

Insurance Literacy and the Affecting Factors Related to the Insured of the Health Insurance Organization in Ilam

Foroozan Abdollahipour¹, Abbas Rahimi Foroushani², Ebrahim Jaafaripooyan^{3*}

¹ Health Insurance Office of Ilam Province, Iran Health Insurance Organization, Iran

² Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Ebrahim Jaafaripooyan, Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Ejaafp@yahoo.com

Received: June 9, 2020

Revised: November 7, 2020

Accepted: December 9, 2020

Online Published: December 12, 2020

Abstract

Introduction: Due to the growth of costs and the variety of health problems, insurance is considered to be highly critical in all countries. Health insurance literacy, as a novel type, refers to the awareness of the insured of insurance-related practices and decisions. Therefore, an attempt was made to measure and examine the level of insurance literacy and the affecting factors in the insured of Ilam Health Insurance Organization.

Methods: In this descriptive-analytical, cross-sectional study, a standardized researcher-developed questionnaire was used to measure the health insurance literacy. Data were collected randomly from a sample of 426 insured persons visiting the four government counter offices in contract with the Ilam City Health Insurance Office. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data using SPSS software.

Results: Approximately 74% of the insured in Ilam had a high level of insurance literacy. Health insurance literacy was further significantly associated with the gender, age, type of insurance, education and the income of the insured.

Conclusion: Insurance literacy could be one of the key variables in the optimal use of health insurance services. Therefore, its measurement and promotion should be one of the priorities of insurance organizations, health care providers and policy makers in assessing and designing related trainings and planning practices.

Keywords: Insurance Literacy, Insured, Health Insurance, Ilam

Citation:

Abdollahipour F, Rahimi Foroushani A, Jaafaripooyan E. Insurance literacy and the affecting factors related to the insured of the health insurance organization in Ilam. Iran J Health Insur. 2020;3(3):210-21.

سنجش سواد بیمه‌ای و عوامل مؤثر بر بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت در شهر ایلام

فروزان عبداللهی پور^۱، عباس رحیمی فروشانی^۲، ابراهیم جعفری پویان^{۳*}

^۱ اداره کل بیمه سلامت استان ایلام، سازمان بیمه سلامت ایران، ایران

^۲ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ابراهیم جعفری پویان، دانشیار، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

پست الکترونیک: ejaafp@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۹

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۸/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲

بیمه

مقدمه: با توجه به رشد هزینه‌ها و افزایش مشکلات مربوط به سلامت افراد، بیمه از اهمیت بالایی در همه کشورها برخوردار شده است. سواد بیمه سلامت، نوع جدیدی از انواع سواد محسوب می‌شود که به میزان آگاهی بیمه‌شدگان از تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بیمه توجه دارد و در این مطالعه، تلاش شده است سطح سواد بیمه‌ای بیمه‌شدگان بیمه سلامت شهر ایلام و عوامل مؤثر بر آن، بررسی شود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی، از پرسش‌نامه محقق‌ساخته و استاندارد شده برای سنجش سواد بیمه سلامت استفاده شد. جمع‌آوری داده از نمونه ۴۲۶ نفری بیمه‌شدگان مراجعه‌کننده به ۴ دفتر پیشخوان طرف قرارداد با بیمه سلامت شهر ایلام به صورت تصادفی انجام شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی و استنباطی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** حدود ۷۴ درصد از بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت شهر ایلام از سواد بالای بیمه‌ای برخوردار بودند. سواد بیمه سلامت با جنسیت، سن، نوع صندوق بیمه‌ای، تحصیلات و درآمد بیمه‌شدگان ارتباط معنادار داشت ($P < 0.005$).

نتیجه‌گیری: سواد بیمه‌ای یکی از متغیرهای کلیدی در استفاده بهینه از خدمات بیمه درمانی به‌شمار می‌رود و به همین دلیل، سنجش و ارتقای آن باید از اولویت‌های سازمان‌های بیمه‌ای، متولیان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان شواهدی برای این گروه در زمینه سنجش و طراحی آموزش‌های مرتبط مفید باشد.

واژگان کلیدی: سواد بیمه‌ای، بیمه‌شده، بیمه سلامت، ایلام

مقدمه

«سواد سلامت» به عنوان توانایی فرد برای دریافت اطلاعات

و خدمات مورد نیاز با هدف تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی و از معیارهای تعیین‌کننده سلامت در نظر گرفته شده است [۵ و ۴]. ضعف سواد سلامت ممکن است بر عملکرد افراد با شرایط سنی، نژادی، تحصیلی و درآمدی متفاوت تأثیر گذارد. سواد سلامت پایین در افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال، تحصیلات پایین، دارای اضافه وزن و چاقی، مصرف‌کننده دخانیات و همچنین افراد غیرفعال از نظر فعالیت بدنی، استفاده‌کننده نامناسب از داروها و پیروی نکردن از دستورهای پزشک و کنترل ضعیف‌تر قند خون و برخی قومیت‌ها به دلایل فرهنگی بیشتر دیده می‌شود [۶-۱۰].

تعریف سواد سلامت در دهه‌های اخیر، تغییر قابل توجهی داشته

در قرن بیست و یکم برای ایفای عملکردی اثربخش، هر فرد باید طیف وسیعی از توانایی‌ها و صلاحیت‌ها را داشته باشد که از آن به سواد با مفهومی پیچیده و پویا تعبیر می‌شود [۱ و ۲] و از جنبه‌های مختلف، قابل بررسی است. یونسکو به چند بُعدی بودن سواد اشاره دارد و آن را به عنوان توانایی شناسایی، درک، تفسیر، ایجاد، ارتباط و محاسبه تعریف می‌کند و آن را در ۶ گروه سواد عاطفی، سواد ارتباطی، سواد مالی، سواد رسانه‌ای، سواد تربیتی و سواد رایانه‌ای تقسیم‌بندی کرده است. در جدیدترین تعریف، شخصی با سواد تلقی می‌شود که بتواند با استفاده از خواننده‌ها و آموخته‌هایش در زندگی خود، تغییری ایجاد کند [۳].

می‌کنند. علاوه بر دانش پایه، فرد باید بداند کجا و کدام بیمه درمانی را انتخاب کند. انتخاب گزینه‌های مختلف، نیازمند دانستن حق بیمه و همچنین رابطه بین هزینه و مقدار پوشش برای شرایط مختلف پیش‌بینی شده و غیرقابل پیش‌بینی است. دانش اینکه فرد چطور از بیمه درمانی استفاده کند نیز اهمیت دارد. در آمریکا مفهومی به عنوان فراهم‌کننده ترجیحی وجود دارد که می‌تواند هزینه بیمار را پایین نگه‌دارد [۱۶].

پائز و همکاران (۲۰۱۴) ابزار سنجش سواد بیمه سلامت (The Health Insurance Literacy Measure) که ابزاری ۲۱ آیتمی بود را طراحی کردند و براساس آن، مدل سواد بیمه سلامت که متشکل از ۴ حوزه دانش، جستجوی اطلاعات، سواد اسنادی و مهارت‌های شناختی بود طراحی شد. در این مدل خودکارآمدی نیز زمینه اصلی است [۱۶]. اگرچه در متون خارجی، سواد بیمه سلامت بسیار مورد توجه واقع شده، اما در ایران با وجود نیاز مبرم سازمان‌های بیمه‌گر و همین‌طور سازمان‌های متولی سلامت به آگاهی از سواد بیمه‌ای بیماران و بیمه‌شدگان، کمتر به آن پرداخته شده است. با توجه به اینکه بیمه‌های درمانی در کشورهای مختلف روند اجرایی متفاوت و اصطلاحات و فرایندهای متنوعی دارند، با افزایش توجه به برنامه‌های توانمندسازی و آموزشی بیمه‌شدگان و نیز به‌منظور پیاده‌سازی و ارزیابی برنامه‌های آموزشی اثربخش برای افزایش سطح سواد سلامت و ضرورت آگاهی از میزان وضعیت سواد بیمه‌ای بیمه سلامت، در ایران نیز باید به مفهوم سواد بیمه‌ای توجه بیشتری شود. بر همین اساس این مطالعه با هدف طراحی، روان‌سنجی پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت و بررسی عوامل مؤثر بر سطح سواد بیمه سلامت بیمه‌شدگان بیمه سلامت شهر ایلام انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی، کاربردی و از نظر زمان، مقطعی با روش پیمایشی انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شد. در طراحی پرسش‌نامه سنجش سواد بیمه سلامت، ابتدا دستورالعمل‌های اجرایی سازمان بیمه سلامت بررسی و با توجه به پرسش‌نامه‌های خارجی موجود در حوزه سواد سلامت [۲۰] و سواد بیمه سلامت [۱۶ و ۱۸ و ۲۴-۲۱] ابعاد مناسب برای پرسش‌نامه و آیتم‌های آن تدوین شد. سپس ابزار طراحی شده به ۱۰ نفر از کارشناسان و متخصصان سازمان بیمه سلامت که بیش از ۱۵ سال سابقه کاری و کارهای پژوهشی داشتند، برای اظهارنظر

است. به عنوان مثال، فرد بیمار باید بتواند به‌طور مؤثری درخصوص پیامدهای حائز اهمیت سلامت با یک مراقب حرفه‌ای سلامت بحث کند، دوز مناسب داروها را استفاده کند، طرح مناسب شرایط خود را از طرح‌های مختلف بیمه‌ای انتخاب و صورت حساب بیمه را درک کند و به چنین مهارت‌های مؤثری، سواد سلامت گفته می‌شود [۱۱]. مطالعات زیادی درخصوص بررسی سواد سلامت در ایران انجام شده است که بیشتر آنها به بررسی سطح سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه صحرایی و همکاران [۸]، مطالعه باوندپور و همکاران [۱۲]، مطالعه برجی و همکاران [۱۳] و مطالعه ساعتچی و همکاران [۱۴] اشاره کرد.

یکی دیگر از انواع سواد، سواد بیمه سلامت است. سواد بیمه سلامت مفهوم جدیدی است که به آگاهی بیمه‌شدگان از تصمیم‌گیری و خرید خدمت توجه دارد. سواد بیمه درمانی، شامل ساختار پیچیده‌ای است که شامل سطح معینی از دانش و طیفی از مهارت‌های مورد نیاز برای مصرف‌کننده می‌شود تا بتواند از سیستم بیمه درمانی استفاده کند. این نوع سواد به عنوان دانش، توانایی و اعتماد به نفس برای یافتن و ارزیابی اطلاعات برنامه‌های بهداشتی و انتخاب بهترین برنامه برای خانواده (یا شرایط مالی) است [۱۵ و ۱۶]. بیمه قراردادی است که به موجب آن بیمه‌گر متعهد می‌شود در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه‌گزار) در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران کرده یا وجه معینی بپردازد. بیمه سلامت نوعی بیمه است که بخشی از هزینه‌های مختلف خدمات سلامت، اعم از پیشگیری، تشخیصی، درمان و توانبخشی افراد بیمه‌شده را جبران می‌کند [۱۷].

بیمه‌ها در ساختار سلامت کشورها نقش بسیار مهمی دارند. در مفهوم عام آن، بیمه از طریق اطمینانی که در جامعه برای افراد ایجاد می‌کند، به عنوان نهادی برای انباشت ریسک در حوزه سلامت با هدف ایجاد عدالت در سلامت، محسوب می‌شود [۱۷]. سطح سواد بیمه سلامت فرد، عملکردی از مهارت‌های ذاتی (مثل توانایی خواندن) و دانش، مهارت و اعتماد است تا بتواند از سیستم بیمه درمانی استفاده کند [۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹]. اهمیت سواد بیمه سلامت در این است که فرد بیمه‌شده باید بداند بیمه درمانی در برابر آثار مالی مربوط به هزینه‌های بسیاری از مشکلات بهداشتی، بیماری‌های جسمی و صدمات ایجاد شده است؛ زیرا این هزینه‌ها ممکن است فراتر از توان پرداختی فرد با حقوق و سرمایه‌اش باشد. بسیاری از اشکال بیمه، پوشش برای هزینه‌های قابل پیش‌بینی مانند مراقبت‌های پیشگیرانه را نیز فراهم

بله/ خیر یا می‌دانم/ نمی‌دانم را انتخاب کند. برای حفظ رازداری، پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام، کد ملی و سایر روش‌های شناسایی افراد طراحی و رضایت افراد در تکمیل پرسش‌نامه مدنظر قرار داده شد. از افراد نمونه تقاضا شد به تمام سؤال‌ها پاسخ دهند و گوشزد شد در صورتی که سؤالی بدون پاسخ باقی بماند، به منزله خیر یا نمی‌دانم در نظر گرفته می‌شود.

جامعه مورد بررسی، همه بیمه‌شدگان بیمه سلامت شهر ایلام بود و نمونه مورد نظر در پاییز و زمستان ۱۳۹۷ از دفاتر پیشخوان طرف قرارداد بیمه سلامت انتخاب شد. برای نمونه‌گیری، با توجه به اینکه براساس پرسش‌نامه، نمره سواد بیمه سلامت از ۰ تا ۱۰۰ بود، انحراف معیار ۱۶/۶ در نظر گرفته شد. با اطمینان ۹۵ درصد تعداد نمونه طوری تعیین شد که با حداکثر خطای ۲ نمره بتوان میانگین را برآورد کرد. اندازه نمونه از فرمول‌های زیر به دست آمد:

$$\sigma = \frac{100 - 0}{6} = \frac{50}{3} = 16/6$$

$$n = \frac{z^2 \times \sigma^2}{d^2} = \frac{(1/96)^2 \times (16/6)^2}{(2)^2} = \frac{1059}{(2)^2} = 264/75$$

از آنجا که نمونه‌گیری از مراجعان به دفاتر پیشخوان انجام شد و مراجعان به هر دفتر در پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها ممکن بود همبستگی‌هایی داشته باشند، بنابراین تعداد نمونه فوق در عدد ۱/۵ به عنوان ضریب اثر طرح نمونه‌گیری ضرب شد و تعداد نمونه ۳۹۷ (رند ۴۰۰ نفر) به دست آمد که از دفاتر پیشخوان شهر ایلام به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای اجتناب از ریزش‌ها، ۳۰ پرسش‌نامه نیز به این عدد اضافه و به تناسب، بین دفاتر پیشخوان توزیع شد. به دلیل آنکه تمام بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت برای تعویض، تمدید و سایر امور مربوط به دفاتر بیمه‌ای خود به ۴ دفتر پیشخوان طرف قرارداد با بیمه سلامت شهر ایلام مراجعه می‌کنند، نمونه مورد نظر با مراجعه به دفاتر پیشخوان بیمه سلامت شهر ایلام انتخاب شد و حجم نمونه از هر یک از دفاتر پیشخوان، پس از بررسی آمار صدور دفترچه (در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۷) در این ۴ مرکز، مشخص شد، به طوری که مطابق جدول ۱، درصد حجم نمونه مورد نیاز محاسبه شد.

مجوزهای لازم از طریق اداره کل بیمه سلامت استان ایلام برای اخذ نمونه از مراکز پیشخوان اخذ و با هماهنگی با مسئولان دفاتر پیشخوان، در روزهای مختلف هفته برای کاهش تورش روز مراجعه و در ساعات مختلف به این مراکز مراجعه شد. بیمه‌شدگانی که برای تعویض دفتر درمانی و سایر امور مرتبط با وظایف پیشخوان‌های دولت به این مراکز مراجعه کرده بودند، در صورت تمایل (شرط تمایل

ارسال شد. نکات مطرح‌شده، پیشنهادهای و نقدهای این گروه بررسی و پرسش‌نامه به صورت مجدد بازنگری شد. در ویرایش نهایی ۳ بُعد اصلی برای پرسش‌نامه در نظر گرفته شد که شامل ۸ سؤال برای بعد دستیابی، ۸ سؤال برای اصطلاحات بیمه‌ای و ۲۵ سؤال برای بُعد عملکردی بود (در مجموع ۴۱ سؤال). علاوه بر این، سؤال‌ها برای بررسی روایی صوری به ۱۰ نفر از بیمه‌شدگان تحویل و به صورت کیفی، بررسی شد. برای ارزیابی روایی محتوایی، از نظر متخصصان درباره میزان هماهنگی محتوای ابزار اندازه‌گیری و هدف پژوهش، استفاده شد. بدین منظور پرسش‌نامه ۴۱ گویه‌ای برای اظهارنظر و بررسی روایی آن به رؤسای بیمه‌گری و اسناد پزشکی ادارات بیمه سلامت سراسر کشور و رؤسا و کارشناسان بیمه ادارات چند شهرستان (ویژگی مشترک این افراد تسلط بر دستورالعمل‌های بیمه و آشنایی آنها با اصول بیمه و اصطلاحات بیمه‌ای بود) به عنوان خبرگان امور بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ارسال و در نهایت ۲۷ فرم روایی به طور کامل تکمیل شد. محاسبه نمره‌های روایی محتوایی پرسش‌نامه با استفاده از ۲ ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، در نرم‌افزار اکسل انجام شد. نتایج محاسبه CVI و CVR به حذف ۸ آیتیم غیرضروری پرسش‌نامه انجامید و در نهایت، پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت ۳۳ آیتیمی به صورت ۲ گزینه‌ای (بله/خیر و می‌دانم/ نمی‌دانم) بر مبنای خوداظهاری بیمه‌شدگان و با در نظر گرفتن ۳ بُعد دستیابی (شامل ۶ پرسش در خصوص توانایی فرد برای دستیابی به اطلاعات بیمه درمانی از جمله آدرس، شماره تماس، فعالیت اداره بیمه، پیشخوان و مرکز درمانی طرف قرارداد با بیمه سلامت)، اصطلاحات بیمه‌ای (مشمول بر ۷ پرسش در خصوص اصطلاحات و واژه‌های مصطلح بیمه‌ای از جمله حق بیمه، سازمان بیمه گر، صندوق بیمه‌ای) و شاخص عملکردی (۲۰ آیتیمی و شامل مواردی که برای عملکرد مناسب و استفاده از بیمه درمانی لازم هستند) طراحی شد. نسبت روایی محتوا بالاتر از ۰,۳۷ درصد و شاخص روایی محتوا بالاتر از ۰,۷۹ درصد برای اکثر آیتیم‌های پرسش‌نامه به دست آمد (CVR=0.67 و CVI=0.88) و سپس پایایی آن بررسی شد. برای محاسبه پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه، بالا (α=0.9) به دست آمد. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت، روا و پایا شده برای محاسبه نمره‌های سواد بیمه سلامت شرکت کنندگان استفاده شد. این پرسش‌نامه در واقع منعکس کننده سواد بیمه سلامت براساس خوداظهاری هر فرد بود و از افراد خواسته شد برای به هر آیتیم پاسخ

بیمه سلامت در جدول ۲ نشان داده شده است. این ۵ طبقه سواد بیمه درمانی عبارتند از: سواد بیمه سلامت خیلی پایین (نمره صفر تا ۲۰)، پایین (نمره ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمره ۴۰ تا ۶۰)، بالا (نمره ۶۰ تا ۸۰) و خیلی بالا (۸۰ تا ۱۰۰). همان طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمره کل آزمون، ۱۶ درصد افراد سطح سواد خیلی پایین، ۸،۹ درصد افراد سطح سواد پایین، ۱۶ درصد افراد سطح سواد متوسط، ۳۴،۳ درصد سواد بالا و ۳۹،۲ درصد افراد سطح سواد خیلی بالا را نشان دادند؛ به عبارتی فقط ۲۶،۵ درصد موارد در نمره کل سطح سواد بیمه سلامت متوسط به پایین را گزارش کردند. علاوه بر این برای هر یک از ۳ بُعد سواد بیمه سلامت نیز فراوانی سطوح سواد بیمه سلامت نیز مشخص شده است. برای مثال، با توجه به بعد اصطلاحات بیمه‌ای ۱۰،۶ درصد افراد سطح خیلی پایین سواد بیمه سلامت را گزارش کردند (جدول ۳).

با توجه به نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و غیرنرمال بودن گروه‌ها، از آزمون من‌ویتنی (جدول ۴) و کروسکال‌والیس (جدول ۵) برای مقایسه توزیع هر نمره در گروه‌های غیرنرمال استفاده شد. از آزمون من‌ویتنی برای بررسی تفاوت نمره کلی پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت در ۲ گروه زن و مرد و گروه متأهل و مجرد استفاده شد. جداول ۴ و ۵ نشان داد که بین مردان و زنان، سطوح سواد بیمه‌ای، تحصیلات و درآمد از نظر سطح سواد بیمه سلامت، تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث

بررسی پاسخ‌های پرسش‌نامه نشان داد که بیشترین فراوانی پاسخ‌های مناسب (سطح سواد بیمه‌ای بالا) به موارد پرسش‌نامه به ترتیب مربوط به بُعد دسترسی (حدود ۷۶ درصد)، بُعد عملکردی

داشتن بدون آگاهی از محتوای پرسش‌نامه مدنظر بود تا اثری بر نحوه انتخاب نمونه نداشته باشد) و داشتن فرصت، به عنوان نمونه با روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه شامل سواد خواندن و نوشتن (حداقل ابتدایی)، سن بالای ۱۸ سال، رضایت از تکمیل پرسش‌نامه و بیمه‌شده از سوی سازمان بیمه سلامت در نظر گرفته شد. سپس پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شدند. در نهایت پس از ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-16 از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، من‌ویتنی و کروسکال‌والیس برای مقایسه میانگین نمره سطح سواد بیمه سلامت گروه‌های مختلف) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در نهایت ۴۲۶ بیمه‌شده بیمه سلامت شهر ایلام شرکت کردند که ۵۷ درصد مرد و ۴۳ درصد زن بودند. به همین صورت ۳۳ درصد از صندوق بیمه‌ای کارکنان دولت، ۲۵ درصد از صندوق بیمه‌ای همگانی (با حق بیمه رایگان)، ۲۲ درصد از صندوق بیمه‌ای روستاییان (با حق بیمه رایگان)، ۱۲ درصد از صندوق بیمه‌ای خانواده شهید، جانبازان و بهزیستی و ۸ درصد نیز از صندوق بیمه ایرانیان (بیمه عمومی با پرداخت حق بیمه) بودند (جدول ۲). با توجه به اینکه کل پرسش‌نامه متشکل از ۳ بُعد دستیابی، اصطلاحات بیمه‌ای و بُعد عملکردی بود، برای هر یک از ابعاد این پرسش‌نامه نیز سطح سواد سلامت در آن بُعد نیز به دست آمد و با در نظر گرفتن پاسخ‌های ارائه شده به همه آیتم‌های پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت، نمره نهایی سواد بیمه سلامت محاسبه شد. با توجه به اینکه نمره کلی هر فرد در آزمون کلی و نیز هر یک از ابعاد پرسش‌نامه از صفر تا ۱۰۰ بود، نتایج به دست آمده به صورت معیار رتبه‌ای سواد

جدول ۱ | درصد حجم نمونه از هر یک از دفاتر پیشخوان با توجه به آخرین آمار صدور دفترچه

نام پیشخوان	فراوانی صدور دفترچه بیمه	درصد حجم نمونه	تعداد نمونه
پیشخوان شماره ۱	۴۷۵۴	۸۷،۶	۳۵۰
پیشخوان شماره ۲	۳۶۹	۷	۲۸
پیشخوان شماره ۳	۲۴۳	۴،۴	۱۸
پیشخوان شماره ۴	۵۵	۱	۴
جمع کل	۵۴۲۱	۱۰۰	۴۰۰

جدول ۲ | اطلاعات جمعیت‌شناسی بیمه‌شدگان بیمه سلامت در مطالعه

درصد	تعداد	متغیر	
۵۷	۲۴۳	مرد	جنسیت
۴۳	۱۸۳	زن	
۲۶.۸	۱۱۴	مجرد	وضعیت تاهل
۷۱.۱	۳۰۳	متاهل	
۲۱.۶	۹۲	۱۸-۲۸	سن
۴۴.۸	۱۹۱	۲۹-۴۷	
۲۰.۰	۸۵	۴۸-۷۴	
۳۲.۲	۱۳۷	کارکنان دولت	صندوق بیمه‌ای
۲۲.۱	۹۴	روستاییان	
۱۱.۷	۵۰	سایر اقشار	
۲۵.۱	۱۰۷	همگانی	
۷.۷	۳۳	ایرانیان	سطح تحصیلات
۲۴.۲	۱۰۳	کمتر از دیپلم	
۱۸.۴	۷۸	دیپلم	
۱۲.۵	۵۳	فوق دیپلم	
۳۱.۴	۱۳۳	لیسانس	
۱۳.۴	۵۷	فوق لیسانس و بالاتر	درآمد
۴۶	۱۹۶	کمتر از یک میلیون تومان	
۲۳.۹	۱۰۲	یک تا ۲ میلیون تومان	
۱۶.۲	۶۹	۲ تا ۳ میلیون تومان	
۸.۵	۳۶	۳ تا ۵ میلیون تومان	
۱.۹	۸	بیشتر از ۵ میلیون تومان	

(حدود ۷۰ درصد) و بُعد اصطلاحات بیمه‌ای (حدود ۶۸ درصد) است. درصد فراوانی سطح سواد بیمه‌ای بالا برای کل پرسش‌نامه حدود ۷۴ درصد است و ۲۶.۵ درصد پاسخ‌دهندگان، سواد بیمه سلامت متوسط تا خیلی پایین دارند. یکی از دلایل نمرات سطح خیلی بالا و بالای به‌دست آمده را می‌توان مربوط به خوداظهاری پاسخ‌دهندگان دانست؛ زیرا پرسش‌نامه طراحی شده، همانند پرسش‌نامه پائز [۱۶] براساس خوداظهاری بیمه‌شدگان طراحی شده است و صحت پاسخ‌ها راستی‌آزمایی نشده است و احتمالاً در صورت تشریحی بودن سؤالات پرسش‌نامه، سطح نمرات کسب‌شده پایین‌تر از سطح نمرات پرسش‌نامه خوداظهاری به‌دست می‌آید. همان‌طور که در برخی مطالعات نشان داده شده است، توانایی محاسبه حق بیمه و میزان پوششی که یک برنامه بیمه‌ای می‌تواند فراهم آورد، نیازمند مهارت‌های خاص محاسبه‌ای است [۲۰ و ۲۱] و بیشتر مشتریان برای انتخاب آگاهانه بهترین برنامه بیمه براساس هزینه و کیفیت برنامه‌های سلامت، به توانایی خود اعتماد ندارند و نیازمند شفافیت جنبه‌های مالی، برنامه‌های موجود، آسان و قابل اعتماد بودن اطلاعات و انتخاب یک روش مؤثر برای انتخاب گزینه مناسب هستند [۱۸]. از دیگر علل این نتیجه می‌توان به شرایط ورود نمونه (دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن - سواد مقطع ابتدایی) در مطالعه اشاره کرد؛ زیرا با توجه به تعاریف فرهنگ معین و یونسکو، لازمه اتلاق با سواد به یک فرد، دانش خواندن و نوشتن است و مطالعات نشان داد که مهارت پایه‌ای سواد، شامل خواندن و مهارت‌های محاسبه‌ای مثل درک درصد و مهارت‌های مرور پایه‌ای وب است [۱۶]؛ بنابراین رعایت اولین اصل بررسی سواد بیمه‌شدگان به حذف افرادی منجر شده است که اولین ویژگی سواد (توانایی خواندن و نوشتن) را دارا نبوده و به احتمال زیاد به دلیل ناتوانایی استفاده از منابع مکتوب درخصوص پوشش بیمه و یا

جدول ۳ | وضعیت سواد بیمه سلامت بیمه‌شدگان شهر ایلام

درصد فراوانی سطح سواد بیمه سلامت					سطح سواد
خیلی بالا ۸۰٪-۱۰۰٪	بالا ۶۰٪-۸۰٪	متوسط ۴۰٪-۶۰٪	پایین ۲۰٪-۴۰٪	خیلی پایین ۰-۲۰٪	ابعاد سواد
۶۲.۰	۱۴.۳	۷.۳	۹.۲	۷.۳	دستیابی
۴۸.۶	۹.۶	۲۱.۸	۹.۴	۱۰.۶	اصطلاحات بیمه‌ای
۳۳.۳	۳۲.۹	۲۲.۵	۹.۹	۱.۴	عملکردی
۳۹.۲	۳۴.۳	۱۶.۰	۸.۹	۱.۶	سواد کل

دیگری به دفتر پیشخوان دولت مراجعه کرده باشد. کمترین فراوانی پاسخ مناسب در بُعد دستیابی، مربوط به آیت «آیا راه‌های ارتباط با بیمه سلامت را می‌شناسید؟ (مثل تلفن گویا، شماره تماس، آدرس سایت، اداره و دفاتر پیشخوان طرف قرارداد بیمه سلامت)» با ۶۶ درصد پاسخ بله / می‌دانم است. از علل این نتیجه می‌توان به تمایل و تسلط بیشتر افراد نمونه به خدمات حضوری در مقابل خدمات غیرحضوری اشاره کرد. تمایل به انجام کارها به روش سنتی و نه استفاده از روش‌های مجازی، احتمالاً در نمونه وجود داشت.

با توجه به نتایج به‌دست آمده به نظر می‌رسد بیمه‌شدگان در زمینه میزان تعهد بیمه پایه از خدمات سرپایی و بستری کمترین سطح سواد را دارند. البته در پرسش‌نامه از بیمه‌شده درخواست نشده است که به محاسبه سهم پرداختی خود یا بیمه در صورت حساب خاصیپردازد و سؤال به‌صورت کلی‌تری بیان شده است. بنابراین حتی اگر پاسخ تمام بیمه‌شدگان به این سؤال مثبت بود، احتمالاً بیشتر افراد نمی‌توانستند سهم پرداختی خود را محاسبه کنند؛ زیرا محاسبه سهم پرداختی نیازمند توانایی‌های محاسباتی و دانش ریاضی دارد. آنچه مبرهن است، اینکه ناآگاهی بیمه‌شدگان از تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند به بهره‌ناکافی افراد از پوشش بیمه‌ای منجر شود. به نظر می‌رسد متنوع نبودن بسته‌های بیمه‌ای برای ایجاد حق انتخاب پوشش مورد نیاز بیمه‌ای و نبود فرم‌های توضیح بسته‌های مختلف بیمه‌ای و نبود امکان مقایسه مزایای بسته‌های مختلف بیمه‌ای سبب می‌شود افراد به دنبال کشف و استفاده از مزایای بیمه خود نباشند و حتی گاهی اوقات با وجود داشتن بیمه، خدمات درمانی را به‌صورت

احتمالاً درک ناصحیح منابع شنیداری، از سواد بیمه سلامت پایینی برخوردار هستند. از طرفی فقدان بسته‌های مختلف و پیچیده‌نبودن فرایند بیمه شدن در برنامه‌های کنونی سازمان‌های بیمه‌گر در ایران، اعلام مهم‌ترین تغییرات در شرایط پوشش بیمه در رسانه‌های عمومی، وجود سامانه‌های تلفنی پاسخگوی بیمه‌شدگان و توزیع بخش‌نامه‌های جدید در دفاتر پیشخوان و الزام نصب آنها در معرض دید عموم را نیز می‌توان به‌عنوان عواملی مهم در بالا بردن سطح سواد بیمه سلامت دانست.

بررسی ابعاد سواد بیمه سلامت نشان داد که در بُعد دستیابی، حدود ۲۳٫۷ درصد از بیمه‌شدگان، سواد متوسط تا خیلی پایین دارند. بیشترین فراوانی پاسخ مناسب در بُعد دستیابی مربوط به مورد «آیا از اسامی و آدرس مراکز صدور و تمدید اعتبار بیمه درمانی در منطقه خود اطلاع دارید؟ (اداره بیمه یا دفاتر پیشخوان)» با ۸۱ درصد پاسخ مناسب است. جایگذاری این آیت در پرسش‌نامه ضروری به نظر می‌رسد، زیرا علاوه بر دانش پایه، فرد باید بداند کجا و چه بیمه درمانی را انتخاب کند. انتخاب گزینه‌های مختلف نیازمند دانستن حق بیمه و همچنین رابطه بین هزینه و مقدار پوشش بیمه برای شرایط مختلف است [۱۶].

در این مطالعه با وجود اینکه افراد نمونه از دفاتر پیشخوان دولت انتخاب شده‌اند (بسیاری از عملیات‌های مربوط به بیمه‌گری از طرف سازمان به این دفاتر واگذار شده است)، اما به این دلیل که ارائه خدمات الکترونیک بسیاری از دستگاه‌های اجرایی به مردم در سراسر کشور نیز به این دفاتر سپرده شده است، ایرادی به انتخاب نمونه از این دفاتر وارد نیست و هر فرد مراجعه‌کننده ممکن است به دلیل

جدول ۴ | تفاوت میانگین سطح سواد و ابعاد آن براساس جنسیت و تأهل

متغیر	ابعاد سواد بیمه سلامت			سواد بیمه سلامت	
	دستیابی	اصطلاحات بیمه‌ای	عملکردی	نمره کل	
جنسیت	میانگین رتبه زن	۱۹۷٫۱۳	۱۹۰٫۶۹	۱۹۷٫۱۸	۱۹۲٫۲۶
	مرد	۲۲۵٫۸۳	۲۳۰٫۶۸	۲۲۵٫۷۹	۲۲۹٫۴۹
	P-Value	۰٫۰۱۲	۰٫۰۰۱	۰٫۰۱۷	۰٫۰۰۲
تاهل	میانگین متاهل	۲۱۷٫۱۱	۲۱۱٫۶۲	۱۹۳٫۷۲	۲۱۴٫۱۵
	مجرد	۱۸۷٫۴۶	۲۰۲٫۰۴	۱۹۳٫۷۲	۱۹۵٫۳۲
	P-Value	۰٫۰۱۹	۰٫۴۵۷	۰٫۱۱۱	۰٫۱۵۵

آزاد یا گران‌تر از خدمت بیمه‌ای، دریافت کنند. این نتیجه با نتایج مطالعه لئونستین هم‌راستا بود، به‌طوری که این مطالعه نیز نشان داد مردم درک محدودی از بیمه درمانی سنتی داشتند و بسیاری از شرکت کنندگان قادر به محاسبه هزینه خدمات پایه تحت پوشش بیمه‌های سنتی نبودند [۲۳].

در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای حدود ۴۲ درصد از بیمه‌شدگان سواد

جدول ۵ | تفاوت میانگین سطح سواد بیمه سلامت و ابعاد براساس صندوق‌های بیمه‌ای، گروه سنی، درآمد، سطح تحصیلات

متغیر	ابعاد سواد بیمه سلامت			سواد بیمه سلامت	
	دستیابی	اصطلاحات بیمه‌ای	عملکردی	نمره کل	
سن	P-Value	۰.۰۲۰	۰.۰۱۱	۰.۱۷۹	۰.۰۲۷
	۱۸-۲۸	۱۶۴.۷۸	۱۷۰.۲۲	۱۷۲.۴۳	۱۶۸.۲۷
	۲۹-۴۷	۱۹۸.۳۵	۲۰۰.۰۳	۱۹۴.۳۲	۱۹۸.۸۱
سطح تحصیلات	۴۸-۷۴	۱۷۴.۷۳	۱۶۵.۰۵	۱۷۵.۵۰	۱۶۹.۹۱
	P-Value	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
	کمتر از دیپلم	۱۷۶.۲۳	۱۳۰.۷۹	۱۶۹.۸۰	۵۹.۹۰۳
	دیپلم	۱۹۹.۵	۱۶۵.۸۷	۲۰۹.۱۰	۱۹۵.۱۹
	فوق دیپلم	۱۹۷.۲۰	۲۳۶.۰۸	۱۹۸.۳۹	۲۰۶.۸۷
	لیسانس	۲۳۹.۵۶	۲۵۱.۷۳	۲۳۲.۹۱	۲۴۵.۶۸
	فوق لیسانس و بالاتر	۲۴۶.۹۲	۳۱۰.۵۰	۲۵۹.۸۲	۲۸۲.۷۱
	P-Value	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
درآمد	کارکنان دولت	۲۵۳.۲۷	۲۶۶.۰۱	۲۵۶.۶۲	۲۷۰.۷۲
	روستاییان	۱۹۴.۰۸	۱۶۴.۷۳	۱۷۹.۶۹	۱۷۰.۴۶
	سایراقشار	۱۸۱.۸۱	۱۵۵.۵۸	۱۹۷.۷۷	۱۷۵.۶۴
	همگنی	۱۹۰.۰۳	۲۰۹.۵۲	۱۸۸.۲۳	۱۹۰.۳۳
	ایرانیان	۱۹۵.۹۲	۲۰۳.۱۸	۲۰۴.۶۵	۱۹۹.۱۴
	P-Value	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
	کمتر از یک میلیون تومان	۱۸۳.۷۲	۱۶۹.۲۱	۱۷۵.۲۹	۱۶۷.۶۹
	۱ تا ۲ میلیون	۲۰۴.۰۴	۱۹۷.۶۶	۲۱۷.۴۷	۲۱۱.۰۶
درآمد	۲ تا ۳ میلیون	۲۴۶.۸۰	۲۵۹.۱۵	۲۴۷.۴۱	۲۶۱.۱۸
	۳ تا ۵ میلیون تومان	۲۳۲.۵۳	۳۰۳.۰۰	۲۴۲.۰۱	۲۶۹.۱۸
	بالاتر از ۵ میلیون تومان	۳۰۵.۴۴	۳۱۸.۷۵	۲۹۳.۰۶	۳۱۹.۶۹

۶۰ درصد شرکت کنندگان سواد بیمه سلامت بالا و خیلی بالا را نشان داده‌اند، بررسی سیستماتیک تحقیقات سواد سلامت نشان داده است که بیشتر مردم در حقیقت، سواد سلامت پایین یا توانایی محدود در درک اطلاعات پزشکی دارند [۸، ۱۱، ۱۳، ۲۶]. البته این می‌تواند به دلیل خوداظهاری بیمه شدگان باشد و از طرفی بیشتر افراد نمونه به دست آمده، تحصیلات دانشگاهی بالا داشتند. بنابراین نمره بالای سواد بیمه سلامت دور از انتظار نخواهد بود.

نتیجه این مطالعه در تناقض با مطالعه مک کرمک و لئونستین است که نشان دادند مردم درک محدودی از بیمه درمانی دارند [۱۹ و ۲۳]. البته مطالعه لئونستین نشان داد بسیاری از شرکت کنندگان قادر به محاسبه هزینه خدمات پایه تحت پوشش بیمه‌های سنتی نبودند [۲۳]. در مطالعه ویلگرا فقط یک نفر از ۳ نفر می‌توانستند هزینه پرداخت از جیب خود را برای صورت حساب بیمارستان محاسبه کنند [۲۲].

نتایج جداول ۴ و ۵ نشان داد که بین مردان و زنان، صندوق‌های بیمه‌ای، تحصیلات و درآمد به لحاظ سطح سواد بیمه سلامت تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی سواد بیمه سلامت با توجه به وضعیت تأهل نشان داد بین وضعیت تأهل و نمرات بُعد دسترسی، تفاوت معناداری وجود دارد، اما در نمره کل آزمون، بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و عملکردی تفاوت معناداری یافت نشد.

توزیع نمرات میان زنان و مردان و افراد متأهل و مجرد در این مطالعه نشان داد که فراوانی نمرات حداکثر در مردان در هر ۳ بُعد و نمره کل، بیشتر از زنان بود و افراد متأهل نیز در هر ۳ بُعد و نمره کلی فراوانی نمره حداکثر بیشتری دارند. بررسی تفاوت میانگین سطح سواد براساس گروه‌های سنی با نمره سواد بیمه و نمره بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و بُعد دسترسی، معنادار است و گروه سنی ۲۹ تا ۴۷ سال میانگین رتبه بالاتری نشان دادند؛ البته تفاوت میانگین رتبه در نمره بُعد عملکردی معنادار به دست نیامد. احتمالاً از دلایل این نتایج می‌توان به این موارد اشاره کرد که گروه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال به عنوان گروه نوجوان و اوایل جوانی نسبت به گروه جوان ۲۹ تا ۴۷ سال از تجربه و دانش و مهارت عملکردی پایین‌تری برخوردار هستند و نسبت به گروه میان سال و کهن سال ۴۸ تا ۷۴ سال به جز در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای، میانگین نمره پایین‌تری دارند. این نمرات نشان‌دهنده اهمیت تجربه در بُعد عملکردی است (گروه سنی ۴۸ تا ۷۴ سال تجربه بیشتری در برخورد با موارد بیمه‌ای نشان می‌دهند) و اهمیت نقش آموزش همگانی در آشنایی با اصطلاحات بیمه‌ای است (گروه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال در دوران تحصیل و از لحاظ تئوری با بیمه

متوسط تا خیلی ضعیف دارند و حدود ۴۹ درصد افراد اظهار کردند از اصطلاحات بیمه‌ای اطلاع کافی دارند. در این بُعد، بیشترین فراوانی پاسخ مناسب مربوط به «آیا می‌دانید کدام سازمان شما را بیمه کرده است؟» با ۸۵ درصد پاسخ مناسب و کمترین فراوانی به ترتیب با حدود ۵۳ درصد و ۵۸ درصد مربوط به موارد «آیا می‌دانید مفهوم تعرفه چیست؟» و «آیا می‌دانید حق بیمه به چه معناست؟» بود. با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد افراد در بُعد دستیابی درک بیشتری را نسبت به اصطلاحات بیمه‌ای نشان دادند. در مطالعه مک کورمک اصطلاحاتی که بیشترین سوء تفاهم را داشتند شامل شبکه فراهم کننده، محاسبه کردن و Medigap بود و نشان داد که برخی از اصطلاحات برای اکثر مردم ناشناخته بود و افراد بیان داشتند مشکلات بیشتری با مواردی که نیازمند تفسیر و به کار بردن اطلاعات عددی در مقابل مواردی که نیازمند خواندن یک متن یا تکمیل شناسایی وظایف واژه‌ها بود، داشتند [۱۹]. نتیجه مطالعه نورتون نشان داد بسیاری از آمریکایی‌ها در درک اصطلاح فرمول بیمه درمانی گیج شدند [۲۱]. نتایج مطالعه وونگ نیز نشان داد ۴۸ درصد تعریف درستی از دیداکتیبیل (Deductible) نداشتند و ۷۸ درصد نیز تعریف صحیحی از بیمه مشترک نداشتند [۲۴]. در مطالعه ویلگرا حدود ۲۰ درصد افراد شرکت کننده کلمه حق بیمه و ۶۶ درصد کلمه فرمول را درک نکردند [۲۲]. مطالعه پولیتی نیز نشان داد افراد نمونه درک پایینی از واژه‌های معمول بیمه درمانی همچون بیمه مشترک، دیداکتیبیل، حداکثر پرداخت از جیب، مجوز قبلی و محاسبات داشتند [۲۵].

در بُعد عملکردی نیز حدود ۳۳٫۸ درصد افراد سواد خیلی پایین تا متوسط دارند و ۳۳٫۳ درصد افراد نمره خیلی بالا را در این زمینه کسب کردند. آیت‌های «آیا تاریخ اعتبار بیمه درمانی خود را می‌دانید؟» و «به نظر شما اگر پزشک در مطب، بیمار را به صورت گروهی معاینه کند، این کار تخلف از ضوابط سازمان بیمه سلامت است» بیشترین فراوانی پاسخ‌های مناسب با ۸۷ درصد فراوانی و «آیا می‌دانید سهم پرداختی شما موقع استفاده از خدمات سرپایی مراکز دولتی که در تعهد سازمان بیمه سلامت هستند، چند درصد از کل تعرفه است؟» و «آیا می‌دانید هنگام بستری در مراکز دولتی، چند درصد از هزینه کل (موارد در تعهد) را بیمه پرداخت می‌کند» و «آیا می‌دانید در صورت مشاهده تخلف مراکز درمانی که دفترچه بیمه سلامت را می‌پذیرند، به کجا مراجعه کنید؟» به ترتیب با ۴۲ درصد، ۴۶ درصد و ۵۰ درصد فراوانی کمترین پاسخ مناسب را در این بُعد نشان دادند. البته با وجود اینکه یافته‌های مطالعه نشان داد بیش از

لیسانس، فوق دیپلم، دیپلم و کمتر از دیپلم به‌دست آمد. در بُعد عملکردی نیز با کمی تفاوت، بیشترین میانگین رتبه به ترتیب مربوط به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر، لیسانس، دیپلم، فوق دیپلم و کمتر از دیپلم نشان داده شد. بیشترین اختلاف بین حداقل و حداکثر میانگین گروه‌ها مربوط به بُعد اصطلاحات بیمه‌ای (اختلاف ۱۷۹,۷۱ نمره)، سپس بُعد عملکردی (اختلاف ۹۰ نمره) و در نهایت بُعد دستیابی (اختلاف ۷۰,۶۹ نمره) است.

همان‌طور که انتظار می‌رفت با افزایش سطح تحصیلات به تحصیلات دانشگاهی متوسط و بالاتر، به دلیل آشنایی بیشتر با اصطلاحات مختلف، برخورد و روابط دوستانه با افراد تحصیل کرده، شرکت در گروه‌های مختلف و آشنایی با افراد آگاه و خبره و درس گرفتن از آنها، مهارت یافتن در فرایندهای جستجوی اطلاعات و عملکرد اصولی در فعالیتهای مختلف، فرایندهای حل مسئله و کنکاش درخصوص علوم مختلف و خبره شدن در امور و فرایندهای اداری پیشرفت می‌یابد و به دانش برتر و عملکرد بهتر درخصوص بیمه سلامت منجر می‌شود. البته تأثیر آموزش‌های سطح مدارس و تحصیلات آکادمیک و برخورد بیشتر این افراد با افراد تحصیل کرده و آگاه نیز نباید نادیده انگاشته شود. در این راستا برخی مطالعات خصوص بررسی سواد سلامت نشان داد که سواد سلامت با تحصیلات رابطه معنادار و مستقیم دارد [۱۲ و ۸]. مطالعه سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن در جزیره هرمز نیز نشان داد سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سن متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر سواد سلامت در نمونه مورد بررسی بودند [۱۴]. مطالعه ویلگرا تفاوت‌های قابل توجهی در سطح نمرات سواد بیمه سلامت با سطح تحصیلات، نژاد و قومیت نشان داد، به طوری که افراد با تحصیلات بالاتر، نمرات بهتری را کسب کردند [۲۲]. یافته‌های مطالعه واردل نیز نشان داد نمرات تجمعی ابزار سواد بیمه سلامت ارتباط معکوس با میزان تحصیلات آنها داشت [۱۱]. بررسی میانگین رتبه در گروه‌های با درآمد مختلف نشان داد این تفاوت معنادار بوده و افراد با سطح درآمد بالاتر، نمره بهتری کسب کردند که با مطالعه مک‌کوراک هم‌راستاست. از علل این نتیجه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که افراد با سطح درآمد بالاتر احتمالاً بیشتر مراقب سلامت خود هستند و برای آن هزینه می‌کنند و به همین دلیل با قوانین بیمه و انواع آن آشنایی بهتری دارند. از آنجا که افراد با درآمد بالا در این مطالعه اکثراً کارکنان دولت یا افراد دارای شغل بودند، احتمالاً این افراد در پرداخت حق بیمه فعالانه شرکت دارند و به همین دلیل از عملکرد بهتر و آشنایی بیشتری با مفاهیم

و اصطلاحات آن آشنا می‌شوند. نتایج به‌دست آمده تقریباً مشابه با نتایج مطالعه نور تون بود که نشان داد افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، جوان‌ترها و افراد فاقد بیمه، کمترین نمرات را کسب کردند [۲۱]. البته در مطالعه پولیتی زنان اطلاعات دقیق و کامل‌تری از اصطلاحات بیمه درمانی نسبت به مردان ارائه دادند. علاوه بر این افراد بدون سابقه بیمه قبلی و افراد با سواد سلامت محدودتر، سواد بیمه سلامت پایین‌تری نشان دادند [۲۵]. نتایج مطالعه مک‌کرمک نشان داد سواد بیمه سلامت تحت تأثیر سن و همچنین برخی عوامل جمعیت‌شناختی و عوامل مرتبط با سلامت است و بزرگسالان بالای ۸۵ سال سطح سواد بیمه سلامت پایین‌تر معناداری دارند [۱۹]. البته برخی مطالعات رابطه سواد سلامت را با سن، تأهل و جنسیت معنادار نیافتند [۱۸] و در مطالعه دیگر، ارتباط معناداری بین سن افراد، جنسیت و تأهل با سطح سواد سلامت آنها نشان داده شد؛ به‌ویژه در سن بالاتر از ۳۰ سال افراد تحت مطالعه، سواد سلامت کافی و عالی به‌طور چشمگیری کاهش یافته بود و شیوع سواد سلامت کافی و عالی در زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود و افراد مجرد، سواد سلامت کافی و عالی بیشتری را نشان دادند [۸]. مطالعه برجی نیز نشان داد بین سواد سلامت با سن، جنس، شغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و سابقه بستری مجدد در سالمندان شهر ایلام، ارتباط معناداری وجود دارد [۱۳].

مطالعات مختلف نشان داد محدودیت سواد سلامت در افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال، افراد با تحصیلات پایین، افراد دارای اضافه وزن و چاقی، افراد مصرف‌کننده دخانیات و همچنین افراد غیرفعال از نظر فعالیت بدنی، بیشتر است و محدودیت سواد سلامت با گزارش فردی ضعیف وضعیت سلامت، استفاده نامناسب از داروها و پیروی نکردن از دستورهای پزشک و کنترل ضعیف‌تر قند خون همراه است. فرهنگ و قومیت و آثار خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی نیز از جمله عواملی هستند که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۰-۶].

بررسی سطح تحصیلات نشان داد درصد فراوانی حداکثر نمره در گروه‌های تحصیلی لیسانس و بالاتر بیشتر از سایر گروه‌هاست. بررسی میانگین رتبه سطوح مختلف تحصیلی در نمونه مورد نظر نشان داد تفاوت این نمرات معنادار هستند و بیشترین میانگین رتبه در هر ۳ بُعد و نمره کل مربوط به گروه تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر و کمترین میانگین نمره مربوط به گروه کمتر از دیپلم است. در ۲ بُعد دستیابی به اطلاعات و بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و نمره کل، بیشترین تا کمترین میانگین رتبه به ترتیب مربوط به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر،

برنامه‌های ارتقای سطح سواد بیمه سلامت سازمان‌های بیمه‌گر و متولیان سلامت، این مطالعه انجام شد و با مشخص شدن عوامل اثرگذار بر سطح سواد بیمه‌ای بیمه‌شدگان می‌توان از این نتایج در ارتقای دانش بیمه‌شدگان و توانمندسازی آنها، طراحی و اولویت‌بندی برنامه‌های آموزشی استفاده کرد. آموزش بیمه درمانی با توجه به مدل‌های تئوری می‌تواند سطح سواد بیمه سلامت فرد را بهبود بخشد و به انتخاب و استفاده از برنامه درمانی با بهترین شیوه سلامت فردی یا خانوادگی و وضع مالی منجر شود.

از آنجا که آثار خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی اهمیت حیاتی در شکل‌دهی نگرش‌ها و اعتقادات دارند و چگونگی تعامل مردم با سیستم سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اجرای این مطالعه در سایر شهرهای ایران که تفاوت‌های جمعیت‌شناسی دارند، ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود نتایج خودارزیابی بیمه‌شدگان را با استفاده از پاسخ‌های تشریحی و بررسی عملکرد فرد در خصوص موارد مرتبط با بیمه سلامت و عملکرد فرد در پرسش‌نامه‌های سواد سلامت، استفاده از نرم‌افزارها و خدمات الکترونیک، بررسی مواردی نظیر سطح سلامت فرد و فراوانی مراجعه به پزشک در ماه گذشته یا ۶ ماه اخیر، سابقه بستری اخیر، خدمات درمانی دریافت‌شده در ۶ ماه اخیر، تعداد اعضای خانوار، دسترسی به اینترنت، مهارت جستجو در اینترنت و استفاده قبلی از بیمه، مقایسه و بررسی شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در خصوص عملکرد فرد در پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت و پرسش‌نامه‌های سواد سلامت به‌طور هم‌زمان بررسی و مقایسه شود. همچنین می‌توان از این پرسش‌نامه در بررسی اثر برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی بیمه‌شدگان نیز استفاده و به مقایسه سطح عملکرد فرد در پرسش‌نامه سنجش سواد بیمه سلامت، قبل و بعد از آموزش، پرداخته شود.

References

1. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. In 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap 2009 Oct. (pp. 26-30).
2. Education for All. Education for All Global Monitoring Report 2008: Education for All by 2015. Will We Make It?. Oxford University Press; 2007 Nov. 29.
3. UNESCO Education Sector, The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs: Position Paper. Paris: United National Educational, Scientific and Cultural Or-

بیمه سلامت برخوردارند. مطالعه برجی نیز درخصوص سواد سلامت سالمندان شهر ایلام نشان داد، بین سواد سلامت با سن، جنس، شغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و سابقه بستری مجدد ارتباط معناداری وجود داشت؛ اما بین میزان درآمد و سواد سلامت ارتباط معناداری وجود نداشت [۱۳]. نتایج مطالعه مک کورمک نشان داد افرادی با سطح اقتصادی اجتماعی پایین و افرادی با سطح سلامت پایین‌تر سواد بیمه سلامت پایین‌تری دارند [۱۹].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مشکلات دسترسی، همکاری و همراهی دفاتر پیشخوان، مشکلات تکمیل پرسش‌نامه، همکاری نکردن بیمه‌شدگان برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، امکان نداشتن بررسی پیشینه فرد درخصوص وضعیت سلامت و نحوه استفاده فرد از پوشش بیمه با توجه به محدودیت‌ها و شرایط مطالعه اشاره کرد و این احتمال که با توجه به منابع و شرایط، نتایج ممکن است شرایط کل جامعه را نشان ندهد و امکان اینکه نتایج مختص یک نمونه باشد، اشاره کرد. همچنین امکان پذیر نبودن راستی‌آزمایی نتایج با توجه به خوداظهاری بیمه‌شدگان می‌تواند محدودیت دیگری برای این پژوهش به‌شمار رود.

نتیجه‌گیری

سطح سواد بیمه سلامت فرد، عملکردی از مهارت‌ها و توانایی‌های پایه‌ای و خاص، دانش و اعتماد است که مخصوص انتخاب و استفاده از بیمه درمانی است. مهارت پایه‌ای شامل خواندن، مهارت‌های محاسبه‌ای و مهارت‌های مرور پایه‌ای وب است. در مطالعاتی که خارج از ایران به بررسی سواد بیمه سلامت پرداخته‌اند، به دلیل تفاوت در ماهیت بیمه درمانی، به سنجش مواردی پرداخته شده که در بیمه سلامت ایران مصداق ندارند. در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته به بررسی سطح سواد بیمه سلامت بیمه‌شدگان شهر ایلام و بررسی عوامل مؤثر بر آن پرداخته شد. توجه به توانمندسازی بیمه‌شدگان ازسوی سازمان‌های بیمه‌گر برای رفع نیازهای سلامت و پیشگیری از مشکلات و هزینه‌های ناشی از ناآگاهی افراد و پیشگیری از سوءاستفاده برخی مراکز متخلف ارائه‌دهنده خدمات از ناآگاهی بیمه‌شدگان که سبب تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمه‌شدگان می‌شود نیز سبب شد به انجام پژوهش‌هایی برای تبیین موارد سواد بیمه‌ای، ساخت ابزارها و پرسش‌نامه‌هایی به منظور ارزیابی و سنجش و ارزش گذاری سواد بیمه‌ای توجه شود و حتی این مهم در اولویت‌های پژوهشی سازمان بیمه سلامت نیز قرار گیرد. بر همین اساس و به منظور بررسی اثربخشی

- ganization, 2004, pp. 13. Citing an international expert meeting in June 2003 at UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf>
4. Bailey SC, O'conor R, Bojarski EA, Mullen R, Patzer RE, Vicencio D, Jacobson KL, Parker RM, Wolf MS. Literacy disparities in patient access and health-related use of Internet and mobile technologies. *Health Expectations*. 2015;18(6):3079-87.
5. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, Doak LG, Hein K, Meade CD, Nurss J, Schwartzberg JG. Health literacy-report of the council on scientific affairs. *JAMA*. 1999;281(6):552-7.
7. Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Bonito AJ. Literacy and health outcomes (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
8. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi SS, GoliRostami Z, Rezaie H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):230-8. [Persian]
9. Dashti F, Abedi H, Masoudi SM. A study of puberty health literacy level of the first 14-16 year girls grade high school students in the Eghlid city. *Journal of health literacy*. 2016;1(3):164-71. [Persian]
10. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086-90.
11. Vardell E. Health insurance literacy: how people understand and make health insurance purchase decisions (Under the direction of Claudia Gollop). Chapel Hill, 2017.
12. Bavandpour E, Azami Z, Bavandpour M, Afsordeh O, Delpisheh A. Survey effective factors of peoples' health literacy Kerman-shah city. *Journal of Health Literacy*. 2017;2(2):81-7. [Persian]
13. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health literacy level and its related factors among the elderlies in Ilam in 2015. *Iran Journal of Nursing*. 2017;30(108):33-43. [Persian]
14. Saatchi M, Panahi MH, Ashraf Mozafari A, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, Holakouie Naieni K. Health literacy and its associated factors: A population-based study, Hormuz Island. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;13(2):136-44. [Persian]
15. Quincy L. Measuring health insurance literacy: A call to action. Washington, DC: Consumers Union, University of Maryland, & American Institute of Research, 2013.
16. Paez KA, Mallery CJ, Noel H, Pugliese C, McSorley VE, Lucado JL, Ganachari D. Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *J Health Commun*. 2014;19(sup2):225-39.
17. Iran Health Insurance Organization. Booklet of insurance definitions and terms in health insurance groups, 2018. [Persian]
18. Kim J, Braun B, Williams AD. Understanding health insurance literacy: A literature review. *Fam Consum Sci Res J*. 2013;42(1):3-13.
19. McCormack L, Bann C, Uhrig J, Berkman N, Rudd R. Health insurance literacy of older adults. *J Consum Aff*. 2009;43(2):223-48.
20. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, Naderimaghham S, Solimani A, Sarbandi F, Motamedi A, Sistani MM. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014;13(5):589-99. [Persian].
21. Norton M, Hamel L, Brodie M. Assessing Americans' familiarity with health insurance terms and concepts. The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2014 Nov 11;7.
22. Villagra VG, Bhuva B, Coman E, Smith DO, Fifield J. Health insurance literacy: disparities by race, ethnicity, and language preference. *Am J Manag Care*. 2019;25(3):e71-5.
23. Loewenstein G, Friedman JY, McGill B, Ahmad S, Linck S, Sinkula S, Beshears J, Choi JJ, Kolstad J, Laibson D, Madrian BC. Consumers' misunderstanding of health insurance. *J Health Econ*. 2013;32(5):850-62.
24. Wong CA, Asch DA, Vinoya CM, Ford CA, Baker T, Town R, Merchant RM. Seeing health insurance and HealthCare.gov through the eyes of young adults. *J Adolesc Health*. 2015;57(2):137-43.
25. Politi MC, Kaphingst KA, Kreuter M, Shacham E, Lovell MC, McBride T. Knowledge of health insurance terminology and details among the uninsured. *Medical Care Research and Review*. 2014;71(1):85-98.
26. Tehrani Banihashemi SA, Haghdooost AA, Amirkhani MA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, Parsinia S, Fathi Ranjbar S. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education*. 2007;4(1):1-9. [Persian]