

مطالعه‌ی قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت و نظرسنجی امکان پیاده‌سازی آن در ایران*

فرخنده اسدی^۱، اعظم‌السادات حسینی^۲، حمید مقدسی^۳، مجتبی اسماعیلی^۴

چکیده

مقدمه: مراقبت بهداشتی به عنوان یکی از نیازهای اساسی بشر مورد توجه جوامع انسانی است و بیمه‌ی درمانی مناسب‌ترین گزینه برای برخورداری مردم از مراقبت بهداشتی است. اما امروزه انواع بیمه‌های درمانی با مشکلاتی روبه‌رو هستند؛ از این‌رو ضرورت رفع مشکلات به واسطه‌ی تدوین قوانین جدید مشهود است. قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت (HIPAA) یا Health insurance portability and accountability act) به منظور رفع مشکلات نظام بیمه‌ی سلامت آمریکا تصویب شد. با توجه به مشابهت مشکلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران و آمریکا، پژوهشگران بر آن شدند تا جهت حل معضلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران، به مطالعه‌ی HIPAA بپردازند و امکان پیاده‌سازی HIPAA در ایران را بررسی کنند.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-اکتشافی است که گردآوری داده‌ها با بررسی منابع معتبر و مراجعه به سازمان‌های بیمه‌ی درمانی اعم از وزارت رفاه، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح، مؤسسه‌ی عالی پژوهش تأمین اجتماعی و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. جامعه‌ی مورد پژوهش در زمینه‌ی نظرسنجی امکان پیاده‌سازی HIPAA در ایران، شامل ۲۴ نفر از صاحب‌نظران دانشگاهی و افراد دارای سابقه در بخش مدیریتی بیمه‌های درمانی و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود. اعتبار پرسش‌نامه‌ی طراحی شده از طریق تعیین اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شد ($r = 0/84$). در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه با استفاده از آمار توصیفی و در حد تعیین فراوانی مطلق و نسبی و به کمک برنامه‌ی SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: افزایش هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی، عدم تضمین پوشش مداوم بیمه‌ی سلامت و بوروکراسی زیاد امور اداری از مهم‌ترین مشکلات نظام بیمه‌ی سلامت آمریکا بود که منجر به قانون HIPAA در این کشور شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که ۶۶/۶۶ درصد از صاحب‌نظران نیز افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی را اولین عامل زمینه‌ساز انجام اصلاحات در ایران بیان کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: از آنجا که HIPAA یکی از مهم‌ترین رویکردهای اصلاحی در رفع معضلات بیمه‌ی سلامت آمریکا محسوب می‌شود و با توجه به تشابه مشکلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران با آمریکا، صاحب‌نظران با انجام ابعادی از HIPAA مانند فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها، ایجاد شناسه‌ی ملی در صنعت مراقبت بهداشتی کشور و اجرای نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، موافق و با ایجاد حساب پس‌انداز درمانی مخالف بودند.

واژه‌های کلیدی: HIPAA؛ بیمه‌ی سلامت؛ داده‌ها؛ انتقال اطلاعات.

نوع مقاله: کوتاه

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: sou.hosseini@sbmu.ac.ir

۳. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۳۱

دریافت مقاله: ۸۸/۸/۲

پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۷

ارجاع: اسدی فرخنده، حسینی اعظم‌السادات، مقدسی حمید، اسماعیلی مجتبی. مطالعه‌ی HIPAA و نظرسنجی امکان پیاده‌سازی آن در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۶): ۹۰۸-۹۰۰.

مقدمه

مشکلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران و آمریکا و نیاز روزافزون به انجام اصلاحات، پژوهشگران بر آن شدند تا در راستای یافتن راه حلی برای معضلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران و کمک به انجام اصلاحات در این نظام، به بررسی HIPAA بپردازند و در نهایت امکان پیاده‌سازی HIPAA در ایران را از نظر متخصصان مربوط جویا شوند.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-اکتشافی بود و در سال ۱۳۸۸ انجام گردید. محیط پژوهش را سازمان‌های بیمه اعم از سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح، مؤسسه‌ی عالی پژوهش تأمین اجتماعی و پژوهشکده‌ی بیمه، همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و کتابخانه‌های وابسته به این دانشگاه‌ها و اینترنت تشکیل دادند.

جامعه‌ی پژوهش در بخش بررسی قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت، پدیده‌ی HIPAA بود و در زمینه‌ی نظرسنجی امکان پیاده‌سازی HIPAA در ایران، جامعه‌ی پژوهش را تعدادی از متخصصان در حیطه‌های مربوط مانند مدیریت خدمات بهداشتی، مدیریت اطلاعات بهداشتی، اقتصاد بهداشت، پزشکی، رفاه اجتماعی و کامپیوتر تشکیل دادند. نمونه‌گیری در این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله‌ی اول برای رعایت سهمیه‌ی سازمان‌ها، نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای انجام گردید. سپس در مرحله‌ی دوم به نسبت متخصصان مربوط در هر سازمان، ۲۴ نفر به صورت هدفمند بر اساس ملاک‌هایی مانند برخورداری از تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط در زمینه‌ی بیمه‌های درمانی، برخورداری از تجربه‌ی مدیریتی و اجرایی در سازمان‌های بیمه‌ی درمانی، عضویت در گروه‌های پژوهشی مرتبط در دانشگاه‌ها یا سازمان‌های بیمه انتخاب گردیدند.

گردآوری داده‌ها در مرحله‌ی بررسی HIPAA، از طریق مطالعه‌ی متون علمی انجام گردید و در مرحله‌ی نظرسنجی در مورد امکان پیاده‌سازی HIPAA، پرسش‌نامه‌ای ساخت یافته مبتنی بر چارچوب پنداشتی به دست آمده از مرحله‌ی

مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی بشر مورد توجه جوامع انسانی است. از این رو در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و رو به توسعه، بیمه‌های درمانی به عنوان یک شیوه‌ی برتر به منظور همگانی شدن مراقبت‌های بهداشتی انتخاب شده‌اند (۱). اما در حال حاضر، بیمه‌های درمانی با مشکلاتی از قبیل افزایش هزینه‌ی خدمات و افزایش انتظارات مشتریان روبه‌رو هستند (۲). بنابراین افزایش هزینه‌های دولت و نگرانی دولت درباره‌ی کسری بودجه‌ی بخش دولتی، انگیزه‌ای قوی برای اصلاح نظام بیمه‌ی سلامت است (۳). بنابراین دولت‌ها بر آنند که اصلاحات متعددی در نظام بیمه‌ی درمانی خود انجام دهند (۴). هدف عمومی تمام اصلاحات دست یافتن به تغییرات هدفمند برای افزایش کارایی، کیفیت و برقراری عدالت در برخورداری مردم از مراقبت‌های بهداشتی است (۵). با توجه به آنکه هیچ یک از نظام‌های بیمه‌ی درمانی قادر به اصلاح خودکار خود نمی‌باشند؛ بنابراین ضرورت اصلاح ناهماهنگی‌ها به واسطه‌ی تدوین قوانین جدید در همه جا مشهود است (۶). به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر، اصلاحات متعددی در نظام بیمه‌ی درمانی کشورهای توسعه یافته انجام شده است. یکی از این اصلاحات در آمریکا طی دهه‌ی ۱۹۹۰ در پی تصویب قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت (HIPAA یا Health insurance portability and accountability act) صورت گرفت (۷). افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، ناکارآمدی نظام بیمه‌ی درمانی، نبود تنوع و آزادی در انتخاب نوع بیمه‌ی درمانی، عدم دسترسی همگان به مراقبت‌های بهداشتی، پیچیدگی و بوروکراسی زیاد امور اداری از مسایل و مشکلاتی بود که زمینه‌ساز اصلاحات و شکل‌گیری HIPAA در نظام بیمه‌ی سلامت آمریکا شد (۸-۱۱، ۲).

با در نظر گرفتن اهمیت HIPAA در اصلاح نظام بیمه‌ی سلامت آمریکا و با عنایت به اینکه HIPAA به عنوان اولین تدبیر ملی بعد از تصویب مدیکیر در آمریکا محسوب می‌شود (۱۲-۱۴)، همچنین توجه به شباهت

اول تهیه شد. اعتبار پرسش‌نامه‌ی طراحی شده از طریق روش تعیین اعتبار محتوا سنجیده شد و برای تعیین پایایی آن از آزمون مجدد استفاده گردید ($r = 0/84$). در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه، با استفاده از آمار توصیفی و در حد تعیین فراوانی مطلق و نسبی و به کمک برنامه‌ی SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که در دهه‌ی ۱۹۹۰ میزان هزینه‌های مراقبت بهداشتی در آمریکا به طور معنی‌داری افزایش یافته بود (۱۵). به همین دلیل در آغاز این دهه، دولت Clinton به منظور یافتن راه حلی در رابطه با چگونگی کاهش هزینه‌های اداری نظام مراقبت بهداشتی، خواستار گردهمایی رهبران صنعت مراقبت بهداشتی شد و افزایش استفاده از فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها (Electronic data interchange)، در این نظام به عنوان بهترین گزینه برای حل این مشکل از سوی گروه مطرح شد (۸). سرانجام تحت حمایت کنگره‌ی آمریکا، قانون همگانی ۱۹۱-۱۰۴ یا قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت در ۲۱ آگوست سال ۱۹۹۶ در نظام مراقبت بهداشتی آمریکا به تصویب کنگره رسید (۲۰-۱۶، ۹). این قانون با عنوان «لایحه‌ی بیمه‌ی بهداشتی کندی- کازبام (Kennedy-kassebaum health insurance bill)» نیز شناخته می‌شد (۲۲-۲۱).

به موجب این قانون، پوشش بیمه‌ای کارگران و افراد تحت تکفل آن‌ها حتی در هنگام تغییر شغل و یا از دست دادن آن نیز باید ادامه می‌یافت (۲۳، ۱۰). بهبود کارایی و اثربخشی نظام مراقبت بهداشتی آمریکا، کاهش هزینه‌ها، جلوگیری از تقلب و سوء استفاده، حمایت از محرمانگی و امنیت پرونده‌ها، کاهش بوروکراسی، بهبود مکانیزم‌های تضمین کیفیت و افزایش مراقبت از بیماران از دیگر مزایای HIPAA به شمار می‌آید (۲۴).

قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت اهدافی از جمله ۱. ارتقای فرایند تداوم و پیوستگی پوشش

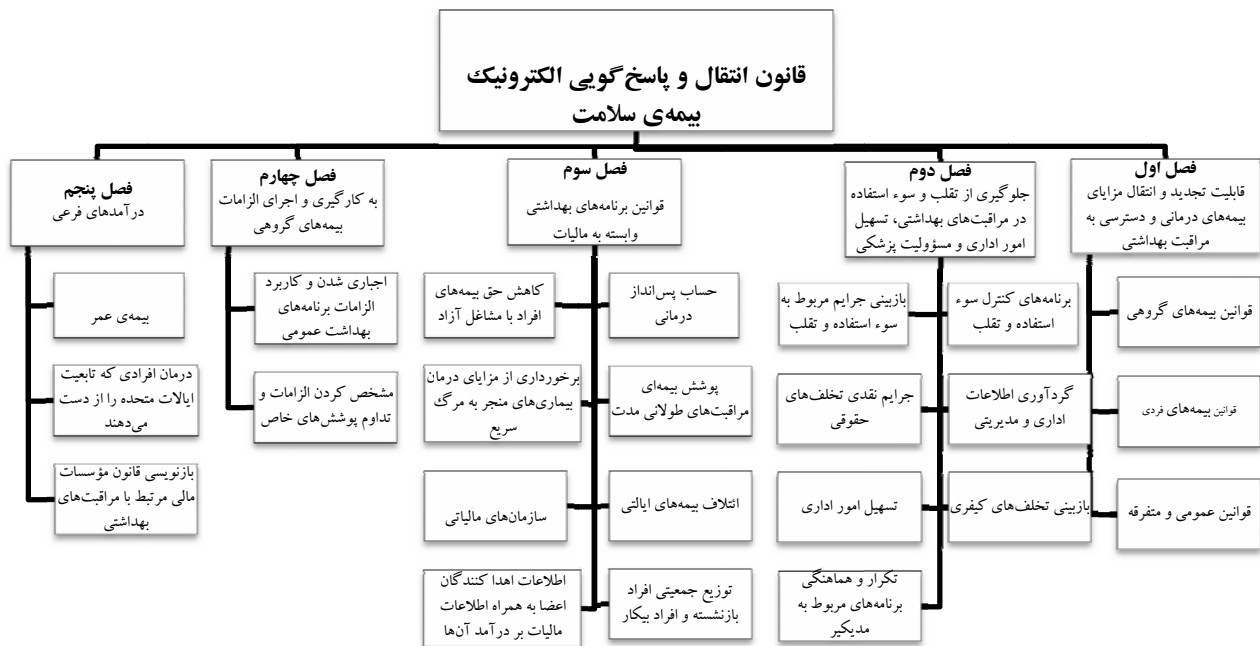
بیمه‌های سلامت، ۲. مقابله با استفاده‌ی نابه‌جا، تقلب و سوء استفاده از بیمه‌های بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی، ۳. توسعه‌ی استفاده از حساب پس‌انداز درمانی (Medical saving accounts)، ۴. افزایش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی طولانی مدت، ۵. تسهیل فرایند اداره و اجرای بیمه‌های سلامت به وسیله‌ی ایجاد شناسه‌های واحد برای ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، طرح‌های بهداشتی، کارفرمایان و افراد تحت پوشش بیمه‌های درمانی، ۶. تدوین استانداردهایی برای تبادل الکترونیک اطلاعات بهداشتی و ۷. تدوین استانداردهایی در زمینه‌ی محرمانگی اطلاعات بهداشتی را دنبال می‌نمود (۲۷-۲۵).

به طور حتم، تمام صنعت مراقبت بهداشتی به نحوی تحت تأثیر HIPAA قرار گرفته است (۹).

سازمان‌ها و افرادی، که باید از HIPAA تبعیت نمایند، تحت عنوان نهادهای تحت پوشش (Covered entities) نامیده می‌شوند که مسؤول حفظ و نگهداری از اطلاعات بهداشتی حفاظت شده (Protected health information) می‌باشند. عبارت «نهادهای تحت پوشش» بخشی از زبان HIPAA است (۲۸) که این نهادها عبارت از ۱. سازمان‌ها و طرح‌های بیمه‌ی سلامت (Health plan)، ۲. ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و ۳. مراکز جمع‌آوری و توزیع اطلاعات بهداشتی (Healthcare clearinghouses) هستند.

در ضمن قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌های بهداشتی همانطور که در شکل ۱ نشان داده شده است؛ در پنج فصل تهیه، سازمان‌دهی و تصویب گردید (۳۲-۲۹، ۲۶، ۱۸).

از آنجا که به منظور انجام اصلاحات در نظام بیمه‌ی درمانی کشور ابتدا باید مشکلات این نظام مشخص شود، یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که ۶۶/۶۶ درصد از صاحب‌نظران، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی را اولین عامل زمینه‌ساز انجام اصلاحات دانستند. عامل دستیابی به عدالت اجتماعی، کاهش کارایی و کیفیت خدمات و افزایش انتظارات مشتریان در رده‌های بعدی قرار گرفتند.



شکل ۱: فصول قانون انتقال و پاسخ‌گویی الکترونیک بیمه‌ی سلامت

تمام دست اندر کاران صنعت مراقبت بهداشتی به طور کامل موافق بودند. همچنین ۷۰/۸۳ درصد از صاحب‌نظران، نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه شدگان را در شرایط کنونی نظام بیمه‌ی درمانی کشور قابل اجرا می‌دانستند.

بحث

امروزه فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها، ابزاری ضروری در انجام مشاغل محسوب می‌شود و در آمریکا اکثر کمپانی‌ها، فعالیت‌های خود را از طریق این فرایند انجام می‌دهند. اگر چه در صنعت مراقبت بهداشتی در طول دهی گذشته تلاش‌های فراوانی به منظور حذف سیستم‌های دستی انجام گرفته است؛ اما فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها در این صنعت در گذشته با مشکلاتی مواجه بوده است. Chung و همکاران در پژوهش خود متفاوت بودن عناصر اطلاعاتی پرداخت کنندگان هزینه‌های مراقبت بهداشتی و عدم تمایل به تبادل الکترونیک اطلاعات را از مسایل و مشکلات در گذشته بیان کرده است (۳۳).

نیمی از صاحب‌نظران (۵۴/۱۶ درصد) اظهار داشتند که آزادی و تنوع در انتخاب بیمه‌ی درمانی وجود ندارد و تنها یک بار می‌توان به انتخاب بیمه‌ی درمانی پرداخت. ۸۷/۵ درصد صاحب‌نظران اظهار داشتند که از تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات در نظام بیمه‌ی درمانی کشور استفاده می‌شود؛ در حالی که اکثر این افراد، میزان کاربرد تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات را در نظام بیمه‌ی درمانی کم می‌دانستند. در رابطه با ایجاد حساب پس‌انداز درمانی، ۵۴/۱۶ درصد از متخصصان ایجاد این حساب را در نظام بیمه‌ی درمانی کشور توصیه نمی‌کردند. بر اساس یافته‌های پژوهش، تمام متخصصان با استفاده از فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها (EDI) در نظام بیمه‌ی درمانی کشور موافق بودند و ۹۱/۶۶ درصد از صاحب‌نظران عقیده داشتند که استفاده از EDI باعث کاهش هزینه‌ها می‌شود. همچنین تمام صاحب‌نظران اظهار داشتند که استفاده از EDI باعث کاهش بوروکراسی در نظام بیمه‌ی درمانی کشور خواهد شد. در ضمن تمام صاحب‌نظران با ایجاد شناسه‌ی ملی برای

درمان، به نظر می‌رسد این بودجه نیازمند افزایش جدی است. بدیهی است صرف افزایش بودجه مشکلی را حل نمی‌کند؛ بلکه افزایش بودجه باید با پیاده‌سازی منسجم نظام جامع اطلاعات بیمه شدگان، اصلاح توزیع امکانات و منابع در کشور و نیز تقویت و اصلاح ساز و کارهای نظارت صورت گیرد.

در زمینه‌ی وجود پوشش بیمه‌ی همگانی در کشور و میزان اجرای آن، مطالعه‌ی منابع معتبر نشان از آن داشت که هر چند در قانون بیمه‌ی خدمات درمانی همه‌ی اقشار جامعه می‌توانند تحت پوشش بیمه‌ی همگانی قرار گیرند، اما ساز و کارهای درستی برای رسیدن به این منظور انتخاب نشده است.

ابراهیمی‌پور در پژوهش خود با عنوان «طراحی الگوی پوشش همگانی بیمه‌ی درمان» اظهار داشت در چند سال گذشته، برای توسعه‌ی تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات در نظام بیمه‌ی درمانی کشور، تلاش‌های زیادی صورت گرفته است. زیرساخت‌های لازم، الزامات و استراتژی‌های توسعه‌ی تکنولوژی اطلاعات مطالعه و بررسی شده‌اند. از مزایای این تکنولوژی می‌توان افزایش سرعت و دقت فعالیت‌ها، کاهش چشم‌گیر هزینه‌ها در بلند مدت، افزایش بهره‌وری سیستم‌ها، اطلاع‌رسانی و آگاهی مردم از فرصت‌ها، کاهش مفاسد اداری و تسهیل استفاده از خدمات را نام برد (۳۴).

Chung و همکاران در مطالعه‌ی با عنوان «مروری بر قوانین بخش تسهیل امور اداری» چنین بیان می‌کند: اگر چه هزینه‌ی اولیه‌ی این پروژه در بدو امر قابل توجه می‌باشد، اما سرمایه‌ای که از این بابت در آینده ذخیره خواهد شد، بیشتر از هزینه‌ی اولیه خواهد بود (۳۳).

در مورد ایجاد حساب پس‌انداز درمانی عقیده بر آن است که ایجاد این حساب، یک گزینه‌ی مناسب برای سیاست‌گذاران نظام بیمه‌ی درمانی در هر کشوری می‌باشد و صاحب‌نظران معتقدند که در حال حاضر با توجه به اینکه زیرساخت‌های لازم برای ایجاد حساب پس‌انداز درمانی در کشور وجود ندارد؛ این گزینه برای کشور ایران مناسب به نظر نمی‌رسد.

در زمینه‌ی تبادل الکترونیک داده‌ها در نظام بیمه‌ی درمانی کشور، می‌توان نتیجه گرفت که به طور قطع استفاده از فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها در کوتاه مدت باعث افزایش

Green و Bowie مشخص شدن وضعیت مطالبات و صحت اطلاعات در کمتر از ۲۴ ساعت، کاهش فرصت برای بروز اشتباهات، انتقال و ارسال وجوه به صورت الکترونیک، پرداخت سریع‌تر مطالبات، کاهش هزینه‌های اداری، اعلام وصول آنلاین مطالبات و استاندارد کردن آرایه‌ی مطالبات الکترونیک برای کاهش هزینه‌ها را از مزایای استفاده از تبادل الکترونیک داده‌ها در نظام بیمه‌ی سلامت بیان نمودند (۱۰). همچنین در مطالعه‌ی دیگر از دیدگاه American medical billing association، کاهش زمان در گردش پرداخت‌ها به وسیله‌ی کوتاه کردن چرخه‌ی پرداخت و کاهش میزان اشتباهات در آرایه‌ی مطالبات به میزان یک تا دو درصد نیز از دیگر مزایای فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها به شمار رفته است (۲۷).

در همین رابطه پژوهش‌های Foong و Turner و Nichols و Blumberg حاکی از آن بود که HIPAA تغییرات متعددی را در زمینه‌ی بیمه‌های درمانی ایجاد کرده است. محرمانگی اطلاعات بهداشتی، ایجاد استاندارد جهت تراکنش‌های الکترونیک اطلاعات بهداشتی و بیمه‌ای، امنیت اطلاعات الکترونیک بهداشتی و ایجاد شناسه‌ی ملی از مهم‌ترین حیطه‌هایی هستند که دستخوش تغییرات ناشی از این قانون گشته‌اند (۱۴-۱۳). از این رو می‌توان اظهار نمود که HIPAA یکی از مهم‌ترین رویکردهای اصلاحی در زمینه‌ی اصلاح نظام بیمه‌های سلامت می‌باشد و باید با ایجاد زیرساخت‌های لازم از جمله فرایند EDI برای اصلاح نظام بیمه‌ی درمانی کشور اقدام کرد.

در بخش نظرخواهی از صاحب‌نظران، یافته‌های حاصل از پژوهش نشان از آن داشت که نظام درمانی کشور با افزایش هزینه‌ی خدمات مواجه می‌باشد. زارع اظهار داشت بر اساس آمارها، سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی برابر با ۵/۴ درصد است که در مقایسه با کشورهای پیشرفته، این میزان پایین است. با توجه به اینکه سهم مشارکت مردم در هزینه‌های درمان حدود ۷۰ درصد است، این امر منجر به ایجاد نارضایتی در افراد شده است (۶). در نگاه به بودجه‌ی دولتی هزینه شده در بخش بهداشت و

بیمه‌ی درمانی در قالب سازمانی واحد اشاره نمود. چرا که ایجاد حساب پس‌انداز درمانی، همانطور که در گذشته اشاره گردید، نیاز به زیرساخت‌هایی دارد که هنوز در کشور ما شکل نگرفته است. اما علت عدم تمایل به فعالیت تمام سازمان‌های بیمه‌ی درمانی در قالب یک سازمان واحد را، مشخص نبودن تولید اصلی نظام بیمه‌ی درمانی کشور می‌دانند.

با توجه به شرایط نظام بیمه‌ی درمانی کشور، تمام صاحب‌نظران با اجرای برنامه‌ای، که بتواند به اهداف به دست آمده از HIPAA نایل گردد، به طور کامل موافق می‌باشند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای جنبه‌هایی از HIPAA می‌تواند بین نهادهای مرتبط با بیمه‌های درمانی از قبیل سازمان‌های بیمه، ارابه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، وزارت بهداشت و درمان، وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر هماهنگی بهتر و بیشتری ایجاد نماید و موجب کاهش هزینه‌های نظام بیمه‌ی درمانی، جلوگیری از تقلب، کاهش بوروکراسی، افزایش بهره‌وری، تسهیل و تسریع امور اداری، دسترسی بهتر به پوشش‌های بیمه‌ای، امنیت و محرمانگی اطلاعات بهداشتی، افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و در نهایت دستیابی به عدالت اجتماعی شود.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده، چنین به نظر می‌رسد که باید اقدامات گسترده‌ای برای اصلاح نظام بیمه‌ی درمانی کشور انجام شود؛ از این‌رو با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی پدیده‌ی HIPAA و با امان نظر به قابلیت اجرای بعضی از جنبه‌های HIPAA و درگیر بودن چندین سازمان بیمه‌گر و وزارتخانه در امر بیمه‌ی درمان پیشنهاد می‌شود موارد زیر مورد توجه بیشتر دست‌اندرکاران نظام بیمه‌ی درمانی کشور قرار گیرد:

- تشکیل کارگروهی ویژه از سیاست‌گذاران وزارتخانه‌های مسؤول و شورای عالی بیمه برای اصلاح نظام بیمه،
- توسعه‌ی زیرساخت‌های لازم به منظور انجام فرایند EDI توسط وزارت فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات،
- یکپارچه‌سازی سازمان‌های بیمه‌ی درمانی و ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شوندگان،

هزینه‌ها خواهد شد، ولی به طور حتم کاربرد این فرایند در دراز مدت کاهش هزینه‌ها، کاهش بوروکراسی، کاهش مشکلات مردم و افزایش بهره‌وری سازمان‌ها را در نظام بیمه‌ی درمانی به همراه خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

پس از مطالعه و بررسی‌های انجام شده پیرامون HIPAA و نظرخواهی از صاحب‌نظران در رابطه با امکان پیاده‌سازی این قانون در ایران، می‌توان چنین اظهار نمود که برخی از مشکلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران در مقایسه با مشکلات نظام بیمه‌ی سلامت آمریکا، که منجر به تصویب HIPAA گردید، هم‌سان می‌باشند. اما در این میان، برخی مشکلات از جمله ناکارآمدی نظام بیمه‌ی درمانی، مشخص نبودن تولید نظام مراقبت بهداشتی و بیمه‌ی درمانی کشور و عدم آگاهی بیمه‌شدگان از حقوق خود، مخصوص نظام بیمه‌ی درمانی ایران می‌باشد.

از آن‌جا که آمریکا یکی از کشورهای توسعه یافته در زمینه‌ی ایجاد اصلاحات در زمینه‌ی نظام مراقبت بهداشتی در جهان است، بنابراین دنبال نمودن راه‌حلی همانند HIPAA می‌تواند باعث حل بسیاری از مشکلات نظام بیمه‌ی درمانی ایران شود. نتایج و یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در حال حاضر، امکان اجرای تمام ابعاد و جنبه‌های HIPAA در نظام بیمه‌ی درمانی کشور وجود ندارد و یا اجرای آن‌ها ضروری نمی‌باشد.

نظرخواهی از صاحب‌نظران هم نشان می‌دهد که این افراد با اجرای بعضی از جنبه‌های HIPAA موافق می‌باشند، به عنوان مثال صاحب‌نظران با انجام فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها، ایجاد شناسه‌ی ملی در صنعت مراقبت بهداشتی کشور و اجرای نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، که از ابعاد مهم HIPAA می‌باشند؛ موافقت می‌کنند.

اما با توجه به شرایط کنونی کشور، صاحب‌نظران با انجام برخی از اقداماتی که به واسطه‌ی HIPAA در آمریکا انجام گردیده است، موافق نیستند که از این اقدامات می‌توان به ایجاد حساب پس‌انداز درمانی و فعالیت تمام سازمان‌های

بیمه‌ی درمانی کشور،
- ایجاد شناسه‌ی ملی برای تمام دست اندر کاران صنعت
مراقبت بهداشتی اعم از بیماران، سازمان‌های بیمه‌گر و آرایه
کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و کاربرد این شناسه‌ها به
صورت هماهنگ توسط سازمان‌های بیمه‌گر.

- ایجاد بانک جامع اطلاعات ایرانیان توسط وزارت رفاه
به عنوان نهاد اصلی در امر سازمان‌دهی بیمه‌ی درمانی،
- امکان انتقال سوابق اطلاعاتی بیمه شدگان بین
سازمان‌های بیمه‌گر،
- بررسی و تدوین استانداردهای تبادل الکترونیک داده‌ها
توسط کارگروهی تخصصی برای تسهیل امور اداری نظام

References

1. Khalegh Nejad A, Rezaee Ghale H, Karimi M, Maleki MR. The Position of Health Insurance in Social Security system. 1st ed. Tehran: Social Security Research Institute Publication; 2001. p. 9-11.
2. Zare H. Basic Health Insurance: Principles, Structure, Coverage and Regulation. Tehran: Medical Services Insurance Organization Publication; 2006. p. 37-45.
3. Flood CM. International health care reform: a legal, economic and political analysis. 1st ed. London: Routledge; 2000. p. 69-72.
4. International Social Security Association. Current issues in health care reform. Geneva: International Social Security Association; 1998. p. 1.
5. State Unit of Health System Reform. Health System Reform in Islamic Republic of Iran. 1st ed. Tehran: Andishmand Publication; 2005. p. 19.
6. Zare H. Available Challenges to do integrate Health Insurance in Iran. Tehran: Published by Majlis Research Center; 2007. p.180.
7. Wikipedia the free encyclopedia. Health Insurance Portability and Accountability Act [Online]. 2011; Available from: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Insurance_Portability_and_Accountability_Act/
8. Rada R. Information systems and healthcare enterprises. New York: Idea Group Inc (IGI); 2008. p. 146.
9. Beaver K, Herold R. The practical guide to HIPAA privacy and security compliance. New York: Auerbach Publications; 2004. p. 13, 17.
10. Green MA, Bowie MJ. Essentials of Health Information Management: Principles and Practices (Book Only). New York: Cengage Learning; 2004. p. 13, 262.
11. Zelman WA. The rationale behind the Clinton health care reform plan. Health Aff (Millwood) 1994; 13(1): 9-29.
12. Tan JK. E-health care information systems: an introduction for students and professionals. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
13. Turner S, Foong S. Navigating the road to implementation of the Health Insurance Portability and Accountability Act. Am J Public Health 2003; 93(11): 1806-8.
14. Nichols LM, Blumberg LJ. A different kind of 'new federalism'? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Health Aff (Millwood) 1998; 17(3): 25-42.
15. Black K, Skipper HD. Life & health insurance. New York: Prentice Hall; 2004. p. 483.
16. Leo R. The HIPAA Program Reference Handbook. New York: Auerbach Publications; 2004. p. 4.
17. Having K, Davis DC. HIPAA compliance in U.S. hospitals: a self-report of progress toward the security rule. Perspect Health Inf Manag 2005; 2: 9.
18. Caplan RM. HIPAA. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Dent Assist 2003; 72(2): 6-8.
19. Beaver K. Healthcare information systems. 2nd ed. New York: Auerbach Publications; 2003. p. 147.
20. Ladenheim K. Health Insurance in Transition: The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Oxford Journals Subscribers and Registrants 1997; 27(2): 33-51.
21. Wielawski IM. HIPAA, TB, and me. Health Aff (Millwood) 2006; 25(4): 1127-32.
22. Geyman JP. Health care in America: can our ailing system be healed? London: Butterworth-Heinemann; 2002. p. 269.
23. Marcinko DE, Hetico HR. Dictionary of health insurance and managed care. New York: Springer Publishing Company; 2006.
24. Massachusetts Health Data Consortium Inc. General Information: The benefits of Administrative Simplification [Online]. 2009 [cited 2009 Jan]; Available from: URL: <http://www.mahealthdata.org/hipaa/resources/general/benefits.html/>

25. McWay DC. Today's Health Information Management: An Integrated Approach. New York: Thomson Delmar Learning; 2007. p. 56.
26. Gartee R. Electronic Health Records: Understanding and Using Computerized Medical Records. London: Prentice Hall; 2006. p. 372.
27. Green MA, Rowell JA. Understanding health insurance: a guide to billing and reimbursement. 8th ed. New York: Thomson Delmar Learning; 2005. p. 100.
28. Krager D, Krager C. HIPAA for medical office personnel. New York: Thomson Delmar Learning; 2004. p. 18.
29. Marcinko DE, Hetico HR. Dictionary of Health Information Technology and Security. New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 69, 139, 223.
30. Roach WH. Medical records and the law. 4th ed. New York: Jones & Bartlett Learning; 2006.
31. Wager KA, Lee FW, Glaser JP. Managing health care information systems: a practical approach for health care executives. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005. p. 84.
32. Quinsey CA. Practice brief. A HIPAA security overview. J AHIMA 2004; 75(4): 56A-C.
33. Chung K, Chung D, Joo Y. Overview of administrative simplification provisions of HIPAA. J Med Syst 2006; 30(1): 51-5.
34. Ebrahimi Pour H. Design Model for Public Health Insurance [PhD Thesis]. Tehran: School of Management, Iran University of Medical Sciences; 2007. p. 254, 317, 319, 356, 358.

A Study of HIPAA and the Possibility of its Implementation in Iran*

Farkhondeh Asadi, PhD¹; Azamosadat Hosseini, PhD²; Hamid Moghaddasi, PhD³;
Mojtaba Esmaeili⁴

Abstract

Introduction: Health care is considered as one of the basic needs of human societies. Health insurance is the most appropriate option for all individuals to enjoy equal health care. However, today, different types of health insurance are facing with various problems which need to be solved through new laws. Therefore, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) was approved to solve problems in the US health insurance system. We decided to study HIPAA and the possibility of its implementation in Iran in order to solve the problems of Iranian health insurance system.

Methods: In this descriptive exploratory research, data was collected by reviewing reliable sources and referring to health insurance organizations and universities of medical sciences in Tehran, Iran during 2009. Using a questionnaire, 24 academic and health insurance management experts were asked about the possibility of applying HIPAA in Iran. The validity and reliability of the questionnaire were determined by content validity and test-retest method ($r = 0.84$).

Results: Based on our results, increased health care costs, lack of continuous health insurance coverage and too much bureaucracy were the most important problems of the American health insurance system. In addition, 66.66% of the studied health insurance experts identified increased costs as the first factor in the reform in the Iranian health care system. A total of 83.33% of the experts agreed with the health insurance system reform in Iran.

Conclusion: HIPAA includes important approaches to solve the problems in the American health insurance. Considering the similarity of the problems in American and Iranian health insurance systems, experts agreed with the need for electronic data interchange, creating a national identification in the health care industry, and implementation of a comprehensive information system to coordinate the insurance system.

Keywords: Health Insurance Portability and Accountability Act; Insurance, Health; Data; Information Transfer.

Type of article: Short article

Received: 24 Oct, 2009

Accepted: 28 May, 2011

Citation: Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Esmaeili M. A Study of HIPAA and the Possibility of Its Implementation in Iran. Health Information Management 2012; 8(6): 908.

* This article was extracted from an MSc Thesis.

1. Assistant Professor, Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: sou.hosseini@sbmu.ac.ir
3. Associate Professor, Health Information Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MSc, Education of Medical Records, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.