

Vključenost medicinskih sester pri obravnavi zavarovalnega primera v zdravstveni zavarovalnici

Znanstveni članek

UDK 368.9+614.253.5

KLJUČNE BESEDE: zavarovanja, zavarovalne storitve, kakovost, medicinske sestre

POVZETEK – Zavarovanje, ki združuje socialna in individualna zavarovanja, katerih namen je obvladovanje različnih tveganj, je za posameznike zapleten sistem. Sistem socialne varnosti pri nas temelji na načelih obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi dolgih čakalnih vrst v zdravstveni dejavnosti se vedno več ljudi odloča za dodatno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča krajšo čakalno dobo za zdravstvene storitve. V obravnavo zavarovalnega primera se lahko vključuje tudi medicinska sestra, ki lahko z ustreznim znanjem in komunikacijskimi spretnostmi koristi ne-le zavarovancu temveč tudi zavarovalnici. S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kakšne vrste zdravstvenega zavarovanja so v tujini in kakšno vlogo ima medicinska sestra v zdravstveni zavarovalnici pri obravnavi zavarovalnega primera. Na osnovi vnaprej določenih vključitvenih kriterijev izbora znanstvenih člankov smo analizirali vsebine 20 člankov. Ugotovili smo, da imajo različne države različne vrste zdravstvenega zavarovanja in da je dostopnost ljudi do zdravstvenega zavarovanja odvisna od njihovih ekonomskih zmožnosti. Medicinske sestre se vključujejo v različne faze dela pri obravnavi zavarovalnega primera.

Scientific article

UDC 368.9+614.253.5

KEY WORDS: insurance, insurance services, quality, nurse

ABSTRACT - Insurance, that combines social and individual insurances, the purpose of which is managing different risks, is a very complex system for individuals. The social security system in Slovenia is based on the principles of compulsory and voluntary health insurance. Due to long queues in healthcare services, more and more people opt for additional health insurances that enable shorter waiting time for the services. Nurses can also get involved into the handling of an insurance case; their expertise and communication skills can be beneficial not only to the insured person but also to the insurance company. Through this review of literature, we wanted to find out what kind of insurance services are available abroad, and what is the role of nurses in health insurance companies when handling insurance cases. Based on predefined inclusion criteria for the selection of scientific articles, contents of 20 articles were analysed for the purpose of this paper. We found out that different countries have different health insurance systems, and that the accessibility of people to health insurance depends on their financial means. Nurses are included in different phases of work when handling an insurance case.

1 Uvod

Od leta 1992 imamo v Sloveniji razvit sistem socialne varnosti, ki temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja in od leta 1993 tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse osebe s stalnim bivališčem v naši državi in slovenskim državljanstvom ter za vse osebe, ki se ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo na območju Republike Slovenije. Javno zdravstvo se financira iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in iz proračuna, zasebno zdravstvo iz premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Po deležu vplača-

nih sredstev prevladujejo sredstva za obvezno zavarovanje, ki se zbirajo v z zakonom določeni višini prispevkov delodajalcev in delojemalcev ter drugih zavezancev. Nosilec obveznega zavarovanja je po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila in nadstandardne storitve pa izvajajo zavarovalnice (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2009).

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje krije razliko med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in vrednostjo, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju namreč določa, katere zdravstvene storitve se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo v celoti (100 %) in katere le v določenem odstotku. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju tudi določa posebne skupine zavarovanih oseb, katerim so vse storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krite v celoti, ter tiste, katerim razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev krije proračun Republike Slovenije (Toth, 2003).

Pri nas izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje zavarovalnice Adriatic Slovenica, d. d., Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d. in Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.

Glede na prizadevanja za zmanjšanje obsega javne porabe je utemeljeno pričakovati, da se bodo zmanjševale tudi pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Toth, 2012). Zaradi dolgih čakalnih vrst se vedno več ljudi odloča za dodatno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča krajšo čakalno dobo za zdravstvene storitve in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Različne zavarovalnice ponujajo različne zavarovalne izdelke.

Zavarovalnice z ozirom na stopnjo ekonomskega razvoja družbe razvijajo zavarovalne storitve kot celovite izdelke (Celin in Snoj, 2016). Izdelek, ki ga zavarovalnica prodaja, je miselni proizvod, ki predstavlja pojave na nekem področju stvarnosti, s katerim se ukvarja teorija (Panza Frece, 2013). Avtor tudi navaja, da je zavarovalna storitev kot celovit izdelek zavarovalnice sestavljena iz storitev, pa tudi iz ljudi, in da vsak izdelek zavarovalnice vsebuje tako neotipljive kot tudi otipljive sestavine. Najpogosteje se naštevajo štiri osnovne značilnosti izdelka:

- neotipljivost (stranke ne morejo pred nakupom oceniti kakovosti storitve);
- neločljivost (stranke lahko vidijo zavarovalno storitev kot obljubo o povrnitvi dogovorjene vrednosti morebitne škode, ki je bila dogovorjena z zavarovalno pogodbo in zaznavajo konkretno storitev šele kot izplačano zavarovalnino ali odškodnino v primeru škode);
- neobstojnost (storitve ni mogoče hraniti, skladiščiti ali preprodati);
- spremenljivost kakovosti (ta je odvisna od kontaktne osebe) (Panza Frece, 2013).

V obravnavo zavarovalnega primera se lahko vključuje tudi medicinska sestra z ustreznim znanjem in komunikacijskimi spretnostmi, saj je komunikacija eden od osnovnih procesov zavarovalniške obravnave. Klemenc (2006) navaja, da gre za obojestranski, večplasten, vsebinsko in oblikovno zahteven in potreben del celostne obravnave posameznika. V odnosih z zavarovancem ima veliko vlogo etičnost in človečnost, saj se od medicinske sestre, ki obravnava zavarovalni primer, pričakuje poš-

tenost in delovanje v prid pacienta, ki kupuje zavarovanje. Medicinska sestra mora dobro poznati zavarovalniški sistem, dodatne zdravstvene storitve in mora biti sposobna komunikacije in sodelovanja z izvajalci zdravstvenih storitev zaradi ustrezne napotitve zavarovanca na zdravstveno obravnavo.

Na uspešnost reševanja zavarovalnega primera vpliva tudi seznanjenost zavarovanca z vsebino zavarovanja. Od zavarovanca se pričakuje, da pozna vsebino in obseg zavarovanja, možnost uveljavljanja pravic pri nastanku škodnega dogodka, ključne prednosti sklenjenega zavarovanja zaradi možnosti hitrega dostopa do zdravnika in zdravstvenih storitev. Zavarovanje specialističnoambulantnega zdravljenja omogoča specialistično obravnavo na področju angiologije, dermatologije, gastroenterologije, ginekologije, kardiologije, nevrologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, tireologije in urologije. Vključuje pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (rentgen, ultrazvok, elektromielografijo, elektroencefalografijo ...), enostavne ambulantne posege (parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, diagnostične in terapevtske punkcije, sklerozacija varic ...), zahtevne diagnostične posege (gastroskopija, kolonoskopija, CT preiskave, MR preiskave ...) in posege v sklopu dnevne obravnave, ki so potrebni za postavitve diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni.

Pri naročanju zavarovanca na predpisano zdravstveno storitev se mora medicinska sestra zavedati njegove čustvene obremenjenosti, upoštevati mora njegove časovne in krajevne možnosti in želenega izvajalca zdravstvenih storitev. Od zavarovanca pa pričakuje, da sproti posreduje izvide opravljenih zdravstvenih storitev in da upošteva navodila za pripravo na morebitne zdravstvene preglede/preiskave/posege. Z zavarovancem vzpostavi in v nadaljevanju ohranja dobre medosebne odnose in teži k nenehnemu izboljševanju delovnega procesa.

Celin in Snoj (2016) povzemata Oliverja (1997), ki navaja, da ima zadovoljstvo strank pomembno vlogo v vseh organizacijah in tako tudi v zavarovalnicah. Zadovoljstvo strank z izdelkom/storitvijo je sodba o tem, ali je posamezna sestavina izdelka/storitve ali celovit/-a izdelek/storitev dosegla pričakovano. Celin in Snoj (2016) tudi navajata, da so lahko zaposleni, ki so v stiku s strankami, del zavarovalne storitve in s tem tudi del kakovosti storitve. Zaposleni, ki so v stiku s strankami osebno ali preko telefona in/ali elektronske pošte, lahko povišajo ali znižajo raven kakovosti zavarovalne storitve.

Zaposlitev medicinske sestre v zdravstveni zavarovalnici je zanjo velik izziv, saj lahko s svojim znanjem koristi ne le zavarovancu temveč tudi zavarovalnici. Dejstvo pa je, da ima medicinska sestra premalo znanja s področja zavarovalništva.

S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kakšna so dodatna zdravstvena zavarovanja v tujini in kakšno vlogo ima medicinska sestra v zdravstveni zavarovalnici pri obravnavi zavarovalnega primera.

2 Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni pristop in vsebinsko analizo besedil tuje znanstvene literature s področja zdravstvenega zavarovanja in zavarovalnih primerov ter vloge medicinske sestre v zavarovalništvu.

Metode pregleda literature

Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, MEDLINE in v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov slovenskih knjižnic COBIS.SI. V analizo literature smo vključili le tiste članke, ki so izpolnjevali naslednje vključitvene kriterije:

- ključne besede, oziroma besedne zveze (ločeno in z Boolovim operatorjem AND): insurance, insurance activity, insured person, health insurance, insurance model, health system, health care strategy, health control;
- članke v angleškem jeziku;
- časovno obdobje od 2008 do 2017;
- dostopnost celotnega besedila;
- vsebinska ustreznost in aktualnost.

Rezultati pregleda literature

Na osnovi vključitvenih kriterijev smo dobili 257 zadetkov, ki so vsebinsko podpirali zavarovalništvo na splošno. Zato smo dodali nove ključne besede: injury risk factor, insurance plan, information, vulnerable people in health care, nursing care, nurse, documentation in dobili 152 zadetkov. Iz pridobljenih člankov smo izbrali 20 člankov, ki so po vsebini in aktualnosti ustrezali namenu naše raziskave.

Sinteza je bila narejena s pomočjo analize vsebin. Uporabili smo kvalitativne kriterije in identificirali kategorije na ravni lastnosti in medsebojnih povezav vsebin posameznih kod.

3 Rezultati

V tabeli 1 so zbrani članki, ki smo jih vsebinsko kvalitativno analizirali po naslednjih kriterijih: avtor, leto objave, uporabljena raziskovalna metodologija, namen raziskave in ugotovitve.

Tabela 1: Seznam raziskav in njihove značilnosti

| <i>Avtor/ letnica objav</i> | <i>Raziskovalna metodologija</i> | <i>Namen raziskave</i> | <i>Ugotovitve</i> |
|-----------------------------|----------------------------------|---|---|
| Zichello in Sheridan (2008) | kvantitativna raziskava | predstaviti zavarovalniško vlogo medicinske sestre, ki obiskuje delodajalce | Medicinska sestra ugotavlja faktor tveganja pri delodajalcu, daje nasvete za izboljšanje delovnih pogojev, s čimer vpliva na zniževanje poškodb pri delu. |
| Kottke idr. (2009) | kvalitativna pilotna raziskava | predstaviti interes in sposobnost za izvajanje kontrole in nadzora pri osebah s kardiometaboličnim tveganjem v Združenih državah Amerike (ZDA) | Zavarovalnice ponujajo v sklopu zdravstvenega načrta izobraževanje o dejavnih tveganja, informiranosti in pomoči pri obvladovanju dejavnih tveganja, kot je npr. zvišan krvni pritisk, zvišana raven holesterola, uporaba tobaka. |
| Lowe in Archibald (2009) | kvalitativna raziskava | predstaviti namen Ameriškega združenja medicinskih sester (ANA), ki je izdalo svojo strategijo pod nazivom Zdravstvena nega za okrepitev programov kulturne raznolikosti medicinskih sester v ZDA | Spremembe so v etnični in kulturni strukturi prebivalstva ZDA stalni izziv za medicinske sestre, ki se soočajo z različnimi potrebami svojih strank. Medicinska sestra se sooča s primanjkljajem ustrezno usposobljenega kadra. |
| Cohen (2009) | kvalitativna raziskava | predstaviti pomembnost koncepta za zagotavljanje informiranosti pacienta o zdravstveni oskrbi, da se prepreči razvoj in napredovanje bolezni | Koncept pripadnosti je odvisen od sodelovanja med pacientom in izvajalcem zdravstvenega varstva. Koncept pripadnosti vpliva na smisel zdravljenja, socialno-ekonomski položaj, odločanje, motivacijo in željo po spremembi, na lastno učinkovitost in vire verodostojnih zdravstvenih informacij. |
| Swiadek (2009) | kvalitativna raziskava | predstaviti metode zdravljenja v Miamiju in Floridi | Izvajanje zdravstvenih storitev v domačem okolju. Pozitivni vpliv na zavarovanca, ko zdravniki pridejo na dom z dodatno diagnostično opremo. |
| Cartwright-Vanzant (2010) | kvalitativna raziskava | predstaviti register medicinskih sester | Medicinske sestre imajo večjo profesionalno odgovornost kot kadar koli prej v zgodovini zdravstvene nege. |
| Wiener in Gilliland (2011) | kvalitativna raziskava | predstaviti zagotavljanje zasebnosti in zaupnosti v pravni in profesionalni etiki zavarovalnic | Z načrtovanjem je mogoče uravnovežiti celovitost in dostopnost zgodovinskega zapisa dokumentov občutljive narave, hkrati pa podpirati varstvo osebnih podatkov in upoštevati poklicne in etične standarde. |
| Wolf in Nellis (2011) | kvalitativna raziskava | predstaviti analizo finančnih učinkov elektronske zdravstvene kartoteke v ambulantni primarne oskrbe z vidika organizacije zdravstvenega varstva | Izvajanje elektronskega sistema zdravstvenega zapisa lahko povzroči pozitiven finančni donos naložb v organizaciji zdravstvenega varstva. |

| | | | |
|--------------------------|---|---|--|
| Nguyen idr. (2012) | kvalitativna raziskava, alternativno konceptualni okvir | predstaviti učinke reforme zdravstvenega zavarovanja v Vietnamu | Negativen učinek na podeželska gospodinjstva. Treba je povečati njihovo varnost. Dodatne zavarovalne sheme so zaradi visokih stroškov povečale število nezavarovanih oseb, zato prihaja do daljših bolniških odsotnosti in večjih stroškov za gospodinjstva. |
| Ratanawongsa idr. (2012) | kvantitativna randomizirana raziskava, nadzorovana študija | predstaviti uvedbo zdravstvene informacijske podpore za jezikovno in kulturno različne ranljive skupine (angleško in špansko govoreče) s kronično boleznijo v ZDA | Uvedba zdravstvenega trenerja za pomoč in podporo jezikovno in kulturno različnim ranljivim skupinam prebivalstva s kronično boleznijo kot varnost za zavarovanca. Načrt za nego služi za nastavitev varnostne mreže tudi za ostale skupine prebivalstva. |
| Aji idr. (2014) | kvantitativna raziskava | predstaviti izkušnje pacientov s hudimi kroničnimi in akutnimi boleznimi v Indoneziji | Pacienti se soočajo s finančno obremenitvijo zaradi visokih stroškov za bolnišnično zdravljenje. Zavarovanje ne krije zdravil in drugih posrednih stroškov. Gospodinjstva se sklicujejo na notranje vire za kritje bolnišničnih računov kot prvo strategijo, ki je vključevala mobilizacijo prihrankov, prodajo premoženja in zadolževanje. Zunanja podpora je temeljila na finančni podpori razširjenih družinskih članov, na donacijah sosedov in skupnosti ter na dodatnih ugodnostih delodajalcev. |
| Paez idr. (2014) | kvantitativna raziskava, intervju kot vhod za statistično analizo podatka | predstaviti analizo razumevanja zdravstvenega varstva in dostopa do zdravstvenega varstva v ZDA | Ponuja se podpora potrošnikom pri sprejemanju modre odločitve o nakupu in uporabi zdravstvenega zavarovanja v svojo korist. Zavarovalnice pripravljajo zanesljive ukrepa za izboljšanje seznanjenosti zavarovanca. |
| Stockley idr. (2014) | kvalitativna raziskava | predstaviti ponudbe zavarovalnih načrtov s privlačno premijo in paketom ugodnosti | Slab odziv in povpraševanje za znižanimi premijami oz. podpremijsami. Zavarovanci niso zainteresirani za vsebino ponudbe. |
| Bünnings idr. (2015) | kvalitativna raziskava | predstaviti vlogo cene zdravstvenega načrta, kakovosti storitev in neobveznih ugodnosti pri odločitvi za izbiro zdravstvenega načrta v Nemčiji | Možnost izbire med 1.700 zdravstvenimi načrti z več kot 50 sklopi za vsakega posameznika. |
| Vinker idr. (2015) | kvantitativna raziskava | predstaviti uspešnost upoštevanja smernic Nacionalnega programa za seznanjanje z vzroki in posledicami holesterola (ATP III) v ZDA | Sprememba pri opredelitvi kazalnikov kakovosti za zdravljenje hiperlipidemije je povezana s spremembo zdravnikovega vedenja oz. uveljavljanja smernic ATP III. |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Jin idr. (2016) | kvantitativna raziskava | predstaviti dosežene učinke reforme in prestrukturiranja sistema zdravstvenega zavarovanja za doseganje cilja univerzalne pokritosti prebivalstva na Kitajskem | Migranti, revni in ranljive osebe so ostale na robu sistema. Vse večji je zasebni zavarovalni trg, ki finančno ni dovolj varen in ni zajel ljudi z največjimi potrebami. |
| Abousi idr. (2016) | kvantitativna raziskava, intervju kot vhod za statistično analizo podatkov | predstaviti analizo dojemanja kakovosti zdravstvene nege med zavarovanim in nezavarovanim pacientom v Gani | Enaka opažanja imajo zavarovane in nezavarovane osebe: pomanjkanje virov, pomanjkanje zdravnikov, pomanjkanje zdravil in pomanjkanje osnovnih sredstev za delo. |
| Mitchell idr. (2016) | kvalitativna pilotna raziskava | predstaviti paliativno oskrbo na domu v Avstraliji | Z usklajeno paliativno oskrbo se omogoči bolj celostna oskrba zavarovanca in učinkovito zmanjšanje števila hospitalizacij. |
| Oduola idr. (2016) | kvalitativna študija z uporabo polstrukturirane obdelave individualnih intervjujev | predstaviti izziv zavarovalnice za pripravo smernic pri oskrbi zavarovanca s hipertenzijo v podsaharskem delu Afrike | Strategija za pomoč primarni zdravstveni ravni za obvladovanje kroničnih bolezni. Zavarovalnice imajo smernice za izobraževanje zavarovanca pri sprejemanju in obvladovanju kronične terapije. |
| Miwa idr. (2016) | kvalitativna raziskava | predstaviti razširjenost in pogostost gastroezofagealnega refluksa (GERB) na Japonskem | Pojavnost GERB-a po podatkih iz leta v leto narašča. Poudarek je na učinkovitosti takojšnjega zdravljenja. |

Identificirane kode smo glede na njihove lastnosti in medsebojne povezave združili v štiri vsebinske kategorije. Kategorije in kode ter avtorje analiziranih raziskav prikazuje tabela 2.

Tabela 2: Razporeditev znanstvene literature po kategorijah

| Kategorije/kode | Avtorji |
|---|--|
| Kategorija 1: zdravstveno zavarovanje Kode: zdravstveni sistemi, zdravstveno zavarovanje, strategije zdravstva, kontrola zdravstva | Aji idr., 2014; Jin idr., 2016; Nguyen idr., 2012; Bünnings idr., 2015; Abousi idr., 2016; Ratanawongsa idr., 2012; Mitchell idr., 2016; Vinker idr., 2015; Lowe in Archibald, 2009; Cohen, 2009 |
| Kategorija 2: zavarovalnice in zavarovalni načrti Kode: faktorji tveganja, model zavarovanja, zavarovalna storitev, izdelek, koncept pripadnosti | Kottke idr., 2009; Abousi idr., 2016; Bünnings idr., 2015; Paez idr., 2014; Ratanawongsa idr., 2012; Mitchell idr., 2016; Oduola idr., 2016; Miwa idr., 2016; Vinker idr., 2015; Stockley idr., 2014; Lowe in Archibald, 2009; Cohen, 2009; Swiadek, 2009; Zichello in Sheridan, 2008 |
| Kategorija 3: zavarovanci in zavarovalni načrti Kode: zavarovanec, informiranost zavarovanca, zavarovalni načrti, pomoč zavarovancu, dostopnost zavarovancu, sodelovanje zavarovanca | Aji idr., 2014; Jin idr., 2016; Nguyen idr., 2012; Kottke idr., 2009; Bünnings idr., 2015; Abousi idr., 2016; Paez idr., 2014; Ratanawongsa idr., 2012; Mitchell idr., 2016; Oduola idr., 2016; Miwa idr., 2016; Vinker idr., 2015; Stockley idr., 2014; Lowe in Archibald, 2009; Cohen, 2009; Swiadek, 2009; Zichello in Sheridan, 2008 |

| | |
|--|--|
| Kategorija 4: medicinska sestra v zavarovalnici Kode: zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, standardi zdravstvene nege, dokumentiranje zdravstvene nege | Kottke idr., 2009; Abousi idr., 2016; Paez idr., 2014; Ratanawongsa idr., 2012; Mitchell idr., 2016; Odusola idr., 2016; Vinker idr., 2015; Lowe in Archibald, 2009; Cohen, 2009; Swiadek, 2009; Cartwright-Vanzant, 2010; Zichello in Sheridan, 2008; Wiener in Gilliland, 2011; Wolf in Nellis, 2011 |
|--|--|

4 Razprava

Analiza vsebine izbranih člankov je pokazala, da je v večini raziskav uporabljena kvalitativna metodologija, kar je za preučevanje naše problematike nadvse primerno, saj nam le-ta omogoča raziskovanje posameznikovih izkušenj, mnenj, odnosov, stališč in vrednot ter pogleda ljudi na določene dogodke in stanja. S kvalitativno sintezo pridobljenih podatkov o zdravstvenem zavarovanju smo oblikovali štiri vsebinske kategorije - zdravstveno zavarovanje, zavarovalnice in zavarovalni načrti, zavarovanci in zavarovalni načrti, medicinska sestra v zavarovalnici.

Iz preučevanih raziskav smo spoznali, kakšni so zdravstveni sistemi, zdravstvena zavarovanja, oblike doplačil v sistemu zdravstvenega varstva v različnih državah, kakšna je dostopnost zdravstvenega zavarovanja in kakšne so finančne zmožnosti ljudi. Spoznali smo tudi nekatere storitve zavarovalnic za izboljšanje zdravstvenega stanja ljudi, se seznanili z možnostmi informiranja zavarovancev in njihovega sodelovanja ter z možnostmi sodelovanja medicinskih sester v zavarovalniškem sistemu.

Ugotovili smo, da imajo države različne oblike doplačil v sistemu zdravstvenega varstva in oskrbe državljanov. V nekaterih državah pokrivajo izdatke za zdravstveno varstvo domačih prebivalcev z javnozdravstvenimi sistemi, v drugih pa je v sistemu socialnega varstva vključeno tudi zasebno zavarovanje. Evropska komisija (2013) navaja, da v razvitih državah delimo zdravstvene sisteme na dve veliki skupini: na sisteme zavarovalniškega tipa in na sisteme nacionalnih zdravstvenih služb. Prevladujejo mešani javni in zasebni sistemi zdravstvenega varstva, kar pomeni, da delujejo ločeno na podlagi javnih in zasebnih sredstev.

V Indoneziji se soočajo s težavami pacientov s kroničnimi in akutnimi boleznimi, saj zdravstveni sistem ne krije stroškov zdravlil in drugih posrednih stroškov. Iz tega razloga ljudje mobilizirajo vse svoje prihranke, prodajajo premoženje, si sposojajo denar, iščejo pomoč pri ostalih družinskih članih, prosijo za donacije sosede, lokalne skupnosti in delodajalce (Aji idr., 2014). Na Kitajskem ni dosežen učinek univerzalne pokritosti prebivalstva z zavarovanjem, ker obstajajo velike socialno-ekonomske razlike tako v javnem kot v zasebnem zavarovanju. Zaradi tega so npr. migranti, kot ranljiva skupina, ostali na robu sistema (Jin idr., 2016). Zdravstvena reforma v Vietnamu je z dodatnimi shemami doplačil pripeljala do povečanja števila nezavarovanih oseb in večjih stroškov za gospodinjstva. V Gani ni bistvenih razlik v dojemanju kakovosti med zavarovanimi in nezavarovanimi osebami, saj je v državi prisotno pomanjkanje zdravnikov, pomanjkanje zdravlil in osnovnih sredstev za delo zdravstvenih ustanov (Abousi idr., 2016).

Kot smo že omenili, se z ekonomskim razvojem družbe razvijajo tudi zavarovalne storitve, ki predstavljajo celovito ponudbo zavarovalnice, zato so se v večini tujih držav zaradi primanjkljaja v zdravstvenem sistemu pojavili dodatni zdravstveni načrti kot dodatna zdravstvena zavarovanja.

Zdravstveni načrti ponujajo različne zdravstvene storitve, in sicer na področju specialističnoambulantnega, bolnišničnega, preventivnega in komplementarnega zdravljenja. Npr. v Nemčiji zavarovalni načrti pokrivajo 130 različnih bolezenskih stanj in ponujajo možnost izbire med 1.700 zdravstvenimi programi, vključno z več kot 50 sklopi za vsakega posameznika. Zavarovalni načrt je prilagojen ustrezni referenčni skupini. Razen geografskih dejavnikov se upoštevajo še socialni, kulturni, informativni, politični in drugi dejavniki, ki vplivajo na odločitev pri izbiri zdravstvenega načrta (Bünnings idr., 2015). Ponuja se podpora potrošnikom pri sprejemanju modre odločitve o izbiri in nakupu zdravstvenega načrta v njihovo korist.

Nekatere zavarovalnice izvajajo javne predstavitve in izobraževalne programe za obveščanje potrošnikov o možnih dodatnih zdravstvenih načrtih, saj je razumevanje zdravstvenega zavarovanja ključno za dostop do zdravstvenih storitev (Paez idr., 2014). Zavarovalnice se vključujejo tudi v izobraževanje za lažje obvladovanje dejavnikov tveganja, kot so visok krvni pritisk, zvišana telesna teža, zvišan holesterol, vključujejo pa se tudi na primarni ravni, ko zavarovanec sprejme svojo kronično bolezen in zdravljenje.

Zaradi varnosti je na Japonskem ustanovljena komisija, ki bdi nad ustreznostjo zdravljenja. Pripravljajo se predlogi za razširitev zavarovalnih načrtov, ki jih sponzorirajo države, občine, občinski ali javni šolski odbori. Podatki se sproti analizirajo (OECD, 2012). Pomembna je analiza obravnave kroničnih bolezni, saj v tujini zdravljenje le-teh predstavlja več kot 90 % porabljenega denarja. Analize podatkov so usmerjene v pregled ustreznosti zdravljenja z upoštevanjem sprejetih smernic. O pomembnosti upoštevanja smernic tudi s strani zdravnikov nam govorijo Vinker idr., (2015) ter Miwa idr., (2016). S skrbnim naročanjem zavarovancev na kontrolne preglede oz. z izvajanjem ukrepov kakovosti lahko zdravniki vplivajo na obvladovanje bolezenskega stanja in varnost zavarovancev. S sodelovanjem posameznika se doseže učinkovitost vpliva na njegov smisel življenja, socialno-ekonomski položaj, odločanje, motivacijo in željo po spremembi (Cohen, 2009). Swiadek (2009) predstavlja pozitivni vpliv zdravljenja v domačem okolju, bolj celostno oskrbo in učinkovito zmanjšanje števila hospitalizacij.

O pomembnosti medicinske sestre v zdravstveni zavarovalnici nam govorita Zichello in Sheridan (2008), saj sta ugotovila, da medicinska sestra s prilagoditvijo zavarovalnega načrta zavarovancu ali delodajalcu lahko vpliva na obvladovanje škode in boljšo varnost zavarovanih oseb. Medicinske sestre se npr. vključujejo v podporno izobraževanje zavarovancev za samozdravljenje sladkorne bolezni in podpirajo zavarovance iz jezikovno in kulturno različnih ranljivih skupin s kronično boleznijo (Ratanawongsa idr., 2012). Medicinske sestre so pomembne tudi pri vključevanju v paliativno oskrbo zavarovane osebe oz. v pravilno razporejanje zaposlenih v oskrbo zavarovanca (Mitchell idr., 2016). Cartwright-Vanzant (2010) navaja, da imajo medi-

cinske sestre večjo profesionalno odgovornost kot kadar koli prej v zgodovini zdravstvene nege.

Medicinske sestre v zdravstveni zavarovalnici se vključujejo v različne procese dela pri trženju dodatnega zdravstvenega zavarovanja in sodelujejo pri prilagoditvi zavarovalnega načrta zavarovancu ali delodajalcu. Prizadevajo si za opolnomočenje zavarovancev z različnimi programi izobraževanja in se vključujejo v obravnavo zavarovalnega primera s pravilno izbiro izvajalca zdravstvenih storitev.

Razlika med izbiro dodatnega zavarovanja v tujini in pri nas je v tem, da v tujini izberemo dodatno zdravstveno zavarovanje, ki nam omogoča zdravstveno obravnavo od začetka do konca, pri nas pa smo omejeni po obsegu in vsebini zavarovalnega produkta. V tujini zasebne zdravstvene zavarovalnice med seboj tekmujejo, kako bi ponudile načrte z nizko premijo in dobrim paketom ugodnosti.

Obstoječi zdravstveni načrti ponujajo npr. v Nemčiji 1700 zdravstvenih programov, na našem trgu pa se število zdravstvenih storitev giblje med 17 in 22. Pri prodaji zdravstvenega načrta v tujini je pomembno upoštevati geografski trg, ker se pri njegovi zasnovi zdravstvena storitev obravnava kot finančna storitev, ki ne deluje samo na enem geografskem območju, temveč je potrebno zavarovalni načrt prilagoditi ustrezni referenčni skupini. Razen geografskih dejavnikov je treba upoštevati še socialne, kulturne, informativne, politične in druge dejavnike, ki vplivajo na izbiro zdravstvenega načrta. Naši zdravstveni načrti niso skladni z razvojem ekonomskega in drugega okolja oziroma ne upoštevajo vidika družbe, gospodarstva in posameznika.

5 Zaključek

Zdravstvene zavarovalnice naj bi sledile spremembam vrednot, stališč, navad in vedenja prebivalstva. Pomembno je tudi upoštevanje potreb različnih skupin prebivalstva z ozirom na njihovo starost, spol, izobrazbo, zemljepisno poreklo, stil življenja in življenjske navade, iz česar izhajajo drugačne potrebe in zahteve po posameznih vrstah zdravstvenih zavarovanj. Predvidevamo, da bodo z razvojem novosti tudi medicinskim sestram dodeljene nove naloge v zavarovalnici skozi celoten proces zavarovanja, in sicer za trženje zavarovanja, sprejem zavarovanca v zavarovanje, pripravo in izvedbo različnih zdravstveno izobraževalnih programov za opolnomočenje zavarovancev, obravnavo zavarovalnega primera in podaljševanje dodatnega zdravstvenega zavarovanja.

Vesna Braun, Bojana Filej, PhD

Involvement of Nurses in Handling an Insurance Case in a Health Insurance Company

The article deals with different types of insurance, which is a very intricate system for the individual, as compulsory and voluntary insurance alone are no longer enough. In Slovenia, the compulsory insurance was introduced in 1992, and the voluntary insurance in 1993. Public health care is financed from compulsory insurance, while the voluntary insurance finances the private health care. Most funds are still collected from the compulsory health insurance, because its amount for organisations and individuals is set by law. The funds are collected by the Health Insurance Institute of Slovenia, while funds for voluntary insurance are collected by different insurance companies, such as Adriatic Slovenica, Triglav Health Insurance Company and Vzajemna Health Insurance Company.

Efforts to reduce the level of public spending have led to reduction of rights of the compulsory health insurance. The latter led to a prolongation of waiting lists in terms of time for specialist examinations and diagnostics. More and more people therefore opt for the additional health insurance that would enable a faster treatment. Insurance companies offer different types of products in the range of the society's economic ability.

The insurance service, as suggested by Panza Frece (2013) is a comprehensive product of the insurance company, consisting of services and people, as it includes tangible and intangible components. The basic features of the insurance product are: intangibility, inseparability, instability, and variability of quality.

Nurses can also be involved in handling the insurance case, yet they must have suitable knowledge and communication skills, because communication is one of the basic processes in insurance handling. The communication process is a challenging process when in relation to the individual, because only successful communication enables an integrated treatment of the individual. The former is also needed for establishing cooperation with providers of health services, to whom nurses refer the policy holders for an appropriate treatment. In relation with the insured, one also needs ethics, humanity, fairness and working towards the interest of the patient who is buying an insurance product. Nurses must also be aware of the emotional burden of the insured person, and while registering for the prescribed health service, they need to consider the insured person's time and location possibilities, as well as their wishes.

The insurance product for the specialist outpatient treatment enables specialist treatment in the field of angiology, dermatology, gastroenterology, gynaecology, cardiology, neurology, ophthalmology, orthopaedics, otorhinolaryngology, proctology, thyroid treatments, and urology. It also includes associated simple diagnostic tests (X-ray, ultra-sound, electro myelography, electroencephalography, etc.), simple outpatient procedures (parental drug application, blocking application, diagnostics and therapeutic punctuation, varicella sclerosis, etc.), demanding diagnostic procedures

(gastroscopy, colonoscopy, CT and MR examinations, etc.), and interventions within daily treatment, necessary for diagnosing the treatment of new diseases.

A nurse with professional knowledge, employed by the insurance company, can benefit both, the insured individual and the insurance company. However, the nurse still needs to acquire knowledge from the field of insurance.

With a literature review we wanted to find out about the additional (voluntary) insurances abroad, and determine the role of a nurse in a health insurance company when handling an insurance case.

The qualitative approach and content analysis of foreign scientific literature in the field of health insurance and insurance cases was used in the study, including the role of a nurse in the insurance sector.

We searched for literature in the international databases CINAHL, MEDLINE, and in the mutual bibliographic-catalogue database of Slovene libraries COBISS.si. The literature analysis included only those articles that met the following inclusion criteria: certain keywords or phrases, articles in the English language, published within the period from 2008 to 2017, availability of the entire text, and the content relevance and topicality. Based on the inclusion criteria, we received 257 hits which substantially supported the insurance industry in general. We therefore added new keywords and obtained 152 hits. From this list, 20 articles that corresponded to the purpose of our research according to the content and topicality were selected. The articles' content was analysed according to the following criteria: author; year of publication, research methodology, research purpose and findings. The synthesis was done with help of the content analysis. We used qualitative criteria and identified four categories at the level of features and interconnections between contents of individual codes. The following categories were identified: health insurance, insurances and health plans, the insured and insurance plan, nurses in an insurance company.

The studied materials showed health systems, health insurance, forms of surcharges in health systems in different countries, access of people to health insurance, and the financial means of people. We also learned about the certain services of insurance companies for improving the health status of people, obtained an insight into the possibility of informing the insured persons and their cooperation, as well as the possibilities of participation of nurses in the insurance sector.

We found out that countries have different forms of surcharges in the system of health insurance and health care for people. In some countries, the expenses for health care cover costs for health insurance of domestic residents with public health systems, while in the others the system of social care also includes private insurance. In developed countries, there are health insurance systems or national health care systems. Mixed public-private healthcare systems prevail, which means that they operate separately based on public and private funds.

With the economic development of society, new insurance services emerge. Majority of foreign countries introduced additional health plans as the additional health insurance. Health plans offer different health services in the fields of specialist outpa-

tient treatment, hospital treatment, preventive and complementary care. In Germany, the insurance plans cover 130 different diseases and offer the possibility of choosing among 1.700 health programmes, including more than 50 packages for each individual; in Slovenia, however, the number of such products is between 17 and 22, and even those are limited both in scope and content of the insurance product, and are not in line with the economic and environment development, as they do not consider the aspects of the society, economy and the individual.

Abroad, the insurance plan is adapted to the appropriate reference group. Apart from the geographical factors, social, cultural, informative, political, and other factors are also considered when choosing the health plan. Support is available to consumers, in order they make the best possible choice on selection and purchase of a health plan for their benefit. Insurance companies are also involved in education of people to help managing their risk factors, such as high blood pressure, increased body weight, and increased cholesterol.

The importance of nurses in health insurance company is stated by some authors, noting that they can influence the insurance policy with the adjustment of the insurance plan to manage claims, as well as to increase the safety of the insured persons. Nurses are involved in or perform education for the insured people with the purpose of self-healing in various diseases; nurses can be included in the palliative care by appropriately deploying personnel who perform palliative care in accordance with the needs of the insured person.

Nurses strive to empower the insured person with different educational programmes and select their healthcare providers. Nurses are important professionals and experts in the insurance field, who will be assigned new tasks in the insurance companies through the entire process of insurance, from marketing the insurance, signing individuals into different insurance plans, and preparation and implementation of different health insurance programmes with the purpose of empowering the insured people.

LITERATURA

1. Abuosi, A. A., Domfeh, K. A., Abor, J. Y. and Nketiah-Amponsah, E. (2016). Health insurance and quality of care: comparing perceptions of quality between insured and uninsured patients in Ghana's hospitals. *International Journal for Equity in Health*, 15, št. 1, str. 76.
2. Aji, B., Yamamoto, S. S. and Sauerborn, R. (2014). The economic impact of the insured patients with severe chronic and acute illnesses: a qualitative approach. *Global health action*, 7, št. 1.
3. Bünnings, C., Schmitz, H., Tauchmann, H. and Ziebarth, N. R. (2015). How health plan enrollees value prices relative to supplemental benefits and service quality. *IWQW Discussion Paper Series*, No. 02/2015. Pridobljeno dne 20. 8. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/107761/1/82023284X.pdf>.
4. Cartwright-Vanzant, R. C. (2010). Medical record documentation: legal aspects in neonatal nursing. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10, št. 3, str. 134–137.
5. Čelin, J. in Snoj, B. (2016). Opredelitev zavarovalnih storitev. *Zavarovalniški horizonti*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, str. 9–15.

6. Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing forum*, 44, št. 1, str. 25–36.
7. Evropska komisija. (2013). Dolgoročno zdravstveno varstvo. Pridobljeno dne 28. 11. 2016 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/ms_si_sl.htm?country_code=si.
8. Jin, Y., Hou, Z. and Zhang, D. (2016). Determinants of health insurance coverage among people aged 45 and over in China: who buys public, private and multiple insurance. *PloS One*, 11, št. 8, e0161774.
9. Klemenc, D. (2006) Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene nege z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V: Filej, B. (ur.). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, str. 43–47.
10. Kottke, T. E., Jordan, C. O., O'Connor, P. J., Pronk, N. P. and Carreón, R. (2009). Readiness of US health plans to manage cardiometabolic risk. *Preventing Chronic Disease*, 6, št. 3, A86.
11. Lowe, J. in Archibald, C. (2009). Cultural diversity: the intention of nursing. In *Nursing forum*, 44, št. 1, str. 11–18.
12. Mitchell, G. K., Senior, H. E., Bibo, M. P., Makoni, B., Young, S. N., Rosenberg, J. idr. (2016). Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC Palliative Care*, 15, št. 1, str. 93.
13. Miwa, H., Takeshima, T., Iwasaki, K. in Hiroi, S. (2016). Medical cost, incidence rate and treatment status of gastroesophageal reflux disease in Japan: analysis of claims data. *Journal of Medical Economics*, 19, št. 11, str. 1049–1055.
14. Nguyen, K. T., Khuat, O. T. H., Ma, S., Pham, D. C., Khuat, G. T. H. and Ruger, J. P. (2012). Impact of health insurance on health care treatment and cost in Vietnam: a health capability approach to financial protection. *American Journal of Public Health*, 102, št. 8, str. 1450–1461.
15. Odusola, A. O., Stronks, K., Hendriks, M. E., Schultsz, C., Akande, T., Osibogun, A. idr. (2016). Enablers and barriers for implementing high-quality hypertension care in a rural primary care setting in Nigeria: perspectives of primary care staff and health insurance managers. *Global Health Action*, 9.
16. OECD Reviews of Innovation Policy: Slovenia 2012. (2012). Pridobljeno dne 28. 11. 2016 s svetovnega spleta: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/science-and-technology/oecdreviews-of-innovation-policy-slovenia-2012_9789264167407-en.
17. Paez, K. A., Mallery, C. J., Noel, H., Pugliese, C., McSorley, V. E., Lucado, J. L. idr. (2014). Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *Journal of Health Communication*, 19, št. 2, str. 225–239.
18. Panza Frece, T. (2011). *Osnove zavarovalništva*. El. knjiga. Ljubljana: Zavod IRC. Pridobljeno dne 10. 9. 2017 s svetovnega spleta: http://www.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Osnove_zavarovalnistva-Panza.pdf.
19. Ratanawongsa, N., Handley, M. A., Quan, J., Sarkar, U., Pfeifer, K., Soria, C. idr. (2012). Quasi-experimental trial of diabetes Self-Management Automated and Real-Time Telephonic Support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: study protocol. *BMC Health Services Research*, 12, št.1, str. 22.
20. Stockley, K., McGuire, T., Afendulis, C. and Chernew, M. E. (2014). *Premium transparency in the medicare advantage market: implications for premiums, benefits, and efficiency*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
21. Swiadek, J. W. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community based and public health nursing. *Nursing forum*, 44, št. 1, str. 19–24.
22. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
23. Toth, M. (2012). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

24. Vinker, S., Bitterman, H., Comaneshter, D. and Cohen, A. D. (2015). Physicians' behavior following changes in LDL cholesterol target goals. *Israel Journal of Health Policy Research*, 4, št. 1, str. 20.
25. Wiener, J. A. and Gilliland, A. T. (2011). Balancing between two goods: health insurance portability and accountability act and ethical compliancy considerations for privacy-sensitive materials in health sciences archival and historical special collections. *Journal of the Medical Library Association*, 99, št. 1, str. 15–22.
26. Wolf, D. M. and Nellis, D. L. (2011). Informatics: Helping the LNC Adjust to Electronic Records. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 22, št. 1, str. 9–13.
27. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2009). Kaj je zdravstveno zavarovanje? Pridobljeno dne 2. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.zzzs.si/>.
28. Zichello, C. and Sheridan, J. (2008). Occupational health nurses and workers' compensation insurance programs. *AAOHN Journal*, 56, št. 11, str. 455–458.

Vesna Braun je magistrica zdravstvene nege, zaposlena kot samostojna strokovna delavka zdravstvene točke v Triglav, Zdravstvena zavarovalnica
E-naslov: vesna.braun@triglavzdravje.si

Dr. Bojana Filej je docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.
E-naslov: bojana.filej@gmail.com