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

Foroozan Abdollahipour[1], Abbas Rahimi Foroushani[2], 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 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 عبداللهی‌پور[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 دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲ تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۸/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۹ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲

چکیده

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 موثر 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 به‌صورت تصادفی انجام شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی و استنباطی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: حدود ۷۴درصد از بیمه شدگان 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 همین‌دلیل، سنجش و ارتقای آن باید از اولویت‌های سازمان‌های بیمه‌ای، متولیان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان شواهدی برای این گروه در زمینه سنجش و طراحی آموزش‌های مرتبط مفید باشد.

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

مقدمه

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[۱و۲] و از جنبه‌های مختلف، قابل بررسی است. یونسکو به چندبُعدی بودن سواد اشاره دارد و آن را به‌عنوان 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 خوانده‌ها و آموخته‌هایش در زندگی خود، تغییری ایجاد کند[۳].

«سواد سلامت» به‌عنوان توانایی فرد برای دریافت اطلاعات و خدمات مورد نیاز با هدف تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی و از معیارهای تعیین‌کننده سلامت درنظر گرفته شده است[۴و۵]. 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

اســت. به‌عنوان‌مثال، فرد بیمار باید بتواند به‌طور مؤثری درخصوص پیامدهای حائز اهمیت ســلامت با یک مراقب حرفه‌ای سلامت بحث کند، دوز مناســب داروها را اســتفاده کند، طرح مناسب شرایط خود را از طرح‌های مختلف بیمه‌ای انتخاب و صورت‌حســاب بیمه را درک کند و به چنین مهارت‌های مؤثری، سواد سلامت گفته می‌شود[۱۱]. مطالعات زیادی درخصوص بررسی سواد سلامت در ایران انجام شده اســت که بیشــتر آنها به بررسی سطح سواد ســلامت و عوامل مؤثر بــر آن پرداخته‌اند. ازجمله این مطالعات می‌توان به مطالعه صحرایی و همــکاران[۸]، مطالعــه باوندپور و همــکاران[۱۲]، مطالعه برجی و همکاران[۱۳] و مطالعه ساعتچی و همکاران [۱۴] اشاره کرد.

یکی دیگر از انواع ســواد، ســواد بیمه ســلامت اســت. ســواد بیمه ســلامت مفهوم جدیدی اســت که به آگاهی بیمه‌شــدگان از تصمیم‌گیری و خرید خدمت توجه دارد. ســواد بیمه درمانی، شامل ســاختار پیچیده‌ای است که شامل ســطح معینی از دانش و طیفی از مهارت‌هــای مــورد نیاز برای مصرف‌کننده می‌شــود تــا بتواند از سیســتم بیمه درمانی اســتفاده کند. این نوع سواد به‌عنوان دانش، توانایــی و اعتمادبه‌نفس برای یافتــن و ارزیابی اطلاعات برنامه‌های بهداشــتی و انتخاب بهترین برنامه برای خانواده (یا شــرایط مالی) است[۱۵و۱۶]. بیمه قراردادی است که به موجب آن بیمه‌گر متعهد می‌شــود در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر (بیمه‌گزار) در صــورت وقوع یا بروز حادثه، خســارت وارده بر او را جبران کرده یا وجه معینی بپردازد. بیمه ســلامت نوعی بیمه است که بخشی از هزینه‌های مختلف خدمات ســلامت، اعم از پیشــگیری، تشخیصی، درمان و توانبخشی افراد بیمه‌شده را جبران می‌کند[۱۷].

بیمه‌ها در ســاختار سلامت کشورها نقش بسیار مهمی دارند. در مفهوم عام آن، بیمه از طریق اطمینانی که در جامعه برای افراد ایجاد می‌کند، به‌عنوان نهادی برای انباشت ریسک در حوزه سلامت با هدف ایجاد عدالت در ســلامت، محسوب می‌شــود[۱۷]. سطح سواد بیمه ســلامت 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 بســیاری از مشکلات بهداشتی، بیماری‌های جسمی و صدمات ایجاد شــده است؛ زیرا این هزینه‌ها ممکن است فراتر از توان پرداختی فرد با حقوق و ســرمایه‌اش باشــد. بسیاری از اشــکال بیمه، پوشش برای هزینه‌های قابل پیش‌بینی مانند مراقبت‌های پیشــگیرانه را نیز فراهم می‌کننــد. علاوه‌بر 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 پوشــش برای شــرایط مختلف پیش‌بینی‌شــده و غیرقابل پیش‌بینی است. دانش اینکه فرد چطور از بیمه درمانی استفاده کند نیز اهمیت دارد. در آمریکا مفهومی به‌عنوان فراهم‌کننــده ترجیحی وجود دارد کــه می‌تواند هزینه بیمار را پایین نگه‌دارد[۱۶].

پائــز و همــکاران (۲۰۱۴) ابزار ســنجش ســواد بیمه ســلامت (The Health Insurance Literacy Measure) کــه ابزاری ۲۱آیتمی بــود را طراحی کردند و براســاس آن، مدل ســواد بیمه ســلامت که متشــکل از ۴ حوزه دانش، جســتجوی اطلاعات، ســواد اســنادی و مهارت‌های شــناختی بود طراحی شد. در این مدل خودکارآمدی نیز زمینه اصلی اســت[۱۶]. اگرچه در متون خارجی، سواد بیمه سلامت بسیار مورد توجه واقع شده، اما در ایران با وجود نیاز مبرم سازمان‌های بیمه‌گر و همین‌طور ســازمان‌های متولی ســلامت به آگاهی از سواد بیمه‌ای بیماران و بیمه‌شــدگان، کمتر به آن پرداخته شــده است. با توجــه به اینکه بیمه‌های درمانی در کشــورهای مختلف روند اجرایی متفــاوت و اصطلاحات و فرایندهای متنوعــی دارند، با افزایش توجه به برنامه‌های توانمندســازی و آموزشی بیمه‌شــدگان و نیز به‌منظور پیاده‌سازی و ارزیابی برنامه‌های آموزشی اثربخش برای افزایش سطح سواد ســلامت و ضرورت آگاهی از میزان وضعیت سواد بیمه‌ای بیمه سلامت، در ایران نیز باید به مفهوم سواد بیمه‌ای توجه بیشتری شود. برهمین‌اســاس این مطالعه با هدف طراحی، روان‌سنجی پرسش‌نامه ســواد 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 محقق‌ســاخته استفاده شــد. در طراحی پرســش‌نامه سنجش سواد بیمه ســلامت، ابتدا دســتورالعمل‌های اجرایی سازمان بیمه سلامت بررســی و با توجه به پرســش‌نامه‌های خارجی موجود در حوزه سواد ســلامت[۲۰] و سواد بیمه ســلامت [۱۶و۱۸و۲۴-۲۱] ابعاد مناسب برای پرســش‌نامه و آیتم‌های آن تدوین شد. سپس ابزار طراحی‌شده به ۱۰نفر از کارشناســان و متخصصان سازمان بیمه سلامت که بیش از ۱۵ سال ســابقه کاری و کارهای پژوهشی داشتند، برای اظهارنظر

ارسال شد. نکات مطرح‌شده، پیشنهادها و نقدهای این گروه بررسی و پرسش‌نامه به‌صورت مجدد بازنگری شد. در ویرایش نهایی ۳بُعد اصلی برای پرسش‌نامه در نظر گرفته شد که شامل ۸ سؤال برای بعد دستیابی، ۸سؤال برای اصطلاحات بیمه‌ای و ۲۵سؤال برای بُعد عملکردی بود (درمجموع ۴۱سؤال). علاوه براین، سؤال‌ها برای بررسی روایی صوری به ۱۰ نفر از بیمه‌شدگان تحویل و به‌صورت کیفی، بررسی شد. برای ارزیابی روایی محتوایی، از نظر متخصصان درباره میزان هماهنگی محتوای ابزار اندازه‌گیری و هدف پژوهش، استفاده شد. بدین‌منظور پرسش‌نامه ۴۱گویه‌ای 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) به‌عنوان خبرگان امور بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ارسال و در نهایت ۲۷ فرم روایی به‌طور کامل تکمیل شد. محاسبه نمره‌های روایی محتوایی پرسش‌نامه با استفاده از ۲ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، در نرم‌افزار اکسل انجام شد. نتایج محاسبه CVI و CVR به حذف ۸آیتم غیرضروری پرسش‌نامه انجامید و در نهایت، پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت ۳۳ آیتمی به‌صورت ۲گزینه‌ای (بله/خیر و می‌دانم/ نمی‌دانم) بر مبنای خوداظهاری بیمه‌شدگان و با درنظر گرفتن ۳بُعد دستیابی (شامل ۶ پرسش درخصوص توانایی فرد برای دستیابی به اطلاعات بیمه درمانی ازجمله آدرس، شماره تماس، فعالیت اداره بیمه، پیشخوان و مرکز درمانی طرف قرارداد با بیمه سلامت)، اصطلاحات بیمه‌ای (مشتمل بر ۷ پرسش درخصوص اصطلاحات و واژه‌های مصطلح بیمه‌ای ازجمله حق بیمه، سازمان بیمه گر، صندوق بیمه‌ای) و شاخص عملکردی (۲۰ آیتمی 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 آیتم‌های پرسش‌نامه به‌دست آمد (CVI= 0.88 و CVR= 0.67) و سپس پایایی آن بررسی شد. برای محاسبه پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کلّ پرسش‌نامه، بالا (α=0.9) به‌دست آمد. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت، روا و پایا شده برای محاسبه نمره‌های سواد بیمه سلامت شرکت‌کنندگان استفاده شد. این پرسش‌نامه درواقع منعکس‌کننده سواد بیمه سلامت براساس خوداظهاری هر فرد بود و از افراد خواسته شد برای به هر آیتم پاسخ 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 مدّنظر قرارداده شد. از افراد نمونه تقاضا شد به تمام سؤال‌ها پاسخ دهند و گوشزد شد درصورتی که سؤالی بدون پاسخ باقی بماند، به منزله خیر یا نمی‌دانم درنظر 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 ۹۵درصد تعداد نمونه طوری تعیین شد که با حداکثر خطای ۲ نمره بتوان میانگین را برآورد کرد. اندازه نمونه از فرمول‌های زیر به‌دست 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 به‌عنوان ضریب اثر طرح نمونه‌گیری ضرب شد و تعداد نمونه ۳۹۷ (رند ۴۰۰ نفر) به‌دست آمد که از دفاتر پیشخوان شهر ایلام به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. برای اجتناب از ریزش‌ها، ۳۰ پرسش‌نامه نیز به این عدد اضافه و به تناسب، بین دفاتر پیشخوان توزیع شد. به‌دلیل آنکه تمام بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت برای تعویض، تمدید و سایر امور مربوط به دفاتر بیمه‌ای خود به ۴دفتر 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 ۹ماهه اول سال ۱۳۹۷) در این ۴مرکز، مشخص شد، به‌طوری‌که 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 دفاتر درمانی و سایر امور مرتبط با وظایف پیشخوان‌های دولت به این مراکز مراجعه کرده بودند، در صورت تمایل (شرط تمایل

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

معیار ورود به مطالعه شامل سواد خواندن و نوشتن (حداقل ابتدایی)، سن بالای ۱۸سال، رضایت از تکمیل پرسش‌نامه و بیمه‌شده ازسوی سازمان بیمه سلامت درنظر 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 اسمیرنف، من‌ویتنی و کروسکال والیس برای مقایسه میانگین نمره سطح سواد بیمه سلامت گروه‌های مختلف) استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه در نهایت ۴۲۶ بیمه‌شده بیمه سلامت شهر ایلام شرکت کردند که ۵۷درصد مرد و ۴۳درصد زن بودند. به همین صورت ۳۳درصد از صندوق بیمه‌ای کارکنان دولت، ۲۵درصد از صندوق بیمه‌ی همگانی (با حق بیمه رایگان)، ۲۲درصد از صندوق بیمه‌ای روستاییان (با حق بیمه رایگان)، ۱۲درصد از صندوق بیمه‌ای خانواده شهدا، جانبازان و بهزیستی و ۸درصد نیز از صندوق بیمه ایرانیان (بیمه عمومی با پرداخت حق بیمه) بودند (جدول ۲).

با توجه به اینکه کلّ پرسش‌نامه متشکل از ۳بُعد دستیابی، اصطلاحات بیمه‌ای و بُعد عملکردی بود، برای هر یک از ابعاد این پرسش‌نامه نیز سطح سواد سلامت در آن بُعد نیز به‌دست آمد و با درنظر گرفتن پاسخ‌های ارائه‌شده به همه آیتم‌های پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت، نمره نهایی سواد بیمه سلامت محاسبه شد. با توجه به اینکه نمره کلّی هر فرد در آزمون کلّی و نیز هر یک از ابعاد پرسش‌نامه از صفر تا ۱۰۰ بود، نتایج به‌دست آمده به‌صورت معیار رتبه‌ای سواد بیمه سلامت در جدول۲ نشان داده شده است. این ۵طبقه سواد بیمه درمانی عبارتنداز: 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). همان‌طور که داده‌های جدول۳ نشان می‌دهد، با درنظر گرفتن نمره کل آزمون، ۱٫۶درصد افراد سطح سواد خیلی پایین، ۸٫۹ درصد افراد سطح سواد پایین، ۱۶درصد افراد سطح سواد متوسط، ۳۴٫۳درصد سطح سواد بالا و ۳۹٫۲درصد افراد سطح سواد خیلی بالا را نشان دادند؛ به‌عبارتی فقط ۲۶٫۵درصد موارد در نمره کل سطح سواد بیمه سلامت متوسط به پایین را گزارش کردند. علاوه‌براین برای هر یک از ۳بُعد سواد بیمه سلامت نیز فراوانی سطوح سواد بیمه سلامت نیز مشخص شده است. برای مثال، با توجه به بعد اصطلاحات بیمه‌ای ۱۰٫۶درصد افراد سطح خیلی پایین سواد بیمه سلامت را گزارش کردند (جدول۳).

با توجه به نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف و غیرنرمال بودن گروه‌ها، از آزمون من‌ویتنی (جدول۴) و کروسکال‌والیس (جدول۵) برای مقایسه توزیع هر نمره در گروه‌های غیرنرمال استفاده شد. از آزمون من‌ویتنی برای بررسی تفاوت نمره کلّی پرسش‌نامه سواد بیمه سلامت در ۲گروه زن و مرد و گروه متأهل و مجرد استفاده شد. جداول ۴ و ۵ نشان داد که بین مردان و زنان، صندو ق‌های 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 به‌ترتیب مربوط به بُعد دسترسی (حدود ۷۶درصد)، بُعد عملکردی

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

(حدود ۷۰درصد) و بُعد اصطلاحات بیمه‌ای (حدود ۶۸درصد) است. درصد فراوانی سطح سواد بیمه‌ای بالا برای کلّ پرسش‌نامه حدود ۷۴درصد است و ۲۶٫۵درصد پاسخ دهندگان، 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 طراحی‌شده، همانند پرسش‌نامه پائز[۱۶] براساس خوداظهاری بیمه‌شدگان طراحی شده است و صحّت پاسخ‌ها راستی‌آزمایی نشده است و احتمالا در صورت تشریحی بودن سؤالات پرسش‌نامه، سطح نمرات کسب‌شده پایین‌تر از سطح نمرات پرسش‌نامه خوداظهاری به‌دست می‌آمد. 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[۱۲و۲۰] 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 موثر 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 به‌دلیل ناتوانایی استفاده از منابع مکتوب درخصوص پوشش بیمه و یا

جدول۲| اطلاعات جمعیت‌شناسی بیمه‌شدگان بیمه سلامت در مطالعه

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

جدول ۳| وضعیت سواد بیمه سلامت بیمه شدگان شهر ایلام

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

احتمالاً درک ناصحیح منابع شـــنیداری، از سواد بیمه سلامت پایینی برخوردار هســـتند. 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 ســـطح سواد بیمه سلامت دانست.

بررســـی ابعاد سواد بیمه سلامت نشـــان داد که در بُعد دستیابی، حدود ۲۳,۷درصد از بیمه‌شدگان، سواد متوسط تا خیلی پایین دارند. بیشـــترین 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 پیشـــخوان)» با ۸۱درصد پاسخ مناسب است. جایگذاری این این آیتم در پرسش‌نامه ضروری به نظر می‌رسد، زیرا علاوه‌بر 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 عملیات های مربوط به بیمه گری از طرف ســـازمان به این دفاتر واگذار شـــده اســـت)، اما به این دلیل که ارائه خدمات الکترونیک بسیاری از دستگاه‌های اجرایی به مردم در سراسر کشـــور نیز به این دفاتر سپرده شده است، ایرادی به انتخاب نمونه از این دفاتر وارد نیســـت و هر فرد مراجعه کننده ممکن اســـت به دلیل دیگری به دفتر پیشخوان دولت مراجعه کرده باشد.

کمترین فراوانی پاسخ مناســـب در بُعد دستیابی، مربوط به آیتم «آیا راه‌های ارتباط با بیمه ســـلامت را می شناسید؟ (مثل تلفن گویا، شـــماره تماس، آدرس ســـایت، اداره و دفاتر پیشـــخوان طرف قرارداد بیمه ســـلامت)» با ۶۶ درصد پاســـخ بله / می‌دانم اســـت. از علل این نتیجه می‌توان به تمایل و تسلط بیشتر افراد نمونه به خدمات حضوری در مقابل خدمات غیرحضوری اشـــاره کرد. تمایـــل به انجام کارها به روش سنتی و نه استفاده از روش‌های مجازی، احتمالا در نمونه وجود داشت.

با توجه به نتایج به‌دســـت آمده به نظر می‌رســـد 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 محاســـبه سهم پرداختی خود یا بیمه در صورت‌حساب خاصی بپردازد و ســـؤال به‌صورت کلّی‌تری بیان شده است. بنابراین حتی اگر پاســـخ تمام بیمه شدگان به این سؤال مثبت بود، احتمالا بیشتر افراد نمی توانســـتند سهم پرداختی خود را محاســـبه کنند؛ زیرا محاسبه ســـهم پرداختی نیازمند توانایی‌های محاسباتی و دانش ریاضی دارد. آنچه مبرهن است، اینکه ناآگاهی بیمه شدگان از تعهدات سازمان‌های بیمه گر می‌تواند به بهره ناکافی افراد از پوشـــش بیمه‌ای منجر شود. به‌نظر می‌رسد متنوع نبودن بسته‌های بیمه‌ای برای ایجاد حق انتخاب پوشـــش مورد نیاز بیمه‌ای و نبود فرم‌های توضیح بسته‌های مختلف بیمه‌ای و نبود امکان مقایسه مزایای بسته‌های مختلف بیمه‌ای سبب می‌شـــود افراد به‌دنبال کشف و استفاده از مزایای بیمه خود نباشند و حتی گاهی اوقات با وجود داشـــتن بیمه، خدمات درمانی را به‌صورت

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

متغیر		ابعاد سواد بیمه سلامت			سواد بیمه سلامت
		دستیابی	اصطلاحات بیمه ای	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 یـا گران‌تر از خدمت بیمـه‌ای، دریافت کنند. این نتیجه با نتایج مطالعه لئونسـتین هم‌راسـتا بود، به‌طوری که این مطالعه نیز نشان داد مردم درک محدودی از بیمه درمانی سـنتی داشتند و بسیاری از شرکت کنندگان قادر به محاسـبه هزینه خدمات پایه تحت پوشش بیمه‌های سنتی نبودند[۲۳].

در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای حدود ۴۲درصد از بیمه‌شـدگان 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 بیمه ای	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
	۴۸-۷۴	۱۷۴.۷۳	۱۶۵.۰۵	۱۷۵.۵۰	۱۶۹.۹۱
	P-Value	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
سطح تحصیلات	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
	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
	همگانی	۱۹۰.۰۳	۲۰۹.۵۲	۱۸۸.۲۳	۱۹۰.۳۳
	ایرانیان	۱۹۵.۹۲	۲۰۳.۱۸	۲۰۴.۶۵	۱۹۹.۱۴
درآمد	P-Value	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
	کمتر از یک میلیون تومان	۱۸۳.۷۲	۱۶۹.۲۱	۱۷۵.۲۹	۱۶۷.۶۹
	۱تا ۲ میلیون	۲۰۴.۰۴	۱۹۷.۶۶	۲۱۷.۴۷	۲۱۱.۰۶
	۲تا ۳ میلیون	۲۴۶.۸۰	۲۵۹.۱۵	۲۴۷.۴۱	۲۶۱.۱۸
	۳تا ۵ میلیون تومان	۲۳۲.۵۳	۳۰۳.۰۰	۲۴۲.۰۱	۲۶۹.۱۸
	بالاتر از ۵ میلیون تومان	۳۰۵.۴۴	۳۱۸.۷۵	۲۹۳.۰۶	۳۱۹.۶۹

متوسط تا خیلی ضعیف دارند و حدود ۴۹درصد افراد اظهار کردند از اصطلاحات بیمه‌ای اطلاع کافی دارند. در این بُعد، بیشـــترین فراوانی پاسخ مناسب مربوط به «آیا می‌دانید کدام سازمان شما را بیمه کرده اســـت؟» با ۸۵درصد پاســـخ مناســـب و کمترین فراوانی به ترتیب با حـــدود ۵۳درصد و ۵۸مـــورد مربوط به موارد «آیا مـــی دانید مفهوم تعرفـــه چیســـت؟» و «آیا می‌دانید حق بیمه به چه معناســـت؟» بود. با توجه به نتایج به‌دســـت آمده مشخص شـــد افراد در بُعد دستیابی درک بیشتری را نسبت به اصطلاحات بیمه‌ای نشان دادند. در مطالعه مک‌کورمک اصطلاحاتی که بیشـــترین ســـوءتفاهم را داشتند شامل شـــبکه فراهم‌کننده، محاســـبه 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 به‌کاربردن اطلاعات عـــددی در مقابل مواردی کـــه نیازمند خواندن یـــک 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 ۴۸درصد تعریف درستی از دیداکتیبل (Deductible) نداشتند و ۷۸درصد نیز تعریف صحیحی از بیمه مشـــترک نداشـــتند[۲۴]. در مطالعه ویلگرا حدود ۲۰درصد افراد شـــرکت‌کننده کلمه حق بیمـــه و ۶۶درصدکلمه فرمول را درک نکردنـــد[۲۲]. مطالعه پولیتی نیز نشـــان داد افراد نمونه درک پایینی از واژه های معمول بیمه درمانی همچون بیمه مشـــترک، دیداکتیبل، حداکثر پرداخت از جیب، مجوز قبلی و محاسبات داشتند[۲۵].

در بُعد عملکردی نیز حدود ۳۳٫۸درصد افراد ســـواد خیلی پایین تا متوســـط دارند و ۳۳٫۳درصد افراد نمره خیلی بالا را در این زمینه کســـب کردند. آیتم هـــای « آیا تاریـــخ اعتبار بیمـــه درمانی خود را می‌دانید؟» و «به نظر شـــما اگر پزشک در مطب، بیماران را به‌صورت گروهی معاینه کند،این کار تخلف از ضوابط ســـازمان بیمه ســـلامت است» بیشترین فراوانی پاسخ های مناسب با ۸۷درصد فراوانی و «آیا می‌دانید ســـهم پرداختی شما موقع استفاده از خدمات سرپایی مراکز دولتی که در تعهد ســـازمان بیمه سلامت هستند، چند درصد از کلّ تعرفه اســـت؟» و «آیا می‌دانید هنگام بســـتری در مراکز دولتی، چند درصـــد از هزینه کل (موارد در تعهـــد) را بیمه پرداخت می‌کند» و « آیا می‌دانید در صورت مشاهده تخلفِ مراکز درمانی که دفترچه بیمه ســـلامت را می‌پذیرند، به کجا مراجعه کنید؟» به‌ترتیب با ۴۲درصد، ۴۶درصد و ۵۰درصد فراوانی کمترین پاســـخ مناســـب را در این بُعد نشـــان دادند. البته با وجود اینکه یافته‌های مطالعه نشان داد بیش از ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان 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 اطلاعـــات پزشـــکی دارنـــد[۸، ۱۱، ۱۳، ۲۶]. البته این می‌تواند به‌دلیل خوداظهاری بیمه شـــدگان باشد و از طرفی بیشتر افراد نمونه به‌دست آمده، تحصیلات دانشگاهی بالا داشتند. بنابراین نمره بالای سواد بیمه سلامت دور از انتظار نخواهد بود.

نتیجه این مطالعه در تناقض با مطالعه مک‌کرمک و لئونستین است که نشـــان دادند مردم درک محدودی از بیمه درمانی دارند[۱۹و۲۳] . البته مطالعه لئونســـتین نشان داد بسیاری از شرکت‌کنندگان قادر به محاسبه هزینه خدمات پایه تحت پوشش بیمه‌های سنتی نبودند[۲۳]. در مطالعه ویلگرا فقط یک نفر از ۳ نفر می‌توانســـتند هزینه پرداخت از جیب خود را برای صورت‌حساب 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. بررســـی سواد بیمه سلامت با توجه به وضعیت تأهل نشـــان داد بیـــن وضعیت تأهل و نمرات بُعد دسترســـی، تفاوت معناداری وجود دارد، اما در نمره کلّ آزمون، بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و عملکردی تفاوت معناداری یافت نشد.

توزیـــع نمرات میان زنان و مردان و افـــراد متأهل و مجرد در این مطالعه نشـــان داد که فراوانی نمرات حداکثـــر در مردان در هر ۳بُعد و نمره کل، بیشـــتر از زنان بود و افراد متأهل نیز در هر ۳بُعد و نمره کلّـــی فراوانی نمره حداکثر بیشـــتری دارند. بررســـی تفاوت میانگین سطح ســـواد براساس گروه‌های سنی با نمره ســـواد بیمه و نمره بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و بُعد دســـتیابی، معنادار اســـت و گروه سنی ۲۹ تا ۴۷ ســـال میانگین رتبه بالاتری نشان دادند؛ البته تفاوت میانگین رتبه در نمره بُعد عملکردی معنادار به‌دســـت نیامد. احتمالا از دلایل این نتایج می‌توان به این موارد اشـــاره کرد که گروه ســـنی ۱۸ تا ۲۸ ســـال به‌عنوان گروه نوجوان و اوایل جوانی نســـبت به گروه جوان ۲۹ تا ۴۷ ســـال از تجربه و دانش و مهارت عملکردی پایین‌تری برخوردار هستند و نسبت به گروه میان‌سال و کهن‌سال ۴۸ تا ۷۴ سال به‌جز در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای، میانگین نمره پایین‌تری دارند. این نمرات نشـــان‌دهنده 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 سنِی ۱۸ تا ۲۸ سال در دوران تحصیل و از لحاظ تئوری با بیمه

و اصطلاحات آن آشـنا می‌شوند). نتایج به‌دست آمده تقریبا مشابه با نتایج مطالعه نورتون 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. علاوه‌براین افراد بدون سابقه بیمه قبلی و افراد با سـواد سلامت محدودتر، سواد بیمه سلامت پایین‌تری نشـان دادند[۲۵]. نتایج مطالعه مک‌کرمک نشـان داد سـواد بیمه سـلامت 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 سـواد سلامت را با سن، تأهل و جنسـیت معنادار نیافتند[۱۸] و در مطالعه دیگر، ارتباط معناداری بین سن افراد، جنسیت و تاهل با سطح سواد سلامت آنها نشان داده شد؛ به‌ویژه در سن بالاتر از ۳۰ سال افراد تحت مطالعه، سـواد سلامت کافی و عالی به‌طور چشمگیری کاهش یافته بود و شـیوع سواد سـلامت 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، شـغل، تحصیلات، محل زندگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن و سابقه بستری مجدد در سالمندان شهر ایلام، ارتباط معناداری وجود دارد[۱۳].

مطالعات مختلف نشـان 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 دسـتورهای پزشک و کنترل ضعیف‌تر قند خون همراه است. فرهنگ و قومیـت و آثار خانوادگی، اجتماعـی و فرهنگی نیز ازجمله 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 سـطوح مختلف تحصیلی در نمونه مورد نظر نشان داد تفاوت این نمرات معنادار هستند و بیشترین میانگین رتبه در هر ۳بُعد و نمره کلّ مربوط به گروه تحصیلی فوق لیسـانس و بالاتر و کمترین میانگین نمره مربوط به گروه کمتر از دیپلم اسـت. در ۲بُعد دستیابی به اطلاعات و بُعد اصطلاحات بیمه‌ای و نمره کل، بیشترین تا کمترین میانگین رتبه به‌ترتیب مربوط به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر، لیسـانس، فوق دیپلـم، دیپلم و کمتر از دیپلم به‌دسـت آمد. در بُعد عملکردی نیز با کمی تفاوت، بیشترین میانگین رتبه به ترتیب مربوط به سطح تحصیلی فوق‌لیسـانس و بالاتر، لیسانس، دیپلم، فوق‌دیپلم و کمتر از دیپلم نشـان داده شـد. بیشـترین اختلاف بین حداقل و حداکثر میانگین گروه ها مربوط به بُعد اصطلاحات بیمه‌ای (اختلاف ۱۷۹,۷۱ نمره)، سـپس بُعد عملکردی (اختلاف ۹۰نمره) و در نهایت بُعد دستیابی (اختلاف ۷۰,۶۹ نمره) است.

همان‌طـور کـه انتظار می‌رفت بـا افزایش سـطح تحصیلات به تحصیلات دانشـگاهی متوسـط و بالاتر، به‌دلیل آشـنایی بیشـتر با اصطلاحات مختلف، برخورد و روابط دوسـتانه با افراد تحصیل‌کرده، شـرکت در گروه‌های مختلف و آشـنایی با افراد آگاه و خبره و درس گرفتـن از آنهـا، مهارت یافتـن در فرایندهای جسـتجوی اطلاعات و عملکـرد اصولی در فعالیت‌های مختلف، فرایندهای حلّ مسـئله و کنکاش درخصوص علوم مختلف و خبره‌شـدن در امور و فرایندهای اداری پیشـرفت می‌یابـد و به دانش برتر وعملکـرد بهتر درخصوص بیمه سـلامت منجر می‌شود. البته تأثیر آموزش‌های سطح مدارس و تحصیلات آکادمیک و برخورد بیشـتر این افراد با افراد تحصیل‌کرده و آگاه نیز نباید نادیده انگاشته شود. در این راستا برخی مطالعات در خصوص بررسی سواد سلامت نشان داد که سواد سلامت با تحصیلات رابطه معنادار و مسـتقیم دارد[۸و۱۲]. مطالعه سواد سلامت و عوامل مؤثر بر آن در جزیره هرمز نیز نشـان داد سـطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سـن متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر سواد سلامت در نمونه مورد بررسـی بودند[۱۴]. مطالعه ویلگـرا تفاوت‌های قابل توجهی در سـطح نمرات سواد بیمه سلامت با سـطح تحصیلات، نژاد و قومیت نشان داد، به طوری‌که 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].

بررسـی میانگین رتبه در گروه‌های با درآمد مختلف نشـان داد ایـن تفاوت معنادار بوده و افراد با سـطح درآمـد بالاتر، نمره بهتری کسـب کردند که با مطالعه مک‌کـوراک هم‌راستاسـت. از علل این نتیجه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که افراد با سطح درآمد بالاتر احتمالاً بیشتر مراقب سلامت خود هستد و برای آن هزینه می‌کنند و به‌همین دلیل با قوانین بیمه و انواع آن آشـنایی بهتری دارند. از آنجا که افراد با درآمد بالا در این مطالعه اکثراً کارکنان دولت یا افراد دارای شـغل بودند، احتمالا این افراد در پرداخت حق بیمه فعالانه شـرکت دارند و به‌همین دلیل از عملکرد بهتر و آشـنایی بیشـتری با مفاهیم

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 می توان 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 کلّ جامعه را نشان ندهد و امکان اینکه نتایج مختصّ یک نمونه باشد، اشاره کرد. همچنین امکان‌پذیر 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، به‌دلیل تفاوت در ماهیت بیمه درمانی، به سنجش مواردی پرداخته شده که در بیمه سلامت ایران مصداق ندارند. در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه محقق‌ساخته 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 به‌منظور ارزیابی و سنجش و ارزش گذاری سواد بیمه‌ای توجه شود و حتی این مهم در اولویت‌های پژوهشی سازمان بیمه سلامت نیز قرار گیرد. برهمین‌اساس و به منظور بررسی اثربخشی 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 به‌نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود نتایج خودارزیابی بیمه‌شدگانٍ را با استفاده از پاسخ‌های تشریحی و بررسی عملکرد فرد درخصوص موارد مرتبط با بیمه سلامت و عملکرد فرد در پرسش‌نامه های 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 ۶ماه اخیر، تعداد اعضای خانوار، دسترسی به اینترنت، مهارت جستجو در اینترنت و استفاده قبلی از بیمه، مقایسه و بررسی شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای درخصوص 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. In7th 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-

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 I nternet 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 Kermanshah 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, Naderimagham S, Solimanian 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, Haghdoost 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]