Research Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 3, Autumn 2025 | Pages: 223-236

journal.ihio.gov.ir

Health Insurance Literacy and Its Determinants Among Insured Individuals: A Study in Yazd, Iran

Faeze Khaleghi[1] MA, Atiyeh Dehghan Niri[1] MA, Seyed Masood Mousavi[1*] PhD, Reza Valagohar[2] MD, Nima Ghazal[3] MA, Mohammad Ranjbar[1] PhD

[1] Health Policy and Management Research Center, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
[3] Department Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

***Correspondence to:** Seyed Masoud Mousavi, Email: m.mousavihp93@gmail.com

Received: September 13, 2025 **Revised:** November 15, 2025 **Accepted:** November 26, 2025 **Online Published:** December 6, 2025

Abstract

Introduction: Health insurance literacy, as a subset of health literacy, plays a crucial role in empowering individuals to effectively utilize insurance services. A sound understanding of insurance concepts and procedures enables more informed decision-making regarding health and medical care. Given its importance, the present study aimed to assess the level of insurance literacy and identify its determinants among the insured population of the Health Insurance Organization in Yazd in 2025.

Methods: This descriptive-analytical, applied, cross-sectional study employed a survey design. Data were collected from a random sample of 249 insured individuals who visited the health insurance contracting offices in Yazd. A standardized insurance literacy questionnaire was used for data collection. Descriptive statistics and analytical tests, including the Mann–Whitney and Kruskal–Wallis tests, were applied using SPSS version 27.

Results: Overall, 63.8% of participants demonstrated high or very high levels of insurance literacy. The highest mean score was observed in the "information access" domain, while the lowest pertained to "functional skills." Men, individuals with higher education, and those with higher income showed significantly greater insurance literacy scores. A significant association was also found between total insurance literacy and marital status.

Conclusion: Although the overall level of insurance literacy among the study population was relatively satisfactory, certain subgroups particularly women and individuals with lower education and income levels—still require targeted educational interventions. Enhancing public education for these groups can substantially improve the effective utilization of health insurance services.

Keywords: Insurance Literacy, Health Insurance, Insured

Highlights:

1. The overall level of insurance literacy is relatively satisfactory, yet notable disparities exist.
2. The most influential factors affecting insurance literacy are income level and educational attainment.

Citation:
Khaleghi F, Dehghan Niri A, Mousavi SM, Valagohar R, Ghazal N. Mohammad Ranjbar. Health Insurance Literacy and Its Determinants among Insured Individuals: A Study in Yazd, Iran. Iran J Health Insur. 2025;8(3):223-36.

Copyright © 2025 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

مقاله پژوهشی
فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴ | صفحات ۲۲۳ تا ۲۳۶

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

فائزه خالقی[۱] MA، عطیه دهقان نیری[۱] MA، سید مسعود موسوی[۱*] PhD، رضا والاگوهر[۲] MD، نیما غزل[۳] MA، محمد رنجبر[۱] PhD

[۱] مرکز تحقیقات مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
[۲] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
[۳] گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* **نویسنده مسئول:** سید مسعود موسوی، پست الکترونیک: m.mousavihp93@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ تصحیح: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: سواد بیمه سلامت به‌عنوان یکی از زیرمجموعه‌های سواد سلامت، نقش مؤثری در ارتقای توانایی افراد برای استفاده مؤثر از خدمات بیمه‌ای دارد. درک دقیق از مفاهیم و فرآیندهای بیمه‌ای می‌تواند زمینه‌ساز تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر در حوزه درمان و سلامت شود. با توجه به نقش تعیین‌کننده سواد بیمه‌ای در بهره‌مندی بهینه از خدمات بیمه سلامت، مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح سواد بیمه‌ای و شناسایی عوامل مرتبط با آن در بین بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت شهر یزد در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی، کاربردی و مقطعی است که به‌صورت پیمایشی انجام شد. داده‌ها از نمونه‌ای ۲۴۹ نفری از بیمه‌شدگان مراجعه‌کننده به دفاتر پیشخوان طرف قرارداد بیمه سلامت در شهر یزد، به روش تصادفی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد سواد بیمه‌ای جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های من-ویتنی و کروسکال-والیس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۶۳/۸ درصد از بیمه‌شدگان دارای سواد بیمه‌ای در سطح بالا و بسیار بالا بودند. بالاترین میانگین نمره مربوط به بُعد «دستیابی به اطلاعات» و پایین‌ترین میانگین مربوط به بُعد «مهارت‌های عملکردی» بود. میانگین نمره سواد بیمه‌ای در مردان، افراد دارای تحصیلات بالاتر و با درآمد بیشتر، به‌طور معناداری بالاتر بود. همچنین بین نمره کل سواد بیمه‌ای و وضعیت تأهل رابطه معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: هرچند سطح سواد بیمه‌ای در جمعیت مورد مطالعه نسبتاً مطلوب ارزیابی شد. با توجه به اهمیت سواد بیمه‌ای بیمه‌شدگان در اتخاذ بهترین تصمیم هنوز بخش‌هایی از جامعه، به‌ویژه افراد با تحصیلات و درآمد پایین و زنان نیازمند آموزش هستند. بهبود آموزش‌های عمومی برای این گروه‌ها می‌تواند نقش مهمی در ارتقای بهره‌برداری صحیح از خدمات بیمه‌ای ایفا کند.

واژگان کلیدی: سواد بیمه‌ای، بیمه سلامت، بیمه شده

نکات ویژه

۱- سطح کلی سواد بیمه‌ای نسبتاً مطلوب است، اما نابرابری وجود دارد.
۲- مهم‌ترین عامل مؤثر بر سواد بیمه‌ای، سطح درآمد و تحصیلات است.

مقدمه

سواد سلامت به‌عنوان طیفی از دانش و مهارت‌های مرتبط با کسب، پردازش، درک و به‌کارگیری اطلاعات سلامت تعریف می‌شود. اهمیت سواد سلامت در تأثیرگذاری بر نتایج درمانی و ارتقای سلامت بیماران به‌خوبی شناخته شده و نقش مؤثری در تصمیم‌گیری افراد درباره نیازهای بهداشتی و درمانی آنها ایفا می‌کند [۱،۲].

یکی از زیرمجموعه‌های سواد سلامت، «سواد بیمه سلامت» است. این مفهوم نسبتاً جدید بر آگاهی، دانش و مهارت بیمه‌شدگان در تصمیم‌گیری، انتخاب و استفاده بهینه از خدمات بیمه‌ای تمرکز دارد. سواد بیمه سلامت به‌عنوان سطحی از دانش و توانایی‌های لازم برای بهره‌مندی مؤثر از نظام بیمه درمانی تعریف می‌شود و شامل مهارت‌هایی است که افراد را قادر می‌سازد اطلاعات مربوط به برنامه‌های

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

بیمه‌ای را بیابند، ارزیابی کنند و متناسب با شرایط فردی یا مالی خود، بهترین گزینه را انتخاب کنند [۳،۴]. سطح سواد بیمه سلامت هر فرد تابعی از مهارت‌های شناختی پایه مانند خواندن و درک مطلب، دانش بیمه‌ای، مهارت در استفاده از اطلاعات و اعتماد به‌نفس در تعامل با نظام بیمه درمانی است [۵،۶].

امروزه برای داشتن عملکردی اثربخش، هر فرد باید طیف گسترده‌ای از توانایی‌ها و صلاحیت‌ها را داشته باشد که از آن به عنوان سواد یاد می‌شود. سواد، مفهومی پیچیده دارد که دائماً در حال تغییر است. طبق تعریف یونسکو، سواد توانایی شناسایی، درک، تفسیر، ایجاد، ارتباط و محاسبه با استفاده از امکانات نوشتاری یا چاپی است و در شش دسته شامل سواد مالی، عاطفی، ارتباطی، رسانه‌ای، تربیتی و رایانه‌ای دسته‌بندی می‌شود. سواد سلامت معمولا به عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی درک و استفاده از اطلاعات سلامتی را تعیین می‌کنند، شناخته می‌شود که پیش نیازی برای رفتارهای سالم است [۷]. افراد برای درک کامل اطلاعات سلامت و اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زمینه بهداشت و درمان خود و اطرافیان، نیازمند سطح مشخصی از سواد سلامت هستند. شواهد متعدد نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از جوامع از سواد سلامت محدودی برخوردارند و این موضوع یکی از عوامل خطر برای پیامدهای نامطلوب سلامتی از جمله افزایش بستری در بیمارستان‌ها به شمار می‌آید [۸].

سواد بیمه سلامت نیز در همین راستا، مفهومی نوظهور است که میزان توانایی فرد در شناخت، ارزیابی و استفاده آگاهانه از خدمات بیمه‌ای را نشان می‌دهد. به‌عبارت دیگر، سطح سواد بیمه سلامت هر شخص بازتابی از اعتماد، دانش و مهارت‌های پایه‌ای مانند خواندن و نوشتن است که فرد را برای استفاده مؤثرتر از نظام بیمه درمانی توانمند می‌سازد [۴،۶،۹]. مطالعه‌ای نشان داده که بسیاری از مصرف‌کنندگان از سطح پایینی از سواد بیمه سلامت برخوردارند [۶]. بیمه سلامت به‌عنوان پوششی در برابر هزینه‌های درمانی و خدمات مرتبط با سلامت عمل می‌کند و افراد در کشورهای مختلف برای تأمین نیازهای پزشکی خود از آن بهره می‌گیرند. در کشورهای با درآمد پایین، برخی افراد قادر به پرداخت آنی هزینه‌های درمانی خود نیستند و در صورت پرداخت، ممکن است با فشار مالی مواجه شوند. از این رو بیمه سلامت به‌عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش این فشار مالی مطرح است.

ساختار بیمه سلامت پیچیده است و همزمان با افزایش هزینه‌های خدمات سلامت، آگاهی بیمه‌شدگان از چگونگی انتخاب و استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای اهمیت بیشتری یافته است [۱]. علاوه بر دانش پایه، دانستن اینکه کجا و کدام بیمه درمانی را باید انتخاب کرد، رابطه بین هزینه و مقدار پوشش برای شرایط مختلف، و نیز نحوه استفاده از خدمات بیمه درمانی اهمیت زیادی دارد [۱۰]. افزون بر دانش پایه، آگاهی از محل و نحوه انتخاب بیمه درمانی مناسب، رابطه بین هزینه و پوشش خدمات، و چگونگی استفاده از مزایای بیمه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۱۱]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد تمایل افراد به مشارکت و سرمایه‌گذاری در خدمات بیمه سلامت، با باورها، نگرش‌ها و سطح سواد بیمه‌ای آنان ارتباط مستقیم دارد و افراد دارای سواد بیمه‌ای بالاتر احتمال بیشتری برای خرید داوطلبانه خدمات بیمه‌ای دارند [۱۲]. با توجه به اهمیت سواد بیمه‌ای و نقش آن در تصمیم‌گیری و بهره‌برداری مؤثر از خدمات سلامت، مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح سواد بیمه‌ای و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در بین بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت شهر یزد در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی- تحلیلی، کاربردی و از نظر زمان مقطعی با روش پیمایشی انجام شد. جامعه هدف این پژوهش شامل همه بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

یزد است. محیط انجام پژوهش دفاتر پیشخوان طرف قرارداد بیمه سلامت و در سال ۱۴۰۴ بود. در این مطالعه به منظور سنجش سواد بیمه‌ای بیمه‌شدگان از پرسشنامه سواد بیمه‌ای جعفری پویان و همکاران (۱۳۹۹) استفاده شد [۱۰]. این پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد، صندوق بیمه‌ای) و دارای ۳۱ سوال ۲ گزینه‌ای (بله / خیر و می‌دانم / نمی‌دانم) در سه بعد مهارت دستیابی (شامل ۶ پرسش درخصوص 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 (مشتمل بر ۷ پرسش درخصوص اصطلاحات و واژه‌های مصطلح بیمه‌ای ازجمله حق بیمه، سازمان بیمه‌گر، صندوق بیمه‌ای) و مهارت‌های عملکردی (۱۸ آیتمی و شامل مواردی که برای عملکرد مناسب و استفاده از بیمه درمانی لازم هستند)، است.

روایی محتوای این ابزار بر اساس شاخص نسبت روایی محتوا (CVR=۰/۶۷) و شاخص روایی محتوا (CVI=۰/۸۸) تأیید شده است. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار بیش از ۰/۹ گزارش شده است که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد بالای آن است. این پرسشنامه بازتاب‌دهنده سطح سواد بیمه سلامت بر اساس خوداظهاری پاسخ‌دهندگان است و از آنان خواسته شد به هر سؤال یکی از گزینه‌های بله/خیر یا می‌دانم/نمی‌دانم را انتخاب کنند.

جامعه مورد بررسی، تمامی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت شهر یزد بودند و نمونه مورد نظر در سال ۱۴۰۳ از دفاتر پیشخوان طرف قرارداد بیمه سلامت انتخاب شد. برای نمونه‌گیری، با توجه به اینکه براساس پرسشنامه نمره سواد بیمه از ۰ تا ۱۰۰ محاسبه می‌شد، انحراف معیار ۱۶/۶ در نظر گرفته شد. با اطمینان ۹۵ درصد تعداد نمونه به گونه‌ای تعیین شد که با حداکثر خطای ۲/۰۶ نمره بتوان میانگین را برآورد کرد. اندازه نمونه از فرمول‌های تعیین حجم نمونه محاسبه و در نهایت برابر با ۲۵۰ نفر به‌دست آمد.

$$\sigma = \frac{100-0}{6} = \frac{50}{3} = 16.6$$

$$n = \frac{z^2 \times \sigma^2}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (16.6)^2}{2.06^2} = \frac{1059}{2.06^2} = 249 \approx 250$$

از آنجا که تمامی بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت برای دریافت خدماتی نظیر تعویض، تمدید و سایر امور بیمه‌ای به دفاتر پیشخوان طرف قرارداد مراجعه می‌کنند، نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی از مراجعان این دفاتر انجام شد. برای کاهش تورش، مراجعه در روزها و ساعات مختلف هفته صورت گرفت (جدول ۱).

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ و با همکاری متخصصان آمار، تحلیل شد. به منظور تجزیه و تحلیل آماری برای توصیف داده‌های از آنالیز توصیفی شامل توزیع و درصد فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و میانگین، میانه، مد و انحراف معیار استفاده شد. به منظور سنجش ارتباط بین مولفه‌ها ابتدا با استفاده از آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف آزمون نرمالیتی انجام شده و از آنجا که نتایج آزمون‌های نرمالیتی نشان داد داده‌ها دارای توزیع نرمال نیستند، برای مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های ناپارامتریک مانند Mann-Whitney U و Kruskal-Wallis استفاده شد. این آزمون‌ها بر پایه رتبه داده‌ها عمل کرده و به دلیل بی‌نیازی به فرض نرمال بودن، مناسب داده‌های موجود بودند. تحلیل‌ها در ۳ بعد مختلف سواد بیمه سلامت و همچنین نمره کل آن انجام شد تا بتوان تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی، اقتصادی و سلامت بر سطح سواد بیمه‌ای را به طور دقیق بررسی کرد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

▼ 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	۱۴۰۰۰۰	۴۹/۱۲	۱۲۳
پیشخوان شماره ۲	۸۰۰۰۰	۲۸/۰۷	۷۰
پیشخوان شماره ۳	۳۵۰۰۰	۱۲/۲۸	۳۱
پیشخوان شماره ۴	۳۰۰۰۰	۱۰/۵۳	۲۶
جمع کل	۲۸۵۰۰۰	۱۰۰	۲۵۰

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

یافته‌ها

جدول ۲ توزیع نمونه مطالعه را بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی نشان می‌دهد. از نظر جنسیت، شرکت‌کنندگان تقریباً به‌طور مساوی بین زنان (۵۱ درصد) و مردان (۴۹ درصد) تقسیم شده‌اند. حدود دو سوم افراد متأهل و یک‌سوم مجرد هستند. از نظر درآمد ماهانه، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۳ درصد) دارای درآمد کمتر از ۱۲ میلیون تومان و تنها ۸/۸ درصد دارای درآمد بالاتر از ۲۴ میلیون تومان بوده‌اند. در زمینه نوع بیمه، بیشترین فراوانی مربوط به صندوق‌های کارمندی (۴۵/۴ درصد) و سایر اقشار (۴۱/۴ درصد) بوده و بیمه‌های روستاییان و همگانی کمترین سهم را داشته‌اند. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک دیپلم (۳۳ درصد) و کارشناسی (۳۱ درصد) بوده است؛ حدود یک‌پنجم شرکت‌کنندگان زیر دیپلم و ۱۴ درصد دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی بودند. همچنین ۹۲/۴ درصد از افراد فاقد بیماری خاص و ۷/۶ درصد دارای بیماری خاص بودند. ترکیب جمعیتی نمونه نشان‌دهنده توزیعی متوازن از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اقتصادی و تحصیلی است که می‌تواند مبنای مناسبی برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش فراهم کند.

جدول ۳ درصد فراوانی افراد را از نظر سطح سواد بیمه سلامت در سه بُعد «دستیابی»، «اصطلاحات بیمه‌ای»، «عملکردی» و همچنین نمره کل سواد بیمه‌ای نشان می‌دهد. هر سطح بر اساس بازه‌های درصدی نمرات از «خیلی پایین» (۰ تا ۲۰ درصد) تا «خیلی بالا» (۸۰ تا ۱۰۰ درصد) تعریف شده است.

در بُعد دستیابی، تنها ۲/۲ درصد از افراد در سطح خیلی پایین قرار دارند و بیشترین سهم (۳۷/۴ درصد) مربوط به سطح بالاست. همچنین ۲۸/۹ درصد از شرکت‌کنندگان در سطح خیلی بالا قرار گرفته‌اند که بیانگر سطح بالای دستیابی به اطلاعات بیمه‌ای در بین آنان است.

در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای، کمتر از ۲ درصد از شرکت‌کنندگان در سطح خیلی پایین قرار دارند، در حالی که بیشترین فراوانی مربوط به سطح بالا (۳۸ درصد) و پس از آن سطح خیلی بالا (۲۸ درصد) است که حاکی از آشنایی مطلوب افراد با مفاهیم بیمه‌ای است. در بُعد عملکردی، توزیع پاسخ‌ها پراکندگی بیشتری دارد، به‌گونه‌ای که ۳ درصد در سطح خیلی پایین و ۲۶ درصد در سطح خیلی بالا قرار گرفته‌اند. بیشترین سهم (۳۷/۸ درصد) مربوط به سطح بالاست که نشان‌دهنده عملکرد نسبتاً بالای افراد در استفاده از خدمات بیمه سلامت است.

در مجموع، سواد کل بیمه سلامت نشان می‌دهد که ۲/۵ درصد از افراد در سطح خیلی پایین قرار دارند، در

▼ جدول ۲- توزیع فراوانی نمونه‌ها برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۲۷	۵۱
	مرد	۱۲۲	۴۹
تاهل	مجرد	۸۳	۳۳/۳
	متاهل	۱۶۶	۶۶/۷
درآمد	کمتر از ۱۲ میلیون تومان	۱۳۲	۵۳
	۱۲ تا ۲۴ میلیون تومان	۹۵	۳۸/۲
	بالای ۲۴ میلیون تومان	۲۲	۸/۸
صندوق بیمه‌ای	ایرانیان	۲۰	۸
	کارمندی	۱۱۳	۴۵/۴
	سایر اقشار	۱۰۳	۴۱/۴
	روستاییان	۱۰	۴
	همگانی	۳	۱/۲
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵۳	۲۱
	دیپلم	۸۳	۳۳
	لیسانس	۷۸	۳۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۳۵	۱۴
بیماری خاص	بله	۱۹	۷/۶
	خیر	۲۳۰	۹۲/۴

▼ جدول ۳- توزیع فراوانی ابعاد سواد بیمه‌ای

سطح سواد	درصد فراوانی سطح سواد بیمه سلامت				
ابعاد سواد	خیلی پایین ۰-۲۰	پایین ۲۰-۴۰	متوسط ۲۰-۶۰	بالا ۶۰-۸۰	خیلی بالا ۸۰-۱۰۰
دستیابی	۲/۲	۸/۵	۲۲/۹	۳۷/۴	۲۸/۹
اصطلاحات بیمه‌ای	۱/۸	۷/۹	۲۴/۳	۳۸	۲۸
عملکردی	۳	۹/۲	۲۳/۱	۳۷/۸	۲۶
سواد کل	۲/۵	۸/۷	۲۵	۳۶/۵	۲۷/۳

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

حالی که بیشترین درصد یعنی ۳۶/۵ درصد در سطح بالا و ۲۷/۳ درصد در سطح خیلی بالا هستند. این داده‌ها نشان می‌دهد که بیش از دو سوم شرکت‌کنندگان از سواد بیمه سلامت در سطوح بالا و خیلی بالا برخوردارند و تنها گروه کوچکی نیازمند آموزش و افزایش آگاهی هستند. چنین توزیعی می‌تواند راهنمای مناسبی برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی و ارتقای سطح آگاهی بیمه‌ای در جامعه باشد.

جدول ۴ میانگین رتبه‌های نمرات سواد بیمه سلامت را در چهار بُعد «دستیابی»، «اصطلاحات بیمه‌ای»، «عملکردی» و نمره کل در گروه‌های مختلف جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد. بر اساس آزمون نرمالیتی، توزیع داده‌ها نرمال نبود. از این رو، به‌جای آزمون‌های پارامتریک از آزمون‌های ناپارامتریک من–ویتنی (Mann–Whitney U) و کروسکال–والیس (Kruskal–Wallis) برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها استفاده شد.

بررسی اثر درآمد نشان داد که شرکت‌کنندگان با درآمد بالاتر در تمامی ابعاد سواد بیمه سلامت، میانگین رتبه‌های بالاتری داشتند. برای مثال، میانگین رتبه نمره کل در گروه با درآمد بیش از ۲۴ میلیون تومان برابر با ۱۸۷/۳۹ و در گروه با درآمد کمتر از ۱۲ میلیون تومان برابر با ۹۵/۱۲ بود. این تفاوت‌ها از نظر آماری بسیار معنادار بودند (P<۰/۰۰۱). همچنین افراد متأهل در ابعاد دستیابی (P<۰/۰۰۸)، اصلاحات بیمه‌ای (P<۰/۰۰۳) و نمره کل (P<۰/۰۰۸) نسبت به مجردها رتبه‌های بالاتری دارند، هرچند تفاوت در بعد عملکردی معنادار نیست (P<۰/۳۲۱).

تأثیر درآمد بر سواد بیمه سلامت بسیار چشمگیر است و افرادی که درآمد بالاتری دارند، در تمام ابعاد نمرات به مراتب بالاتری کسب کرده‌اند؛ مثلاً میانگین رتبه نمره کل در گروه با درآمد بیش از ۲۴ میلیون، ۱۸۷/۳۹ است در حالی که این مقدار در گروه با درآمد کمتر از ۱۲ میلیون، تنها ۹۵/۱۲ است. تفاوت‌ها در این متغیر نیز معنادار با P<۰/۰۰۱ گزارش شده‌اند. از سوی دیگر، نوع صندوق بیمه تفاوت معنادار فقط در بعد اصلاحات بیمه‌ای (P=۰/۰۰۸) داشته است و افراد تحت پوشش صندوق‌های ایرانیان و کارمندی میانگین رتبه بالاتری دارند. در سطح تحصیلات نیز تفاوت‌ها بسیار واضح است و افراد دارای مدرک لیسانس به‌ویژه در نمره کل میانگین رتبه بالاتری (۱۵۹/۴) نسبت به سایر سطوح تحصیلی دارند که این تفاوت‌ها نیز با P=۰/۰۰۰ معنادار بوده است. در نهایت، وجود بیماری خاص فقط در بعد دستیابی تاثیر معنادار داشته (P=۰/۰۰۵) و افراد دارای بیماری خاص میانگین رتبه بالاتری را تجربه کرده‌اند.

به‌طور کلی، نتایج میانگین رتبه‌ها که بیانگر جایگاه نسبی افراد در بین گروه‌های مختلف است و تفاوت‌های

▼ جدول ۴- تفاوت میانگین سطح سواد و ابعاد آن بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک		سواد بیمه سلامت	ابعاد سواد بیمه سلامت			سواد بیمه سلامت
			دستیابی	اصطلاحات بیمه‌ای	عملکردی	نمره کل
جنسیت	سطح معناداری		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	زن	۱۱۰/۱۸	۱۰۰/۵۷	۱۰۴/۶۴	۱۰۰/۵۳	
	مرد	۱۴۰/۴۳	۱۵۰/۴۳	۱۴۶/۱۹	۱۵۰/۴۸	
وضعیت تاهل	سطح معناداری		۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۳۲۱	۰/۰۰۸
	مجرد	۱۰۸/۱۹	۱۰۶/۳۴	۱۱۸/۶۴	۱۰۷/۹۵	
	متأهل	۱۳۳/۴۱	۱۳۴/۳۳	۱۲۸/۱۸	۱۳۳/۵۳	
سطح درآمد	سطح معناداری		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	کمتر از ۱۲ میلیون	۱۰۱/۸۱	۹۶/۵۱	۱۰۲/۳۲	۹۵/۱۲	
	۱۲ تا ۲۴ میلیون	۱۴۳/۵۲	۱۵۱/۹۱	۱۴۶/۹۷	۱۵۲/۰۷	
	بالای ۲۴ میلیون	۱۸۴/۱۸	۱۷۹/۷۷	۱۶۶/۲۰	۱۸۷/۳۹	
صندوق بیمه‌ای	سطح معناداری		۰/۵۴۵	۰/۰۰۸	۰/۵۷۶	۰/۱۸۱
	سایر اقشار	۱۲۵/۷۰	۱۱۱/۲۲	۱۲۰/۳۳	۱۱۷/۶۸	
	کارمندی	۱۲۰/۸۲	۱۲۸/۵۴	۱۲۶/۷۹	۱۲۵/۷۱	
	ایرانیان	۱۴۳/۳۲	۱۷۲/۷۳	۱۴۷/۳۰	۱۶۱/۴۳	
	روستاییان	۱۱۵/۲۵	۱۳۸/۲۵	۱۱۳/۱۵	۱۲۰/۸۰	
	همگانی	۱۶۸/۸۳	۱۰۲/۳۳	۱۰۸/۵۰	۱۲۰/۶۷	
سطح تحصیلات	سطح معناداری		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	زیر دیپلم	۹۰/۵۹	۱۰۹/۶۴	۱۱۷/۴۲	۱۰۴/۸۲	
	دیپلم	۱۲۱/۲۰	۱۲۰/۴۶	۱۲۳/۷۸	۱۲۱/۵۴	
	لیسانس	۱۶۷/۸۹	۱۵۱/۲۵	۱۴۵/۴۲	۱۵۹/۴۰	
	فوق لیسانس و بالاتر	۹۰/۵۱	۱۰۰/۵۱	۹۳/۸۷	۸۷/۱۱	
بیماری خاص	سطح معناداری		۰/۰۰۵	۰/۱۷۲	۰/۳۴۶	۰/۰۷۴
	بله	۱۲۸/۶۵	۱۲۶/۷۷	۱۲۶/۲۳	۱۲۷/۳۴	
	خیر	۸۰/۸۴	۱۰۳/۶۱	۱۱۰/۱۳	۹۶/۶۶	

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

معناداری در سطح سواد بیمه سلامت میان گروه‌های جمعیت‌شناختی مختلف نشان داد. استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک مبتنی بر رتبه، با توجه به نرمال نبودن داده‌ها، روشی مناسب برای تحلیل این تفاوت‌ها بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، درآمد و نوع صندوق بیمه‌ای از مهم‌ترین عوامل مرتبط با سواد بیمه سلامت محسوب می‌شوند و توجه به این عوامل در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی مرتبط ضروری است.

جدول ۵ ضرایب رگرسیون (β)، بازه‌های اطمینان ۹۵ درصد (CI 95%) و مقادیر معناداری آماری را برای اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر سه بُعد «دستیابی»، «اصطلاحات بیمه‌ای» و «عملکردی» و نیز نمره کل سواد بیمه سلامت نشان می‌دهد. در این مدل‌ها، متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، درآمد ماهانه، نوع صندوق بیمه‌ای و بیماری خاص به‌طور همزمان وارد مدل شدند. ضرایب مثبت بیانگر اثر مستقیم و افزایش نمره سواد بیمه‌ای با افزایش مقدار متغیر هستند و مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده معناداری آماری در سطح ۵ درصد است.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که در میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، وضعیت درآمد ماهانه قوی‌ترین عامل پیش‌بینی سطح سواد بیمه سلامت در تمامی ابعاد است. افزایش درآمد به‌طور معناداری با افزایش نمرات دستیابی (P<۰/۰۰۱،β=۱۴/۴۶)، اصطلاحات بیمه‌ای (P<۰/۰۰۱،β=۱۲/۵۱)، عملکردی (P<۰/۰۰۱،β=۱۰/۲۷) و نمره کل سواد بیمه‌ای (P<۰/۰۰۱،β=۸/۶۲) همراه بود. این یافته نشان می‌دهد که افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر، درک دقیق‌تری از مفاهیم بیمه‌ای دارند و توانمندتر در استفاده از خدمات بیمه سلامت عمل می‌کنند. سطح تحصیلات نیز اثر مثبت و معناداری بر سواد بیمه‌ای داشت؛ به‌ویژه در بُعد دستیابی (P<۰/۰۱۶،β=۴/۳۴)، افراد با تحصیلات بالاتر معمولاً مهارت بیشتری در جست‌وجو، تحلیل و فهم اطلاعات بیمه‌ای دارند که این امر می‌تواند ناشی از توانایی‌های شناختی بالاتر و تجربه بیشتر در تعامل با نهادهای رسمی باشد.

از میان سایر متغیرها، نوع صندوق بیمه‌ای تنها در بُعد اصطلاحات بیمه‌ای تأثیر معنادار داشت، (P<۰/۰۰۵،β=۵/۰۶) به‌طوری که بیمه‌شدگان صندوق‌های کارمندی و ایرانیان آشنایی بیشتری با واژه‌ها و مفاهیم بیمه‌ای داشتند. متغیر جنسیت اگرچه از نظر عددی تفاوتی نشان داد، اما از نظر آماری معنادار نبود و تنها در مرز معناداری قرار داشت (≈۰/۰۵). همچنین وضعیت تأهل اثر معناداری بر هیچ‌یک از ابعاد نداشت، هرچند میانگین نمرات متأهلان اندکی بالاتر بود. در مقابل، وجود بیماری خاص تأثیر منفی و معناداری بر بُعد دستیابی داشت (P<۰/۰۱۰،β=۱۶/۰۵)

▼ جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره خطی بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و ابعاد مختلف سواد بیمه سلامت در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت

متغیر	دستیابی (β، بازه اطمینان ۹۵٪)	P (دستیابی)	اصطلاحات (β، بازه اطمینان ۹۵٪)	P (اصطلاحات)	عملکردی (β، بازه اطمینان ۹۵٪)	P (عملکردی)	نمره کل (β، بازه اطمینان ۹۵٪)	P (نمره کل)
جنسیت (مرجع: زن)	۱/۴۱ (۷/۲۹–۱۰/۱۲)	۰/۷۵۰	۸/۰۱ (۰/۰۷– ۱۶/۱۰)	۰/۰۵۲	۶/۱۹ (۱/۴۸– ۱۳/۸۶)	۰/۱۱۳	۳/۹۸ (۰/۶۹– ۸/۶۵)	۰/۰۹۴
وضعیت تأهل	۵/۳۷ (۱/۸۰–۱۲/۵۳)	۰/۱۴۲	۳/۷۴ (۲/۹۲– ۱۰/۴۰)	۰/۲۷۰	–۱/۷۱ (۸/۰۲– ۴/۶۱)	۰/۵۹۵	۱/۱۹ (۲/۶۶– ۵/۰۳)	۰/۵۴۳
سطح تحصیلات	۴/۳۴ (۰/۸۰–۷/۸۷)	۰/۰۱۶	۳/۱۰ (۰/۱۹– ۶/۳۸)	۰/۰۶۵	۰/۳۲ (۲/۸۰– ۳/۴۳)	۰/۸۴۲	۱/۵۴ (۰/۳۶– ۳/۴۳)	۰/۱۱۲
وضعیت درآمد	۱۴/۴۶ (۲۱/۲۱–۷/۷۲)	۰/۰۰۱>	۱۲/۵۱ ۱۸/۷۸ - ۶/۲۴)	۰/۰۰۱>	۱۰/۲۷ (۱۶/۲۱ - ۴/۳۲)	۰/۰۰۱	۸/۶۲ (۱۲/۲۳ - ۵/۰۰)	<۰/۰۰۱
نوع صندوق بیمه‌ای	۱/۱۷ (۲/۶۲– ۴/۹۷)	۰/۵۴۳	۵/۰۶ (۸/۵۸ - ۱/۵۳)	۰/۰۰۵	۱/۱۴ (۲/۲۰– ۴/۴۹)	۰/۵۰۱	۱/۶۵ (۰/۳۹– ۳/۶۹)	۰/۱۱۲
بیماری خاص	–۱۶/۰۵ (۲۸/۱۵– ۳/۹۵)	۰/۰۱۰	–۵/۸۳ (۱۷/۰۷– ۵/۴۱)	۰/۳۰۸	–۴/۶۹ (۱۵/۳۵– ۵/۹۷)	۰/۳۸۷	–۵/۶۶ (۱۲/۱۵– ۰/۸۲)	۰/۰۸۷

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

. به‌نظر می‌رسد بیماران خاص به دلیل تمرکز بر روند درمان و محدودیت در دسترسی به منابع اطلاعاتی، آشنایی کمتری با فرآیندها و خدمات بیمه‌ای دارند. به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهد که سواد بیمه سلامت تحت تأثیر مستقیم عوامل اقتصادی، آموزشی و نوع پوشش بیمه‌ای قرار دارد و توجه به این عوامل در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بیمه سلامت ضروری است.

بحث

این مطالعه با هدف سنجش سواد بیمه‌ای و عوامل مرتبط در میان بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت شهر یزد در سال ۱۴۰۴ انجام شد. نتایج تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان تقریباً به‌طور مساوی بین زنان (۵۱ درصد) و مردان (۴۹ درصد) توزیع شده‌اند و بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل است. از نظر درآمد ماهانه، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۳ درصد) دارای درآمد کمتر از ۱۲ میلیون تومان و کمترین آنها (۸/۸ درصد) دارای درآمد بالای ۲۴ میلیون تومان بودند. در متغیر نوع بیمه، بیشترین سهم به صندوق‌های کارمندی (۴۵/۴ درصد) و سایر اقشار (۴۱/۴ درصد) تعلق داشت و بیمه‌های روستاییان و همگانی سهم کمتری داشتند. از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی متعلق به دیپلم (۳۳ درصد) و کارشناسی (۳۱ درصد) بود. همچنین ۲۱ درصد زیر دیپلم و ۱۴ درصد بالاتر از کارشناسی بودند. ۹۲/۴ درصد از شرکت‌کنندگان فاقد بیماری خاص و ۷/۶ درصد دارای بیماری خاص بودند. این ترکیب، مبنای مناسبی برای بررسی روابط بین متغیرها فراهم می‌کند.

در سنجش سواد کل بیمه سلامت، ۱۱/۲ درصد از افراد در سطوح «پایین/خیلی پایین» و ۶۳/۸ درصد در سطوح «بالا/خیلی بالا» قرار گرفتند؛ این الگو بیانگر سطح نسبتاً بالای سواد بیمه‌ای در جمعیت مورد بررسی است و نشان می‌دهد بخشی از جامعه همچنان نیازمند مداخلات آموزشی هدفمند است. این الگو با یافته‌های عبداللهی‌پور و همکاران در ایلام (حدود ۷۴ درصد سواد بالا همسو و با نتایج باقری و همکاران در تهران (غلبه سطح متوسط) تا حدی مشابه است [۱۳]. تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از پرسشنامه‌های به کار رفته، چارچوب نمونه‌گیری (مراجعه‌کنندگان دفاتر پیشخوان) و زمینه‌های فرهنگی/سازمانی متفاوت باشد.

با وجود آنکه یافته‌های مطالعه نشان داد ۶۳/۸ درصد شرکت کنندگان سواد بیمه سلامت بالا را نشان داده‌اند، تعدادی از تحقیقات سواد سلامت نشان داده که بیشتر مردم در حقیقت سواد سلامت پایین دارند [۱۴-۱۷] که می‌توان آن را به نوع و طراحی مطالعه نسبت داد. تحقیقات دیگری نیز نشان می‌دهد اغلب مردم یا بیمه‌شدگان از سطح سواد بیمه‌ای پایین برخوردار هستند [۱۸] با توجه به اینکه در این مطالعه نزدیک به نیمی از افراد شرکت کننده در پژوهش (۴۵ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند می‌توان نتیجه گرفت دلیل همسو نبودن این مطالعات با مطالعه حاضر دور از انتظار نیست. همچنین پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان مطالعه به صورت خوداظهاری تکمیل شده و با توجه به اینکه سوالات پرسشنامه حاضر به صورت بله و خیر بوده، ممکن است سطح نمرات کسب شده بالاتر از سوالات تشریحی و پژوهش‌ها به روش مصاحبه به دست آید.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با برخی مطالعات خارجی از جمله پژوهش‌های Holst و همکاران، مک کرمک و همکاران، لوونستین و همکاران همسو نبود [۱۹-۲۱]. یکی از دلایل این تفاوت را می‌توان در تفاوت نظام‌ها و ماهیت بیمه‌ای کشورها دانست. در کشورهای توسعه‌یافته معمولاً تنوع، پیچیدگی و رقابت بین انواع برنامه‌های بیمه‌ای بیشتر است و همین امر درک آن را برای مصرف‌کنندگان دشوار می‌کند. در حالی که در ایران، نظام بیمه‌ای پایه‌ای و تا حدی یکپارچه است که می‌تواند فهم و استفاده از خدمات بیمه‌ای را برای

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

بیمه‌شدگان ساده‌تر سازد.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمورد سواد بیمه سلامت در بعد دستیابی، تنها ۲/۲ درصد از افراد در سطح خیلی پایین قرار دارند و بیشترین سهم یعنی ۳۷/۴ درصد در سطح بالا هستند. همچنین ۲۸/۹ درصد در سطح خیلی بالا قرار گرفته‌اند که نشان‌دهنده سطح بالاتر دستیابی به اطلاعات بیمه‌ای است. این نشان می‌دهد که افراد توانایی خوبی در یافتن مراکز ارائه خدمت، شماره تماس‌ها و اطلاعات اولیه دارند. عبداللهی‌پور و همکاران در پژوهش خود نشان دادند بین ابعاد سواد بیمه‌ای به ترتیب، بیشترین فراوانی مربوط به بعد دستیابی (حدود ۷۶ درصد) است. در پژوهش حاضر نیز بیشترین درصد فراوانی مربوط به بعد دستیابی بود [۱۰].

در بعد اصلاحات بیمه‌ای نیز حدود ۳۴ درصد از بیمه‌شدگان سواد متوسط تا خیلی پایین، بیشترین افراد (۳۸ درصد) در سطح بالا و ۲۸ درصد در سطح خیلی بالا قرار دارند که بیانگر آگاهی مطلوب نسبت به تغییرات و اصلاحات بیمه‌ای است. مک کورمک در پژوهش خود نشان داد که برخی از اصطلاحات برای اکثر مردم ناشناخته بود و افراد بیان داشتند مشکلات بیشتری با مواردی که نیازمند تفسیر و به کاربردن اطلاعات عددی در مقابل مواردی که نیازمند خواندن یک متن یا تکمیل شناسایی وظایف واژه‌ها بود، داشتند [۲۰]. نتیجه مطالعه نورتون نیز نشان داد بسیاری از آمریکایی‌ها در درک اصطلاح فرمول بیمه درمانی گیج شدند [۲۲]. Ståhl و همکاران در مطالعه خود نشان دادند درک بیمه‌شدگان از اصطلاحات بیمه‌ای پایین است و این اطلاعات تخصصی برای آنها قابل فهم نیست [۲۳]. در مطالعه ویلگرا حدود ۲۰ درصد افراد شرکت کننده کلمه حق بیمه و ۶۶ درصد کلمه فرمول را درک نکردند [۲۴]. در مطالعه حسینی و همکاران پاسخگویانی که سواد بیمه‌ای کمتری داشتند، نسبت به افرادی که سواد بیمه عمر بالاتری داشتند، آگاهی کمتری نسبت به مفاهیم اصلی بیمه داشتند [۲۵].

زبان تخصصی حوزه بیمه سلامت ممکن است برای عموم افراد دشوار باشد و اصطلاحات فنی و حقوقی که در صنعت بیمه سلامت استفاده می‌شوند، ممکن است برای عموم مردم قابل فهم نباشد. علاوه بر این، ممکن است اطلاعات کافی درباره بیمه سلامت منتشر نشود و سطح آگاهی عمومی درباره مفاهیم بیمه‌ای پایین گزارش شده است. به نظر می‌رسد ضعف آشنایی با اصطلاحات بیمه‌ای می‌تواند باعث کاهش قدرت تصمیمگیری و درک صحیح ازسیستم بیمه سلامت شود. برای افزایش آگاهی باید آموزش‌های ساده‌ای درباره اصطلاحات بیمه‌ای به بیمه‌شدگان سلامت ارائه شود [۱۸]. از طرفی طبق نتایج تحقیقات افزایش در سواد بیمه‌ای، میزان اعتماد به بیمه و میزان نگرش مطلوب به بیمه را نیز افزایش می‌دهد [۲۶]. بنابراین، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی ساده و قابل فهم در دفاتر پیشخوان، رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و افزایش توجه مسئولان آموزش عالی در دانشگاه‌ها در آموزش سواد بیمه‌ای می‌تواند به قابل دسترس کردن و آگاهی بیماران به مفاهیم بیمه سلامت و بهبود اطمینان بیمه‌شدگان هنگام تصمیم‌گیری کمک کند.

بعد عملکردی (یعنی توانایی استفاده صحیح از بیمه، پیگیری فرآیندها و مراجعه به مراکز طرف قرارداد)، پراکندگی بیشتری دارد، به گونه‌ای که ۳ درصد در سطح خیلی پایین و ۲۶ درصد در سطح خیلی بالا هستند و بیشترین سهم ۳۷.۸ درصد در سطح بالاست که نمایانگر عملکرد نسبتاً مناسب افراد در استفاده از بیمه سلامت است. مطالعه‌ای در سوئیس نشان داد یک سوم جمعیت در یافتن بیمه درمانی مناسب مشکل دارند که با یافته‌های ما در یک راستاست [۲۷]. در پژوهش حاضر نیز کمترین درصد فراوانی مربوط به بعد عملکردی بود. مهارت‌های عملکردی بیشتر دربرگیرنده موضوعات اقتصادی است و به نظر میرسد افراد بیمه

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

شـده توانایی و اطلاعات کمتری نسبت به این موضوعات دارند. همچنین این موضوع می‌تواند به دلیل محدودیت در شفافیت اطلاعات بیمه‌ای باشد. در پژوهش باقری و همکاران که با هدف بررسی میزان سواد بیمه‌ای در بین بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران در شهر تهران انجام شد، بالاترین سـطح سـواد سـلامت بـه ترتیـب در ابعـاد مهارت عملکردی، اصطالحات بیمه‌ای و مهارت دستیابی بود [۱۳] و با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت ندارد که می‌تواند به دلیل تفاوت در نـوع و طراحـی مطالعـه باشد.

از نظر ارتباط سواد بیمه‌ای با متغیرهای دموگرافیک، نتایج این پژوهش نشان داد که بین تمامی ابعاد سواد بیمه‌ای (دستیابی، اصطلاحات بیمه‌ای و عملکردی) و متغیرهای جنسیت، سطح درآمد و تحصیلات رابطه معنا داری وجود داشت. به این معنا که در همه ابعاد، مردان به طور قابل توجهی نمرات بالاتری نسبت به زنان دارند، افرادی که درآمد بالاتری دارند در تمام ابعاد نمرات به مراتب بالاتری کسب کرده‌اند و افراد دارای مدرک لیسانس به‌ویژه در نمره کل میانگین رتبه بالاتری نسبت به سایر سطوح تحصیلی دارند. از دلایل این نتیجه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که افراد تحصیلکرده دانشگاهی به دلیل آشنایی و برخورد بیشتر با اصطلاحات مختلف و روابط اجتماعی بیشتر با افراد تحصیلکرده انتظار می‌رود سواد بیمه‌ای بهتری داشته باشند و افراد با سطح درآمد بالاتر با توجه به دسترسی به منابع اطلاعاتی و آموزشی در زمینه بیمه هم اطلاعات و سواد بهتـری دارنـد. همچنین نسبت به دیگران بیشتر پیگیر سلامت خود هستد. البته متغیرهای دیگری نیز در این موضوع دخیل هستند. این نتایج مؤید آن است که سواد بیمه‌ای نیز مانند سایر انواع سواد، از نابرابری‌های ساختاری در جامعه تأثیر می‌پذیرد. این نتایج همسو با نتایج مطالعات عبداللهی‌پور و همکاران است [۱۰]. نورتون نیز نشان داد افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر کمترین نمرات را کسب کردند [۲۲]. مک کورمک نشان داد افراد با سطح درآمد بالاتر نمره بهتری کسب کردند که با مطالعه حاضر همراستاست [۲۰]. همچنین جعفری و همکاران نشان دادند که کـه افـراد دارای سـطح درآمد بالا، کیفیت زندگی بهتر و استانداردهای زندگی بالا وضـعیت مطلوب‌تری درخصوص سواد سلامت خود داشتند [۲۸]. مطالعه Holst و همکاران در هلند نیز نشـان داد افراد با سطح تحصیلات و درآمد بالاتر سواد بیمه‌ای بالاتری داشتند [۱۹]. در مطالعات Edward نیز درآمـد بـالاتر بـا سواد بیمه‌ای بالاتر مرتبط بوده است [۲۹]. در مطالعـه Furtadoو همکـاران نیـز اعتماد به منابع بین فردی بیش از بقیه منابع کسب اطلاعـات بـوده است [۳۰].

البته مطالعه حاضر در تناقض با مطالعه پولیتی و مطالعه کیم و همکاران بود و زنان اطلاعات دقیق و کامل‌تری از اصطلاحات بیمه درمانی نسبت به مردان ارائه دادند [۶،۳۱]. این تفاوت می‌تواند ناشی از عوامل فرهنگی، نوع نمونه‌گیری و تفاوت در نقش‌های اجتماعی باشد که در مطالعات مختلف به شکل متفاوتی خود را نشان می‌دهد. باقری و همکاران نشان دادند اخـتلاف معناداری بـین میـانگین نمـره سواد بیمه سلامت با متغیر سطح درآمد وجود داشت و افراد با سطح درآمدی پایین، سواد بیمه‌ای بالاتری داشتند که همسو با مطالعه حاضر نبود [۱۳]. این اختلافات می‌تواند براساس نوع جمعیت مورد مطالعه و تفاوت در زمان جمع‌آوری اطلاعات توجیه شود. درمطالعه حسینی و همکاران افرادی که دارای مدرک کارشناسی بودند، نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی، از سواد بیمه‌ای کمتری برخوردار بوده‌اند که همسو با مطالعه حاضر نیست. در باب متفاوت بودن این نتیجه می‌توان به کمبود آموزش‌های مرتبط با سواد مالی و بیمه‌ای در مراکز آموزشی که نمونه‌های مورد مطالعه به تحصیل پرداخته‌اند، اشاره کرد.

بین سواد بیمه‌ای و صندوق بیمه‌ای فقط در بعد (اصطلاحات بیمه‌ای) ارتباط معناداری وجود داشت

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

اما بین باقی ابعاد با صنوق بیمه‌ای بیمه‌شدگان ارتباط معناداری وجود نداشت. افراد تحت پوشش صندوق‌های ایرانیان و کارمندی میانگین رتبه بالاتری دارند. همچنین افراد متأهل در ابعاد دستیابی، اصلاحات بیمه‌ای و سواد بیمه‌ای کلی نسبت به مجردها رتبه‌های بالاتری دارند، هرچند تفاوت در بعد عملکردی معنادار نبود. در نهایت، وجود بیماری خاص فقط در بعد دستیابی تاثیر معنادار داشته و افراد دارای بیماری خاص، میانگین رتبه بالاتری را تجربه کرده‌اند. سازمان بیمه سلامت به گروه‌های مختلفی از جمعیت ارائه خدمت می‌کند که چهار صندوق روستاییان و عشایر، کارکنان دولت، بیمه همگانی و سایر اقشار تحت پوشش این سازمان هستند. یکی از گروه‌های تحت پوشش صندوق سایر اقشار، بیماران خاص هستند [۳۲]. گروه بیماران خاص به دلیل استفاده مستمر از خدمات درمانی و دارو و مراجعات متعدد، تماس بیشتری با بیمه دارند، نسبت به اطلاعات مورد نیاز بیمه درمانی خود و مراکز بیمه و راه‌های ارتباطی بیشتر آگاه هستند و سطح سواد بالاترشان می‌تواند به همین دلیل باشد. در مطالعه Boes و Liu در سوئیس مشخص شد وجود یک بیماری مزمن، پیش‌بینی‌کننده قوی سطح سواد بیمه سلامت است [۱۸].

در مطالعه عبداللهی‌پور و همکاران، سواد بیمه سلامت با جنسیت، تحصیلات، درآمد و نوع صندوق بیمه‌ای بیمه‌شدگان ارتباط معنادار داشت که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. البته در مطالعه حاضر سواد بیمه سلامت با نوع صندوق بیمه‌ای فقط در بعد اصطلاحات بیمه‌ای معنادار بود [۱۰]. همچنین در مطالعه کیم افراد مجرد سواد سلامت بیشتری را نشان دادند [۶]. مطالعه برجی و همکاران 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 [۱۶]. صحرایی و همکاران و ویلاگرا و همکاران و باوندپور و همکاران نشان دادند که سواد سلامت با تحصیلات رابطه معنادار و مستقیم دارد [۱۴،۲۴،۳۳]. 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 [۳۴]. با این وجود کیم و همکاران رابطه سواد سلامت را با سن، تأهل و جنسیت معنادار نیافتند [۶]. نتایج نشان می‌دهد که عوامل جنسیت، وضعیت تأهل، درآمد، نوع بیمه و سطح تحصیلات نقش مهمی در تعیین سطح سواد بیمه سلامت دارند و توجه به این عوامل در طراحی برنامه‌های آموزشی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط ضروری است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که باوجود وضعیت نسبتاً مطلوب سطح سواد بیمه‌ای در میان بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت در شهر یزد، شکاف‌هایی جدی در بهره‌گیری بهینه از نظام بیمه‌ای وجود دارد. بیش از ۶۰ درصد از پاسخ‌دهندگان دارای سواد بیمه‌ای بالا یا خیلی بالا بودند، اما این شاخص به‌صورت یکنواخت در همه ابعاد و گروه‌ها توزیع نشده بود. بیشترین میانگین نمرات مربوط به «مهارت دستیابی» است. این امر نشان‌دهنده آشنایی مناسب افراد با منابع اطلاعاتی و مراکز ارائه خدمات بیمه‌ای است. اما پایین‌ترین عملکرد مربوط به بعد «مهارت‌های عملکردی» است؛ جایی که سواد به عمل تبدیل می‌شود و در کاربرد عملی اطلاعات بیمه‌ای و بهره‌گیری مؤثر از خدمات، ضعف‌هایی وجود دارد. این شکاف بین دانش و عمل نشان‌دهنده این است که صرفاً دسترسی به اطلاعات کفایت نمی‌کند و باید به آموزش‌های کاربردی و توانمندسازی رفتاری توجه شود. از طرف دیگر، تحلیل آماری نشان داد که متغیرهایی مانند جنسیت، درآمد و سطح تحصیلات با سطح سواد بیمه‌ای رابطه معنادار دارند. این بدان‌معناست که گروه‌های خاصی

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

از جامعه مانند زنان، افراد کم‌درآمد و دارای تحصیلات پایین در معرض تفاوت در میزان بهره‌مندی از حقوق بیمه‌ای خود هستند و ضرورت توجه سیاست‌گذاران در زمینه آموزش عمومی، ویدئوهای ساده، اینفوگرافیک‌ها، مشاوره چهره‌به‌چهره در دفاتر پیشخوان و مراکز درمانی، ساده‌سازی مفاهیم بیمه‌ای و ارتقای دسترسی همگانی به اطلاعات کاربردی بیمه است. همچنین سیاست‌گذاران می‌توانند سیاست‌های خود را به‌گونه‌ای بازطراحی کنند که سادگی زبان، شفافیت فرآیندها و قابل‌فهم بودن اصطلاحات بیمه‌ای برای عموم مردم تضمین شود. سواد بیمه‌ای، می‌تواند نقش موثری در تضمین عدالت سلامت و کاهش هزینه‌های ناخواسته درمانی ایفا کند. تقویت این نوع سواد نه‌تنها موجب بهره‌برداری بهتر از منابع محدود بیمه‌ای می‌شود، بلکه می‌تواند در راستای افزایش توانمندی بیمه‌شدگان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی: از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که در گردآوری داده‌ها همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تأییدیه‌اخلاقی: مقاله حاصل منتج از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به شماره ۱۹۵۷۱ است و با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1403.226 مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد قرار گرفت.

تعارض‌منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با این مطالعه اعلام نمی‌کنند.

سهم نویسندگان: فائزه خالقی: طراحی مطالعه، تدوین ابزار و جمع‌آوری داده‌ها، نگارش نسخه اولیه مقاله. عطیه دهقان نیری: مشارکت در طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش بخش یافته‌ها. سید مسعود موسوی: ایده پردازی و طراحی مفهومی پژوهش، نظارت علمی، بازنگری نهایی مقاله و نویسنده مسئول مکاتبات. رضا والا گوهر: مشاوره تخصصی در زمینه بیمه سلامت و تحلیل‌های سیاستی، ویرایش نهایی مقاله. نیما غزل: تحلیل آماری داده‌ها و مشارکت در نگارش بخش روش‌ها و نتایج. محمد رنجبر: مرور متون، تدوین و ویرایش بخش بحث و آماده‌سازی جداول و ضمایم مقاله. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه کرده و تأیید می‌کنند.

منابع‌مالی: این پژوهش با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با همکاری مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت (استان یزد) انجام شد.

References

1. Call KT, Conmy A, Alarcón G, Hagge SL, Simon AB. Health insurance literacy: how best to measure and does it matter to health care access and affordability? Res Social Adm Pharm. 2021;17(6):1166-73. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.09.002.
2. Zarrinkolah A, 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]
3. Holst L, Rademakers JJ, Brabers AE, de Jong JD. Measuring health insurance literacy in the Netherlands–First results of the HILM-NL questionnaire. Health Policy. 2022;126(11):1157-62. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.09.001.
4. Paez KA, Mallery CJ, Noel H, Pugliese C, McSorley VE, Lucado JL, et al. 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. doi: 10.1080/10810730.2014.936568.
5. Bastani P, Samadbeik M, Dinarvand R, Kashefian-Naeeini S, Vatankhah S. Qualitative analysis of national documents on health care services and pharmaceuticalspurchasing challenges: evidence from Iran. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):410. doi: 10.1186/s12913-018-3261-0.
6. Kim J, Braun B, Williams AD. Understanding health insurance literacy: A literature review. Fam Consum Sci Res J. 2013;42(1):3-13. doi: 10.1111/fcsr.12034.
7. Urstad KH, Andersen MH, Larsen MH, Borge CR, Helseth S, Wahl AK. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. BMJ Open. 2022;12(2):e056294. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056294.
8. Koay K, Schofield P, Jefford M. Importance of health literacy in oncology. Asia Pac J Clin Oncol. 2012;8(1):14-23. doi: 10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x.
9. Quincy L. Measuring health insurance literacy: A call to action. Yonkers: Consumers Union. 2012.
10. Abdollahipour F, Rahimifroshani 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. [Persian]
11. Khera N, Zhang N, Hilal T, Durani U, Lee M, Padman R, et al. Association of health insurance literacy with financial hardship in patients with

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

cancer. JAMA Netw Open. 2022;5(7):e2223141. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.23141.
12. Mathur T, Das G, Gupta H. Examining the influence of health insurance literacy and perception on the people preference to purchase private voluntary health insurance. Health Serv Manage Res. 2018;31(4):218-32. doi: 10.1177/0951484818760529.
13. Bagheri P, Abadi A, Zarei E. Health Insurance Literacy among the Insured person of the Health Insurance Organization in Tehran, Iran. Payesh. 2024;23(6):865-74. [Persian] doi: 10.61186/payesh.23.6.865.
14. Sahrayi M, Panahi R, Kazemi S-s, Rostam Z-G, Rezaei H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. Journal of Health Literacy. 2017;1(4):230-8. [Persian]
15. Vardell EJ. Health insurance literacy: how people understand and make health insurance purchase decisions: The University of North Carolina at Chapel Hill; 2017.
16. 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] doi: 10.29252/ijn.30.108.33.
17. Tehrani Banihashemi S-A, Haghdoost AA, Amirkhani MA, Alavian S-M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. 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]
18. Boes S, Liu Y. Do individuals with better health insurance system knowledge make better decisions about their health plans? Appl Econ. 2024;56(59):8867-83. doi: 10.1080/00036846.2023.2295303.
19. Holst L, Brabers AEM, Rademakers JJDJM, de Jong JD. The role of health insurance literacy in the process and outcomes of choosing a health insurance policy in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1002. doi: 10.1186/s12913-023-09960-0.
20. McCormack L, Bann C, Uhrig J, Berkman N, Rudd R. Health insurance literacy of older adults. J Consum Aff. 2009;43(2):223-48. doi: 10.1111/j.1745-6606.2009.01138.x.
21. Loewenstein G, Friedman JY, McGill B, Ahmad S, Linck S, Sinkula S, et al. Consumers' misunderstanding of health insurance. J Health Econ. 2013;32(5):850-62. doi: 10.1016/j.jhealeco.2013.04.004.
22. Norton M, Hamel L, Brodie M. Assessing Americans' Familiarity with Health Insurance Terms and Concepts; The Henry J. Kaiser Family Foundation, KFF: San Francisco, CA, USA. 2014.
23. Ståhl C, Karlsson EA, Sandqvist J, Hensing G, Brouwer S, Friberg E, et al. Social insurance literacy: a scoping review on how to define and measure it. Disabil Rehabil. 2021;43(12):1776-85. doi: 10.1080/09638288.2019.1672111.
24. 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-e5.
25. Ali HS, Parisa S, Amir B. Investigating the role of insurance literacy level with the approach of people's preference for purchasing life insurance in order to improve insurance penetration rate: Islamic Azad University of Damavand; 2019. [Persian]
26. Weedige SS, Ouyang H, Gao Y, Liu Y. Decision making in personal insurance: Impact of insurance literacy. Sustainability. 2019;11(23):6795. doi: 10.3390/su11236795.
27. Bardy TL. Assessing health insurance literacy in Switzerland: first results from a measurement tool. Eur J Public Health. 2024;34(2):237-43. doi: 10.1093/eurpub/ckad190.
28. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2021;21(1):499. doi: 10.1186/s12888-021-03507-5.
29. Edward J, Wiggins A, Young MH, Rayens MK. Significant disparities exist in consumer health insurance literacy: implications for health care reform. HLRP: Health Lit Res Pract. 2019;3(4):e250-e8. doi: 10.3928/24748307-20190923-01.
30. Furtado KS, Kaphingst KA, Perkins H, Politi MC. Health insurance information-seeking behaviors among the uninsured. J Health Commun. 2016;21(2):148-58. doi: 10.1080/10810730.2015.1039678.
31. Politi MC, Kaphingst KA, Kreuter M, Shacham E, Lovell MC, McBride T. Knowledge of health insurance terminology and details among the

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]

uninsured. Med Care Res Rev. 2014;71(1):85-98. doi: 10.1177/1077558713505327.
32. Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, Rahbari Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. Iran J Health Insur. 2018;1(3):39-47. [Persian]
33. Bavandpour E, Azami Z, Bavandpour M, Afsordeh O, Delpisheh A. Survey Effective factors of people's health literacy Kermanshah city. Journal of Health Literacy. 2017;2(2):81-7. [Persian] doi: 10.18869/acadpub.jhl.2.2.81.
34. Saatchi M, Panahi M, Mozafari AA, Sahebkar M, Azarpakan A, Baigi V, et al. Health literacy and its associated factors: a population-based study, Hormuz Island. 2017.

[DOI: 10.66224/ihio.8.3.223]