ANALIZA POTRAŽNJE ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM U REPUBLICI HRVATSKOJ

Lokin, Tomislav

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of economics Split / Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:124:014511

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-19**

Repository / Repozitorij:

REFST - Repository of Economics faculty in Split

SVEUČILIŠTE U SPLITU

EKONOMSKI FAKULTET SPLIT

DIPLOMSKI RAD

ANALIZA POTRAŽNJE ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM U REPUBLICI HRVATSKOJ

Mentor:

Prof. dr. sc. Marijana Ćurak

Student:

Tomislav Lokin, univ. bacc. oec

Split, kolovoz, 2018.

SADRŽAJ

1. **UVOD** 4

1.1. Problem istraživanja **4**

1.2. Predmet istraživanja **5**

1.3. Istraživačke hipoteze **6**

1.4. Ciljevi istraživanja **8**

1.5. Metode istraživanja **9**

1.6. Doprinos istraživanja **10**

1.7. Struktura rada **10**

2. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE **11**

2.1. Obilježja zdravstvenog osiguranja **11**

2.1.1. Pojam zdravstvenog osiguranja 11

2.1.2. Reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj 12

2.1.3. Vrste zdravstvenog osiguranja 15

2.2. Rizici pokriveni dodatnim zdravstvenim osiguranjem **18**

2.3. Problem nepovoljne selekcije i moralnog hazarda **20**

3. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM **21**

3.1. Ekonomski čimbenici **21**

3.1.1. Osobni dohodak 21

2.1.2. Bogatstvo 22

2.1.3. Cijena police osiguranja 22

3.2. Demografski čimbenici 23

3.2.1. Dob 23

3.2.2. Spol 23

3.2.3. Razina obrazovanja 24

3.3. Način i stil života **24**

3.4. Sklonost za drugim oblicima osiguranja **26**

3.5. Negativna selekcija **26**

4. ANALIZA TRŽIŠTA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ **27**

5. EMPIRIJSKA ANALIZA POTRAŽNJE ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM 36

5.1. Podaci i metodologija 36

5.2. Deskriptivna statistika 38

5.3. Analiza rezultata provedenih testova 40

1.3.1. Ekonomski čimbenici 40

5.3.2. Demografski čimbenici 45

5.3.3. Način i stil života 50

5.3.4. Sklonost za drugim oblicima osiguranja 58

5.3.5. Postojanje odnosa negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem 60

6. ZAKLJUČAK **63**

7. LITERATURA **65**

SAŽETAK **68**

SUMMARY **69**

PRILOG 1 ..... **70**

POPIS TABLICA **74**

POPIS GRAFIKONA **75**

POPIS SLIKA **76**

1. UVOD

1.1. Problem istraživanja

U Hrvatskoj kao i u mnogim drugim zemljama prisutan je problem rasta zdravstvene potrošnje, zbog čega je stari sustav u kojemu država financira većinu zdravstvene potrošnje postao neefikasan i neodrživ. Postavlja se pitanje razloga ubrzanog rasta zdravstvene potrošnje. Smatra se da čimbenici koji su najviše utjecali na ovaj trend su produženje životnog vijeka stanovništva, spoznaja o potrebi za što većom brigom o vlastitom zdravlju te rast ekonomske moći stanovništva. Postojeći trend rastuće zdravstvene potrošnje i manjka sredstava za financiranje te potrošnje rezultira padom kvalitete zdravstvene usluge i manjom količinom zadovoljenih zdravstvenih potreba. Kao posljedica se javljaju brojne reforme koje su provedene kako bi se optimizirao zdravstveni sustav. Reformama se postigla veća kontrola prikupljanja sredstava, smanjen je obujam besplatnih zdravstvenih usluga. Ključni cilj reformi je prebacivanje što većeg dijela troškova s javnog sektora na privatni. Smanjio se broj usluga koje su pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem, što rezultira da su pojedinci prisiljeni plaćati neku od opcija dobrovoljnog osiguranja i na taj način izbjeći rizik neplaniranih izdataka zdravstvenih usluga koje nisu pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje koje nadopunjuje i rasterećuje obvezno zdravstveno osiguranje. Njegovim korištenjem se osigurava kvalitetnija i brža usluga unutar sustava. Dobrovoljna osiguranja se dijele na dopunska, dodatna i privatna zdravstvena osiguranja. Upravo će se u ovom radu proučavati dodatno zdravstveno osiguranje, odnosno čimbenici koji utječu na potražnju za ovim osiguranjem. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje koje je suplementarno obveznom zdravstvenom osiguranju, što znači da omogućuje viši standard zdravstvene zaštite i veći obujam prava u odnosu na obvezno zdravstveno osiguranje. Police dodatnog zdravstvenog osiguranja izdaju društva za osiguranje.

U svijetu su provedena brojna istraživanja koja proučavaju determinante koje utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. U SAD-u Davidson, Gertler i Sturm (1993.) u svom istraživanju potvrđuju činjenicu da manja asimetričnost informacija, odnosno veća informiranost pojedinaca rezultira većom potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. U Španjolskoj istraživanje provode Rodriguez i Stoyanova (2003.) u kojem je utvrđen utjecaj većeg broja čimbenika na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Utvrđeno je da sa

rastom godina i razine obrazovanja raste potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, a većom uporabom cigareta i alkohola se potražnja smanjuje. Također, njihovo istraživanje pokazuje da je veći broj korisnika ženskog spola, te da je provedena porezna reforma dovela do situacije da je veći broj osiguranja financiran od strane poslodavaca negoli od pojedinaca. Franc, Perronin i Pierre (2014.) provode istraživanje u Francuskoj te promatraju potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem kao zaštitu od financijskih i zdravstvenih rizika. U svom radu donose zaključak kako postoji velika ovisnost o zdravstvenom riziku i mala ovisnost o prihodima. Istraživanjem u Iranu kojeg su proveli Ghaderi, Gorji, Mahdavi i Mutlagh (2015.) analizirala se važnost razvoja dodatnog zdravstvenog osiguranja za cjelokupni zdravstveni sustav Irana na način da se identificiraju faktori koji utječu na potražnju za promatranim osiguranjem. Istraživanjem se došlo do zaključka da je potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem rastuća funkcija dohotka, obrazovanja, broja članova obitelji za koje postoje očekivanja povećanih zdravstvenih troškova. Lange, Schiller i Steinhorth (2015.) provode istraživanje u Njemačkoj testirajući utjecaj sklonosti za osiguranjem i dohotka na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, te proučavaju da li postoji nepovoljna selekcija kod dodatnog zdravstvenog osiguranja. Istraživanje je pokazalo da sa većim dohotkom i povećanom sklonošću za osiguranjem povećava i potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

1.2. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja ovog rada su čimbenici, odnosno determinante koje utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Osnovni čimbenici koji će se analizirati su ekonomski, demografski, načini ponašanja pojedinaca, sklonost prema kupnji osiguranja te negativna selekcija. U okviru ekonomskih čimbenika u obzir će se uzeti osobni dohodak, bogatstvo te cijena polica osiguranja, a kod demografskih dob, spol i razina obrazovanja. Za analizu je i izuzetno zanimljivo razmotriti kako će načini ponašanja pojedinaca utjecati na potražnju, pri tom uzimajući u obzir bavljenje sportom, konzumiranje alkohola, cigareta i nezdrave hrane.

1.3. Istraživačke hipoteze

Testirati će se kakav utjecaj na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem imaju varijable kao što su ekonomski i demografski čimbenici, načini ponašanja pojedinaca, sklonost kupnji osiguranja te negativna selekcija.

H_1: EKONOMSKI ČIMBENICI UTJEČU NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

Pod hipotezom da ekonomski čimbenici utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem u obzir se uzimaju čimbenici osobnog dohotka, bogatstvo te cijena police osiguranja. Osobni dohodak i bogatstvo mogu imati dvosmjerni efekt, tj. povećanje bogatstva i osobnog dohotka može djelovati na način da poveća potražnju, ali isto tako da smanji potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Na prvi pogled bi se dalo zaključiti kako bi se povećanjem osobnog dohotka i bogatstva povećala i potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem iz razloga što pojedinci imaju više raspoloživih sredstava. Međutim, pojedinci mogu odlučiti kako ne žele plaćati policu osiguranja, i na taj način imati potencijalni neopravdani trošak (ukoliko ne dođe za potrebom korištenja osiguranja), te preuzeti rizik iz razloga što bi mogli podnijeti potencijalne troškove neosigurane zdravstvene zaštite. Treći čimbenik koji je predmet istraživanja unutar ekonomskih čimbenika je cijena polica osiguranja. Teorijski je nedvojbeno da će manja cijena police osiguranja rezultirati i većom potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

H_2: DEMOGRAFSKI ČIMBENICI UTJEČU NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRASTVENIM OSIGURANJEM

Kod testiranja hipoteze utjecaja demografskih čimbenika u obzir će se uzeti dob, spol i razina obrazovanja. Kada se promatra dob kao varijabla koja utječe na potražnju za promatranim osiguranje, ona se može sagledati s aspekta raspoloživih sredstava i aspekta samog zdravlja pojedinca. Kod starije populacije postoji veća sklonost oboljenjima i potrebama za zdravstvenim osiguranjem. S aspekta samog zdravlja pojedinaca može se zaključiti kako će starija populacija imati veću potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Međutim,

novčani primici mlađe populacije su veći te oni imaju više mogućnosti za kupnju osiguranja, te s tog aspekta može se zaključiti da će mlađa populacija imati veću potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Utjecaj varijable spola može se promatrati kroz stupanj averzije prema riziku. Veći stupanj averzije prema riziku je karakterističan za ženski dio populacije, te se kao posljedica javlja veća potražnja. Obrnut je slučaj kod muškog dijela populacije, jer njih karakterizira manji stupanj averzije prema riziku, što rezultira manjom potražnjom. Ako se promatra razina obrazovanja, u obzir se mora uzeti da obrazovaniji dio populacije ima više znanja o možebitnim oboljenjima, svojstvima te važnosti dodatnog zdravstvenog osiguranja. Na temelju tih činjenica može se reći da će veća razina obrazovanja imati za posljedicu i veću potražnju za promatranim osiguranjem. Također, postoji pozitivan odnos dohotka i razine obrazovanja, odnosno činjenica da s većom razinom obrazovanja dolazi i do većeg dohotka. Posljedično toj činjenici, može se zaključiti kako veća razina obrazovanja rezultira većim dohotkom, a pozitivan odnos te dvije varijable dovodi do rasta potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem zbog veće kupovne moći i znanja. Međutim, moguć je i negativan jer viša razina dohotka obrazovanijih ljudi omogućava im preuzimanje rizika i samostalno pokriće eventualnih troškova zdravstvene zaštite.

H_3: NAČIN I STIL ŽIVOTA UTJEČU NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

Pod hipotezom da način i stil života utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem podrazumijevaju se ovisnost o pušenju, učestalost konzumiranja alkoholnih pića, način prehrane i razina sportske aktivnosti. Pušači i osobe koje su sklonije učestalom korištenju alkoholnih pića i nezdravoj prehrani, zbog negativnih posljedica koje imaju te aktivnosti na njihov organizam su sklonije oboljenjima. Učestalija oboljenja mogu rezultirati većim izdacima za medicinskim uslugama, a kako bi se ti izdaci izbjegli pojedinci su skloniji kupnji dodatnog zdravstvenog osiguranja. Međutim, budući da pušenje cigareta, sklonost alkoholu i nezdravoj prehrani znače i nebrigu za zdravlje, moguće je da je kod ovih pojedinaca smanjena potražnja za zdravstvenim osiguranjem. Veća razina sportske aktivnosti smanjuje učestalost oboljenja, te se kao posljedica javlja manja potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

H_4: SKLONOST ZA DRUGIM OBLICIMA OSIGURANJA UTJEČE NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

Osobe za koje je karakteristična veća sklonost kupnje različitih oblika osiguranja, mogu se definirati kao osobe koje su manje sklone preuzimanju rizika, odnosno posjeduju veću averziju prema riziku. Takvi pojedinci preferiraju se zaštiti od što većeg broja rizika, a kako bi to ostvarili, kupuju veći broj osiguranja. Kako bi pokrili troškove koje stvara kupnja različitih polica osiguranja, moraju raspolagati određenom razinom dohotka. Može se zaključiti kako će veća sklonost za drugim oblicima osiguranja, uz adekvatnu razinu dohotka rezultirati većom potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

H_5: POSTOJI ODNOS IZMEĐU NEGATIVNE SELEKCIJE I POTRAŽNJE ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

Problem negativne selekcije je problem koji je karakterističan za zdravstveno osiguranje. Negativna selekcija je situacija u kojoj osobe koje imaju različit stupanj rizika plaćaju istu cijenu za policu osiguranja. Posljedično tome se javlja da društva za osiguranje formiraju veću cijenu u odnosu na situaciju kada problem ne bi bio prisutan. Rezultat cijelog odnosa je da će zbog rasta cijene osiguranja doći do manje potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranje.

1.4. Ciljevi istraživanja

Temeljni cilj ovog istraživanja je utvrditi glavne čimbenike koji utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem u Hrvatskoj. Kako bi se ostvario temeljni cilj, potrebno je ispuniti određene sporedne ciljeve. Prvi cilj je upoznavanje sa problematikom, na način da se analiziraju slična istraživanja u drugim zemljama. Sljedeći cilj teorijska obrada i upoznavanje sa svim oblicima zdravstvenog osiguranja, kao i s pravnim i regulacijskim okvirom unutar kojeg djeluje dodatno zdravstveno osiguranje. Među ciljevima rada nalazi se i analiza važnosti i uloge zdravstvenog osiguranja, na način da se usporedi s ostalim vrstama osiguranja u Republici Hrvatskoj.

1.5. Metode istraživanja

U ovom radu će se koristiti metode karakteristične za istraživanja:

- **Metoda analize -** metoda kojem se složene cjeline rastavljaju na manje dijelove, a svaki taj dio se zasebno analizira te uspoređuje sa ostalim dijelovima i cjelinom.
- **Metoda sinteze -** manji dijelovi se slažu u cjeline, odnosno složene cjeline, suprotna je metodi analize.
- **Deskriptivna metoda -** metoda koja je namijenjena objašnjavanju određenog predmeta ili tijeka događaja.
- **Metoda usporedbe -** uspoređuje predmet analize i njegovu strukturu sa nekim drugim predmetima i njihovom strukturom.
- **Metoda indukcije -** donošenje općih zaključaka od činjenicama polazeći od pojedinačnih činjenica i zaključaka.
- **Metoda dedukcije -** suprotna je metodi indukcije, polazi se od općih zaključaka prema pojedinačnim činjenicama i zaključcima.
- **Metoda dokazivanja -** potvrđivanje istinitosti nekih tvrdnji.
- **Metoda apstrakcije -** ovom metodom se odvajaju nebitni od bitnih elemenata predmeta istraživanja.
- **Metoda generalizacije -** metoda kojom se od jednog posebnog pojma dolazi do općenitijeg koji je po stupnju viši od ostalih pojedinačnih.
- **Metoda klasifikacije -** sistematska i potpuna podjela općeg pojma na posebne, u okviru opsega pojma.

U radu će se provesti empirijsko istraživanje na temelju anketnog upitnika kojim će se prikupiti potrebni podaci za problem istraživanja. Anketni upitnik će biti sastavljen na temelju postavljenih hipoteza, i provesti će se anketiranjem fizičkih osoba u Republici Hrvatskoj. Podaci će biti obrađeni pomoću programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), a dobiveni rezultati će biti prikazani tablicama, grafovima. U analizi podataka koristit će se statistički testovi.

1.6. Doprinos istraživanja

Razradom izabrane tematike želi se analizirati koji to čimbenici utječu na odluku fizičkih osoba za kupnjom police dodatnog zdravstvenog osiguranja. Empirijskim istraživanjem se mogu utvrditi tipovi pojedinaca koji su skloniji kupnji analiziranog osiguranja, što može koristiti izdavateljima polica dodatnog zdravstvenog osiguranja, odnosno društvima za osiguranje u formiranju proizvoda i usluga osiguranja kojim će zadovoljiti tražene potrebe. Istraživanje bi dalo doprinos domaćoj literaturi s obzirom na skromnu zastupljenost zdravstvenog osiguranja u postojećim empirijskim istraživanjima u području osiguranja.

1.7. Struktura rada

Diplomski rad sastojati će se od 5 poglavlja. Nakon uvoda u rad pojmovno će se definirati zdravstveno osiguranje te navesti i objasniti vrste zdravstvenog osiguranja. Navesti će se slična istraživanja koja su provedena u drugim zemljama. U nastavku poglavlja slijedi upoznavanje sa regulatornim okvirom u kojem zdravstveno osiguranje djeluje. Na kraju poglavlja predstaviti će se osnovne vrste rizika koji su pokriveni dodatnim zdravstvenim osiguranjem, kao i analiza osnovnih problema koji se javljaju pri sklapanju i korištenju polica osiguranja, odnosno problem moralnog hazarda i nepovoljne selekcije.

U trećem dijelu rada navesti će se i objasniti svi čimbenici koji utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. U četvrtom dijelu, na temelju raspoloživih podataka, analizirati će se stanje na tržištu zdravstvenog osiguranja, kako bi se došlo do rezultata o ulozi i značaju zdravstvenog osiguranja na tržištu osiguranja u Republici Hrvatskoj.

U petom poglavlju, koji je namijenjen za empirijsko istraživanje, prikazati će se podaci koji su prikupljeni anketom fizičkih osoba u Republici Hrvatskoj. Prikupljeni podaci će se obraditi u statističkom programu SPSS, a dobiveni rezultati će se prezentirati pomoću grafova i tablica. Dobiveni rezultati će se analizirati i prokomentirati te će se donijeti odluka o odbacivanju/prihvaćanju hipoteze.

U zaključnom dijelu razmotriti će se sve činjenice, informacije te objedinjavanjem pojedinačnih zaključaka donijeti glavni zaključci.

2. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

2.1. Obilježja zdravstvenog osiguranja

2.1.1. Pojam zdravstvenog osiguranja

Zdravstveno osiguranje se može definirati kao osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga. Može se još definirati kao jedinstven sustav unutar kojeg pojedinci ulažu sredstva u zajednički fond kako bi se mogla osigurati zdravstvena zaštita pojedincima. Izvori tog osiguranja mogu biti doprinosi i porezi koji se uplaćuju u neki zajednički fond na temelju određenih zakonskih propisa ili pak premija osiguranja koja se uplaćuje kod privatnih društava za osiguranje. Ukoliko su izvori financiranja zdravstvenog osiguranja doprinosi tada se radi o Bismarckovom modelu, a ukoliko su porezi radi se o Beveridgeovom modelu. Upravo izvori sredstava definiraju temeljnu podjelu zdravstvenih osiguranja na obvezna i dobrovoljna osiguranja. Izvori sredstava obveznih zdravstvenih osiguranja su doprinosi i porezi, dok izvori dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja su uplaćene premije kod privatnih društava za osiguranje. „Može se konstatirati da se sustavi financiranja mogu podijeliti u tri skupine: sustavi financiranja pretežno iz državnog proračuna, sustavi financiranja iz izvanproračunskih fondova (fondovi socijalnog osiguranja), te privatna zdravstvena osiguranja. Glavne razlike između navedenih vrsta financiranja mogu se pronaći u izvorima prihoda te upravljanju potrošnjom“ (Mihaljek, 2014., str. 30.). Kod financiranja zdravstva iz proračuna koriste se svi prihodi iz poreznih i neporeznih izvora te se proračunom raspoređuju na pojedine resore. „Nasuprot tome, u zemljama sa sustavom socijalnog osiguranja zdravstvo se financira iz namjenskih poreza, tzv. obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje čiju osnovicu čine plaće zaposlenih. Radi se o posebnim porezima koji se ne slijevaju u državni proračun zajedno s drugim izvorima prihoda, nego su namijenjeni isključivo financiranju fonda socijalnog osiguranja“ (Mihaljek, 2014., str. 31.). Privatna zdravstvena osiguranja ugovaraju poslodavci za svoje zaposlenike ili građani uplaćuju iz vlastitih sredstava. Koji model financiranja će biti korišten ovisi o mogućnostima, socijalnim i ekonomskim čimbenicima unutar jednog društva. Upravo je financiranje zdravstvenih usluga glavni problem zdravstvenog sustava Republici Hrvatskoj i mnogih drugih zemalja. Zdravstveno osiguranje karakteriziraju mnogobrojne reforme u različitim zemljama.

Mihaljek (2014.) navodi tri glavna razloga za nužnost financijskih reformi u zdravstvu: zaoštravanje krize javnih financija, starenje stanovništva i rast troškova u zdravstvu. Mnoge zemlje pokušavaju zdravstvene usluge približiti što većem broju stanovništva, stoga se javljaju povećani troškovi za zdravstvo, a posljedica svega toga je neučinkovitost zdravstvenog sustava. Osamostaljenjem Republike Hrvatske pojavili su se problemi, iz razloga što se dotadašnji sustav u potpunosti financirao iz doprinosa radno-aktivnog stanovništva. Ratne posljedice kao što su smanjenje radno aktivnog stanovništva, vojna mobilizacija te ratna razaranja doveli su do još većih problema iz razloga što se povećao jaz između prihoda i rashoda u zdravstvenom sustavu. Jaz koji se pojavio bio je pokrivan deficitom u državnom proračunu, međutim taj način nije bio održiv, pa su bile potrebne promjene u vidu reformi. U zadnjih 20-ak godina, u Hrvatskoj su se provodile zdravstvene reforme kako bi se smanjili troškovi zdravstva i povećala njegova učinkovitost te poboljšali zdravstveni pokazatelji. Unatoč reformskim naporima zdravstveni sustav i dalje troši velik dio ukupnih javnih izdataka. Javni izdaci za zdravstvo, koji prema podacima Svjetske banke uključuju izdatke za zdravstvo središnje i lokalne države, zaduženja i donacije te obvezno zdravstveno osiguranje, u stalnom su porastu. Prema podacima Svjetske banke (2017.) 83% zdravstvene potrošnje činu javni izdaci, dok 17% privatni izdaci. Većina javnih izdataka za zdravstvo financira se putem obveznog zdravstvenog osiguranja. Preostali iznos javnih zdravstvenih izdataka pokriva se uglavnom ostalim proračunskim prihodima.

2.1.2. Reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

„Zdravstveni je sustav u Hrvatskoj prije osamostaljenja bio decentraliziran i neučinkovit. Jedinice lokalne samouprave imale su visok stupanj autonomije u području zdravstvenog djelovanja, odluke su se donosile na političkoj razini, dok je nadzor nad zdravstvenim uslugama i utrošenim sredstvima bio zanemariv. Postojao je velik višak nemedicinskog osoblja, a sustav su opterećivale regionalne neravnoteže u financiranju i standardima zdravstvene zaštite“ (Broz, Švaljek, 2014., str. 52.). Džakula, Mastelica i Vončina (2007.) takav sustav su okarakterizirali kao jedinstvenu mješavinu fondova zdravstvenog osiguranja, zanemarenih mreža primarne zdravstvene zaštite, kvaziautonomnih zdravstvenih organizacija i ‘samoupravljačkih’ vlasti.

Reforma je krenula 1990. godine s centralizacijom sustava prikupljanja sredstava i pojačanom državnom kontrolom nad upravljanjem i financiranjem. U to je vrijeme najveći problem bilo

financiranje sustava, budući da se hrvatska ekonomija nalazila u ozbiljnim gospodarskim poteškoćama. Reformi zdravstva iz 1993. godine bio je cilj zaustaviti financijsku krizu zdravstvenog sustava nastalu tijekom 1992. godine. „Kriza je bila posljedica neusklađenosti rashoda s padajućim prihodima uzrokovanim teškom gospodarskom i političkom situacijom. Reformom iz 1993. godine doneseni su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranja kojim je osnovan Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) te je HZZO postao središnja ustanova za financiranje zdravstva“ (Broz, Švaljek, 2014., str. 53.). Osim toga, smanjen je obujam “besplatnih” zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem, uvedeni su pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem te su postavljeni temelji za privatno zdravstveno osiguranje. Iako je zdravstveni sustav u prvim godinama nakon reforme financijski stabiliziran, to nije bio rezultat kontrole nad rashodima te su ukupni izdaci za zdravstvo nastavili snažno rasti. Novom reformom 2000. godine objavljena je provedba nove zdravstvene reforme. Novi Zakon o obveznom osiguranju uveo je određen broj mjera kako bi se ograničio obuhvat “besplatnih” zdravstvenih usluga i povećali prihodi HZZO-a. „Povećana je participacija za niz zdravstvenih usluga, uvedeno je dopunsko osiguranje čija je svrha bila pokrivanje razlike između pune cijene zdravstvene usluge i cijene koja se podmiruje putem HZZO-a i smanjena je najniža visina naknade za bolovanje s 80 na 70 posto osnovice za naknadu“ (Zrinščak, 2007., str. 204.). Vončina, Džakula i Mastilica (2007.) navode da je uključivanjem dodatnih izvora financiranja, ugroženo načelo dostupnosti zdravstvenih usluga, dok problemi relativno visoke zdravstvene potrošnje i neučinkovitosti nisu odgovarajuće riješeni. Stoga, reforma ponovno nije uspjela uskladiti prihode i rashode HZZO-a te je HZZO nastavio generirati gubitke koji su se retroaktivno pokrivali iz državnog proračuna. Takvo retroaktivno pokrivanje nije poticalo HZZO na učinkovitost, budući da se pretpostavljalo da će se svi gubici zdravstvenog sustava podmiriti iz proračuna. Novom Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva, koja je donesena u 2006. godini, ponovno se pokušalo osmisliti cjelovitu viziju razvoja zdravstvenog sustava te riješiti nagomilane financijske poteškoće (Ministarstvo zdravlja, 2012). Jafarov i Gunnarson (2008.) zaključuju da je hrvatski zdravstveni sustav bio učinkovit s obzirom na visinu dohotka i izdataka za zdravstvo po stanovniku, ali su ipak mnogi elementi zdravstvenog sustava upućivali na neučinkovitost. Javni izvori i dalje nisu bili dovoljno visoki da pokriju troškove financiranja zdravstvenog sustava te je zdravstveni sustav u cjelini generirao veće rashode od prihoda. Osim toga, HZZO i javne zdravstvene ustanove ponovno su imali visoke neplaćene dospjele obveze. Na porast potrošnje zdravstvenih usluga i javnih izdataka za zdravstvo utjecali su i dalje niska participacija i širok obuhvat oslobođenja od plaćanja zbog čega su usluge javnog

zdravstvenog sustava s gledišta građana bile gotovo besplatne. Fokus financijskog dijela reforme bio je stoga na obuzdavanju rasta javnih troškova, u prvom redu lijekova. Zbog toga su uvedene dvije liste lijekova. Osnovna lista lijekova bez plaćanja participacije na kojoj se nalaze većinom generički lijekovi i dopunska lista lijekova s doplatom osiguranika. „Međutim, nastavak rasta troškova i akumulacija dospjelih dugovanja u idućim godinama, pogotovo za lijekove, pokazuju da reforma iz 2008. godine ponovno nije uspjela u dugoročnoj financijskoj stabilizaciji sustava“ (Broz, Švaljek, 2014., str. 72.). Osim početne financijske stabilizacije, kao pozitivan rezultat ističe se to što su diversificirani izvori prihoda, što je prvi korak prema rasterećenju plaća; zaustavljen je rast određenih kategorija rashoda za zdravstvenu zaštitu (izdaci za lijekove); smanjeno je prosječno trajanje bolovanja i broj osoba na bolovanju, zbog čega je zaustavljen rast naknada za bolovanje; napravljena su određena organizacijska unapređenja (nabava, informatizacija, plaćanje prema dijagnostičkoterapijskim skupinama); te je povećano zadovoljstvo građana zdravstvenim uslugama. S druge strane, novi prihodi prelili su se u značajan rast izdataka za zdravstvo u jeku gospodarske krize, zdravstvene ustanove i dalje generiraju neplaćene dospjele obveze te je zbog prebacivanja dijela tereta financiranja na građane povećan udio izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava. Reforma i dalje nije riješila problem korupcije u zdravstvu i efikasnost u poslovanju zdravstvenih ustanova. Ostaju i neka neodgovorena pitanja. Dopunsko zdravstveno osiguranje pridonijelo je porastu prihoda, ali je saldo dopunskog zdravstvenog osiguranja negativan. Je li visina premije dopunskog zdravstvenog osiguranja dovela do nepovoljnog odabira? Budući da je cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja smanjena u 2013. godini, prihodi HZZO-a po toj će se osnovi smanjiti, a problem nepovoljnog odabira mogao bi se povećati, što bi moglo utjecati na veći porast rashoda dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osim toga, nakon reforme došlo je do ujednačavanja udjela izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava za različite dohodovne skupine. „Je li doista teret financiranja jednako dostupnih zdravstvenih usluga ravnomjernije raspoređen, ili manje imućni građani odustaju od zadovoljavanja potrebe za zdravstvenim uslugama zbog porasta njihove cijene? Uz to valja napomenuti da su, unatoč određenim unapređenjima, financijski podaci o zdravstvenom sustavu i dalje oskudni i nedovoljno dostupni“ (Broz, Švaljek, 2014., str. 72.).

2.1.3. Vrste zdravstvenog osiguranja

Zdravstveno osiguranje obuhvaća: obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Iz navedena dva stupa zdravstvenog osiguranja proizlaze četiri oblika zdravstvenog osiguranja: osnovno, dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.

Obvezno zdravstveno osiguranje obuhvaća zdravstveno osiguranje u i izvan rada (obvezni doprinos iz plaće i na plaću, a provodi ga HZZO) i zdravstveno osiguranje za vrijeme rada (prema čl. 51. Zakona, a provode ga društva za osiguranje).

„Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno“ (http://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/, 12.06.2018.). Osnovnim zdravstvenim osiguranjem u Republici Hrvatskoj osiguravaju se svim osiguranicima prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja na temelju dvaju načela: načelo uzajamnosti i načelo solidarnosti. Osnovno zdravstveno osiguranje financira se iz doprinosa i proračuna. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (2006.) definirana su prava, obveze i osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja. Opseg prava koje imaju osiguranici određuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministarstva zdravstva, a svi osiguranici imaju jednaku razinu zdravstvene zaštite, bez obzira na to koliko novca uplaćuju u taj oblik osiguranja. Prava i obveze koje pripadaju osiguranim osobama nisu prenosiva niti se mogu nasljeđivati (iznimku čine dospjela primanja za isplatu koja su ostala neisplaćena zbog smrti osigurane osobe). Osiguranim osobama u sustavu osnovnog zdravstvenog osiguranja smatraju se osiguranici HZZO-a, članovi obitelji osiguranika (supružnik, djeca, roditelji) i druge osobe osigurane u određenim okolnostima. Osobama koje su zaposlene prema ugovoru o radu, odnosno na probni rok, određeno ili neodređeno vrijeme, poslodavac je dužan uplaćivati doprinose na zdravstveno osiguranje u vrijednosti 15% bruto plaće. Poslodavac je obvezan u roku od 15 dana od sklapanja ugovora o radu uručiti radniku primjerak prijave za obvezno mirovinsko i zdravstveno osiguranje. Ako osiguranici prekinu radni odnos, trebali bi u roku 30 dana podnijeti prijavu Zavodu za zdravstveno osiguranje za vraćanje statusa osiguranika, odnosno osigurane osobe na temelju novih okolnosti. Prava na zdravstvenu zaštitu obuhvaćaju primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, pravo na korištenje lijekova koji su obuhvaćeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, pravo na dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala

Zavoda, pravo na ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda, pravo na zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim zemljama. Prava na novčane naknade obuhvaćaju naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad uzrokovane priznatom ozljedom na radu, naknade za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja je posljedica priznate ozljede na radu, naknadu za troškove pogreba kada je smrt neposredna posljedica priznate ozljede na radu. Bolovanje se zakonski definira kao izostanak s posla zbog bolesti ili ozljede odnosno drugih okolnosti. Naknadu plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava: pravna osoba za prvih 42 dana bolovanja, kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koji ga je uputila pravna ili fizička osoba ili je samo zaposlen u inozemstvu, pravna osoba za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom odnosno pravna ili fizička osoba, za osiguranika – invalida rada za prvih sedam dana bolovanja. Naknadu plaća za vrijeme bolovanja od 43. dana obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba, uz obvezu HZZO-a da vrati isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

„Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u raznim pojavnim oblicima, nadopunjuje javno zdravstveno osiguranje u svim zemljama Europske unije, pružajući osiguraniku mogućnost ostvarenja standarda višeg od onog koji je zagarantiran osnovnim osiguranjem te kvalitetniju i bržu realizaciju nekih zdravstvenih usluga“ (Vehovec, 2014., str. 112.). Kako bi se omogućio što veći standard i kvaliteta zdravstvenih usluga, kako bi se racionalizirao zdravstveni sustav i rasteretio državni proračun potrebno je veće sudjelovanje pojedinaca u financiranju zdravstva,. Postoje dva osnovna tipa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i to: dopunsko zdravstveno osiguranje i dodatno zdravstveno osiguranje.

1. Dopunsko zdravstveno osiguranje omogućava korištenje zdravstvenih usluga koje su isključene ili nisu potpuno pokrivene javnim zdravstvenim sustavom. Definirano je Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u kojem se navode prava koje dopunsko zdravstveno osiguranje pruža. „Njime se osigurava pokriće cijelog iznosa naknade za određenu medicinsku uslugu (npr. bolnički trošak, posjet liječniku opće prakse, specijalistu, stomatologu, ginekologu i sl.), odnosno za dio iznosa naknade različitih vrsta participacija (engl. co-payments), kao što su npr.: lijekovi i stomatološke usluge (Belgija, Danska, Švedska), za ambulantnu zdravstvenu zaštitu (Francuska), za bolničku skrb (Irska, Luksemburg), za operacije, stomatologa i sl. (Slovenija). Pokriće

se bitno razlikuje od države do države, a često se preklapa ili čak kombinira s dodatnim zdravstvenim osiguranjem“ (Vehovec, 2014., str. 113.). Police osiguranja moguće je ugovoriti kod HZZO-a ili društva za osiguranje. Cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja kod društva za osiguranje ovisi o ugovorenom opsegu pokrića, pristupnoj dobi, osiguranoj svoti, franšizi i slično. Važan čimbenik koji utječe na poziciju komercijalnih osiguratelja je HZZO koji kao regulator i provoditelj ovog osiguranja može utjecati na iznose sudjelovanja zdravstvenoj zaštititi, a kao posljedica se javlja rizik nekontroliranog povećanja participacije i time obveze prema osiguranicima, što na kraju utječe na poslovanje društava za osiguranje.

2. Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006.) dodatno zdravstveno osiguranje je definirano kao zdravstveno osiguranje koji omogućava viši standard i veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u usporedbi sa obveznim zdravstvenim osiguranjem, i pojavljuje se kao nadogradnja istog. Dodatno zdravstveno osiguranje provode isključivo društva za osiguranje. Definirano je Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, u kojem su navedena prava, obveze i uvjeti provođenja istog. Uređuje se ugovorom o dodatnom zdravstveno osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja. Osiguratelj je obvezan sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom HZZO- a koja se želi osigurati za prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja po programima osiguranja. Također, dužan je za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dodatnog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja. „Pri formiranju premije osiguranja osiguratelji vode računa o opsegu pokrivenosti zdravstvenih usluga policom osiguranja i rizičnosti osiguranika uzimajući u obzir njegovu dob, spol, tablice bolesti, tablice smrtnosti, bonus, malus, trajanje ugovora o osiguranju te njegovo trenutno zdravstveno stanje“ (Vehovec, 2014., str. 117.). U Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006.) je navedeno kako dodatno zdravstveno osiguranje pruža mogućnost primanja zdravstvene usluge koja je iznad standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, korištenje većeg broja zdravstvenih usluga, korištenje pomagala i nadomjestaka izvan standarda obveznog zdravstvenog osiguranja, pokriće troškova zdravstvenih usluga koje ne pokriva obvezno zdravstveno osiguranje, kao i isplatu novčanih naknada iznad iznosa utvrđenih u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Vehovec (2014.) definira tri modela za ostvarivanje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja:

Model vlastitih zdravstvenih ustanova - osiguratelj ima potpunu kontrolu nad upravljanjem, troškovima, radom i kvalitetom. Ovakav model iziskuje veće operativne troškove i ulaganja, a geografski je ograničen brojem i smještajem zdravstvenih ustanova.

Model ugovornih zdravstvenih ustanova - radi se o čistom ugovornom odnosu između osiguratelja i pružatelja medicinskih usluga, pa su za osiguratelja troškovi manji, ima na raspolaganju puno veću geografsku pokrivenost tržišta i mogućnost pružanja medicinskih usluga. Nedostatak je što osiguratelj ne utječe na troškove poslovanja suradne ustanove, niti može neposredno nadzirati kvalitetu usluge.

Mješoviti model zdravstvenih usluga - to je model kojim se nastoji iskoristiti prednosti svakog od modela, i s druge strane izbjeći nedostatke.

2.2. Rizici pokriveni dodatnim zdravstvenim osiguranjem

Dodatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje predstavlja nadogradnju obveznog zdravstvenog osiguranja. Pojedinci kupuju dodatno zdravstveno osiguranje kako bi se zaštitili od rizičnih događaja koji nanose gubitke i štete pojedincima. Andrijašević i Petranović (1999.) objašnjavaju razliku između rizika i neizvjesnosti. Neizvjesnost definiraju kao nesigurnost i nedostatak znanja o vjerojatnosti nastupanja budućeg događaja, odnosno to je osobna procjena objektivne rizične situacije što znači da neizvjesnost ima subjektivan karakter i nemjerljiva je. Rizik definiraju kao empirijski mjerljiv pojam koji predstavlja objektiviziranu vjerojatnost nastupanja budućeg događaja. Na temelju pojašnjenja pojma rizika i neizvjesnosti može se zaključiti kako je rizik osigurljiv, a neizvjesnost neosigurljiva.

Andrijašević i Petranović (1999.) dijele rizike na osigurljive i neosigurljive. Osigurljive rizike definiraju kao one za koje postoji tehnička osnova za utvrđivanje njihove veličine, a mogu biti imovinski rizici, osobni rizici i rizici od odgovornosti. Imovinski rizici su financijski gubici zbog fizičkog oštećenja, uništenja, krađe imovina, gubitka zarade, pojava ekstra troškova itd. Osobni rizici su oni koji uzrokuju smanjenje ili gubitak financijske sigurnosti kao posljedica smrti, starosti ili bolesti. Rizici od odgovornosti su rizici koji uzrokuju štete na imovini, zdravlju ili životu treće osobe. Neosigurljive rizike definiraju kao one rizike za koje osiguratelj nema stvarnu osnovu za određivanje premije, a mogu biti politički rizici, tržišni rizici, osobni rizici i

rizici u proizvodnji. Politički rizici nastaju kao posljedica političkih odluka kao što su visina poreznog opterećenja, konvertibilnost valute i sl. Tržišni rizici nastaju zbog promjena cijena, ponašanja potrošača, konkurencije i sl. Osobni rizici su gubici koji nastaju zbog neodgovarajućeg obrazovanja, gubitka zaposlenja i drugih čimbenika. Rizici u proizvodnji su gubici koji nastaju zbog zastarjele tehnologije, nedostatka resursa, tehničkih problema i drugih čimbenika.

Rizici koji su pokriveni dodatnim zdravstvenim osiguranjem ovise o proizvodima različitih društava za osiguranje. Društva za osiguranje koja se bave dodatnim zdravstvenim osiguranjima u Republici Hrvatskoj su Agram osiguranje, Croatia osiguranje, Grawe osiguranje, Merkur osiguranje, Triglav osiguranje i Uniqa osiguranje. Sva navedena društva za osiguranje posjedu raznoliku ponudu dodatnog zdravstvenog osiguranja, u kojoj kupac može odabrati paket koji odgovara percepciji njegovog rizika. Croatia osiguranje (http://www.crosig.hr/hr/osiguranja/zdravlje/ , 12.06.2018.) tako nudi široki opseg proizvoda dodatnog zdravstvenog osiguranja. Na web stranici Croatia osiguranja je vidljivo kako njihove police omogućuju sistematske preglede kojim se vrši dijagnostika za žene i muškarce, te dentalne preventivne preglede. Također, omogućeni su specijalistički pregledi (pregledi kod neurologa, ortopeda, radiologa i sl.), medicinska dijagnostika (EKG, UZ srca i krvnih žila, EEG i dr.), endoskopija (oftalmoskopija, laringoskopija i sl.), labaratorijske pretrage (mjerenje kolesterola, pretrage urina i sl.), magnetska rezonancija, CT (kompjutorizirana tomografija), hormoni i tumorski markeri, usluge dentalne medicine, operacije i mali operativni zahvati, naknada za boravak u bolnici, liječničko mišljenje, kućna njega i rehabilitacija, komplementarna medicina (akupunktura, kiropraktika), zdravstveno osiguranje za vrijeme putovanja i boravka u inozemstvu, usluge osobnog asistenta. Postoje posebni paketi za djecu koje nudi Uniqa osiguranje (https://www.uniqa.hr/fizicke-osobe/imovina-osobe/zdravstveno-osiguranje/, 12.06.2018.), a koji nudi pregled ortopeda, ultrazvuk kukova, pokretni laboratorij, ortopedska i druga medicinska pomagala, te stomatološke usluge. Sve navedene usluge koje su pokrivene policama dodatnog zdravstvenog osiguranja omogućuju prevenciju, otkrivanje te otklanjanje zdravstvenih poteškoća.

2.3. Problem nepovoljne selekcije i moralnog hazarda

Eakins i Mishkin (2005.) definiraju asimetrične informacije kao problem koji nastaje iz razloga što jedna strana često ne zna dovoljno o drugoj strani da bi donijela točne odluke. Kod zdravstvenog osiguranja ovakav se problem može dogoditi jer je ugovaratelj osiguranja bolje upoznat sa zdravstvenom situacijom korisnika osiguranja od osiguratelja. Problem asimetričnih informacija se može dogoditi prije i poslije ulaska u transakciju. „Negativna selekcija je problem povezan s asimetričnim informacijama koji se pojavljuje prije nastanka transakcije“ (Eakins, Mishkin, 2005., str. 377.). Taj se problem na tržištu zdravstvenog osiguranja može opisati kao situacija u kojoj će osobe s lošijim zdravstvenim stanjem više tražiti zdravstveno osiguranje, što će dovesti do većih gubitaka kod osiguratelja. Kao posljedica, premija osiguranja će biti veća, a kako je premija osiguranja zapravo cijena osiguranja, prema zakonu ponude i potražnje doći će do manje potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. S druge strane, moralni hazard je problem koji nastaje nakon transakcije, kod kojeg se povećava vjerojatnost nastanka štete uslijed nepoštenih i nemoralnih postupaka osiguranika. „Nepoštene namjere i postupci u pravilu podrazumijevaju obeštećenja osiguranika iznad vrijednosti stvarne štete ili zahtjeve za isplatom šteta koje se nisu dogodile kao posljedica nastanka osiguranog događaja“ (Ćurak, Jakovčević, 2007., str. 64.). Ovakav tip moralnog hazarda Harrington i Niehaus (2003.) nazivaju ex-ante moralni hazard. Prethodno dva navedena autora spominju i ex-post moralni hazard koji se javlja u situaciji kad korisnik osiguranja pretjerano koristi zdravstveno osiguranje, odnosno kad pacijent prima zdravstvenu skrb čiji troškovi premašuju očekivanu korisnost za pacijenta. Postoji i situacija u kojoj se pružatelji zdravstvene skrbi pojavljuju kao hazarderi. Ova situacija se javlja iz razloga što pružatelji zdravstvene skrbi više znaju o uslugama koje su potrebne pacijentima od osiguratelja i samog pacijenta. Na taj način mogu utjecati na potražnju za uslugama koje pružaju. Ovaj tip moralnog hazarda postoji jer je osigurateljima teško dokazati kolika je optimalna količina zdravstvene skrbi potrebna osiguraniku. Taj problem osiguratelji rješavaju osnivanjem vlastitih zdravstvenih ustanova, ili sklapanjem ugovora s nekom od zdravstvenih ustanova koje već postoje na tržištu.

3. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA POTRAŽNJU ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

U ovom djelu rada analizirati će se pretpostavljeni čimbenici koji utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Analizirati će se utječu li ekonomski i demografski čimbenici, način i stil života, te sklonost za drugim oblicima osiguranja utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Također, analizirati će se postoji li odnos između negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

3.1. Ekonomski čimbenici

Ekonomski čimbenici za koje se pretpostavlja da utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem su osobni dohodak, bogatstvo i cijena police osiguranja.

3.1.1. Osobni dohodak

Osobni dohodak se može definirati kao dohodak ostvaren temeljem renti, rada, dividendi i kamata. Osobni dohodak je u direktnoj vezi s bogatstvom, iz razloga što povećanjem dohotka dolazi do većeg raspoloživog novca, a posljedično do povećanja bogatstva. Istraživanje kojeg su proveli Ghaderi, Gorji, Mahdavi i Mutlagh (2015.) pokazuje kako je potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem rastuća funkcija dohotka. Također, isti odnos je dokazan istraživanjem kojeg su proveli Lange, Schiller i Steinhorth (2015.). Pretpostavka da će s rastom osobnog dohotka doći do veće potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem postoji iz razloga što pojedinac raspolaže većom kupovnom moći. Međutim, s druge strane pojedinac može prihvatiti rizik kako bi izbjegao trošak premije osiguranja, jer ukoliko dođe do potrebe za liječenjem raspolaže dovoljnom količinom sredstava da pokrije troškove liječenja.

3.1.2. Bogatstvo

Bogatstvo je varijabla koja je funkcija osobnog dohotka, odnosno veća razina dohotka dovodi do rasta bogatstva. Veća razina bogatstva dovodi do veće kvalitete života. Bogatstvo omogućava kvalitetniju izobrazbu, produktivnost, sposobnost učenja, kvalitetniju prehranu i adekvatniju zdravstvenu zaštitu. Kvalitetnija izobrazba u kombinaciji sa dostupnošću informacija dovodi do većih znanja o zdravijem načinu života, a kao posljedica se javlja zdravije stanovništvo. Također, veća razina bogatstva omogućuje lakšu dostupnost zdravstvene skrbi, te naposljetku daje mogućnost pojedincima da uz kvalitetnu zdravstvenu skrb otklone zdravstvene anomalije. U istraživanju Eurofounda (2014.) analizira se odnos između postojanja zdravstvenih problema i siromaštva stanovništva u Republici Hrvatskoj. „Zdravstveni problemi imaju ozbiljne posljedice ne samo za pojedince i njihove obitelji, već i za blagostanje društva. Loše je zdravlje posljedica i uzrok nejednakosti, siromaštva i isključenosti“ (Eurofound, 2014., str. 41.). Može se zaključiti kako će veća razina bogatstva povećati potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Međutim, pojedinci se mogu odlučiti da neće kupiti policu dodatnog zdravstvenog osiguranja kako bi izbjegli moguće nepotrebne troškove u obliku premije, jer svojim bogatstvom mogu pokriti moguće troškove liječenja.

3.1.3. Cijena police osiguranja

Cijena police osiguranja se naziva premija. Ćurak i Jakovčević (2007.) definiraju premiju kao prosječni trošak kojim osiguranik transferira brigu o riziku i njegovim posljedicama na društvo za osiguranje. Utjecaj cijene police osiguranja na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem može se analizirati pomoću zakona potražnje. Odnos između potražnje i količine je obrnuto proporcionalan, odnosno veća cijena rezultira manjom potražnjom. Može se zaključiti kako će veća cijena police osiguranja rezultirati manjom potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, uz ostale nepromijenjene uvjete.

3.2. Demografski čimbenici

3.2.1. Dob

U svijetu je prisutan demografski trend starenja stanovništva, i to iz razloga dužeg životnog vijeka i pada stope nataliteta. Zdravstvena politika se mora prilagoditi trendu starenja stanovništva kako bi se poboljšala sigurnost, zdravlje, funkcionalna sposobnost starijeg stanovništva. Eurofound (2014.) u svom istraživanju navodi kako osobe starije životne dobi imaju više problema sa zdravljem od osoba mlađe životne dobi. Rodriguez i Stoyanova (2003.) u svom istraživanju dolaze do zaključka da s rastom godina dolazi do rasta potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Alberto Ando i Franco Modigliani su stvorili teoriju životnog ciklusa koja govori kako odnos dohotka i potrošnje nije isti tijekom cijelog života. Teorija opisuje tipičnog potrošača kao osobu koja na početku i na kraju svog životnog vijeka više troši nego što zarađuje, dok u srednjoj fazi svog života više zarađuje nego što troši. Na temelju ove teorije može se zaključiti da će osobe srednje životne dobi zbog većeg raspoloživog dohotka više kupovati police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

3.2.2. Spol

Razlike između žena i muškaraca postoji u velikom broju aspekata ljudskog života. Između muškaraca postoje biološke razlike, razlikuju se položaju i odgovornosti u zajednici i obitelji. Navedene razlike utječu na postojanje razlike u averziji prema riziku muškaraca u odnosu na žene, odnosno žene posjeduju veću averziju prema riziku. Također istraživanja pokazuju da spol utječe na psihičko zdravlje. Psihičkim poremećajima kao što su depresija i anksioznost su sklonije žene. Istraživanje koje provode Rodriguez i Stoyanova (2003.) pokazuje kako je veći broj korisnika dodatnog zdravstvenog osiguranja ženskog spola. Navedene činjenice ukazuju kako žene karakterizira veća sklonost kupnji dodatnog zdravstvenog osiguranja, odnosno da spol utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. S druge strane, istraživanje Eurofounda (2014.) pokazuje suprotno. „Analiza percepcije općeg zdravlja građana Hrvatske prema njihovim socio-demografskim obilježjima pokazala je da ne postoje značajne razlike

između muške i ženske populacije“ (Eurofound, 2014, str., str. 37.). Temeljem istraživanja Eurofounda može se zaključiti da spol ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

3.2.3. Razina obrazovanja

Razina obrazovanja je povezana direktno s ulogom u društvu. Veća razina obrazovanja rezultira i većom ulogom u društvu, odnosno dolazi do rasta dohotka i moći. S rastom moći pojedinac može utjecati na društvo i stvarati okolinu koja će biti sigurnija, zdravija i više povezana. S individualnog aspekta, razinu obrazovanja možemo povezati sa znanjima i vještinama. Veća znanja i bolje vještine mogu rezultirati većom količinom dostupnih informacija i usluga koje mogu pospješiti zdravlje pojedinca i s njim povezanih osoba. Veća znanja kod obrazovanijih osoba se mogu promatrati s aspekta veće spoznaje o važnosti zdravstvenog osiguranja. Sve navedene činjenice upućuju na zaključak kako će osobe s višom razinom obrazovanja imati veću sklonost kupnji dodatnog zdravstvenog osiguranja. Ovakav tip ponašanja primarno je rezultat više razine raspoloživog dohotka, te bolje spoznaje o važnosti kupnje dodatnog zdravstvenog osiguranja uslijed svih zdravstvenih izazova koji se javljaju u današnjem modernom svijetu. Istraživanja koje provode Rodriguez i Stoyanova (2003.) te Lange, Schiller i Steinhorth (2015.) pokazuju kako s većom razinom obrazovanja raste potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

3.3. Način i stil života

Analizirajući utjecaj načina i stila života na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem u obzir će se uzeti pušenje, bavljenje sportom, način prehrane i konzumiranje alkohola. Konzumiranje duhanskih proizvoda je vodeći rizični čimbenik za obolijevanje i prijevremeno umiranje. „Duhanska epidemija ubija 5,4 milijuna ljudi godišnje putem raka pluća, bolesti srca i drugih bolesti“ (Belavić, Hemen, Mayer, Šimetin, 2016., str. 48.). Pušenje povećava rizik različitih oboljenja, a što uzrokuje veću potrebu za zdravstvenim uslugama i posljedično tome i veću potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Razina sportske aktivnosti pozitivno

djeluje na fizičko i psihičko stanje čovjeka. U istraživanju WHO-a (2003.) navodi se kako redovna tjelesna aktivnost smanjuje rizik smrti u ranoj dobi, smanjuje rizik srčanih oboljenja, regulira tjelesnu težinu, smanjuje stres, sprječava razvoj karcinoma, sprječava bol u leđima, izgrađuje zdrave kosti i mišiće. Može se zaključiti kako će veća razina sportske aktivnosti pojedinaca pozitivno utjecati na zdravlje pojedinaca, smanjiti potrebu za zdravstvenim uslugama, a kao rezultat se javlja manja potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Vrlo važan čimbenik dobrog zdravlja i kvalitete života je način prehrane. „Način prehrane i života definitivno je povezan s nastankom dijabetesa, osteoporoze, bolestima sustava za probavu, imunološkog sustava, živčanog sustava i generalno za zdravljem cijelog organizma, pa se i u ovim slučajevima bolesti mogu prevenirati“ (Alibabić, Mujić, 2016., str. 2.). Pravilan način prehrane može se prikazati piramidom prehrane na slici 1.

Slika 1 Piramida zdrave prehrane

Izvor: http://www.herba.hr/piramida-pravilne-prehrane-z66 (15.04.2018.)

Pravilna prehrana utječe na zdravlje stanovništva što dovodi do manje potrebe za zdravstvenim uslugama. Može se zaključiti da pravilan način prehrane utječe na manju potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Prekomjerno konzumiranje alkohola djeluje negativno na fizičko i

mentalno stanje čovjeka. „Konzumiranje alkohola je zaslužno za negdje oko 10% smrtnih slučajeva, uzrokujući tuberkulozu, epilepsiju, moždani udar, bolesti srca“ (WHO, 2014., str. 47.). Za posljedicu se javlja veća potreba za zdravstvenim uslugama, a posljedično tome i veća potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Rodriguez i Stoyanova (2003.) u svom istraživanju dolaze do zaključka da uporabom duhanskih proizvoda i alkohola potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem se smanjuje. Ovakav se odnos može objasniti neurednijim načinom života pojedinaca sklonih uporabi alkohola i duhanskih proizvoda, koji su skloniji preuzimanju rizika.

3.4. Sklonost za drugim oblicima osiguranja

Pojedinci su izloženi mnogim rizicima, a kao zaštita od tih rizika javljaju se različiti oblici životnih i neživotnih osiguranja. Neživotno osiguranje obuhvaća transportna osiguranja, osiguranja imovine u užem smislu, osiguranja od odgovornosti, kreditna osiguranja, osiguranja osoba i obvezna osiguranja u prometu. Životna osiguranja uključuju osiguranja za slučaj smrti, doživljenja i mješovita osiguranja. Ključni čimbenik koji će utjecati na razinu sklonosti za osiguranjem je averzija prema riziku. Pojedinci s većom averzijom prema riziku će biti sklonije kupnji osiguranja. Lange, Schiller i Steinhorth (2015.) testirajući utjecaj sklonosti za osiguranjem, dolaze do zaključka kako povećanom sklonošću za osiguranjem se povećava potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

3.5. Negativna selekcija

„Negativna selekcija je problem povezan s asimetričnim informacijama koji se pojavljuje prije nastanka transakcije. Stranke koje najčešće proizvode loš rezultat najčešće žele poduzeti transakciju“ (Eakins, Mishkin, 2005., str. 377.). Iz kuta dodatnog zdravstvenog osiguranja negativna selekcija se može opisati kao situacija u kojoj će osobe koje su sklonije oboljenju više kupovati police dodatnog zdravstvenog osiguranja. Iz razloga što osiguratelj ne može razlikovati osiguranike prema visini rizika, premija osiguranja će biti veća nego u situaciji da je osiguravatelj to u mogućnosti. Prema zakonu potražnje veća cijena osiguranja rezultira manjom potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

4. ANALIZA TRŽIŠTA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

U ovom poglavlju analizirati će se tržište zdravstvenog osiguranja. Putem analize pokušati će se utvrditi položaj, značenje i udjel tržišta zdravstvenog osiguranja u odnosu na druga tržišta osiguranja. Analizirati će se premije zdravstvenog osiguranja i iznos likvidiranih šteta. Navedeni podaci usporediti će se podacima o ostalim osiguranjima, te će se analizirati njihov udio u neživotnom i ukupnom osiguranju. Također, promatrati će se njihovo kretanje u razdoblju od 2003. do 2016. godine. Isto tako ovi podaci će se koristiti za analizu dodatnog zdravstvenog osiguranja, koje će se usporediti s ukupnim zdravstvenim osiguranjem. Zadnji dio poglavlja je namijenjen za usporedbu kretanja bruto premije i BDP-a.

U 2016. godini ukupna premija zdravstvenog osiguranja iznosila je 409 205 733 kn, dok je u istoj godini vrijednost premija svih vrsta osiguranja 8 761 130 165, što predstavlja udio ukupne premije zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja u visini 4,67%. U 2015. godini ukupna premija zdravstvenog osiguranja je 329 277 731 kn, dok za isto razdoblje ukupna premija svih osiguranja iznosi 8 724 673 020, što predstavlja udio premije zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja u visini od 3,77%. Analizirajući vrijednosti ukupnih premija zdravstvenog osiguranja u 2015. i 2016. godini pokazuje se da je apsolutna promjena pozitivna i iznosi 79 928 002, a relativna promjena 24,3%. Ista usporedba za ukupne premije svih osiguranja pokazuje da je apsolutna promjena također pozitivna i iznosi 36 457 145, a relativna promjena je 0,4%. Iz usporedbe udjela s ostalim vrstama osiguranja uočava se da je premija zdravstvenog osiguranja 6. po redu. Iz usporedbe relativne promjene visine premije osiguranja može se zaključiti kako samo dvije vrste osiguranja bilježe veći rast, i to osiguranje jamstva i osiguranje pravne zaštite. Usporedbom relativne promjene zdravstvenog osiguranja i ukupnih premija svih osiguranja, može se zaključiti kako zdravstveno osiguranje ima znatno viši rast, a razlika je 23,9 postotnih bodova. Analizirani podaci se mogu vidjeti u tablici 1.

Tablica 1 Zaračunata premija po vrstama osiguranja

Šifra	Vrsta osiguranja	zaračunata bruto premija u kn 2015.	udio u %	zaračunata bruto premija u kn 2016.	udio u %	% promjene 16/15
1	Osiguranje od nezgode	477 047 174	5,47%	475 196 860	5,42%	-0,40%
2	Zdravstveno osiguranje	329 277 731	3,77%	409 205 733	4,67%	24,30%
3	Osiguranje od cestovnih vozila-kasko	714 286 546	8,19%	803 831 412	9,17%	12,50%
4	Osiguranje od tračnih vozila-kasko	7 100 281	0,08%	4 552 087	0,05%	-35,90%
5	Osiguranje od zračnih letjelica-kasko	11 105 399	0,13%	10 793 612	0,12%	-2,80%
6	Osiguranje plovila	161 345 418	1,85%	141 464 234	1,61%	-12,30%
7	Osiguranje robe u prijevozu	39 305 164	0,45%	33 837 934	0,39%	-13,90%
8	Osiguranje od požara i elementarnih šteta	566 815 699	6,50%	575 659 533	6,57%	1,60%
9	Ostala osiguranja imovine	597 794 629	6,85%	586 944 949	6,70%	-1,80%
10	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu motornih vozila	2 101 686 783	24,09%	2 042 861 615	23,32%	-2,80%
11	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu zračnih letjelica	7 448 842	0,09%	7 194 662	0,08%	-3,40%
12	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu plovila	45 008 763	0,52%	43 527 300	0,50%	-3,30%
13	Ostala osiguranja od odgovornosti	377 078 270	4,32%	346 195 406	3,95%	-8,20%
14	Osiguranje kredita	159 649 357	1,83%	152 343 814	1,74%	-4,60%
15	Osiguranje jamstva	4 535 602	0,05%	5 853 448	0,07%	29,10%
16	Osiguranje raznih financijskih gubitaka	118 848 396	1,36%	122 237 986	1,40%	2,90%
17	Osiguranje troškova pravne zaštite	2 588 241	0,03%	3 742 832	0,04%	44,60%
18	Putno osiguranje	69 329 619	0,79%	77 245 691	0,88%	11,40%
19	Životna osiguranja	2 478 271 069	28,41%	2 243 389 372	25,61%	-9,50%
20	Rentno osiguranje	60 901 074	0,70%	42 813 871	0,49%	-29,70%
21	Dopunska osiguranja životnog osiguranja	147 679 362	1,69%	141 557 312	1,62%	-4,10%
22	Osiguranje za slučaj vjenčanja ili sklapanja život. partn.ili rođenja	6 303 528	0,07%	5 675 827	0,06%	-10,00%
23	Osig. života i rento osig. kod kojih ug. osig. snosi rizik ulaganja	241 266 072	2,77%	485 004 676	5,54%	101,00%
24	Tontine	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
25	Osiguranje s kapitalizacijom ulaganja	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
	Neživotna osiguranja	5 790 251 915	66,37%	5 842 689 108	66,69%	0,90%
	Životna osiguranja	2 934 421 105	33,63%	2 918 441 057	33,31%	-0,50%
	Ukupno	8 724 673 020	100,00%	8 761 130 165	100,00%	0,40%

Izvor: HUO (2016.), str. 23.

Ukupan broj likvidiranih šteta u 2016. godini analizirajući samo zdravstveno osiguranje iznosi 2 598 872, dok je taj podatak u 2015. godini 1 621 318. Ako se usporede navedena dva podatka pokazuje se da je apsolutna promjena pozitivna u iznosu od 977 554, dok je relativna promjena 60,3%. Uspoređujući s ostalim osiguranjima može se zaključiti da samo dva osiguranja imaju veću promjenu, i to osiguranje od odgovornosti za uporabu zračnih letjelica i osiguranje pravne zaštite. U usporedbi s ukupnim brojem likvidiranih šteta svih osiguranja relativna promjena je veća za 13,4 postotna boda. U 2016. ukupan broj likvidiranih šteta svih osiguranja je 3 196 923, dok je isti broj u 2015. godini 2 176 493. Ako se zadnje navedeno usporedi s brojem likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja, dolazi se do udjela likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u ukupnom broju likvidiranih šteta svih osiguranja u iznosu od 81,29% u 2016. godini, a 74,49% u 2015., što se može objasniti činjenicom da je udio zaračunate premije ostvario rast u istom razdoblju. Analizirani podaci se mogu vidjeti u tablici 2.

Tablica 2 Broj likvidiranih šteta po vrstama osiguranja

Šifra	Vrsta osiguranja	broj šteta, likvidiranih 2015.	udio u %	broj šteta, likvidiranih 2016.	udio u %
1	Osiguranje od nezgode	16 981	0,78%	16 856	-0,70%
2	Zdravstveno osiguranje	1 621 318	74,49%	2 598 872	60,30%
3	Osiguranje od cestovnih vozila-kasko	106 611	4,90%	104 365	-2,10%
4	Osiguranje od tračnih vozila-kasko	285	0,01%	373	30,90%
5	Osiguranje od zračnih letjelica-kasko	17	0,00%	27	58,80%
6	Osiguranje plovila	1 935	0,09%	1 845	-4,70%
7	Osiguranje robe u prijevozu	6 079	0,28%	3 488	-42,60%
8	Osiguranje od požara i elementarnih šteta	31 527	1,45%	27 929	-11,40%
9	Ostala osiguranja imovine	70 625	3,24%	71 224	0,80%
10	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu motornih vozila	79 533	3,65%	84 777	6,60%
11	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu zračnih letjelica	2	0,00%	7	250,00%
12	Osiguranje od odgovornosti za upotrebu plovila	273	0,01%	354	29,70%
13	Ostala osiguranja od odgovornosti	11 275	0,52%	11 614	3,00%
14	Osiguranje kredita	3 991	0,18%	2 490	-37,60%
15	Osiguranje jamstva	368	0,02%	490	33,20%
16	Osiguranje raznih financijskih gubitaka	2 678	0,12%	2 839	6,00%
17	Osiguranje troškova pravne zaštite	1	0,00%	6	500,00%
18	Putno osiguranje	161 597	7,42%	206 033	27,50%
19	Životna osiguranja	48 908	2,25%	52 277	6,90%
20	Rentno osiguranje	1 606	0,07%	2 325	44,80%
21	Dopunska osiguranja životnog osiguranja	3 889	0,18%	4 048	4,10%
22	Osiguranje za slučaj vjenčanja ili sklapanja život. partn.ili rođenja	237	0,01%	255	7,60%
23	Osig. života i rento osig. kod kojih ug. osig. snosi rizik ulaganja	6 757	0,31%	4 429	-34,50%
24	Tontine	0	0,00%	0	0,00%
25	Osiguranje s kapitalizacijom ulaganja	0	0,00%	0	0,00%
	Neživotna osiguranja	2 115 096	97,18%	3 133 589	48,20%
	Životna osiguranja	61 397	2,82%	63 334	3,20%
	Ukupno	2 176 493	100,00%	3 196 923	46,90%

Izvor: HUO (2016.), str. 26.

Nadalje, ako se promatra kretanje premije kroz dulje razdoblje, točnije u razdoblju od 2013. do 2016. godine, može se vidjeti kao je rastao značaj i udio zdravstvenog osiguranja u odnosu na cjelokupno tržište osiguranja. Kao najbolji pokazatelj se može prikazati visina premije 2003. godine koja je iznosila 104 579, a 2016. je iznosila 409 206, što predstavlja rast. Razdoblje u kojem je premija padala je od 2008. do 2012. godine, a takav trend se može objasniti padom gospodarske aktivnosti, odnosno globalnom krizom. Također, može se primijetiti kako je rast premije zdravstvenog osiguranja popraćen i rastom udjela premije zdravstvenog osiguranja u ukupnim premijama svih osiguranja, osim 2008. godine kada je ukupna premija zdravstvenog osiguranja bila manja u odnosu na prethodnu godinu. Isto tako se može primijetiti da je promjena udjela premija zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja,

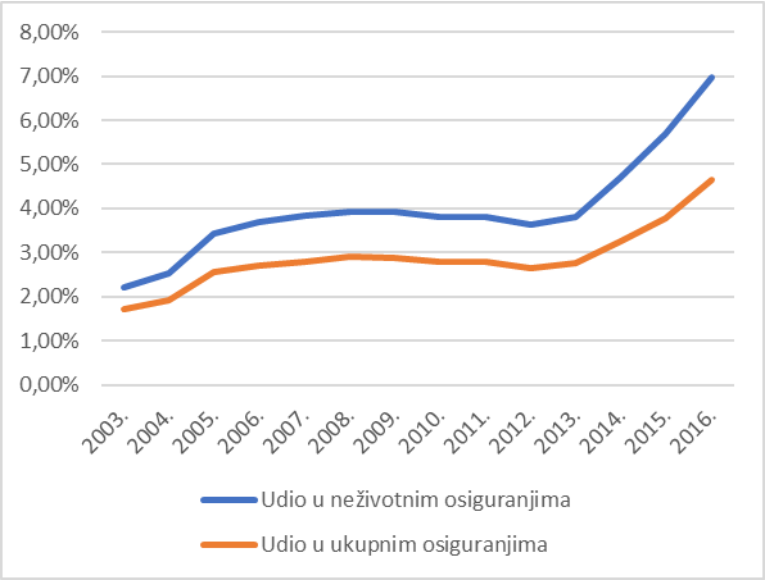
popraćen kretanjem udjela premija zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije neživotnih osiguranja. Podaci na kojima se temelji analiza vidljivi su u tablici 3.

Tablica 3 Premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2003.-2016.

Godina	Zaračunata bruto premija (000 kn)	% promjene	Udio u neživotnim osiguranjima	Udio u ukupnoj ZBP
2003.	104 579	12,40%	2,22%	1,72%
2004.	127 375	21,80%	2,52%	1,92%
2005.	187 244	47%	3,43%	2,55%
2006.	221 466	18,30%	3,68%	2,71%
2007.	251 855	13,70%	3,83%	2,78%
2008.	281 209	11,70%	3,94%	2,90%
2009.	271 169	-3,60%	3,92%	2,88%
2010.	258 703	-4,60%	3,81%	2,80%
2011.	255 147	-1,40%	3,80%	2,79%
2012.	238 668	-6,50%	3,63%	2,64%
2013.	249 438	4,50%	3,82%	2,75%
2014.	278 338	11,60%	4,70%	3,25%
2015.	329 278	18,30%	5,69%	3,77%
2016.	409 206	24,30%	6,97%	4,64%

Izvor: HUO (2016.), str. 46.

Grafikon 1 prikazuje kretanje udjela ukupnih premija zdravstvenog osiguranja u odnosu na premije neživotnih i ukupnih osiguranja u razdoblju od 2003.-2016. godine.



Grafikon 1 Udio premije zdravstvenog osiguranja u neživotnom i ukupnom osiguranju u razdoblju od 2003.-2016.

Izvor: HUO (2016.), str. 47.

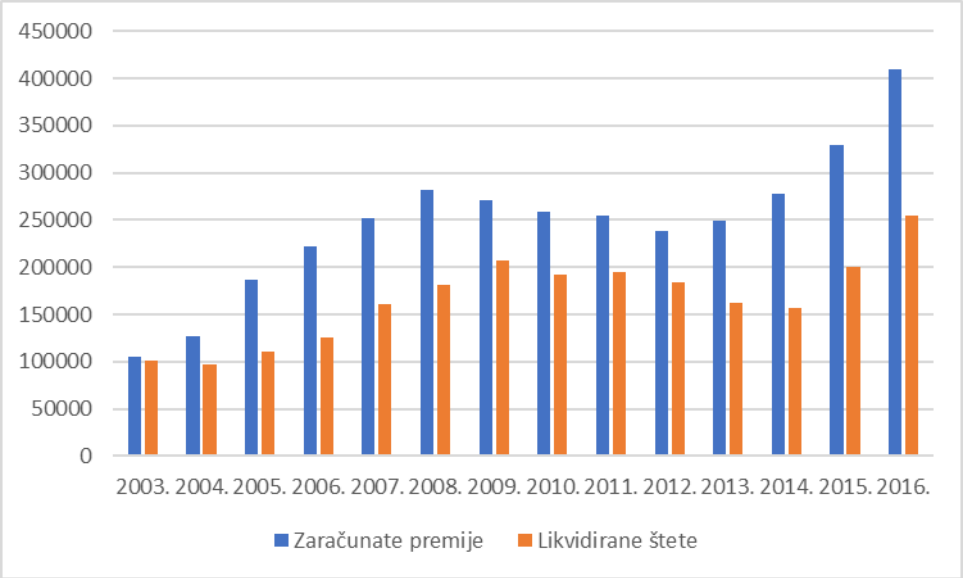
Ako se za isto razdoblje promatra kretanje likvidiranih šteta, može se vidjeti kako se rast i pad izmjenjuju tijekom promatranog razdoblja. Ipak, može se zaključiti kako je u tom razdoblju dugoročni trend rasta, iz razloga što broj likvidiranih šteta 2016. godine je veći za 152,60% u odnosu na 2015. godinu. Ako se usporedi kretanje likvidiranih šteta i udjela likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u odnosu na likvidirane štete svih osiguranja, može se vidjeti kako je smjer između usporednih varijabli proporcionalan, osim u 2006., 2010. i 2014. godini. Ako se usporedi kretanje udjela likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u odnosu na likvidirane štete svih osiguranja, te u odnosu na likvidirane štete neživotnih osiguranja, može se zaključiti kako je smjer između usporednih varijabli proporcionalan, osim u 2006. i 2011. godini. Podaci su prikazani u tablici 4.

Tablica 4 Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2003. - 2016.

Godina	Likvidirane štete, bruto iznosi (000 kn)	% promjene	Udio u neživotnim osiguranjima	Udio u ukupnim štetama
2003.	100 581	-4,30%	3,60%	3,39%
2004.	97 395	-3,20%	3,30%	3,03%
2005.	110 783	13,70%	3,53%	3,21%
2006.	126 199	13,90%	3,60%	3,21%
2007.	161 330	27,80%	4,44%	3,78%
2008.	181 430	12,50%	4,64%	3,95%
2009.	206 973	14,10%	5,38%	4,33%
2010.	192 202	-7,10%	5,72%	4,37%
2011.	194 947	1,40%	5,96%	4,27%
2012.	184 063	-5,60%	5,73%	3,97%
2013.	162 715	-11,60%	5,22%	3,48%
2014.	156 484	-3,80%	5,43%	3,55%
2015.	200 007	27,80%	6,80%	4,36%
2016.	254 070	27,00%	8,67%	5,33%

Izvor: HUO (2016.), str. 46.

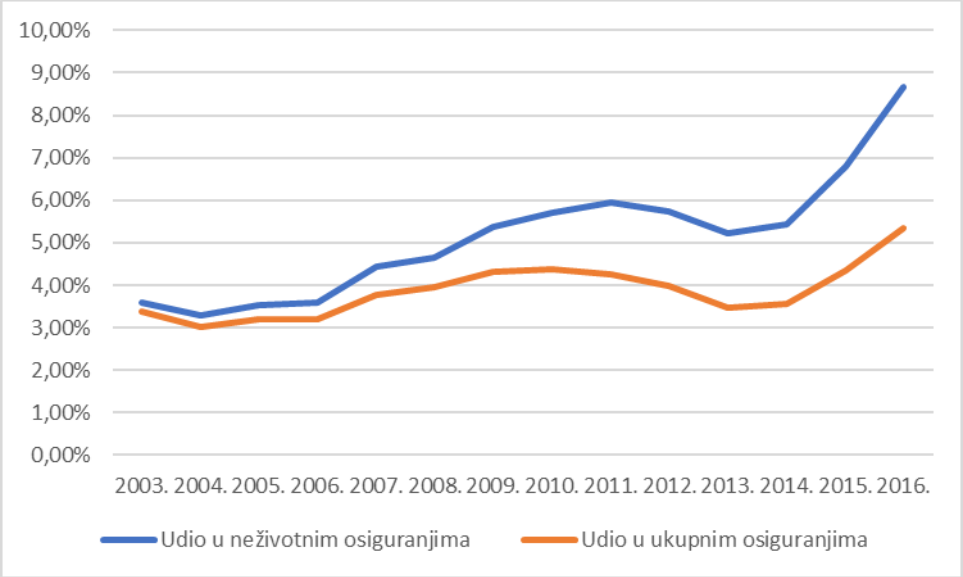
Grafikon 2 prikazuje usporedno kretanje ukupne premije i iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2003.- 2016. godine.



Grafikon 2 Kretanje premija i iznosa likvidiranih šteta u razdoblju od 2003. do 2016. godine

Izvor: HUO (2016.), str. 47.

Grafikon 3 prikazuje kretanje udjela iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u odnosu na iznos likvidiranih šteta neživotnog osiguranja, odnosno iznos likvidiranih šteta svih osiguranja u razdoblju od 2003. do 2016. godine.



Grafikon 3 Udjeli iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u neživotnim i ukupnim osiguranjima u razdoblju od 2003. do 2016. godine

Izvor: HUO (2016.), str. 47.

Kod analize same strukture zdravstvenog osiguranja u obzir se uzimaju bruto premija i iznos likvidiranih šteta. Ako se uzima u obzir bruto premija zdravstvenog osiguranja, može se primijetiti kako je dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja najvećeg obujma i iznosi 235 891 263 kn, što predstavlja udio u ukupnom zdravstvenom osiguranju u visini od 57,65%. Bruto premija dodatnog zdravstvenog osiguranja iznosi 152 818 671 kn, što predstavlja udio od 37,35% u ukupnom zdravstvenom osiguranju. Obvezno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti 93 226 kn, što predstavlja udio od 0,02%. Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja iznose 20 368 002, što predstavlja udio od 4,98%. Ovi su podaci prikazani u tablici 5.

Tablica 5 Struktura bruto premije zdravstvenog osiguranja

Vrsta osiguranja/rizika	Zaračunata bruto premija osiguranja-rizici	udio	broj osiguranja-rizici	udio
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	93 226	0,02%	3	0%
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	235 891 263	57,65%	169 615	58,62%
Dodatno zdravstveno osiguranje većeg opsega i prava i višeg standarda zdravstvene zaštite kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	152 818 671	37,35%	113 691	32,29%
Privatno zdravstveno osiguranje	34 571	0,01%	1	0
Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja	20 368 002	4,98%	6 035	2,09%
Ukupno	409 205 733	100,00%	289 345	100,00%

Izvor: HUO (2016.), str. 49.

Ako se u obzir uzme iznos likvidiranih šteta, može se vidjeti kako u ukupnoj strukturi likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja najveći udio od 56,09% otpada na dopunsko osiguranje iznad razlike vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja i iznosi 235 891 263 kn. Na dodatno zdravstveno osiguranje otpada 39,18% i iznosi 99 541 562 kn. Iznos likvidiranih šteta obveznog osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti 3214 kn ima neznačajan udio, dok na ostala dobrovoljna osiguranja otpada 4,73% što iznosi 12 018 916 kn. Ovi su podaci prikazani u tablici 6.

Tablica 6 Struktura iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja

Vrsta osiguranja/rizika	broj šteta- rizici	udio	likvidirane štete bruto-rizici	udio
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	9	0%	3 214	0%
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	2 411 204	92,78%	142 506 423	56,09%
Dodatno zdravstveno osiguranje većeg opsega i prava i višeg standarda zdravstvene zaštite kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	181 351	6,98%	99 541 562	39,18%
Privatno zdravstveno osiguranje	0	0%	0	0%
Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja	6 308	0,24%	12 018 916	4,73%
Ukupno	2 598 872	100%	254 070 116	100,00%

Izvor: HUO (2016.), str. 49.

U tablici 7 su prikazani podaci koji predstavljaju kretanje BDP-a i bruto premije u razdoblju od 2003. do 2006. godine. Može se primijetiti da u predrecesijskom razdoblju pozitivno gospodarsko stanje, odnosno rast BDP-a, rezultiralo i rastom bruto premije u istom razdoblju. Isto tako se može primijetiti da je rast bruto premije u predrecesijskom razdoblju bio intenzivniji. Za vrijeme recesije koja je zahvatila cjelokupno svjetsko gospodarstvo, a u Hrvatskoj je to negativno razdoblje bilo i produženo sve do 2014. godine, može se primijetiti kako je pad gospodarske aktivnosti popraćen i padom razine bruto premije, osim 2013. i 2014. kad je gospodarstvo bilo u blažem padu. Za sve recesijske godine je karakteristično da je pad razine bruto premije intenzivniji od pada BDP-a, dok je za vrijeme 2013. i 2014. unatoč padu BDP-a bruto premija porasla. Nadalje, u godinama 2015. i 2016. ostvaren je intenzivniji rast bruto premije u odnosu na rast BDP-a.

Tablica 7 Kretanje BDP-a i bruto premije u razdoblju od 2007. do 2016. godine

Godina	Promjena BDP-a	Promjena bruto premije	Bruto premija u tisućama	BDP u EUR (u mil.)
2007	5,2	13,7	251855	43935
2008	2,1	11,7	281209	48135
2009	-7,4	-3,6	271169	45093
2010	-1,7	-4,6	258703	45146
2011	-0,3	-1,4	255147	44837
2012	-2,2	-6,5	238668	44022
2013	-1,1	4,5	249438	43754
2014	-0,5	11,6	278338	43416
2015	1,6	18,3	329278	44546
2016	2,9	24,3	409206	46309

Izvor: Izrada autora na temelju podataka HUO (2016.)

5. EMPIRIJSKA ANALIZA POTRAŽNJE ZA DODATNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

U ovom poglavlju će se prikazati i analizirati podaci prikupljeni anketnim upitnikom, a koji će se koristiti u svrhu statističke analize promatrane problematike. Osim toga opisati će se metodologija obrade istih tih podatka, te će se prikazati rezultati provedene statističke obrade putem statističkog programa. Dobiveni rezultati će se analizirati, i na temelju spoznaja dobivenih analizom donijeti odluke o prihvaćanju odnosno odbacivanju postavljenih hipoteza.

5.1. Podaci i metodologija

Empirijsko istraživanje provedeno je anketnim ispitivanjem fizičkih osoba u Republici Hrvatskoj. Uzorak koji je bio obuhvaćen istraživanjem je 151, a sam anketni upitnik se sastojao od 16 pitanja koja su sastavljena na temelju postavljenih hipoteza. Prvo pitanje anketnog upitnika je bilo pitanje posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja, s kojim će se usporediti ostala pitanja bitna za donošenje zaključaka. Prva postavljena hipoteza bila je vezana za utjecaj ekonomskih čimbenika na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, te su postavljena tri pitanja u vezi s osobnim dohotkom, procijenjenim osobnim bogatstvom te cijenom police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi ispitanici platili. Utjecaj demografskih čimbenika obuhvaća drugu postavljenu hipotezu, te u skladu s tom hipotezom postavljena su pitanja u vezi dobi, spola i razine obrazovanja. Način i stil života je treći čimbenik koji se promatra, i u vezi njega se postavljaju pitanja učestalosti konzumiranja alkohola, duhana, nezdrave prehrane te bavljenja sportskim aktivnostima. Pitanje ugovorenih polica osiguranja (da nisu zdravstveno osiguranje) vezano je uz pretpostavku povezanosti sklonosti za ostalim oblicima osiguranja s potražnjom za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, dok je pitanje učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom povezano s postojanjem negativne selekcije u dodatnom zdravstvenom osiguranju.

Dobiveni podaci anketnim upitnikom grupirati će se, a obrada dobivenih podataka provesti će se pomoću statističkog programa SPSS. Također, za svaku od varijabli će se prikazati deskriptivna statistika pod kojom se podrazumijevaju mod, medijan, aritmetička sredina, minimum i maksimum. Postavljene hipoteze ispitivati će se pomoću odgovarajućih statističkih

testova, stavljanjem u odnos odgovarajućih varijabli. Kako bi se ispitalo utječe li dob na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem koristiti će se Z- test. Drugi test u analizi koji će se koristiti je Hi-kvadrat test pomoću kojeg će se ispitati utječe li spol na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Najkorišteniji test u ovom istraživanju je Mann- Whitney U test. Taj test će koristi kako bi se ispitalo kako na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem utječu varijable utjecaj osobnog dohotka, bogatstva, cijene police osiguranja, obrazovanja, konzumiranja alkohola, konzumiranja duhana, učestalosti nezdrave prehrane, bavljenje sportskim aktivnostima i sklonost za osiguranjem te postoji li odnos između negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Z-testom se testira hipoteza o razlici prosječnih vrijednosti dvaju nezavisnih osnovnih skupova ako su veličine uzoraka ($n1+n2-2>30$). Postavlja se početna ili nulta hipoteza da su aritmetičke sredine dvaju nezavisnih osnovnih skupova X1 i X2 jednake, tj. da je njihova razlika nula. Alternativna hipoteza pretpostavlja da postoji razlika između aritmetičkih sredina dvaju osnovnih skupova.

H0:..... $X1 - X2 = 0$

H1:..... $X1 - X2 \neq 0$

Ako je Z*, tj. empirijska vrijednost izračunata na osnovi uzorka, manja od Ztab, tj. vrijednosti iz tablice površina normalne distribucije, prihvaća se hipoteza H0 kao istinita uz odgovarajući nivo signifikantnosti testa (Pivac, 2010.).

Hi-kvadrat test služi za testiranje hipoteze o nezavisnosti dvaju kvalitativnih obilježja elemenata osnovnog skupa. Da bi se test proveo, postavljaju se sljedeće hipoteze.

H0: .....$Pij = Pi\bullet \cdot P\bullet j$, i, j $i=1,2,...,r; j=1,2,...,c$

H1: .....э$Pij \neq Pi\bullet \cdot P\bullet j$

Nulta hipoteza pretpostavlja da nema ovisnosti između dvaju promatranih obilježja. Zaključak se donosi tako da se usporedi Hi-kvadrat empirijska i tablična vrijednost. Ako je empirijska vrijednost manja od tablične ($\chi 2^* < \chi 2tab$), prihvaća se hipoteza H0 što znači da ne postoji ovisnost obilježja elemenata osnovnog skupa (Pivac, 2010.).

Mann- Whitney U test primjenjuje se za dva nezavisna uzorka koja se mjere pomoću redoslijedne skale. Postavljaju se hipoteze:

H_0 - ne postoji razlika u rangovima ispitanika u odabranim uzorcima.

H_1 - postoji razlika u rangovima ispitanika u odabranim uzorcima.

Testom zbroja rangova testira se je li dva nezavisna uzorka pripadaju populaciji s istim medijanom. Za uzorke koji su veći od 8 u svakoj od dvije promatrane grupe može se upotrijebiti Z -test. Ako vrijedi da je $z^* < z_{tab}$ ili da je $\alpha^* > 5$, u tom slučaju se H_0 hipoteza prihvaća.

5.2. Deskriptivna statistika

„Deskriptivna ili opisna statistika temelji se na potpunom obuhvatu statističkog skupa, čiju masu podataka organizirano prikuplja, odabire, grupira, prezentira i interpretira dobivene rezultate analize“ (Pivac S., 2010, str. 11.). Omogućava računanje različitih karakteristika statističkog skupa, i tako omogućava da se „sirova“ statistička građa svede na lakšu razumljivu i jednostavniju formu.

U tablici 8 prikazani su rezultati deskriptivne statistike. Prikazane su srednje vrijednosti kao što su mod i medijan koje se još nazivaju srednje položajne vrijednosti, te aritmetička sredina koja je definirana kao potpuna srednja vrijednost. Analizom su još obuhvaćene apsolutne i relativne mjere disperzije. Apsolutne mjere disperzije koje su obuhvaćene analizom su raspon varijacije, minimum i maksimum, dok relativne mjere disperzije unutar analize su standardna devijacija, varijanca, mjera zaobljenosti, mjera asimetrije, donji kvartil i gornji kvartil. U daljnjem dijelu bit će dana objašnjenja svih navedenih varijabli na primjeru varijable dobi, a u tablici 8 su vidljivi rezultati promatrane varijable.

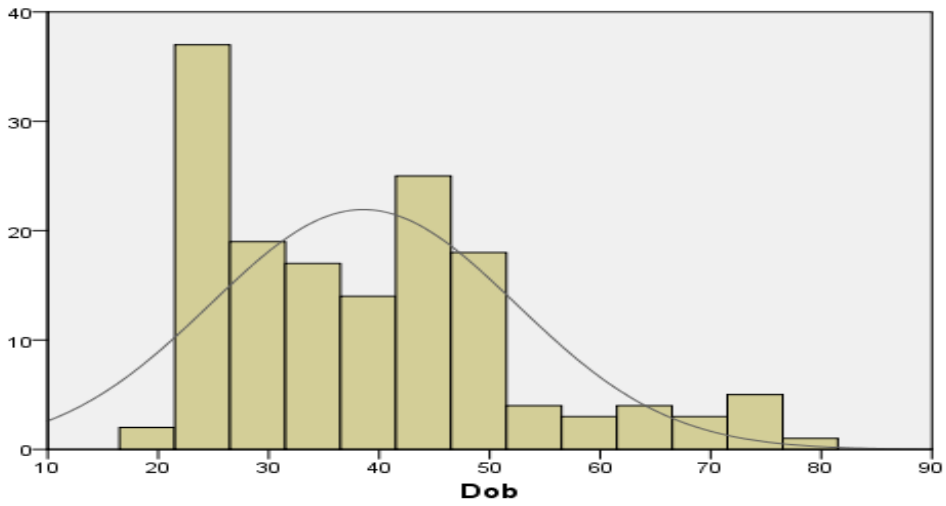
Aritmetička sredina iznosi 38,56, što znači da je prosječna dob ispitanika 38,56. Mod odnosno najčešća dob ispitanika je 23 godine, a oznaka 23^a znači da se mod pojavljuje više puta, te da je izabrana najmanja vrijednost od svih modova. Standardna devijacija iznosi 13,825 što znači da je prosječno odstupanje od aritmetičke sredine 13,825, a varijanca je 191,136 što znači da je prosječno kvadratno odstupanje od aritmetičke sredine 191,136. Iznos medijana je 37, te se može definirati kako 50% ispitanika je ima 37 i manje godina, dok 50% ispitanika je dobi veće od 37 godina. Vrijednost donjeg kvartila je 26, a može se pojasniti na način da 25% ispitanika ima 26 godina i manje, dok 75% ispitanika ima više od 26 godina. Iznos gornjeg kvartila od 47 godina nam govori kako 75% ispitanika imaju 47 godina i manje, dok ostalih 25% ispitanika su stariji od 47 godina. Mjera asimetrije podrazumijeva nagnutost distribucije na lijevu ili desnu

stranu. U analizi mjera asimetrije je pozitivna i iznosi 0,833, a ta vrijednost upućuje da je distribucija desnostrana. Mjera zaobljenosti predstavlja zaobljenost vrha krivulje distribucije. Mjera zaobljenosti je pozitivna, te iznosi 0,172 što podrazumijeva da je šiljastijeg oblika od normalne distribucije koja iznosi 0. Najmanja vrijednost distribucije se naziva minimum i iznosi 19, dok najveća vrijednost koja se naziva maksimum je 77. Razlika te dvije vrijednosti je 58, a ta vrijednosti predstavlja mjeru disperzije koja se naziva raspon varijacije. Na grafu 4 prikazana je normalna distribucija koja je desnostrana, te šiljastijeg oblika od normalne distribucije.

Tablica 8 Vrijednosti deskriptivne statistike

		Spol	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	Jeste li zainteresirani za kupnju dodatnog zdravstvenog osiguranja?	Dob	Cijena police osiguranja koju bi platili?	Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?	Stupanj obrazovanja	Visina mjesečnog dohotka	Procjena osobnog bogatstva	Konzumiranje alkohola	Konzumiranje duhanskih proizvoda	Bavljenje sportskim aktivnostima	Učestalost nezdrave prehrane	Broj polica osiguranja, a da nije zdravstveno osiguranje	Posjedujete li dopunsko zdravstveno osiguranje?	Učestalost potrebe za zdravstvenom uslugom
N	Valid	152	153	153	152	153	153	153	153	152	152	153	153	152	153	153	153
	Missing	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Mean		1,53	0,29	0,50	38,56	421,57	328,10	1,76	4209,15	58092,30	3,40	3,03	1,33	3,02	2,02	0,66	2,50
Std. Error of Mean		0,041	0,037	0,041	1,121	27,084	25,303	0,068	224,375	7729,703	0,089	0,149	0,108	0,061	0,076	0,038	0,082
Median		2,00	0,00	0,00	37,00	500,00	500,00	2,00	4500,00	10000,00	4,00	3,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00
Mode		2	0	0	23[a]	500	0	1	4500	10000	4	1	1	3	1[a]	1	2
Std. Deviation		0,501	0,457	0,502	13,825	335,006	312,978	0,835	2775,370	95298,181	1,099	1,839	1,333	0,750	0,942	0,475	1,020
Variance		0,251	0,209	0,252	191,136	112229,102	97954,936	0,698	7702678,879	9081743212,080	1,209	3,381	1,776	0,563	0,888	0,226	1,041
Skewness		-0,106	0,913	0,013	0,833	2,320	0,158	0,550	1,148	2,848	-0,488	0,148	1,800	-0,414	0,534	-0,683	0,217
Std. Error of		0,197	0,196	0,196	0,197	0,196	0,196	0,196	0,196	0,197	0,197	0,196	0,196	0,197	0,196	0,196	0,196
Kurtosis		-2,015	-1,183	-2,026	0,172	11,051	-1,466	-1,151	3,374	10,171	-0,166	-1,605	4,064	0,922	-0,686	-1,554	-0,805
Std. Error of		0,391	0,390	0,390	0,391	0,390	0,390	0,390	0,390	0,391	0,391	0,390	0,390	0,391	0,390	0,390	0,390
Range		1	1	1	58	2000	1000	3	15000	500000	5	5	6	4	3	1	4
Minimum		1	0	0	19	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1
Maximum		2	1	1	77	2000	1000	4	15000	500000	6	6	6	5	4	1	5
Sum		232	45	76	5861	64500	50200	269	644000	8830030	517	463	204	459	309	101	383
Percentiles	25	1,00	0,00	0,00	26,00	500,00	0,00	1,00	3000,00	1,00	3,00	1,00	0,00	3,00	1,00	0,00	2,00
	50	2,00	0,00	0,00	37,00	500,00	500,00	2,00	4500,00	10000,00	4,00	3,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00
	75	2,00	1,00	1,00	46,75	500,00	500,00	2,00	6000,00	100000,00	4,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00

Izvor: Izrada autora



Grafikon 4 Prikaz normalne distribucije

Izvor: Izrada autora

5.3. Analiza rezultata provedenih testova

U dijelu analize rezultata provedenih testova provesti će se analiza u kojoj će se donijeti zaključci o prihvaćanju odnosno odbacivanju postavljenih hipoteza. U analizi će se usporediti varijable ekonomskih, demografskih, načina i stila života s varijablom o posjedovanju police dodatnog zdravstvenog osiguranja, kao i varijable sklonosti kupnje ostalih oblika osiguranja i učestalost korištenja zdravstvene usluge. Za svaku usporedbu prikazati će se rezultati te donijeti odluka o prihvaćanju odnosno odbacivanju hipoteza.

5.3.1. Ekonomski čimbenici

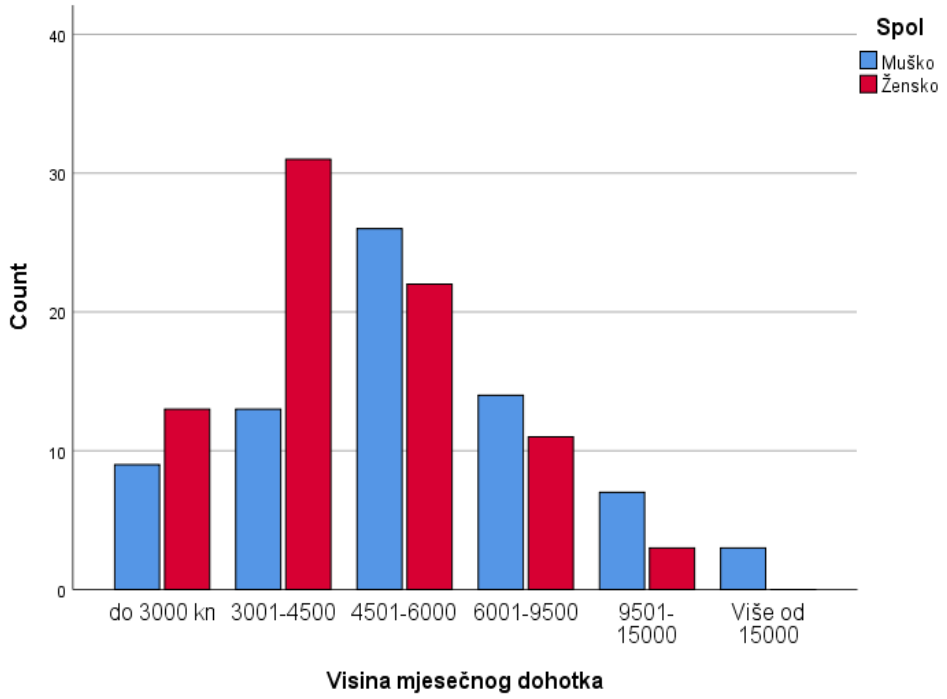
U svrhu analize potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem kao ekonomski čimbenici uzeti su osobni dohodak, procjena osobnog bogatstva te cijena police osiguranja. Navedeni ekonomski čimbenici usporediti će se s varijablom posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja. Prvo slijedi analiza utjecaja osobnog dohotka:

Tablica 9 Statistički podatci za odnos osobnog mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Visina mjesečnog dohotka	**Ne**	107	70,33	7596,00
	Da	44	93,00	4185,00
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 9 može se vidjeti kako 108 ispitanika je odgovorilo kako ne posjeduje dodatno zdravstveno osiguranje, dok 45 ispitanika je izjavilo kako ga posjeduje. Razredima plaća dodijeljeni su rangovi od 1 do 6, na način da što je veća vrijednost razreda, to je veći i rang. Zbroj rangova za ispitanike koji ne posjeduju policu iznosi 7596, dok je aritmetička sredina rangova 70,33. Za one koji posjeduju zbroj rangova iznosi 4185, dok je prosječna vrijednost rangova 93. Razredi plaća s pripadajućim frekvencijama vidljivi su na grafikonu 5.



Grafikon 5 Odnos mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 10 Mann-Whitney U test odnosa osobnog mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]	
	Visina mjesečnog dohotka
Mann-Whitney U	1710,000
Wilcoxon W	7596,000
Z	-2,978
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

U tablici 10 nalazi se vrijednost empirijske signifikantnosti α* koja iznosi 0,003, odnosno 0,3%. S obzirom da vrijedi odnos α*<5%, može se zaključiti da postoji razlika u rangovima ispitanika. Može se zaključiti da osobni mjesečni dohodak utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

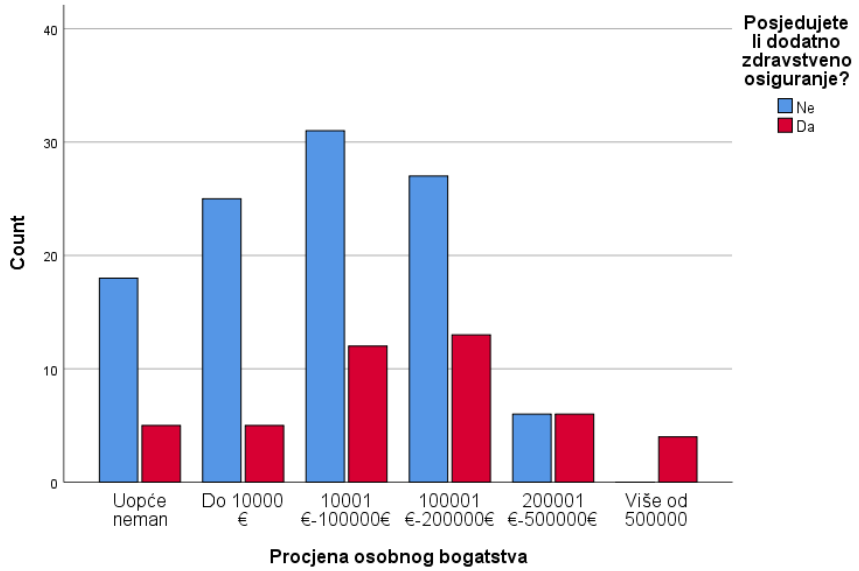
Druga analiza u sklopu ekonomskih čimbenika je odnos između procjene osobnog bogatstva i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 11 Statistički podatci za odnos procjene osobnog bogatstva i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Procjena osobnog bogatstva	**Ne**	107	70,13	7504,00
	Da	44	91,64	4124,00
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

Razredima procjene osobnog bogatstva dodijeljeni su rangovi od 1 do 6, na način da što je veći razred to je i veći rang. U tablici 11 može se vidjeti suma rangova i prosječna vrijednost tih rangova. Za ispitanike koji ne posjeduju policu dodatnog zdravstvenog osiguranja suma iznosi 7504, dok prosječna vrijednost iznosi 70,13. Za one koji posjeduju suma je 4124, dok je aritmetička sredina 91,64. Na grafikonu 6 su vidljivi razredi s pripadajućim frekvencijama.



Grafikon 6 Odnos procjene osobnog bogatstva i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 12 Mann-Whitney U test odnosa osobnog bogatstva i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]	
	Procjena osobnog bogatstva
Mann-Whitney U	1726,000
Wilcoxon W	7504,000
Z	-2,826
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

U tablici 12 može se vidjeti kako je empirijska signifikantnost α* 0,5%, što znači da vrijedi odnos α* < 5%. Temeljem tog odnosa može se prihvatiti hipoteza da osobno bogatstvo utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

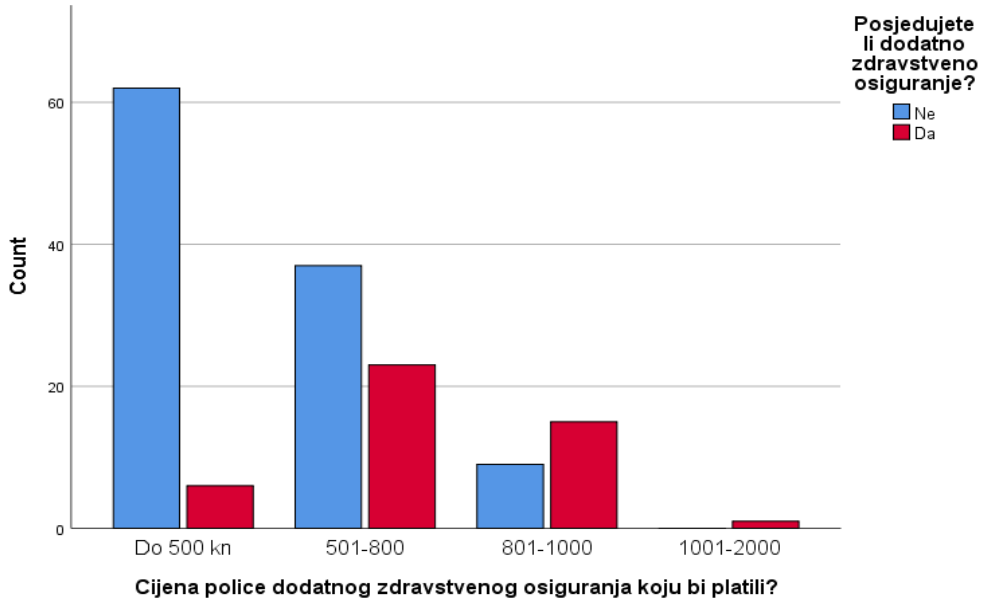
Treća analiza koje će se provesti u sklopu ekonomskih čimbenika je analiza odnosa posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i cijene koju bi platili za policu dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 13 Statistički podatci odnosa cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?	**Ne**	107	65,26	7048,00
	Da	44	105,18	4733,00
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 13 su prikazani zbroj i aritmetička sredina rangova. Kod ovog testa razredima cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja su dodijeljeni rangovi od 1 do 4, po principu rastućeg dodijeljivanja rangova. Suma rangova za ispitanike koji ne posjeduju policu iznosi 7048, do aritmetička sredina iznosi 65,26. Za dio ispitanika koji posjeduju policu suma rangova iznosi 4733, dok je prosječna vrijednost rangova 105,18. Razredi cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja vidljivi su na grafikonu 7.



Grafikon 7 Odnos cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 14 Mann-Whitney U test odnosa posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]	
	Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?
Mann-Whitney U	1162,000
Wilcoxon W	7048,000
Z	-5,513
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

U tablici 14 vrijedi da je α* ≈ 0%, što dalje vrijedi da je promatrana vrijednost manja od signifikantnosti testa 5%. Na temelju toga može se zaključiti kako cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

5.3.2. Demografski čimbenici

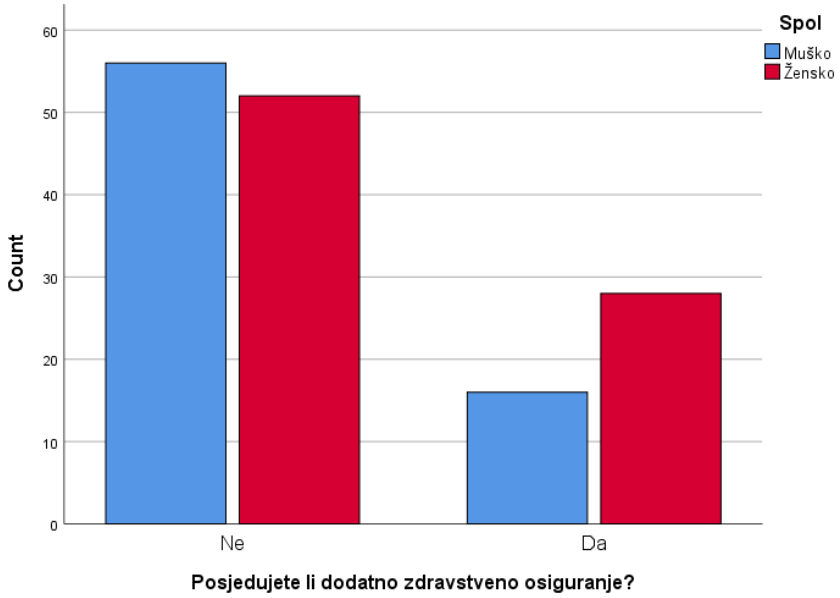
U svrhu analize potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem analizirati će se odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja s demografskim čimbenicima; spol, dob i razina obrazovanja. Prvi od demografskih čimbenika koji će se analizirati je spol.

Tablica 15 Statistički podatci odnosa spola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje? * Spol Crosstabulation				
Count				
		Spol		**Total**
		Muško	**Žensko**	
Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**Ne**	56	51	107
	Da	16	28	44
Total		72	79	151

Izvor: Izrada autora

U tablici 15 vidljivo je kako 107 ispitanika odgovorilo da ne posjeduje policu dodatnog zdravstvenog osiguranja, od čega je 56 njih muškog spola dok je 51 njih ženskog spola. Također, vidljivo je da 44 njih je odgovorilo da posjeduje policu, od toga muškog spola njih 16, a ženskog spola njih 28. Grafikonom 8 je također prikazan odnos spola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja.



Grafikon 8 Odnos spol i posjedovanje police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 16 Hi kvadrat test odnosa spola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Chi-Square Tests					
	Value	**df**	**Asymptotic Significance (2-sided)**	**Exact Sig. (2-sided)**	**Exact Sig. (1-sided)**
Pearson Chi-Square	3,008[a]	1	,083		
Continuity Correction[b]	2,419	1	,120		
Likelihood Ratio	3,041	1	,081		
Fisher's Exact Test				,107	,059
Linear-by-Linear Association	2,988	1	,084		
N of Valid Cases	152				

Izvor: Izrada autora

U tablici 16 se nalazi empirijska vrijednost Hi-kvadrat koja iznosi 3,008. Tablična vrijednost Hi-kvadrat testa pri razini signifikantnosti od 5% iznosi 3,841, što znači da je tablična vrijednost veća od empirijske. Na temelju toga može se odbaciti hipoteza da spol utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

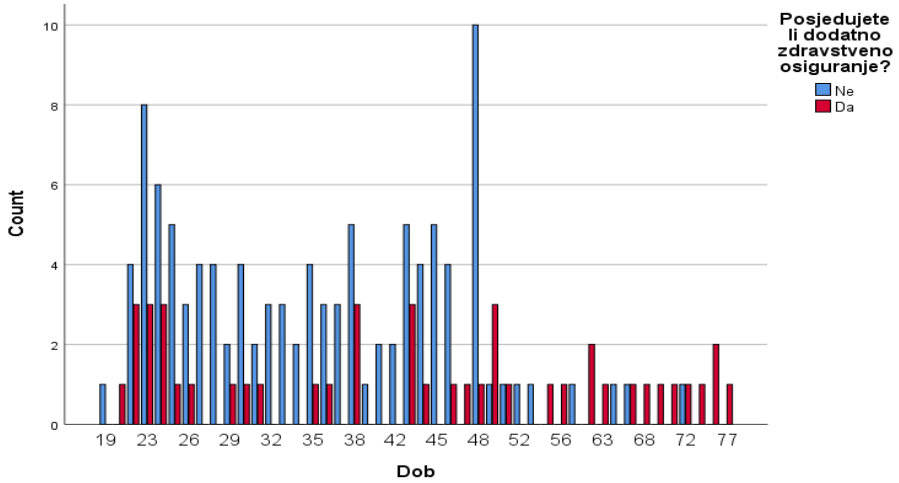
Sljedeća analiza je analiza utjecaja dobi na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Tablica 17 Statistički podatci odnosa dobi i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Group Statistics					
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean**	**Std. Deviation**	**Std. Error Mean**
Dob	**Ne**	107	36,07	10,843	1,048
	Da	45	44,47	17,945	2,675

Izvor: Izrada autora

U tablici 17 je vidljivo kako je prosječna dob 107 ispitanika koji nemaju policu dodatnog zdravstvenog osiguranja 36,07 godina, te da za njih prosječno odstupanje od aritmetičke sredine iznosi 10,843. Za one koji su potvrdno odgovorili prosječna dob je 44,47 godina, a prosječno odstupanje od aritmetičke sredine iznosi 17,945.



Grafikon 9 Odnos dobi i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 18 T- test odnosa dobi i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja

Independent Samples Test										
		Equality of		t-test for Equality of Means						
									Interval of the	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Difference	Error Differenc	Lower	Upper
Dob	**Equal variances assumed**	23,126	0,000	-3,545	150	0,001	-8,392	2,367	-13,070	-3,714
	Equal variances not assumed			-2,921	57,981	0,005	-8,392	2,873	-14,143	-2,641

Izvor: Izrada autora

U tablici 18 možemo vidjeti da empirijska vrijednost t testa iznosi 2.921, dok je tablična vrijednosti pri razini signifikantnosti 5% t testa 1,96. Može se vidjeti kako je empirijska vrijednosti veća od tablične, te se može zaključiti kako dob utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Također, donja i gornja granica su negativne, što znači da se nula ne nalazi u tom rasponu, te se prihvaća postavljena hipoteza.

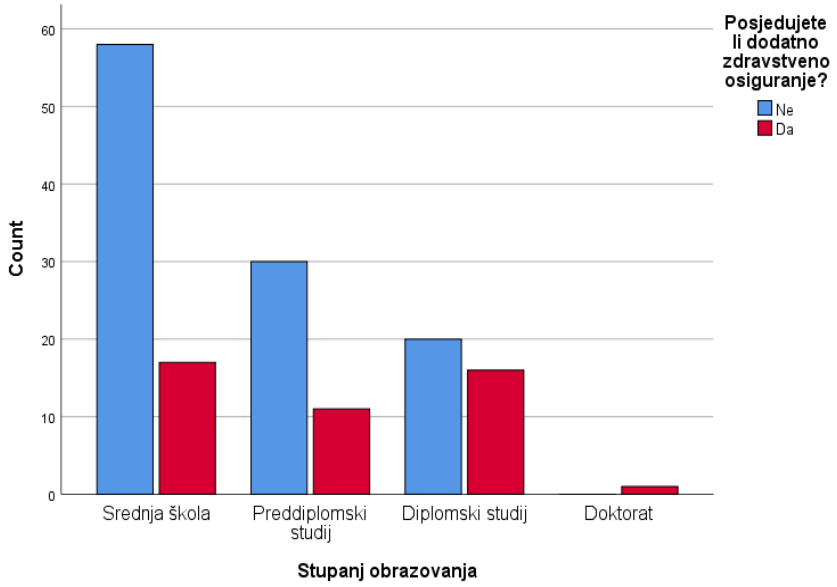
Sljedeći utjecaj koji će se promatrati je utjecaj razine obrazovanja.

Tablica 19 Statistički podatci odnosa razine obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Stupanj obrazovanja	**Ne**	107	71,98	7774,00
	Da	44	89,04	4007,00
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 19 se nalazi suma rangova i aritmetička sredina rangova. Rangovi su dodijeljeni od 1 do 6, a najmanji rang je dodijeljen najnižem stupnju obrazovanja, dok je najveći rang dodijeljen najvišem stupnju obrazovanja. Suma rangova za dio ispitanika koji ne posjeduju policu iznos 7774, dok je aritmetička sredina 71,98. Za dio ispitanik koji posjeduju policu suma iznosi 4007, dok aritmetička sredina iznosi 89,04. Na grafikonu su vidljivi stupnjevi obrazovanja s pripadajućim frekvencijama.



Grafikon 10 Odnos razine obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 20 Mann-Whitney U test stupnja obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]	
	Stupanj obrazovanja
Mann-Whitney U	1888,000
Wilcoxon W	7774,000
Z	-2,354
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

U tablici 20 vidljivo je da empirijska signifikantnost iznosi 1,9%, te je ona manja od signifikantnosti testa koji iznosi 5%. Na temelju toga može se zaključiti da razina obrazovanja utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

5.3.3. Način i stil života

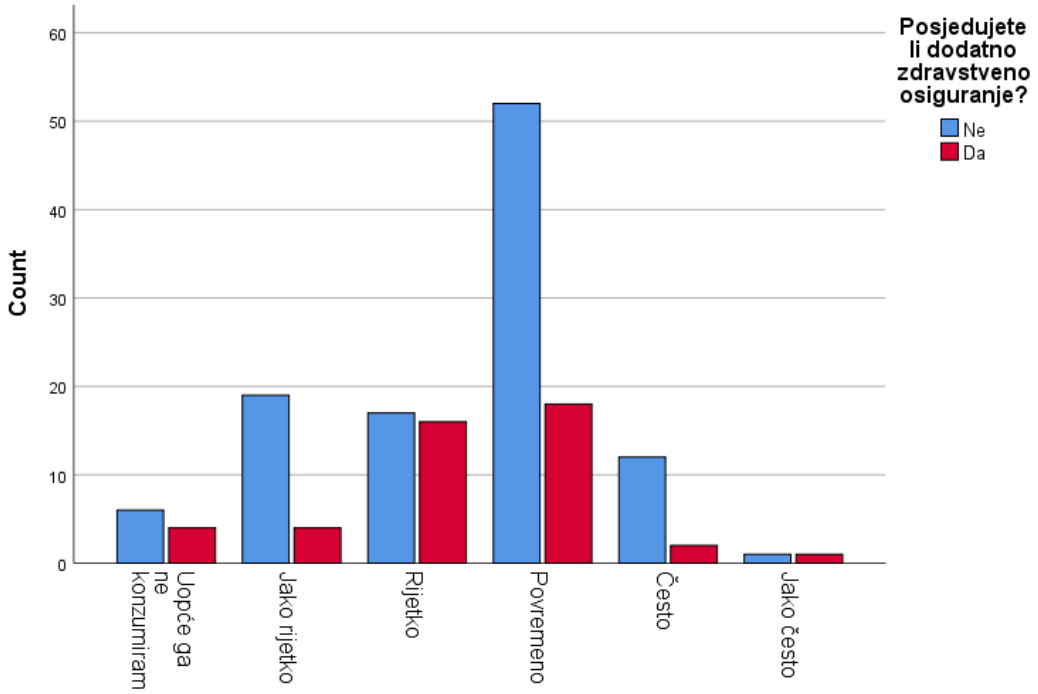
Treća skupina čimbenika koja će se analizirati je način i stil života. Za potrebe problematike rada analizirati će se odnos konzumiranja alkohola, duhanskih proizvoda, nezdrave prehrane i razina sportskim aktivnostima s posjedovanjem police dodatnog zdravstvenog osiguranja. Prvo slijedi analiza odnosa konzumiranja alkohola i posjedovanje police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 21 Statistički podaci konzumiranja alkohola i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Konzumiranje alkohola	**Ne**	107	79,00	8452,50
	Da	44	70,57	3175,50
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 21 prikazan je zbroj i aritmetička sredina ranga za učestalost konzumiranja alkohola. Rang je dodijeljen po principu veća učestalost, veći dodijeljeni rang. Zbroj rangova za ispitanike koji ne posjeduju policu iznosi 8452,50, dok aritmetička sredina iznosi 79. Za dio ispitanika koji posjeduju policu zbroj rangova iznosi 3175, dok aritmetička sredina iznosi 70,57. Učestalost konzumiranja i pripadajuće frekvencije vidljive su na grafikonu 11.



Grafikon 11 Odnos konzumiranje alkohola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 22 Mann-Whitney U test konzumiranja alkohola i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]

	Konzumiranje alkohola
Mann-Whitney U	2140,500
Wilcoxon W	3175,500
Z	-1,144
Asymp. Sig. (2-tailed)	,253

a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?

Izvor**:** Izrada autora

U tablici 22 empirijska vrijednost signifikantnosti iznosi 25,3%, što je veće od 5%. Može se zaključiti da konzumiranje alkohola ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

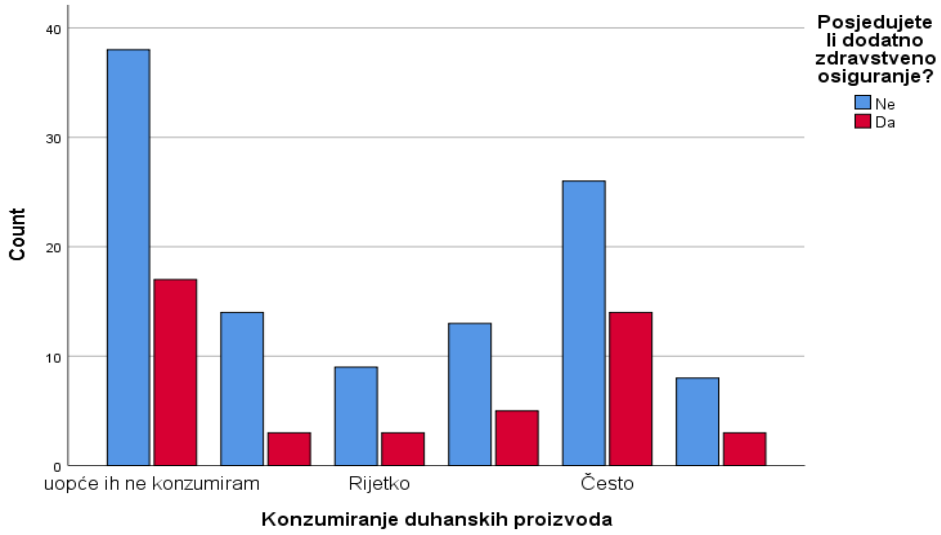
Slijedi analiza utjecaja konzumiranja duhanskih proizvoda na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Tablica 23 Statistički podaci odnosa konzumiranja duhanskih proizvoda i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Konzumiranje duhanskih proizvoda	**Ne**	107	76,40	8251,00
	Da	44	78,44	3530,00
	Total	151		

Izvori: Izrada autora

Tablica 23 prikazuje vrijednosti sume rangova i aritmetičke sredine. Rangovi od 1 do 6 su dodijeljeni učestalosti konzumiranja duhanskih proizvoda, gdje veća učestalost ima veći rang. Suma rangova za one koji ne posjeduju policu iznosi 8521, dok je aritmetička sredina 76,40. Za one koji posjeduju policu zbroj rangova iznosi 3530, dok prosječna vrijednost rangova iznosi 78,44. Grafikon 12 prikazuje odnos konzumiranja duhanskih proizvoda i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja.



Grafikon 12 Odnos konzumiranje duhanskih proizvoda i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 24 Mann-Whitney U test konzumiranja duhanskih proizvoda i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Test Statistics[a]	
	Konzumiranje duhanskih proizvoda
Mann-Whitney U	2365,000
Wilcoxon W	8251,000
Z	-,270
Asymp. Sig. (2-tailed)	,787
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

Empirijska vrijednost signifikantnosti je α= 78,7%, što znači da je α> 5%. Na temelju toga se može zaključiti da konzumiranje duhana ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

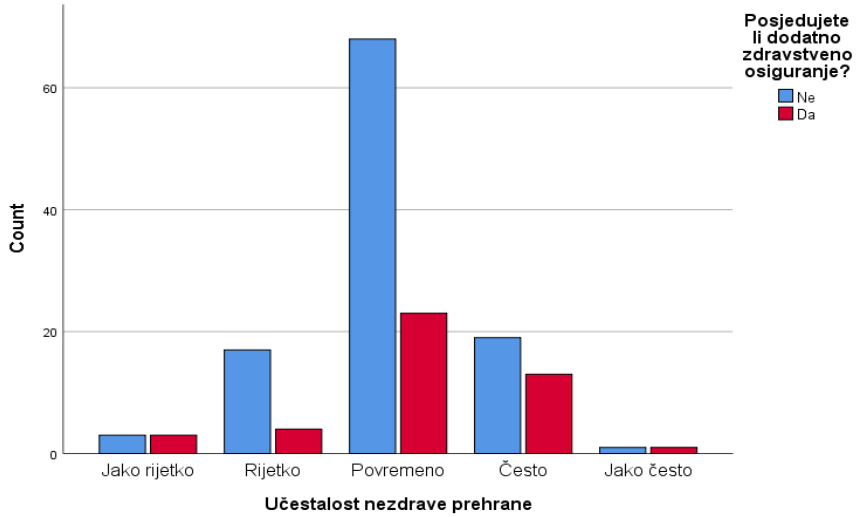
Slijedeći čimbenik koji se uzima u obzir je učestalost konzumiranja nezdrave prehrane.

Tablica 25 Statistički podatci odnosa učestalosti nezdrave prehrane i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Učestalost nezdrave prehrane	**Ne**	107	73,80	7970,50
	Da	44	83,13	3657,50
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 25 vidi se da je zbroj rangova za one ispitanike koji ne posjeduju policu 7970,50, dok za iste aritmetička sredina rangova je 73,78. Za dio ispitanika koji posjeduju policu zbroj je 3657,50, a aritmetička sredina 83,13. Rangovi od 1 do 6 su dodijeljeni učestalosti konzumiranja nezdrave prehrane, gdje veća učestalost ima veći rang. Stupnjevi učestalosti nezdrave prehrane prikazani su na grafikonu 13.



Grafikon 13 Odnos učestalosti nezdrave prehrane i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 26 Mann-Whitney U test odnosa posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i učestalosti nezdrave prehrane

Test Statistics[a]	
	Učestalost nezdrave prehrane
Mann-Whitney U	2084,500
Wilcoxon W	7970,500
Z	-1,347
Asymp. Sig. (2-tailed)	,178
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor**:** Izrada autora

U tablici 26 vrijedi da je α* > 5%, jer empirijska signifikantnost iznosu 17,8%. Na temelju toga može se zaključiti da način prehrane ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

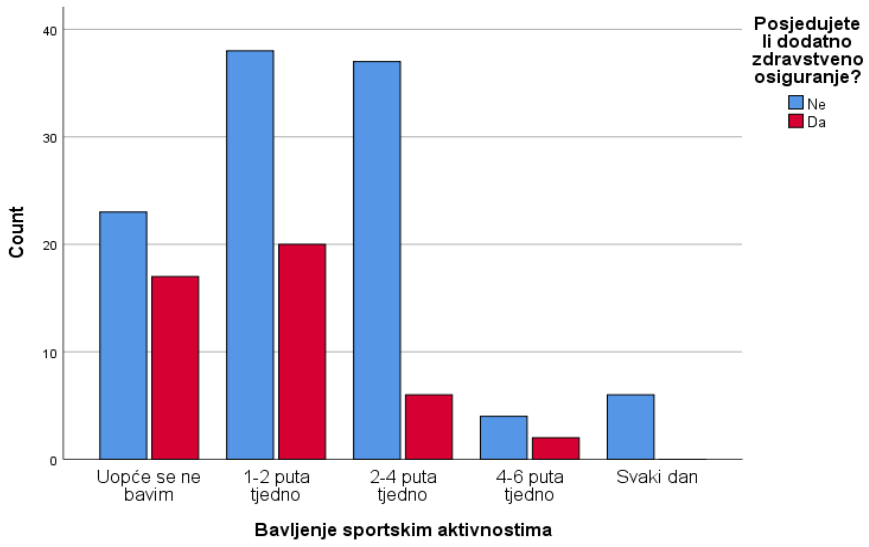
Slijedi analiza utjecaja varijable razina sportske aktivnosti.

Tablica 27 Statistički podatci odnosa bavljenja sportskim aktivnostima i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Bavljenje sportskim aktivnostima	**Ne**	107	83,64	9033,50
	Da	44	61,06	2747,50
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

U tablici 27 može se vidjeti kako je suma rangova za one koji ne posjeduju policu 9033,50, a aritmetička sredina 83,64. Za dio ispitanika koji posjeduju policu suma iznosi 2747,5, dok aritmetička sredina je 61,06. Rangovi su u rasponu od 1 do 5, a on je veći što je veća učestalost bavljenja sportom. Na grafikonu 14 je prikazana učestalost bavljenja sportom sa pripadajućim frekvencijama.



Grafikon 14 Odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i razine sportske aktivnosti

Izvor: Izrada autora

Tablica 28 Mann-Whitney U test odnosa posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i razine sportske aktivnosti

Test Statistics[a]	
	Bavljenje sportskim aktivnostima
Mann-Whitney U	1712,500
Wilcoxon W	2747,500
Z	-3,019
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
a. Grouping Variable: Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	

Izvor: Izrada autora

U tablici 28 može se vidjeti kako je α*=0,3%, što je manje od 5%. Na temelju toga može se zaključiti kako razina sportske aktivnosti utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

5.3.4. Sklonost za drugim oblicima osiguranja

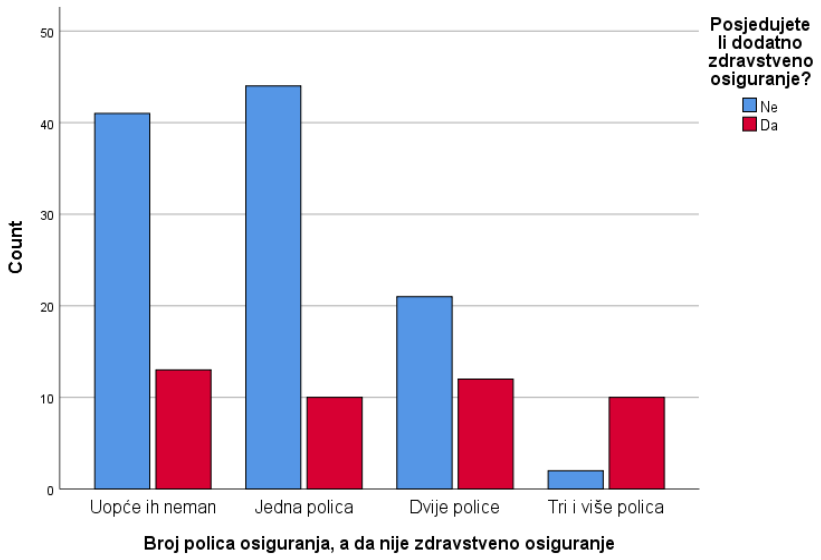
Ovaj dio analize će poslužiti kako bi se ustvrdilo da li sklonost za drugim oblicima osiguranja utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Tablica 29 Statistički podaci odnosa sklonosti za drugim oblicima osiguranja i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Posjedujete li dodatno zdravstveno osiguranje?	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Broj polica osiguranja, a da nije zdravstveno osiguranje	**Ne**	107	70,68	7633,50
	Da	44	92,17	4147,50
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

Tablica 29 prikazuje kako je zbroj rangova ispitanika koji ne posjeduju policu dodatnog zdravstvenog osiguranja 7633,50, dok je aritmetička sredina istih 70,68. Ispitanicima koji posjeduju policu zbroj rangova iznosi 4147,50, dok je prosječna vrijednosti tih rangova 92,17. Rangovi su postavljeni u rasponu od 1 do 4, na način da povećanjem ranga povećava se i broj polica koji ispitanici posjeduju. Grafikon 15 prikazuje odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i sklonosti za ostalim oblicima osiguranja.



Grafikon 15 Odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i sklonosti za ostalim oblicima osiguranja

Izvor: Izrada autora

Tablica 30 Mann-Whitney U test odnosa posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja i sklonosti za drugim oblicima osiguranja

Test Statistics[a]	
	Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?
Mann-Whitney U	1736,500
Wilcoxon W	5139,500
Z	-4,666
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
a. Grouping Variable: Učestalost potrebe za zdravstvenom uslugom	

Izvor: Izrada autora

U tablici 30 vrijedi da je α* ≈ 0%, što je manje od 5% koliko iznosi signifikantnost testa. Na temelju toga može se zaključiti kako sklonost za drugim oblicima osiguranja utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

5.3.5. Postojanje odnosa negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem

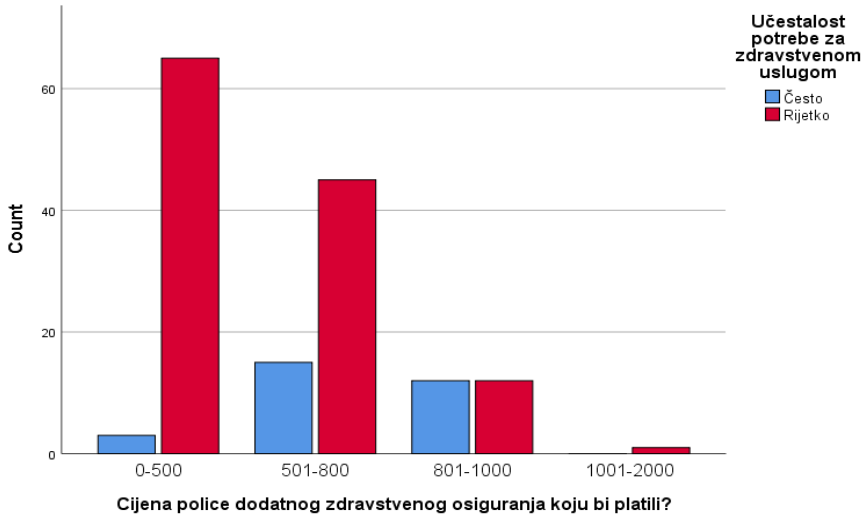
Hipoteza postojanje odnosa negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem ispitati će se odnosom učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom i cijenom police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi pojedinci platili. Temelj za ispitivanje navedene hipoteze je postojanje veze između cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja, koja je dokazana testom prilikom analize utjecaja ekonomskih čimbenika na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Naime, negativna selekcija se pojavljuje u slučaju kad osobe s različitom razinom rizika plaćaju istu cijenu police osiguranja. Kao posljedica se javlja da će doći do porasta cijene police osiguranja za sve osiguranike, što dovodi do pada potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Tablica 31 Statistički podatci odnosa učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom i cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Ranks				
	Učestalost potrebe za zdravstvenom uslugom	**N**	**Mean Rank**	**Sum of Ranks**
Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?	**Rijetko**	81	62,68	5139,50
	Često	70	93,54	6641,50
	Total	151		

Izvor: Izrada autora

Tablica 31 prikazuje rangiranje cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja prema učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom. Može se vidjeti kako zbroj rangova ispitanika koji rijetko koriste zdravstvenu uslugu iznosi 5139,50, dok aritmetička sredina istih iznosi 62,68. Za ispitanike koji često koriste zdravstvenu uslugu suma rangova iznosi 6641,50,a aritmetička sredina 93,54. Raspon rangova je od 1 do 4, a rang se povećava kako se povećava cijena. Grafikon 16 prikazuje odnos cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i učestalosti potrebe za zdravstvenim osiguranjem.



Grafikon 16 Odnos cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom

Izvor: Izrada autora

Tablica 32 Mann-Whitney U test odnosa cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom

Test Statistics[a]	
	Cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili?
Mann-Whitney U	1736,500
Wilcoxon W	5139,500
Z	-4,666
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
a. Grouping Variable: Učestalost potrebe za zdravstvenom uslugom	

Izvor: Izrada autora

U tablici 32 vrijedi odnos $\alpha^* < 5\%$, jer je vrijednost $\alpha^* \approx 0$. Taj odnos govori kako su varijable učestalost potrebe za zdravstvenom uslugom i cijena police dodatnog zdravstvenog međuovisne. Također drugim testom je već dokazano da cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Temeljem tih činjenica može se zaključiti da će visina premije za dodatnim zdravstvenim osiguranjem ovisiti o učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom, odnosno da će premija ovisiti o stupnju rizika pojedinca. Test dokazuje kako negativna selekcija ne postoji, odnosno ne postoji odnos između negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

6. ZAKLJUČAK

Zdravstvena zaštita je nužna kako bi se osigurala adekvatna kvaliteta života stanovništva. U Hrvatskoj je kao i u mnogim drugim zemljama prisutan problem financiranja zdravstvene zaštite. Navedeni problem se zadnjih godina rješavao mnogim reformama zdravstvenog sustava, međutim još postoji veliki jaz prihoda i rashoda. Mnogi vide rješenje u prebacivanju što većeg tereta financiranja s javnog sektora na privatni sektor.

Zdravstveno osiguranje se može definirati kao osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga. Regulirano je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o osiguranju te Zakonom o Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga. Zdravstveno osiguranje se dijeli na obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se pojavljuje u tri oblika, i to kao dodatno, dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje. Dodatno zdravstveno osiguranje koje je predmet analize ovog rada je zdravstveno osiguranje koje pruža viši standard i veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u usporedbi sa obveznim zdravstvenim osiguranjem, te se pojavljuje kao nadogradnja istoga. Zdravstveno osiguranje je u rastu u odnosu na ostala osiguranja, međutim još ima relativno mali udio od 4,67 % u ukupnim osiguranjima

Glavni dio ovog rada je analiza čimbenika koji utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Analizom je ispitan utjecaj ekonomskih i demografskih čimbenika, načina i stila života, sklonost za drugim oblicima osiguranja na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Također, ispitano je postoji li odnos negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Kod analize ekonomskih čimbenika utvrđeno je da osobni dohodak, osobno bogatstvo, cijena police osiguranja utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Unutar demografskih čimbenika dob i razina obrazovanja utječu, dok spol ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Kod analize utjecaja načina i stila života utvrđeno je da razina sportske aktivnosti utječe na potražnju za zdravstvenim osiguranjem, dok učestalost nezdrave prehrane, konzumiranje alkohola i duhanskih proizvoda ne utječe na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Za čimbenik sklonost za drugim oblicima osiguranja analizom je utvrđeno kako ovaj čimbenik utječe na zdravstveno osiguranje, dok odnos negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem ne postoji.

Može se zaključiti kako su dobrovoljna zdravstvena osiguranja ona koja imaju trend rasta na tržištu osiguranja, te da bi se taj trend trebao i nastaviti. Nastavak navedenog trenda može se opravdati rastom dohotka i standarda stanovništva, rastom educiranosti stanovništva o važnosti zdravstvene zaštite. Danas je vidljivo kako obvezno zdravstveno osiguranje nije dostatno kako bi se zadovoljile potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom. Održivost zdravstvenog osiguranja moguće je jedino u slučaju da se što veći teret financiranja zdravstvene zaštite prenese na teret privatnog sektora.

7. LITERATURA

Knjige:

1. Andrijašević, S., Petranović, V. (1999): Ekonomika osiguranja, ALFA, Zagreb
2. Cornett, M., M., Saunders, A., (2006.): Financijska tržišta i institucije, Mate, Zagreb
3. Ćurak, M. i Jakovčević, D. (2007): Osiguranje i rizici, RRIF plus, Zagreb
4. Eakins, S., G., Mishkin, F., S. (2005.): Financijska tržišta i institucije, Masmedia, Zagreb
5. Harrington, S., Niehaus, G. (2003.): Risk management and insurance, McGraw-Hill, Boston
6. Klobučar, D. (2007.): Risk management i osiguranje, Tectus, Zagreb
7. Pivac, S. (2010.): Statističke metode: e-nastavni materijal, Ekonomski fakultet, Split
8. Vehovec, M. (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski institut, Zagreb

Članci i studije:

9. Aron-Dine, A., Collen, M., R., Einav, L., Finkelstein, A. (2012.): Moral Hazard in Health Insurance: How Important is Forward Looking Behaviour, Nber Working Paper No. 17802, Cambridge
10. Alibabić, V, Mujić, I. (2016.): Pravilna prehrana i zdravlje, Veleučilište u Rijeci, Rijeka
11. Belavić, A., Hemen, M., Mayer, D., Šimetin, I. (2016.): Svjetsko istraživanje o uporabi duhana u mladih, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb
12. Belli, P. (2001.): How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market, Harvard School of Public Health, Boston
13. Bovbjerg, R.,R., Hadley, J. (2007): Why Health Insurance Is Important, Urban Institute Press, Washington, DC
14. Cameron, A.,C., Trivedi, P.K. (1991): The Role of Income and Health Risk in the Choice of Health Insurance, Cambridge University Press
15. Davidson, B., Gertler, P., Sturm, R., (1994.): Information and the Demand for Supplemental Medicare Insurance, National Bureau of Economic Research
16. Džakula, A., Mastilica, M., Vončina, L. (2007): Health Care Funding Reforms in Croatia: a Case of Mistaken Priorities, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb

17. Eurofound (2014.): Trendovi u kvaliteti života – Hrvatska: 2007. –2012., Ured za publikacije Europske unije, Luxembourg
18. Franc, C., Perronin, M., Pierre, A., (2014.): Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption: A Dynamic Approach to Moral Hazard, Institute for Research and Information in Health Economics, Paris, France
19. Ghaderi, H., Gorji, A., Mahdavi, G., Motlagh, N. (2015.): Main Determinants of Supplementary Health Insurance Demand, Iran University of Medical Sciences, Teheran, Iran
20. Gunnarsson, V., Jafarov, E. (2008.): Efficiency of government social spending in Croatia, Internoational Monetary Fund, Washington, SAD
21. Ghaderi, H., Gorji, A., Mahdavi, G., Motlagh, N. (2015.): Main Determinants of Supplementary Health Insurance Demand, Iran University of Medical Sciences, Teheran, Iran
22. Higgins, C., Lavin, T. i Metcalfe, O. (2008) Health Impacts of Education: a review, The Institute of Public Health in Ireland, Dublin
23. Lange, R., Schiller, J., Steinhorth, P., (2015.): Demand and Selection Effects in Supplemental Health Insurance in Germany, German Socio-Economic Panel Study, Berlin, Germany
24. Mihaljek, D. (2006.): Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća?, Banka za međunarodna plaćanja, Basel
25. Rodriguez, M., Stoyanova, A. (2003.): The Demand for Supplemental Health Insurance in Public Health Care Systems: The Importance of Price, Personal Characteristic and Public and Private Sector Supply, Center for Research in Economics, Barcelona, Spain
26. Slijepčević, S. (2009.): Mjerenje efikasnosti javne potrošnje u Hrvatskoj, Efzg, Zagreb
27. Zrinšćak, S. (2007.): Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova, Revija za socijalnu politiku, Zagreb

Zakoni:

28. Narodne novine, (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10.
29. Narodne novine (2011.): Zakon o Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 140/05, 154/11.
30. Narodne novine, (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13.
31. Narodne novine (2015): Zakon o osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 30/15.

Web izvori:

32. http://www.crosig.hr/hr/osiguranja/zdravlje/
33. http://www.hanfa.hr/
34. http://www.herba.hr/piramida-pravilne-prehrane-z66
35. https://www.huo.hr/
36. http://www.hzzo.hr/
37. http://www.moj-bankar.hr/Kazalo/Z/Zdravstveno-osiguranje
38. http://www.osiguranje.hr/
39. https://www.tportal.hr/lifestyle
40. http://www.worldbank.org/
41. https://www.tportal.hr/lifestyle
42. https://www.uniqa.hr/fizicke-osobe/imovina-osobe/zdravstveno-osiguranje/
43. http://www.zakon.hr/
44. https://zdravlje.gov.hr/
45. http://www.zivotuplusu.info/

SAŽETAK

Predmet istraživanja ovog rada je ispitivanje utjecaja pretpostavljenih čimbenika na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Ispitivanje je provedeno temeljem anketnog upitnika, uzorkom od 151-og ispitanika. Rezultati ispitivanja pokazuju kako osobni dohodak, osobno bogatstvo, cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja, dob, razina obrazovanja, razina sportske aktivnosti i sklonost za drugim oblicima osiguranja utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Za ostale analizirane čimbenike spol, učestalost nezdrave prehrane, konzumiranje alkohola, konzumiranje duhanskih proizvoda, rezultati ispitivanja pokazuju kako ne utječu na potražnju za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, dok odnos negativne selekcije i potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem nije dokazan.

Ključne riječi: dodatno zdravstveno osiguranje, čimbenici, potražnja za dodatnim zdravstvenim osiguranjem, Republika Hrvatska

SUMMARY

The object of this research is examination of factors that influence demand for supplementary health insurance. Research is conducted by questionnaire based on 151 respondents. According to do results, personal income, personal wealth, price of supplementary health insurance, ages, level of education, sports activity and tendency to buying other insurances influence demand for supplementary health insurance. Other analysed factors, gender, freqeuncy of consuming unhealthy food, consuming alcohol, and consuming tobacco don't have influence on demand for supplementary health insurance, and relation between negative selection and demand for supplementary health insurance wasn't confirmed.

The key words: supplementary health insurance, variables, demand for supplementary health insurance, Republic of Croatia

PRILOG 1

Anketni upitnik

Poštovani,

Molim vas da izdvojite nekoliko minuta i ispunite anketu koja se nalazi u nastavku. Anketa je anonimna, i koristiti će se isključivo za potrebe diplomskog rada na diplomskom studiju Ekonomskog fakulteta u Splitu. Naziv teme je Analiza potražnje za dodatnim zdravstvenim osiguranjem. Potrebno vrijeme za ispunjavanje je cca. 5 minuta.

Unaprijed se zahvaljujem na uloženom trudu i vremenu.

Tomislav Lokin.

Dodatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koji omogućava viši standard i veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u usporedbi sa obveznim zdravstvenim osiguranjem, i pojavljuje se kao nadogradnja istog. Dopunsko zdravstveno osiguranje podrazumjeva pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok dodatno zdravstveno osiguranje omogućuje veći standard zdravstvene zaštite te veći opseg prava nego je to u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Kod dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguranici ne plaćaju sudjelovanje u troškovima participacija koja nastaju za vrijeme bolničkog i ambulantnog liječenja, dijagnostičkih obrada u bolnici, ortopedskih pomagal, specijalističkih stomatoloških usluga, fizikalne rehabilitacije u kući i liječenja u inozemstvu. Osiguranici dodatnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju pravo na korištenje usluga specijalističkih pretraga, dijagnostičke obrade i obavljanje labaratorijskih pretraga, te izbjegavaju liste čekanja i nužnost uputnica. Dodatno zdravstveno osiguranje se ugovara isključivo kod osiguravajućih društava, dok se dopunsko zdravstveno osiguranje može ugovoriti kod HZZO-a, i privatnih osiguravajućih društava.

ANKETNI UPITNIK

1. Da li posjedujete policu dodatnog zdravstvenog osiguranja?

   a.) Da
   b.) Ne

2. Spol: M ☐ Ž ☐

3. Ukoliko ne posjedujete, dali ste zainteresirani za kupnju?

   a.) Da
   b.) Ne

4. Vaša dob je _____ .

5. Cijena police osiguranja koju bi platili:

   a.) do 500 kn godišnje
   b.) od 501 do 1000 kn godišnje
   c.) od 1001 do 2000 kn godišnje
   d.) više od 2000 kn godišnje

6. Cijena godišnje police dodatnog zdravstvenog osiguranja koju bi platili:

   a.) do 500 kn
   b.) od 501 do 800 kn
   c.) od 801 do 1000 kn
   d.) više od 1000 kn godišnje

7. Koji je Vaš završeni stupanj obrazovanja?

   a.) Osnovna škola
   b.) Srednja škola
   c.) Preddiplomski studij
   d.) Diplomski studij

e.) Specijalistički poslijediplomski studij
f.) Doktorat

8. Visina mjesečnog dohotka (uključujući prihode od financijskih instrumenata, plaće, stipendije i sve ostale izvore prihoda)

a.) Do 3000 kn
b.) Od 3001 do 4500 kn
c.) Od 4501 do 6000 kn
d.) Od 6001 do 9500 kn
e.) Od 9501 do 15000 kn
f.) Više od 15000 kn

9. Koliko procjenjujete svoje bogastvo uzimajući u obzir vrijednost vaše osobne imovine (nekretnina, pokretnina, instrumenata štednje)?

a.) Ne posjedujem osobnu imovinu
b.) Do 50000 €
c.) Od 50001 € do 100000 €
d.) Od 100001 € do 200000 €
e.) Od 200001 € do 500000 €
f.) Više od 500000 €

10. Koliko učestalo konzumirate alokoholna pića?

a.) Jako često
b.) Često
c.) Povremeno
d.) Rijetko
e.) Jako rijetko
f.) Uopće ga ne konzumiram

11. Koliko učestalo konzumirate cigarete?

a.) Jako često
b.) Često
c.) Povremeno
d.) Rijetko
e.) Jako rijetko
f.) Uopće ih ne konzumiram

12. Koliko redovno se bavite sportom?

a.) 1-2 puta tjedno
b.) 2-4 puta tjedno
c.) 4-6 puta tjedno
d.) Svaki dan

13. Koliko učestalo konzumirate nezdravu hranu?

a.) Jako često
b.) Često
c.) Povremeno
d.) Rijetko
e.) Jako rijetko
f.) Uopće je ne konzumiram

14. Broj ugovorenih polica osiguranja koje posjedujete, a da nisu police zdravstvenog osiguranja:

a.) Jedna polica
b.) Dvije police
c.) Tri i više polica
d.) Uopće neman

15. Dali posjedujete policu dopunskog zdravstvenog osiguranja?

a.) Da
b.) Ne

16. Koliko često vam je potrebna zdravstvena usluga?

a.) Jako često
b.) Često
c.) Povremeno
d.) Rijetko
e.) Jako rijetko

POPIS TABLICA

Tablica 1 Zaračunata premija po vrstama osiguranja 28
Tablica 2 Broj likvidiranih šteta po vrstama osiguranja 29
Tablica 3 Premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2003.-2016. 30
Tablica 4 Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2003. - 2016. 32
Tablica 5 Struktura bruto premije zdravstvenog osiguranja 34
Tablica 6 Struktura iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja 34
Tablica 7 Kretanje BDP-a i bruto premije u razdoblju od 2007. do 2016. godine 35
Tablica 8 Vrijednosti deskriptivne statistike 39
Tablica 9 Statistički podatci za odnos osobnog mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 41
Tablica 10 Mann-Whitney U test odnosa osobnog mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 42
Tablica 11 Statistički podatci za odnos procjene osobnog bogatstva i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja 42
Tablica 12 Mann-Whitney U test odnosa osobnog bogatstva i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 43
Tablica 13 Statistički podatci odnosa cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 44
Tablica 14 Mann-Whitney U test odnosa posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja 45
Tablica 15 Statistički podatci odnosa spola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 45
Tablica 16 Hi kvadrat test odnosa spola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 47
Tablica 17 Statistički podatci odnosa dobi i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 47
Tablica 18 T- test odnosa dobi i posjedovanja dodatnog zdravstvenog osiguranja 48
Tablica 19 Statistički podatci odnosa razine obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 49
Tablica 20 Mann-Whitney U test stupnja obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 50

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1 Udio premije zdravstvenog osiguranja u neživotnom i ukupnom osiguranju u razdoblju od 2003.-2016. 31
Grafikon 2 Kretanje premija i iznosa likvidiranih šteta u razdoblju od 2003. do 2016. godine 32
Grafikon 3 Udjeli iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u neživotnim i ukupnim osiguranjima u razdoblju od 2003. do 2016. godine 33
Grafikon 4 Prikaz normalne distribucije 40
Grafikon 5 Odnos mjesečnog dohotka i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 41
Grafikon 6 Odnos procjene osobnog bogatstva i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 43
Grafikon 7 Odnos cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 44
Grafikon 8 Odnos spol i posjedovanje police dodatnog zdravstvenog osiguranja 46
Grafikon 9 Odnos dobi i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 48
Grafikon 10 Odnos razine obrazovanja i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 49
Grafikon 11 Odnos konzumiranje alkohola i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 52
Grafikon 12 Odnos konzumiranje duhanskih proizvoda i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 54
Grafikon 13 Odnos učestalosti nezdrave prehrane i posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja 55
Grafikon 14 Odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i razine sportske aktivnosti 57
Grafikon 15 Odnos posjedovanja police dodatnog zdravstvenog osiguranja i sklonosti za ostalim oblicima osiguranja 59
Grafikon 16 Odnos cijene police dodatnog zdravstvenog osiguranja i učestalosti potrebe za zdravstvenom uslugom 61

POPIS SLIKA

Slika 1 Piramida zdrave prehrane..... 25