



Institutional Analysis of the Budgeting Process in Iran's Health System: An Analytical–Documentary Study

Mahsa Akbari* 

PhD in Public Administration, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Ali Mouseli 

Associated Professor, Department of Health Services Management, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Abstract

Budgeting in the health sector is not merely a technical instrument for allocating financial resources; rather, it constitutes a core mechanism of public governance through which policy priorities are translated into financial decisions and accountability relationships are shaped. In Iran's health system, despite repeated emphasis in development plans on equity, efficiency, and financial sustainability, persistent inefficiencies continue to characterize health budgeting outcomes. This study examines why technical and procedural reforms have failed to align health policy objectives with actual budget allocations. Conceptualizing health budgeting as an institutional and governance issue, the study draws on public governance literature, network governance theory, and health financial governance frameworks. It argues that the health budget is not the outcome of a single authority's decision but rather the result of interaction and bargaining among

* Corresponding Author: akbari_mahsa@atu.ac.ir

How to Cite: akbari, M. and Mouseli, A. (2025). Institutional Analysis of the Budgeting Process in Iran's Health System: An Analytical–Documentary Study. *Studies in Public Service Administration*, 3(7), 121 - 162. doi: 10.22054/spsa.2025.89797.1089

multiple actors, including the Ministry of Health and Medical Education, the Plan and Budget Organization, basic insurance funds, and medical universities, each operating under distinct institutional logics.

Methodologically, the study adopts a documentary–analytical design using a framework-based document analysis approach. Official policy and legal documents related to health budgeting and planning in Iran for the period 2015–2025, along with 32 peer-reviewed national and international studies, were systematically reviewed. The analysis was guided by network governance theory, the World Health Organization’s principles of health financial governance, and the Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA) framework. The findings identify three core structural deficiencies shaping health budgeting outcomes in Iran: first, a persistent gap between development plans and actual budget allocations, whereby stated health policy priorities are weakly reflected in budget formulation and approval stages; second, conflicts among the institutional logics of key decision-making bodies, resulting in fragmented needs assessment, inconsistent prioritization, and negotiation-driven budgeting; and third, fragmented health financing and increasing reliance on unstable revenue sources, which undermine budget predictability and weaken medium-term planning capacity. These deficiencies are inconsistent with key principles of sound financial governance, including transparency, institutional coordination, accountability, and linkage between budgeting and health outcomes. The study concludes that improving health budget performance in Iran requires institutional reforms that strengthen inter-organizational coordination, enhance transparency, and align financial decisions with health policy objectives.

Keywords: Health budgeting; Iranian health system; network governance; health financial governance; plan–budget gap; fragmented health financing

1. Introduction

Budgeting plays a central role in shaping the governance and performance of health systems, particularly in contexts where public financing dominates service provision. In Iran, health budgeting involves multiple public actors with overlapping mandates and responsibilities, making it a complex and contested process. Although national development plans emphasize equity, efficiency, and sustainability in health financing, these objectives have not been consistently translated into budgetary decisions. This study seeks to explain this persistent misalignment by examining health budgeting from a public governance perspective.

2. Literature Review

Existing literature on health budgeting and public financial management highlights the importance of governance arrangements, institutional coordination, and accountability mechanisms. Network governance theory emphasizes that policy outcomes in multi-actor environments emerge from interactions among autonomous yet interdependent organizations rather than hierarchical control. Studies informed by the World Health Organization's health financial governance framework and PEFA assessments further demonstrate that fragmented financing, weak coordination, and limited transparency undermine the effectiveness of budgeting processes. In the Iranian context, most studies have focused on technical or financial dimensions of budgeting, while the institutional and networked nature of decision-making has received less systematic attention.

3. Methodology

This study employs a documentary–analytical research design using a framework-based document analysis approach. Data sources include official Iranian policy and legal documents related to health budgeting, such as national development plans, annual budget laws, executive budget regulations, and financial guidelines for medical universities. In addition, 32 peer-reviewed academic studies published

between 2015 and 2025 were analyzed. The extracted evidence was interpreted through three analytical lenses: network governance theory, the World Health Organization's principles of health financial governance, and the PEFA framework, enabling an integrated assessment of institutional arrangements and financial outcomes.

4. Discussion

The analysis reveals that the observed financial inefficiencies in Iran's health system are rooted in institutional and governance dynamics rather than isolated technical shortcomings. The persistent gap between plans and budgets reflects the absence of effective mechanisms for translating policy objectives into financial commitments. Conflicting institutional logics among key actors lead to fragmented decision-making and reliance on negotiation rather than shared, evidence-based criteria. Furthermore, fragmented health financing and dependence on unstable revenue sources reduce budget predictability and constrain managerial discretion during implementation. From a governance perspective, these findings indicate systemic weaknesses in transparency, coordination, and accountability across the health budgeting cycle.

5. Conclusion

This study concludes that the primary challenges of health budgeting in Iran are institutional rather than purely technical. The lack of horizontal coordination, shared needs assessment criteria, and integrated financial information systems has resulted in a persistent misalignment between health policy goals and budgetary allocations. Addressing these challenges requires governance-oriented reforms that restructure inter-organizational interactions, strengthen transparency and accountability, and improve the linkage between budgeting and health outcomes. Such reforms are essential for enhancing the efficiency, equity, and financial sustainability of Iran's health system.

واکاوای نهادی فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه تحلیلی-اسنادی

دکتری مدیریت دولتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مهسا اکبری* 

دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

علی موصلی 

چکیده

فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت ایران به دلیل نقش‌آفرینی نهادهای متعدد و نبود سازوکارهای هماهنگ‌کننده، با نارسایی‌هایی مواجه است که کارایی و پایداری مالی نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باتکیه بر ادبیات حکمرانی عمومی و رویکردهای حکمرانی شبکه‌ای و مالی، بودجه سلامت نه محصول تصمیم یک نهاد واحد، بلکه برآیند تعامل و چانه‌زنی میان وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌بودجه، بیمه‌های پایه و دیگر نهادهای ذی‌نفع است. این پژوهش با روش تحلیلی-اسنادی و رویکرد تحلیل اسنادی چارچوب‌محور انجام شد. در این راستا، اسناد رسمی و سیاستی مرتبط با بودجه و برنامه‌های سلامت ایران در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵، به همراه ۳۲ مطالعه علمی منتشرشده در همین دوره بررسی و یافته‌ها بر اساس چارچوب حکمرانی شبکه‌ای، اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت و چارچوب ارزیابی هزینه‌کرد مالی عمومی تفسیر شد. یافته‌ها نشان می‌دهد سه نارسایی ساختاری بیش از همه در شکل‌گیری ناکارآمدی اثرگذار است: نخست، گسست میان برنامه‌های توسعه و تخصیص واقعی بودجه، به گونه‌ای که اهداف سیاستی سلامت در مرحله تنظیم و تصویب بودجه بازتاب نمی‌یابد؛ دوم، تعارض منطق نهادی میان نهادهای تصمیم‌گیر که به تشتت در نیازسنجی، اولویت‌گذاری و پیش‌بینی منابع می‌انجامد؛ و سوم، چندپارگی تأمین مالی و اتکای فرایند به منابع ناپایدار که امکان برنامه‌ریزی میان‌مدت را تضعیف می‌کند. نتیجه‌گیری آنکه مسئله اصلی بودجه‌ریزی سلامت در ایران ماهیتی نهادی دارد و ریشه آن در ضعف هماهنگی افقی، فقدان معیار مشترک نیازسنجی و کاستی در ردیابی جریان منابع است؛ بنابراین بهبود حکمرانی بودجه سلامت مستلزم اصلاح سازوکارهای تعامل میان نهادها و تقویت شفافیت و پاسخ‌گویی در کل چرخه مالی است.

کلیدواژه‌ها: بودجه‌ریزی سلامت، نظام سلامت ایران، حکمرانی شبکه‌ای، حکمرانی مالی سلامت، شکاف برنامه-بودجه، چندپارگی تأمین مالی سلامت.

مقدمه

بودجه‌ریزی در نظام سلامت تنها سازوکار تخصیص منابع نیست، بلکه بخش محوری حکمرانی عمومی است که نحوه تعیین اولویت‌ها، سازمان‌دهی تصمیم‌گیری و میزان پاسخ‌گویی نهادهای ذی‌نفع را شکل می‌دهد. در چارچوبی که دولت نقش غالبی در تأمین مالی خدمات دارد، ضعف در مراحل تدوین، تصویب و تخصیص بودجه، به طور مستقیم به کاهش کارایی، ناپایداری منابع و فاصله گرفتن از اهداف سیاستی منجر می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد ناهماهنگی نهادی، اختلاف معیارهای برآورد نیاز و گسست میان برنامه‌های توسعه و تخصیص واقعی بودجه، از عوامل اصلی استمرار ناکارآمدی مالی در این بخش‌اند (Abolhallaj et al., 2021:3).

نظریه حکمرانی شبکه‌ای رودز و بویر تأکید می‌کند که تصمیم‌گیری عمومی در محیطی چند نهادی و وابسته به هم شکل می‌گیرد؛ محیطی که در آن نهادها نه بر اساس سلسله‌مراتب، بلکه بر پایه تعامل، مذاکره، وابستگی متقابل و تعارض منافع عمل می‌کنند (Bevir & Rhodes, 2022:10-11). این منطق در بودجه‌ریزی سلامت نیز مصداقی آشکار دارد: وزارت بهداشت بر نیازسنجی خدمات و زیرساخت‌ها تکیه می‌کند، سازمان برنامه‌و بودجه بر سقف منابع عمومی و محدودیت‌های کلان، بیمه‌های پایه بر هزینه‌های واقعی بیماران و دانشگاه‌های علوم پزشکی بر بار خدماتی در مناطق مختلف. اختلاف این منطق‌ها، نبود سازوکار هماهنگی و چرخش ناکامل اطلاعات مالی، عملاً موجب می‌شود برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه در دو مسیر متفاوت حرکت کنند (Ghanbari et al., 2023:12-13). در همین حال، اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت شامل شفافیت، هماهنگی نهادی، ردیابی جریان منابع و پیوند بودجه با نتایج سلامت، چارچوبی معتبر برای ارزیابی کیفیت تصمیم‌گیری مالی ارائه می‌کند (Barbazzza & Tello, 2014:1).

تجربه کشورهایی با ساختار مشابه نیز نشان می‌دهد نبود سامانه اطلاعات مالی یکپارچه، نبود معیارهای یکسان برای برآورد نیاز و نبود فرایندهای مشترک تصمیم‌گیری، معمولاً به تخصیص‌های نامتوازن و کاهش کارایی منجر می‌شود (Brennan et al., 2024; Nayak & Jena, 2025). چنین الگوهایی در تحلیل وضعیت داخلی نیز قابل مشاهده است؛ باوجود

تأکید برنامه‌های ششم و هفتم توسعه بر بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد و شفافیت مالی، بررسی لایحه بودجه ۱۴۰۴ نشان می‌دهد فاصله معنی‌داری میان اهداف سیاستی سلامت از جمله ارتقای عدالت، پایداری مالی و کارایی هزینه‌کرد و تخصیص‌های واقعی وجود دارد.

پژوهش‌های داخلی عمدتاً بر ابعاد فنی بودجه، مانند روند هزینه‌کرد، شیوه تأمین مالی یا وضعیت اعتبارات تمرکز داشته‌اند (بهروز و همکاران، ۱۳۹۸). با این حال، ابعاد نهادی و حکمرانی چرخه بودجه از جمله منطق تعامل نهادها، تعارض منافع در تصمیم‌گیری مالی، ضعف سازوکارهای هماهنگی و جدایی میان برنامه و تخصیص، به‌صورت منسجم کمتر تحلیل شده است (Mahdiyan, 2025:5). نبود این نگاه نهادی موجب شده است که همچنان مشخص نباشد چرا گسست میان برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی پایدار مانده، چه بازیگرانی بیشترین نقش را در شکل‌دهی به الگوی تخصیص دارند و کدام نارسایی‌های حکمرانی بیشترین سهم را در ناکارآمدی مالی سلامت ایفا می‌کنند.

براین اساس، شکاف اصلی ادبیات در این است که بودجه‌ریزی سلامت عمدتاً از منظر فنی و مالی تحلیل شده و بررسی منسجمی که تعامل شبکه‌ای بازیگران، منطق نهادی آنان و پیامدهای حکمرانی این تعاملات را در کنار اصول حکمرانی مالی واکاوی کند، کمتر ارائه شده است. در این پژوهش، منظور از سازوکار نهادی بودجه‌ریزی سلامت، مجموعه قواعد رسمی، رویه‌های تثبیت‌شده و منطق‌های تصمیم‌گیری است که رفتار نهادهای درگیر را در چرخه بودجه شکل می‌دهد. از این منظر، هر یک از بازیگران اصلی (وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، بیمه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی) بر پایه منطق نهادی خاص خود، مانند منطق خدماتی، منطق کلان مالی یا منطق بیمه‌ای نیازها را تعریف و اولویت‌ها را صورت‌بندی می‌کنند؛ بنابراین بودجه‌ریزی سلامت نه محصول تصمیم یک نهاد منفرد، بلکه حاصل تعامل و تعارض این منطق‌های نهادی در شبکه تصمیم‌گیری است.

نوآوری این پژوهش در آن است که با تلفیق دو سطح تحلیلی حکمرانی شبکه‌ای و حکمرانی مالی، و با تمرکز بر منطق‌ها و قواعد نهادی بازیگران اصلی، سازوکار نهادی بودجه‌ریزی سلامت را بازسازی می‌کند و نشان می‌دهد چگونه نبود هماهنگی افقی، تفاوت منطق تصمیم‌گیری نهادها و ضعف پاسخ‌گویی مالی، گسست پایدار میان اهداف سیاستی و

تخصیص واقعی منابع را شکل می‌دهد. همچنین، انتخاب روش تحلیل اسنادی بر این مبناست که ماهیت موضوع یعنی مطالعه قواعد رسمی، روابط نهادی و شواهد مالی نیازمند بررسی ساختارمند اسناد سیاستی، قوانین بودجه و گزارش‌های رسمی است و این روش امکان تحلیل دقیق مسیر تصمیم‌گیری و تعاملات نهادی را فراهم می‌کند.

از این منظر، سؤال اصلی پژوهش چنین مطرح می‌شود: «فرایند بودجه‌ریزی سلامت از منظر حکمرانی عمومی چه ویژگی‌ها و نارسایی‌هایی دارد و چگونه می‌توان آن را با اصول حکمرانی شبکه‌ای و حکمرانی مالی ارتقا داد؟»

این پژوهش با روش تحلیل اسنادی و با اتکا بر نظریه حکمرانی شبکه‌ای رودز و اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت، شبکه تصمیم‌گیری بودجه سلامت را بررسی و مسیرهای اصلاحی مبتنی بر شواهد ارائه می‌کند.

مبانی نظری

۱. حکمرانی عمومی و بودجه‌ریزی در نظام سلامت

در رویکردهای معاصر به حکمرانی عمومی، تأکید اصلی بر این است که تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌ها در بستر تعامل و برهم‌کنش میان نهادهای متعدد شکل می‌گیرد و دولت تنها یکی از کنشگران در میان مجموعه‌ای از سازمان‌ها، قواعد و روابط نهادی است. رودز و بویِر نشان می‌دهند که در چنین بستری، اقتدار رسمی دولت به‌تنهایی تعیین‌کننده نیست و سیاست‌گذاری نتیجه تعامل شبکه‌ای بازیگران با منابع، اطلاعات و منافع متفاوت است (Rhodes & Bevir, 2003). از این منظر، تحلیل بودجه‌ریزی نیز صرفاً محدود به سطح تکنیکی تنظیم ارقام نیست، بلکه باید بر الگوی روابط میان نهادهای تصمیم‌گیر، سازوکارهای هماهنگی و کیفیت پاسخ‌گویی تمرکز کرد.

در بخش سلامت، وابستگی بالا به منابع عمومی و تعدد سازمان‌های ذی‌نفع، بودجه‌ریزی را به یکی از مهم‌ترین عرصه‌های حکمرانی تبدیل کرده است. مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که ناهماهنگی میان نهادهای مسئول، اختلاف در معیارهای برآورد نیاز، نبود دسترسی متقارن به اطلاعات مالی و گسست میان برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سالانه از

عوامل پایدار ناکارآمدی مالی‌اند (رضوانی فر و همکاران، ۱۴۰۳). برای مثال، گزارش شده که تفاوت میان برآوردهای هزینه‌ای نهادهای مختلف و فقدان سازوکار توزیع شده برای حل این اختلاف‌ها، باعث می‌شود پیوند برنامه‌بودجه بیشتر بر مبنای چانه‌زنی و تعدیل‌های مکرر شکل بگیرد تا بر اساس یک منطق مشترک مبتنی بر شواهد (Ghanbari et al., 2023:12)؛ بنابراین، بودجه‌ریزی در نظام سلامت تنها زمانی قابل فهم است که به عنوان بخشی از سازوکار حکمرانی عمومی دیده شود؛ یعنی عرصه‌ای که ساختار قدرت، کیفیت هماهنگی افقی و میزان پاسخ‌گویی مشترک میان نهادهای شکل‌گیری نهایی تخصیص منابع را تعیین می‌کند.

۲. نظریه حکمرانی شبکه‌ای و تطبیق آن با بودجه‌ریزی سلامت

نظریه حکمرانی شبکه‌ای، سیاست‌گذاری را محصول تعامل میان مجموعه‌ای از سازمان‌های مستقل اما وابسته به هم می‌داند که در چارچوب شبکه‌ای از روابط رسمی و غیررسمی با یکدیگر درگیرند. رودز و بویر برای توصیف این وضعیت بر چند ویژگی تأکید می‌کنند: عدد بازیگران، پراکندگی اختیار و منابع قدرت، وابستگی متقابل سازمان‌ها و حضور تعارض منافع در فرایند تصمیم‌گیری (Rhodes & Bevir, 2003:41). این ویژگی‌ها با یافته‌های پژوهش‌های داخلی درباره بودجه‌ریزی سلامت هم‌خوان است.

مطالعه Ghanbari et al. (2023:112) نشان می‌دهد که وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه، بیمه‌های پایه و دانشگاه‌های علوم پزشکی هر کدام بر مبنای منطق تصمیم‌گیری متفاوت عمل می‌کنند: وزارت بهداشت بر نیازهای خدماتی و زیرساختی تأکید دارد، سازمان برنامه‌وبودجه محدودیت‌های منابع عمومی و قیود کلان مالی را محور قرار می‌دهد، بیمه‌ها متوجه هزینه‌های واقعی و پایداری منابع‌اند، و دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت تأثیر بار بیماری و حجم ارائه خدمات در مناطق مختلف عمل می‌کنند. همان‌گونه که Abolhallaj et al. (2021:4) گزارش کرده‌اند، نبود سازوکار رسمی و پایدار برای هماهنگی این منطق‌ها موجب می‌شود برآورد نیاز، پیشنهاد بودجه‌ای و تخصیص نهایی در مسیرهای جداگانه‌ای حرکت کنند و شکاف میان برنامه‌ریزی و اجرا به صورت ساختاری تداوم یابد.

Moradi et al. (2023:5) نیز این وضعیت را نمونه‌ای از ضعف هماهنگی افقی در شبکه حکمرانی مالی سلامت تحلیل می‌کنند.

در این چارچوب، تحلیل بودجه‌ریزی سلامت زمانی معنا پیدا می‌کند که شبکه کنشگران، روابط قدرت، نقاط اصطکاک، منافع متعارض و سازوکارهای تعامل آنان به‌صورت میان‌بخشی بررسی شود. سؤال اصلی این سطح نظری آن است که «ساختار روابط میان نهادها چگونه شکل گرفته و این ساختار چگونه جهت‌گیری نهایی بودجه را تعیین می‌کند؟»

۳. اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت و پیامدهای آن برای نظام سلامت

سازمان جهانی بهداشت مجموعه‌ای از اصول حکمرانی مالی را برای ارتقای کارایی و پاسخ‌گویی در نظام‌های سلامت مطرح می‌کند. این اصول شامل شفافیت در گزارش‌دهی مالی، هماهنگی نهادی در تصمیم‌گیری، پاسخ‌گویی نسبت به نحوه تخصیص و هزینه‌کرد، ردیابی جریان منابع از مرحله تخصیص تا مصرف و پیوند بودجه با نتایج سلامت است (WHO, (2024:22–32). در این میان، چارچوب PEFA به‌عنوان یکی از معتبرترین نظام‌های بین‌المللی ارزیابی مدیریت مالی عمومی، عملکرد نظام بودجه‌ریزی را در حوزه‌هایی چون شفافیت، پیش‌بینی‌پذیری، کنترل داخلی، قابلیت اتکای اجرای بودجه و سازوکارهای پاسخ‌گویی سنجش می‌کند و به‌دلیل پوشش گسترده در کشورهای مختلف، ابزاری مهم برای شناسایی نقاط ضعف مالی به‌شمار می‌رود. ارزیابی‌های PEFA نیز نشان داده‌اند که ضعف در هر یک از این حوزه‌ها به تفاوت معنی‌دار میان برنامه‌های مصوب و بودجه اجراشده، کاهش اعتماد عمومی و محدود شدن ظرفیت اصلاحات منجر می‌شود (Nayak & Jena, (2025:8–10).

در ایران، بررسی الگوی هزینه‌کرد و ساختار اعتبارات سلامت نشان می‌دهد که سهم بالای هزینه‌های جاری در ترکیب بودجه و محدود بودن انعطاف‌پذیری اعتبارات، امکان پاسخ‌گویی به اولویت‌های جدید را کاهش می‌دهد و ارزیابی کارایی را دشوار می‌سازد (Abolhallaj et al., (2021:4). یافته‌های (Eneje (2024: 7) نیز نشان می‌دهد که نبود

سازوکارهای قوی پاسخ‌گویی نسبت به نتایج سلامت، تخصیص منابع را به حوزه‌هایی سوق می‌دهد که تحت فشارهای کوتاه‌مدت یا اداری هستند، نه الزاماً حوزه‌هایی با بیشترین اثر بر اهداف سلامت. (Brennan et al. (2024:4 نیز تأکید می‌کنند که در کشورهایی با ساختار مالی مشابه، شفافیت، ردیابی منابع و پیوند دادن بودجه با عملکرد، نقش مهمی در اصلاح تخصیص‌های ناکارآمد سلامت داشته است.

در این پژوهش، اصول حکمرانی مالی WHO و یافته‌های PEFA چارچوبی برای تحلیل پیامدهای مالی و عملکردی فرایند بودجه‌ریزی سلامت فراهم می‌کنند؛ به این معنا که از آن‌ها برای سنجش شفافیت، پاسخ‌گویی، ردیابی منابع و میزان انطباق ترکیب بودجه با اهداف سیاستی استفاده می‌شود.

۴. چارچوب تحلیلی پژوهش: تلاقی حکمرانی شبکه‌ای و حکمرانی مالی

بر اساس مباحث پیش‌گفته، چارچوب تحلیلی این پژوهش بر ترکیب دو سطح نظری استوار است: سطح نهادی شبکه‌ای و سطح مالی عملکردی. در سطح نخست، نظریه حکمرانی شبکه‌ای برای تحلیل ساختار بازیگران، منطق‌های تصمیم‌گیری، وابستگی‌های متقابل و الگوهای هماهنگی و تعارض میان نهادهای درگیر در بودجه‌ریزی سلامت به کار می‌رود (Rhodes & Bevir, 2003:41; Ghanbari et al., 2023:112). در سطح دوم، اصول حکمرانی مالی WHO و یافته‌های PEFA برای بررسی این موضوع استفاده می‌شود که نارسایی‌های نهادی چگونه در شاخص‌هایی مانند شفافیت مالی، پاسخ‌گویی، ردیابی منابع و ترکیب واقعی اعتبارات بازتاب می‌یابند (Jena, 2025:8– & WHO, 2024; Nayak).

(10).

شواهد داخلی نشان می‌دهد که این دو سطح به طور ملموسی به هم مرتبط‌اند؛ به گونه‌ای که مطالعات (Abolhallaj et al. (2021:3 و (Ghanbari et al. (2023:112 هم‌زمان به چندبخشی بودن تصمیم‌گیری، ناهماهنگی نهادی، ضعف پیوند برنامه‌بودجه و الگوی نامتوازن هزینه‌کرد اشاره می‌کنند. این هم‌زمانی نشان می‌دهد که نمی‌توان مشکلات مالی را بدون توجه به ساختار شبکه‌ای حکمرانی و مسائل نهادی را بدون توجه به پیامدهای مالی آن‌ها فهم کرد. بنابراین، ترکیب رویکرد حکمرانی شبکه‌ای و حکمرانی مالی در این پژوهش

به منظور تحلیل منسجم رابطه میان ساختار نهادی و نتایج مالی بودجه‌ریزی سلامت به کار گرفته می‌شود.

پیشینه پژوهش

ادبیات بین‌المللی در حوزه مدیریت مالی بخش سلامت نشان می‌دهد که نحوه طراحی و اجرای بودجه نقشی اساسی در کارایی، عدالت و پاسخ‌گویی نظام‌های سلامت دارد. در گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت درباره «حکمرانی مالی در نظام سلامت» تأکید شده است که شفافیت جریان منابع، قابلیت ردیابی هزینه‌ها، پیش‌بینی‌پذیری تخصیص و پیوند بودجه با نتایج سلامت، چهار مؤلفه اصلی حکمرانی مالی مؤثر به شمار می‌آیند (Barroy et al., 2024). گریر و همکاران نیز در مطالعه‌ای تطبیقی بر نظام‌های سلامت اروپا نشان داده‌اند که هر جا فرایند بودجه‌ریزی سلامت در چارچوب قواعد مالی روشن و هماهنگی بین سازمانی قرار گرفته، هم‌راستایی مؤثرتری میان سیاست‌ها و تخصیص‌ها حاصل شده است (Greer, 2025). مرور کلی‌تر ادبیات توسط کاتزین نیز نشان می‌دهد که اصلاحات تأمین مالی سلامت تنها زمانی به نتایج پایدار منجر می‌شود که تغییرات بودجه‌ای با اصلاحات نهادی و سازوکارهای حکمرانی همراه باشد (Kutzin et al., 2024:2-4).

بخشی از مطالعات بین‌المللی مستقیماً به نقش بودجه دولت در خرید راهبردی خدمات سلامت پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد بودجه عمومی، برخلاف کارکرد بالقوه‌اش، اغلب به عنوان «ابزاری کمتر مورد استفاده» در هدایت اصلاحات عمل می‌کند؛ زیرا ضعف در طراحی و اجرای بودجه حتی با وجود برنامه‌های رسمی می‌تواند امکان خرید راهبردی خدمات را محدود سازد (Ssenyonjo et al., 2022:3). گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۴) نیز نشان می‌دهد کشورهایی که بودجه‌ریزی برنامه‌ای را اجرا کرده‌اند، توانسته‌اند پیوند میان اولویت‌های سلامت و تخصیص منابع را تقویت و شفافیت هزینه‌ها را افزایش دهند. در کنار این، پژوهش‌هایی مبتنی بر چارچوب ارزیابی PEFA به این نتیجه رسیده‌اند که در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، چالش اصلی نه کمبود منابع، بلکه ناهمخوانی میان قواعد رسمی بودجه و رفتار واقعی نهادهای درگیر در تصمیم‌گیری است (Lassou et al., 2024:11). بنابراین، ادبیات بین‌المللی بر یک نکته کلیدی اجماع دارد:

بدون حکمرانی مالی شفاف، هماهنگ و پاسخ‌گو، بودجه سلامت نمی‌تواند در خدمت اهداف عدالت، کارایی و بهبود نتایج سلامت عمل کند.

جمع‌بندی ادبیات بین‌المللی نشان می‌دهد که شفافیت جریان منابع، قابلیت ردیابی هزینه‌ها، پیش‌بینی‌پذیری تخصیص و پیوند بودجه با نتایج سلامت، عناصر محوری حکمرانی مالی مؤثر هستند. با این حال، بخش عمده این مطالعات در سطح مالی و فنی باقی‌مانده‌اند و کمتر توضیح داده‌اند که تعارض منطق‌های نهادی و سازوکارهای شبکه‌ای تصمیم‌گیری چگونه این نارسایی‌های مالی را در عمل تولید و بازتولید می‌کند.

در ایران نیز مجموعه‌ای از پژوهش‌های تجربی، چالش‌های ساختاری بودجه‌ریزی سلامت را مستند کرده‌اند. مطالعه (Moradi et al. (2023:7-10 نشان می‌دهد چندگانگی بازیگران، اختلاف معیارهای برآورد نیاز و ناهماهنگی میان وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه و بیمه‌های پایه، موجب گسست پایدار میان برنامه‌های بخشی و بودجه مصوب می‌شود. پژوهش (Abolhallaj et al. (2021:4-7 درباره «نظام جدید مدیریت مالی سلامت» نشان می‌دهد با وجود تلاش‌ها برای بهبود نظام اطلاعاتی و فرایندهای مالی، وجود جریان‌های مالی پراکنده، نبود سامانه اطلاعات مالی یکپارچه و ضعف پاسخ‌گویی مانع تحقق اهداف اصلاحات شده است.

این دسته از پژوهش‌ها به‌خوبی چندگانگی بازیگران، ضعف پیوند برنامه‌وبودجه و مشکلات اجرایی بودجه سلامت ایران را نشان داده‌اند. باوجود این، بیشتر آن‌ها یا در سطح توصیف مسائل متوقف شده‌اند، یا پیوند نظام‌مند میان این مسائل و شاخص‌های حکمرانی مالی WHO/PEFA و نیز ریشه‌های شبکه‌ای/نهادی آن‌ها را به‌صورت تلفیقی بررسی نکرده‌اند.

در ادبیات فارسی مرتبط با حکمرانی و بودجه‌ریزی، تصویر گسترده‌تری از مشکلات نظام مالی عمومی ترسیم شده است. پرکان (۱۴۰۴:۱۲) در تحلیل نقش زمینه‌ای بودجه‌ریزی عملیاتی تأکید می‌کند که اجرای بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، بدون اصلاحات نهادی و تقویت هماهنگی بین‌سازمانی، بهبود معناداری در کارایی ایجاد نمی‌کند. رضوانی‌فر و سلیمی (۱۴۰۳: ۹-۱۶) نیز در بررسی چالش‌های حکمرانی مبتنی بر توسعه پایدار نشان می‌دهند که

ضعف در هم‌راستاسازی اهداف بلندمدت با سازوکارهای عملیاتی بودجه، یکی از موانع مهم تحقق برنامه‌های توسعه است. غفاری‌فرد (۱۴۰۳: ۵۵-۶۴) در پژوهش خود درباره قواعد حکمرانی بودجه منطقه‌ای، به نبود قواعد پایدار، شفاف و یکپارچه و نقش آن در بی‌ثباتی تخصیص‌ها اشاره می‌کند. رستمی و سهرابی (۱۴۰۳: ۱۰۱-۱۱۹) نیز در مقایسه نظام بودجه‌ریزی ایران و فرانسه، فاصله قابل توجه میان قواعد حقوقی و رویه‌های عملی را عامل اصلی ناکارآمدی نظام بودجه‌ریزی ایران معرفی می‌کنند.

ادبیات فارسی حکمرانی و بودجه عمومی با برجسته کردن زمینه‌های نهادی، اجتماعی و شبکه‌ای بودجه در ایران، شکاف میان قواعد رسمی و رویه‌های عملی را توضیح داده است. اما این مطالعات معمولاً چرخه بودجه‌ریزی سلامت را به طور مشخص و هم‌زمان در پیوند با منطق‌های نهادی بازیگران و شاخص‌های حکمرانی مالی WHO/PEFA تحلیل نکرده‌اند. در ادبیات اجتماعی تر بودجه، یوسفوند (۱۴۰۳: ۲۲-۲۹) نشان می‌دهد که تخصیص منابع در ایران بیش از آنکه نتیجه محاسبات فنی باشد، محصول روابط قدرت، شبکه‌های سازمانی و ملاحظات سیاسی است. جعفری (۱۴۰۳) در مقایسه تجربه تصویب بودجه در مجلس کانادا و ایران تأکید می‌کند غیبت مشارکت واقعی نهادهای تخصصی در ایران، موجب تضعیف پیوند میان برنامه‌ها و اعتبارات شده است. میرشکاری و برومند کاخکی (۱۴۰۳: ۴۴-۵۲) نیز در تحلیل چالش‌های نوپدید سلامت، به شکاف میان تحولات سیاستی و ظرفیت‌های مالی و نهادی اشاره کرده‌اند. مطالعه امیری‌نیا و همکاران (۱۴۰۳: ۸۳-۸۹) درباره شفافیت مالی در دانشگاه علوم پزشکی لرستان نیز نشان می‌دهد نبود زیرساخت‌های اطلاعاتی و سازوکارهای گزارش‌دهی منظم، یکی از موانع اصلی ارتقای شفافیت و پاسخ‌گویی مالی در سطح دانشگاهی است.

در سطح کلان‌تر، عبداللهی و همکاران (۱۴۰۳: ۷۲۱-۷۳۶) در ارزیابی الگوی تحقق سیاست‌های کلی نظام، نشان می‌دهند که فاصله قابل توجهی میان اهداف اعلام‌شده و وضعیت واقعی شاخص‌های حکمرانی شامل شفافیت، پاسخ‌گویی و کارآمدی وجود دارد. این یافته با نتایج (Danacefard & Golverdi (2024) درباره چالش‌های حکمرانی عمومی و

محدودیت ظرفیت نهادی برای مدیریت مسائل پیچیده‌ای همچون بودجه‌ریزی سلامت هم‌خوان است.

به بیان دیگر، ادبیات موجود هر یک از این سطوح را جداگانه بررسی کرده‌اند، اما تحلیلی که تعامل شبکه‌ای و تعارض منطق‌های نهادی بازیگران را در کنار پیامدهای مالی آن بر اساس چارچوب WHO/PEFA به صورت یکپارچه در چرخه بودجه‌ریزی سلامت ایران توضیح دهد، کمتر ارائه شده است. این شکاف، مسئله و نوآوری اصلی پژوهش حاضر را شکل می‌دهد.

جمع‌بندی این ادبیات نشان می‌دهد که در سطح جهانی، پیوند میان حکمرانی مالی و عملکرد نظام سلامت کاملاً شناخته شده و در سطح ایران نیز پژوهش‌های ارزشمندی درباره چالش‌های بودجه‌ریزی انجام شده است. با این حال، اغلب مطالعات داخلی یا بر جنبه‌های فنی بودجه (مانند بودجه‌ریزی عملیاتی و ساختار ردیف‌ها) متمرکز بوده‌اند یا به‌طور کلی به مشکلات حکمرانی مالی پرداخته‌اند. آنچه کمتر مورد بررسی قرار گرفته، تحلیلی است که چرخه بودجه‌ریزی سلامت را هم‌زمان از منظر حکمرانی عمومی و تعامل شبکه‌ای بازیگران و اصول حکمرانی مالی سلامت تحلیل کند و نشان دهد چگونه اختلاف منطق نهادی میان نهادهای درگیر، به شکاف پایدار میان اهداف سیاستی و تخصیص واقعی منابع منجر می‌شود. این خلأ، نقطه شروع و توجیه اصلی پژوهش حاضر است.

روش

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی اسنادی است که باهدف واکاوی سازوکارهای نهادی و حکمرانی مؤثر بر فرایند بودجه‌ریزی نظام سلامت ایران انجام شده است. تحلیل اسناد با رویکرد چارچوب‌محور در سه گام انجام شد؛ بدین معنا که گزاره‌ها و شواهد مرتبط از اسناد استخراج و سپس بر اساس دو چارچوب نظری پژوهش (حکمرانی شبکه‌ای و اصول حکمرانی مالی WHO/PEFA) مقایسه و تفسیر شدند. این رویکرد در مطالعات سیاست‌گذاری و تحلیل اسناد، ذیل تحلیل اسنادی چارچوب‌محور/تفسیر محور به کار می‌رود و امکان استخراج و تفسیر ساختارمند گزاره‌ها در نسبت با چارچوب نظری را فراهم می‌کند.

(Bowen, 2009) داده‌ها بر پایه مرور دامنه‌دار اسناد رسمی، گزارش‌های سیاستی و مالی، قوانین بودجه، و مجموعه‌ای از مطالعات علمی داخلی و بین‌المللی گردآوری شده‌اند. در این رویکرد، تمرکز اصلی نه بر تحلیل میدانی یا داده‌های کمی، بلکه بر تبیین منطق تصمیم‌گیری نهادها، روابط میان آن‌ها و ساختار حکمرانی حاکم بر چرخه بودجه است.

۱. منابع داده

۱-۱. اسناد رسمی و سیاستی ایران

این دسته شامل قانون بودجه سال ۱۴۰۴ و لوایح مربوط، برنامه‌های ششم و هفتم توسعه، اسناد وزارت بهداشت درباره فرایند بودجه‌ریزی و جریان تأمین و توزیع منابع، ضوابط اجرایی بودجه، آیین‌نامه‌های مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی و گزارش‌های سازمان برنامه‌وبودجه است. این اسناد چارچوب قانونی، قواعد حاکم بر تصمیم‌گیری مالی و الگوی تخصیص منابع در نظام سلامت ایران را روشن می‌کنند.

۲-۱. مقالات علمی مرتبط با بودجه‌ریزی سلامت ایران

در این پژوهش، ۳۲ مقاله علمی منتشرشده در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ مورد بررسی قرار گرفته است. معیارهای انتخاب این مقالات عبارت بوده است از:

- تمرکز مستقیم بر بودجه‌ریزی یا مدیریت مالی سلامت
- ارائه شواهد تجربی درباره چالش‌های نهادی و مالی
- انتشار در مجلات معتبر و داوری‌شده

دسترسی به متن کامل مقاله این مجموعه برای استخراج الگوهای تکرارشونده، تحلیل نقاط ضعف ساختاری و تبیین رفتار نهادی بازیگران در چرخه بودجه سلامت به کاررفته است.

۳-۱. اسناد و چارچوب‌های بین‌المللی

اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2024)، چارچوب مدیریت مالی عمومی (PEFA (2024 و مطالعات تطبیقی کشورهایی با ساختار مشابه (مانند Brennan et al., 2024؛ Lassou et al., 2024) نیز به‌عنوان مبنایی برای سنجش کیفیت حکمرانی

مالی و مقایسه وضعیت ایران مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این اسناد امکان ارزیابی شکاف‌های نهادی و پیامدهای مالی بودجه‌ریزی سلامت را در یک چارچوب استاندارد فراهم می‌کنند.

۲. روش تحلیل

فرایند تحلیل اسناد با رویکرد چارچوب‌محور در سه گام انجام شده است:

۱-۲. استخراج گزاره‌های تحلیلی

ابتدا متون قانونی، گزارش‌ها و مقالات علمی بر اساس محورهای نظری پژوهش مرور شدند.

گزاره‌های مرتبط در حوزه‌های زیر استخراج و طبقه‌بندی گردید:

- نقش و اختیارات نهادهای اصلی در چرخه بودجه
 - منطق‌های متفاوت تصمیم‌گیری
 - سازوکارهای هماهنگی و ناهماهنگی نهادی
 - شفافیت و جریان اطلاعات مالی
 - پاسخ‌گویی، ردیابی منابع و اجرای بودجه
 - شکاف برنامه‌بودجه و پیامدهای آن
- این مرحله به استخراج مجموعه‌ای از مضامین اولیه منجر شد.

۲-۲. تحلیل چارچوب‌محور

در مرحله دوم، مضامین استخراج شده با دو چارچوب نظری اصلی پژوهش تطبیق داده شدند:

- ❖ نظریه حکمرانی شبکه‌ای رودز و بویر
 - ❖ (تعدد بازیگران، پراکندگی اختیار، وابستگی متقابل، تعارض منافع)
 - ❖ اصول حکمرانی مالی سازمان جهانی بهداشت
 - ❖ (شفافیت، هماهنگی نهادی، پاسخ‌گویی، ردیابی منابع، پیوند منابع با نتایج)
- این مقایسه نشان داد که هر یک از مسائل مالی مشاهده شده در بودجه‌ریزی سلامت، چه خاستگاه نهادی یا حکمرانی دارد.

۲-۳. ترکیب نهایی و استخراج الگوهای حکمرانی

در گام پایانی، یافته‌های به‌دست‌آمده از اسناد داخلی، مقالات علمی و چارچوب‌های بین‌المللی ترکیب شدند و الگوی حکمرانی بودجه‌ای نظام سلامت ایران بازسازی شد. این فرایند امکان تحلیل یکپارچه‌ای را فراهم کرد که نشان می‌دهد ناهماهنگی‌ها، شکاف‌های نهادی و پیامدهای مالی چگونه در شبکه تصمیم‌گیری بودجه سلامت شکل می‌گیرند و بازتولید می‌شوند.

۳. اعتباربخشی تحلیل

برای تقویت اعتبار و اتکاپذیری یافته‌ها، از چند سازوکار مکمل استفاده شده است: مثلث‌سازی منابع با ترکیب اسناد قانونی، پژوهش‌های علمی و گزارش‌های بین‌المللی. مقایسه تحلیل‌ها با استانداردهای جهانی حکمرانی مالی (PEFA، WHO) کنترل پایایی مفاهیم از طریق تطبیق مضامین تکرارشونده در چندین سند معتبر این اقدامات موجب افزایش شفافیت روش، قابلیت اعتماد و استحکام تحلیلی یافته‌ها شده است. به‌منظور روشن‌سازی فرایند استخراج داده‌ها و منابع مورداستفاده، جدول ۱ فرایند غربالگری و انتخاب مطالعات مورد بررسی را نشان می‌دهد؛ تحلیل قوانین و اسناد رسمی به‌صورت مستقل و در قالب تحلیل اسنادی انجام شده است.

جدول ۱. فرایند غربالگری و انتخاب مطالعات مورد بررسی

مرحله	شرح فعالیت	تعداد
۱. شناسایی اولیه منابع	جست‌وجوی اسنادی، گزارش‌ها، قوانین، بخشنامه‌ها، اسناد داخلی وزارت بهداشت و مقالات فارسی/انگلیسی	۵۴
۲. حذف موارد تکراری	حذف نسخه‌های تکراری و هم‌پوشان	۸ مورد حذف شد - باقی‌مانده: ۴۶
۳. غربالگری اولیه	بررسی ارتباط موضوعی منابع با حکمرانی مالی سلامت و بودجه‌ریزی	۳۶
۴. بررسی متن کامل	مطالعه کامل اسناد و حذف موارد فاقد ارزش تحلیلی	۴ مورد حذف شد - باقی‌مانده: ۳۲
۵. انتخاب نهایی	انتخاب منابع دارای داده تحلیلی و قابل‌استفاده	۳۲ منبع نهایی

یافته‌ها

تحلیل اسناد سیاستی و بودجه‌ای

در این زیربخش، یافته‌های حاصل از تحلیل مستقیم اسناد سیاستی و بودجه‌ای کشور از جمله قانون بودجه و لایحه ۱۴۰۴، برنامه هفتم توسعه، ضوابط اجرایی بودجه، اسناد فرایند بودجه‌ریزی سلامت، جریان تأمین و توزیع منابع و گزارش‌های رسمی مالی ارائه می‌شود. این یافته‌ها بنیان تجربی اصیل پژوهش حاضر را شکل می‌دهند و مبنای تفسیر و تلفیق نظری در زیربخش‌های بعدی هستند. یافته‌های زیر مستقیماً از تحلیل این اسناد رسمی و سیاستی استخراج شده‌اند.

تحلیل قانون بودجه ۱۴۰۴ و لایحه آن نشان می‌دهد که سلامت در جداول بودجه‌ای عمدتاً در قالب ردیف‌ها و برنامه‌های عمومی دولت تعریف شده و در سطح قواعد مالی، منطق متمایزی برای اولویت‌دهی به اهداف عدالت سلامت، تقویت مراقبت‌های اولیه یا کاهش پرداخت از جیب مشاهده نمی‌شود. به بیان دیگر، ترجمه عددی اولویت‌های سیاستی سلامت در متن بودجه ضعیف است و سلامت در معماری بودجه عمومی موقعیتی تبعی دارد. (دولت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ الف؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۲)

مطالعه اسناد رسمی مرتبط با چرخه بودجه سلامت نشان می‌دهد فرایند بودجه‌ریزی با تعدد نهادهای تصمیم‌گیر و مسیرهای چندگانه تخصیص شکل گرفته است؛ به گونه‌ای که تدوین، تصویب، تخصیص و مصرف اعتبارات در کانال‌هایی با قواعد جداگانه پیش می‌رود. در این اسناد، سازوکار نهادی پایدار برای هم‌راستاسازی منطق تصمیم‌گیری بازیگران و حل اختلافات افقی بین نهادهای درگیر دیده نمی‌شود و تعاملات بیشتر ماهیتی چانه‌زنی محور دارد. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ الف؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ ب؛ وزارت بهداشت، ۱۳۹۸)

بررسی ضوابط اجرایی بودجه ۱۴۰۴ و گزارش‌های رسمی روند بودجه‌ای سلامت نیز نشان می‌دهد ترکیب اعتبارات همچنان به نفع هزینه‌های جاری تثبیت شده و فضای مانور برای جابه‌جایی منابع به سمت برنامه‌های پیشگیری و مراقبت‌های اولیه محدود است. علاوه

بر این، تخصیص‌های مرحله‌ای و وابستگی دانشگاه‌های علوم پزشکی به منابع ناپایدار، بی‌ثباتی جریان اعتبارات را تشدید کرده و امکان برنامه‌ریزی میان‌مدت در سطح اجرا را تضعیف می‌کند. (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳؛ سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ الف) در ادامه، یافته‌های تفصیلی در قالب زیربخش‌های ۱ تا ۸ ارائه و در چارچوب حکمرانی شبکه‌ای و اصول WHO/PEFA تفسیر می‌شوند:

۱. جایگاه سلامت در معماری حکمرانی بودجه عمومی

مقایسه قانون بودجه ۱۴۰۴، متن لایحه بودجه ۱۴۰۴ و احکام مرتبط در برنامه هفتم توسعه نشان می‌دهد که بخش سلامت، در معماری کلی حکمرانی مالی کشور، در موقعیت یک «زیربخش» از نظام بودجه‌ای قرار دارد که قواعد آن در سطح کلان دولت و سازمان برنامه‌وبودجه تعیین می‌شود. سقف اعتبارات، قواعد کلی تخصیص، محدودیت‌های کسری و اولویت‌های هزینه‌ای در متون بودجه‌ای در سطح کل نظام تعریف شده‌اند و سلامت در جداول بودجه، در قالب چند ردیف و برنامه در کنار سایر بخش‌ها قرار می‌گیرد؛ بدون آنکه منطق خاصی برای ترجیح سلامت در سطح قواعد مالی دیده شود (دولت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲؛ سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ الف؛ سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۲)

در برنامه هفتم توسعه تأکیدهای مکرری بر ارتقای عدالت سلامت، تقویت مراقبت‌های اولیه و کاهش پرداخت از جیب وجود دارد، اما هنگام رجوع به جداول و احکام قانون بودجه ۱۴۰۴، این اولویت‌ها به صورت صریح در قالب معیارهای تخصیص یا سازوکارهای تشویقی تنبیهی مالی ترجمه نشده‌اند. این ناهمخوانی میان گفتمان برنامه‌ای و متن بودجه‌ای، یکی از نخستین نشانه‌های شکاف میان سطح سیاست‌گذاری و سطح حکمرانی مالی در بخش سلامت است. (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۲؛ سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ الف)

این وضعیت از منظر حکمرانی مالی، بیانگر ضعف در شاخص «پیوند برنامه‌وبودجه» و «هم‌راستایی تخصیص با اولویت‌های سیاستی» در چارچوب WHO است. از منظر حکمرانی شبکه‌ای نیز ریشه آن در غلبه منطق کلان مالی سازمان برنامه‌وبودجه بر سایر منطق‌های نهادی شبکه سلامت قرار دارد.

۲. چندگانگی بازیگران و فقدان مرکز تصمیم‌گیری منسجم

تحلیل اسناد «فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت» و «جریان تأمین و توزیع بودجه در نظام سلامت» نشان می‌دهد که بودجه‌ریزی سلامت، برآیند تعامل دست‌کم چهار بازیگر اصلی است: وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه، خزانه‌داری وزارت امور اقتصادی و دارایی، و سازمان‌های بیمه‌گر پایه؛ در کنار دانشگاه‌های علوم پزشکی که در سطح اجرا نقش تعیین‌کننده دارند. (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ الف؛ سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ ب؛ وزارت بهداشت، ۱۳۹۸)

در سند فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت، مراحل ارائه پیشنهاد، بررسی در سازمان برنامه، اصلاح و تصویب، و سپس ابلاغ اعتبارات به صورت گام‌به‌گام ترسیم شده است. در سند جریان تأمین و توزیع بودجه در نظام سلامت نیز، مسیر حرکت منابع از خزانه تا واحدهای ارائه خدمت به تفکیک نهادها نشان داده شده است. کنار هم گذاشتن این دو سند نشان می‌دهد که هر یک از نهادها بر اساس منطق نهادی خود تصمیم می‌گیرد: وزارت بهداشت بر نیازهای خدماتی و فشار واحدهای صف، سازمان برنامه‌وبودجه بر سقف منابع عمومی و کنترل کسری، بیمه‌ها بر پایداری تعهدات و دانشگاه‌ها بر تأمین هزینه‌های جاری و حفظ ظرفیت خدمت. هیچ‌یک از این اسناد، از وجود یک سازوکار رسمی و پایدار برای هم‌راستا کردن این منطق‌ها و رسیدن به تصمیم مشترک مبتنی بر شواهد سخن نمی‌گویند؛ بلکه بیشتر از جلسات، کارگروه‌ها و مکاتباتی یاد می‌شود که نقششان نزدیک‌تر به چانه‌زنی است تا یک سازوکار حکمرانی شفاف و قاعده‌مند. (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ ب؛ وزارت بهداشت، ۱۳۹۸؛ یوسفوند، ۱۴۰۳)

این یافته در شاخص «هماهنگی نهادی در تصمیم‌گیری» و «پاسخ‌گویی مشترک» در چارچوب WHO نمود دارد. ریشه شبکه‌ای آن نیز در پراکندگی اختیار و تعارض منطق‌های نهادی بازیگران اصلی بودجه سلامت است.

۳. فرایند تدوین بودجه: فاصله میان برنامه‌های سلامت و جداول بودجه‌ای

در بخش‌های مرتبط با سلامت در برنامه هفتم توسعه، اهداف روشنی مانند تقویت شبکه بهداشت، کاهش سهم پرداخت از جیب، افزایش کارایی هزینه‌کرد و بازآرایی نظام ارائه خدمت ذکر شده است. اما در بررسی متن لایحه بودجه ۱۴۰۴ و قانون بودجه ۱۴۰۴، آنچه در جداول مشاهده می‌شود، بیشتر دنباله روندهای گذشته است تا تجلی عددی این اهداف. در سند فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت، تصریح شده است که پیشنهادهای بودجه‌ای وزارت بهداشت عمدتاً بر مبنای روند هزینه‌کرد سنوات قبل، افزایش هزینه‌های اجتناب‌ناپذیر و نیازهای اعلام‌شده واحدها تنظیم می‌شود. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۲؛ دولت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ الف) در روند بودجه‌ای و شیوه تأمین مالی سلامت نیز تأکید شده که پیوند میان شاخص‌های عملکرد و ارقام پیشنهادی، محدود و عمدتاً شکلی است. تطبیق این دو سند با جداول اعتبارات برنامه‌ای در قانون بودجه ۱۴۰۴ نشان می‌دهد که بسیاری از برنامه‌ها و زیربرنامه‌ها، عناوینی کلی و هم‌پوشان دارند و از طریق آن‌ها نمی‌توان به‌روشنی تشخیص داد که چه سهمی از منابع دقیقاً در خدمت کدام هدف سیاستی قرار گرفته است. (پرکان، ۱۴۰۴؛ رضوانی‌فر و سلیمی، ۱۴۰۳؛ رستمی و سهرابی، ۲۰۲۴)

این مسئله در شاخص «اعتبار برنامه‌ای بودجه» و «انطباق اهداف و اعتبارات» در WHO/PEFA بازتاب می‌یابد. در سطح شبکه‌ای، علت آن نبود سازوکار هماهنگی افقی برای ترجمه اهداف برنامه‌ای به تصمیم مشترک بودجه‌ای است.

۴. ترکیب اعتبارات: غلبه هزینه‌های جاری بر جهت‌گیری‌های سیاستی

تحلیل جداول اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای در قانون بودجه ۱۴۰۴، در کنار داده‌های ارائه‌شده در گزارش «روند بودجه‌ای و شیوه تأمین مالی سلامت»، نشان می‌دهد که بخش غالب منابع سلامت صرف هزینه‌های جاری می‌شود؛ به‌ویژه حقوق و مزایا، کارانه‌ها و هزینه‌های اجتناب‌ناپذیر واحدهای درمانی. سهم اعتبارات تملکی و سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و نیز اعتبارات اختصاص‌یافته به برنامه‌های مشخص ارتقای سلامت و پیشگیری، در مقایسه با بار انتظارات سیاستی، محدود است. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ الف)

گزارش «بررسی چالش‌های بودجه سلامت» تصریح می‌کند که در عمل، تقریباً تمام افزایش‌های اسمی بودجه سلامت در سال‌های اخیر به مصرف پوشش افزایش قیمت‌ها و تعهدات قبلی رسیده و فضای واقعی برای جابه‌جایی منابع به سمت اولویت‌های جدید یا تقویت مراقبت‌های اولیه بسیار کم است. این جمع‌بندی، با بررسی جداول فصل سلامت در قانون بودجه ۱۴۰۴ و توضیحات مندرج در ضوابط اجرایی بودجه ۱۴۰۴ هم‌خوان است؛ جایی که تأکید بر کنترل اضافه‌کار، کارانه و هزینه‌های پرسنلی، بیش از تأکید بر توسعه برنامه‌های نوآورانه دیده می‌شود. (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۲؛ پرکان، ۱۴۰۴)

این یافته با شاخص «ترکیب هزینه‌ها و اولویت‌بندی اعتبارات» در WHO ارتباط مستقیم دارد. ریشه نهادی/شبکه‌ای آن نیز در قفل‌شدگی تصمیم‌گیری در منطق هزینه‌های تاریخی و تعهدات تثبیت‌شده بازیگران شبکه است.

۵. چندپارگی مالی و دشواری مدیریت یکپارچه منابع

در سند «جریان تأمین و توزیع بودجه در نظام سلامت» نقشه‌ای از مسیر حرکت منابع ترسیم شده است که نشان می‌دهد منابع عمومی، اختصاصی، درآمدی و بیمه‌ای در نقاط مختلفی وارد سیستم می‌شوند و هر یک تابع قواعد جداگانه‌ای برای هزینه‌کرد هستند. در گزارش «روند بودجه‌ای و شیوه تأمین مالی سلامت» نیز به این نکته اشاره شده که بخشی از منابع مرتبط با سلامت در ردیف‌ها و برنامه‌های خارج از فصل سلامت ثبت می‌شوند؛ مانند برخی طرح‌های عمرانی، یارانه‌ها یا صندوق‌های خاص (سازمان برنامه‌وبودجه، ۱۴۰۳ الف؛ دولت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲).

ترکیب این اطلاعات نشان می‌دهد که نه در جداول قانون بودجه ۱۴۰۴ و نه در اسناد اجرایی، تصویر واحد و کاملی از مجموع منابع عمومی و شبه عمومی سلامت ارائه نشده است. در سطح دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها نیز، طبق آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، حساب‌ها و کدهای متعدد درآمدی و هزینه‌ای وجود دارد که هر یک محدودیت‌ها و قیود خود را دارد. این چندپارگی، از منظر حکمرانی مالی، مدیریت یکپارچه منابع و طراحی سیاست‌های کل‌نگر را به‌صورت ساختاری دشوار می‌کند و مدیران را به سمت «وصله‌پینه منابع» برای پاسخ به نیازهای فوری سوق می‌دهد (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸).

این وضعیت در شاخص «ردیابی جریان منابع» و «شفافیت تصویر کل منابع سلامت» در WHO/PEFA نمود می‌یابد. منشأ شبکه‌ای آن نیز در تعدد کانال‌های مالی و نبود نهاد هماهنگ کننده قدرتمند در شبکه حکمرانی بودجه سلامت است.

۶. تخصیص و اجرا: عدم پیش‌بینی‌پذیری و فاصله میان تصویب و عمل

مطالعه ضوابط اجرایی بودجه ۱۴۰۴ به همراه بخش‌های مربوط به تخصیص در گزارش‌های مالی، نشان می‌دهد که مسیر اجرای بودجه از تصویب تا مصرف، شامل چند مرحله تخصیص و ابلاغ است؛ به گونه‌ای که اعتبارات مصوب، لزوماً به طور کامل و در زمان مقرر در اختیار دستگاه‌های سلامت قرار نمی‌گیرد. در بررسی چالش‌های بودجه سلامت نیز به این نکته اشاره شده که دانشگاه‌های علوم پزشکی، به طور مکرر با تخصیص‌های کمتر از سقف مصوب، تأخیر در دریافت وجوه و محدودیت در جابه‌جایی اعتبارات روبه‌رو هستند. مقایسه احکام قانون بودجه ۱۴۰۴ با رویه‌های توضیح داده شده در ضوابط اجرایی بودجه ۱۴۰۴ نشان می‌دهد که در عمل، بخشی از تصمیم‌گیری درباره اولویت‌بندی هزینه‌ها به سطح اجرا واگذار می‌شود، اما بدون آنکه چارچوب روشنی برای ترجیح اهداف سیاستی سلامت در شرایط کسری منابع تعریف شده باشد. این وضعیت، فضای برنامه‌ریزی را برای مدیران سلامت نامطمئن و کوتاه‌مدت می‌کند و توان آن‌ها را برای پیگیری اصلاحات ساختاری کاهش می‌دهد. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳ الف)

این یافته مصداق ضعف در شاخص «پیش‌بینی‌پذیری تخصیص/اعتبار» در PEFA است. در سطح شبکه‌ای، این بی‌ثباتی حاصل وابستگی متقابل نامتوازن و تعارض منافع میان نهادهای مالی و سلامت در شبکه تصمیم‌گیری است.

۷. نظارت و پاسخ‌گویی: غلبه کنترل شکلی بر ارزیابی نتایج

در آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر مقررات مالی مرتبط، تأکید برجسته‌ای بر رعایت تشریفات، انضباط مالی و کنترل شکلی هزینه‌ها دیده می‌شود. اما در اسناد مرور شده، سازوکار منسجم و منظم برای پیوند دادن داده‌های مالی به شاخص‌های نتایج سلامت کمتر مشاهده می‌شود. گزارش «بررسی چالش‌های بودجه سلامت» و برخی

گزارش‌های داخلی، ضعف در نظام گزارش‌دهی عملکرد، نبود شاخص‌های روشن برای سنجش تحقق اهداف برنامه‌ای و عدم استفاده سیستماتیک از اطلاعات عملکردی در اصلاح بودجه‌های بعدی را به عنوان نقاط ضعف اصلی ذکر می‌کنند. (وزارت بهداشت، ۱۳۹۸؛ امیری‌نیا و همکاران، ۲۰۲۴)

ترکیب این شواهد نشان می‌دهد که پاسخ‌گویی در نظام بودجه سلامت، بیش از آنکه نسبت به «نتایج سلامت» تعریف شده باشد، نسبت به «رعایت مقررات مالی» شکل گرفته است؛ به این معنا که اگر هزینه‌ها در چارچوب ضوابط انجام شود، از منظر نظارتی وضعیت قابل قبول فرض می‌شود، حتی اگر جهت‌گیری هزینه‌کرد با اهداف عدالت، کارایی یا افزایش پوشش هم‌خوان نباشد. (آیین‌نامه مالی معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۱۳۹۸)

وضعیت با شاخص «پاسخ‌گویی مبتنی بر نتایج سلامت» در WHO ناسازگار است. ریشه شبکه‌ای آن در غلبه منطق بوروکراتیک رعایت مقررات بر منطق عملکرد محور در شبکه نهادهای ناظر و مجری است.

۸. جمع‌بندی تحلیلی

برآیند تحلیل اسناد رسمی و گزارش‌های سیاستی نشان می‌دهد که از منظر حکمرانی عمومی، فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت ایران با چند ویژگی ساختاری مشخص می‌شود:

۱. وابستگی شدید به قواعد کلان بودجه‌ای و فقدان منطق مالی متمایز برای سلامت؛
۲. چندگانگی بازیگران و نبود سازوکار نهادی پایدار برای هماهنگ‌سازی منطقی‌های متفاوت تصمیم‌گیری؛
۳. فاصله میان گفت‌وگوهای برنامه‌ای (در برنامه هفتم و اسناد سیاستی سلامت) و زبان اعداد و جداول در قانون و لایحه بودجه ۱۴۰۴؛
۴. غلبه هزینه‌های جاری و تعهدات تثبیت‌شده بر امکان اعمال جهت‌گیری سیاستی در ترکیب هزینه‌ها؛
۵. چندپارگی مالی و نبود تصویر جامع از مجموع منابع سلامت؛
۶. عدم پیش‌بینی‌پذیری در تخصیص و اجرا و در نتیجه، محدود شدن افق برنامه‌ریزی مدیران؛
۷. غلبه کنترل شکلی بر ارزیابی نتایج و تضعیف پاسخ‌گویی نسبت به دستاوردهای سلامت.

این ویژگی‌ها نشان می‌دهد که چالش اصلی، صرفاً فنی یا محدود به یک حلقه از چرخه بودجه نیست؛ بلکه ریشه در معماری نهادی و شیوه حکمرانی بر بودجه سلامت دارد و بدون اصلاح این لایه، تغییرات جزئی در جداول و رویه‌ها، اثر محدودی بر بهبود کارایی و عدالت در نظام سلامت خواهد داشت. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۲؛ دولت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳؛ سازمان برنامه و بودجه، ۱۴۰۳؛ وزارت بهداشت، ۱۳۹۸؛ یوسفوند، ۱۴۰۳)

بنابراین، یافته‌ها نشان می‌دهد نارسایی‌های مالی مشاهده شده در شاخص‌های WHO/PEFA، پیامد مستقیم الگوی تعامل و تعارض منطق‌های نهادی در شبکه حکمرانی بودجه سلامت است. (پرکان، ۱۴۰۴؛ رضوانی فر و سلیمی، ۱۴۰۳؛ غفاری فرد، ۲۰۲۴؛ رستمی و سهرابی، ۲۰۲۴)

برای افزایش شفافیت روش و نشان‌دادن اینکه هر بخش از یافته‌ها بر اساس کدام دسته از اسناد و منابع استخراج شده است، جدول ۲ ارائه شده است. این جدول نوع اسناد بررسی شده، نمونه‌های مورد استفاده، نوع اطلاعات استخراج شده و نقش هر دسته سند در شکل‌گیری یافته‌های پژوهش را به صورت خلاصه نمایش می‌دهد.

جدول ۲. مشخصات و کارکرد مطالعات انتخاب شده

مطالعه	سال	نوع طراحی مطالعه	دلیل انتخاب
WHO – Public Spending on Health	2024	گزارش تحلیلی	چارچوب هزینه‌کرد و سهم سلامت در بودجه عمومی
Barroy et al., WHO – PFM in Health	2024	گزارش پژوهشی	تحلیل حکمرانی مالی سلامت در کشورهای مختلف
Lassou et al., PEFA Research	2024	گزارش تحلیلی	ارتباط شاخص‌های PEFA با ارائه خدمات سلامت
Vammalle et al OECD – Peru Budgeting Practices	2018	مطالعه موردی	تجربه اصلاح بودجه‌ریزی سلامت در پرو
Mahdiyan et al. (Iran) – PHC Financing	2025	مطالعه کیفی	چالش‌های تأمین مالی PHC در ایران

ادامه جدول ۲.

مطالعه	سال	نوع طراحی مطالعه	دلیل انتخاب
Moradi et al. (Iran) – PFM Challenges	2023	مطالعه کیفی	چالش‌های مدیریت مالی عمومی در نظام سلامت ایران
Abolhallaj et al. (Iran) – New FMS	2021	مطالعه کیفی	ارزیابی نظام جدید مدیریت مالی در بخش سلامت
De Carvalho. World Bank	2022	گزارش موردی	بانک جهانی و تحلیل‌های فراملی
et al Lanford public health and social services	2021	مطالعه موردی	بررسی نقش حاکمیت در همسوسازی اهداف بهداشتی با رویکردهای بودجه‌ای
et al Kuzmenko Economic efficiency	2025	مطالعه موردی	راهکارهای کاهش بار بودجه‌های دولتی در نظام سلامت
Kutzin et al Objective-oriented health systems reform	2024	مرور تحلیلی	جهت‌دهی اصلاحات نظام سلامت به سمت رفع مشکلات اساسی با لحاظ مسائل بودجه‌ای
Greer Strategic Purchasing and Managed Competition	2025	مرور تحلیلی	خرید استراتژیک و رقابت مدیریت‌شده منابع مراقبت‌های بهداشتی
World Bank – Going Universal	2015	گزارش سیاستی	مسیرهای تحقق پوشش همگانی سلامت
et al- lessons Ssennyonjo from Tanzania and Uganda	2023	مطالعات تطبیقی	توجه به راه‌حل‌های نوآورانه جهت غلبه بر محدودیت‌های بودجه‌ای
Bevir, M., & Rhodes The rise of interpretive public administration	2023	بررسی مبانی نظری	بررسی نظریه‌های حکمرانی در راستای تطابق با موضوع پژوهش
et al Banik Healthcare expenditure, good governance and human development	2023	بررسی مبانی نظری	حکمرانی خوب و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی
& Tello, Barbazza A review of health governance: definitions, dimensions and governance tools	2014	بررسی مبانی نظری	تعاریف، ابعاد و ابزارهای حاکمیت در حوزه سلامت با رویکرد مالی

ادامه جدول ۲.

مطالعه	سال	نوع طراحی مطالعه	دلیل انتخاب
آیین نامه داخلی بودجه وزارت بهداشت	۱۳۹۹	سند رسمی	تبیین ضوابط داخلی تخصیص بودجه سلامت
قانون بودجه سال ۱۴۰۲	۱۴۰۲	قانون رسمی	تحلیل ساختار و ترکیب اعتبارات سلامت
قانون بودجه سال ۱۴۰۳	۱۴۰۳	قانون رسمی	بررسی روند تغییر سهم سلامت و هزینه های جاری
برنامه ششم توسعه	۱۳۹۵	سند بالادستی	استخراج اهداف و احکام مرتبط با سلامت
برنامه هفتم توسعه	۱۴۰۲	سند بالادستی	تحلیل جهت گیری های جدید حکمرانی سلامت
ضوابط اجرایی بودجه ۱۴۰۲	۱۴۰۲	آیین نامه اجرایی	بررسی قواعد تخصیص و جابه جایی اعتبارات
گزارش «جریان تأمین و توزیع بودجه سلامت»	۱۴۰۱	گزارش تحلیلی	شناسایی چندپارگی و مسیر جریان منابع سلامت
پرکان - نقش بودجه ریزی عملیاتی در حکمرانی	۱۴۰۴	اقدام پژوهی	بررسی پیوند بودجه ریزی عملیاتی و تحول حکمرانی
رضوانی فر و سلیمی - حکمرانی و توسعه پایدار	۱۴۰۳	مطالعه تحلیلی	چالش های حکمرانی مبتنی بر توسعه پایدار در بودجه ریزی
غفاری فرد - حکمرانی بودجه منطقه ای	۱۴۰۳	تحلیل سیاستی	قواعد و شرایط اجرای حکمرانی بودجه در سطح استان
یوسفوند - ماهیت اجتماعی بودجه	۱۴۰۳	تحلیل اجتماعی	نقش روابط قدرت و منافع در فرایند بودجه ریزی
رستمی و سهرابی - اصول بودجه ریزی در ایران و فرانسه	۱۴۰۳	مطالعه تطبیقی	مقایسه اصول حاکم بر نظام بودجه ریزی
جعفری - فرایند تصویب بودجه در کانادا	۱۴۰۳	مطالعه تطبیقی	تجربه پارلمان در بررسی و تصویب بودجه
امیری نیا و همکاران - شفافیت مالی دانشگاه علوم پزشکی	۱۴۰۳	مطالعه میدانی	شناسایی موانع و الزامات شفافیت مالی در دانشگاه
عبداللهی و همکاران - ارزیابی تحقق سیاست های کلی	۱۴۰۳	مطالعه ارزیابی	سنجش تحقق سیاست های کلی نظام بر اساس شاخص های بین المللی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که فرایند بودجه‌ریزی در نظام سلامت ایران، علی‌رغم تأکید اسناد بالادستی بر عدالت، اثربخشی و شفافیت، همچنان با نارسایی‌های ساختاری و نهادی مواجه است؛ نارسایی‌هایی که ناشی از الگوی حکمرانی چند بازیگری، پراکندگی منابع، ضعف انسجام مالی و نبود پیوند روشن میان برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه است. این وضعیت با ادبیات حکمرانی شبکه‌ای رودز و بویِر نیز هم‌خوانی کامل دارد؛ جایی که تصمیم‌گیری عمومی، حاصل تعامل بازیگران متعدد با منطق‌های متفاوت و گاه متعارض دانسته می‌شود (Bevir & Rhodes, 2003). در ایران نیز وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه، بیمه‌های پایه، وزارت رفاه و دانشگاه‌های علوم پزشکی هر کدام بر بخشی از منابع، داده‌ها یا اولویت‌ها تسلط دارند و نبود یک سازوکار هماهنگی افقی موجب شکل‌گیری فرایندهای موازی و تخصیص‌های گسسته شده است (Moradi et al., 2021; Abolhallaj et al., 2023).

براین‌اساس، چون تعارض منطق‌های نهادی و ضعف هماهنگی افقی در شبکه تصمیم‌گیری ریشه اصلی گسست برنامه بودجه را ایجاد می‌کند، توصیه سیاستی نخست پژوهش ایجاد یک سازوکار رسمی و پایدار هماهنگی افقی میان وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه، بیمه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی پیش از تدوین لایحه بودجه است. مطالعات بین‌المللی این وضعیت را تأیید می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که نبود وحدت فرماندهی مالی، نبود شفافیت و تداخل نقش نهادهای سیاست‌گذار و مجری، از عوامل اصلی ناکارآمدی تخصیص در نظام‌های سلامت است (Barroy et al., 2020; Kuzmenko et al., 2025). گزارش‌های منتشرشده درباره نظام‌های مالی سلامت در اروپای شرقی و آسیای میانه نیز بیان می‌کند که پراکندگی منابع و نبود حساب واحد سلامت مهم‌ترین مانع کارایی مالی است (Kuzmenko et al., 2025; Mahdiyan et al., 2025). همین الگو در ایران نیز دیده می‌شود؛ به‌طوری‌که جریان منابع سلامت در چند کانال غیرهم‌سو بودجه عمومی، درآمد اختصاصی، منابع بیمه‌ای، هدفمندی یارانه‌ها، ردیف‌های متفرقه و کمک‌های

موردی جریان دارد و هیچ سازوکار تثبیت‌شده‌ای برای هم‌راستاسازی آن‌ها وجود ندارد (سند جریان تأمین و توزیع بودجه سلامت، ۱۴۰۲).

بنابراین، باتوجه‌به اینکه یافته‌ها چندپارگی کانال‌های مالی و نبود تصویر واحد از کل منابع سلامت را نشان می‌دهد، توصیه سیاستی دوم پژوهش یکپارچه‌سازی تدریجی نظام اطلاعات مالی و ایجاد تصویر جامع و قابل‌ردیابی از منابع عمومی، اختصاصی و بیمه‌ای سلامت در یک سامانه مشترک است.

تحلیل اسناد داخلی نشان می‌دهد که اگرچه در برنامه‌های ششم و هفتم توسعه بر بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، شفافیت و پاسخ‌گویی تأکید شده، اما در عمل بخش عمده اعتبارات سلامت همچنان به شکل خطی، مبتنی بر هزینه‌های تاریخی و بدون سنجش خروجی تخصیص می‌شود (برنامه هفتم، فصل سلامت؛ قانون بودجه ۱۴۰۴). این وضعیت همان چیزی است که WHO از آن به‌عنوان «شکاف میان برنامه‌بودجه» یاد می‌کند؛ یعنی جایی که اهداف اعلام‌شده در سطح برنامه، در هنگام تخصیص منابع ترجمه نمی‌شوند (WHO, 2024). یافته‌های PEFA نیز نشان می‌دهد که حتی اصلاحات فنی مانند بودجه‌ریزی عملکردی یا MTEF¹، بدون اصلاحات نهادی و شبکه‌ای در ساختار حکمرانی، به نتیجه مؤثر نمی‌رسند (Lassou, 2017؛ PEFA, 2021).

ازاین‌رو، چون تجربه اصلاحات فنی منفک از معماری نهادی، شکاف برنامه بودجه را ترمیم نکرده است، توصیه سیاستی ششم پژوهش برنامه‌محور کردن تدریجی اعتبارات سلامت و پیوند صریح اهداف برنامه‌ای با ردیف‌ها و شاخص‌های عملکردی در چرخه بودجه است.

مطالعات جدیدتر نیز نشان داده‌اند که سه محور برای پیوند بودجه‌ریزی و حکمرانی حیاتی است: یکپارچگی داده‌ها، انسجام نهادی و گزارش‌دهی مالی مبتنی بر نتایج (Lanford, 2021). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد وضعیت ایران با این سه محور شباهت قابل‌توجهی دارد. بررسی گزارش‌های عملکرد مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز

1 Medium Term Expenditure Framework

تأیید می‌کند که غلبه هزینه‌های جاری و محدودیت اختیار مدیریتی، فضای سیاست‌گذاری فعال را به حداقل رسانده است (Ghanbari et al., 2023).

بنابراین، از آنجاکه چیرگی هزینه‌های جاری و تعهدات تثبیت‌شده، امکان جهت‌دهی سیاستی به بودجه را محدود کرده است، توصیه سیاستی چهارم پژوهش بازنگری تدریجی در ترکیب اعتبارات به نفع پیشگیری و مراقبت‌های اولیه و تثبیت سهم آن در قوانین بودجه آتی است.

یکی از مهم‌ترین یافته‌ها، نبود نظام اطلاعات مالی یکپارچه است. وجود سامانه‌های متعدد از جمله HIS^۱، سامانه مهر، نسخ الکترونیک، سامانه بودجه و سامانه خزانه بدون پیوند ساختاری و تبادل منسجم داده‌ها، مانع شکل‌گیری تصویر واحد مالی شده است (Moradi et al., 2023). این چندپارگی اطلاعاتی، خود به بازتولید چندپارگی در تصمیم‌گیری منجر می‌شود.

بر همین مبنا، چون پراکندگی سامانه‌ها و فقدان داده‌های یکپارچه یکی از ریشه‌های چندپارگی تصمیم‌گیری مالی است، توصیه سیاستی پنجم پژوهش ایجاد و استقرار مرحله‌ای یک نظام اطلاعات مالی یکپارچه سلامت و اتصال سامانه‌های موجود به یک‌چرخه داده مشترک برای ردیابی منابع است.

در سطح اجرا نیز یافته‌ها نشان می‌دهد که تخصیص‌های مرحله‌ای و غیرقابل پیش‌بینی خزانه، خط‌مشی مالی دانشگاه‌ها را به طور مداوم تغییر می‌دهد و مدیریت را به سمت تمرکز بر بقا و پرداخت حقوق سوق می‌دهد. این یافته با نتایج Brennan et al (۲۰۲۴) هم‌خوان است که نشان می‌دهد نوسان تخصیص، یکی از عوامل اصلی کاهش کارایی و اختلال در کیفیت خدمات در نظام‌های سلامت مشابه است.

از این‌رو، چون ناپایداری تخصیص باعث کوتاه‌مدت شدن افق برنامه‌ریزی و تشدید رفتارهای واکنشی در سطح اجرا می‌شود، توصیه سیاستی سوم پژوهش تدوین و رعایت یک تقویم تخصیص پایدار برای اعتبارات سلامت و کاهش نوسان‌های کوتاه‌مدت خزانه است.

1 Health Information System

از منظر حکمرانی شبکه‌ای، این ناپایداری و ناهماهنگی نتیجه طبیعی تعارض منافع نهادی، نبود سازوکار میان‌بخشی و ضعف در هماهنگی بازتوزیعی است. مطالعات مقایسه‌ای نشان داده‌اند هرگاه منابع در اختیار چند نهاد با منطقی‌های متفاوت باشد، نبود یک «نهاد هماهنگ‌کننده قدرتمند» موجب می‌شود فرایند بودجه‌ریزی به صورت ساختاری ناهماهنگ باقی بماند (Kuzmenko et al., 2021).

همچنین، باتوجه به اینکه اتکا به کانال‌های ناپایدار و کسری‌های مزمن بیمه‌ای به بی‌ثباتی بودجه و کاهش افق برنامه‌ریزی می‌انجامد، توصیه سیاستی هفتم پژوهش حرکت تدریجی به سمت منابع پایدارتر سلامت و کاهش وابستگی دانشگاه‌ها به درآمدهای غیرقابل پیش‌بینی است.

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که مسئله اصلی بودجه‌ریزی سلامت در ایران، «فنی» نیست، بلکه «نهادی» است. به بیان دیگر، چالش، نه در جداول، نه در فرم‌ها و نه در مدل‌های محاسباتی، بلکه در نبود سازوکار حکمرانی شبکه‌ای برای هم‌راستاسازی فرایند تصمیم‌گیری مالی است. در چنین وضعیتی، هرگونه اصلاح پایدار نیازمند بازطراحی نهادی و ایجاد سازوکارهای پایدار هماهنگی میان‌بخشی است تا شکاف میان اهداف برنامه‌ای و تخصیص واقعی منابع کاهش یابد.

این پژوهش با روش تحلیلی اسنادی انجام شده و بر پایه تحلیل قواعد، رویه‌ها و شواهد رسمی استوار است؛ از این رو، یافته‌ها عمدتاً ناظر بر تعاملات و سازوکارهای نهادی ثبت شده در اسناد قانونی و سیاستی است؛ بنابراین، بخشی از ابعاد غیررسمی فرایند بودجه‌ریزی مانند چانه‌زنی‌های پشت پرده، ملاحظات سیاسی مقطعی، و هنجارهای سازمانی نانوشته که الزاماً در اسناد رسمی بازتاب نمی‌یابند، ممکن است در تحلیل حاضر کمتر دیده شده باشند. باوجود این، استفاده از مجموعه متنوعی از اسناد رسمی و مطالعات معتبر، تلاش کرده است تصویری اتکاپذیر از سازوکار نهادی بودجه‌ریزی سلامت ارائه کند.

تحلیل اسناد رسمی، قوانین بودجه سال‌های اخیر، برنامه‌های توسعه، گزارش‌های عملکرد مالی و یافته‌های پژوهش‌های داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که فرایند بودجه‌ریزی سلامت در ایران بیش از آنکه صرفاً مسئله‌ای مالی باشد، مسئله‌ای حکمرانی است. ساختار

تصمیم‌گیری چند بازیگری، فقدان سازوکارهای هماهنگی افقی، تضاد منافع نهادی، و نبود نظام یکپارچه اطلاعات مالی موجب شده است که بودجه سلامت حتی در شرایط افزایش اسمی اعتبارات از دستیابی به اهداف توسعه‌ای و سیاستی باز بماند.

در مرحله تدوین، شکاف میان نیازسنجی وزارت بهداشت، الزامات مالی سازمان برنامه و بودجه، و محدودیت‌های بیمه‌ها سبب می‌شود فرایند برنامه‌ریزی بر پایه منطق‌های متفاوت و بعضاً متعارض پیش برود. همین تنش نهادی در مرحله تصویب نیز تداوم می‌یابد؛ جایی که ساختار ردیف محور، چانه‌زنی‌های سیاسی و فشارهای کوتاه‌مدت باعث می‌شود اهداف کلان برنامه‌های توسعه در اختصاص منابع بازتاب نیابد. در مرحله تخصیص، ناپایداری منابع، کسری‌های مزمن بیمه‌ها، اتکا به درآمدهای غیر پایدار، و وابستگی دانشگاه‌ها به درآمد اختصاصی، ظرفیت برنامه‌ریزی راهبردی را محدود می‌کند و واحدهای ارائه‌دهنده خدمت را در وضعیت «مدیریت بحران دائمی» قرار می‌دهد.

بررسی اسناد هزینه‌ای نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از اعتبارات سلامت صرف هزینه‌های جاری و حقوق می‌شود؛ در حالی که سهم سرمایه‌گذاری، پیشگیری و مراقبت‌های اولیه همچنان ناکافی است. این الگو نه تنها باتجربه کشورهای موفق در هم‌راستاسازی بودجه با خروجی‌های سلامت فاصله دارد، بلکه با اصول حکمرانی مالی WHO نیز ناسازگار است. در مرحله نظارت نیز نبود پیوند میان برنامه، بودجه و گزارش‌دهی عملکرد، به نبود شفافیت و ضعف پاسخ‌گویی می‌انجامد؛ مسئله‌ای که در گزارش‌های متعدد داخلی و خارجی تکرار شده است.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اصلاحات فنی مانند بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد، MTEF، یا اصلاح ردیف‌ها اگر در چارچوب یک تحلیل حکمرانی شبکه‌ای دیده نشوند، قادر به حل مسئله نیستند. مسئله اصلی، نه ابزارهای بودجه‌نویسی، بلکه منطق تعامل و چیدمان نهادی میان بازیگران است. از این منظر، بهبود حکمرانی مالی سلامت نیازمند چهار محور کلیدی است: تقویت سازوکارهای هماهنگی نهادی، شفاف‌سازی جریان‌های مالی در تمامی سطوح، یکپارچه‌سازی نظام اطلاعات مالی، و اتصال واقعی اهداف برنامه‌ای به تخصیص بودجه.

براین اساس، این پژوهش نتیجه می‌گیرد که کارایی، عدالت و اثربخشی مالی در نظام سلامت ایران تنها زمانی محقق می‌شود که اصلاحات بودجه‌ای در سطح نهادی و شبکه‌ای طراحی شوند، به گونه‌ای که تعارض منافع کاهش یابد، تعامل بین نهادها ساختارمند شود، و تصمیم‌گیری مالی به جای حرکت در مسیرهای موازی و پراکنده، در یک چارچوب سیاستی مشترک صورت گیرد. این نگاه امکان هم‌راستاسازی منابع با اهداف سلامت، افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی، و بهبود تخصیص منابع در سطح ملی و محلی را فراهم می‌کند و مسیر اصلاحات آینده را روشن‌تر می‌سازد.

به منظور نشان دادن پیوند مستقیم میان یافته‌های پژوهش و پیشنهادهای سیاستی، جدول شماره ۳ تهیه شده است. در این جدول، هر پیشنهاد بر اساس یک مکانیسم نهادی/شبکه‌ای شناسایی شده در بخش یافته‌ها سامان‌دهی شده و پیامد آن و نهادهای مسئول اجرای پیشنهاد مشخص شده‌اند. بدین ترتیب، مسیر استدلال از شواهد اسنادی به راهکارهای اصلاحی، به صورت شفاف و منسجم قابل پیگیری است.

جدول ۳: پیشنهادهای اصلاحی مبتنی بر یافته‌های پژوهش

نهاد(های) مسئول/مجری	پیشنهاد سیاستی/اصلاحی	مسئله/پیامد	یافته/مکانی سم کلیدی
سازمان برنامه‌بودجه، وزارت بهداشت، بیمه‌ها	ایجاد سازوکار رسمی هماهنگی افقی پیش از تدوین بودجه سلامت از طریق تشکیل «کارگروه دائمی بودجه سلامت» با حضور وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌بودجه و بیمه‌های پایه، با دستورکار مشترک نیازسنجی، تعیین سقف منابع و توافق بر اولویت‌های تخصیص قبل از ارسال لایحه.	تصمیم‌های موازی و گسست برنامه- بودجه	نبود هماهنگی افقی و تعارض منطق نهادی بازیگران
وزارت بهداشت، خزانه‌داری، بیمه‌ها	استقرار نظام اطلاعات مالی یکپارچه سلامت و تجمیع منابع از طریق اتصال سامانه‌های مالی دانشگاه‌ها، بیمه‌ها و خزانه به یک پایگاه واحد و ثبت همه جریان‌های بودجه‌ای و بیمه‌ای در قالب کدهای مشترک قابل ردیابی	عدم امکان مدیریت کل‌نگر منابع و ردیابی جریان‌ها	چندپارگی مالی و نبود تصویر واحد منابع

ادامه جدول ۳:

نهاد(های) مسئول/مجری	پیشنهاد سیاستی/اصلاحی	مسئله/پیامد	یافته/مکانی سم کلیدی
سازمان برنامه‌وبودجه، وزارت بهداشت	برنامه‌محور کردن تدریجی اعتبارات و تعریف شاخص‌های کمی برای ردیف‌ها از طریق ادغام ردیف‌های پراکنده در چند برنامه مشخص سلامت و اختصاص بودجه هر برنامه بر پایه اهداف کمی و گزارش عملکرد سال قبل	ترجمه نشدن اولویت‌های سیاستی به ارقام بودجه	گسست اهداف برنامه‌ای و جداول بودجه
دولت، سازمان برنامه‌وبودجه، وزارت بهداشت	بازنگری ترکیب اعتبارات به نفع پیشگیری و مراقبت‌های اولیه در افق چندساله از طریق تعیین سهم حداقلی و افزایشی سالانه برای PHC در قانون بودجه و انتقال تدریجی منابع از ردیف‌های درمان‌محور به برنامه‌های پیشگیرانه.	کاهش ظرفیت پیشگیری/PHC و نوآوری	غلبه هزینه‌های جاری و قفل‌شدگی اعتبارات
خزانه‌داری، سازمان برنامه‌وبودجه	تدوین تقویم تخصیص و مصون‌سازی تعهدات حیاتی از نوسان از طریق تعیین زمان‌بندی فصلی تخصیص در ضوابط اجرایی بودجه و ایجاد ردیف‌های اولویت‌دار غیرقابل کاهش برای حقوق و اقلام حیاتی.	برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت و مدیریت بحران	عدم پیش‌بینی پ ذیری تخصیص خزانه
وزارت بهداشت، سازمان برنامه‌وبودجه، بیمه‌ها	تقویت نظام نظارت مبتنی بر نتایج با چارچوب مشترک وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بیمه‌ها از طریق تدوین شاخص‌های مشترک عملکرد سلامت و الزام گزارش دهی سالانه مبتنی بر این شاخص‌ها در چرخه بودجه	کنترل شکلی به‌جای ارزیابی عملکرد	ضعف پاسخ‌گویی مبتنی بر نتایج سلامت
دولت، بیمه‌ها، وزارت بهداشت	پایداری بخشی منابع سلامت و کاهش وابستگی دانشگاه‌ها به درآمدهای ناپایدار، از طریق تثبیت منابع مالیاتی سلامت‌محور و تجمیع منابع بیمه‌ای در حساب واحد سلامت.	بی‌ثباتی بودجه و تداوم تعارضات توزیعی	اتکا به منابع ناپایدار و کسری‌های مزمّن بیمه‌ای

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از حمایت‌ها، راهنمایی‌ها و همکاری کارشناسان و صاحب‌نظرانی که در فرایند گردآوری داده‌ها و تحلیل اسناد این پژوهش نقش داشته‌اند، قدردانی می‌شود. تلاش‌های آنان در تسهیل دسترسی به منابع و ارائه توضیحات تخصصی، سهم مهمی در ارتقای کیفیت پژوهش داشته است.

ORCID

Mahsa Akbari



<https://orcid.org/0000-0001-9603-523X>

Ali Mouseli



<https://orcid.org/0000-0003-0853-5184>

منابع

امیری نیا، محسن، سپهوند، رضا، حکاک، محمد، موسوی، سید نجم الدین (۱۴۰۳). طراحی مدل نهاده‌سازی فرهنگ شفافیت در دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۳(۱)، ۷۸-۹۷.

۲. بهروز، امیرحسام، پورعزت، علی اصغر، دژپسند، فرهاد، امیری، مجتبی (۱۳۹۸). آسیب‌شناسی بودجه‌ریزی پژوهش و فناوری در ایران با استفاده از روش فراترکیب، *مدیریت نوآوری*، ۸(۴)، ۸۵-۱۲۲.

۳. پرکان، حسین (۱۴۰۴). نقش زمینه‌ای بودجه‌ریزی عملیاتی در تحول نظام حکمرانی: رویکردی اقدام‌پژوهانه در واکاوی نقش‌ها با التفات به سیاست‌های کلی نظام اداری. *مطالعات حکمرانی اسلامی*، ۱۱(۱)، ۳۸۰-۴۲۸.

<https://doi.org/10.22081/JISLAMICGO.2025.71124.1012>

۴. جعفری، محمد مهدی (۱۴۰۳). بودجه‌ریزی در تجارب بین‌المللی (۲): فرایند تصویب بودجه در مجلس کانادا. *مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی*.

۵. دولت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۲). *متن کامل لایحه بودجه سال ۱۴۰۴ کل کشور*. تهران: دولت جمهوری اسلامی ایران.

۶. رستمی، ولی، سهرابی، حامد (۱۴۰۳). بررسی اصول حاکم بر نظام بودجه‌ریزی در ایران و فرانسه. *فصلنامه تحقیق و توسعه در حقوق تطبیقی*، ۷(۲۲)، ۵۷-۹۹.

<https://doi.org/10.22034/law.2024.2015999.1276>

۷. رضوانی فر، محمد مهدی، سلیمی، زهرا (۱۴۰۳). چالش‌های حکمرانی مبتنی بر توسعه پایدار در نظام بودجه‌ریزی ایران، *فصلنامه تمدن حقوقی*، ۷(۲۰)، ۱۹۵-۲۱۶
<https://doi.org/10.22034/LC.2024.460597.1498>
۸. سازمان برنامه و بودجه کشور (۱۳۹۶). *برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰)*. تهران: سازمان برنامه و بودجه کشور.
۹. سازمان برنامه و بودجه کشور. (۱۴۰۲). *برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)*. تهران: سازمان برنامه و بودجه کشور.
۱۰. سازمان برنامه و بودجه کشور (۱۴۰۳ الف). *ضوابط اجرایی بودجه سال ۱۴۰۴ کل کشور*. تهران: سازمان برنامه و بودجه کشور.
۱۱. سازمان برنامه و بودجه کشور (۱۴۰۳ ب). *قانون بودجه سال ۱۴۰۴ کل کشور*. تهران: سازمان برنامه و بودجه کشور.
۱۲. عبداللهی، نورعلی، شهرآئینی، سید مجتبی، نبوی فرد، سید مجتبی، بنافی، مسعود (۱۴۰۳). ارزشیابی الگوی تحقق سیاست‌های کلی نظام مبتنی بر شاخص‌های بین‌المللی: رهنمودهایی برای ارتقای ماده ۸۳ قانون مدیریت خدمات کشوری. *سیاست‌های راهبردی و کلان*، ۱۲(۴۸)، ۷۲۱-۷۵۶. <https://doi.org/10.30507/jmsp.2024.411329.2624>
۱۳. غفاری فرد، محمد (۱۴۰۳). بررسی قواعد و شرایط اجرای نظام نوین حکمرانی بودجه منطقه‌ای در ایران. *فصلنامه علمی حکمرانی متعالی*، ۵(۳)، ۱۰۵-۱۲۵.
۱۴. میرشکاری، نادیا، برومند کاخکی، احمد (۱۴۰۳). *نوپدیده‌های سلامت ایران (۱۹۸۵)*. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۱۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۸). *آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*.
۱۶. یوسفوند، سامان. (۱۴۰۳). ماهیت اجتماعی بودجه: تحلیلی اجتماعی درباره نظام بودجه‌ریزی در ایران. *گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی*، ۳۲(۷)، ۱-۱۰.
17. Abolhallaj, M., Jafari, M., Seyedin, H., Salehi, M., Pourtaleb, A., Rahmani, K., & Hosseini, S. E. (2021). New financial management system for Iran public health sector: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 356.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1201_20

18. Banik, B., Roy, C. K., & Hossain, R. (2023). Healthcare expenditure, good governance and human development. *Economia*, 24(1), 1–23. <https://doi.org/10.1108/ECON-06-2022-0072>
19. Barbazza, E., & Tello, J. E. (2014). A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health policy*, 116(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
20. Barroy, H., Yameogo, P., Blecher, M., Sabignoso, M., Piatti, M., & Kutzin, J. (2024). Public financial management: a pathway to universal health coverage in low-and-middle income countries. *Health Systems & Reform*, 10(3), 2368051. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2368051>.
21. Bevir, M., & Rhodes, R. A. W. (2003). Interpreting British governance. Routledge.
22. Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
23. Brennan, M. (2024). Geoff Brennan and Public Policy. *History of Economics Review*, 88(1), 4-5. <https://doi.org/10.1080/10370196.2024.2387894>
24. Danaeefard, H., & Golverdi, M. (2024). Governance and Administrative Reforms in Contemporary Iran: Challenges and Opportunities. *Comparative Governance Reforms: Assessing the Past and Exploring the Future*, 235-264. https://doi.org/10.1007/978-3-031-70306-5_13
25. De Carvalho, G. (2022). The World Bank and Healthcare Reforms: A Cross-National Analysis of Policy Prescriptions in South America. *Social Inclusion*, 10(1), 5-18. <https://doi.org/10.17645/si.v10i1.4734>
26. Eneje, B. C., Ogbu, I. I., & Nnam, H. I. (2024). Accountability and Budget Implementation in an Emerging Economy: A Study of Nigerian Health Sector. *Global Journal of Finance and Business Review* 7(2), 49-62. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10927230>
27. Ghanbari, S., & Jafari, D. D. (2025). Modeling the Budget Deficit in Different Funds of the Iran Health Insurance Organization and the Factors Affecting It. *Iranian Journal of Economic Research*, 30(102). <https://doi.org/10.22054/ijer.2023.69378.1127>

28. Greer, S. L. (2025). Why Must We Keep Discussing Strategic Purchasing and Managed Competition? Comment on "Measuring Active Purchasing in Healthcare: Analysing Reallocations of Funds Between Providers to Evaluate Purchasing Systems Performance in the Netherlands". *International Journal of Health Policy and Management*, 14, 9248. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.9248>
29. Kutzin, J., Sparkes, S. P., Earle, A. J., Gatome-Munyua, A., & Ravishankar, N. (2024). Objective-oriented health systems reform. *Health Systems & Reform*, 10(3), 2428415. <https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2428415>
30. Kuzmenko, O., Kozhura, L., & Omelchenko, A. (2025). Economic efficiency of volunteer programs to support persons with disabilities as a result of war: Ways of integration into the labor market. *Baltic Journal of Economic Studies*, 11(3), 320–329. <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2025-11-3-320-329>
31. Lanford, D., Petiwala, A., Landers, G., & Minyard, K. (2022). Aligning healthcare, public health and social services: a scoping review of the role of purpose, governance, finance and data. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), 432-447. <https://doi.org/10.1111/hsc.13374>
32. Lassou, P. J., Ostojic, M., Barboza, J. U., & Moses, O. (2024). Participatory budgeting in francophone Africa: a comparative perspective between Benin and Niger. *Journal of public budgeting, accounting & financial management*, 36(1), 81-104. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-04-2022-0070>
33. Mahdian, S., Amini-Rarani, M., Rezayatmand, R., & Shaarbafchizadeh, N. (2025). Understanding challenges of primary healthcare financial resource allocation in Iran. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01331-x>
34. Moradi, T., Kabir, M. J., Pourasghari, H., Ehsanzadeh, S. J., & Aryankhesal, A. (2023). Challenges of budgeting and public financial management in Iran's health system: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 37, 80. <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.80>

35. Nayak, D. K., & Jena, P. R. (2025). Bridging the Budget Divide: How PEFA Assessments and PFM Reforms Diagnose the Budget Reliability (No. 25/435).
36. Ssenyonjo, A., Osoro, O., Ssengooba, F., Ekirapa-Kiracho, E., Mayora, C., Ssempala, R., & Bloom, D. (2022). The government budget: an overlooked vehicle for advancing strategic health purchasing. *Health Systems & Reform*, 8(2), 2082020. <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2082020>
37. Vammalle, C., Rivadeneira, A. M. R., James, C., Prieto, L., & Montañez, V. (2018). Financing and budgeting practices for health in Peru. *OECD Journal on Budgeting*, 17(2), 25-64A. <http://dx.doi.org/10.1787/budget-v17-2-en>
38. World Health Organization. (2024). Programme budget 2024–2025: Executive summary. Geneva: WHO. from <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/health-financing-policy/budgeting-in-health/programme-budgets-in-health-country-evidence>

References [In Persian]

1. Amiri-Nia, S., Sepahvand, M., Hakkak, M., Mousavi, S. N., & Seyed-Najmaldin, S. (2024). Designing a model for institutionalizing a culture of transparency at Lorestan University of Medical Sciences. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 33(1), 78–97.
2. Behrouz, A., Pourazat, A. A., Dezhpasand, F., & Amiri, M. (2019). Pathology of research and technology budgeting in Iran using a meta-synthesis approach. *Quarterly Journal of Research and Technology Policy*, 8(4), 85–122.
3. Parkan, H. (2025). The contextual role of operational budgeting in transforming the governance system: An action-research approach with attention to general administrative policies. *Islamic Governance Studies*, 1(1), 380–428. <https://doi.org/10.22081/JISLAMICGO.2025.71124.1012>
4. Jafari, M. M. (2024). Budgeting in international experiences (2): *The budget approval process in the Canadian Parliament*. Majlis Research Center, Tehran.

5. Government of the Islamic Republic of Iran. (2023). *Full text of the national budget bill for fiscal year 2025*. Tehran: Government of the Islamic Republic of Iran.
6. Rostami, V., & Sohrabi, S. (2024). A review of governing principles of the budgeting system in Iran and France. *Research and Development in Comparative Law Quarterly*, 7(22), 57–99. [https://doi.org/ 10.22034/law.2024.2015999.1276](https://doi.org/10.22034/law.2024.2015999.1276)
7. Rezvani-Far, M., & Salimi, Z. (2024). Challenges of sustainable development-based governance in Iran's budgeting system. *Legal Civilization Quarterly*, 7(20), 195–216. [https://doi.org/ 10.22034/LC.2024.460597.1498](https://doi.org/10.22034/LC.2024.460597.1498)
8. Plan and Budget Organization of Iran. (2017). *Sixth National Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2017–2021)*. Tehran: Plan and Budget Organization of Iran.
9. Plan and Budget Organization of Iran. (2023). *Seventh National Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2023–2027)*. Tehran: Plan and Budget Organization of Iran.
10. Plan and Budget Organization of Iran. (2024a). *Executive regulations of the national budget law for fiscal year 2025*. Tehran: Plan and Budget Organization of Iran.
11. Plan and Budget Organization of Iran. (2024b). *National Budget Law for fiscal year 2025*. Tehran: Plan and Budget Organization of Iran.
12. Abdollahi, N., Shahraini, N., Nabavi-Fard, B., & Banafi, N. (2024). Evaluating the realization of the general policies of the system based on international indicators: Guidelines for improving Article 83 of the Civil Service Management Law. *Strategic and Macro Policies*, 12(48), 721–756. [https://doi.org/ 10.30507/jmsp.2024.411329.2624](https://doi.org/10.30507/jmsp.2024.411329.2624)
13. Ghaffari-Fard, H. (2024). Examining the rules and conditions for implementing the new system of regional budget governance in Iran. *Exalted Governance Quarterly*, 5(3), 105–125.
14. Mirshakari, N., & Boroumand Kakhki, A. (2024). *Emerging health issues in Iran*. Majlis Research Center, Tehran.
15. Ministry of Health and Medical Education. (2019). *Financial and transactional regulations of medical universities and health service institutions*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education.

16. Yousefvand, S. (2024). The social nature of budgeting: A sociological analysis of Iran's budgeting system. *Majlis Research Center Expert Reports*, 32(7), 1–10.

استناد به این مقاله: اکبری، مهسا و موصلی، علی. (۱۴۰۴). واکاوی نهادی فرآیند بودجه ریزی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه تحلیلی - اسنادی. *مطالعات مدیریت خدمات عمومی*، ۳ (۷)، ۱۲۱ - ۱۶۲.

doi: 10.22054/spsa.2025.89797.1089



Studies in Public Service Administration is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.