توسعه پنج‌ساله باشد، اما این اتفاق به اذعان خبرگان رخ نداده‌است. بخشی از مسئله به فرایند تدوین بودجه‌های سالیانه مربوط می‌شود و بخشی هم به دلیل نوع نگارش برنامه‌های توسعه است که عملاً این اجازه را نمی‌دهد که به صورت برنامه‌های یک‌ساله تقسیم شود؛ مانند اینکه برآورد درستی از حجم عملیات برنامه‌ها نشده یا برخی برنامه‌ها اساساً در طی پنج سال قابل اجرا نیست. در نتیجه ارتباط بودجه سالیانه با برنامه‌های توسعه و همچنین سیاست‌های کلی و سایر اسناد بالادستی از بین رفته‌است. همچنین در موسم تدوین بودجه و حتی تصویب آن بحث و بررسی پیرامون ارتباط بودجه سالیانه با برنامه‌های بالادستی صورت نمی‌گیرد.

بودجه بدون در نظر گرفتن نیازهای امروز جامعه تدوین می‌شود و گاهی برخی نیازها هم منقضی شده اما همچنان برنامه‌ها و ردیف‌های آن‌ها وجود دارند. به عنوان مثال نیازهای بهداشتی جامعه امروز با نیازهای بهداشتی ۴۰ سال قبل متفاوت است. در آن زمان دغدغه اصلی بهداشت، پوشش همگانی واکسن و تامین آب شرب سالم بود اما امروزه نیازهای بهداشتی افراد بسیار گسترده‌تر و متفاوت‌تر از گذشته است. به علاوه برنامه‌های سالیانه در قالب بودجه سالیانه هم از قوت لازم برخوردار نیست. نه سازمان برنامه‌وبودجه درنهایت به دستگاه، یک برنامه‌ی عملیاتی مشخص می‌دهد و نه خود دستگاه برنامه‌ی مشخص و منسجمی دارد. ساختار به‌گونه‌ای است که کسی از مدیران برنامه نمی‌خواهد و از طرف دیگر، کسی هم به آن‌ها برنامه نمی‌دهد. به نظر می‌رسد اگر فرآیند تخصیص بهینه شود و برنامه و عملکرد دستگاه‌ها، مبنای تخصیص قرار گیرد، اولاً انرژی دستگاه‌ها صرف لابی و چانه‌زنی نخواهد شد و ثانیاً دستگاه‌ها سعی خواهند کرد با داشتن یک برنامه‌ی استاندارد و مناسب، بودجه‌ی بیشتری را دریافت کنند.

«ممکن است بگویید مدیریت که باید برای کارهای خودش داشته باشد؛ دستگاه‌های ما ستادهایشان بیشتر تمایل به کار اجرایی دارند تا ستادی. یعنی مثلاً وزارت صنعت، معدن و تجارت تمام هم‌وغمش این است که مجوزها را صادر کند. هم‌وغم وزارت بهداشت این است که صدور پروانه‌ها دست آن‌ها باشد. چون قدرت در اجراست. ضعیف‌ترین قسمت وزارتخانه است. فردا که نمی‌گویند چه شد؛ ۵ سال دیگر می‌گویند چرا این تصمیم‌ها را گرفتید. (برگرفته از مصاحبه p2)»

به دلیل انبوه طرح‌های نیمه‌کاره که از قبل باقی‌مانده است، عملاً هنگام تدوین، تدوینگران نمی‌توانند برنامه‌ریزی دقیقی انجام دهند و بخش قابل‌توجهی از منابع و توان آن‌ها صرف تکمیل و پیشبرد طرح‌های نیمه‌کاره قبلی می‌شود.

از علل اینکه دستگاه‌ها به سمت ارائه برنامه حرکت نکرده‌اند آن است که فرآیند تخصیص و توزیع مبتنی بر برنامه نیست و چون مهم‌ترین عامل چانه‌زنی و لابی است، لذا دستگاه‌ها به‌جای اینکه برنامه‌های خود را تقویت کنند، مهارت‌ها و الزامات چانه‌زنی را تقویت کرده‌اند.



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

«ما در تمام این سال‌ها فریاد زده‌ایم به‌جای اینکه بیمارستان بسازید، پایگاه اورژانس راه‌اندازی بکنید پایگاه اورژانس راه‌اندازی نمی‌کنند. تعداد پایگاه‌های اورژانس ما در سراسر کشور نصف تعدادی است که باید باشد. هر چه هم فریاد می‌زنیم به خاطر اینکه خیلی هم نمود ندارد و کلاس ندارد، نماینده مجلس هم نمی‌آید. مثلاً پایگاه هوایی می‌خواهیم که یک هلیکوپتر بگذارند و بگویند پایگاه هوایی ساخته‌ایم، این نمود دارد و برایشان جلوه دارد و هزینه‌های آن خیلی سرسام‌آور است. با یک هلیکوپتر چند بیمار می‌توانیم جابه‌جا کنیم؟ درحالی‌که اگر پایگاه جاده‌ای می‌خواستیم بسازیم می‌توانستیم ۸۰ تا پایگاه جاده‌ای بسازیم. (برگرفته از مصاحبه p4) »

مدیران اجرایی اگر درک درستی از فرآیند بودجه‌ریزی داشته باشند و از تأثیر برنامه‌وبودجه در دستگاه خود آگاه باشند، در هنگام تدوین نقش فعال‌تری ایفا خواهند کرد. لابی محوری تدوین بودجه معایب زیادی را به همراه دارد از جمله اینکه باعث افزایش اعتبارات مخارج می‌شود و چون بودجه باید تراز باشد درنهایت منجر به بیش برآوردی منابع می‌شود. در چنین فضای لابی محوری، کارشناسان و مسئولان بودجه دستگاه‌ها به‌جای آن‌که تمرکز کنند روی تدوین برنامه‌ها و اولویت‌ها، تلاش می‌کنند تا توانایی خود در لابی و چانه‌زنی را تقویت کنند. بخشی از مسائل بودجه سلامت، متأثر از نقایص اقتصاد کلان کشور است. به‌عنوان نمونه خبرگان مطرح کردند که بخش بزرگی از نااطمینانی فرآیند بودجه‌ریزی به این موضوع برمی‌گردد که منابع کشور پایدار نیست؛ چراکه بخش عمده‌ای از این درآمد حاصل فروش نفت و گاز است و این موضوع با توجه به شرایط تحریمی و نوسانات قیمت این محصولات در بازارهای جهانی باعث ناپایداری منابع می‌شود. تورم بالا و درآمد کم به‌مثابه دو لبه یک قیچی عمل کرده‌اند و نظام سلامت به مرور به نقطه‌ای رسیده که از هزینه‌های عمرانی و سرمایه‌ای که می‌شد آن‌ها را به تأخیر انداخت اما اثرات آن‌ها در بلندمدت نمایان خواهد شد، صرف‌نظر کند. برخی مسائل از جهت تکرار آن‌ها و همچنین ادله‌ای که مصاحبه‌شوندگان ذکر نموده‌اند، اولویت بیشتری داشته و با توجه به منابع محدود، ضروری است تا ابتدا به حل آن‌ها همت گمارده شود. به عنوان مثال برخی نهادها مثل سازمان برنامه‌وبودجه باید در اولویت اصلاح قرار گیرند. همچنین ایجاد سامانه‌های کارآمد و به‌هم‌پیوسته و همچنین تولید داده‌های باکیفیت و استفاده از آن‌ها در فرآیند تصمیم‌گیری از اولویت‌های مطرح‌شده هستند.

فقدان مدل مشخص حکمرانی برای نظام سلامت مبتنی بر ارزش‌های انقلاب اسلامی از جمله مسائلی است از اساس بودجه‌ریزی کشور را دچار مشکل کرده و مشخص نیست نظام سلامت دقیقاً کدام اهداف را دنبال می‌کند. در سال‌هایی نظام سلامت به دنبال ساخت بیمارستان‌های دولتی بوده و در سال‌های دیگری خصوصی‌سازی و خودگردانی بیمارستان‌ها در دستور کار قرارگرفته است. در سال‌های بعد از انقلاب بهداشت و پیشگیری مدنظر بوده و شبکه بهداشت و درمان راه‌اندازی می‌شود، و در سال‌های بعد از آن توسعه و بازنگری شبکه بهداشت به‌کلی فراموش می‌شود و سیاست‌های درمان‌محور در اولویت قرار می‌گیرند. در نتیجه اهداف و مدل حکمرانی نظام سلامت کشور لازم است به روشنی تعیین شود تا درنهایت این سیاست‌ها، خود را در بودجه‌های سنواتی نشان داده و دنبال شوند.

## سهم نویسندگان

مصطفی سمیعی نسب: طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، گزارش نتایج، بازخوانی نهایی مقاله

الیاس هادیان شیوا: طراحی پژوهش و گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، گزارش نتایج، نگارش مقاله، بررسی مجدد

محمد آزادی احمدآبادی: اجرای پژوهش و جمع آوری داده، استخراج نتایج، ویرایش و بازبینی مقاله

## منابع

1 Keliddar I, Mosadeghrad A, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2017; 31: 271-277

2 Pourmohammadi K, Shojaei P, Rahimi H, Bastani P. Evaluating the health system financing of the Eastern Mediterranean Region (EMR) countries using grey relation analysis and shannon entropy. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2018; 16: 31-39

3 Khoshakhlagh M. National Health Accounts during the years 2001-2013. Analytical Research Journal of Statistics 2016; 4: 24-26 [Persian]

4 Hadian Shiva, E. Analysis of national health accounts (2002-2017). Hikmat Institute of Policy



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]

[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]

Researches and Strategic Studies 2019. Accessed August 24, 2020. https://hekmatac.ir [Persian]
5 Shah A. Budgeting and budgetary institutions. The World Bank 2007. Accessed February 1, 2013. https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-6939-5
6 Economic accounts. Key indicators. National Statistics Center of Iran. Accessed June 19, 2024. https://amar.org.ir/statistical-information/catid/2979
7 World Health Organization. Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDGs 2016. Accessed August 18, 2016. who/his/hgf/tech.report/16.2
8 Tsofa B, Molyneux S, Goodman C. Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya—"never the twain shall meet". The International Journal of Health Planning and Management 2016; 31: 260–76
9 Schmets G, Rajan D, Kadandale S. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. 1st Edition, World Health Organization: Geneva, 2016
10 Yousefi M, Arab M, Oliaeemanesh A. Methods of resource allocation based on needs in health systems, and exploring the current Iranian resource allocation system. Hakim Journal 2010; 13: 80-90 [Persian]
11 Azar A, Zahedi S, Amirkhani T. A model for implementing performance-based budget: a system dynamics approach. Iranian Journal of Management Sciences 2010; 5: 29-53 [Persian]
12 Hasanpour M, Memarian M. Reforming the budget structure from the perspective of Parliament Research's Center and the role of the government and the Parliament in reforms. Parliament Research Center. Office of Social Studies 2021. Accessed September 29, 2021. https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1675306 [Persian]
13 Khazri M, Ghasemi M. Issues and problems of budgeting in Iran (summary of opinions of those involved in the budgeting process). Parliament Research Center. Office of Public Finance Studies and Management Development 2008. Accessed January 21, 2008. https://rc.majlis.ir/fa/report/show/73395 [Persian]
14 Daneshfard K, Shiravand S. Barriers of operational treatment budget in Islamic Republic of Iran, ministry of health and medical education. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2012; 14: 90-96 [Persian]
15 Abolqasem Gurji H, Nakhai N. Investigation and analysis of prevention, treatment and medical education in the budget bills of the Islamic Republic of Iran in the twenty-year period from 1972 to 1999. Medicine and Cultivation 2005; 14: 85-92 [Persian]

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23 ]
[ DOI: 10.61186/payesh.24.2.185 ]