



# Identifying the Legal Principles Governing the Regulation of the Electronic Health System's Stakeholders Communication in Iran with Emphasis on Service Providers

Sepideh Mirmajidi<sup>1</sup> PhD, Davood Mehrabi<sup>1</sup> PhD, Irvan Masoudi Asl<sup>2</sup> PhD

<sup>1</sup> Department of Cultural Studies and Communication, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran

<sup>2</sup> National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

\*Correspondence to: Irvan Masoudi Asl, Email: masoudi\_1352@yahoo.com

Received: December 25, 2023

Revised: February 9, 2024

Accepted: February 13, 2024

Online Published: March 12, 2024

## Abstract

**Introduction:** The implementation of the electronic health system on a global scale continues to face various challenges, including legal challenges, after two decades. This research aims to identify the legal principles governing the regulation of the Electronic Health System's Stakeholders Communication in Iran, with emphasis on service providers.

**Methods:** This qualitative research was conducted using thematic analysis method. Data collected in interviews with 27 experts. Interviewees were selected based on their familiarity with the electronic health system, expertise in legal issues related to it, and communication within this system. Data were analyzed using MAXQDA version 20 software. Results: Data thematic analysis led to the identification of four global themes and ten organizing themes. Legal challenges of the electronic health system and the legal principles governing the regulation of stakeholders' communication are two organizing themes discussed in this article.

**Conclusion:** Managing conflict of interest, redesigning the architecture of the electronic health system, mandating contracts for physicians with basic and complementary insurances, and utilizing the potential capacities and capabilities of private sector are among the recommendations of this research.

**Keywords:** Electronic Health System, Legal Principles, Health Information, Stakeholder Communication, Health Service Providers

## Highlights

1. The optimal establishment of the electronic health system requires solving the challenges related to the regulation of the Ministry of Health and the criminalization of monopoly in this area.
2. To manage the conflict of interests in the health system, redesigning the architecture of the electronic health system is an unavoidable necessity.

## Citation:

Mirmajidi S, Mehrabi D, Masoudi Asl I. Identifying the legal principles governing the regulation of the electronic health system's stakeholders communication in Iran with emphasis on service providers. Iran J Health Insur. 2024;6(4):266-79.



# شناسایی اصول حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک در ایران با تأکید بر ارائه‌دهندگان خدمات

سپیده میرمجیدی<sup>۱</sup>، داود مهرابی<sup>۱</sup>، ایروان مسعودی اصل<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه مطالعات سیاسی، روابط بین‌الملل و حقوق، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: ایروان مسعودی اصل، پست الکترونیک: masoudi\_1352@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۱۲/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۴

تصحیح: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۴

## چکیده

**مقدمه:** پیاده‌سازی نظام سلامت الکترونیک در عرصه جهانی، پس از دو دهه همچنان با چالش‌های متفاوتی از جمله چالش‌های حقوقی روبه‌رو است. این پژوهش درصدد شناسایی اصول حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک در ایران با تأکید بر ارائه‌دهندگان خدمات است. **روش بررسی:** این پژوهش کیفی، با استفاده از روش تحلیل مضمون انجام شد. اطلاعات در گفتگو با ۲۷ متخصص گردآوری شدند. انتخاب مصاحبه‌شوندگان به صورت هدفمند و بر اساس آشنایی آنان با نظام سلامت الکترونیک، تخصص در زمینه مسائل حقوقی مرتبط با آن و همچنین ارتباطات در بستر این نظام صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از ویرایش ۲۰ نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند. **یافته‌ها:** تحلیل مضمون اطلاعات باعث معرفی ۴ مضمون فراگیر و ۱۰ مضمون سازمان‌دهنده شد. چالش‌های حقوقی نظام سلامت الکترونیک و اصول حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران، مضامین سازمان‌دهنده‌ای هستند که در این مطالعه به بحث گذاشته شدند. **نتیجه‌گیری:** مدیریت تعارض منافع، بازطراحی معماری نظام سلامت الکترونیک، الزامی کردن قرارداد پزشکان با بیمه‌های پایه و تکمیلی و استفاده از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های موجود در بخش خصوصی از جمله پیشنهادها پژوهش حاضر هستند. **واژگان کلیدی:** نظام سلامت الکترونیک، اصول حقوقی، اطلاعات سلامت، ارتباطات کنشگران، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

## نکات ویژه

- ۱- استقرار مطلوب نظام سلامت الکترونیک نیازمند رفع چالش‌های ناظر بر نحوه تنظیم‌گری وزارت بهداشت و جرم‌انگاری انحصار این حوزه است.
- ۲- برای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت، بازطراحی معماری نظام سلامت الکترونیک، ضرورتی گریزناپذیر محسوب می‌شود.

## مقدمه

پیاده‌سازی نظام سلامت الکترونیک در عرصه جهانی پس از دو دهه همچنان با چالش‌های متفاوتی مواجه است [۴-۶]. چالش‌ها و موانعی که محدود به جغرافیای خاصی نبوده و در بخش‌های مختلف اخلاقی، مالی، ارتباطات و فناوری، و به ویژه در بخش حقوقی وجود دارد [۷]. برای مثال، مقررات سلامت همراه در کانادا که از سوی وزارت بهداشت این کشور نظارت می‌شود، همواره با دو چالش اصلی مواجه است: ۱- نبود یک چارچوب تنظیم‌کنندگی مشخص سلامت همراه ۲- شفاف نبودن دستورالعمل‌های موجود [۸]. در آمریکا نیز نگرانی‌های حقوقی پیرامون چالش‌های سلامت الکترونیک مانند حجم بالای بارگذاری داده‌ها، سواد سلامت پایین، فقدان مهارت‌های فناوری و کمبود دانش ارائه‌دهندگان از جمله مشکلاتی هستند که

با استفاده روزافزون از فناوری‌های نوین و الکترونیکی شدن امور، چالش‌های نوپدید و تلاش برای یافتن راه‌حلی برای آنها به یکی از مهم‌ترین مسائل مطرح نزد متولیان امر تبدیل شده است [۱]. نظام سلامت الکترونیک نیز به عنوان مفهومی پویا و در حال تغییر، مستثنی از این امر نیست. سلامت دیجیتال یا سلامت الکترونیک که به استفاده از فناوری‌های ارتباطات و اطلاعات برای سلامت اطلاق می‌شود [۲]، در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط ست فرانک مطرح شد و به طور عمده در برگیرنده رسانه‌ها و نرم‌افزارهای کاربردی (اپلیکیشن) اینترنتی با هدف توسعه محتوای پزشکی، تجاری و پیوند است [۳].

و کافی برای پیاده‌سازی نظام سلامت الکترونیک ۵- نبود سیستم قانون‌گذاری همراه و همگام با ظهور فرایندها و فعالیت‌های جدید در این حوزه.

موارد ذکر شده، حاکی از ضرورت پیش‌بینی مقرراتی برای تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک یعنی متولی، بیمه‌گر، ارائه‌کننده خدمت و استفاده‌کننده از خدمت است. با این‌همه، پیشبرد نظام سلامت الکترونیک جامع و یکپارچه و اجزای مختلف آن از جمله پرونده سلامت الکترونیک، فرایند پیچیده‌ای است که نیازمند مشارکت سازمان‌های متعدد ذی‌نفع و ذی‌صلاح است که در گام نخست، متولی نظام سلامت الکترونیک قرار دارد. در ایران متولی اصلی مطابق ماده ۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی سال ۱۳۹۳، بند الف ماده ۷۲ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه، برنامه اجرایی پروژه «توسعه و استقرار نظام جامع سلامت الکترونیک» از سوی معاون رئیس‌جمهور و رئیس سازمان اداری و استخدامی کشور و سند نقشه راه سلامت الکترونیک منتشر شده توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۸، وزارت بهداشت و درمان است که به برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، وضع قوانین مرتبط و تعیین راهبردهای لازم می‌پردازد.

مطالعه هر یک از زیرشاخه‌های نظام سلامت الکترونیک حاکی از وجود موانع و چالش‌هایی در مسیر اجرایی شدن آن است. برای مثال، در مطالعه‌ای که با هدف «شناسایی عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده پیاده‌سازی نسخه‌نویسی الکترونیکی در استان تهران» انجام شد، این عوامل در ۵ دسته اصلی شامل فرهنگ الکترونیک، عوامل فردی، سازمانی، زیرساختی و تشویقی معرفی شده‌اند [۱۴]. با این‌همه و با عنایت به گستردگی احتمالی موانع و چالش‌های موجود از یک سو و نظر به اهمیت شناسایی اصول حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک از سوی دیگر (از آن رو که می‌تواند گامی در راستای تأمین رعایت حقوق و کسب منافع هر یک از کنشگران و ذی‌نفعان این حوزه باشد) پژوهش حاضر از صرف شناسایی و تبیین و بازتوصیف وضعیت موجود فراتر رفته و برآن است ضوابط حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات میان کنشگران نظام سلامت الکترونیک را البته تنها در سطح ارائه‌دهندگان خدمت و نه دریافت‌کنندگان، شناسایی و تعیین کند.

بر همین اساس، نخست، شناسایی چالش‌های حقوقی ناظر بر استقرار نظام سلامت الکترونیک در ایران و دوم، تدوین اصول حقوقی ناظر بر کیفیت تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران ارائه‌دهنده

استفاده از ظرفیت کامل سلامت الکترونیک، نیازمند رفع آنهاست [۲]. به نظر می‌رسد یکی از دلایل اصلی وجود چنین چالش‌ها و نگرانی‌هایی به پویایی و نوپدید بودن سلامت الکترونیک بازمی‌گردد. نگاهی به ادبیات پژوهش در این حوزه و نتایج پژوهش‌های پیشین، و همسو با اظهارات وایت هاوز و همکاران [۹] اصلی‌ترین چالش‌های سلامت الکترونیک، در سه حوزه اخلاقی، نظارتی و حقوقی قرار می‌گیرد. علاوه بر این، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، ساختاری و جغرافیای سیاسی نیز هر یک عواملی دیگر در این مسیر هستند. ماهیت ویژه پزشکی، و البته اکوسیستم بهداشت و درمان نیز خود فرصت‌ها و چالش‌های جدیدی را پیش روی کاربرد جامع فناوری اطلاعات و ارتباطات در امور پزشکی قرار می‌دهد.

موضوع سلامت الکترونیک در ایران نیز از اواسط سال ۱۳۸۱ (۲۰۰۲ میلادی) با تشکیل طرح توسعه کاربری فناوری ارتباطات و اطلاعات بهداشتی (تکفاب) در قالب مصوبات شورای عالی اطلاع‌رسانی و با استناد به مصوبه هیئت وزیران مطرح و نظام سلامت الکترونیک و زیرمجموعه‌های آن (برای مثال، پرونده سلامت الکترونیک) از ابزارهای اثربخش در اتخاذ تصمیم‌های بهتر حوزه سلامت معرفی شد [۱۰]. با این‌همه، این نظام عاری از چالش‌ها و موانع پیش‌گفته نیست. آسیب‌ها و تهدیدهایی که می‌توان از جنبه‌های مختلف شامل ساختاری، فرهنگ‌سازی و آموزشی، نیروی انسانی، و زیرساخت‌های فیزیکی و قانونی مورد بررسی قرار داد. در همین راستا مطالعات متعددی به شناسایی چالش‌های استقرار نظام سلامت الکترونیک در ایران پرداخته‌اند. نتایج این قبیل مطالعات نشان می‌دهند استانداردهای مربوط به محرمانگی و امنیت داده‌ها [۱۱، ۱۲] در کنار محدودیت‌های فنی، تخصصی و نگرشی- رفتاری مهم‌ترین موانع پیاده‌سازی نظام سلامت الکترونیک هستند [۱۳].

مطالعات اولیه و تجربه زیسته درخصوص وضعیت موجود نظام سلامت الکترونیک در ایران حاکی از آن است که در کنار عوامل گوناگون، عوامل حقوقی- قانونی یکی از مهم‌ترین موانع استقرار مطلوب نظام سلامت الکترونیک در ایران است که از جمله آنها می‌توان به این موارد، اشاره کرد: ۱- وجود حساسیت بالا نسبت به حفظ محرمانگی و امنیت اطلاعات بیماران ۲- نبود سیستم نظارت و ارزشیابی اثربخش بر روی اعمال صحیح قوانین مرتبط با سلامت الکترونیک ۳- وجود پیچیدگی در تعریف سطح دسترسی افراد مختلف به اطلاعات بیماران ۴- نبود قوانین و مقررات حقوقی لازم

تنها به گزارش دو مضمون سازمان‌دهنده ذیل دو مضمون فراگیر یکی «موانع شکل‌گیری/استقرار نظام سلامت الکترونیک» و دیگری «اصول ناظر بر کیفیت تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک» بسنده شد. به این ترتیب، چالش‌های حقوقی نظام سلامت الکترونیک و متناظر با آن اصول حقوقی ناظر بر ارتباطات کنشگران، دو مضمون سازمان‌دهنده‌ای هستند که در این مقاله به بحث گذاشته شده‌اند. ذیل هر یک از مضامین سازمان‌دهنده نیز مضامین پایه‌ای قرار دارند که در ادامه تشریح می‌شوند تا در بخش پایانی مقاله، بتوان با شناسایی چالش‌های حقوقی - قانونی استقرار نظام سلامت الکترونیک در ایران و شناسایی قواعد حقوقی مرتبط با مسائل مهم و برقراری ارتباط بین هر مسئله با قاعده حقوقی، اصول ناظر بر کیفیت تنظیم‌گری ارتباطات حقوقی ناشی از تعامل کنشگران ارائه‌دهنده خدمات نظام سلامت الکترونیک را تدوین کرد.

#### چالش‌های حقوقی نظام سلامت الکترونیک در سطح ارائه‌دهنده خدمات سلامت

با وجود گذشت بیش از دو دهه از طرح نظام سلامت الکترونیک، مباحث حقوقی مربوط به آن همچنان در کشورهای مختلف یکی از دغدغه‌های اساسی این حوزه به شمار می‌رود. بر اساس مقاله ژورالوف [۷] که تمرکز خود را بر چالش‌های رگولاتوری سلامت الکترونیک در روسیه قرار داده، باوجود پروژه‌های موفق سلامت الکترونیک در روسیه، این کشور با موانع زیادی از جمله موانع اخلاقی، مالی، فناوری و البته موانع حقوقی به عنوان مهم‌ترین مانع مواجه است. به طور مشابه، موانع و چالش‌های حقوقی یکی از مهم‌ترین محورهای عنوان شد که از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، شکل‌گیری نظام سلامت الکترونیک را در ایران تحت تأثیر قرار داده است. این موانع در دو سطح ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت شناسایی شد که در مقاله حاضر تنها یافته‌های ناظر بر چالش‌ها و ارتباطات ارائه‌دهنده خدمات سلامت گزارش شده است.

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بخشی از ذی‌نفعان حوزه نظام سلامت الکترونیک هستند که وجود موانع و چالش‌هایی با صبغه حقوقی، با تحت تأثیر قرار دادن عملکرد مطلوب آنان دستیابی به اهداف تعریف شده نظام سلامت الکترونیک را دشوار کرده است. یافته‌های تجربی پژوهش حاکی از انبوهی از چالش‌های حقوقی است که از جمله آنها می‌توان به این موارد اشاره کرد: ابهام در

خدمات نظام سلامت الکترونیک، دو هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر را به خود اختصاص می‌دهد.

#### روش بررسی

این پژوهش کیفی با استفاده از روش تحلیل مضمون و شناسایی مضامین یا الگوهای موجود در داده‌ها به روش استقرایی (داده‌محور) انجام شده است. در این پژوهش با ۲۷ نفر از متخصصان نظام سلامت الکترونیک به صورت هدفمند و نیمه‌ساختاریافته مصاحبه شد. با توجه به ماهیت اکتشافی این مطالعه، مصاحبه رودررو با خبرگان انجام شد تا به اهداف اختصاصی پژوهش پاسخ داده شود. ورود به محدوده‌های فکری و اطلاعاتی این متخصصان مستلزم ایجاد حس اعتماد در طرفین بود، از این رو پژوهشگران پیش از انجام هر مصاحبه مسائل مربوط به اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان را با آنان در میان گذاشته تا از این طریق اطمینان دوطرفه در مصاحبه‌شونده و مصاحبه‌کننده ایجاد شود. همچنین از روش کتابخانه‌ای نیز با هدف استفاده از آخرین مطالعات انجام شده در این حوزه استفاده شد. مصاحبه‌ها با کسب اجازه و اطلاع قبلی شرکت‌کنندگان ضبط و در صورت اجازه ندادن برای ضبط صدا، متن مصاحبه به‌طور کامل یادداشت‌برداری شد.

برای بررسی و دسترسی‌های لازم به مشارکت‌کنندگان، ویژگی‌های فردی افراد ثبت شد. بلافاصله پس از اتمام مصاحبه‌ها، در پایان هر گفتگو، در اولین زمان ممکن، متن مصاحبه‌ها با دقت و به‌صورت کلمه به کلمه همراه با ثبت ارتباطات غیرکلامی پیاده‌سازی، دسته‌بندی و مرتب شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از ویرایش ۲۰ نرم‌افزار MAXQDA و طبق الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک [۱۵] انجام شد. بر این اساس، تحلیل اطلاعات گردآوری شده در این مطالعه با استفاده از کدگذاری باز (کدگذاری اولیه و کدگذاری ثانویه) و کدگذاری محوری و انتخابی صورت گرفت. برای دسته‌بندی داده‌های پژوهش نیز از مصادیق، زیر مقولات و مقولات جامع بهره گرفته شد.

#### یافته‌ها

هدف از این فصل تشریح مضامینی است که در فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌دست آمدند. از میان ۴ مضمون فراگیر (متشکل از ۱۰ مضمون سازمان‌دهنده و ۲۱۲ مضمون پایه) در این مقاله

جلوه‌های این تعارض منافع می‌توان به حضور همزمان پزشکان شاغل در وزارت بهداشت در لایه‌های سیاست‌گذاری (وزیر) مقررات‌گذاری (اعضای کمیسیون بهداشت مجلس، تعرفه‌گذاری، نحوه ارائه مجوز، نحوه بستن قرارداد با بیمه‌ها) ارائه خدمت (حضور پزشک در بیمه‌ها، در دبیرخانه شورای عالی بیمه، در بخش خصوصی، در داروخانه‌ها) و هم خرید خدمت اشاره کرد.

این تعارض منافع در سخنان یکی از افراد مورد مصاحبه (P5) این‌گونه به تصویر کشیده شده است: «۲۴ نفر از اعضای کمیسیون پزشکی از خود صنف پزشکان هستند! وزیر همیشه پزشک بوده است. سوگیری فنی و منفعتی دارد. یک لایه پایین‌تر، یعنی مقررات‌گذاری، تعرفه را هم خود سیاست‌گذار پیشنهاد می‌دهد. سیاست‌گذار می‌گوید به گونه‌ای تعرفه بگذار که مردم در دهک یک هم از درمان محروم نشوند. قیمت را پایین بیاورید. می‌گوید حال اگر سود نکرد و زیان کرد من پولش را سوبسید می‌دهم. چگونه سوبسید دادن می‌شود مقررات‌گذاری. چه خدمتی مشمولش می‌شود، می‌شود مقررات‌گذاری. اجرا هم که در لایه سوم است. شما یک مرکز درمانی هستید می‌گویید که از مراجعه‌کننده تعرفه آزاد می‌گیرم چون پوشش بیمه‌ای ندارد. از یک مراجعه‌کننده پوشش بیمه پایه می‌گیرم. نکته اینجاست که در لایه دوم، یعنی مقررات‌گذاری، باز دولت هست. کسی که بالاسر هست، عیناً خودش پایین هم هست. حالا دوباره می‌آییم در اجرا، دوباره ارائه‌کننده خدمت چه کسی است؟ خودش، یعنی باز هم دولت است. یعنی خودش هم سیاست‌گذار است، هم مقررات‌گذار است، لایسنس می‌دهد، مجوز پروانه می‌دهد و هم خودش مجری است! حالا چگونه می‌توانید منافع خود را از این لایه حذف کنید؟». یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P9) تدارک خدمتی را که در بیمارستان‌های دولتی و دانشگاه‌ها ارائه می‌شود، یکی از کارکردهای مستقلی می‌داند که انجام آن به هیچ‌روی وظیفه وزارت نیست، بلکه باید تنها بر ارائه آن نظارت کند: «وزارت تنها نقش ارائه‌کننده را به خود گرفته و وظایف متولی بودن را به فراموشی سپرده است. کارکنان آن نقش چندگانه دارند هم سیاست‌گذارند، هم ارائه‌کننده خدمت هستند و هم بیمه‌گردند... شما صبح سری به کلینیک‌ها و اتاق عمل‌های بیمارستان‌های خصوصی بزنید، مملو از اعضای هیئت علمی محترمی است که خدمات خصوصی را از جیب مردم به خلق‌الله ارائه می‌دهند... مسئول تدوین و تنظیم‌گری نهاد تولید است که خود بزرگ‌ترین تدارک‌کننده و حامل بزرگ‌ترین

مسئولیت و حدود صلاحیت کنشگران (از جمله ابهام در مسئولیت حقوقی و کیفری افرادی که به اطلاعات بیمه‌شدگان دسترسی دارند، چگونگی تعیین مسئولیت کیفری یا حقوقی ارائه اطلاعات اشتباه، ابهام در مسئولیت کیفری نسخه‌نویسی از سوی فرد غیر صاحب صلاحیت و...)، مشکل در زیرساخت‌های حقوقی (از جمله ابهام در رژیم حقوقی و مقررات ناظر بر آن، متناسب نبودن بسیاری از زیرساخت‌ها با اقتضائات نظام سلامت الکترونیک و بی‌توجهی به توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی و حقوقی)، تصمیم‌گیری براساس گفتمان و نه داده، ادله و شواهد، نبود سازوکار تأیید هویت منبع اطلاعات در پزشکی از راه دور، ضعف قوانین و فقدان ضمانت اجراهای مناسب برای تکالیف قانون و طبعاً پایبند نبودن به قانون، نبود یک نظام پرداخت به سامانه‌ها (مثل سامانه سبب و آوی هنگ و...)، نبود قانون الزام‌آور برای ورود تمام کنشگران نظام سلامت الکترونیک ناشی از ضعف زور حاکمیتی، خلأ قانونی ناظر بر تعریف رابطه کنشگران با یکدیگر و دشوار بودن این امر به دلیل تعدد ذی‌نفعان و تفاوت در اهداف و منافع هر یک و به تبع آن دشوار شدن کار تنظیم‌گری، نبود قانونی الزام‌آور برای تبعیت بیمه‌ها از استاندارد و کدینگ تعریف شده وزارت بهداشت؛ وجود بعضی قوانین سنتی که با اقتضائات نظام سلامت الکترونیک همخوانی و انطباق ندارد مثل قوانین مربوط به تحویل دارو، ضعف نظارتی مجلس و نبود الزام قانونی برای تخصص، توان فنی و عملیاتی در اجزای حوزه نظام سلامت الکترونیک.

با وجود این موانع و چالش‌ها، سخن از تنظیم‌گری ارتباطات بین کنشگران نظام سلامت الکترونیک، نه ممکن است و نه منطقی. با تمام اینها ۴ محور ذیل را می‌توان مهم‌ترین موانع و چالش‌های حقوقی در سطح ارائه‌دهنده خدمات سلامت الکترونیک عنوان کرد که از تأکید و تکرار بیشتری از سوی مصاحبه‌شوندگان برخوردار بودند.

#### الف- تداخل وظایف در کارکردهای نظام سلامت و طبعاً ایجاد تعارض منافع گسترده

یکی از مهم‌ترین موانع و چالش‌هایی که در پاسخ تمام مصاحبه‌شوندگان با تعبیر و قرائت‌های گوناگون بر آن تأکید شد، تعارض منافع گسترده در لایه‌های مختلف نظام سلامت الکترونیک بود که این امر خود ناشی از نبود تنظیم‌گر، عامل بازدارنده مهمی در شکل‌گیری نظام سلامت الکترونیک کشور است. از مهم‌ترین



کند، حذفش می‌کنند. می‌گویند کسی بیايد که با ما همسوتر باشد و به خیر ما هم توجه کند... تعارض دیگر، تعارض حقوقی هست. مثل اینکه پزشک‌ها شدند رئیس بیمارستان، وزیر و... در تمام اکوسیستم پزشک نشسته حتی در نهاد بیمه‌گر. ربطی بهش ندارد».

این وضعیت که به نبود شفافیت در ارکان نظام سلامت الکترونیک و طبعاً تعارض منافع انجامیده، نخستین و مهم‌ترین چالش حقوقی در سطح ارائه‌کننده خدمات سلامت الکترونیک شناسایی شد که به باور مصاحبه‌شوندگان تحقق کامل اهداف این سیستم را دشوار ساخته است.

### ب- ضعف قوانین ناظر بر چگونگی تنظیم‌گری نظام سلامت الکترونیک

دیگر چالش حقوقی، تأکید مصاحبه‌شوندگان بر ضعف قوانین در جنبه‌های گوناگون شیوه تنظیم‌گری در عرصه نظام سلامت الکترونیک است. از جمله، نداشتن فهم درست از تنظیم‌گری در لایه سیاست‌گذاری و طبعاً نداشتن قانونی که نهاد تنظیم‌گر را شکل دهد. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P5) از این مشکل با عنوان مشکل نهادسازی در این حوزه یاد کرده و بر این باور است: «ما نهاد تنظیم‌گر نداریم. نهاد تنظیم‌گر را قانون مشخص می‌کند. پس ما در لایه سیاست‌گذاری اساساً چون فهمی از تنظیم‌گری نداریم، متناسب با آن قانونی که آن نهاد را شکل بدهد نداریم. یا مصوبه‌ای که در حکم قانون باشد در یک نهاد بالادستی... قانونی هم برای رفع این مشکل اساساً وجود ندارد». یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P9)، با نقد از رویکرد وزارت بهداشت مبنی بر دخالت در کلیه اجزا به مثابه تنظیم‌گر که می‌تواند بخشی از این باور ناشی از ابهام در متن قوانین و مقررات مربوطه باشد، بر این مهم تأکید دارد که وزارت بهداشت نباید تدارک خدمت را عهده‌دار شود، بلکه باید سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرای آنها داشته باشد.

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P16) با اشاره بر ضعف قوانین به عنوان یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت الکترونیک، این موضوع را به صورت مصداقی در بستر امضای دیجیتال چنین شرح می‌دهد: «چالش دیگر ضعف قوانین است. مثلاً آیا امضای دیجیتال مهم است؟ قانون هم دارد، اما قانون پزشک را ملزم نکرده که استفاده کند. این ضعف قوانین و مقررات، یک قسمتش مجلس است، یک قسمت خود وزارت بهداشت است، دولت است، حتی همین اجزایی که اسم

تعارض منافع است. بنابراین تا موضوع تداخل نقش‌ها حل نشود، سخن گفتن از سلامت الکترونیک آب در هاون کوبیدن است».

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P14) با آشکار دانستن تعارض منافع در تمام حوزه‌ها، این وضعیت را در حوزه درمان «فاجعه» می‌خواند و معتقد است: «اگر بخواهیم مهم‌ترین دلیل اجرا نشدن سلامت الکترونیک را بگوییم، تعارض منافع است. اما منظورم این نیست که الزاماً برمی‌گردد به پزشکان. ممکن است به حوزه‌های دیگر هم برگردد. اما در این حوزه بیشتر است. در قانون برنامه ۵ آمده بود پزشکی که در تشکیلات دولتی کار می‌کند، حق ندارد جای دیگری کار کند. دو جا کار کند. اما خب این اتفاق می‌افتد». یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P15) با «ذاتی» دانستن تعارض منافع در حوزه سلامت الکترونیک، معتقد است: «ما در حوزه سلامت الکترونیک؛ چند تا ذی‌نفع اصلی داریم. این شکلی هست که یکی ارائه‌دهنده خدمت سلامت است، یکی خریدار خدمت سلامت. یکی هم می‌تواند ناظر باشد... ما در سلامت همه اینها را با هم قاطی کردیم. مثلاً وزارت بهداشت ارائه‌دهنده خدمت هست. یعنی سرویس را می‌دهد، خودش هم خریدار است... شما در نظارت می‌بینید که باز هم وزارت بهداشت همه‌کاره هست. ناظر هست و در قسمت قضایی‌اش که چیز جدایی هست، باز هم وزارت بهداشت هست... این سه نقش اصلی که در هر اکوسیستمی باید کاملاً از هم جدا باشد در ایران چنین نیست... این یعنی تعارض منافع». به باور یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P16) اولین و مهم‌ترین چالش، تعارض منافع به عنوان اصلی‌ترین عاملی است که مانع از تحقق کامل اهداف نظام سلامت الکترونیک در ۱۸ سال گذشته شده است، زیرا: «وزارت بهداشت هم خریدار است و هم فروشنده... هیچ جایی مثل وزارت بهداشت و زیرمجموعه‌اش تعارض منافع نیست».

به باور یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P22)، تعارض منافع در وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی نظام سلامت الکترونیک چنین است: «وزارت بهداشت خودش مصرف‌کننده است، خودش هزینه است، مرکز هزینه هست، در مرکز هزینه خودش می‌خواهد نظارت هم بکند، تعارض منافع ساختاری مثل اینکه وزارت بهداشت شده متولی بیمه که نباید باشد. چون بیمه فروش خدمت می‌کند و وزارت بهداشت خرید خدمت. اینها باهم تعارض منافع دارند. رئیس بیمه سلامت همیشه به عنوان اینکه معاون وزیر منصوبش می‌کند، نمی‌تواند خیلی روی هزینه‌ها پافشاری کند. اگر خیلی پافشاری

پرسش که چرا باید اجازه فعالیت به پزشکانی داده شود که طرف قرارداد با هیچ بیمه‌ای نیستند، وقتی آنان نیز در عرصه سلامت فعالیت دارند، بر ضرورت وجود قانونی تأکید می‌کند که پزشکان و به طور کلی ارائه‌دهندگان خدمت را وادار کند چه طرف قرارداد با بیمه باشند و چه نباشند، ملزم شوند در این ساختار اقدام به تجویز کنند. مصاحبه‌شونده دیگری (P6) با اشاره به اینکه به عنوان بیمه‌های تکمیلی با اولین و مهم‌ترین کنشگری که باید در ارتباط باشند، بیمه‌های پایه هستند، از تعامل نداشتن بیمه‌های پایه با دیگر اجزا و کنشگران نظام سلامت الکترونیک نقد می‌کند و می‌گوید: «زمان وزارت دکتر هاشمی در وزارت بهداشت، چندین جلسه برگزار شد که تمام مراکز کشور بروند و با بیمه پایه قرارداد ببندند، بیمارستان‌ها به تصریح گفتند نمی‌بندیم. چرا؟ چون بیمه پایه پولشان را نمی‌دهد. الان بیمه پایه اساساً به خود بیمارستان‌ها بدهی سالانه دارد و خیلی چیزها را پوشش نمی‌دهد». ایشان در ادامه این چالش را موجب تحقق نیافتن نظام سلامت الکترونیک دانسته و می‌افزاید: «قرارداد داشته باشد، اگر نباشد و نیاید در قرارداد، آیا شما فکر می‌کنید نظام سلامت الکترونیک به شکل کامل محقق می‌شود؟ یعنی اگر نیاید و دلبخواهی باشد مانند این است که این نظام سلامت در بخشی الکترونیک است و در بخشی دیگر خیر... بنابراین با این روش او عملاً در صورت تحقق نظام سلامت الکترونیک، خارج از این بازی خواهد ماند».

#### ت- جرم‌انگاری نشدن انحصار در بازار سلامت الکترونیک

نقش پررنگ دولت در نظام سلامت الکترونیک، به رقابتی نبودن این بازار از جمله رقابتی نبودن استفاده از سامانه‌ها انجامیده است. آنچه به نظر می‌رسد در نبود قانونی برای الزام وزارت بهداشت برای استقبال از حضور استارت‌آپ‌ها و شرکت‌های فن‌آور در نظام سلامت الکترونیک و جرم‌انگاری نشدن انحصار در این بازار به صورت روشن و شفاف، علاوه بر به هم ریختگی و ضروری ندانستن ساختاری یکسان برای تبادل اطلاعات در این عرصه، در عمل به تحمیل هزینه‌های گزاف بر شرکت‌های بخش خصوصی که به سختی توانسته‌اند به این حوزه راه یابند؛ منجر شده است.

بیشتر پاسخ‌دهندگان معتقدند اساساً وظیفه تنظیم‌گر این عرصه جلوگیری از انحصار و حمایت از رقابتی بودن بازار سلامت الکترونیک است. از جمله مصاحبه‌شونده‌ای که (P8) معتقد است: «رگولاتوری...

برسیم، اینها هم تا حدی داخل خودشان مقررات‌گذاری دارند، مثل شورای بیمه، سازمان غذا و دارو، هر کدامشان تنظیم‌گرهای بخشی در حوزه خودشان هستند». به نظر ایشان، این وضعیت از وحدت عمل و حاکمیت واقعی وزارت بهداشت به عنوان تنظیم‌گر اصلی این نظام در عمل کاسته است. به باور یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P10) عملکرد قانون‌گذار از حیث پیش‌بینی نکردن پایگاه داده سلامت کشور در قوانین و در واقع ممنوعیت نداشتن قانونی ذخیره داده‌ها در همان سامانه‌های مربوط به خود به شدت محل نقد است. وضعیتی که به عملکرد نه چندان قابل دفاع وزارت بهداشت در این عرصه منجر شده است.

موارد فوق تنها بخش کوچکی از چالش‌های حقوقی ناشی از سکوت یا ابهام یا نقص در قانون را در بستر نظام سلامت الکترونیک ناظر بر نحوه تنظیم‌گری نشان می‌دهند. محورهای متعددی که شاید ذکر تمامی آنها در این مقاله ممکن نباشد.

#### پ- الزامی نبودن قرارداد مراکز درمانی با بیمه‌ها

یکی دیگر از مهم‌ترین عواملی که تحقق بسیاری از اهداف نظام سلامت الکترونیک و به ویژه نسخه‌نویسی الکترونیک را با دشواری‌ها و چالش‌های جدی مواجه ساخته، نداشتن الزام قانونی به طرف قرارداد بودن پزشکان با بیمه و طبعاً وارد نشدن نسخ تجویزی آنان در سامانه نسخ تجویزی است که به نظر می‌رسد این امر از یک سو به دلیل مقاومت پزشکان برای نسخه‌نویسی الکترونیکی و از سوی دیگر انجام ندادن تعهدات از سوی بیمه‌های پایه و طبعاً بی‌میلی پزشکان یا مراکز درمانی به عقد قرارداد با آنهاست. یکی از افراد مورد مصاحبه (P22) با فراتر دانستن این چالش از سطح نظام الکترونیک و طرح این پرسش که «آیا اساساً پزشک حق دارد بدون پذیرش بیمه در ایران فعالیت کند؟» معتقد است: «وقتی پزشک قرارداد ندارد می‌تواند در این اکوسیستم هم وارد نشود. اگر وزارت بهداشت ادعا می‌کند که باید این پزشکان تحت حاکمیت من باشند، اولین کار قرارداد بیمه‌ای‌شان هست. مگر می‌تواند بدون بیمه پذیرش کند؟ چون بیمه استحقاق سنجی دارد، شرایط شخص در آن سنجش می‌شود. یعنی بهترین مسیر برای این که انسان‌ها را تحت کنترل داشته باشید، بیمه کردنشان هست. شما می‌خواهید سلامتشان را بیمه کنید. خب پس پزشک باید با بیمه قرارداد داشته باشد».

مصاحبه‌شونده دیگری نیز به طور مشابه (P3) با طرح این

نظام سلامت الکترونیک باعث شکل‌گیری مضمون فراگیر «اصول ناظر بر کیفیت تنظیم‌گری روابط کنشگران این حوزه» شد که در ذیل آن دو مضمون سازمان‌دهنده شامل اصول مدیریتی و اصول حقوقی قرار دارد که از آن میان تنها یکی از مضامین سازمان‌دهنده، یعنی اصول حقوقی، آن هم تنها ناظر بر ارائه‌دهنده خدمات سلامت، بیان می‌شود.

#### الف- مدیریت تعارض منافع

مدیریت تعارض در پاسخ تک تک افراد مورد مصاحبه، یکی از مهم‌ترین اصول حقوقی حاکم بر تنظیم ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک شناخته شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P1)، به تصریح «اصل مدیریت تعارض منافع» را یکی از مهم‌ترین اصول حقوقی حاکم بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک عنوان می‌کند. مصاحبه‌شونده دیگری (P2)، از ضرورت مدیریت تعارض منافع در کنار دیگر اصول، با عنوان «ستون‌های تنظیم‌گری» یاد می‌کند که به واسطه آنها می‌توان تنظیم‌گری خوبی در عرصه نظام سلامت الکترونیک انجام داد. در این راستا یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P16) با تأکید بر وجود تعارض منافع گسترده در بین ذی‌نفعان نظام سلامت الکترونیک خاطرنشان می‌سازد: «اگر قانون درستی داشته باشید، نفر درستی هم به کار گرفته باشید و تعارض منافع هم در میان نباشد، این سیستم باید راه بیفتد». یکی از جلوه‌های مدیریت تعارض منافع به باور ایشان، پزشک نبودن وزیر بهداشت یا دست کم معاونان ایشان و البته خارج کردن وظیفه تنظیم‌گری از عهده وزارت بهداشت است.

مصاحبه‌شونده دیگری نیز (P25) با ابراز تعجب از اینکه: «کجای دنیا مدیریت پزشکان را به پزشکان می‌سپارند»، این وضعیت را موجب تعارض منافع می‌داند. مصاحبه‌شونده دیگری (P22) نیز به طور مشابه بر لزوم تصویب قانونی برای مدیریت تعارض منافع تأکید می‌کند: «باید بحث‌های تعارض منافع را سامان ببخشیم. و به نحوی حل و فصل کنیم. فرهنگ سازی بشود. الزام سازی بشود. چه پزشکان و چه ارائه‌کننده خدمت». تفکیک وظیفه خرید خدمت و ارائه خدمت در نهاد تنظیم‌گر و به دیگر سخن تفکیک کارکردها از یکدیگر و جلوگیری از تداخل وظایف که باعث کاهش تعارض منافع و یا حذف آن می‌شود نیز از دیگر موارد مورد تأکید مصاحبه‌شوندگان بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P9) در این باره معتقد است: «... در

کارش ایجاد رقابت از طریق نظارت یا تعرفه یا مقررات‌گذاری برای نهاد انحصارگر است. این را در رگولاتوری حوزه سلامت الکترونیک نمی‌توانم ببینم... با عنایت به اینکه رگولاتور و اساساً رگولیشن کارش شکستن انحصار هست، با توجه به انحصار دولت آیا رگولاتور در نظام سلامت الکترونیک ایران این کارکرد را دارد؟». یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P16)، با بیان اینکه ۹۳ درصد بیمه‌شده‌های کشور متعلق به دو سازمان بیمه، یعنی سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی هستند، با اشاره به مناقشه موجود بر سر تعیین اپراتور می‌گوید: «خوب اپراتور هم بین این دو بیمه و وزارت بهداشت باشد. وزارت بهداشت گفت نه، چون می‌خواست نباشد. چرا؟ چون می‌شه انحصار. مگر الان انحصار نیست؟ هست. در بیمه و وزارت بهداشت هم انحصار هست. الان هم این انحصار وجود دارد».

به طور مشابه، مصاحبه‌شونده دیگری نیز (P18) معتقد است: «انحصار ایجاد کردیم، انحصار دولتی. در صورتی که کاری که بایستی انجام می‌شد و آن هم برعهده وزارت بهداشت بوده... باید اقتصاد اینها را تأمین می‌کرد. یا تنظیم بازار را طوری انجام می‌داد که بخش خصوصی رشد کند. یک چالش اصلی ما هم همین است. چرا سرویس‌هایمان توسعه نیافته، چون نگاهمان به بخش خصوصی نیست». باوجود تکرار این چالش در پاسخ بسیاری از افراد مورد مصاحبه (۱۲ نفر)، برخی دیگر انحصار در این بازار را به دلیل ماهیت آن امری ضروری می‌دانند. از جمله یکی از آنان (P7) معتقد است: «حوزه سلامت، اساساً حوزه بسیار بسیار بزرگی است و یک شاخصه دارد... اینکه مارکت فیلر هست. یعنی سؤال اینجاست که آیا این حوزه را می‌شود به بازار واگذار کرد؟ یکی از شاخص‌های مهم یک بازار کامل این است که افراد اطلاعات کامل در آن حوزه دارند؛ در حالی که در بخش سلامت چنین نیست. یعنی ارائه‌دهنده و گیرنده اصلاً اطلاعاتشان با هم برابر نیست و عمده اطلاعات دست ارائه‌دهنده است و گیرنده بعضاً بی‌اطلاع است و به این خاطر به نحوی انحصار درست می‌کند و نمی‌شود رهايش کرد. بازار سلامت را نمی‌شود واگذار کرد».

#### اصول حقوقی ناظر بر تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران

برون‌رفت از چالش‌های مذکور، مستلزم تنظیم‌گری ارتباطات بین کنشگران نظام سلامت الکترونیک است که این مهم خود نیازمند اصولی است که ناظر بر این روابط باشد. گفتگو با متخصصان حوزه



افراد مورد مصاحبه (P18)، تنظیم‌گری را چنین معنا می‌کند: «نظام اپراتوری مفهومی این بود که من به عنوان دولت پایم را از اجرا بکشم بیرون؛ فقط سیاست‌گذاری کنم و تنظیم‌گری. اجازه بدهم که بخش غیردولتی وارد بشوند. ولی برای اینکه کار از دستم خارج نشود؛ تعداد محدود».

به طور مشابه، یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P25)، در تعریف تنظیم‌گری می‌گوید: «تنظیم‌گری یعنی شماروابط بین تمام بازیگران در این نظام را، میزان ظهور و بروز و حدود و ثغور و منافعی را مشخص کنید. بدانید به هر یک چقدر اجازه بدهید تا کجا پیش برود و در ازای این پیشروی چقدر منافع داشته باشد، و چطور منافع طرف مقابل را در برابر این حفظ کند. یعنی اجازه ندهید که تمام فضا مال شخصی بشود که بتواند هر شکلی با این رفتار کند... دولت حکمرانی را از طریق تنظیم‌گری اعمال کند، دخالت بیش از حد نکند و دنبال منافع از این بازار نباشد». ایجاد یک نهاد تنظیم‌گر برای پاسداری از منافع مردم از جمله نقاط مشترکی است که در پاسخ مصاحبه‌شوندگان به عنوان یکی از اصول مهم تنظیم‌گری به تصریح بر آن تأکید شده است. متناظر با این اصل، تعیین مالکیت داده‌های سلامت از سوی نهاد تنظیم‌گر، دیگر اصل مهمی بود که به باور مصاحبه‌شوندگان می‌باید از سوی نهاد تنظیم‌گر و در قوانین مربوطه مشخص گردد. در واقع، یکی از ابزارهای مهم تنظیم‌گری در اختیار داشتن داده‌های مربوط به سلامت افراد است و تا زمانی که این داده‌ها در اختیار تنظیم‌گر نباشد، چگونه می‌توان از او انتظار عملکردی مثبت و قابل دفاع داشت؟ بنابراین الزام قانونی مبنی بر در اختیار قرار دادن اطلاعات لازم از سوی دیگر کنشگران برای تنظیم‌گر اصلی این سیستم، برای استقرار نظام سلامت الکترونیک و تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران این عرصه اجتناب‌ناپذیر است.

یکی از مصاحبه‌شوندگان (P3) ضرورت تشکیل پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان را برای در اختیار قرار دادن این اطلاعات نزد نهاد تنظیم‌گر، چنین وصف می‌کند: «در اولین گام که تشکیل پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور بوده، در سال‌های گذشته ما دچار ضعف بودیم. در قانون برنامه ششم توسعه و در قانون بودجه سال ۹۶ تا ۱۴۰۰ در بند ج تبصره ۱۷ و در سال ۱۴۰۱ بند ط تبصره ۱۷ در سال ۱۴۰۱، همه و همه پرداختند به بحث پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور، به عنوان اولین مؤلفه در حوزه سلامت. این پایگاه در حال حاضر در پایگاه بیمه سلامت

گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت... تفکیک کارکردها از همدیگر و جلوگیری از تداخل وظایف، تک‌شغله شدن پزشکان و فراهم‌کنندگان خدمات، استقرار نظام پزشکی خانواده، اجرای اصول سطح‌بندی خدمات، ارجاع از سطحی به سطح دیگر اولین اقدامی است که باید توسط نظام سلامت انجام شود». یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P14) هم با بیان اینکه ضروری است یک سازمان رگولاتور به عنوان هسته اصلی و خارج از وزارت بهداشت ایجاد شود، این مدل را برای مدیریت تعارض منافع، اثربخش و راهگشا می‌داند.

### ب- تعیین خطوط کلی، حدود صلاحیت/اختیارات و ابزارهای رگولاتوری در قانون

مصاحبه‌شوندگان بر تنظیم‌گری به مثابه حداقل مداخله و حداکثر تنظیم و مقررگذاری تأکید داشتند. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P22) در این باره می‌گوید: «تنظیم‌گری مدیریت یکپارچه نیست، تصدی‌گری حاکمیتی نیست، حکمرانی نیست. این واژه‌ها هر کدام بار معنایی مختلفی دارند و در نظامات حقوقی و نظامات مدیریت دولت، معنا و کاربردهای متناظری را پیدا می‌کنند. ما وقتی از تنظیم‌گری استفاده می‌کنیم یا از دولت تنظیم‌گر استفاده می‌کنیم، منظورمان دولتی است که حداقل مداخله و حداکثر تنظیم و مقررگذاری را انجام می‌دهد. یعنی دولت به این بلوغ رسیده که با قدرت قانون‌گذاری و مقررگذاری‌اش و ابزارهای تنظیم‌گری بتواند حقوق ذی‌نفعان خودش را، ذی‌نفعان کسب و کار را بشناسد و هم بتواند بین آنها توازن را برقرار کند». یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P5) نیز در اظهاراتی مشابه تأکید می‌کند: «تنظیم‌گر کسی است که شرايطی را فراهم و مقرراتی را تنظیم می‌کند که حداکثر منفعت به مصرف‌کننده برسد. تنظیم‌گر کسی است که تمامی مقدمات اجرایی کار اعم از صدور مجوز، اجرای آن و تنظیم ارتباطات بین بازیگران، داوری بین آنها و تنظیم سازوکارهای مالی، اقتصادی و فنی بین آنها را فراهم می‌کند تا به مصرف‌کننده نهایی بیشترین سود برسد. این نقش تنظیم‌گر است».

همان‌طور که از این اظهارات پیداست، حدود صلاحیت تنظیم‌گر، مداخله در اجرا و امور اجرایی نیست. تنظیم‌گری یعنی فهم چارچوب‌های حرفه‌ای صدور یک مجوز و روابط حقوقی فی‌مابین کسی که مجوز می‌دهد و می‌باید نظارت کند و فردی که برایش حقوق مکتسبه‌ای ایجاد می‌شود. در همین راستا یکی از

نیز معتقد است: «اگر پزشکی نسخه الکترونیک کار نکرد، آی.تی وزارتخانه می‌تواند پروانه‌اش را لغو کند». یکی دیگر از افراد مورد مصاحبه (P22) ضمن تأکید بر اینکه وزارت بهداشت باید رابطه بین مردم را با نظام بیمه و نظام سلامت روشن کند، معتقد است سیاست‌گذاری باید به نحوی باشد که پزشک ملزم به تجویز نسخه به صورت الکترونیکی باشد تا بتوان به تبع داده‌های به دست آمده، پرونده سلامت الکترونیک را پیاده کرد.

#### ت- حمایت قانونی از ورود بخش خصوصی به حوزه سلامت الکترونیک

نبود حمایت از ورود بخش خصوصی در عرصه نظام سلامت الکترونیک یکی از مهم‌ترین چالش‌های حاکم بر نظام سلامت الکترونیک است. به همین دلیل، می‌توان حمایت و رشد بخش خصوصی در این عرصه را به مثابه یکی از اصول حقوقی مهم دانست. به باور مصاحبه‌شوندگان، توسعه نیافتگی خدمات سلامت به دلیل بی‌توجهی نگاه سیاست‌گذاران به بخش خصوصی است. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P11) در این خصوص اظهار داشت: «این اهتمام باید بوده باشد که فعالان بخش خصوصی هم ورود کنند». مشابه با این اظهارات مصاحبه‌شونده دیگری (P23) نیز گفت: «بخشی از این کار را بسپاریم به استارت‌آپ‌ها. ما قانون تنظیم کنیم و رگولاتوری وحشتناکی داشته باشیم، با قواعد سفت و سخت. اما از این طرف حمایت کنیم که از بخش خصوصی بیایند». مصاحبه‌شونده دیگری (P25)، ضرورت حضور بخش خصوصی در این عرصه را به این دلیل می‌داند: «بخش خصوصی را باید درگیر دغدغه جامعه نیازمند کنیم... هر کسی کار خودش را انجام دهد و اپریشن را بدهیم به بخش خصوصی. ما دولتی‌ها کسب و کار را بلد نیستیم. جلب رضایت مشتری را بلد نیستیم. اجازه بدهیم بخش خصوصی، دانش بنیان‌ها و استارت‌آپ‌ها با حداکثر سرعت ممکن حداکثر توسعه را بدهند و ما خودمان را وقف توسعه آنها کنیم، نه اینکه مانع باشیم».

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان (P10) نیز با نقد از استقبال نکردن از استارت‌آپ‌های فعال در حوزه سلامت الکترونیک، بر ضرورت حمایت از ورود بخش خصوصی و استارت‌آپ‌ها در این حوزه تأکید می‌کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P16) با طرح این پرسش که آیا در وضعیت کنونی «هیچ عقل سلیمی می‌پذیرد که استارت‌آپ‌ها در حوزه سلامت ورود نکنند» و مصاحبه‌شونده دیگری نیز (P18) به

مطابق قوانین مربوطه، شکل گرفته و همه مکلفند داده‌هایشان را در اختیار این پایگاه قرار دهند، تا بتوانیم به عنوان سیاست‌گذار به عنوان حاکمیت، تصمیم بگیریم که چند نفر هستند که فاقد پوشش بیمه هستند. پس اولین گام این است که یک جایی داشته باشیم که برویم سؤال بپرسیم».

مصاحبه‌شونده دیگری (P10) با اشاره به اینکه رسوب داده‌ها در سامانه‌های مربوط به خود یکی از چالش‌های کنونی نظام سلامت الکترونیک کشور است، یکی از اصول حقوقی مهم برای رفع این چالش را الزام قانونی مبنی بر در اختیار قرار دادن داده نزد وزارت بهداشت به عنوان تنظیم‌گر اصلی این حوزه برای تشکیل پرونده سلامت الکترونیک می‌داند. یکی دیگر از پاسخ‌دهندگان (P12) نیز تأکید می‌کند وزارت بهداشت به عنوان متولی باید برای مقیاس پذیر بودن پایگاه داده و تجمیع این داده‌ها، به عنوان ابزار اصلی برای تنظیم‌گری، گام‌های اساسی بردارد. به طور مشابه، مصاحبه‌شونده دیگری نیز (P16) تأکید دارد بیمه‌ها باید داده‌هایی را که به وجود آورده‌اند، در اختیار تنظیم‌گر قرار دهند. یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان نیز (P21) تأکید می‌کند بیمه سلامت باید داده‌ها را در اختیار وزارت بهداشت قرار دهد.

#### پ- الزامی کردن قرارداد با بیمه و تجویز نسخه در سامانه سلامت الکترونیک از سوی پزشکان

مقاومت پزشکان در مقوله قرارداد با بیمه‌ها و نسخه‌نویسی الکترونیک که اکنون به عنوان جزئی از اجزای نظام سلامت الکترونیک محسوب می‌شود، در سخنان مصاحبه‌شوندگان مورد توجه قرار گرفت. این مصاحبه‌شوندگان به طور کلی ضمن اشاره به مقاومت‌هایی که در این خصوص وجود دارد، الزامی کردن قرارداد با بیمه و همچنین تجویز نسخه در سامانه سلامت الکترونیک از سوی پزشکان را مورد تأکید قرار دادند. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P7) به تصریح ضرورت قرارداد پزشکان با بیمه را به عنوان یک اصل و ضابطه چنین شرح می‌دهد: «و اما اصل و ضابطه‌ی دیگر، الزام ارائه‌دهنده است. تا الان الزام بیمه‌گیرنده خدمات را می‌گفتیم. حالا ارائه‌دهنده... همه باید با بیمه‌ها قرارداد ببندند». مصاحبه‌شونده دیگری (P3) در این خصوص اظهار داشت: «باید قانونی داشته باشیم که فرد چه طرف قرارداد بیمه باشد چه نباشد، ملزم شود در این ساختار نسخه تجویز کند». مصاحبه‌شونده دیگری (P18)

سهامداران حوزه سلامت الکترونیک و طبعاً فرایندها و خدمات متناظر با هریک از آنها را از واجبات عنوان می‌کند و مصداق وحدت رویه و عملکرد یکسان بیمه‌ها را در تلاش یکپارچه آنها در اجرای پروژه نسخه الکترونیک و تشکیل پرونده سلامت الکترونیک در عمل می‌داند.

### بحث

این پژوهش تجربی تلاش کرد اصول و ضوابط حقوقی تنظیم‌گری روابط کنشگران نظام سلامت الکترونیک را به روش کیفی شناسایی کند. بدین منظور، لازم بود در گام نخست پژوهش، چالش‌های حقوقی- قانونی استقرار نظام سلامت الکترونیک در ایران شناسایی شود. از این رو متناظر با اهداف اختصاصی و پرسش‌های پژوهش، برای به دست آوردن داده‌های لازم با ۲۷ نفر از خبرگان این حوزه با انتخاب هدفمند و در سطوح گوناگون نظام سلامت الکترونیک (از بیمه و وزارت بهداشت گرفته تا پزشکان و متخصصان فناوری اطلاعات و ارتباطات) به شیوه نیمه‌ساختارمند مصاحبه شد. پرسش‌های باز این مصاحبه در چهار محور اصلی طراحی و تدوین شد که از این میان، دویسرش؛ یکی مهم‌ترین چالش‌های حقوقی نظام سلامت الکترونیک در ایران و دیگری مهم‌ترین اصول و ضوابط حقوقی لازم برای تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک، موضوع مقاله حاضر را به خود اختصاص داد.

برای افزایش دقت در توصیف و تحلیل داده‌ها، چالش‌های حقوقی به چالش‌های سطح ارائه‌کننده خدمات و دریافت‌کننده خدمات تقسیم شد. مطابق یافته‌های پژوهش یکی از مهم‌ترین چالش‌های حقوقی در سطح ارائه‌دهنده خدمات سلامت الکترونیک، تعارض منافع است. به گونه‌ای که تمام مصاحبه‌شوندگان به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر آن تأکید داشتند. تعارض منافع به مجموعه شرایطی گفته می‌شود که سبب می‌گردد تصمیمات و اقدامات حرفه‌ای تحت تأثیر یک منفعت ثانویه قرار گیرد. به عبارتی قرار گرفتن فرد در شرایطی که میان تعهدات و منافع شخصی/سازمانی او تضاد ایجاد شود یعنی تعارض منافع [۱۶]. وجود تعارض منافع، در مطالعات پیشین نیز مورد تأکید قرار گرفته است [۱۷]. البته قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع الزاماً به معنای ارتکاب جرم یا بروز فساد نیست. اما موقعیت‌های تعارض منافع اصولاً بر فرایند تصمیم‌گیری و اجرایی افراد تأثیر می‌گذارد و فرصت‌های مجرمانه را افزایش می‌دهد. همان‌طور که یافته‌های

طور مشابه با بیان ضرورت «تمرکز بر استارت‌آپ‌هایی که می‌توانستند سریع‌تر و گسترده‌تر در حوزه سلامت الکترونیک رشد پیدا کنند، اما نکردند»، از ضرورت تدوین قانونی سخن گفتند که از ورود بخش خصوصی و استارت‌آپ‌ها در این حوزه حمایت کند. مصاحبه‌شونده دیگری نیز (P21) با اشاره به اینکه: «جایگاه مدیریت استارت‌آپ‌ها را در حوزه سلامت خالی می‌بینیم»، به طور مشابه بر این اصل و ضرورت مهم تأکید می‌کند. پاسخ‌دهنده دیگری (P27) نیز با بیان اینکه: «حاکمیت نمی‌تواند بنشیند توی اتاق و برخلاف حوزه‌های قبلی که رگولاتوری‌اش را خودش راحت می‌بست، اینجا هم بدون درگیر کردن بخش خصوصی و استارت‌آپ‌ها انجام دهند»، ورود و حضور بخش خصوصی در این عرصه را گریزناپذیر می‌داند.

### ث- الزام قانونی مبنی بر تبعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی از نسخه و پرونده الکترونیک

مصاحبه‌شوندگان در سخنان خود تجمیع نشدن اطلاعات بیمه‌های پایه و تکمیلی در یک پایگاه واحد را مانعی برای کنترل اصالت سلامتی یا وضعیت بیمه افراد جامعه معرفی می‌کنند و خواستار شکل‌گیری الزام قانونی مبنی بر تبعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی از نسخه و پرونده سلامت الکترونیک شدند. یکی از مصاحبه‌شوندگان (P3) در این خصوص اظهار داشت: «بایستی یک بانک اطلاعات داشته باشیم که... وضعیت بیمه‌شدگان و غیربیمه‌شدگان را در اختیار ما قرار بدهد (سرویس استحقاق). چون باید ببینیم فردی که می‌خواهد خدمت بگیرد، یک سازمان و دستگاهی به نیابت از او می‌خواهد این هزینه را بپردازد یا نه، خود فرد می‌خواهد از جیبش این هزینه را بپردازد... بیمه سلامت خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، بیمه‌های تکمیلی و... همه اینها باید اطلاعاتشان را با این پایگاه که احاد جامعه در آن است، به اشتراک بگذارند. یعنی ما همان‌طور که یک مرکز داریم برای هویت ایرانی بودن، یک مرکز هم باید داشته باشیم برای کنترل اصالت سلامتی یا وضعیت بیمه‌ای افراد جامعه».

مصاحبه‌شونده دیگری (P22)، گام نخست برای تشکیل پرونده سلامت الکترونیک را، تشکیل پایگاهی برای بیمه‌ها می‌داند که همپوشانی پایگاه‌ها را رفع کند. مصاحبه‌شونده دیگری (P18) نیز ضمن اشاره به رویه‌های متفاوت هریک از بیمه‌ها در رسیدگی به اسناد پزشکی، یکسان‌سازی و وحدت رویه بین بیمه‌ها و تمام

اساساً با سکوت قانون مواجه هستیم. یا در مثالی دیگر، خلأ قانونی ناظر بر تعیین یک نظام پرداخت به سامانه‌ها (مثل سامانه سیب و آوی هنگ و...)، یا قانونی که رابطه تمام کنشگران را با یکدیگر تعریف و تعیین کند که همین مسئله تنظیم‌گری در این عرصه را به مراتب دشوارتر از دیگر عرصه‌ها می‌کند [۱۸]. مصداق دیگر سکوت قانون به موضوع تبعیت بیمه‌ها از استاندارد و کدینگ تعریف شده وزارت بهداشت بازمی‌گردد. این امر گزارش‌گیری از داده‌های موجود برای تشکیل پرونده سلامت الکترونیک افراد را با اشکال مواجه می‌سازد. از این‌رو، مطابق یافته‌های تحقیق، بازطراحی معماری نظام سلامت الکترونیک، با تغییر رویکرد نظام سنتی حوزه سلامت از پیمانکاری به نظام جدید اپراتوری ضروری است، آن هم با قرار دادن سیاست‌گذاران، نهادهای حاکمیتی و نظام برنامه‌ریزی کشور در لایه نخست که وظیفه تعیین خط‌مشی‌های کلان در حوزه سلامت و به تبع آن سلامت الکترونیک در همین لایه صورت می‌گیرد.

در لایه دوم تنظیم‌گر حضور خواهد داشت. گرچه تولید نظام سلامت کشور به صورت متمرکز به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار شده است، با این حال پیشنهاد می‌شود نهاد تنظیم‌گر به صورت یک کارگروه یا کمیسیون و با حضور نمایندگانی از مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی کشور، سازمان تأمین اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت، شورای اجرایی فناوری اطلاعات و بیمه مرکزی باشد. در لایه بعدی، بهتر است تجمیع‌کننده حضور داشته باشد؛ نهادی که وظیفه تجمیع خدمات سلامت الکترونیک و داده‌های مربوطه را برعهده دارد. در سه لایه پایانی نیز پیشنهاد می‌شود به ترتیب اپراتورها، سلامت‌یاران و نظام تعرفه قرار گیرد. بهتر است تجمیع‌کننده و کارگزار ترجیحاً غیردولتی باشند تا خارج از بوروکراسی رایج دولتی بتوانند نقش مؤثری ایفا کنند. با این‌همه، به علت حساسیت و امنیت بالای داده‌های حوزه سلامت، دولت‌ها ترجیح می‌دهند از ساختارهای شبه‌دولتی (عمومی غیردولتی یا خصولتی) استفاده کنند. به همین دلیل توصیه می‌شود تجمیع‌کننده و کارگزار حتماً سهامدارانی از جنس بازیگران اصلی این حوزه (عمدتاً دولتی یا عمومی غیردولتی) داشته باشند تا در اجرای برنامه‌ها و پیاده‌سازی سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی، مقاومت کمتری ایجاد شود. از دیگر سو، سلامت‌یاران صرفاً از بین اشخاص حقوقی کاملاً خصوصی تعیین و مجوز فعالیتشان صادر شود.

پژوهش نشان می‌دهد، مهم‌ترین جلوه‌های تعارض منافع در حوزه سلامت الکترونیک را می‌توان در حضور و فعالیت همزمان مدیران ارشد وزارت بهداشت در لایه‌های سیاست‌گذاری، مقررات‌گذاری، ارائه خدمت و هم خرید خدمت خلاصه کرد. در سوی دیگر این ماجرا، بیمه‌ها هستند که هم به عنوان تأمین‌کننده مالی، هم خرید خدمت و هم ارائه خدمت فعالیت می‌کنند. همچنین می‌توان به رسیدگی به شکایت از پزشکان توسط نظام پزشکی، تعیین تعرفه بخش خصوصی و فعالیت سهامداری مدیران دولتی در بیمارستان‌ها و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی به عنوان جلوه دیگری از تعارض منافع در نظام سلامت کشور اشاره کرد. وضعیتی که ناشی از نبود شفافیت در ارکان نظام سلامت به ویژه الکترونیک کشور است. بنابراین با توجه به اینکه وجود پدیده تعارض منافع یکی از دلایل اصلی جلوگیری از اجرای کامل برنامه‌های اصلاحی در نظام سلامت الکترونیک و از جمله پرونده سلامت الکترونیک است، یافته‌های تحقیق حاکی از اولویت دادن به مدیریت تعارض منافع و تمرکز بر ابعاد کلان آن در حوزه‌های سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و عملیات نظام سلامت است. بدین منظور، تفکیک وظایف، تفکیک تنظیم‌گر از مجری و تفکیک ناظر از موضوع نظارت، در اولویت است.

بخش دیگر از چالش‌ها، به موفق نبودن وزارت بهداشت در تنظیم‌گری نظام سلامت الکترونیک بازمی‌گردد. در این میان چند عامل دخیل هستند که مطابق یافته‌های تحقیق، مهم‌ترین آنها عبارتند از: نبود الزام قانونی و ضمانت اجرای تکالیفی که وزارت بهداشت به عنوان متولی و تنظیم‌گر برای دیگر کنشگران مقرر می‌کند. مانند فقدان ضمانت اجرای مناسب برای نسخه‌نویسی الکترونیکی، نداشتن فهم درست از تنظیم‌گری در لایه سیاست‌گذاری و طبعاً متناسب با آن نداشتن قانونی که آن نهاد را شکل دهد، تنظیم‌گرهای بخشی و جزیره‌ای هر یک از بازیگران در حوزه مربوط به خود، اختلاف نظر در خصوص صاحب اولیه و اصلی داده‌های الکترونیک سلامت افراد، ابهام در اینکه چه میزان از داده‌ها، چگونه و برای چه هدف و با چه مجوزی قابل استفاده است، ابهام در خصوص چگونگی تجمیع داده‌ها و چگونگی در اختیار قرار گرفتن آنها نزد کنشگران، خلأ قانونی ناظر بر ممنوعیت دخیله داده‌ها در همان سامانه‌های مربوط به خود، فقدان پیش‌بینی مرکزی واحد برای تجمیع تمام داده‌های تجویزی و در نهایت، پایین بودن سطح امنیتی داده‌ها به خاطر پراکندگی آنها. همان‌طور که پیداست، در این موارد

پیشنهاد می‌شود همزمان الزامات مناسب قانونی برای موظف کردن بیمه‌ها نیز به انجام تعهدات خود در قبال پزشکان پیش‌بینی شود تا الزامی کردن عقد قرارداد با بیمه از سوی پزشکان نیز از وجاهت منطقی و عقلایی برخوردار بوده و منصفانه باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های تجربی این پژوهش حاکی از آن است که تداخل وظایف در کارکردهای نظام سلامت، چالش‌های ناظر بر نحوه تنظیم‌گری وزارت بهداشت به عنوان متولی امر در حوزه سلامت الکترونیک، طرف قرارداد نبودن بسیاری از پزشکان و مراکز درمانی با بیمه‌ها و جرم‌انگاری نشدن انحصار در بازار سلامت الکترونیک، از جمله مهم‌ترین چالش‌های حقوقی است که استقرار مطلوب نظام سلامت الکترونیک را در کشور دشوار ساخته است. علاوه بر هریک از اصول و ضوابط حقوقی شناسایی شده برای برون‌رفت از چالش‌های مزبور، به نظر می‌رسد در این میان، بازطراحی معماری نظام سلامت الکترونیک همراه با ضرورت مدیریت تعارض منافع از اهمیت و اثرگذاری بیشتری برخوردار باشد. بنابراین مطالعه بیشتر و عمیق‌تر این دو ضابطه در کنار دیگر پیشنهاداتی که به بحث گذاشته شد، توصیه‌های پژوهشی آینده این مقاله را به خود اختصاص می‌دهند.

**تأییدیه اخلاقی:** این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی مصوب در مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و دارای تأییدیه کمیته اخلاق از دانشگاه بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به شماره IR.TUMS.SPH.REC.1401.227 است.

**تعارض منافع:** در پژوهش حاضر هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

**سهم نویسندگان:** طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله به سهم برابر توسط نویسندگان انجام شده است. جمع‌آوری داده توسط سپیده میرمجیدی و اصلاح مقاله به وسیله داود مهرابی صورت گرفته است.

**منابع مالی:** پژوهش حاضر با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت انجام شده است.

### References

1. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res. 2001;3(2):e20. doi: 10.2196/jmir.3.2.e20.
2. Chan J. Exploring digital health care: eHealth, mHealth, and librarian opportunities. J Med Libr Assoc. 2021;109(3):376-81. doi: 10.5195/jmla.2021.1180.
3. Frank SR. Digital Health Care—The Convergence of Health Care and the Internet. J Ambul Care Manage. 2000;23(2):8-17. doi: 10.1097/00004479-200004000-00003.
4. Bitaraf E, Jafarpour M, Jami V, Sarani Rad F. The

جرم‌انگاری نشدن انحصار در بازار سلامت الکترونیک، بخش دیگری از چالش‌های حقوقی این حوزه را به خود اختصاص می‌دهد. به گونه‌ای که امروزه بسیاری از پلتفرم‌های نسخه‌نویسی در بخش خصوصی مانند دکتر نکست، بقراط، مداربو و غیره از انحصار دولت و مشخصاً بیمه‌های پایه در کشور گله‌مند هستند و در این خصوص متأسفانه تاکنون اقدام قانونی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به معماری موجود نظام سلامت الکترونیک در کشور، اینکه سازمان‌های بیمه‌گر پایه به صورت مستقیم با تمامی شرکت‌های فناوری اطلاعات سلامت و اپلیکیشن‌های سلامت الکترونیک در ارتباط بوده، سرویس‌های پایه بیمه سلامت الکترونیک را به این ذی‌نفعان ارائه می‌کنند، با مراکز خدمات سلامت نیز به صورت مستقیم در ارتباط هستند و وظیفه پشتیبانی سرویس‌های ارائه شده را برعهده دارند و با عنایت به افزایش تعداد مراکز ارائه خدمات سلامت، شرکت‌های فناوری اطلاعات سلامت و اپلیکیشن‌های سلامت الکترونیک که توسعه زیست‌بوم سلامت الکترونیک کشور را با چالش‌هایی مواجه ساخته، از این‌رو، استفاده از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های موجود در بخش خصوصی برای توسعه زیست‌بوم سلامت الکترونیک کشور و امکان تنظیم‌گری ارتباطات کنشگران نظام سلامت الکترونیک، ضروری است.

دیگر یافته تحقیق حاکی از الزامی کردن قرارداد پزشکان با بیمه‌های پایه و تکمیلی است. بند «ل» تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ در این باره مقرر می‌کند: «به منظور رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شدگان، کلیه ارائه‌دهندگان خدمات (شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی) اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه هستند. کلیه دستگاه‌های مجوز دهنده ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه درمانی کنند». اجرای این قانون که از تاریخ ۴ تیرماه ۱۴۰۲ به موجب ابلاغ به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور لازم‌الاجرا شده، با مخالفت جدی سازمان نظام پزشکی مواجه شد. تا آنجا که برخی از آن با عنوان «قرارداد ترکانچای» یاد کرده‌اند. البته این مقرر در قانون بودجه ۱۴۰۱ نیز پیش‌بینی شده بود که هرگز اجرایی نشد تا زمان پیش‌بینی مجدد آن در بودجه سال ۱۴۰۲ که به سرنوشت مشابهی دچار شد.



- Iranian Integrated Care Electronic Health Record. Public Health and Informatics. 2021;281:654-8. doi: [10.3233/SHTI210252](https://doi.org/10.3233/SHTI210252).
5. Sidek YH, Martins JT. Perceived critical success factors of electronic health record system implementation in a dental clinic context: An organisational management perspective. *Int J Med Inform.* 2017;107:88-100. doi: [10.1016/j.ijmedinf.2017.08.007](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.08.007).
6. Mousavi SM, Takian A, Tara M. Sixteen years of eHealth experiences in Iran: a qualitative content analysis of national policies. *Health Res Policy Syst.* 2021;19:146. doi: [10.1186/s12961-021-00795-x](https://doi.org/10.1186/s12961-021-00795-x).
7. Zhuravlev M. eHealth regulatory challenges in Russia. In: Bächle TC, Wernick A, eds. *The futures of eHealth. Social, ethical and legal challenges*, Alexander von Humboldt Institute for Internet and Society, Berlin, Germany. 2019. p. 143-50.
8. Jogova M, Shaw J, Jamieson T. The Regulatory Challenge of Mobile Health: Lessons for Canada. *Healthc Policy.* 2019;14(3):19-28. doi: [10.12927/hcpol.2019.25795](https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.25795).
9. Whitehouse D, George C, Duquenoy P. eHealth: legal, ethical and governance challenges - an overview. *Proc Med-e-Tel.* 2011:423-428.
10. Sheikhtaheri A, Tabatabaee Jabali SM, Bitaraf E, Tehrani Yazdi A, Kabir A. A near real-time electronic health record-based COVID-19 surveillance system: An experience from a developing country. *Health Inform Manag J.* 2022;18333583221104213. doi: [10.1177/18333583221104213](https://doi.org/10.1177/18333583221104213).
11. Haghighi M, Dehghani M. Challenges and obstacles of implementing Electronic Health Record (EHR). First National Conference on Advances and Challenges in Science, Engineering and Technology, 2015. [Persian]
12. Jebraeily M, Piri Z, Rahimi B, Ghasemzade N, Mahmodi A. Barriers of Electronic Health Records Implementation. *Health Information Management.* 2012;8(6):807-14 [Persian].
13. Ameri A, Khajouei R, Ghasemi Nejad P. Barriers to Implementing Electronic Health Records from the Perspective of IT Administrators and Hospital Managers in Kerman. *J Health Adm.* 2017;20(69):19-30.
14. Kargosha R, Shojaei A. Factors Facilitating and Inhibiting the Implementation of Electronic Prescribing. [Masters' Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, 2020. [Persian]
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa).
16. Rajaie s. Conflict of interest, a serious challenge to the health system. *Strategic Studies of Public Policy.* 2019;9(30):335-340. [Persian]
17. Nymark M. Patients' Safety, Privacy and Effectiveness-A Conflict of Interests in Health Care Information Systems. *Med Law.* 2007;26:245-55.
18. Piliouras TC, Suss RJ, Yu PL. Digital imaging & electronic health record systems: Implementation and regulatory challenges faced by healthcare providers. 2015 Long Island Systems, Applications and Technology, Farmingdale, NY, USA, 2015, pp. 1-6. doi: [10.1109/LISAT.2015.7160179](https://doi.org/10.1109/LISAT.2015.7160179).