

# Utjecaj pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem

---

**Nakić-Alfirević, Lucija**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:124:926629>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-06-29**

*Repository / Repozitorij:*

[REFST - Repository of Economics faculty in Split](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU  
EKONOMSKI FAKULTET**

**DIPLOMSKI RAD**

**UTJECAJ PANDEMIJE COVID-19 NA  
POTRAŽNJU ZA DOBROVOLJNIM  
ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM**

**Mentor:**

**Prof. dr. sc. Marijana Ćurak**

**Student:**

**Lucija Nakić-Alfirević**


**Split, lipanj 2023.**

## IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, Lucija Nakić-Alfirević,  
(ime i prezime)

izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je navedeni rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu, što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio navedenog rada nije napisan na nedozvoljeni način te da nijedan dio rada ne krši autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije korišten za bilo koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Split, 30.6.2023. godine

Vlastoručni potpis : 

## SADRŽAJ:

<b>1. UVOD .....</b>	<b>4</b>
1.1. Problem istraživanja .....	4
1.2. Predmet istraživanja.....	7
1.3. Istraživačke hipoteze .....	7
1.4. Ciljevi istraživanja .....	8
1.5. Metode istraživanja .....	8
1.6. Doprinos istraživanja .....	9
1.7. Struktura rada.....	9
<b>2. DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE.....</b>	<b>11</b>
2.1. Pojam i vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja .....	11
2.1.1. Karakteristike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja .....	11
2.1.2. Dopunsko zdravstveno osiguranje .....	12
2.1.3. Dodatno zdravstveno osiguranje.....	14
2.1.4. Privatno zdravstveno osiguranje .....	15
2.2. Provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.....	16
2.3. Korisnici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.....	17
<b>3. DETERMINANTE POTRAŽNJE ZA DOBROVOLJNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM .....</b>	<b>18</b>
3.1. Demografske odrednice .....	18
3.2. Osobni čimbenici.....	20
3.3. Ekonomske determinante .....	21
3.4. Socijalni faktori .....	23
3.5. Pandemija .....	24
<b>4. TRŽIŠTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ I UTJECAJ PANDEMIJE NA ZDRAVSTVENI SUSTAV.....</b>	<b>26</b>

4.1.	Načini financiranja zdravstvenog osiguranja .....	26
4.2.	Razvijenost hrvatskog tržišta osiguranja .....	28
4.3.	Problemi zdravstvenog sustava uzrokovani pandemijom .....	35
<b>5.</b>	<b>EMPIRIJSKA ANALIZA UTJECAJA PANDEMIJE COVID-19 NA POTRAŽNJU ZA DOBROVOLJNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM .....</b>	<b>37</b>
5.1.	Metodologija istraživanja .....	37
5.2.	Podaci o ispitanicima .....	37
5.3.	Rezultati istraživanja .....	43
<b>6.</b>	<b>ZAKLJUČAK .....</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>49</b>
	<b>POPIS GRAFIKONA .....</b>	<b>57</b>
	<b>POPIS TABLICA .....</b>	<b>58</b>
	<b>SAŽETAK .....</b>	<b>59</b>
	<b>SUMMARY .....</b>	<b>60</b>
	<b>PRILOG 1.....</b>	<b>61</b>

# 1. UVOD

## 1.1. Problem istraživanja

Svakom pojedincu je potrebno zdravlje za normalno funkcioniranje, rad i život, sam ili sa svojom obitelji. Država i kompletno društvo moraju biti zainteresirani i odgovorni za zdravlje cjelokupnog naroda iz ekonomskih, kulturnih, socijalnih, obrambenih razloga, iz razloga čovjekoljublja, kao i ostalih razloga (Bošković, 2010).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (2015-2023) svaki pojedinac ima pravo na zdravstvenu zaštitu i ostvarenje najviše moguće razine zdravlja. Osim toga, obavezan je brinuti se o održavanju i poboljšanju vlastitog zdravlja. Također, ne smije ugrožavati zdravlje drugih, te je njegova dužnost bolesnim i ozlijeđenim osobama pružiti prvu pomoć i osigurati im pristup do hitne medicinske pomoći.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (2013-2023) provodi obvezno zdravstveno osiguranje. Moglo bi se reći da je hrvatski model zdravstvenog osiguranja najbliži Bismarckovom modelu financiranja zdravstvene zaštite. Bismarckov model je vrsta modela koja funkcionira na načelima uzajamnosti i solidarnosti (Kovač, 2013).

Pored obveznog zdravstvenog osiguranja postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) definirani su oblici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.

U ovom radu će se proučavati dobrovoljno zdravstveno osiguranje i pandemija COVID-19 kao potencijalni čimbenik od utjecaja na potražnju za ovim osiguranjem. U domaćoj i inozemnoj literaturi mogu se pronaći mnogobrojna istraživanja na teme cjelokupnog zdravstvenog sustava, dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i determinanata koje utječu na potražnju, no ipak COVID-19 pandemija kao determinanta je slabo zastupljena u istraživanjima.

U istraživanju koje je provela Kovač (2013) kao glavni i teško rješivi problem zdravstvenog sustava ističe se nedostatak financijskih sredstava zbog rasta izdataka za zdravstvenu zaštitu. Problem se javlja iz razloga što je iz godine u godinu sve manji broj onih koji uplaćuju za zdravstveno osiguranje u odnosu na one koji koriste usluge zdravstvene zaštite.

Prema podacima iz Izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu (2022) i dalje je vidljiv trend smanjenja ukupnog broja osiguranika. Zbog pandemije COVID-19 došlo je

kratkotrajnog pada broja aktivnih osiguranika zbog smanjenja gospodarskih aktivnosti u tom razdoblju. Međutim, zbog provedenih epidemioloških mjera i turističkom sezonom iznad očekivanja došlo je do opravaka gospodarstva, odnosno rasta BDP-a i zaposlenosti, što je u konačnici uzrokovalo rast broja aktivnih osiguranika. Zbog povećanja broja aktivnih osiguranika i smanjenja broja umirovljenika (veći broj umrlih u pandemiji) dolazi do poboljšanja omjera broja zaposlenih po umirovljeniku. Na jednog umirovljenika dolazi 1,53 aktivnih radnika (Sindikat umirovljenika Hrvatske, 2022.)

Zbog velikog broja radnih sati bolovanja radnika, uz to i znatan trošak bolovanja, Šijaković et al. (2008) u svom radu promatraju kako usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koriste poslodavcima u smanjenu stope bolovanja, skraćivanju duljine trajanja bolovanja i svih troškova vezanih uz bolovanje. Društva za osiguranje nude dobrovoljna zdravstvena osiguranja pomoću kojih će se ostvariti kvalitetnija zdravstvena skrb i obavljanje skupih i složenih liječničkih pregleda u kraćem roku. Osim koristi za poslodavce, rasterećuje se i državni proračun jer su korištenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja manji izdaci za javni sektor zdravstva.

Kovač i Smolić (2020) analizirali su poslovne trendove u privatnom zdravstvenom sektoru u Hrvatskoj od 2011. do 2018. Prikazane su najvažnije značajke dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje provode društva za osiguranje i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Rad analizira privatni zdravstveni sektor kao i privatnu potrošnju na zdravstvenu skrb u Hrvatskoj. Rezultati pokazuju da su korisnici zdravstvenih usluga spremni platiti više za brži pristup i kvalitetnije usluge. Unatoč dugotrajnoj recesiji u Hrvatskoj, privatni zdravstveni sektor kontinuirano se razvijao, ulagao u suvremenu opremu, čime je omogućeno pružanje kvalitetnih zdravstvenih usluga koje su bile nedostupne pacijentima u javnom sektoru. Smatra se da će privatno financiranje korištenja usluga zdravstvene zaštite popuniti jaz u zdravstvu u Hrvatskoj.

Istraživanje koje su proveli Bolin et al. (2010) bavilo se potražnjom za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u Europi. Istraživanje je pokazalo da pojedinac s povećanim zdravstvenim rizikom vjerojatno neće imati ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, dok će pojedinac s nižim zdravstvenim rizikom imati ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ovo nije u skladu s onim što bismo očekivali od teorije odnosno od standardnih modela negativne selekcije i moralnog hazarda. Dva najčešća objašnjenja su da je averzija prema riziku povezana sa zdravljem, što je pojedinac više nesklon riziku, to će on biti skloniji poduzeti mjere predostrožnosti i više ulagati u zdravlje ili da društva za osiguranje mogu diskriminirati klijente na način da nude privlačnije ugovore pojedincima niskog zdravstvenog rizika.

Koristeći podatke iz SHARE (Anketa o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi), Paccagnella et al. (2013) istražili su determinante dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja među starijima od

pedeset godina u jedanaest europskih zemalja i njihove učinke na izdatke za zdravstvenu skrb. Na temelju rezultata ovog rada mogu se izvesti zaključci da bi se porezni poticaji za dobrovoljno zdravstveno osiguranje trebali koncentrirati na grupne police (koje plaća poslodavac ili otvoreni uzajamni fond), jer su pojedinačne police općenito više pod utjecajem nepovoljne selekcije (i posljedičnih strategija „ubiranja vrhnja“ od strane društva za osiguranje) i zato što poslodavci i fondovi mogu pregovarati o boljim paketima pokrića s društvima za osiguranje, smanjujući probleme s informacijama za potrošače. Budući da je utvrđeno da su razina obrazovanja i kognitivne sposobnosti važni čimbenici koji utječu na odluku o ugovaranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, usporedba troškova i koristi od dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja treba biti pojednostavljena, posebno za starije građane koji imaju poteškoće u razumijevanju stavki ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Autori Kaštelan et al. (2020) proveli su istraživanje o ekonomskim krizama kao poticaj na promjene u zdravstvenom sustavu s osvrtom na pandemiju COVID-19. Povijest pokazuje da su vremena krize bila ključna za promjene u zdravstvenom i socijalnom sustavu. Ako se pravilno provedu, reforme mogu potaknuti pozitivne promjene otvarajući mogućnosti za rješavanje problema i nejednakosti u zdravstvenom sustavu. Trenutna globalna kriza koju je donijela pandemija COVID-19 otvara mogućnost poticanja pristupa prema kojem zdravstveni sustavi funkcioniraju putem informatizacije i uvođenja telekomunikacijskih tehnologija. Ovakav pristup zahtijeva uspostavu jasnog regulatornog i pravnog okvira, infrastrukture, obrazovanja i zaštite podataka. Na taj će način, čak i nakon suzbijanja pandemije, zdravstveni sustav biti rasterećeniji i bolje organiziran, spreman za borbu s nadolazećim pandemijama te će u budućnosti imati koristi od ovog gorkog iskustva.

Utjecaj pandemije COVID-19 na industriju osiguranja analizirali su Babuna et al. (2020). Pandemija je izazvala iznenadni i neočekivani šok za industriju osiguranja. Društva za osiguranje bila su različito pogođena ovisno o likvidnosti, rizičnosti portfelja, oslanjanju na reosiguranje, solventnosti. Industrija osiguranja nema dovoljno iskustva u upravljanju situacijom pandemije, ali oporavak je bio brz. Društva za osiguranje su se sada prilagodila radu s udaljenih lokacija i unaprijedile svoju informacijsku tehnologiju. Osiguratelji su poduzeli konkretne mjere za smirivanje paničnih reakcija među osiguranicima. Društva za osiguranje moraju biti spremna u svakom trenutku za najgore moguće scenarije i moraju nastaviti komunicirati s klijentima u pozitivnom radnom okruženju te održati njihovo povjerenje.

Slično istraživanje provele su Stanković et al. (2022), a čiji je cilj bio ukazati na utjecaj zdravstvene krize uzrokovane virusom COVID-19 na globalno tržište osiguranja. Neosporno je da je pandemija izazvana virusom COVID-19 izazvala krizu u svijetu, došlo je do usporavanja gospodarske aktivnosti na globalnoj



razini, dok su u isto vrijeme zdravstveni i drugi troškovi povezani s pandemijom porasli. Sve se to odrazilo i na globalno tržište osiguranja. Ljudi su zbog pandemije postali svjesniji važnosti rizika, a već u 2021. i 2022. godini kupuju više polica osiguranja s višim premijama. Očekuje se da će se takav trend nastaviti i u narednim godinama, te da će se sektor osiguranja oporaviti i izboriti za svoje mjesto na globalnom tržištu.

S obzirom da je pandemija COVID-19 relativno nova pojava, trenutno postoji samo nekolicina znanstvenih istraživanja vezanih za utjecaj pandemije na zdravstveni sustav i industriju osiguranja. Utjecaj pandemije COVID-19 na dobrovoljno zdravstveno osiguranje i njenu potražnju nije dovoljno istražen, te će se navedena problematika istražiti u ovom radu.

## **1.2. Predmet istraživanja**

Predmet istraživanja je utjecaj pandemije na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Novi virus COVID-19 javlja se kao potencijalna determinanta potražnje za zdravstvenim osiguranjem. U tu svrhu će se provesti empirijsko istraživanje anketnim upitnikom na uzorku građana Republike Hrvatske te će se nastojati doći do spoznaja o utjecaju COVID-19 pandemije na ugovaranje novih polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na području Hrvatske. Istraživanjem će se obuhvatiti i ekonomski, socijalni, demografski i osobni čimbenici potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

## **1.3. Istraživačke hipoteze**

Kako bi se ustanovio utjecaj pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, postavljaju se sljedeće hipoteze:

**H0: Pandemija COVID-19 ima pozitivan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem**

Pretpostavlja se da za vrijeme pandemije ljudi imaju veću potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem zbog neizvjesne budućnosti koju pandemija donosi. Pandemija se proširila na cijeli svijet i uz to odnijela veliki broj žrtava. Sve više ljudi strahuje za vlastiti život i vlastito zdravlje te se iz tih razloga stvara sve veća potreba za ugovaranje dodatne zdravstvene zaštite. Navedeno dovodi do

pretpostavke da postoji pozitivna korelacija između pandemije COVID-19 i potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

### **H1: Pandemija COVID-19 ima negativan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem**

Tijekom pandemije vlade širom svijeta su uvele restriktivne mjere za suzbijanje pandemije kao što su zabrane međugradskih migracija, obustavljanje rada uslužnih djelatnosti, ograničeno radno vrijeme trgovina, obustava javnog i međugradskog prijevoza, što je dovelo do velikog broja izgubljenih radnih mjesta, zatvaranja poduzeća, izvršavanja poslovanja od kuće. Zbog povećane nezaposlenosti i smanjenog ili potpunog gubitka dohotka od rada, ljudi su primorani manje trošiti i više štedjeti. U takvim kriznim situacijama ljudi neće biti zainteresirani ugovarati police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili već postojeći korisnici mogu odlučiti raskinuti ugovore i odustati od plaćanja premija za zdravstveno osiguranje. Navedeno dovodi do pretpostavke da postoji negativna korelacija između pandemije i potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

#### **1.4. Ciljevi istraživanja**

Osnovni cilj ovog rada je empirijski istražiti promjene potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem zbog pandemije COVID-19 na području Republike Hrvatske, te istražiti i druge čimbenike (ekonomske, demografske, socijalne, osobne) koji imaju utjecaj na potražnju. Dodatno će se dati pregled prethodnih istraživanja vezanih za potražnju za zdravstvenim osiguranjem te istražiti tržište zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i utjecaj pandemije na cjelokupni zdravstveni sustav.

#### **1.5. Metode istraživanja**

U izradi ovog rada znanstvene metode koje će se koristiti u teorijskom i empirijskom dijelu su sljedeće:

- **Induktivna metoda** - metoda formiranja općih zaključaka iz pojedinačnih ili posebnih činjenica.
- **Deduktivna metoda** - metoda oblikovanja pojedinačnih ili posebnih zaključaka iz općih stavova.
- **Metoda analize** - proces provođenja znanstvenog istraživanja i objašnjavanja stvarnosti rastavljanjem složenih misaonih struktura na jednostavnije dijelove.

- **Metoda sinteze** - proces proučavanja i tumačenja stvarnosti kombiniranjem i sklapanjem jednostavnih misaonih struktura u složene misaone strukture.
- **Metoda dokazivanja** - dolazak do istinitosti određenih stavova na temelju znanstvenih činjenica ili prethodno utvrđenih istinitih stavova.
- **Metoda opovrgavanja** - postupak odbacivanja i pobijanja teze umjesto njenog dokazivanja, koji se sastoji u dokazivanju pogrešne teze.
- **Komparativna metoda** - uspoređivanje pojava istovjetnih ili srodnih činjenica, procesa i odnosa, odnosno utvrđivanja njihove sličnosti u ponašanju i intenzitetu te razlika među njima.
- **Metoda anketiranja** - proces istraživanja i prikupljanja podataka, informacija, stavova i mišljenja o predmetu istraživanja na temelju anketnog upitnika.  
(Zelenika, 2009.)

Za provođenje empirijskog dijela istraživanja koristit će se instrument za prikupljanje podataka u obliku anonimnog anketnog upitnika. Na temelju provedene ankete dobiveni podaci će se analizirati primjenom programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

## 1.6. Doprinos istraživanja

Očekuje se da će ovo istraživanje dati doprinos domaćoj literaturi zbog nedostatka istraživanja o utjecaju pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem na području Republike Hrvatske. Istraživanje također može poslužiti i za analizu stanja tržišta zdravstvenog sustava Republike Hrvatske i utjecaja pandemije na zdravstveni sustav. Rezultati mogu biti korisni i društvima za osiguranje kako bi na osnovu njih kreirali police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sukladno potrebama osiguranika i time unaprijedili prodaju.

## 1.7. Struktura rada

Rad će se sastojati od šest poglavlja. Nakon uvoda, u drugom poglavlju će se predstaviti vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja te će se analizirati njegovi korisnici i provedba dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na području Republike Hrvatske.

Treće poglavlje će predstaviti različite determinante potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem i pružiti pregled dosadašnjih empirijskih istraživanja u ovom području, te s teorijskog aspekta analizirati utjecaj pandemije na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Četvrto poglavlje će dati pregled tržišta zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, njegov zakonodavni okvir, načine financiranja i razvijenost, te osvrt na probleme zdravstvenog sustava uzrokovane pandemijom.

Peto poglavlje će se odnositi na empirijsko istraživanje u kojem će se na osnovu rezultata anketnog upitnika uz pomoć statističkih metoda i procjena ispitati postavljene hipoteze.

Posljednje poglavlje će sadržavati zaključke temeljene na provedenom istraživanju.

## **2. DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

### **2.1. Pojam i vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

Dobrovoljna zdravstvena osiguranja Vehovec (2014) definira kao vrstu zdravstvenih osiguranja koja se sklapaju slobodnom voljom. Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) je definirano da samo društva za osiguranje koja su dobila dozvolu od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja mogu provoditi dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Osim društva za osiguranje, usluge dopunskog zdravstvenog osiguranja može pružati i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). HZZO mora voditi sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava osnovnog zdravstvenog osiguranja, a osiguratelj odvojeno od ostalih vrsta osiguranja. Ovakva vrsta osiguranja financira se premijama koje plaćaju osiguranici iz privatnih izvora, a pokrivaju troškove i zdravstvene usluge koje nisu obuhvaćene u obveznom zdravstvenom osiguranju. Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) postoje tri vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: dopunsko, dodatno i privatno.

#### **2.1.1. Karakteristike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje razlikuje se po nekoliko karakteristika od javnog zdravstvenog osiguranja. Javno zdravstveno osiguranje je obvezno i dužne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (2013-2023), a financira se doprinosima poslodavaca i zaposlenika. Visina doprinosa koja se uplaćuje za obvezno zdravstveno osiguranje ovisi o visini dohotka osiguranika. Prema načelu solidarnosti svatko doprinosi razmjerno visini svoje plaće, što znači da će oni s većom plaćom izdvajati veći iznos, a oni s manjom plaćom manji iznos, ali svi imaju jednaka prava na zdravstvene usluge. Dok cijena police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ovisi o zdravstvenom stanju ili dobi osiguranika odnosno pojedinačnom riziku, te ne vrijedi načelo jednakosti među osiguranim osobama kao što je to slučaj kod javnog zdravstvenog osiguranja.

Prednosti ugovaranja police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ogleda se u tome da uplata nije zakonski obvezna, isključivo ovisi o slobodnoj volji i što je najvažnije jamči sigurnost osiguraniku. Ugovaratelj sam bira razinu zdravstvene zaštite i usluga, ovisno o vlastitim financijskim mogućnostima.

Osim pojedinaca, pogodnosti ugovaranja polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja imaju i poslodavci. Šijaković et al. (2008) u svom radu promatraju kako usluge dobrovoljnog zdravstvenog

osiguranja koriste poslodavcima u smanjenu stope bolovanja, skraćivanju duljine trajanja bolovanja i svih troškova vezanih uz bolovanje. Ugovaranje polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od strane poslodavca povećava motivaciju, odanost i učinkovitost zaposlenika. Redoviti zdravstveni pregledi pokriveni policom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja omogućuju otkrivanje bolesti u ranim fazama i pravovremeni početak liječenja. Na taj način dolazi do smanjenja izostanka zaposlenih zbog bolovanja, te mogućnosti gubitka radnika i u konačnici poslodavac ima manje troškove.

Cijena police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja formira se ovisno o paketu i vrsti ugovorene police. Zbog problema diskriminacije koji se javlja na štetu starijih ljudi koji su skloni visokim zdravstvenim rizicima te stoga plaćaju preskupe police osiguranja, Paccagnella et al. (2013) u svom istraživanju navode da su pojedinačne police općenito više pod utjecajem nepovoljne selekcije te bih bilo bolje ugovaranje polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od strane poslodavca jer poslodavci mogu pregovarati o boljim paketima pokriva s društvima za osiguranje, smanjujući probleme s informacijama za osiguranike. Veliki nedostatak jest asimetrija informacija zbog nemogućnosti procjene stvarne kvalitete ugovorene police, neinformiranost o pravima, uvjetima i ostalim bitnim faktorima presudnim za izbor police. Također se javlja i problem negativne selekcije kada osiguratelj ne može odrediti realnu cijenu osiguranja, nego odredi prosječnu. Na taj način se javlja problem jer je osiguranje onda privlačno ljudima s visokim rizicima, a preskupo je za one s ispodprosječnim rizikom.

### 2.1.2. Dopunsko zdravstveno osiguranje

Dopunsko zdravstveno osiguranje jedno je od tri dobrovoljna zdravstvena osiguranja kojeg osiguranik ugovara i plaća samostalno. Vuletić (2005) definira dopunsko zdravstveno osiguranje kao oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se osigurava osiguranim osobama pokriće dijela troškova do pune vrijednosti prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. HZZO propisuje da osiguranici koji imaju dopunsko zdravstveno osiguranje ne moraju plaćati troškove za bolničko ili ambulantno liječenje, dijagnostiku u bolnici, ne moraju plaćati za ortopedska i druga pomagala, za specijalističke dentalne usluge, fizikalne rehabilitacije, kao i liječenje u inozemstvu (<https://gov.hr/hr/dopunsko-osiguranje-hzzo-a/300>). Važno je istaknuti da se dopunskim zdravstvenim osiguranjem mogu osigurati samo osobe koje imaju status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, te da se dopunsko zdravstveno osiguranje ostvaruje sklapanjem ugovora između HZZO-a ili društva za osiguranje i osigurane osobe starije od 18 godina. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) definira ugovaratelja dopunskog zdravstvenog osiguranja kao osiguranika, odnosno fizičku ili pravnu osobu koja je za osiguranika sklopila ugovor o dopunskom

zdravstvenog osiguranju i obvezalo se na uplatu premije osiguranja. Osiguranikom se smatra fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju na temelju njezine suglasnosti i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju. Svaki pojedinac koji se želi osigurati dopunskim zdravstvenim osiguranjem ima pravo sam odabrati društvo za osiguranje s kojim želi potpisati ugovor. Ukoliko se dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara kod HZZO-a, prema Odluci o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja (NN 147/2022) plaća se jedinstvena cijena premije u iznosu od 111,49 € godišnje, odnosno 9,29 € mjesečno neovisno o dobi, zdravstvenom stanju i drugim čimbenicima.

Visina premije dopunskog zdravstvenog osiguranja kod društava za osiguranje ovisi o aktuarskim izračunima koji se temelje na statističkim podacima, matematičkim modelima i projekcijama budućih događaja kako bi se procijenio rizik, također ovisi i o kombinaciji različitih čimbenika, uključujući vrstu pokrića, dob osiguranika, participaciji i drugim faktorima koji mogu utjecati na visinu premije koja se može razlikovati između društava za osiguranje. Cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorena kod društava za osiguranje se formira ovisno o ugovorenoj visini i širini pokrića (npr. uz osnovno pokriće ugovora se i šire pokriće-dopunska B lista lijekova).

Vehovec (2014) ističe problem monopolskog utjecaja HZZO-a. Budući da je HZZO glavni regulator i provoditelj dopunskog zdravstvenog osiguranja, ima utjecaj na iznose participacije u zdravstvenoj zaštiti i može mijenjati lijekove na dopunskoj listi. Ostala društva za osiguranje to dovodi u nepovoljan položaj jer se javlja rizik od nekontroliranog povećanja participacije, to dovodi do povećanja obveza za osiguranike što ima direktan utjecaj na poslovanje društava za osiguranje. Također, društva za osiguranje smatraju da HZZO ne posluje po aktuarskim pravilima i izračunima dok su društva za osiguranje pod nadzorom HANFA-e, te smatraju da bi trebala postojati jednaki uvjeti i zakonska regulativa za pristup izračunu premije prema kojoj bih obje strane bile u jednakom položaju.

Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) pravo na besplatno dopunsko zdravstveno osiguranje koje se financira iz državnog proračuna u Republici Hrvatskoj imaju: osobe s 100% invaliditetom, darivatelji organa, dobrovoljni darivatelji krvi (muškarci s više od 35 darivanja i žene s više od 25 darivanja), redoviti učenici i studenti stariji od 18 godina, osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije bio veći od 331,81 € a za samce nije bio veći od 415,42 €.

Dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara se sa svrhom nadoknade razlike u cijeni između cijene koja je pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem i stvarne cijene medicinskih usluga. Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je obvezna snositi osigurana

osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 120,26% proračunske osnovice, odnosno pojedinca može koštati do propisanog maksimuma po jednom računu u iznosu od 580,88 €. Cijena bolničkog liječenja po svakom danu bez dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosi 17,70 €, a za pregled kod obiteljskog liječnika ili za izdavanje lijeka po receptu građani bez dopunskog osiguranja plaćaju 1,32€ (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, 2013-2023).

### 2.1.3. Dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje predstavlja još jednu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) osigurava pojedincu viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na pokriće iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatno zdravstveno osiguranje ugovara se između ugovaratelja osiguranja i društva za osiguranje ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju. HZZO trenutno ne nudi usluge dodatnog zdravstvenog osiguranja. Osiguranikom dodatnog zdravstvenog osiguranja može biti samo osoba koja ima status osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja. Ćurak i Jakovčević (2007) navode kako je definiran opseg prava koji mora biti iznad prava osnovnog zdravstvenog osiguranja i zbog toga većina društava za osiguranje dijele prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja na bolnički i izvanbolnički ne standard. Usluge koje su pokrivena policom dodatnog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje su specijalistički i sistematski pregledi, dodatna financijska sigurnost u slučaju bolničkog liječenja, odabir specijaliziranih klinika za preglede i liječenje, obavljanje dijagnostičkih pregleda, konzultacija sa liječnicima. Osiguranik ima pravo sam birati u kojoj ustanovi želi obaviti pregled kao i pravo na samostalni odabir termina pregleda. Društva za osiguranje svojim osiguranicima daju mogućnost pružanja zdravstvenih usluga putem vlastitih zdravstvenih ustanova, ugovornih zdravstvenih ustanova ili kombinacijom ove dvije vrste. Glavni razlog zbog kojeg se osiguranici odlučuju na ugovaranje polica dodatnog zdravstvenog osiguranja, što je ujedno i glavna prednost dodatnog osiguranja, su pregledi bez dugih lista čekanja i bez uputnice.

Sokol i Staničić (2020) navode da premije dodatnog zdravstvenog osiguranja određuju osiguratelji ovisno o različitim čimbenicima, opsegu pokrića, dobnoj skupini, zdravstvenom stanju, aktuarskim izračunima te trajanju sklopljenog ugovora. Smatra se da je ovaj oblik osiguranja namijenjen imućnijima jer je premija za dodatno zdravstveno osiguranje viša u odnosu na premiju dopunskog zdravstvenog osiguranje zbog toga što premija raste uslijed povećavanja broja usluga ugovorenih policom.



Vehovec (2014) ističe da nisu jasno definirana prava i standard iz obveznog zdravstvenog osiguranja te iz tog razloga društva za osiguranje u većini slučajeva nude uglavnom iste usluge kao iz pokrića iz obveznog zdravstvenog osiguranja, ali uz dostupniju, bržu i kvalitetniju uslugu. U slučaju definiranja osnovnog paketa zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem došlo bi do mogućnosti razvoja i novih ponuda proizvoda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u obliku dopune uslugama javnog zdravstva.

Važno je shvatiti razliku između dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja. Iako oba oblika osiguranja pripadaju dobrovoljnim oblicima zdravstvenog osiguranja, ipak se u nekim segmentima razlikuju. Prva razlika je u tome što se dopunsko zdravstveno osiguranje može ugovoriti kod HZZO-a i društava za osiguranje, dok se dodatno zdravstveno osiguranje može ugovoriti samo kod društava za osiguranje. Preduvjet za ugovaranje jednog i drugog oblika je da osiguranik bude u statusu osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja. Ključna razlika je u tome što se dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara za pokriće troškova koji nisu u potpunosti pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem, dok se dodatno zdravstveno osiguranje ugovara u slučaju kada se želi viši standard i veći opseg zdravstvenih usluga u odnosu na nivo i prava zdravstvenih usluga pokrivenih iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

#### 2.1.4. Privatno zdravstveno osiguranje

Privatno zdravstveno osiguranje je oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojeg Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (2006-2023) definira kao vrstu zdravstvene zaštite koja osigurava fizičke osobe koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Privatno zdravstveno osiguranje sklapa se ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju između društva za osiguranje i ugovaratelja osiguranja. Društva za osiguranja dužna su odrediti premiju privatnog zdravstvenog osiguranje na temelju pokrića ugovora o privatnom zdravstvenom osiguranju i rizika s kojima se susreću osiguranici, uzimajući u obzir dob, spol, bonuse i maluse, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanju osiguranja, uz obvezu osiguranja jednakih prava i obveza za sve osiguranike iz privatnoga zdravstvenog osiguranja. Prema ugovoru o privatnom zdravstvenom osiguranju određuju se ustanove koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja.

Iako je zakonom definiran pravni okvir, trenutno u Republici Hrvatskoj nije razvijena i nije moguća zamjena obveznog zdravstvenog osiguranja za privatno zdravstveno osiguranje, te niti jedno društvo za osiguranje zasad ne provodi u praksi privatni oblik zdravstvenog osiguranja. Prema provedenom

istraživanju Mastilica i Babić-Bosanac (2002) osiguranici smatraju kako je potrebno uvesti pravilnik po kojem bi društva za osiguranje krenula u razvijanje sustava privatnog zdravstvenog osiguranja. Razlog koji je ograničio razvoj privatnog zdravstvenog osiguranja je taj što osiguranici smatraju da će se uvođenjem privatnog zdravstvenog osiguranja ići na štetu korisnika i znatno poskupiti zdravstvene usluge.

S obzirom da obvezno zdravstveno osiguranje predstavlja socijalnu kategoriju koja obuhvaća sve slojeve društva u Republici Hrvatskoj, pravo na status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju imaju sve osobe sa prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci sa odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, privatno zdravstveno osiguranje kao takvo nema svoju svrhu u trenutno reguliranom sustavu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske.

## **2.2. Provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

Zakonom o osiguranju (2015-2023) regulirano je provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje usklađenih s direktivama Europske Unije o neživotnim osiguranjima i Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Uz društva za osiguranja, dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi i HZZO u obliku dopunskog zdravstvenog osiguranja prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Važno je naglasiti kako HZZO kao provoditelj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nema obvezu dobivanja suglasnosti za obavljanje poslova osiguranja od strane regulatora osiguranja HANFA-e i ispunjavanja svih ostalih predviđenih zakonskih normi propisanih Zakonom o osiguranju. Osim toga, Republika Hrvatska se obvezala na provođenje neživotnih osiguranja preko društava za osiguranje u skladu s direktivama Europske Unije, te su od navedenih pravila izuzeti javni zdravstveni sustavi i osiguranja. Načinom regulacije tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nisu zadovoljna društva za osiguranje jer se javlja neujednačenost i nejasnost zakonskih propisa, odnosno neravnopravnost u odnosu na HZZO što u konačnici ima utjecaj na poslovanje društava za osiguranje i na opći razvoj dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema regulativi Europske Unije o osnivanju i obavljanju djelatnosti osiguranja i reosiguranja (2009) dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije dio javnog zdravstvenog sustava te bi se ono trebalo u potpunosti odvijati po načelima i pravilima tržišnog natjecanja. U regulativi Hrvatskog zdravstvenog sustava trebalo bi doći do promjena i poboljšanja u smjeru omogućavanja ravnopravnog tržišnog natjecanja između svih nositelja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Nakon potpisivanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranja između osiguranika i društva za osiguranje ili HZZO-a, osiguraniku se izdaje iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja kojom se dokazuje njegov status osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. S iskaznicom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osigurava ugovorena prava u ljekarnama i zdravstvenim ustanovama te mu osiguratelj refundira nastale troškove participacije u zdravstvenoj zaštiti.

### **2.3. Korisnici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

Korisnikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, uz njegovu suglasnost, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji koristi prava utvrđenim tim ugovorom (Nenadić et al., 2015). Općenito, potencijalni korisnici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su osobe koje žele širi spektar zdravstvenih usluga. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može pružiti pristup dodatnim uslugama koje nisu obuhvaćene obveznim osiguranjem. Osobe s većim primanjima mogu se odlučiti za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kako bi imale pristup visokokvalitetnim uslugama i izbjegavanju čekanja za pregled kod specijalista i/ili operacije. Nadalje, jedni od potencijalnih korisnika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su i zaposlenici kojima poslodavci uplaćuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje. U nekim slučajevima, poslodavci mogu ponuditi mogućnost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao dio radnih beneficija za svoje zaposlenike. Poslodavci pregovaraju s društvima za osiguranje kako bi osigurali grupno zdravstveno osiguranje za svoje zaposlenike po boljim i povoljnijim uvjetima. Također, i umirovljenici mogu biti jedni od korisnika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zbog povećanog rizika od bolesti i češćem korištenju zdravstvenih usluga.

U svakom slučaju, korisnici ovog osiguranja imaju dodatne pogodnosti i pokriće koja idu iznad obveznog zdravstvenog osiguranja.

### **3. DETERMINANTE POTRAŽNJE ZA DOBROVOLJNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM**

#### **3.1. Demografske odrednice**

Demografski čimbenici mogu utjecati na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem na različite načine. Nekoliko demografskih čimbenika koji mogu utjecati na potražnju za ovim oblikom osiguranja su dob, spol, razina obrazovanja i mjesto stanovanja.

Starenje stanovništva se javlja kao posljedica dužeg životnog vijeka i pada stope nataliteta koja može potaknuti potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem jer stariji pojedinci prepoznaju potrebu za dodatnom zaštitom i pristupom uslugama koje odgovaraju njihovim specifičnim zdravstvenim potrebama koje navodi Svjetska banka (2019). Starije osobe često imaju veće zdravstvene potrebe zbog povećanog rizika od kroničnih bolesti, lošeg zdravstvenog stanja i invaliditeta. Kako stanovništvo stari, potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem može porasti jer stariji pojedinci žele imati pristup specijalistima, bolničkoj skrbi i drugim potrebnim uslugama koje možda nisu obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Umirovljenicima u Republici Hrvatskoj obvezno zdravstveno osiguranje se financira iz državnog proračuna, dok dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovisno o visini mirovine, moraju financirati sami. Iz tog razloga umirovljenici, koji su podložniji zdravstvenim problemima i češće koriste zdravstvene usluge, mogu biti skloniji potražiti dobrovoljno osiguranje kako bi imali veće pokriće i izdvajali manje novca za svoje zdravstvene potrebe. To potvrđuje i istraživanje provedeno od strane Oraro et al. (2017) u kojem se navodi kako osobe u starijoj životnoj dobi u većoj mjeri ugovaraju police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i to u većoj mjeri ugovaraju muškarci stariji od 50 godine, u odnosu na mlađe muškarce. Stariji ljudi obično imaju više financijskih sredstava nakon dugog razdoblja rada i štednje što može povećati mogućnost i želju za plaćanjem premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pruža širi spektar pokrića i bolje usluge. Stariji pojedinci mogu biti spremniji uložiti u svoje zdravstveno osiguranje kako bi se osigurali od neočekivanih troškova i osigurali pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi. Međutim, moguća je manja potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u slučaju slabijeg financijskog stanja odnosno nižeg dohotka, malih mirovina i niže razine bogatstva. Prema istraživanju Kaliterna Lipovčan et al. (2014) razlike povezane s dobi i prihodom još su uvijek prisutne. Starije osobe i one s nižim prihodima još se uvijek suočavaju s više problema povezanih sa zdravljem od mlađih osoba i onih s višim prihodima. Medić (1996) opisuje teoriju potrošnje koju su definirali Alberto Ando i Franco Modigliani koja prikazuje kako odnos dohotka i potrošnje nije isti tijekom života

pojedina. Prema navedenoj teoriji pojedinac na početku i na kraju faze svog životnog ciklusa ima veću potrošnju u odnosu na dohodak, dok u srednjoj fazi životnog ciklusa ima veći dohodak nego troškove. Temeljem ove teorije može se doći do zaključka kako će osobe u srednjoj fazi životnog ciklusa više ugovarati dobrovoljno zdravstveno osiguranje zbog većeg raspoloživog dohotka. Navedeno potvrđuje istraživanje Motlagh et al. (2015) u kojem se navode rezultati studije prema kojima je veća vjerojatnost potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u srednjoj životnoj dobi kada su štednja i prihod najveći. Također se može doći i do zaključka kako mlade osobe manje obolijevaju od raznih bolesti, te će stoga potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u mlađoj životnoj dobi biti manja.

Spol može biti jedan od čimbenika koji utječu na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Neki tipovi kroničnih bolesti mogu biti češći kod osoba jednog spola, na primjer, srčane bolesti kod muškaraca. Osobe koje su svjesne većeg rizika od određenih zdravstvenih problema povezanih s njihovim spolom mogu biti motivirane za potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem kako bi imale adekvatno pokriće i pristup liječenju. U nekim slučajevima, žene se možda više brinu o preventivnoj zdravstvenoj skrbi, kao što su redoviti pregledi dojki ili Papa testovi za rano otkrivanje raka vrata maternice. To može rezultirati većom potražnjom za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem koje pokriva takve preventivne usluge. Prema istraživanju provedenom od strane Rodriguez i Stoyanova (2003) muškarci možda imaju tendenciju da zanemare ili odgađaju traženje medicinske pomoći u usporedbi s ženama. Stoga, žene su više motivirane na kupnju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kako bi imale pristup medicinskim uslugama kada je to potrebno. Žene često imaju specifične zdravstvene potrebe povezane s reproduktivnim zdravljem, uključujući prenatalnu skrb, porođaj i post porođajnu njegu. Također, može doći do komplikacija za vrijeme trudnoće što će dovesti do češćih posjeta liječniku ili bolnici. Bez ugovorenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja svaki pregled se plaća, a pogotovo hitne intervencije i boravak u bolnici. Stoga, žene mogu biti više sklone ugovoriti dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi osigurale pristup potrebnim uslugama.

Razina obrazovanja može imati značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Osobe s višom razinom obrazovanja često su bolje informirane o zdravstvenim rizicima i potrebama za zdravstvenom zaštitom. Oni mogu biti svjesniji potencijalnih medicinskih troškova i koristi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja te stoga imaju veću vjerojatnost da će ga tražiti. Osobe s višom razinom obrazovanja obično imaju veće primanja i financijsku stabilnost. To može povećati njihovu sposobnost da plaćaju premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje što potvrđuje istraživanje od Liu i Chen (2002). Oni mogu prepoznati vrijednost osiguranja kao zaštite od neočekivanih zdravstvenih troškova i imati veću mogućnost da si to priušte. Vehovec (2014) u svom radu ističe kako osobe s višom razinom obrazovanja često imaju bolji pristup informacijama o različitim

planovima zdravstvenog osiguranja, pokrićima i mogućnostima. Oni su vjerojatno upućeniji za razumijevanje različitih aspekata osiguranja i mogu donijeti valjane odluke o potrazi za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Osobe s višom razinom obrazovanja često su svjesne važnosti prevencije i ranih pregleda za otkrivanje zdravstvenih problema u ranim fazama.

Mjesto stanovanja i stupanj urbanizacije može također imati utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Prema Kirgia et al. (2005) u urbanim područjima često postoji veća dostupnost i raznolikost zdravstvenih ustanova i usluga u usporedbi s ruralnim područjima. Stoga, stanovnici urbanog područja mogu ugovoriti dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi osigurali pristup širem spektru usluga ili za pokrivanje troškova koji nisu obuhvaćeni osnovnim zdravstvenim osiguranjem. U urbanim područjima često postoji veća konkurencija među društvima za osiguranje i ponuđačima zdravstvenih usluga. To može rezultirati većim izborom i raznolikošću dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja koja su prilagođena različitim potrebama pojedinaca. Urbana područja često karakteriziraju različiti načini života, uključujući stresnije radne uvjete, povećanu izloženost zagađenju zraka i drugim zdravstvenim rizicima. Stanovnici urbanih područja mogu biti svjesniji tih rizika i skloniji potraživati dodatno zdravstveno osiguranje koje pruža bolju zaštitu ili specifična pokrića koja se odnose na takve rizike. Rezultati navedenog istraživanja govore kako su ispitanici koji žive u urbanim naseljima imali dvadeset i sedam puta veću vjerojatnost da će imati zdravstveno osiguranje od onih koji su živjeli u ruralnim ili siromašnim sredinama. Razlog tome je što se stanovnici ruralnih ili udaljenih područja suočavaju s izazovima dostupnosti zdravstvenih usluga. Nedostatak zdravstvenih ustanova, specijaliziranih liječnika i drugih medicinskih resursa može rezultirati smanjenoj potražnji za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Također, ruralna mjesta su u većini slučajeva socioekonomski manje razvijena, te stanovnici tih područja možda nemaju dovoljno financijskih sredstava za plaćanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, što će smanjiti potražnju.

### **3.2. Osobni čimbenici**

Svaka osoba ima svoje jedinstvene potrebe, preferencije i životne okolnosti koje mogu utjecati na njihovu odluku o traženju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osobni čimbenici kao što su zdravstveno stanje pojedinca, rizično ponašanje, način života i osobne preferencije mogu imati utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Osobe s lošijim zdravstvenim stanjima ili kroničnim bolestima mogu biti sklonije potražnji za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem kako bi osigurale adekvatnu pokrivenost i pristup potrebnim liječničkim uslugama, terapijama i lijekovima.

Osobe koje puše cigarete, konzumiraju alkohol ili opojna sredstva, ili su fizički neaktivna i konzumiraju nezdravu i masnu hranu, imaju veću vjerojatnost za oboljenje od kroničnih bolesti te iz tog razloga mogu osjećati veću potrebu za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem kako bi se osigurale od mogućih zdravstvenih problema povezanih s takvim ponašanjem. Suprotno tome, ako osobe ne brinu o svom zdravlju možda ih neće ni zanimati ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Prema rezultatima istraživanja Kirigia et al. (2005) one osobe koje piju alkohol imaju manju vjerojatnost kupnje zdravstvenog osiguranja. Suprotno, osobe koje puše cigarete imaju veću vjerojatnost da će potraživati zdravstveno osiguranje. U kontekstu tržišta zdravstvenog osiguranja, navedeno bi moglo biti izvor zabrinutosti za prisutnost moralnog hazarda zbog izlaganja većem riziku, ukoliko je osiguranik pušač ima veću vjerojatnost obolijevanja od određenih bolesti. Moralni hazard se odnosi na situaciju u kojoj osiguranik ima veću vjerojatnost preuzimanja većeg rizika ili nepoželjnog ponašanja jer zna da će društvo za osiguranje pokriti troškove liječenja. U slučaju pušenja, osobe koje puše imaju veći rizik od razvoja bolesti poput raka grla ili pluća što povećava troškove liječenja za društva za osiguranje. Dok osobe koje žive zdravijim načinom života, hrane se zdravo, bave se sportom, odnosno paze na svoje zdravlje, kako bi maksimizirali svoju zdravstvenu zaštitu biti će skloniji ugovaranju polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kao čimbenik javljaju se i osobne preferencije. Neki ljudi jednostavno preferiraju imati dodatno zdravstveno osiguranje kao oblik sigurnosti.

### **3.3. Ekonomske determinante**

Ekonomske determinante potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem odnose se na financijske čimbenike kao što su visina dohotka, cijena police, troškovi i inflacija koji mogu utjecati na odluku pojedinca da potraži dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Osobe s višim dohotkom obično imaju veću financijsku sposobnost za plaćanje premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Imajući veći raspoloživi dohodak, lakše im je podmiriti troškove osiguranja. Financijska sposobnost pojedinca igra ključnu ulogu u odluci o traženju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osobe s većim dohotkom i većom financijskom stabilnošću često su više sklone tražiti dodatno osiguranje kako bi osigurali pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi i pokrili potencijalne troškove liječenja. Motlahg et al. (2015) u svom istraživanju potvrđuju kako će potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem rasti porastom osobnog dohotka jer pojedinac ima veću kupovnu moć, iako pri porastu dohotka pojedinac ima dovoljno raspoloživih sredstava da pokrije u svakom trenutku moguće troškove liječenja i na taj način izbjegne trošak premije osiguranja. Važno je napomenuti da i osobe s nižim dohotkom mogu imati

potrebu za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, ali njihova financijska situacija može biti ograničavajući faktor.

Visoki troškovi zdravstvene skrbi mogu motivirati ljude da traže dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi se zaštitili od neočekivanih financijskih tereta. Ako pojedinac percipira da bi troškovi liječenja mogli biti previsoki ili izvan dosega, to može potaknuti potražnju za dodatnim osiguranjem.

Cijena police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izravno utječe na ukupne troškove osiguranja za pojedinca. Ako je cijena visoka u odnosu na proračun pojedinca, to može smanjiti potražnju za dobrovoljnim osiguranjem. Osobe s nižim dohotkom ili ograničenim financijskim sredstvima vjerojatno će manje kupovati policu zdravstvenog osiguranja. Cijena police može utjecati na percepciju vrijednosti koju osiguranje pruža. Osobe će vjerojatno biti motivirane na kupnju police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ako smatraju da je cijena razmjerna pokrivenosti, uslugama i povlasticama koje osiguranje pruža. Ako pojedinac smatra da je cijena opravdana u odnosu na koristi koje dobiva, veća je vjerojatnost da će se odlučiti na kupnju osiguranja. Cijena police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja može biti uspoređena s troškovima alternativnih izvora zdravstvene skrbi, kao što su plaćanje iz vlastitog džepa. Ako se cijena police dobrovoljnog osiguranja smatra konkurentnom u odnosu na te alternative, pojedinci mogu biti motivirani da se odluče za kupnju osiguranja kako bi smanjili vlastite financijske rizike u slučaju zdravstvenih problema. Bhat i Jain (2006) u svom istraživanju uspoređuju cijenu police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja s razinom pokrivenosti i rasponom dostupnih opcija. Ako je cijena premije visoka, ali osiguranje pruža proširenu pokrivenost, veći broj usluga ili dodatne povlastice, pojedinci mogu biti motivirani da prihvate tu cijenu kako bi dobili više koristi i veću vrijednost za svoj novac.

Očekivana inflacija može utjecati na rast troškova premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ako se očekuje visoka inflacija, to može dovesti do povećanja cijene osiguranja kako bi se nadoknadili očekivani rast troškova zdravstvene skrbi. U takvim slučajevima, pojedinci mogu biti motivirani da ranije potraže dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi izbjegli moguće buduće poraste cijena.

Očekivanje o budućim troškovima zdravstvene skrbi može utjecati na odluku o traženju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ako pojedinac očekuje da će se suočiti s povećanim troškovima zdravstvene skrbi u budućnosti, može biti sklon ugovaranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kako bi se na vrijeme osigurao od viših mogućih troškova. Ako se očekuje visoka inflacija, pojedinci mogu biti svjesni da će se troškovi zdravstvene skrbi povećavati tijekom vremena, te će posljedično doći do povećanja cijene. Stoga, pojedinci mogu biti skloni potraživati dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi osigurali adekvatnu pokrivenost i zaštitu od potencijalnih budućih troškova.



Nezaposlenost također može imati značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim jer neki zaposlenici ostvaruju dobrovoljno zdravstveno osiguranje preko svog poslodavca. Kada osoba postane nezaposlena, izgubiti će pristup tom osiguranju. Kao rezultat toga, nezaposlene osobe mogu biti motivirane da nakon gubitka ugovorene police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od strane poslodavca sami ugovore policu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja direktno s društvima za osiguranje. No javlja se problem jer nezaposlenost dovodi do smanjenja ili gubitka stabilnog izvora prihoda. To može značiti da nezaposlene osobe imaju manje raspoloživih sredstava te će to direktno utjecati na smanjenje ugovaranja polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### **3.4. Socijalni faktori**

Socijalna percepcija i stavovi prema zdravstvenom osiguranju mogu utjecati na potražnju. Ako postoji široko rasprostranjeno uvjerenje da je posjedovanje zdravstvenog osiguranja važno za financijsku sigurnost i pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi, to može potaknuti ljude da traže dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi se uklopili u društvene norme i osigurali svoje zdravstvene potrebe. Pripadnost određenoj društvenoj skupini može utjecati na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Na primjer, ako se članovi određene društvene skupine smatraju više osviještenima o zdravlju i više motiviranima za ulaganje u vlastito zdravstveno osiguranje, to može potaknuti druge članove te skupine da slijede isti put. Za neke ljude, posjedovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja može biti simbol visokog socijalnog statusa i uspjeha. Ovi socijalni čimbenici mogu potaknuti pojedince na ugovaranje osiguranja. Povjerenje u zdravstveni sustav može biti oblikovano kulturom. Ako postoji visoko povjerenje u javni zdravstveni sustav, ljudi se možda manje oslanjaju na dobrovoljno zdravstveno osiguranje. S druge strane, u kulturama gdje je povjerenje u zdravstveni sustav nisko ili gdje postoji percepcija nedostatka kvalitete ili pristupačnosti, potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem može biti veća (Dror et al., 2016).

Također, vjera može imati znatan utjecaj na potražnju jer vjernici mogu imati uvjerenje da su zdravlje i dobrobit u Božjoj volji te da će biti zaštićeni od bolesti i ozljeda. U takvim slučajevima, potreba za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem može biti manja jer se oslanjaju na vjeru kao izvor zaštite. Treerattanapun (2011) proveo je istraživanje o utjecaj kulture na potrošnju neživotnih osiguranja i došao do zaključka da islamska vjerovanja značajno smanjuju kupovinu osiguranja. Očekuje se da će zemlje s visokim postotkom onih koji su se identificirali kao islamski vjernici imati niži stupanj potrošnje osiguranja.

Društvene mreže i interakcije s drugim ljudima mogu utjecati na odluku o kupnji dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Na primjer, pozitivna iskustva ili preporuke od članova obitelji, prijatelja ili kolega mogu povećati vjerojatnost da pojedinac potraži i kupi osiguranje.

### **3.5. Pandemija**

Izvanredne okolnosti mogu imati značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem kao što su prirodne katastrofe, teroristički napadi, pandemije. Nakon prirodnih katastrofa poput potresa, poplava ili uragana, zdravstveni sustavi mogu biti preopterećeni, a pristup medicinskoj skrbi može biti ograničen. U takvim situacijama, ljudi mogu biti motivirani da se osiguraju kako bi osigurali pristup hitnoj medicinskoj skrbi i liječenju u slučaju ozljeda ili bolesti.

Izbijanje ozbiljnih zaraznih bolesti može potaknuti povećanu svijest o potrebi za zdravstvenom zaštitom i financijskom sigurnošću. Ljudi mogu tražiti dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi osigurali pokriće za testiranje, liječenje i ostale medicinske usluge u slučaju izbijanja epidemije.

Pandemija COVID-19 može imati značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz nekoliko razloga. Pandemija je istaknula važnost zdravstvene zaštite i potrebu za pravovremenim pristupom kvalitetnoj medicinskoj skrbi. COVID-19 je izazvao porast svijesti o rizicima povezanim sa zdravljem i potrebi za zaštitom. Ljudi su postali svjesni da bi mogli biti izloženi zarazi, čak i ako su relativno zdravi, te da bi im trebalo osiguranje za zaštitu od mogućih komplikacija i dugotrajnih posljedica bolesti. To je potaknulo ljude da razmotre opcije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kako bi osigurali pokriće za liječenje COVID-19 ili druge zdravstvene probleme koji se mogu pojaviti. U mnogim zemljama, javni zdravstveni sustavi suočili su se s izazovima tijekom pandemije, kao što su ograničenja pružanja usluga, preopterećenost bolnica i dugo vrijeme čekanja za potrebne hitne preglede. To je potaknulo ljude da razmotre dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi osigurali brzi pristup medicinskoj skrbi i smanjili svoju ovisnost o javnom zdravstvenom sustavu. COVID-19 je prouzročio visoke troškove testiranja, liječenja i hospitalizacije. Ljudi su postali svjesni potrebe za financijskom zaštitom kako bi izbjegli ogromne medicinske račune. Stoga, potražnja se za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem povećala kako bi se osigurala pokrivenost takvih troškova (Probasco, 2022).

Unatoč tome što pandemija COVID-19 može potaknuti povećanu svijest o potrebi za zdravstvenom zaštitom, postoji i nekoliko negativnih faktora koji mogu utjecati na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Pandemija je prouzročila ekonomsku neizvjesnost i financijski teret za mnoge ljude. Gubitak posla, smanjenje prihoda i ekonomska nestabilnost mogu rezultirati smanjenom

mogućnošću plaćanja premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ljudi se možda odlučuju za smanjenje troškova i odgađaju kupnju osiguranja. Neki ljudi smatraju da je javno zdravstveno osiguranje dovoljno da zadovolji njihove potrebe i ne vide potrebu za dodatnim ugovaranjem osiguranja. Osim toga, društva za osiguranje mogu prilagoditi politike i uvjete osiguranja uslijed pandemije. To može uključivati smanjenje pokrivača ili povećanje premija zbog povećanog rizika. Takve promjene mogu odbiti ljude od traženja nekog dodatnog oblika osiguranja.

Gashi, S. i Gashi, R. (2021) ističu kako je zbog povećane nezaposlenosti u razdoblju pandemije vrlo brzo pao broj osiguranika, te je bila otežana naplata premije osiguranja. Općenito na tržište osiguranja za vrijeme pandemije su utjecali pad kupovne moći, pad potrošnje i gospodarski pad. Može se reći da je tržište osiguranja djelomično palo za vrijeme pandemije COVID-19, osim tržišta zdravstvenog osiguranja koje je za vrijeme krize raslo. Pritisци na javne zdravstvene ustanove i njezine usluge zbog velikog broja pacijenata kojima je potrebno liječenje dovelo je do rasta zdravstvenog osiguranja. To također potvrđuju Obadić i Gelo (2022) u svom istraživanju. Bolnički kapaciteti su krajem 2020. i 2021. godine bili pretrpati pacijentima oboljelima od virusa COVID-19 što je dovelo do nedostupnosti zdravstvenih usluga za osobe s drugim zdravstvenim problemima nevezanih za COVID-19. U bolnicama su se otkazivali liječnički pregledi i medicinski zahvati, pristup bolnicama je bio ograničen. Većina pacijenata je i sama odustajala od zakazanih pregleda zbog straha od zaraze koronavirusom jer su smatrali da je veća vjerojatnost širenja virusa u zdravstvenim ustanovama. To je dovelo do povećane zainteresiranosti i potražnje za privatnim oblicima pružanja zdravstvenih usluga.

## **4. TRŽIŠTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ I UTJECAJ PANDEMIJE NA ZDRAVSTVENI SUSTAV**

### **4.1. Načini financiranja zdravstvenog osiguranja**

Postoje različiti modeli financiranja zdravstvenog osiguranja. Zemlje mogu koristiti različite modele ili primjenjivati kombinacije modela financiranja ovisno o svojim specifičnim uvjetima i politikama zdravstva. Bismarckov model i Beveridgeov model predstavljaju dva osnovna koncepta financiranja zdravstvenog osiguranja, te se u Republici Hrvatskoj provodi financiranje zdravstvenog osiguranja kombinacijom ta dva modela.

Bismarckov model financiranja zdravstvenog osiguranja Mijatović (2006) definira kao sustav koji se temelji na socijalnom osiguranju. Ovaj model je nazvan po njemačkom kancelaru Otto von Bismarcku koji je uveo prvi obvezni sustav zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj sredinom 19. stoljeća. Glavne karakteristike Bismarckovog modela financiranja zdravstvenog osiguranja su to da je zdravstveno osiguranje obavezno za sve osigurane osobe. To znači da svi zaposleni radnici i njihove obitelji moraju biti osigurani. Financiranje zdravstvenog osiguranja provodi se putem doprinosa koje plaćaju radnici i poslodavci. Obično se određeni postotak doprinosa oduzima iz bruto plaće radnika, dok poslodavac uplaćuje dodatni postotak na temelju plaće radnika. Ta sredstva se zatim koriste za financiranje zdravstvenih usluga osiguranicima. U Bismarckovom modelu, postoji velik broj društava za osiguranje koji pružaju police zdravstvenog osiguranja osiguranicima te osiguranici imaju mogućnost odabira društva za osiguranje s kojim će sklopiti ugovor. To uključuje konkurenciju među društvima za osiguranje kako bi privukla osiguranike i pružila što bolje usluge.

Beveridgeov model financiranja zdravstvenog osiguranja temelji se na konceptu univerzalnog javnog zdravstvenog osiguranja. Ovaj model je nazvan po britanskom socijalnom reformatoru Williamu Beveridgeu, koji je 1942. godine izradio Beveridgeov izvještaj koji je postavio temelje modernog britanskog sustava socijalne zaštite, uključujući zdravstveno osiguranje. Glavne karakteristike Beveridgeovog modela financiranja zdravstvenog osiguranja su osiguravanje zdravstvene zaštite za sve građane bez obzira na njihovu financijsku situaciju ili zaposlenost. Svi stanovnici zemlje imaju pravo na zdravstvenu skrb i pristup zdravstvenim uslugama. Financiranje zdravstvenog osiguranja provodi se putem poreza ili drugih oblika obveznih doprinosa koje plaćaju građani. Država je odgovorna za prikupljanje sredstava i pružanje zdravstvenih usluga putem javnih zdravstvenih ustanova. U Beveridgeovom modelu, država igra ključnu ulogu u pružanju zdravstvene skrbi i upravljanju zdravstvenim sustavom. Državne zdravstvene ustanove pružaju usluge zdravstvene skrbi, a državna

regulativa nadzire kvalitetu i dostupnost usluga. Beveridgeov model obično uključuje jedinstveni sustav zdravstvene skrbi u kojem se zdravstvene usluge pružaju putem javnih zdravstvenih ustanova. Postoji jedinstveni sustav financiranja i upravljanja zdravstvom, a građani imaju pravo na jednaku razinu zdravstvene skrbi.

Glavni cilj financiranja zdravstva Ministarstvu zdravstva Republike Hrvatske je osigurati svim građanima pristup esencijalnim zdravstvenim uslugama bez obzira na svoj socijalni status, dob, spol ili financijske mogućnosti. Financiranje zdravstva treba osigurati da se svima omogući jednak pristup zdravstvenoj skrbi. Financijska podrška treba biti usmjerena prema pružanju visokokvalitetnih zdravstvenih usluga. To uključuje osiguravanje dostupnosti modernih medicinskih tehnologija, adekvatne opreme, stručnog osoblja i kontinuirano usavršavanje zdravstvenih radnika. Financiranje zdravstva treba osigurati dugoročnu financijsku održivost zdravstvenog sustava. To podrazumijeva ravnotežu između prikupljenih sredstava i troškova pružanja zdravstvenih usluga kako bi se osigurala stabilnost i kontinuitet pružanja zdravstvene skrbi. Financiranje zdravstva treba se temeljiti na principima efikasnosti i racionalnosti. To uključuje optimiziranje korištenja resursa, smanjenje nepotrebnih troškova, poboljšanje postupaka upravljanja i praćenja te osiguravanje transparentnosti i odgovornosti u upravljanju financijama u zdravstvu (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2018.)

Na vrhu zdravstvenoga sustava nalazi se Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske koje je nadležno za nacionalnu zdravstvenu politiku, planiranje i predlaganje zakona, reguliranje zdravstvenih usluga i standarda, javnozdravstvene programe, promicanje zdravlja i ulaganje u državne bolnice. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je državna institucija zadužena za prikupljanje i upravljanje sredstvima za zdravstveno osiguranje. U strukturi ukupnih prihoda HZZO-a, prihodi od doprinosa predstavljaju glavni oblik financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja. Doprimos za obvezno zdravstveno osiguranje (DOZO) je obvezni porezni doprimos koji se plaća na plaće, mirovine i druge oblike primanja. DOZO se koristi za financiranje osnovnog obveznog zdravstvenog osiguranja u zemlji. Porezni obveznici (zaposlenici, umirovljenici, samostalni obrtnici itd.) plaćaju DOZO na svoje prihode, a sredstva se koriste za pokrivanje troškova zdravstvenih usluga za osiguranike (Stišević et al., 2019). Osim doprinosa, zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj se financira i iz drugih izvora. Jedan od tih izvora su izravni državni proračunski prihodi koji se odvajaju za financiranje zdravstvenih usluga. Ovi prihodi se koriste za pokrivanje troškova zdravstvenih usluga za socijalno ugrožene skupine stanovništva, kao što su umirovljenici, nezaposlene osobe, studenti, učenici, djeca i drugi (Kovač, 2013). Također, zdravstvo se financira iz prihoda prikupljenih participacijom, odnosno osiguranici plaćaju određeni iznos iz vlastitog džepa za korištenje određene zdravstvene usluge ili lijekove. Tu su i prihodi od premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i prihodi od naplaćene gotovine u primarnoj zdravstvenoj

zaštiti od osiguranih osoba bez police dopunskog osiguranja te prihodi naplaćenih od privatnih osiguravatelja dopunskog zdravstvenog osiguranja (HZZO, 2023).

#### **4.2. Razvijenost hrvatskog tržišta zdravstvenog osiguranja**

Uz HZZO koji nudi dopunsko zdravstveno osiguranje, usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj pruža ukupno 12 društava za osiguranje. Prisutnost više osiguratelja stvara konkurenciju i potiče inovacije u ponudi usluga i cijenama. Društva za osiguranje na tržištu zdravstvenog osiguranja nude različite ponude i pakete osiguranja koje se mogu prilagoditi potrebama različitih skupina, što pruža osiguranicima moćnost izbora. To uključuje različite razine pokrića, dodatne usluge i mogućnosti pristupa različitim pružateljima zdravstvene skrbi. Konkurencija potiče društva za osiguranje da poboljšaju i diversificiraju svoje ponude kako bi privukli i zadržali korisnike. Također, društva za osiguranje se natječu ponudom konkurentnih premija kako bi privukli nove korisnike. Konkurencija također potiče društva za osiguranje da poboljšaju kvalitetu svojih usluga, prate inovacije i tehnološki napredak u zdravstvenom sektoru. To uključuje pružanje brže i efikasnije usluge, olakšavanje pristupa zdravstvenoj skrbi, primjenu digitalnih platformi što može poboljšati pristup zdravstvenim uslugama i učiniti ih dostupnijima korisnicima (Popović, 2013).

Postojeći regulatorni okvir i nadzor nad tržištem osiguranja igraju važnu ulogu u osiguravanju transparentnosti, stabilnosti i povjerenja na tržištu. Financijska stabilnost društava za osiguranje i održivost zdravstvenog sustava ključni su za uspješno funkcioniranje tržišta zdravstvenog osiguranja. Financijska stabilnost društava za osiguranje osigurava da ona mogu ispunjavati svoje financijske obveze prema osiguranicima. Regulatorni okvir zahtijeva od društava za osiguranje da imaju adekvatnu razinu kapitala, uspostavljene mehanizme procjene rizika te da redovito izvještavaju o svom financijskom stanju. Stalno praćenje i procjena financijske održivosti sustava važno je za osiguravanje adekvatne pokrivenosti i pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite. Održivost zdravstvenog sustava je također ključna za financijsku održivost tržišta zdravstvenog osiguranja. To uključuje pravilno financiranje zdravstvenih usluga, praćenje troškova i njihovo usklađivanje s raspoloživim resursima te provedbu učinkovitih upravljačkih strategija. Uspješna održivost zdravstvenog sustava osigurava da društva za osiguranje mogu pružiti adekvatnu zdravstvenu skrb svojim osiguranicima (Vehovec, 2014).

Unatoč postojećoj razvijenosti, hrvatsko tržište zdravstvenog osiguranja još uvijek ima potencijal za daljnji razvoj. Postoje izazovi u pogledu poboljšanja transparentnosti, pristupačnosti i kvalitete usluga, kao i poticanje inovacija u osiguravajućem sektoru koji mogu doprinijeti daljnjem razvoju tržišta zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. U posljednjim godinama primijećen je trend rasta interesa za

dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj, s ciljem osiguravanja brže i bolje zdravstvene skrbi, većeg izbora pružatelja usluga te smanjenja liste čekanja.

Tržište zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj prema Europskoj komisiji (2021) doživjelo je određene promjene prije i nakon pandemije COVID-19. Prije pandemije COVID-19 tržište zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj bilo je relativno stabilno, s postupnim rastom interesa za dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dodatni oblik pokrivenosti i bržeg pristupa zdravstvenoj skrbi. Većina privatnih zdravstvenih osiguratelja u Hrvatskoj nudila je dopunska osiguranja koja su nadopunjavala pokrivenost osiguranih osoba iz obveznog javnog zdravstvenog osiguranja. Obvezno javno zdravstveno osiguranje putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) dominiralo je tržištem zdravstvenog osiguranja, dok je udio dobrovoljnog osiguranja bio manji.

Tijekom pandemije društva za osiguranje su prilagodila svoje ponude i usluge kako bi odgovorila na specifične potrebe povezane s COVID-19. Također, Kaštelan et al. (2020) navode kako je pandemija potaknula brži razvoj digitalnih usluga u zdravstvu, informatizacija i uvođenjem telekomunikacijske tehnologije, uključujući telemedicinu i online konzultacije, što je imalo utjecaj na način pružanja zdravstvene skrbi i pokrivenosti osiguranja. Temeljem toga nakon suzbijanja pandemije, zdravstveni sustav bi trebao biti manje opterećen i bolje organiziran.

U nastavku će se analizirati tržište zdravstvenog osiguranja, odnosno tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje provode društva za osiguranje i HZZO. Analizirati će se premije zdravstvenog osiguranja i iznos likvidiranih šteta od strane društava za osiguranje, kao i ugovoreni broj polica dopunskog zdravstvenog osiguranja kod društava za osiguranje i njihova usporedba s brojem polica dopunskog osiguranja ugovorenih kod HZZO-a. Navedeni podaci će se promatrati od razdoblja 2018. do 2021. godine koje obuhvaća razdoblje pandemije COVID-19 te će dati pregled utjecaja pandemije na ugovaranje polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

#### **Tablica 1**

*Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2018. do 2021. godine*

Godina	2018.	2019.	2020.	2021.
Zaračunata bruto premija (€)	69.010.816,91	80.427.500,17	84.182.095,69	93.362.001,46
% promjene	6,6	16,5	4,7	10,9

Izvor: Autorski rad

Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja prema podacima u tablici 1 u 2018. godini porasla je za 6,6% u odnosu na prethodnu godinu. U razdoblju 2018. godine tržište dopunskog zdravstvenog osiguranja je bilo stabilno, te se rast očekivao i u nastavku. U 2019. godini bruto premija zdravstvenog

osiguranja raste za 16,5 % u odnosu na 2018. godinu. Nakon početka pandemije COVID-19 u 2020. godini u Republici Hrvatskoj i dalje se nastavlja rast stope bruto premije od 4,7%. Također i u 2021. godini nastavljen je kontinuirani rast bruto premije od 10,9%. S obzirom na pozitivan trend prethodnih razdoblja, ali i zbog povećanja iznosa sudjelovanja u dopunskom zdravstvenom osiguranju i povećanja cijena medicinskih usluga u dopunskom zdravstvenom osiguranju očekuje se daljnji rast premije zdravstvenog osiguranja u budućnosti. Važno je istaknuti kako najveći broj osiguranika dopunskog osiguranja su osiguranici HZZO-a koji nije na tržištu osiguranja, te podaci HZZO-a nisu uračunati u tablici 1. Navedeni podaci se odnose samo na ugovorene police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod društava za osiguranje.

**Tablica 2**

*Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2018. do 2021. godine*

Godina	2018.	2019.	2020.	2021.
Likvidirane štete, bruto iznosi (€)	39.037.228,75	42.484.703,7	42.102.992,9	47.853.075,85
% promjene	17,6	8,8	-0,9	13,7
% likvidirane štete u ukopnoj zaračunatoj bruto premiji	56,56	52,82	50,01	51,26

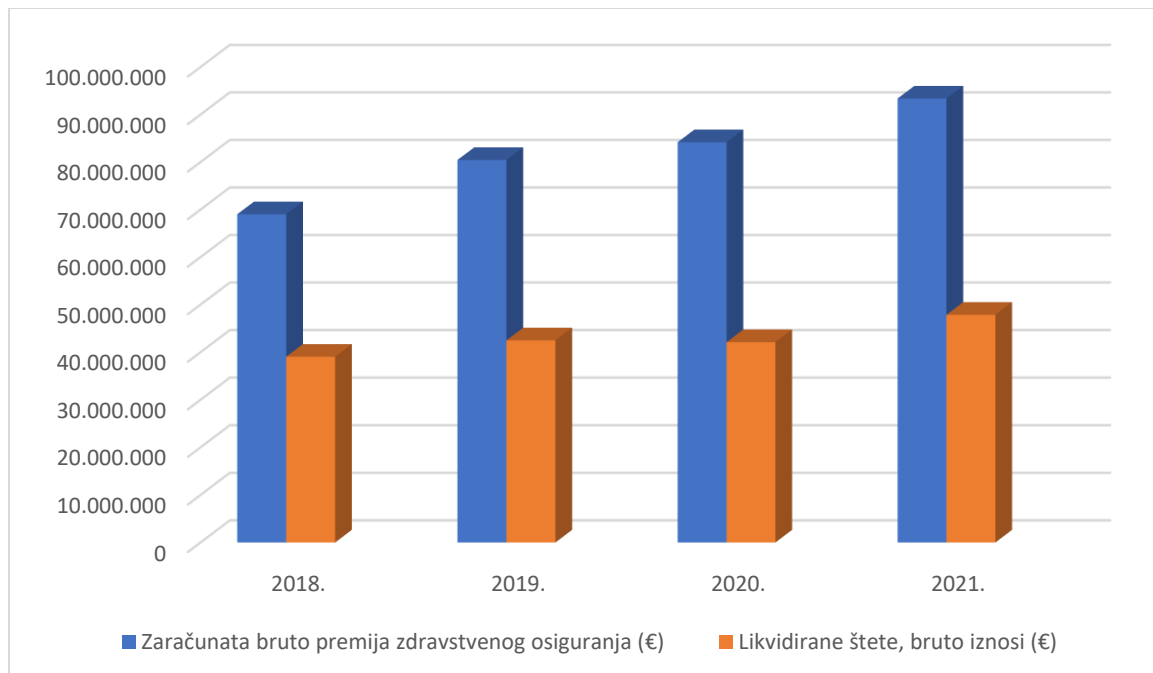
Izvor: Autorski rad

Prema podacima u tablici 2 likvidirane štete čine 52,82 % ukupne premije u 2019. godini, u odnosu na 56,56% u 2018. godini. Prema navedenim pokazateljima, udio likvidiranih šteta u premijama osiguranja ostao je stabilan i nije bilo većih oscilacija. Likvidirane štete bile su manje u ukupno naplaćenim premijama u 2020. godini u odnosu na 2019. godinu. To je rezultat „lockdowna“ u 2020. godini. U 2020. godini maksimalna moguća šteta bila je 265,45 € po jednom računu. Stoga, povećanjem navedenog iznosa povećat će se i likvidirane štete, no opseg dopunskog zdravstvenog osiguranja je zakonom propisan i jednak je za sve osiguratelje. To znači da osiguratelji ne mogu aktivno utjecati na promjene nego samo kroz povećanje premije. U 2021. godini likvidirane štete u ukupnoj zaračunatoj premiji više su u odnosu na 2020. godinu što je posljedica povećanog korištenja zdravstvene zaštite nakon ograničenja pristupa bolnicama i zdravstvenim ustanovama za vrijeme pandemije. Uz povećanje maksimalnog iznosa po računu, dodatni rizik povećanja šteta u dodatnom zdravstvenom osiguranju je zbog inflatornog pritiska i povećanje cijene zdravstvenih usluga kod provoditelja zdravstvene zaštite.



## Grafički prikaz 1

### Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja i likvidirane štete



Izvor: Autorski rad

Na grafikonu 1 može se vidjeti kontinuirano stabilno kretanje, bez velikih oscilacija, ukupno zaračunate bruto premije i likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2018. do 2021. godine.

### Tablica 3

#### Struktura zaračunatih bruto premija i broj zdravstvenog osiguranja za 2021. godinu

Vrsta osiguranja	Zaračunata bruto premija osiguranja (€)	Udio u %	Broj osiguranja	Udio u %
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	0	0,00%	0	0,00%
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	62.513.991,11	66,96%	378.275	62,49%
Dodatno zdravstveno osiguranje većeg opsega i prava i višeg standarda zdravstvene zaštite kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	29.101.319,26	31,17%	211.896	35,01%
Privatno zdravstveno osiguranje	0	0,00%	0	0,00%
Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja	1.746.737,54	1,87%	15.141	2,50%
<b>Ukupno</b>	<b>703.436.349</b>	<b>100,00%</b>	<b>605.312</b>	<b>100,00%</b>

Izvor: Hrvatski ured za osiguranje (2022), [https://huo.hr/upload\\_data/site\\_files/godisnje\\_izvjesce\\_2021-web.pdf](https://huo.hr/upload_data/site_files/godisnje_izvjesce_2021-web.pdf)

U tablici 3 promatrajući premije prema vrstama zdravstvenog osiguranja, 67% premija su ugovorene premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, iako se većina premije dopunskog i dalje nalazi u HZZO-u čiji rezultati ovdje nisu navedeni. Premija dodatnog zdravstvenog osiguranja iznosi 31,17% ukupno zaračunate premije zdravstvenog osiguranja i blago raste u odnosu na premiju iz prethodne godine (30,24% u 2020. godini). Hrvatski ured za osiguranje (2021) ističe potencijal povećanja zaračunate bruto premije dodatnog zdravstvenog osiguranja na tržištu. Taj potencijal proizlazi iz činjenice da građani sve češće koriste zdravstvene usluge u privatnim zdravstvenim ustanovama te da tvrtke sve više ugovaraju sistematske preglede za svoje djelatnike. Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja iznose 1,87% ukupno zaračunate premije zdravstvenog osiguranja.

#### Tablica 4

*Broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje u razdoblju od 2018. do 2021. godine*

Godina	2018.	2019.	2020.	2021.
Broj ugovorenih polica	227.836	255.864	296.165	379.275
% promjene	0,81	12,20	15,75	28,06

Izvor: Autorski rad

Broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje u razdoblju od 2018. do 2021. godine prema tablici 4 je u iznimnom porastu. U četiri godine promatranog razdoblja broj ugovorenih polica se povećao za više od 150.000, samo u 2021. godini broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja porastao je za 26,06% u odnosu na prethodnu 2020. godinu.

#### Tablica 5

*Broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a u razdoblju od 2018. do 2021. godine*

Godina	2018.	2019.	2020.	2021.
Broj ugovorenih polica	2.350.146	2.311.960	2.270.101	2.226.170
% promjene	-1,81	-1,62	-1,81	-1,94
Osobe koje same plaćaju	1.676.787	1.705.614	1.717.488	1.672.714
Na teret Državnog proračuna	673.361	606.346	552.613	553.456

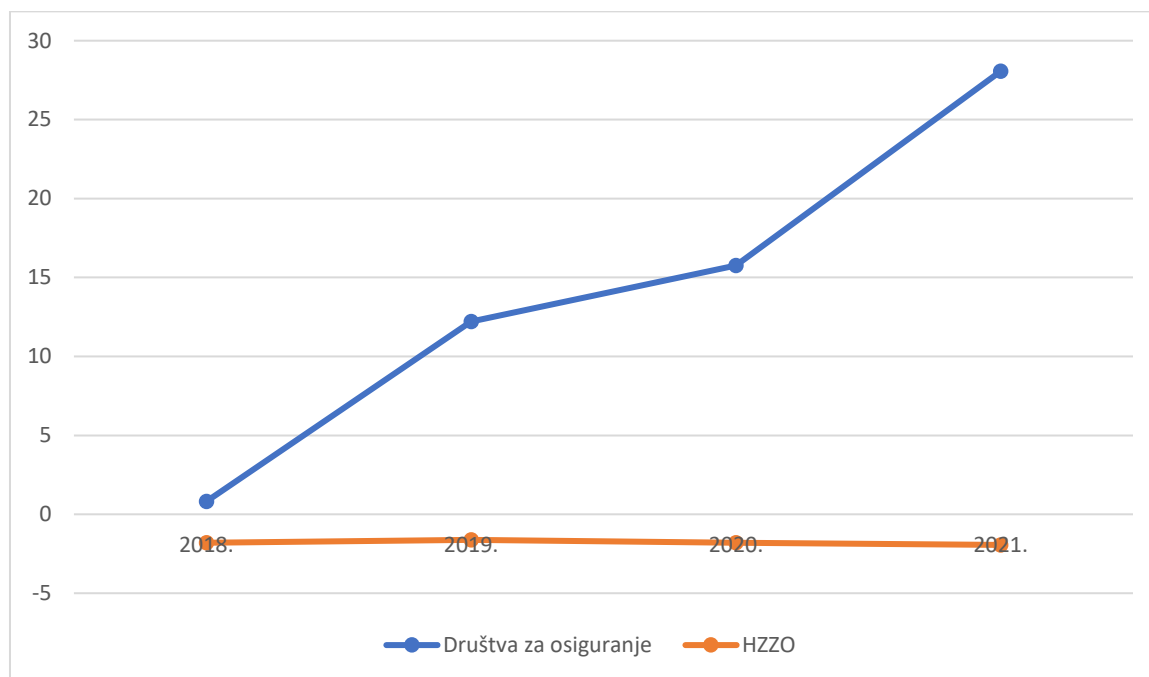
Izvor: Autorski rad

Iako je HZZO vodeći u ugovaranju polica dopunskog zdravstvenog osiguranja, broj ugovorenih polica unazad nekoliko godina je u kontinuiranom opadanju što prikazuje tablica 5. Također, u razdoblju od 2018. do 2020. godine smanjio se broj osiguranika koji su na teret državnog proračuna, a povećao se broj osiguranika koji sami plaćaju policu. Prema podacima iz tablice 5 u razdoblju 2021. godine, u odnosu na razdoblje 2020. godine ponovo se povećao broj osiguranika koji su na teret državnog

proračuna zbog povećanja imovinskog cenzusa za oslobađanje od plaćanja dopunskog zdravstvenog osiguranja, što je posljedično dovelo do smanjenja broja osiguranika koji sami plaćaju policu.

## Grafički prikaz 2

*Postotak promjene broja ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje i HZZO-a u razdoblju od 2018.-2021. godine*



Izvor: Autorski rad

Grafikon 2 prikazuje postotno povećanje broja ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja kod društava za osiguranje, dok postotak broja ugovorenih polica kod HZZO-a se smanjuje, iako se većina polica dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovara preko HZZO. To se može pripisati činjenici da građani imaju mogućnost izbora između HZZO-a i drugih društava za osiguranje te da neki građani više preferiraju privatna društva za osiguranje zbog različitih pokrića ili dodatnih usluga koje oni nude.

## Tablica 6

*Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2018.-2021.*

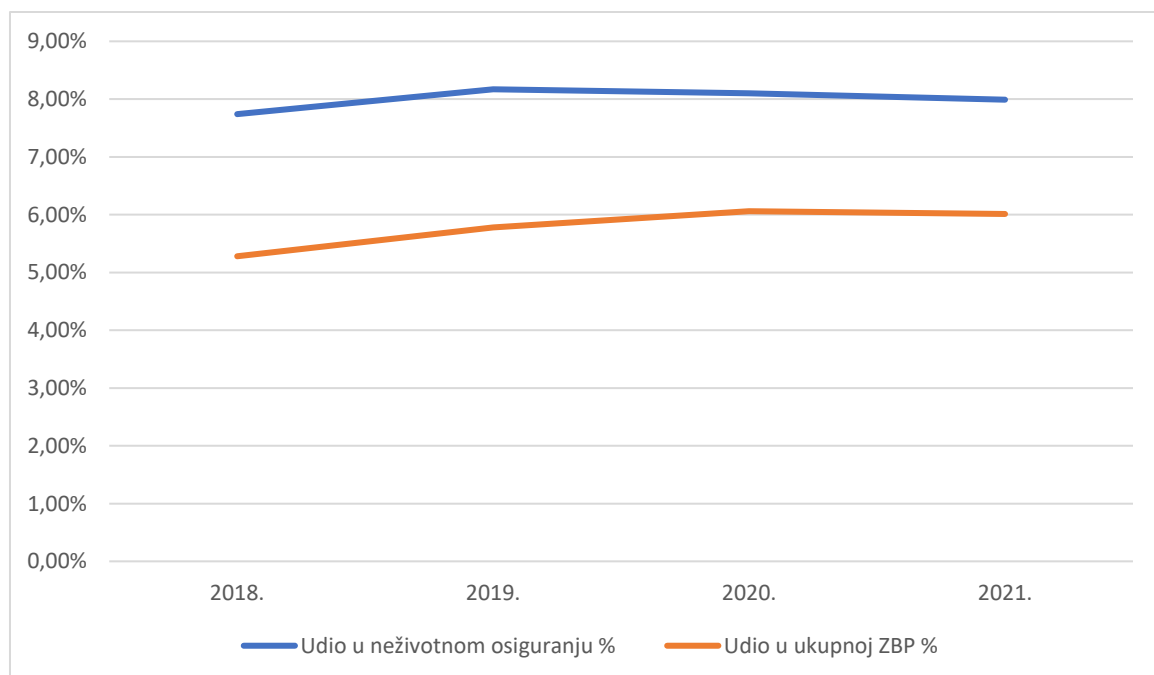
Godina	2018.	2019.	2020.	2021.
Zaračunata bruto premija (€)	69.010.816,91	80.427.500,17	84.182.095,69	93.362.001,46
% promjene	6,6%	16,5%	4,7%	10,9%
Udio u neživotnom osiguranju %	7,74%	8,17%	8,10%	7,99%
Udio u ukupnoj ZBP %	5,28%	5,78%	6,06%	6,01%

Izvor: Autorski rad

Društva za osiguranja svojim korisnicima zaračunavaju premije pružajući usluge zdravstvenog osiguranja. Prema podacima iz tablice 6 može se vidjeti kako bruto premija zdravstvenog osiguranja u 2018. godini zabilježila rast od 6,6% u odnosu na prethodnu godinu, također u 2019. godini zabilježen je rast od 16,5% u odnosu na 2018. godinu. Što je pozitivan trend sve većeg rasta zaračunate premije u proteklom razdoblju. Stopa rasta viša je u odnosu na prethodnu godinu što pokazuje da je tržište u konstantnom rastu. S obzirom na pozitivan trend prethodnih razdoblja očekuje se daljnji rast na tržištu. Bruto premija zdravstvenog osiguranja u 2020. godini rasla je 4,7% u odnosu na 2019. godinu i u 2021. godini bruto premija je rasla 10,9% čime je nastavljen kontinuirani rast tržišta. Glavnina premije odnosi se na dopunsko zdravstveno osiguranje (67%) koje i bilježi najvišu stopu rasta i gdje i dalje postoji visoki potencijal budući da su najveći broj osiguranika dopuskog osiguranja osiguranici HZZO-a koji još uvijek nije na tržištu osiguranja (Hrvatski ured za osiguranje, 2021). U ukupnoj premiji neživotnih osiguranja zdravstveno osiguranje sudjeluje sa 7,74% u 2018. godini, sa 8,17% u 2019. godini, sa 8,10% u 2019. godini i 7,99% u 2020. godini. Slični su postoci udjela zdravstvenog osiguranja u neživotnom osiguranju u svim promatranim razdobljima, što je pokazatelj da raste brzinom kojom raste i tržište. Slična situacija je s udjelom zdravstvenog osiguranja u ukupno zaračunatoj premiji. U 2018. godini udio zdravstvenog osiguranja u ukupno zaračunatoj premiji bio je 5,28%, u 2019. godini 5,78%, u 2020. godini 6,06% i u 2021. godini 6,01%.

### Grafički prikaz 3

*Udio premije zdravstvenog osiguranja u neživotnom osiguranju i u ukupno zaračunatoj bruto premiji u razdoblju 2018.-2021.*



Izvor: Autorski rad

Na grafičkom prikazu 3 prikazano je kretanje udjela premija zdravstvenog osiguranja u neživotnom osiguranju i ukupno zaračunatoj bruto premiji u razdoblju od 2018.-2021. godine.

#### **Tablica 7**

*Društva za osiguranje koja nude zdravstveno osiguranje*

Društva za osiguranje koja nude zdravstveno osiguranje
1. ADRIATIC OSIGURANJE d.d.
2. AGRAM LIFE osiguranje d.d.
3. Allianz Hrvatska d.d.
4. CROATIA osiguranje d.d.
5. EUROHERC osiguranje d.d.
6. GENERALI OSIGURANJE d.d.
7. GRAWE Hrvatska d.d.
8. HOK-OSIGURANJE d.d.
9. MERKUR OSIGURANJE d.d.
10. TRIGLAV OSIGURANJE d. d.
11. UNIQA osiguranje d.d.
12. Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d.

Izvor: HANFA (2023.), <https://www.hanfa.hr/trziste-osiguranja/registri/drustva-za-osiguranje-i-drustva-za-reosiguranje/#>

Prema podacima Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga u Republici Hrvatskoj trenutno 12 društava za osiguranje u svojoj ponudi nude zdravstveno osiguranje. Zdravstveno osiguranje moguće je ugovoriti kod: Adriatic osiguranje d.d., Agram Life osiguranje d.d., Allianz Hrvatska d.d., Croatia osiguranje d.d., Euroherc osiguranje d.d., Generali osiguranje d.d., Grawe Hrvatska d.d., HOK-osiguranje d.d., Merkur osiguranje d.d., Triglav osiguranje d.d., Uniqa osiguranje d.d. i Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. Sva navedena društva za osiguranje prikazana su u tablici 7.

#### **4.3. Problemi zdravstvenog sustava uzrokovani pandemijom**

Pandemija COVID-19 imala je značajan utjecaj na zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj uzrokujući brojne probleme. Povećan pritisak na zdravstvene ustanove bio je jedan od glavnih izazova tijekom pandemije COVID-19. Pandemija je dovela do velikog broja oboljelih od COVID-19 koji su zahtijevali medicinsku skrb. S teškim slučajevima bolesti koji su zahtijevali hospitalizaciju, posebno na intenzivnoj njezi, bolnički kapaciteti su bili pod velikim pritiskom. Briga o pacijentima s COVID-19 kako navodi Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2022) zahtijeva dodatnu opremu i resurse, poput respiratora, zaštitne opreme i lijekova. Nedostatak opreme i materijala otežao je pružanje adekvatne zdravstvene skrbi i zaštitu zdravstvenih radnika. Kako bi se bolje pripremili za pandemiju, zdravstvene ustanove morale su prilagoditi svoje kapacitete i organizaciju. Uspostavljene su COVID-19 jedinice,

intenzivne njege su proširene, a određeni odjeli su prenamijenjeni kako bi se bolje nosili s potrebama oboljelih.

Pandemija je dovela do povećane potražnje za medicinskim osobljem, posebno onima koji se specijaliziraju za intenzivnu njegu i zarazne bolesti. Povećan broj hospitalizacija i potreba za pružanjem intenzivne skrbi za pacijente s COVID-19 zahtijevao je dodatne medicinske resurse. Prema istraživanju Blaži i Uljanični (2021) zdravstveno osoblje suočilo se s iznimno visokim radnim opterećenjem tijekom pandemije. Rad u zahtjevnim uvjetima, produženi radni sati i česta izloženost stresnim situacijama mnoge su doveli do umora i iscrpljenosti. Zdravstveno osoblje koje je bilo izloženo virusu COVID-19 ili je imalo bliski kontakt s oboljelima moralo je biti u izolaciji. To je smanjilo dostupnost radne snage u zdravstvenim ustanovama i dodatno opteretilo preostalo osoblje. Kako bi se riješio nedostatak medicinskog osoblja, poduzete su određene mjere, nastojalo se mobilizirati dodatne medicinske resurse, uključujući dobrovoljce, studente studija medicine i umirovljene zdravstvene radnike kako bi pružili pomoć tijekom pandemije.

U cilju pripreme i reorganizacije zdravstvenog sustava za suočavanje s pandemijom navodi kako su se nehitne medicinske usluge, poput redovnih pregleda i operacija, bile odgođene. Prema Prejac (2020.) odgađanje nehitnih usluga pomoglo je smanjiti broj pacijenata u zdravstvenim ustanovama, čime se smanjio rizik od širenja virusa među pacijentima i osobljem. To je pridonijelo održavanju sigurnog okruženja za pacijente i zdravstveno osoblje. Odgađanje nehitnih usluga omogućilo je zdravstvenim ustanovama da zadrže dovoljno resursa, kao što su bolnički kreveti, medicinska oprema i osoblje, za pružanje skrbi pacijentima s COVID-19. Ovo je bilo posebno važno tijekom vrhunca pandemije kada je potražnja za tim resursima bila izuzetno visoka.

Pandemija je stvorila dodatne financijske izazove za zdravstveni sustav. Zdravstveni sustav suočio se s povećanim troškovima u vezi s dijagnozom, liječenjem i praćenjem pacijenata zaraženih COVID-19. Šimović i Primorac (2021) navode povećane troškove testiranja, hospitalizacije, intenzivne njege, medicinskog osoblja i medicinske opreme. Također su se povećali i troškovi nabave medicinskih potrepština, zaštitne opreme i lijekova. Pandemija je zahtijevala angažman dodatnih resursa i osoblja u zdravstvenom sustavu, uključujući zapošljavanje dodatnog medicinskog osoblja, preraspodjelu postojećeg osoblja i angažman volontera. Ovo je povećalo operativne troškove zdravstvenih ustanova.

Navedeni čimbenici zajedno su stvarali pritisak na zdravstvene ustanove tijekom pandemije COVID-19. Kako bi se suočili s tim izazovima, vlasti i zdravstvene ustanove radile su na povećanju kapaciteta, osiguranju potrebne opreme i resursa te prilagodbi organizacije kako bi se pružila adekvatna skrb oboljelima od COVID-19 i ostalim pacijentima.

## 5. EMPIRIJSKA ANALIZA UTJECAJA PANDEMIJE COVID-19 NA POTRAŽNJU ZA DOBROVOLJNIM ZDRAVSTVENIM OSIGURANJEM

### 5.1. Metodologija istraživanja

Provelo se istraživanje o utjecaju pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Za provođenje empirijskog dijela istraživanja koristio se instrument za prikupljanje podataka u obliku anonimnog anketnog upitnika. Anketni upitnik u obliku Google obrasca proveden je među 154 ispitanika putem interneta na području Republike Hrvatske. Na temelju provedene ankete dobiveni podaci će se analizirati primjenom programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Ovisno o dobivenim rezultatima istraživanja početno postavljene hipoteze će se opovrgnuti ili dokazati.

### 5.2. Podaci o ispitanicima

Anketu je ispunilo 154 ispitanika, od kojih su 117 žena (76%) i 37 muškaraca (24%) što je vidljivo iz tablice 8.

**Tablica 8**

*Struktura ispitanika prema spolu*

<b>Spol:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	M	37	24,0	24,0	24,0
	Ž	117	76,0	76,0	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

U tablici 9 prikazana je struktura ispitanika prema dobi. Dob je podijeljena u 5 kategorija, najveći broj ispitanika ima 51-60 godina njih 72 ili 46,8%. Dok najmanji broj ispitanika ima 31-40 godina i starijih od 60 godine po 17 ispitanika ili 11%.

**Tablica 9***Struktura ispitanika prema dobi*

		<b>Dob:</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-30 godina	20	13,0	13,0	13,0
	31-40 godina	17	11,0	11,0	24,0
	41-50 godina	28	18,2	18,2	42,2
	51-60 godina	72	46,8	46,8	89,0
	Stariji od 60 godina	17	11,0	11,0	100,0
Total		154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Prema mjestu stanovanja najviše ispitanika živi u regionalnom središtu njih 67 (44,2%). Zatim, 46 ispitanika (29,9%) živi u manjem gradu, a 28 ispitanika (18,2%) u glavnom gradu. Najmanji broj ispitanika njih 12 (7,8%) živi na selu. Navedeni rezultati su prikazani u tablici 10.

**Tablica 10***Struktura ispitanika prema mjestu stanovanja*

		<b>Mjesto u kojem živite?</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Glavni grad	28	18,2	18,2	18,2
	Manji grad	46	29,9	29,9	48,1
	Regionalno središte	68	44,2	44,2	92,2
	Selo	12	7,8	7,8	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

U tablici 11 prikazana je struktura ispitanika prema stupnju obrazovanja. Najveći broj ispitanika ima završenu visoku stručnu spremu (Diplomski sveučilišni/stručni studij/ Četverogodišnji sveučilišni studij prije sustava po Bolonji) njih 76 (49,4%). Zatim, 33 ispitanika (21,4%) ima srednju stručnu spremu. Magisteriji prije sustava po Bolonji ima završeno 15 ispitanika (9,7%), višu školu ima završeno 14 ispitanika (9,1%), a prijediplomski sveučilišni/stručni studiji ima 9 ispitanika (5,8%). Najmanji broj ispitanika ima završen doktorat njih 7 (4,5%).



**Tablica 11***Struktura ispitanika prema stupnju obrazovanja*

<b>Koji ste najviši stupanj obrazovanja postigli?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Srednja stručna sprema	33	21,4	21,4	21,4
	Viša škola	14	9,1	9,1	30,5
	Prijediplomski sveučilišni / stručni studij (Bachelor)	9	5,8	5,8	36,3
	Diplomski sveučilišni studij/ Stručni studij/Četverogodišnji sveučilišni studij prije sustava po Bolonji (visoka stručna sprema)	76	49,4	49,4	85,7
	Magisterij (prije sustava po Bolonji)	15	9,7	9,7	95,4
	Doktorat	7	4,6	4,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Prema strukturi ispitanika prema radnom statusu vidljivo iz tablice 12 najveći broj je zaposlenih osoba njih 130 (84,4%), 12 ispitanika su umirovljenici (7,8%). Zatim, samo zaposlenih osoba ima 7 (4,5%), nezaposlenih 3 (1,9%). Najmanji broj je izvanrednih studenata njih 2 (1,3%).

**Tablica 12***Struktura ispitanika prema radnom statusu*

<b>Vaš trenutni status?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Izvanredan student/ica	2	1,3	1,3	1,3
	Nezaposlen/na	3	1,9	1,9	3,2
	Samo zaposlen/na	7	4,5	4,5	7,8
	Umirovljenik/ica	12	7,8	7,8	15,6
	Zaposlen/a	130	84,4	84,4	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Za vrijeme pandemije 130 ispitanika (84,5%) nije ostalo bez posla. U mirovini je 12 ispitanika (7,9%), a 1 ispitanik (0,6%) nije u radnom odnosu. Zbog pandemije je posao izgubilo 11 ispitanika (7%). Razlozi zbog koji su izgubili posao su opadanje opsega posla (7 ispitanika ili 4,5%), zabrana rada (3 ispitanika ili 1,9%), zatvaranje poduzeća (1 ispitanik ili 0,6%). Navedeni podaci su vidljivi u tablici 13.

**Tablica 13***Struktura ispitanika prema razlozima prestanka radnog odnosa zbog pandemije*

<b>Ukoliko ste ostali bez posla zbog pandemije koji su točno razlozi prestanak rada:</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne radim	1	,6	,6	,6
	Nisam ostao/la bez posla	130	84,5	84,5	85,1
	Opadanje opsega posla	7	4,5	4,5	89,6
	U mirovini	12	7,9	7,9	97,5
	Zabrana rada	3	1,9	1,9	99,4
	Zatvaranje poduzeća	1	,6	,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

U tablici 14 prikazana je struktura ispitanika prema njihovom mjesečnom dohotku. Visina dohotka podijeljena je u 5 kategorija, najveći broj ispitanika njih 71 (46,1%) ima mjesečni dohodak između 1000€-2000€. Zatim, 38 ispitanika (24,7%) ima mjesečni dohodak preko 2000€, 35 ispitanika (22,7%) ima dohodak između 500€-1000€. Najmanji broj ispitanika ima dohodak manji od 500€ njih 10 (6,5%).

**Tablica 14***Struktura ispitanika prema mjesečnom dohotku*

<b>Visina vašeg mjesečnog dohotka?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Manje od 500 €	10	6,5	6,5	6,5
	500 € - 1000 €	35	22,7	22,7	29,2
	1000 € - 2000 €	71	46,1	46,1	75,3
	Više od 2000 €	38	24,7	24,7	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Za vrijeme pandemije dohodak je ostao isti kao i prije pandemije kod 104 ispitanika (67,5%). Za 50 ispitanika (32,5%) dohodak se promijenio u vrijeme pandemije, kod 32 ispitanika (20,8%) dohodak se povećao, a za 18 ispitanika (11,7%) dohodak se smanjio. Navedeni rezultati su prikazani u tablici 15.

**Tablica 15***Struktura ispitanika prema promijeni dohotka za vrijeme pandemije*

<b>Je li se za vrijeme pandemije COVID-19 promijenio Vaš dohodak?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak povećao	32	20,8	20,8	20,8
	Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak smanjio	18	11,7	11,7	32,5
	Ne, dohodak je ostao isti kao i prije pandemije	104	67,5	67,5	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Za vrijeme pandemije prema tablici 16 potrošnja i štednja su ostale iste kao i prije pandemije kod najvećeg broj ispitanika njih 48 (31,2%). Kod 31 ispitanika (20,1%) potrošnja se smanjila, a štednja povećala u pandemiji. Potrošnja se povećala, a štednja smanjila za vrijeme pandemije kod 23 ispitanika (14,9%). Kod najmanjeg broj ispitanika njih 3 (1,9%) potrošnja je ostala ista, a štednja se povećala u razdoblju pandemije.

**Tablica 16***Struktura ispitanika prema promijeni štednje i potrošnje za vrijeme pandemije*

<b>Je li se Vaša potrošnja i štednja promijenile za vrijeme pandemije COVID-19?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jednako kao i prije pandemije	48	31,2	31,2	31,2
	Potrošnja je ostala ista, štednja se smanjila	6	3,9	3,9	35,1
	Potrošnja i štednja su se povećale	8	5,2	5,2	40,3
	Potrošnja i štednja su se smanjile	18	11,7	11,7	51,9
	Potrošnja je ostala ista, štednja se povećala	3	1,9	1,9	53,9
	Potrošnja se povećala, štednja ostala ista.	5	3,2	3,2	57,1
	Potrošnja se povećala, štednja smanjila	23	14,9	14,9	72,1
	Potrošnja se smanjila, štednja ostala ista.	12	7,8	7,8	79,9
	Potrošnja se smanjila, štednja povećala	31	20,1	20,1	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Dopunsko zdravstveno osiguranje ima ugovoreno 115 ispitanika (74,7%), dodatno zdravstveno osiguranje ima ugovoreno 6 ispitanika (3,9%). Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje ima

ugovoreno 16 ispitanika (10,4%). Dok 17 ispitanika (11%) ne ugovara police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Navedeni podaci su prikazani u tablici 17.

**Tablica 17**

*Struktura ispitanika prema vrsti ugovorenih policia dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*

<b>Koju vrstu police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (DZO) ugovarate?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dodatno zdravstveno osiguranje	6	3,9	3,9	3,9
	Dopunsko zdravstveno osiguranje	115	74,7	74,7	78,6
	Dopunsko zdravstveno osiguranje, Dodatno zdravstveno osiguranje	16	10,4	10,4	89,0
	Ne ugovaram police DZO	17	11	11	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Pandemija COVID-19 nije imala poticaj ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod 69 ispitanika (44,8%). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je već imalo ugovoreno 82 ispitanika (53,2%). Dok je samo kod 3 ispitanika pandemija potakla na ugovaranje policia dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prikazano u tablici 18.

**Tablica 18**

*Struktura ispitanika prema utjecaju pandemije na ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja*

<b>Je li Vas pandemija COVID-19 potakla na ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja?</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Da	3	1,9	1,9	1,9
	Ne	69	44,8	44,8	46,8
	Već sam imao/la ugovoreno DZO	82	53,2	53,2	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

Tablica 19 prikazuje kako 126 ispitanika (81,8%) koji su imali ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje, nisu za vrijeme pandemije kupili i dodatno. Dok je 7 ispitanika (4,5%) uz dopunsko ugovorilo i dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme pandemije. Dopunsko zdravstveno osiguranje nije imalo ugovoreno 21 ispitanika (13,6%).

**Tablica 19***Struktura ispitanika prema ugovorenom dodatnom osiguranju (uz dopunsko) za vrijeme pandemije*

		<b>Ukoliko ste prije pandemije imali ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje, jeste li tijekom pandemije kupili i dodatno:</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Da	7	4,5	4,5	4,5
	Ne	126	81,8	81,8	86,4
	Nisam imao/la ugovoreno dopunsko osiguranje	21	13,6	13,6	100,0
	Total	154	100,0	100,0	

Izvor: Autorski rad

### 5.3. Rezultati istraživanja

Rezultati provedenog empirijskog istraživanja dobiveni su Hi-kvadrat testom s kojim se ispituje zavisnost, odnosno nezavisnost dviju varijabli, te se na temelju dobivenih rezultata postavljene hipoteze prihvaćaju ili odbijaju.

#### **H0: Pandemija COVID-19 ima pozitivan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem**

U tablici 20 prikazano je da je 107 ispitanika ugovaralo police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja s jednakim pokrićem za vrijeme pandemije u odnosu na razdoblje prije pandemije. Samo 1 ispitanik je dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovarao s manjim pokrićem, a 7 ispitanika s većim pokrićem u vrijeme pandemije u odnosu na razdoblje prije pandemije. Po prvi put je 9 ispitanika ugovorilo policu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a 3 ispitanika je prekinulo policu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vrijeme pandemije u odnosu na razdoblje prije pandemije. Nadalje, 27 ispitanika se izjasnilo da inače ne ugovaraju police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zdravstvene usluge jednako je koristilo 89 ispitanika za vrijeme pandemije u odnosu na razdoblje prije pandemije. Manje je koristilo zdravstvene usluge 51 ispitanika, a više 14 ispitanika u vrijeme pandemije COVID-19.

**Tablica 20**

*Rezultati o ugovaranju polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i korištenju zdravstvenih usluga za vrijeme pandemije u odnosu na vrijeme prije pandemije za zadani uzorak ispitanika*

Count		Jeste li za vrijeme pandemije COVID-19 u većoj mjeri koristili zdravstvene usluge?			Total
		Da, više sam koristio/la zdravstvene usluge za vrijeme pandemije	Jednako sam koristio/la zdravstvene usluge kao i prije pandemije	Ne, manje sam koristio/la zdravstvene usluge za vrijeme pandemije	
Jeste li za vrijeme pandemije COVID-19, u odnosu na vrijeme prije pandemije, ugovarali police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja?	Inače ne ugovaram police DZO	2	20	5	27
	Prekinu/la sam ugovaranje polica DZO za vrijeme pandemije	0	0	3	3
	Prvi put sam ugovorio/la police DZO za vrijeme pandemije	2	6	1	9
	Ugovarao/la sam police DZO s jednakim pokrićem za vrijeme pandemije u odnosu na vrijeme prije pandemije	9	60	38	107
	Ugovarao/la sam police DZO s manjim pokrićem za vrijeme pandemije u odnosu na vrijeme prije pandemije	0	1	0	1
	Ugovarao/la sam police DZO s višim pokrićem za vrijeme pandemije u odnosu na vrijeme prije pandemije	1	2	4	7
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>89</b>	<b>51</b>	<b>154</b>

Izvor: Autorski rad

Prema rezultatima iz tablice 21 empirijska vrijednost hi-kvadrat testa je  $\chi^2=2,71$ . Tablična vrijednost hi-kvadrat testa je  $\chi^2_{tab} [\alpha=5\%;df=10]=18,31$ . Vrijedi da je empirijska vrijednost manja od tablične vrijednosti uz signifikantnost od 5%, što znači da ne postoji statistički značajna ovisnost promatranih varijabla. Također, prema tablici 21 može se vidjeti da je empirijska signifikantnost  $\alpha^*=0,240=24\%$  te je  $\alpha^*>5\%$ , pa se donosi jednak zaključak o nepostojanju ovisnosti promatranih varijabli.

## Tablica 21

*Rezultati testiranja nezavisnosti dvaju nominalnih obilježja Hi-kvadrat testom*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,714 <sup>a</sup>	10	,240
Likelihood Ratio	13,369	10	,204
N of Valid Cases	154		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.

Izvor: Autorski rad

Pretpostavilo se da će za vrijeme pandemije ljudi imati veću potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem zbog neizvjesne budućnosti koju pandemija donosi, odnosno da će htjeti ugovarati police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kako bi osigurali sebi veću pokrivenost i dodatnu zdravstvenu zaštitu. Međutim, rezultati istraživanja su pokazali kako ne postoji statistička značajna veza među navedenim varijablama.

Zaključno, prema dobivenim rezultatima Hi-kvadrat testa H0 hipoteza se odbacuje, odnosno ne postoji veza između pandemije COVID-19 i potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

### **H1: Pandemija COVID-19 ima negativan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem**

Prema podacima u tablici 22, kod 32 ispitanika se za vrijeme pandemije dohodak povećao, a za 18 ispitanika dohodak se smanjio. Dohodak je ostao isti kao i prije pandemije kod 104 ispitanika. Nadalje, zbog poskupljenja cijena polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja 3 ispitanika više ne ugovara police, 123 ispitanika i dalje ugovara police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez obzira na povećanje cijena, dok 28 ispitanika navodi kako ne ugovara police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

**Tablica 22**

*Rezultati o ugovaranju police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uz povećanje cijena i promijeni dohotka za vrijeme pandemije u odnosu na vrijeme prije pandemije za zadani uzorak ispitanika*

**Je li se za vrijeme pandemije COVID-19 promijenio Vaš dohodak? \* Je li poskupljenje cijena polica DZO za vrijeme pandemije COVID-19 utjecalo na ugovaranje polica? Crosstabulation**

Count		Je li poskupljenje cijena polica DZO za vrijeme pandemije COVID-19 utjecalo na ugovaranje polica?			Total
		Da, zbog porasta cijene više ne ugovaram police DZO	Inače ne ugovaram police DZO	Ne, i dalje ugovaram police DZO	
Je li se za vrijeme pandemije COVID-19 promijenio Vaš dohodak?	Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak povećao	1	3	28	32
	Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak smanjio	1	3	14	18
	Ne, dohodak je ostao isti kao i prije pandemije	1	22	81	104
Total		3	28	123	154

Izvor: Autorski rad

U tablici 23 rezultati prikazuju kako je empirijska vrijednost hi-kvadrat testa  $\chi^2=4,14$ . Tablična vrijednost hi-kvadrat testa je  $\chi^2_{tab} [\alpha=5\%;df=4]=9,49$ . Vrijedi da je empirijska vrijednost manja od tablične vrijednosti uz signifikantnost od 5%, što znači da ne postoji statistički značajna ovisnost između promatranih varijabli. Također, prema tablici 23 može se vidjeti da je empirijska signifikantnost  $\alpha^*=0,388=38,8\%$  te je  $\alpha^*>5\%$ , pa se donosi jednak zaključak o nepostojanju ovisnosti promatranih varijabli.

**Tablica 23**

*Rezultati testiranja nezavisnosti dvaju nominalnih obilježja Hi-kvadrat testom*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,137 <sup>a</sup>	4	,388
Likelihood Ratio	4,082	4	,395
N of Valid Cases	154		

a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Izvor: Autorski rad

U razdoblju pandemije COVID-19 došlo je do povećane nezaposlenosti i smanjenog dohotka, ljudi su bili primorani manje trošiti i više štedjeti. Također, došlo je do poskupljenja police dobrovoljnog



zdravstvenog osiguranja za vrijeme pandemije. Pretpostavka je da u takvim kriznim situacijama ljudi neće moći ugovarati police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili već postojeći korisnici mogu odlučiti raskinuti ugovore i odustati od plaćanja premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Provedeno istraživanje je testiralo ovisnost promijene visine dohotka uz povećane cijene polica na ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Dobiveni rezultati prikazuju kako navedene varijable nisu statistički ovisne, odnosno kako promjena dohotka uz povećanje cijena polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nema utjecaja na potražnju, neovisno o navedenim promjenama većina ispitanika i dalje ugovara iste police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prije i nakon pandemije COVID-19.

Zaključno, prema dobivenim rezultatima hi-kvadrat testa H1 hipoteza se odbacuje, odnosno ne postoji negativan utjecaj pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

## 6. ZAKLJUČAK

Pandemija COVID-19, uzrokovana koronavirusom SARS-CoV-2, izbila je u prosincu 2019. godine u kineskom gradu Wuhanu i brzo se proširila diljem svijeta. Pandemija je imala ogroman utjecaj na globalno društvo, gospodarstvo i zdravstveni sustav. Uvedene su brojne javnozdravstvene mjere kako bi se suzbilo širenje virusa, poput ograničenja putovanja, karantena, nošenja maski, fizičkog distanciranja i higijenskih mjera. Pandemija je izazvala veliki broj oboljelih i smrtnih slučajeva diljem svijeta, opteretila zdravstvene sustave, uzrokovala gubitke radnih mjesta i ekonomsku recesiju.

Došlo je do povećane svijesti o važnosti zdravlja i potrebi za financijskom zaštitom od neočekivanih zdravstvenih troškova. Mnogi ljudi su postali svjesni ranjivosti zdravlja i potencijalnih financijskih rizika koje pandemija nosi sa sobom. Tijekom pandemije, povećala se potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Brojni pojedinci su shvatili da postojeće javno zdravstveno osiguranje možda nije dovoljno da pokrije sve troškove liječenja u slučaju zaraze COVID-19 ili drugih hitnih medicinskih stanja. Stoga su se okrenuli dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjima kako bi osigurali dodatnu zaštitu. S druge strane, pandemija je prouzročila ekonomsku neizvjesnost i financijski teret za mnoge ljude. Gubitak posla, smanjenje prihoda i ekonomska nestabilnost mogu rezultirati smanjenom mogućnošću plaćanja premija za dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ljudi se možda odlučuju za smanjenje troškova i odgađaju kupnju osiguranja. Neki ljudi smatraju da je javno zdravstveno osiguranje dovoljno da zadovolji njihove potrebe i ne vide potrebu za dodatnim ugovaranjem osiguranja. Ukratko, s teorijskog aspekta pandemija COVID-19 imala je značajan pozitivan i negativan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

U ovom diplomskom radu provelo se empirijsko istraživanje kako bi se ispitalo utjecaj pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, te kako bi se provjerile teorijske pretpostavke. Istraživanje je provedeno anonimnim anketnim upitnikom na području Republike Hrvatske, te je anketi pristupilo 154 ispitanika. Provedenim istraživanjem došlo se do rezultata kako pandemija COVID-19 nije imala ni pozitivan ni negativan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, te su postavljene hipoteze odbačene. Povećana potreba za zdravstvenim uslugama prema rezultatima istraživanja nije imala statistički značajan utjecaj na povećanu potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za vrijeme pandemije. Također, rezultati su pokazali kako ni promjena dohotka pojedinca uz veće cijene osiguranja nisu imale utjecaj na smanjenje potražnje za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, te da je većina ispitanika i dalje nastavila ugovarati jednaku policu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao i prije pandemije.

## 7. LITERATURA

### Knjige:

1. Ćurak, M. i Jakovčević, D. (2007). *Osiguranje i rizici*. RRIF plus, Zagreb.
2. Pivac, S. (2010). *Statističke metode*. Ekonomski fakultet u Splitu, Split.
3. Vehovec, M. (2014). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Ekonomski institut, Zagreb.
4. Zelenika, R. (2000). *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Ekonomski fakultet u Rijeci, Rijeka.

### Članci i studije:

5. Babuna, P., Yang, X., Gylbag, A., Awudi, D. A., Ngmenbelle, D., Bian, D. (2020). The Impact of COVID-19 on the Insurance Industry. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5766. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5766>
6. Bhat, R., Jain, N. (2006). Factoring Affecting the Demand for Health Insurance in a Micro Insurance Scheme. *Indian Institute of Management, Ahmedabad*. <https://www.iima.ac.in/sites/default/files/rnpfiles/2006-07-02rbhat.pdf>
7. Blaži, A., i Uljančić, S. (2021). Utjecaj Covid-19 pandemije na mentalno zdravlje primalja. *Primaljski vjesnik*, (31.), 1-39. <https://hrcak.srce.hr/file/385560>
8. Blekić, M., i Kljaić Bukvić, B. (2021). Cjepiva za koronavirusnu bolest (COVID-19). *Liječnički vjesnik*, 143(5-6), 192-208. <https://hrcak.srce.hr/file/384306>
9. Bolin, K., Hedblom, D., Lindgren, A. i Lindgren, B. (2010). Asymmetric Information and the Demand for Voluntary Health Insurance in Europe. *NBER Working Paper*, (15689), 2-18. [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w15689/w15689.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w15689/w15689.pdf)
10. Bošković, Z. (2010). Pogled u normativno i stvarno u zdravstvenom sustavu. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*, 1(2), 250-264. <https://hrcak.srce.hr/file/99894>
11. Brunson, E. K., Chandler, H., Gronvall, G. K., Ravi, S., Sell, T. K., Shearer, M. P., & Schoch-Spana, M. (2020). The SPARS pandemic 2025–2028: A futuristic scenario to facilitate medical countermeasure communication. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 3(1), 71–102. <https://www.centerforhealthsecurity.org/sites/default/files/2022-12/spars-pandemic-scenario.pdf>
12. Dror, D.M., Hossain, S.A.S., Majumdar, A., Pérez Koehlmoos, T.L., John, D., Panda, P.K. (2016). What Factors Affect Voluntary Uptake of Community-Based Health Insurance

- Schemes in Low- and Middle-Income Countries?. *A Systematic Review and Meta-Analysis, Plos one*, 11(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160479>
13. Džakula, A., Vočanec, D., Banadinović, M., Vajagić, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., Radin, D., Reche, B. (2021). Croatia: Health system review. *World Health Organization, Regional Office for Europe*, 23(2).  
[https://www.researchgate.net/publication/357678245\\_Croatia\\_Health\\_System\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/357678245_Croatia_Health_System_Review)
  14. Kaliterna Lipovčan, L., Babarović, T., Brajša-Žganec, A., Bejaković, P. & Japec, L. (2014). Trendovi u kvaliteti života Hrvatska: 2007.-2012. *Ured za publikacije Europske unije, Luxemburg*. <https://www.bib.irb.hr/745259>
  15. Katolik, A., Blažević, I. i Jurković, Z. (2014). The analysis of additional health insurance in Croatia, International scientific symposium economy of eastern Croatia - vision and growth. *Ekonomski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek*.  
<http://www.efos.unios.hr/repec/osi/eecytt/PDF/EconomyofeasternCroatianyesterdaytodaytomorrow03/eecytt0335.pdf>
  16. Kaštelan, S., Kasun, B., Kaštelan, U., Radonjić, M. i Sopta, M. (2020). Ekonomske krize kao poticaj promjena u zdravstvenom sustavu – povijesna perspektiva s osvrtom na pandemiju COVID-19. *Acta medico-historica Adriatica*, 18(2), 355-374.  
<https://hrcak.srce.hr/file/365753>
  17. Kirigia, J.M., Sambo, L.G., Nganda, B., Mwabu G.M., Chatora R., Mwase T. (2005). Determinants of health insurance ownership among South African women. *BMC Health Services Research*, 5(17).  
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-5-17>
  18. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*, 26(2), 551-562. <https://hrcak.srce.hr/file/172162>
  19. Kovač, N. i Smolić, Š. (2021). Private health care sector in Croatia: Is private spending on health care myth or reality. *Ekonomski pregled*, 72(4), 619-639.  
<https://hrcak.srce.hr/file/379023>
  20. Kunji, Ž., i Stojanović, S. (2021). Pandemija Covid-19: utjecaj na gospodarstvo i mjere za ublažavanje krize u Republici Hrvatskoj. *Skei–međunarodni interdisciplinarni časopis*, 2(1), 16-29. <https://hrcak.srce.hr/file/382178>
  21. Liu, T.-C. i Chen, C.-S. (2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 55(5), 755-774.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190269/>

22. Marković, B. i Vukić, S. (2009). Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta. *Ekonomski vjesnik*, 22(1), 183-196. <https://hrcak.srce.hr/file/67026>
23. Mastilica, M. i Babić-Bosanac, S. (2002). Citizens' views on health insurance in Croatia. *Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb University School of Medicine, Zagreb*, 43(4), 417-424. <http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2002/43/4/12187519.pdf>
24. Medić, M. (1996). Promišljanja o teorijama potrošačkog ponašanja. *Ekonomski vjesnik*, 1 i 2 (9), 97 – 105. <https://hrcak.srce.hr/file/331325>
25. Mikac, R. (2020). COVID-19 Pandemic and Crisis Management in the Republic of Croatia. *Anali Hrvatskog politološkog društva*, 17(1), 31-55. <https://hrcak.srce.hr/file/359617>
26. Motlagh, S., Gorji H., Mahdavi, G., Ghaderi, H. (2015). Main Determinants of Supplementary Health Insurance Demand: Case of Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(6), 285-294. [https://pdfs.semanticscholar.org/eaad/a0c3e96aaf4d50e04e732f245052d7369712.pdf?\\_gl=1\\*1ckzh74\\*\\_ga\\*MTYzNTgzNDI3My4xNjg1NTI2MzEy\\*\\_ga\\_H7P4ZT52H5\\*MTY4NTU0NTM0OC4yLjAuMTY4NTU0NTM0OS41OS4wLjA](https://pdfs.semanticscholar.org/eaad/a0c3e96aaf4d50e04e732f245052d7369712.pdf?_gl=1*1ckzh74*_ga*MTYzNTgzNDI3My4xNjg1NTI2MzEy*_ga_H7P4ZT52H5*MTY4NTU0NTM0OC4yLjAuMTY4NTU0NTM0OS41OS4wLjA)
27. Nenadić, K., Šubarić, Ž., Dumančić, J. (2015). Osobe s oštećenjima vida - naši pacijenti, vodič za pristup slijepim i slabovidnim osobama za zdravstvene djelatnike. *Hrvatski savez slijepih Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb*. [https://www.sfzg.unizg.hr/download/repository/Osobe\\_sa\\_ostecenjima\\_vida\\_-\\_nasi\\_pacijenti\\_Vodic\\_za\\_zdravstvene\\_djelatnike\\_6MB\\_2018.pdf?cv=1](https://www.sfzg.unizg.hr/download/repository/Osobe_sa_ostecenjima_vida_-_nasi_pacijenti_Vodic_za_zdravstvene_djelatnike_6MB_2018.pdf?cv=1)
28. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021. *State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_hr\\_croatian.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hr_croatian.pdf)
29. Oraro, T., Ngube, N., Yuh Atohmbom, G., Srivastava, S. i Wyss, K. (2017). The influence of gender and household headship on voluntary health insurance: the case of North-West Cameroon. *Health Policy and Planning, Oxford University Press u suradnji s The London School of Hygiene and Tropical Medicine*, 33 (2), 163.-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29145600/>
30. Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012). Unaprjeđenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članice Europske unije i Republike Hrvatske. *Poslovna izvrsnost*, 6 (2), 109-125. <https://hrcak.srce.hr/file/142474>

31. Paccagnella, O., Rebba, V., Weber, G. (2013). Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe. *Health Economics*, 22(3), 289-315. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22315160/>
32. Popović, D. (2013). Međunarodna konferencija Health inWest. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 19(104/105), 31-33. <https://hrcak.srce.hr/file/157113>
33. Prejac, J. (2020). Onkološki bolesnik u vrijeme pandemije COVID-19. *Medicus*, 29(2 COVID-19), 249-253. <https://hrcak.srce.hr/file/355093>
34. 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*. [https://www.researchgate.net/profile/Marisol-Rodriguez-9/publication/228586236\\_The\\_demand\\_for\\_supplemental\\_health\\_insurance\\_in\\_public\\_health\\_care\\_systems\\_the\\_importance\\_of\\_price\\_personal\\_characteristics\\_and\\_public\\_and\\_private\\_sector/links/0deec53cd7a32a5e83000000/The-demand-for-supplemental-health-insurance-in-public-health-care-systems-the-importance-of-price-personal-characteristics-and-public-and-private-sector.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marisol-Rodriguez-9/publication/228586236_The_demand_for_supplemental_health_insurance_in_public_health_care_systems_the_importance_of_price_personal_characteristics_and_public_and_private_sector/links/0deec53cd7a32a5e83000000/The-demand-for-supplemental-health-insurance-in-public-health-care-systems-the-importance-of-price-personal-characteristics-and-public-and-private-sector.pdf)
35. Skitarelić, N., Dželalija, B. i Skitarelić, N. (2020). Covid-19 pandemija: kratki pregled dosadašnjih spoznaja. *Medica Jadertina*, 50 (1), 5-8. <https://hrcak.srce.hr/file/343774>
36. Sokol, T. i Staničić, F. (2021). Pravila Europske unije o tržišnom natjecanju i državnim potporama i dopunsko zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj. *Pravni vjesnik*, 37(2), 61-82. <https://hrcak.srce.hr/file/379971>
37. Stanković, M., Anđelković, T., Mrdak, G., i Stojković, S. (2022). The global insurance market after the health crisis caused by the COVID-19 virus. *International Journal*, 53(1), 59–64. <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/5526/5457>
38. Stašević, I., Derk, D. i Ropac, D. (2019). Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. *Evropski univerzitet Kallos, Tuzla, BiH*, 146-158. <https://www.bib.irb.hr/993998>
39. Svjetska banka (2019). Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030. *Sektor zdravstva*, 9. <https://hrvatska2030.hr/wp-content/uploads/2020/10/Health-Sector.pdf>
40. Šijaković, A., Kereta, J. i Kiš, D. (2008). Utjecaj dobrovoljnog dodatnog zdravstvenog osiguranja na stopu bolovanja i smanjenje troškova. *Sigurnost*, 50(4), 385-390. <https://hrcak.srce.hr/file/48425>
41. Šimović, H., i Primorac, M. (2021). Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava. *Fiscus*, 48(01). <https://hrcak.srce.hr/file/399447>

42. Treerattanapun, A. (2011). The Impact of Culture on Non-Life Insurance Consumption. *Wharton Research Scholars*.  
[https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=wharton\\_research\\_scholars](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=wharton_research_scholars)
43. Vasilj, I. i Ljevak, I. (2020). Epidemiološke karakteristike Covid-a 19. *Zdravstveni glasnik*, 6 (1), 9-18. <https://hrcak.srce.hr/file/346926>
44. Vuletić, S. (2005). Dopunsko zdravstveno osiguranje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. *Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*, 1(2).  
<http://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/1350>

#### **Rad u zborniku:**

45. Gashi, S. i Gashi, R. (2021). Utjecaj pandemije Covid-19 na tržište osiguranja. *Zbornik Sors (Susret osiguravača i reosiguravača), Sarajevo*.  
[http://sors.ba/UserFiles/file/SorS/2021/Zbornik/02%20Zbornik%20Sors%202021\\_Gashi.pdf](http://sors.ba/UserFiles/file/SorS/2021/Zbornik/02%20Zbornik%20Sors%202021_Gashi.pdf)
46. Mijatović, N. (2006). Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja. *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, Zagreb*, 56 (5), 1607-1648. <https://hrcak.srce.hr/file/8157>
47. Obadić, A. i Gelo, T. (2022). Utjecaj pandemije COVID 19 na hrvatsko gospodarstvo - dvije godine poslije. *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, Zagreb*  
<https://www.bib.irb.hr/1198946>

#### **Zakoni:**

48. Odluka o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja, NN 147/2022 (2022)
49. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN 85/06, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23 (2006-2023)
50. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23 (2013-2023)
51. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22 (2013-2022)
52. Zakon o osiguranju, NN 30/15, 112/18, 63/20, 133/20, 151/22 (2015-2023)
53. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23 (2015-2023)

#### Izvori s interneta:

54. Europska komisija, 17.12.2009., Direktiva 2009/138/ez Europskog parlamenta i vijeća od 25. studenoga 2009. o osnivanju i obavljanju djelatnosti osiguranja i reosiguranja (Solventnost II), eur-lex.europa.eu, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009L0138&from=DA>
55. Europski parlament i vijeće, 26.3.2021., Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju, health.ec.europa.eu, [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_hr](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_hr)
56. E-građani, 2023., Dopunsko zdravstveno osiguranje, gov.hr, Preuzeto 5.5.2023., s <https://gov.hr/hr/dopunsko-osiguranje-hzzo-a/300>
57. HANFA, 2022., Tržište osiguranja, hanfa.hr, Preuzeto 10.12.2022., s <https://www.hanfa.hr/getfile.ashx/?fileId=39205>
58. HANFA, 2023, Društva za osiguranje i društva za reosiguranje, hanfa.hr, Preuzeto 14.6.2023., <https://www.hanfa.hr/trziste-osiguranja/registri/drustva-za-osiguranje-i-drustva-za-reosiguranje/#>
59. Hrvatski ured za osiguranje, 2019., Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2018., Hrvatski ured za osiguranje, [https://huo.hr/upload\\_data/site\\_files/trziste\\_osiguranja\\_rh\\_2018.pdf](https://huo.hr/upload_data/site_files/trziste_osiguranja_rh_2018.pdf)
60. Hrvatski ured za osiguranje, 2020., Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2019., Hrvatski ured za osiguranje, [https://huo.hr/upload\\_data/site\\_files/godisnje\\_izvjesce\\_2019\\_.pdf](https://huo.hr/upload_data/site_files/godisnje_izvjesce_2019_.pdf)
61. Hrvatski ured za osiguranje, 2021., Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2020., Hrvatski ured za osiguranje, [https://huo.hr/upload\\_data/site\\_files/godisnje\\_izvjesce\\_2020.pdf](https://huo.hr/upload_data/site_files/godisnje_izvjesce_2020.pdf)
62. Hrvatski ured za osiguranje, 2022., Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2021., Hrvatski ured za osiguranje, [https://huo.hr/upload\\_data/site\\_files/godisnje\\_izvjesce\\_2021-web.pdf](https://huo.hr/upload_data/site_files/godisnje_izvjesce_2021-web.pdf)
63. HZZO, 2022., Dopunsko zdravstveno osiguranje, hzzo.hr, Preuzeto 12.12.2022., s <https://dzo.hzzo.hr/>
64. HZZO, 2019., Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2018. godinu, hzzo.hr, [https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2019/05/Izvjesce\\_o\\_poslovanju\\_hzzo\\_za\\_2018\\_godinu.pdf](https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2019/05/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_za_2018_godinu.pdf)



65. HZZO, 2020., Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2019. godinu, hzzo.hr, <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf>
66. HZZO, 2021., Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu, hzzo.hr, <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202020.g.pdf>
67. HZZO, 2022., Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2021. godinu, hzzo.hr, <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202021.pdf>
68. HZZO, 2023., Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2022. godinu, hzzo.hr, <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202022..pdf>
69. HZZO, 2022., Obvezno osiguranje., hzzo.hr, Preuzeto 12.12.2022., s <https://hzzo.hr/obvezno-osiguranje>
70. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022., Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021. - 2027., gov.hr, Preuzeto 17.5.2023., s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Prilog%203.%20Nacionalni%20portfelj%20ulaganja%20u%20zdravstvo%20i%20dugotrajnu%20s...pdf>
71. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022., Nacrt konačnog prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (EU), gov.hr, <https://zdravlje.gov.hr/izvjesce-o-provedenom-savjetovanju-za-nacrt-prijedloga-zakona-o-izmjenama-i-dopunama-zakona-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju/5748>
72. Ministarstvo zdravstva , 2018., Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019.-2021., gov.hr, <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-planovi/2672>
73. Probasco, J., 22.6.2022., Why do healthcare costs keep rising?, investopedia.com, Preuzeto 27.6.2023., s <https://www.investopedia.com/insurance/why-do-healthcare-costs-keep-rising/>
74. Sindikat umirovljenika Hrvatske, 2022., Glas umirovljenika broj 303., suh.hr, [https://www.suh.hr/wp-content/uploads/2022/04/suh\\_303.pdf](https://www.suh.hr/wp-content/uploads/2022/04/suh_303.pdf)
75. Vidas, I., 7.10.2022., Analiza i financijski aspekti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, InSOLVE, Preuzeto 5.5.2023., s <https://www.insolve.hr/literatura/2/52478>
76. Vlada Republika Hrvatske, 11.05.2023., Kraj epidemije-Vlada Republike Hrvatske proglasila kraj epidemije bolesti COVID-19, koronavirus.hr, Preuzeto 23.5.2023., s

<https://www.koronavirus.hr/kraj-epidemije:-vlada-republike-hrvatske-proglasila-kraj-epidemije-bolesti-covid-19/1013>

77. WHO, 5.5.2023, Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic, who.int, Preuzeto 23.5.2023., s

[https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

## **POPIS GRAFIKONA**

Grafički prikaz 1 .....	31
Grafički prikaz 2 .....	33
Grafički prikaz 3 .....	34

## POPIS TABLICA

Tablica 1.....	29
Tablica 2.....	30
Tablica 3.....	31
Tablica 4.....	32
Tablica 5.....	32
Tablica 6.....	33
Tablica 7.....	35
Tablica 8.....	37
Tablica 9.....	38
Tablica 10.....	38
Tablica 11.....	39
Tablica 12.....	39
Tablica 13.....	40
Tablica 14.....	40
Tablica 15.....	41
Tablica 16.....	41
Tablica 17.....	42
Tablica 18.....	42
Tablica 19.....	43
Tablica 20.....	44
Tablica 21.....	45
Tablica 22.....	46
Tablica 23.....	46

## SAŽETAK

Izvanredne okolnosti poput pandemije COVID-19 mogu imati značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Prema teorijskom pristupu, zbog preopterećenosti javnog zdravstvenog sustava, povećanoj svijesti o rizicima izloženosti zarazi te mogućim većim troškovima zdravstvene zaštite, pojedinci se okreću dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Međutim, zbog gubitka posla i smanjenog dohotka, pojedinci mogu otkazivati ili uopće ne ugovarati dobrovoljno zdravstveno osiguranje u vrijeme pandemije. Provedenim empirijskim istraživanjem na uzorku od 154 ispitanika s područja Republike Hrvatske dolazi se do zaključka kako pandemija nije imala značajan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Niti povećana potražnja za zdravstvenim uslugama nije imala pozitivan utjecaj, niti promjena dohotka i povećane cijene polica nisu imale negativan utjecaj na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

**Ključne riječi:** dobrovoljno zdravstveno osiguranje, potražnja za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, pandemija COVID-19

## **SUMMARY**

Extraordinary circumstances such as the COVID-19 pandemic can have a significant impact on the demand for voluntary health insurance. According to the theoretical approach, due to the overload of the public health system, increased awareness of the risks of exposure to infection and possible higher costs of healthcare services, individuals turn to voluntary health insurance. However, due to job loss and reduced income, individuals may cancel or not take out voluntary health insurance at all during the pandemic. According to the results of the empirical research conducted on a sample of 154 respondents from the Republic of Croatia, the pandemic did not have a significant impact on the demand for voluntary health insurance. Neither the increased demand for health services had a positive impact, nor did the change in income and increased policy prices have a negative impact on the demand for voluntary health insurance.

**Keywords:** voluntary health insurance, voluntary health insurance demand, COVID-19 pandemic

## PRILOG 1

### ANKETA

Poštovani/a,

U nastavku se nalazi anketa te Vas molim da izdvojite nekoliko minuta i sudjelujete u ovom istraživanju. Ova anketa je dio istraživanja za potrebe diplomskog rada na temu „Utjecaj pandemije COVID-19 na potražnju za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem" na Ekonomskom Fakultetu u Splitu. Ispunjavanje ankete traje oko 5 minuta i potpuno je anonimno.

**Dopunsko zdravstveno osiguranje** pokriva sva sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u punom iznosu bez ograničenja, a ako se tako ugovori pokriva i doplatu za lijekove s Dopunske (B) liste lijekova HZZO-a.

**Dodatno zdravstveno osiguranje** se može ugovoriti samo kod društava za osiguranje i osiguraniku pruža dodatne usluge poput sistematskih pregleda, laboratorijskih pretraga, specijalističkih pregleda, dijagnostičke obrade, male operativne zahvate i ambulantnu fizikalnu terapiju. Unaprijed se zahvaljujem na uloženom trudu i vremenu.

1. Spol:

- M
- Ž

2. Dob:

- 18-30 godina
- 31-40 godina
- 41-50 godina
- 51-60 godina
- Stariji od 60

3. Mjesto u kojem živite?

- Glavni grad
- Regionalno središte
- Manji grad
- Selo

4. Koji ste najviši stupanj obrazovanja postigli?

- Srednja stručna sprema
  - Viša škola
  - Preddiplomski sveučilišni/stručni studij (Bachelor)
  - Diplomski sveučilišni studij/Stručni studij/Četverogodišnji sveučilišni studij prije sustava po Bolonji (visoka stručna sprema)
  - Magisterij (prije sustava po Bolonji)
  - Doktorat
5. Vaš trenutni status?
- Izvanredan student/ica (sami plaćaju dobrovoljno zdravstveno osiguranje)
  - Zaposlen/a
  - Samo zaposlen/na
  - Nezaposlen/na
  - Umirovljenik/ica
6. Visina vašeg mjesečnog dohotka?
- Manje od 500 €
  - 500 € - 1000 €
  - 1000 € - 2000 €
  - Više od 2000 €
7. Je li se za vrijeme pandemije Covid-19 promijenio Vaš dohodak?
- Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak povećao
  - Da, za vrijeme pandemije se moj dohodak smanjio
  - Ne, dohodak je ostao isti kao i prije pandemije
8. Koliko procjenjujete svoje bogatstvo-vrijednost vaše osobne imovine (nekretnine, pokretnine, štednje)?
- Ne posjedujem osobnu imovinu
  - Do 10 000 €
  - 10 001€ - 50 000 €
  - 50 001 € - 100 000 €
  - 100 001 € - 500 000 €
  - Više od 500 000 €
9. Jeste li za vrijeme pandemije ostali bez posla?
- Da
  - Ne
10. Ukoliko ste ostali bez posla zbog pandemije koji su točno razlozi prestanak rada:



- Zatvaranje poduzeća
- Zabrana rada
- Opadanje opsega posla
- \_\_\_\_\_ (polje za unos odgovora)
- Nisam ostao/la bez posla

11. Je li se Vaša potrošnja i štednja promijenile za vrijeme pandemije Covid-19?

- Potrošnja i štednja su se povećale
- Potrošnja i štednja su se smanjile
- Potrošnja se smanjila, štednja povećala
- Potrošnja se povećala, štednja smanjila
- Jednako kao i prije pandemije

12. Koliko često koristite zdravstvene usluge?

- Jako često
- Često
- Povremeno
- Rijetko
- Jako rijetko

13. Bolujete li od kakvih kroničnih bolesti ?

- Da
- Ne

14. Ugovarate li police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje)?

- Da
- Ne

15. Koju vrstu police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (DZO) ugovarate?

- Dopunsko zdravstveno osiguranje
- Dodatno zdravstveno osiguranje
- Ne ugovaram police DZO

16. Jeste li za vrijeme pandemije Covid-19, u odnosu na vrijeme prije pandemije, ugovarali police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja?

- Prvi put sam ugovorio/la police DZO za vrijeme pandemije
- Ugovario/la sam police DZO s višim pokrićem za vrijeme pandemije
- Ugovario/la sam police DZO s jednakim pokrićem za vrijeme pandemije
- Ugovario/la sam police DZO s manjim pokrićem za vrijeme pandemije

- Prekinu/la sam ugovaranje polica DZO za vrijeme pandemije
  - Inače ne ugovaram police DZO
17. Jeste li za vrijeme pandemije Covid-19 u većoj mjeri koristili zdravstvene usluge?
- Da
  - Ne
  - Jednako
18. Je li Vas pandemija Covid-19 potakla na ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja?
- Da
  - Ne
  - Već sam imao/la ugovoreno DZO
19. Ukoliko su se Vaša primanja smanjila za vrijeme pandemije Covid-19 je li to imalo utjecaj na ugovaranje DZO?
- Da, zbog nižih primanja otkazujem i ne ugovaram police DZO
  - Ne, i dalje jednako ugovaram police DZO
  - Inače ne ugovaram police DZO
20. Je li poskupljenje cijena polica DZO za vrijeme pandemije Covid-19 utjecalo na ugovaranje polica?
- Da, zbog porasta cijene više ne ugovaram police DZO
  - Ne, i dalje ugovaram police DZO
  - Inače ne ugovaram police DZO
21. Bi ste li za nižu cijenu ugovorili policu DZO?
- Da
  - Ne
22. Ukoliko ste prije pandemije imali ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje, jeste li tijekom pandemije kupili i dodatno:
- Da
  - Ne
  - Nisam imao/la ugovoreno dopunsko osiguranje
23. Ukoliko ste prije pandemije imali ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje, jeste li za vrijeme pandemije prestali ugovarati dodatno zdravstveno osiguranje i ugovorili samo dopunsko zdravstveno osiguranje:
- Da, zbog nižih primanja otkazujem dodatno, a ugovaram samo dopunsko
  - Ne, i dalje sam ugovarao/la dodatno zdravstveno osiguranje
  - Nisam imao/la ugovoreno dodatno zdravstveno osiguranje