

Fourth Industrial Revolution; Readiness to Change Health Policy

Kioomars Ashtarian ¹, Manal Etemadi ²

¹ Department of Public Policy, University of Tehran, Tehran, Iran

² National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Manal Etemadi, National Center of Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran. E-mail: mnletemadi@gmail.com

Received: 10 Jul 2018

Revised: 31 Aug 2018

Accepted: 25 Sep 2018

Online Published: 20 Nov 2018

Abstract

The fourth industrial revolution that is currently taking place requires policy decisions and responses. Political will, as one of the important variables studied in public policy, is the subject of this paper. The management will requires that policymakers first become familiar with the knowledge, appropriate to the various dimensions of this revolution and have policy concern about it; Secondly, They should have the ability to formulate this policy discourse in the country's managerial body and thirdly, they must develop the ability to spread this discourse in the community level. This paper, analyzing upstream documents and health policy-makers discourse, shows that such three conditions have not been yet met.

Keywords: Fourth Industrial Revolution, Political Will, Policy Discourse, Health

Citation:

Ashtarian K, Etemadi M. Fourth industrial revolution; readiness to change health policy. Iran J Health Insur. 2018;1(3):59-66.

انقلاب چهارم صنعتی؛ آمادگی تغییر سیاست سلامت

کیومرث اشتریان^۱، منال اعتمادی^{۲*}

^۱ گروه سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۲ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: منال اعتمادی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران. ایمیل: mnletemadi@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۳

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۰۶/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۹

چکیده

انقلاب صنعتی چهارم که هم‌اکنون در حال رخ دادن است نیازمند تصمیم‌ها و واکنش‌های سیاستی است. اراده سیاسی، به مثابه یکی از متغیرهای مهم مورد مطالعه در سیاست‌گذاری عمومی، موضوع این مقاله است. اراده مدیریتی مستلزم آن است که سیاست‌گذاران اولاً با دانش متناسب با ابعاد گوناگون این انقلاب آشنا باشند و نسبت به آن دغدغه مند باشند، ثانیاً توان تدوین سیاستی متناسب با این انقلاب را در بدنه مدیریتی کشور داشته باشند، و ثالثاً توان گسترش این گفتمان در سطح جامعه را ایجاد کنند. این مقاله از طریق تحلیل اسناد بالادستی و گفتمان مقامات رسمی در حوزه سلامت نشان می‌دهد که شرایط سه گانه فوق محقق نشده است. **واژگان کلیدی:** انقلاب چهارم صنعتی، اراده سیاسی، گفتمان سیاستی، سلامت

مقدمه

است. از سوی دیگر مطالعه تغییر سیاست (Policy Change) نیز یکی از مهمترین موضوعات دانش سیاست‌گذاری عمومی را تشکیل می‌دهد. در خصوص هر دو موضوع پاسخ‌های گوناگون و نظریه پردازی‌های متنوعی صورت گرفته است. تنوع نظریه‌ها دامنه وسیعی دارد. نظریه ائتلاف حامی بر آن است که یک تغییر سیاستی در صورتی پذیرفته و اعمال می‌شود که ائتلافی از بازیگران برای حمایت از آن شکل بگیرد. نظریه‌های متنوعی نیز پیرامون مفهوم یادگیری سیاستی و تغییر سیاستی شکل گرفته است. این نظریه‌ها عوامل گوناگون شناختی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی را در یادگیری سیاستی برای اجرا و اعمال تغییرات سیاستی بررسی کرده‌اند [۱]. نظریه شبکه‌های سیاستی که بر آن است تا تأثیر شبکه‌های گوناگون (از شبکه‌های ضعیف تا قوی) را بر تغییر سیاست‌ها بررسی کند. شبکه‌ها مجموعه‌هایی به هم پیوسته هستند که از طریق وابستگی منابع از دیگر شبکه‌ها متمایز می‌شوند [۲].

ما در این مقاله موضوع شکل‌گیری اراده سیاسی برای تغییر سیاستی را مورد واکاوی قرار داده‌ایم. در ادبیات این حوزه بر "اراده سیاسی" به مثابه یک عنصر مهم برای اعمال تغییرات و اجرای سیاست تأکید شده است. اما کمتر به چند و چون اراده سیاسی پرداخته شده است. از نظر ما، مفهوم "اراده" قابل کنکاش بیشتری است تا جایی که خود به عناصر دیگری قابل بازشناسی است. شناسایی این عناصر نقش مهمی در شکل‌گیری اراده سیاسی برای اجرای تغییرات دارد. این عناصر می‌تواند ما را در اعمال تغییرات لازم در سیاست سلامت در عصر انقلاب چهارم صنعتی یاری نماید. بنابراین پرسش اصلی این است که چرا اراده سیاسی در انطباق با انقلاب چهارم صنعتی در حوزه سلامت شکل نمی‌گیرد؟ فهم این چرایی مستلزم فهم چگونگی است یعنی بدانیم اراده

تغییر سیاست از موضوعات مورد علاقه پژوهشگران سیاست‌گذاری عمومی است. در این مقاله در پی بررسی نظریه اراده سیاسی در تغییر سیاست در دوران گذار انقلاب چهارم صنعتی هستیم. ابتدا خوانش ویژه ای از نظریه اراده سیاسی مطرح کرده ایم و سپس به روایتی کوتاه و حتی الامکان جامع از ابعاد انقلاب چهارم صنعتی پرداخته شده است. در گام بعدی نشان داده شده است که انقلاب چهارم صنعتی چگونه در حوزه سلامت تجلی پیدا می‌کند. نتیجه ای که از این بحث نظری می‌گیریم این است که تغییر سیاست و اراده سیاسی بر تصمیم‌گیری مستلزم شناخت این ابعاد، تبدیل آن به گفتمان مدیریت و در نهایت متقاعد سازی اجتماع است. اراده سیاسی در صورتی محقق می‌شود که این مراحل طی شود. در بخش پایانی با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوا میزان آمادگی برای شکل‌گیری عزم سیاسی در حوزه سلامت الکترونیک به عنوان حوزه مهم در انقلاب چهارم صنعتی را در اسناد و سیاست‌های کلان کشور و ادبیات مدیران ارشد ارزیابی کرده ایم. این نوشتار درصدد پاسخ به این پرسش است که "آیا اراده سیاسی در بخش سلامت برای تحول در راستای انقلاب چهارم صنعتی وجود دارد؟". در پاسخ به این سوال نشان داده خواهد شد که دانش ناکافی، دغدغه مند نبودن مدیران غیرتخصصی در این حوزه و شکل نگرفتن گفتمان خاص در بدنه مدیریتی و اجرایی و برای عامه مردم، عزم سیاسی برای تحقق این تکلیف قانونی را مخدوش نموده است.

مبانی نظری

تصمیم‌گیری و اراده سیاسی

مطالعه تصمیم‌گیری و عناصر و عوامل آن در دولت دیرزمانیست که به یک سنت آکادمیک تبدیل شده و موضوع مطالعات نظام‌مند دانشگاهی

سیاسی چگونه شکل می‌گیرد؟ اراده سیاسی تجلی قدرت دولت است و دولت بی‌تصمیم، دولت بی‌قدرت و بی‌سیاست است. زنجیره شکل‌گیری اراده سیاسی و اینکه چگونه "تصمیم" امکان وقوع می‌یابد و چگونه اراده سیاسی شکل می‌گیرد متشکل از عوامل ذیل است:

نخست، یک مدیر ارشد باید دانش کافی در خصوص ابعاد اساسی و ویژگی‌های اصلی انقلاب چهارم صنعتی و پیامدهای آن برای حوزه سلامت را داشته باشد تا بتواند جسارت ورود به آن موضوع را بیابد. اگر سیاست‌گذار و مدیر ارشد دولتی نسبت به موضوعاتی چون دولت الکترونیک، تحولات جدید در اقتصاد سلامت دیجیتال، شبکه‌های جدید سیاستی، پیچیدگی نظامات رفاهی و ... دانش کافی نداشته باشد یا نتواند دانش مشاوران خود را بخوبی فهم کند نمی‌تواند نسبت به آن تصمیم‌گیری نماید. شمار گسترده‌ای از موضوعات اصلی هستند که مدیران رده‌های گوناگون دولتی نمی‌توانند با آن ارتباط برقرار کنند و لذا امر تصمیم محقق نمی‌شود و اراده سیاسی شکل نمی‌گیرد. پیداست که کسب دانش در خصوص موضوعات متنوع و از جمله موضوعات مرتبط با انقلاب چهارم صنعتی برای تصمیم‌گیری در بخش عمومی مشکل است. ذهنی باز، فکری جوان و روحیه‌ای شاداب و پرحوصله می‌خواهد که از پس گفتگو با کارشناسان برآید و بتواند پیچیدگی‌های موضوعات را برای کفایت تصمیم‌گیری بشناسد. این سخن به معنای آن نیست که مدیر ارشد دولتی بایستی (یا می‌تواند) در همه موضوعات متخصص شود. سخن این است که جمع‌آوری و ترکیب (سنتر) نظرات کارشناسی و مدیریت دانش‌های موجود خود یک تخصص است. این تخصص، آموزش، تجربه، تدبیر و بیش از همه فرهیختگی فرهنگی می‌خواهد.

علاوه بر دانش کافی، باید در خصوص موضوعات مورد نظر، دغدغه و درگیری ذهنی هم برای مدیران ارشد وجود داشته باشد. برای شکل‌گیری اراده باید انگیزه، گرایش منفعتی، دغدغه و اعتقاد به حل مشکل عمومی و ... وجود داشته باشد تا دانش را بکار گیریم. در غیر اینصورت آشنایی با دانش مربوطه تأثیری در اراده سیاسی ما نخواهد داشت. برای مثال در دولت دکتر روحانی نسبت به دو موضوع چالش هسته‌ای و سیاست نفتی، شرط اول و دوم محقق شده بود. در موضوع طرح تحول سلامت نیز رییس محترم جمهور شخصاً دغدغه کافی برای ورود به این موضوع را داشت. اما اینکه اطلاعات لازم در خصوص پیامدهای این طرح را داشت محل تأمل است.

در مرحله سوم از چگونگی شکل‌گیری اراده سیاسی، "دانش" و "دغدغه" باید از سطح کلان به لایه‌های پایین‌تر دیوانسالاری و به بدنه اجتماعی جریان یابد و به گفتمان سیاستی و سیاسی تبدیل شود. هر عمل و پدیده‌ای برای معنادار شدن باید گفتمانی باشد. فعالیت‌ها وقتی قابل فهم می‌شوند که در قالب گفتمانی خاص قرار بگیرند و گفتمان گزاره‌هایی است که با هم وحدت کارکردی و معرفت‌شناختی داشته باشد [۲] و امکان اتصال متن به جامعه را فراهم سازد [۴]. "گفتمان سیاستی" بدنه دیوانسالاری را هماهنگ می‌کند و گفتمان سیاسی بدنه اجتماعی را آماده می‌کند. بدون این دو گفتمان هیچ سیاستی جامعه عمل نمی‌پوشد. در دهه هشتاد قرن بیستم، "تاچریسم" گفتمانی بود که در انگلستان جریان خصوصی‌سازی و نظریه انتخاب عمومی را به فعلیت رساند. فراموش نکنیم سیاست‌گذاری، معماری قدرت بر لوح اجتماع است. راه حل دولت باید به منظومه گفتمانی تبدیل شود تا

اقتناع ملی و بین‌المللی در پی آن بیاید. این که گفته می‌شود دولت با مردم سخن بگوید باید به این معنا باشد که دولت منظومه معنایی و گفتمانی خود را به مردم و به ساده‌ترین شکل ممکن عرضه کند.

نهادسازی اجتماعی برای سیاست‌های دولتی عنصر مهم دیگری برای شکل‌گیری اراده سیاسی و اتخاذ تصمیمات مهم است. ناکارآمدی ساختارهای نهادی دولتی می‌تواند هر گفتمانی را ناکام کند چرا که این ساختارهای نهادی هستند که محمل و حامل سیاست‌ها هستند. از این رو تغییرات ساختاری برای انطباق با الزامات عصر انقلاب چهارم صنعتی ضروری است. یکی از مهمترین تغییرات ساختاری نهادی عبارتست از تغییر پارادایمی اجرای سیاست از بخش دولتی به استارت‌آپ‌ها، بخش خصوصی، و شبکه‌های مدنی-فنی جدیدی است که از همین ابتدای انقلاب چهارم صنعتی سر برآورده‌اند. این شبکه‌ها نیروی انسانی و هنجارها و ارزش‌های متناسب با عصر جدید را نیز با خود به همراه می‌آورند.

مدیران ارشد دولتی بایستی نقش رهبری ایفا کنند و نه نقش مدیر اداری. در وضعیت فعلی، مدیران ارشد کشور درگیر مصوبات خرد و روزمره‌ای هستند که تناسبی با مسائل اساسی کشور ندارد. نقش رهبری ایجاب می‌کند که بر موضوعات اساسی تمرکز کرده و ماشین دولتی را به حرکت درآورند و آن را در راستای اهداف اصلی جهت‌دهی کنند. در عصر انقلاب چهارم صنعتی نظریه‌های سیاستی اداره حکومت عمیقاً دچار دگرگونی می‌شوند. حکمرانی شیوه‌های دیگری می‌یابد. "شرکت" مهم‌تر از "دولت" می‌شود. با گسترش فناوری زنجیره بلوکی (block chain) تقریباً هر گونه تمرکزی دچار چالش اساسی می‌شود و نقش دولت‌ها، شیوه‌های مرکزی، نهادهای واسط (اعم از نهادهای مفهومی یا سازمان‌ها) و ... تضعیف می‌شود. داده-انبوه، انبوه-داده اداری، داده "به روز" و در دسترس نقش اساسی در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری ایفا می‌کند و نقش تئوری‌های سنتی در اداره امور و حکمرانی دولتی کاهش می‌یابد. به جای آن نظریه‌های جدید مرتبط با عصر انقلاب چهارم صنعتی ضروری می‌شوند. این نظریه‌ها تکثر، شبکه‌ای بودن، پدیده دولت-شرکت یا شرکت-دولت، ساختارشنکی از آموزش، اداره، بیمه، اقتصاد و اشتغال (gig-economy) و ... را وارد مقوله اداره امور دولتی و سیاست‌گذاری می‌کنند.

دولتی که فاقد نظریه‌های اصلی برای اداره کشور باشد دچار "تخلیه تئوریک" می‌شود. نظریه‌پردازی برای اداره امور کشور و از جمله در حوزه سلامت، بیمه و ... برای انطباق با عصر جدید ضروریست. نظریه به نظام اداری محتوا می‌دهد و آن را جان می‌بخشد و پویایی آن را تضمین می‌کند. فقدان نظریه‌هایی پویا برای اداره امور، قوای کشور را از درون تهی می‌کند و پدیده بی‌مسئولیتی و بی‌تصمیمی را دامن می‌زند. دولت را به موجودی عاطل و باطل و بی‌تحرک تبدیل می‌کند. نخستین تخصص لازم برای یک وزیر یا یک مدیر ارشد "توان تدبیر نظری" برای پیشبرد امور دستگاه مربوطه خویش است. او باید درکی نظری از حوزه خویش داشته باشد و بتواند مهمترین مدل‌های حکمرانی مربوط به دستگاه خویش را فهم کند و توان کاربردی کردن و بومی کردن آن را داشته باشد. برای مثال ترجیح یک حوزه از سیاست سلامت یا یک حوزه صنعتی نسبت به حوزه‌های دیگر یا منطق و مدل پیشرفت در یک حوزه نیازمند تحلیل فنی، اقتصادی، تاریخی و اجتماعی است که در قالب یک نظریه سیاستی یا مدیریتی سامان می‌یابد. نظریه

پردازی مختص فیلسوفان و محافل آکادمیک نیست، یک وزیر اگر نظریه پرداز نباشد، حداقل باید درک روشنی از نظریه‌های سیاستی در حوزه کاری خویش داشته باشد. بسیار ساده لوحانه است که فکر کنیم وزارتخانه‌های کشورهای پیشرفته صرفاً درگیر کارهای روزمره هستند. اغلب سیاست‌های این وزارتخانه‌ها واجد مدل‌های سیاستی هستند. موارد شش‌گانه فوق عناصر مهم در شکل‌گیری اراده سیاسی است و بدون رعایت آنها تصمیم دولت و اراده سیاسی امکان وقوع نمی‌یابد.

دگرگونی: انقلاب چهارم صنعتی؛ دوره تاریخی گسست (Disruption)

در قرن هیجدهم نخستین انقلاب صنعتی با ماشین بخار و مکانیکی شدن تولید و نیروی کار شکل گرفت. انقلاب دوم صنعتی در قرن نوزدهم با استفاده از نیروی برق، تولید انبوه را به ارمغان آورد و در میانه قرن بیستم، انقلاب سوم صنعتی با ظهور فناوری دیجیتال و تولید اتوماتیک شکل می‌گیرد [۵]. انقلاب چهارم صنعتی از ابتدای قرن بیست و یکم در حال اوج‌گیری و گسترش است. این انقلاب برخلاف انقلاب‌های دیگر صنعتی سرچشمه‌های گوناگونی دارد. از فضای مجازی، تا فناوری نانو و از ژنتیک تا رباتیک، هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی، انبوه داده، بیولوژی ترکیبی، تولید دیجیتال، حسگرها و شبکه‌ها و ... انقلاب چهارم صنعتی تقارن و تضارب فیزیک و دیجیتال، واقعیت و مجاز، یک ذهنیت جدید و شاید یک روش جدید تفکر و عمل است. در این فضای جدید فناوری‌هایی چون هوش مصنوعی، آنالیتیک، فناوری نانو و ژنتیک خبر از اکتشاف بعد پنجم می‌دهد؛ پس از طول و عرض و ارتفاع و زمان، اینک کشف ابعاد پنهان ساختارهای سلولی و ملکولی از طریق فضای سایبر که به مثابه بعد پنجم به عمق ماده می‌رود. ساختارهای مولکولی و اتمی را می‌شکافد و می‌شناسد و رمز گشایی می‌کند تا از این طریق به مداخله در سطح عمیق‌تری از طبیعت دست یابد و با ترکیب سایبر-فیزیک روش جدیدی از تولید دیجیتال و برنامه‌ریزی شده از طریق نرم‌افزار را به ارمغان آورد.

محاسبه رقومی (دیجیتال) و تبدیل متن و عکس به عدد از طریق انقلاب پنهان دیجیتال (انقلاب سوم) امکان‌پذیر شد، هر چند عالمگیر نشد. اما این پدیده در خلال انقلاب چهارم به خانه‌ها راه می‌یابد و فرد را در این جهان نشانه گرفته و با شمار گسترده‌ای از افراد ارتباط برقرار می‌کند و به زندگی خصوصی و عمومی شکل دیگری می‌بخشد. شکل‌گیری جهان مجازی حاصل از عدد شاید شورانگیزترین و بنیانی‌ترین کشفی است که بشر تاکنون بخود دیده است. بشر به عمق ذره‌ها و ساختارهای بنیادینی دست یافته که تاکنون سابقه نداشته است؛ در بُعد پنجم، بازمهندسی و بازطراحی امکان پذیر شده و از مواد (فناوری نانو) تا ژن (ژنتیک) به تسخیر در می‌آید. تغییر ساختارهای مولکولی و اتمی در قالب کد رمزاها امکان پذیر می‌شود.

کشفیات و ابداعات در عرصه‌های دیگر چشم‌اندازهای مکمل و جدیدی را فرا روی بشر می‌گشاید؛ فناوری رمزنگاری الکترونیکی و زنجیره بلوکی (block chain) توسعه می‌یابد و از طریق پول دیجیتال معنای اجتماعی-اقتصادی می‌یابد. فناوری زنجیره بلوکی می‌تواند زندگی اداری، سیاسی و اجتماعی را از طریق حذف واسطه‌ها متحول کند و نقش دولت را تضعیف و زندگی سیاسی را دگرگون کند.

انقلاب‌های صنعتی، هر یک، نقشی اساسی در خودکار شدن کار و تولید ایفا کرده‌اند. انقلاب چهارم صنعتی نیروی کار را هوشمند کرده است. نرم‌افزارهای هوشمند و یادگیرنده، کار و تولید و خدمات و سلامت و صنعت و کشاورزی و ... را هوشمند کرده‌اند. حسگرهای هوشمند داده‌برداری می‌کنند و همزمان از داده‌های خود درس عبرت می‌گیرند، یاد می‌گیرند و خود را اصلاح می‌کنند؛ نوع جدیدی از هدایت، کنترل و مدیریت پدید می‌آید که مبتنی بر انبوه داده است. گونه جدیدی از کنترل اجتماعی پدید می‌آید: کنترل غیرمتمرکز و دموکراتیک - هر چند توده‌ای و بدون نظریه‌های هنجاری. به تعبیری نرم‌افزارها جهان را می‌خورند و هوش مصنوعی نرم‌افزارها را می‌خورد. و این همه از طریق "توان پردازش" ما فراهم می‌شود. توان پردازش در جهان پر از داده به قدرتی بی‌بدیل، ثروت ساز و جهان ساز تبدیل می‌شود. بی دلیل نیست که امروزه با قدرت پردازش بیشتر می‌توان به تولید رمز و رازهای بیشتر پرداخت. ثروت در گرو پردازش است، قدرت در گرو پردازش است، دانش و علم در گرو قدرت پردازش است. چرا که هر لحظه داده انبوه بیشتر و بیشتری از جهان اداری، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تولید می‌شود. قدرت پردازش در واقع قدرت استفاده از داده است. داده، ثروت معطل است و پردازش، قدرت فعلیت یافتن استفاده از داده.

هوش مصنوعی این امکان را فراهم می‌سازد که از انبوه داده الگوهای گوناگونی را از سلامت گرفته تا اقتصاد و سیاست استخراج کرد. به بیان دیگر انبوه داده و هوش مصنوعی نقش خیال پردازهای تئوریک (و البته ایدئولوژیک) را به حاشیه می‌رانند. تکلیف ارزش‌ها بیشتر به فلسفه و دین (بسته به گرایش) احاله می‌شوند. الگوها از درون داده‌های انبوه استخراج می‌شوند. دانش و علم، داده محور (data driven) می‌شوند. بطریقی متناقض نما، علم در پی فناوری می‌آید و فناوری نیز به نوبه خود و به کمک هوش مصنوعی، خودبنیاد می‌شود. و این همه از طریق حسگرهای هوشمند، نرم‌افزارهای خدمتگزار و داده بردار، اپلیکیشن‌ها، ربات‌ها و دیگر ابزارهای جدید امکان پذیر می‌شود.

در چنین شرایطی است که نقش دولت از کارکردهای سنتی به فراهم‌کننده بستر اطلاعات و خدمات اطلاعاتی (government as a platform) تحولی اساسی می‌یابد. داده‌گشایی (open data) نیازمند نازک‌کاری‌های جدیدی در تئوری و فلسفه سیاسی می‌شود. عدالت دیجیتال معنی می‌یابد و ضرورت دسترسی و دسترس پذیری شهروندان (و از جمله طبقات فقیر) به فضای مجازی به یک حق جدید برای نیازمندان تبدیل می‌شود و در رأس دستورکار سیاست‌های رفاهی و سلامت دولت قرار می‌گیرد. ارائه خدمات پایه نرم‌افزاری و سخت‌افزاری، به شرکت‌های فعال در حوزه مجازی دیگر نه یک انتخاب بلکه به وظیفه دولت تبدیل می‌شود. نتیجه آنکه درک چنین فضای پیچیده‌ای توسط سیاست‌گذاران لازمه ایجاد تغییر و پذیرش سیاست تغییر است. اگر ذهن سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران با چنین فضای پیچیده‌ای درگیر نشود از آن جز واهمه، ترس و بی‌عملی چیزی دیگری بر نمی‌آید. بی‌اطلاعی، ابهام و ابهام ترس و ترس بی‌عملی می‌آفریند و گریز از تغییر را در پی دارد.

انقلاب چهارم صنعتی و سیاست سلامت

تحولات سریع فناوری و پیدایش ابزارهای جدیدی که سیاست‌گذاری دولتی را متأثر کرده است برنامه‌ریزی در حوزه سلامت را نیز دچار

دگرگونی کرده است. اصلی‌ترین دستاورد آن عبارتست از کوتاه شدن افق‌های برنامه‌ریزی و گسست در حوزه سلامت که نمودهای آن از این قرار است [۶]:

با ظهور و پذیرش طیف گسترده‌ای از حسگرها همچون دستگاه‌های اندازه‌گیری که به طور مداوم پارامترهای فیزیکی اساسی بیمار را پوشش می‌دهد و همچنین حسگرهای پیشرفته تنفسی که ناهنجاری‌های متابولیکی (سوخت و ساز بدن) را شناسایی می‌کند و یا حتی حسگرهایی که تغذیه مصرفی را تجزیه و تحلیل می‌کند امکان نظارت دقیق‌تر بر سلامتی فیزیکی بیماران ممکن می‌شود و اطمینان به بهبودی به طور قابل ملاحظه‌ای در درمان ایجاد می‌شود. این حسگرها منبع عظیم داده‌های سلامت را تشکیل می‌دهند که از صرفه جویی در هزینه‌های سلامت تا پیشرفت علوم پزشکی و امکان "خوددرمانی تسهیلگر محور" توسط بیمار را فراهم می‌کنند. با پیشرفت قابل ملاحظه حسگرها و تکنولوژی‌های متحرک و دستگاه‌های کاشتنی (در بدن) منافع بی‌سابقه‌ای فراهم می‌شود.

فناوری اطلاعات سبب شده است تا "انبوه داده" پدید آید که این خود زمینه پدید آمدن انبوه داده اداری را در حوزه سلامت پدید آورده است. بدینسان دستگاه‌های اداری متکفل امر سلامت همچون وزارتخانه‌های سلامت دچار بحران هویت از حیث وسعت سازمانی می‌شوند. انتخاب بهترین گزینه‌های ممکن در سریع‌ترین زمان ممکن بیشتر شده است و مراقبت پیشگیرانه- شامل جنبه‌های اساسی نظیر نظارت بر ورزش روزانه یا تغذیه روزانه مناسب بصورت لحظه‌ای امکان پذیر شده است. مراقبت‌های پس از درمان- شامل نظارت بر درمان بصورت لحظه‌ای و داده محور فراهم شده است. این امر برای جلوگیری از هزینه‌های درمان بسیار مفید و کارآمد است. با بهره‌برداری از میزان رو به افزایشی از داده‌های موجود شخصی، حمایت از سلامت فردی بصورت پیش فعال و پس فعال می‌تواند توسط یک سیستم سایبری-فیزیکی هوشمند سلامت پی‌گیری شود. چنین سیستمی می‌تواند بوسیله نظارت خودکار بر داده‌ها، ترکیب و ارزیابی آنها همچنین ارائه آنها در صورت درخواست به انتخاب بهترین راهکار درمانی کمک کند. سیستم‌های سایبری-فیزیکی درمان در خانه را تسهیل می‌کند و از تکیه صرف بر خدمات بیمارستانی اجتناب می‌کند. در نهایت علاوه بر انتخاب و حتی تشخیص وضعیت‌های بهینه درمان به ارزیابی اثربخش درمان و انجام درمان‌های سودمند و مقرون به صرفه کمک می‌کنند. با پشتیبانی این گونه‌های متفاوت درمانی شخصی، سیستم‌های سایبری-فیزیکی به متقاعد کردن شهروندان اتحادیه اروپا به کاهش هزینه‌هایی که به واسطه افزایش سن جمعیت حاصل می‌شود، کمک می‌کنند. با این وجود امکان تحقق چنین سیستم‌هایی در اروپا - در کنار پیش‌شرط‌های فن‌آوری- بستگی به پذیرش عمومی چنین سیستم‌هایی و اصلاح مقررات مالکیت اطلاعات شخصی به شکلی منصفانه دارد.

دستاورد‌های انقلاب چهارم صنعتی و پیامدهای آن در حوزه سلامت نیازمند بازشناسی و ارزیابی‌ها فنی، حقوقی و اجتماعی در جامعه ایرانی دارد. همچنانکه گفته شد پیش از همه ما نیازمند فهم عمیقی از این انقلاب و ابعاد آن در حوزه سلامت هستیم. این فهم ما را کمک می‌کند که الزامات اقتصادی، اجتماعی و حقوقی آن در جامعه ایرانی را بازطراحی کنیم. این طراحی در واقع همان نظریه سیاستی انقلاب چهارم صنعتی در حوزه سلامت در ایران است. طراحی و تنقیح چنین

نظریه‌ای زمینه را برای ساخت گفتمانی سیاست سلامت فراهم می‌کند. این گفتمان، همچنانکه در نظریه تصمیم گفته شد، بایستی به بدنه مدیریتی و کارشناسی جریان یابد تا هماهنگی در کل بدنه اجرایی را فراهم آورد. سپس در گام بعدی متقاعد سازی و بسط اجتماعی این گفتمان در دستور کار سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد و با ارائه لوایح قانونی و طراحی مقررات لازم تمهید مقدمات حقوقی و اجتماعی برای اداره نوین سلامت در عصر انقلاب چهارم صنعتی را به انجام برسانند. تنها با صورتبندی چنین فرآیند مرحله‌ایست که می‌توان اراده سیاسی را برای انجام تغییر بوجود آورد.

در بخش بعدی با تحلیل محتوای سخنان مقامات رسمی در حوزه سلامت و سیاست‌های مصوب، اعلامی و ابلاغی در خواهیم یافت که تا چه حدی مقدمات اراده سیاسی برای ایجاد تغییر سیاستی در ایران فراهم است.

تحلیل محتوای اسناد بالادستی و اظهارات مدیران و

مقامات حوزه سلامت

هسته انقلاب چهارم خلق دانش و ارزش جدید بر پایه ارتباط با انواع مختلف اطلاعات است. از آنجا که غالب داده‌های سلامت در بیمارستان‌ها متمرکز است چگونگی ذخیره اطلاعات توسط جامعه پزشکی کلید پیشرفت به سوی انقلاب چهارم صنعتی می‌باشد. سطح پذیرش و کاربرد پرونده الکترونیک سلامت (و ویژگی‌های اصلی آن) یکی از شاخص‌های سنجش میزان انطباق با فناوری اطلاعات در بخش سلامت کشورهاست [۷]. دسترسی سریعتر به داروهای جدید، درمان موثرتر بیماری‌های مزمن، افزایش نقش بیماران در سلامت خود، بهبود پایش بیماران، کاهش هزینه مراقبت و کیفیت یکسان مراقبت برای همه بیماران شهری و روستایی از پیامدهای چشمگیر انقلاب چهارم در بخش سلامت است. نوآوری ظاهر شده از انقلاب فناوری نوظهور، مکانیزه نمودن همگانی پرونده‌های پزشکی را تسهیل می‌بخشد و توانایی رهبران برای این موضوع بی‌عدالتی در سلامت را کاهش می‌دهد [۸]. برای شناخت اراده سیاسی مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت جهت فراهم آوردن پیش نیازها و انطباق با الزامات انقلاب چهارم صنعتی، ردپای سلامت الکترونیک در اسناد بالادستی بررسی و گفتمان سیاستگذاران این حوزه در این خصوص تحلیل شده است.

سلامت الکترونیک در سیاست‌ها و قوانین بالادستی

سلامت الکترونیک در اسناد بالادستی در حوزه سلامت در دو بخش کلی قابل تحلیل است: نخست پرونده سلامت الکترونیک شامل ریز داده‌های سلامت در بخش‌های ارائه خدمات در نظام سلامت با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر نهادها و دوم پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور شامل اطلاعات بیمه و دریافت خدمات با محوریت سازمان بیمه سلامت. وضعیت ارتباط بین این دو سامانه در اسناد و سیاست‌ها مسکوت است. یکی از مشکلات مرتبط با نبود دانش و دغدغه کافی در مدیران برای پیشرفت به سمت انقلاب چهارم صنعتی و بهره‌گیری از داده‌های کلان برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در نظام سلامت و فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم این است که در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت (ابلاغ سال ۱۳۹۳) به عنوان کانون تمامی فعالیت‌های این حوزه به سلامت

الکترونیک اشاره‌ای نشده است. اگرچه به پرونده سلامت الکترونیک در بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰) اشاره شده است که "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید". بدین ترتیب وزارت بهداشت مکلف است تا پایان سال ۱۳۹۷ سامانه پرونده الکترونیک سلامت را تکمیل و بیمه سلامت موظف به همکاری در این زمینه می‌باشد. آنچه تا کنون صورت پذیرفته است به صورت جزیره‌ای در بخش بهداشت، درمان و سازمان‌های بیمه‌گر بوده است و تجمع داده‌ها و برقراری ارتباط بین داده‌ها هنوز برنامه‌ریزی نشده است.

بند ج این ماده نیز وظیفه سازمان‌های بیمه‌گر را در حوزه پرونده الکترونیک سلامت برشمرده است: "سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند." که تاکنون اجرائی نشده است و تلاش برای تحقق پرونده الکترونیک سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر به صورت مجزا و در سامانه‌های غیرمتمرکز و موازی است.

همچنین در جز ج بند ۵ این قانون به موضوع دوم یعنی پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان اشاره می‌کند: "پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجراء می‌شود. بند د تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۹۷ کشور نیز در همین راستا تکلیف نموده است که "..... کلیه شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی درمان، دستگاه‌های اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان تأمین اجتماعی و سایر سازمان‌های بیمه‌گر مکلفند نسبت به ارسال برخط اطلاعات بیمه‌شدگان خود و به‌روزرسانی پایگاه مذکور به صورت رایگان حداکثر تا پایان شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ اقدام و نسبت به بهره‌برداری از پایگاه مذکور از طریق جایگزینی ابزارهای الکترونیکی به جای دفترچه، جهت ارائه کلیه خدمات بیمه‌ای و درمانی به بیمه‌شدگان تحت پوشش خود استفاده نمایند. کلیه مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی اعم از دولتی، غیردولتی و خصوصی مکلفند خدمات خود را از طریق

استحقاق سنجی از پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان و براساس ضوابط اعلام‌شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، ارائه نمایند. همچنین سازمان بیمه سلامت ایران مکلف به حذف پوشش بیمه‌ای خود با سایر سازمان‌های بیمه‌ای است. شیوه‌نامه همپوشانی این حکم توسط سازمان بیمه سلامت ایران تدوین و ابلاغ می‌گردد." استقرار سامانه استحقاق سنجی مهمترین اقدام عملی سازمان بیمه سلامت در همین راستاست. آنچه بیش از همه در بررسی دو گروه موضوعی در سیاست‌های کلان سلامت کشور خودنمایی می‌کند، معلق ماندن تکالیف مربوط ایجاد سامانه پرونده الکترونیک سلامت است به طوری که در قوانین بودجه سنواتی نیز اسمی از آن به میان نیامده است. اگرچه اقدامات قابل توجی در حوزه پایگاه برخط اطلاعات بیمه‌شدگان درمان صورت پذیرفته ولی اقدام جدیدی در راستای تکلیف پرونده سلامت الکترونیک ایرانیان صورت نپذیرفته است. اگرچه تعبیر پرونده الکترونیک سلامت به سامانه سبب (سامانه یکپارچه بهداشت) به صورت عام، یک خطای فنی است و الزامات آن که داده‌های جامع هر نوع ارائه خدمت در سطوح مختلف ارائه خدمت در نظام سلامت است را برآورده نکرده است.

پیش‌تر در بند الف ماده ۳۵ قانون پنجم توسعه نیز (۱۳۹۰-۱۳۹۴) به تکلیف استقرار پرونده الکترونیک سلامت اشاره شده بود اما تا پایان آن نافرجام ماند. "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند". در بند ه ماده ۸۸ قانون چهارم توسعه وزارت بهداشت مکلف به "طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی" شده بود که تا امروز ناتمام مانده است.

چالش دیگر در پرداختن به موضوع سلامت الکترونیک در اسناد و سیاست‌های کلان کشوری، مسکوت ماندن الگوی کاربرد داده‌های انبوه به دست آمده از پایگاه‌ها و پرونده‌های الکترونیک در تصمیم‌گیری‌های کلان سلامت است. جایگاه برنامه‌ها و اپلیکیشن‌های سلامت محور متمرکز در گوشی‌های تلفن هوشمند و برنامه‌ریزی جهت استفاده از کلان داده‌های حاصل از پایش مداوم اطلاعات سلامت شهروندان در سطح کلان بدون تکلیف و رهاست و برنامه‌ای جهت استفاده از ظرفیت بالقوه این داده‌ها در سیاست‌گذاری سلامت وجود ندارد.

موضوع قابل ذکر دیگر در ارتباط با بیمه سلامت الکترونیک و استحقاق پوشش بیمه درمان، ایجاد پایگاه اطلاعات، سامانه و پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی و مبتنی بر شکل‌گیری پرونده الکترونیک رفاه و تأمین اجتماعی با تبعیت از پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان (پیش‌بینی شده در قانون برنامه ششم توسعه) در راستای آزمون وسیع و نیازمندیابی در نظام بیمه اجتماعی و از جمله بیمه سلامت است که در حوزه بیمه سلامت به فراموشی سپرده شده است. مجموع چالش‌های مطرح شده در سیاست‌های کلان اراده سیاسی برای تحقق سلامت الکترونیک را به مخاطره انداخته است. نصیری پور نیز در مطالعه خود اشاره می‌کند که در ایران فقدان قوانین الزام آور در جهت توسعه

سریع‌تر سلامت الکترونیک کشور و قوانینی که سلامت الکترونیک را جزو اولویت‌های اساسی کشور قرار دهد از خلاءهای موجود است [۹].

سلامت الکترونیک در ادبیات مدیران نظام سلامت کشور

در تحلیل محتوای سخنان و مصاحبه‌های مدیران ارشد وزارتخانه، سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی مرتبط با استقرار پرونده الکترونیک سلامت، چالش‌های ناشی از عدم وجود اراده سیاسی در دو طبقه کلی و چهار زیر طبقه به شرح زیر دسته‌بندی شد:

شکاف دانش در مدیران

مدیران پزشک، فهم انحصاراً بالینی: متولی سلامت الکترونیک وزارت بهداشت و درمان است که عمده مدیران آن از سطوح ارشد تا اجرایی پزشکان فوق تخصص و متخصص هستند و حتی در برنامه‌ریزی برای تحقق سلامت الکترونیک، ستاد اجرایی یا دبیرخانه مربوطه شکل نگرفته و از بین متخصصین فنی این حوزه در وزارت بهداشت به عنوان مدیران ارشد پروژه در ستاد مشخصی منصوب نشده‌اند.

نبود الگوی مشخصی از سامانه واحد برای سلامت الکترونیک و تصمیم‌گیری بر اساس الگوی خروجی: یک دلیل آن وسیع بودن این مسأله و دشواری ورود و به نتیجه رساندن آن است. وجود سامانه‌های متعدد که بخشی از داده‌های سلامت را تأمین می‌کند اما هیچ کدام پرونده الکترونیک سلامت (به معنی اطلاعات پزشکی هر شهروند ایرانی از بدو تولد تا دریافت هر خدمت در مراکز درمانی در طول زندگی) نیست تجمیع داده‌ها را شبیه یک مشکل لاینحل نموده است. در این راستا حتی شناخت علت‌العلل عدم اجرای تکلیف قانونی امری دشوار برای مدیران شده است. معماری کلان داده‌ها برای تصمیم‌گیری بر اساس آن اقدام اول و مهم در استقرار پرونده الکترونیک سلامت است که مغفول می‌ماند. در حقیقت آسیب اصلی در این زمینه این است که پرونده الکترونیک سلامت باید وسیله در نظر گرفته شود و نه هدف، زیرا هدف تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بر اساس داده‌های کلان نحوه برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی است، اما متأسفانه پرونده الکترونیک خود یک هدف در نظر گرفته شده که با اطلاق آن به یک پروژه ناتمام دیگر، ادعا به استقرار آن می‌شود.

شکاف دغدغه در مدیران

تعدد دستگاه‌های درگیر و واگذاری مسئولیت به یکدیگر: معطل ماندن قوانین و بی نتیجه ماندن تکالیف سیاست‌های کلان در پایان افق زمانی پیش‌بینی شده عرف رایج و رویه جاری در همه بخش‌های اجرایی کشور شده است. فرافکنی و مقصر قلمداد کردن دیگر مسئولین برای عدم تحقق این سیاست به وفور به چشم می‌خورد.

تضاد منافع: پرونده الکترونیک سلامت در معنای بهینه آن، شفاف شدن ارتباطات درمانی و مالی بین ارائه‌دهنده و دریافت کننده خدمت است. در نظامی که در پس آشفنگی و عدم امکان ردیابی مسیر درمان و عدم امکان نظارت بر آن، پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در خصوص ارائه خدمت وجود ندارد، شفاف شدن فرآیند و ریز خدمات ارائه شده، چالش بزرگی برای برخی از ارائه‌دهندگان، واسطه‌گران، دلان، رابطین قاجاق در این حوزه پدید خواهد آمد که تلاش برای سنگ‌اندازی و به سرانجام

نرساندن سلامت الکترونیک از طریق پرونده الکترونیک سلامت یا کارت هوشمند، اقدام دفاعی مشخص در این زمینه است. اجرایی کردن پرونده الکترونیک سلامت جلوگیری از مراجعات بی‌مورد بیماران به مراکز درمانی و تجویز بی‌مورد خدمات توسط ارائه دهنده است.

شکاف گفتمان سیاسی و سیاستی

"گفتمان خاص" در مورد سلامت هوشمند و پرونده الکترونیک سلامت تدوین نشده است و بدنه مدیریتی کشور در نظام سلامت بین انبوه نظام های اطلاعاتی موازی سردرگم و از چشم انداز و برنامه وزارت بهداشت برای راهبری و هدایت نظام الکترونیک سلامت در مسیر انقلاب چهارم صنعتی بی اطلاع یا کم اطلاع اند. پیام ها و سیاست ها به طور شفاف با مردم در میان گذاشته نشده و توده مردم با برنامه های تولید در جهت تحقق سلامت هوشمند بیگانه اند. ارتباط مستقیم بین سیاستگذاران و مردم به اطلاع رسانی برنامه های پیشین و حداکثر کنونی و در حوزه مالی محدود است و نه به آمادگی مردم برای حرکت به سمت سلامت الکترونیک و مزایا و دنیای پیش روی آن.

در مطالعات چالش های پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت در ایران بزرگترین موانع اجرایی محدودیت های نگرشی و محدودیت های تغییرات سازمانی به ویژه عدم حمایت مدیران رده بالا [۱۰]، معین نبودن استراتژی، چالش فرهنگ سازی و آموزش، تغییرات سریع مدیران به ویژه در وزارت رفاه و وزارت بهداشت و ناتوانی در جذب نیروی متخصص و ماهر فناوری اطلاعات در عرصه سلامت الکترونیک [۹] شناخته شده است که یافته های مطالعه حاضر را تایید می کند. نتایج پژوهش انجام شده در بیمارستان های آمریکا نشان داده است که حمایت مالی و سیاسی در قالب قوانین بر میزان پیشرفت پرونده الکترونیک سلامت موثر بوده است. حمایت کامل در سطح ملی برای اجرای این موضوع مورد نیاز است [۷]. تجربه اجرایی پرونده الکترونیک سلامت بر اساس تکلیف قانونی در کشور سوئیس نیز نشان داده است که عدم انسجام سازمانی و نهادی در نظام سلامت و عدم توافق بین مدیران در برخی سرفصل های مربوط به پروژه، فرآیند اجرای قانون را با کندی مواجه نمود [۱۱]. یک مرجع سیاست‌گذاری ملی با چشم انداز روشن، اهداف واقع گرایانه، استراتژی های مرتبط، چارچوب زمانی برای تحقق آنها، سیاست ملی با حمایت قوی در سطوح سیاسی و سازمانی لازمه پیشرفت در جهت تحقق پرونده الکترونیک سلامت است [۱۲].

مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی فرهنگ سازی و آموزش در دو سطح کاربران سلامت الکترونیک و ارائه دهندگان خدمات را آسیب این حوزه معرفی نموده است [۱۳] و این نشان می دهد گفتمان سیاسی و سیاستی در این حوزه به درستی شکل نگرفته است. گفتمان در ساختار بندی روابط در تعیین اینکه آیا گروه ها به جای همکار به رقیب تبدیل می شوند یا خیر و نیز اینکه آیا مواجهه به حکمرانی مشترک یا منازعه بدل می شود یا خیر نقش مهمی بازی می کنند. یک گفتمان خاص راهی را تعیین می کند که از طریق آن بازیگران سیاستی واقعیت را مشاهده کنند، مسائل را تعریف کنند و راه حل هایی را در جهتی خاص تعقیب کنند. روایت های سیاستی بازیگران را بسوی مواضع موافق هدایت می کند [۱۴]. این گفتمان در سیاست سلامت الکترونیک تعریف و تدوین نشده است و به همین دلیل روایت های بی شماری بین بازیگران سیاستی حول مفهوم و چگونگی تحقق آن شکل

نتیجه‌گیری

در مجموع دانش ناکافی و دغدغه مند نبودن مدیران غیر تخصصی در این حوزه و عدم شکل‌گیری گفتمان مشخص، عزم سیاسی برای تحقق این تکلیف قانونی را مخدوش نموده است و به نظر می‌رسد جز مداخله سیاسی بالاترین مقام اجرایی در این حوزه، شناسایی و برخورد با موانع اجرایی و پاسخگو نمودن مدیران تخصصی این تکلیف اجرایی نخواهد شد. در حقیقت بیش از هر چیز باید مشخص شود از این طرح چه می‌خواهیم تا بدانیم چه به دست خواهیم آورد و چگونه. همپوشانی سامانه‌های داده‌های معلق بدون ارتباط به یکدیگر در هر کدام، ما را به هدف نخواهد رساند. باید پذیرفت سامانه‌های تکه تکه و جزیره‌ای، سامانه‌های سبب در بخش بهداشت و سامانه‌های مجزا در بخش بیمارستانی پرونده الکترونیک سلامت نیست و تا برقراری ارتباط منطقی بین سامانه‌های موجود این ادعا بی‌اساس است. تدوین قوانین الزام‌آور برای تسهیل روند اجرای سلامت الکترونیک و طراحی گفتمان خاص در هر دو سطح مدیریتی و مردم با در نظر گرفتن بازه زمانی مشخص برای تحقق هدف انطباق با الزامات انقلاب چهارم صنعتی ضروری است.

گرفته است و فضای تضاد و ابهام را به وجود آورده است. نهادینه‌سازی گفتمان مشترک و روابط بین افراد و به کارگیری استراتژی‌های گفتمانی، ائتلاف گفتمانی به معنی بازیگرانی که پیشنهادات تغییر سیاستی مشترک دارند را شکل می‌دهد که موجب پیشرفت دستورکار تغییر سیاست می‌شود [۱۵]. مطالعه کرپل نشان داده است که ایجاد گفتمان به عنوان یک سازه اجتماعی نفوذ فناوری سلامت همراه را در یک سازمان تحت تاثیر قرار داده است [۱۶]. شکل‌گیری ایده‌ها به عنوان یک گفتمان در یک شبکه بازیگران نیز نمونه‌ای از ترسیم گفتمان است که از قدرت و بافت اجتماعی برای پیشبرد تغییر در سیاست افزایش توجه به سلامت مادر و کودک استفاده کرده است [۱۷]. همچنین مشارکت دادن عموم در شکل‌دهی به گفتمان در جامعه به ایجاد ظرفیت پذیرش و پیشبرد تغییرات سیاستی در متن جامعه کمک می‌کند، همچون درگیر نمودن فقرا در شکل‌دهی به گفتمان سیاستگذاری سلامت که موجب کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت ناشی از نظامات ناعادلانه قدرت می‌شود [۱۸].

References

- Moyson S. Cognition and policy change: the consistency of policy learning in the advocacy coalition framework. *Policy Soc.* 2017;36(2):320-44.
- Cerna L. The nature of policy change and implementation: a review of different theoretical approaches. 2013.
- Gholami Shekarsarayi M. Discourse analysis of ethnic policies of the Iranian Governments under presidential period(1368-1376). *Strategic Stud Public Policy.* 2016;6(20):11-20.
- Rahimi A, Ketabi M. The Security Discourse at the President Ahmadinejad Era as a "New Revolutionary Discourse of Contraction and Expansion. *Strategic Stud Quarterly.* 2014;17(66):31-66.
- Park HA. Are We Ready for the Fourth Industrial Revolution? *Yearb Med Inform.* 2016(1):1-3. doi: 10.15265/IY-2016-052 pmid: 27830223
- Schätz B, Törngreen M, Bensalem S, Cengarle M, Pfeifer H, Mc Dermid J. *Cyber-Physical European Roadmap & Strategy, Research Agenda and Recommendations for Action.* CyPhERS Tech Rep, 2015.
- Yoon D. What We Need to Prepare for the Fourth Industrial Revolution. *Health Inform Res.* 2017;23(2):75-6. doi: 10.4258/hir.2017.23.2.75 pmid: 28523204
- Washington L. Transforming Health in the Fourth Industrial Revolution 2018 [2018.10.13]. Available from: <https://www.diplomaticcourier.com/2018/04/17/transforming-health-in-the-fourth-industrial-revolution/>.
- Nasiripoor A, Radfar R, Najafbeigi R, Rahmani H. Investigating the factors influencing E-Health execution in Iran. *J Hospita.* 2011;10(1):53-62.
- Jebraeili M, Piri Z, Rahimi B, Ghasemzade N, Ghasemirad M, Mahmodi A. Barriers of electronic health records implementation. *Direct Gen* 2012;8(6):807-14.
- De Pietro C, Francetic I. E-health in Switzerland: The laborious adoption of the federal law on electronic health records (EHR) and health information exchange (HIE) networks. *Health Policy.* 2018;122(2):69-74. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.11.005 pmid: 29153922
- Francois MJ, Obisike EE. Accelerating the National Implementation of Electronic Health Records in Canada. *Eur Sci J* 2016;12(15):452-90.
- Investigating E-Health Situation in Iran. Tehran: Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic of Iran; 2009.
- Saffar M. *The Oxford Handbook of Public Policy.* Tehran: Mizan Publication; 2015.
- Hassenteufel P, Zittoun P, editors. Why do policy change discourse succeed? Combining sociological and discursive analysis of policy actors strategies. *Policy & politics Conference*; 2014.
- Krell K. Discourse and politics in Alberta's Health System: An analysis of mobile technology policy. *J Health Policy Technol.* 2018;7(1):7-14.
- McDougall L. Discourse, ideas and power in global health policy networks: political attention for maternal and child health in the millennium development goal era. *Global Health.* 2016;12(1):21. doi: 10.1186/s12992-016-0157-9 pmid: 27193449
- Fridkin AJ. Addressing health inequities through indigenous involvement in health-policy discourses. *Can J Nurs Res.* 2012;44(2):108-22. pmid: 22894009