Motivi ugovaranja i korištenja prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja

Tomić-Bobaš, Andreja

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:649909

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

DIPLOMSKI RAD br. 135/PE/2017

MOTIVI UGOVARANJA I KORIŠTENJE PRAVA IZ DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Andreja Tomić-Bobaš

Varaždin, veljača 2017.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij Poslovna ekonomija

DIPLOMSKI RAD br.135/PE/2017

MOTIVI UGOVARANJA I KORIŠTENJE PRAVA IZ DODATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Student:
Andreja Tomić-Bobaš,

Mentor:
izv. prof. dr. sc. Anica Hunjet

Varaždin, veljača 2017.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava diplomskog rada

studenata IV. semestra diplomskog studija
Poslovna ekonomija

IME I PREZIME STUDENTA: Andreja Tomić-Bobaš | MATIČNI BROJ: 0309/336D

NASLOV RADA: Motivi ugovaranja i korištenje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Motives for contracting and use of rights of supplemental health insurance

KOLEGIJ: Uvod u znanstveno-istraživački rad

MENTOR: izv. prof. dr. sc. Anica Hunjet

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. izv. prof. dr. sc. Goran Kozina, predsjednik
2. prof. dr. sc. Tanja Kesić, član
3. izv. prof. dr. sc. Anica Hunjet, mentorica
4. doc. dr. sc. Tvrtko Jolić, zamjenski član

Zadatak diplomskog rada

BROJ: 135/PE/2017

OPIS:

U ovom diplomskom radu je opisana organizacija i način financiranja zdravstvenog sustava Republike Hrvatske te je prikazana usporedba sa drugim zemljama unutar Europske unije prvenstveno u dijelu financiranja zdravstvenog sustava.

Pojašnjeno je zdravstveno osiguranje jer se radi o vrsti osiguranja o kojemu građani još uvijek nemaju dovoljno znanja i najčešće se poistovjećuje samo s obveznim zdravstvenim osiguranje. Osim obveznog zdravstvenog osiguranja, na tržištu u Republici Hrvatskoj prisutna su i dobrovoljna zdravstvena osiguranja, sa svoje tri podvrste.

Dopunsko zdravstveno osiguranje je podvrsta zdravstvenog osiguranja koje u Republici Hrvatskoj nije zakonom obvezno, ali su ga građani već prepoznali kao nešto što je postalo nužno ugovoriti ukoliko žele smanjiti financijski rizik usljed nastupa bolesti ili ozljede, odnosno spriječiti iznenadne troškove koji bi mogli dodatno opteretili postojeći budžet kućanstva.

Za razliku od dopunskog zdravstvenog osiguranja, dodatno zdravstveno osiguranje je podvrsta zdravstvenog osiguranja koje je građanima manje poznato iako postoji na tržištu Republike Hrvatske već više od 15 godina. Kako su potencijal dodatnog zdravstvenog osiguranja prepoznali osiguratelji kao veliki potencijal, ponuda dodatnog zdravstvenog osiguranja na osiguranjnom tržištu u Republici Hrvatskog je u porastu.

Dio građana je već prepoznao prednosti i potencijal ovog oblika osiguranja. Pretpostavka je da je sama cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja jedna od prepreka za ugovaranje police pa istu danas ipak više ugovaraju građani sa boljim imovinskim statusom i/ili građani koji su imali priliku isprobati način korištenja usluga koje takva polica zdravstvenog osiguranja pruža.

U ovom diplomskom radu su istraženi motivi koji utječu na ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja, korištenje prava ugovorenih po polici osiguranja te da li zdravstvena ustanova u vlasništvu osiguratelja ima značajnu ulogu kod donošenja odluke o sklapanju ugovora o osiguranju.

U VARAŽDINU, DANA: 20.02.2017.

POTPIS MENTORA: A. Hunjet

SVEUČILIŠTE SJEVER

DIR 01 PE

SAŽETAK

Zdravstveno osiguranje je vrsta osiguranja o kojemu građani još uvijek nemaju dovoljno znanja i najčešće se poistovjećuje s obveznim zdravstvenim osiguranje. Osim obveznog zdravstvenog osiguranja, na tržištu u Republici Hrvatskoj prisutna su i dobrovoljna zdravstvena osiguranja.

Dopunsko zdravstveno osiguranje je podvrsta zdravstvenog osiguranja koje u Republici Hrvatskoj nije zakonom obvezno, ali su ga građani već prepoznali kao nešto što je postalo nužno ugovoriti ukoliko žele smanjiti financijski rizik uslijed nastupa bolesti ili ozljede, odnosno spriječiti iznenadne troškove koji bi mogli dodatno opteretili postojeći budžet kućanstva.

Za razliku od dopunskog zdravstvenog osiguranja, dodatno zdravstveno osiguranje je podvrsta zdravstvenog osiguranja koje je građanima manje poznato iako postoji na tržištu Republike Hrvatske već više od 15 godina. Kako su potencijal dodatnog zdravstvenog osiguranja prepoznali osiguratelji kao veliki potencijal, ponuda dodatnog zdravstvenog osiguranja na osigurateljnom tržištu u Republici Hrvatskog je u porastu.

Dio građana je već prepoznao prednosti i potencijal ovog oblika osiguranja. Pretpostavka je da je sama cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja jedna od prepreka za ugovaranje police pa istu danas ipak više ugovaraju građani sa boljim imovinskim statusom i/ili građani koji su imali priliku isprobati način korištenja usluga koje takva polica zdravstvenog osiguranja pruža.

U ovom diplomskom radu su istraženi motivi koji utječu na ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja te da li zdravstvena ustanova u vlasništvu osiguratelja ima značajnu ulogu kod donošenja odluke o sklapanju ugovora o osiguranju.

Ključne riječi: zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje, zdravstveni sustav, Republika Hrvatska.

ABSTRACT

Health insurance is a type of insurance on which citizens still do not have enough knowledge and most of people identified health insurance with the mandatory health insurance. On health insurance market in Croatia, there are two types of health insurance: mandatory and voluntary health insurance.

Complementary health insurance is a subspecies of voluntary health insurance. Citizens have recognized complementary health insurance as something that has become necessary to stipulate if they want to reduce the financial risk due to disease or injury, or to prevent unexpected costs that could further strain on the existing budget household.

Supplementary health insurance is a subspecies of the voluntary health insurance is less known to the citizens, despite of its presents on the Croatian market for more than 15 years. Insurance companies recognized the potential of supplementary insurance as a great one and offer of supplementary health insurance products on Croatian market is growing.

Part of the citizens had already recognized the advantages and potential of supplementary health insurance. The assumption is that the price of supplementary health insurance is one of the obstacles to contracting of the policy. Citizens with better property status or citizens who had the opportunity to try out a way of using services of supplementary health insurance, contracted most of the supplementary health insurance policies.

This thesis explored the motivation for contracting of supplementary health insurance and whether a medical institutions owned by insurer has a significant role in the decision for contraction of insurance.

Keywords: Health insurance, Supplementary health insurance, Health system, Republic of Croatia

SADRŽAJ

Stranica

1. UVOD 1
2. ZDRAVSTVENI SUSTAV U REPUBLICI HRVATSKOJ 4
   2.1. PROVODITELJI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 5
   2.2. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA 8
   2.3. SOCIJALNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U RH 13
   2.4. DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 13
   2.4.1. DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 14
   2.4.2. DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 15
   2.4.3. PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 17
3. CILJ ISTRAŽIVANJA 18
4. MATERIJALI I METODE 19
   4.1. STATISTIČKA OBRADA 19
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA 21
   5.1. REGIONALNA DISTRIBUCIJA 21
   5.2. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PO DOBI I SPOLU 24
   5.3. STATUS ISPITANIKA U OSIGURANJU 25
   5.4. MOTIV ZA UGOVARANJE OSIGURANJA 26
   5.5. POLIKLINIKA U VLASNIŠTVU 27
   5.6. OBAVLJANJE USLUGA, OSIGURANICI 29
   5.7. VAŽNOST SISTEMATSKOG PREGLEDA U POKRIĆU PO POLICI 31
   5.8. POLIKLINIKA U VLASNIŠTVU OSIGURATELJA 35
   5.9. SAMOSTALNO KREIRANJE POKRIĆA PO POLICI OSIGURANJA 36
6. RASPRAVA 38
7. ZAKLJUČAK 43
8. POPIS KORIŠTENIH KRATICA 44
9. LITERATURA 45
10. PRILOG 48
11. POPIS SLIKA 50
11. POPIS TABLICA 51
12. POPIS GRAFIKONA 52

1. UVOD

Ovaj diplomski rad u svom prvom dijelu opisuje organizaciju i način financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj (u daljnjem tekstu: RH) te je prikazana usporedba sa drugim zemljama unutar Europske unije (u daljnjem tekstu EU) prvenstveno u dijelu financiranja zdravstvenog sustava.

Prema podacima Health Consumer Powerhouse (u daljnjem tekstu: HCP) za 2016. godinu, zdravstveni sustav u RH nalazi se na 19. mjestu od 35 promatranih zemalja s ukupno 703 boda [1]. Istraživanje pokazuje u kojoj mjeri zdravstveni sustav pojedine zemlje zadovoljava očekivanja korisnika zdravstvene zaštite po kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite. U odnosu na 2015. godinu RH je ostvarila lošiji rezultat za tri mjesta, međutim u pojedinim segmentima i dalje pokazuje zavidne rezultate. Unatoč razini Bruto domaćeg proizvoda (u daljnjem tekstu: BDP) po stanovniku i izdvajanju za zdravstvu, Hrvatski zdravstveni sustav primjenjuje mnoge napredne metode liječenja te je primjerice prema broju transplantacija među vodećim zemljama u svijetu [1,2].

U drugom dijelu diplomskog rada su pojašnjeni svi oblici zdravstvenog osiguranja koji danas postoje u zdravstvenom sustavu RH. Detaljnije su pojašnjeno obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, objašnjena je razlika između svake podvrste zdravstvenog osiguranja kao i prednosti koje pojedina podvrsta zdravstvenog osiguranja imaju za osiguranike [3,4].

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se dijeli na tri podvrste zdravstvenog osiguranja, dodatno zdravstveno osiguranje, dopunsko zdravstveno osiguranje te privatno zdravstveno osiguranje [4].

Posebna usmjerenost ovog diplomskog rada je na dobrovoljno zdravstveno osiguranje s naglaskom na dodatno zdravstveno osiguranje koje danas u RH pružaju osiguravajuće kuće.

Za potrebe ovog diplomskog rada provedeno je istraživanje vezano uz motive ugovaranja police dodatnog zdravstvenog osiguranja, odnosno sklapanja ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju. Posljednji dio rada je posvećen istraživačkom dijelu, obradi i analizi prikupljenih podataka.

Kako je potencijal dodatnog zdravstvenog osiguranja velik, što su već primijetili mnogi osiguratelji na području RH, istraženi su čimbenici koji utječu na odluku osiguranika da donese odluku o sklapanju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju te u kolikoj mjeri koji čimbenik utječe na donošenje takve odluke.

Poseban osvrt je napravljen na način korištenja prava po ugovorenoj polici osiguranja, da li na samu odluku o sklapanju ugovora o osiguranju, a kasnije i samo korištenje prava po istom utječe podatak da li osiguravajuća kuća kod koje se sklapa ugovor o osiguranju posjeduje vlastitu zdravstvenu ustanovu ili se zdravstvene usluge prema pravu iz ugovora o osiguranju obavljaju u drugim, ugovornim, zdravstvenim ustanovama.

U RH su prisutna sva tri modela vlasničkog odnosa osiguratelja prema provoditeljima zdravstvene zaštite: osiguratelj koji zdravstvene usluge plaća samo u vlastitim zdravstvenim ustanovama, osiguratelj koji zdravstvene usluge plaća samo u vanjskim zdravstvenim ustanovama te miješani model.

Samo istraživanje za izradu ovog diplomskog rada je provedeno u relativno kratkom vremenskom periodu od samo 10 dana, ali u istraživanju je sudjelovao velik broj ispitanika, ukupno 516 ispitanika te je obuhvaćeno ukupno 18 županija RH.

Radi se o opservacijskom, presječenom istraživanju koje je provedeno primjenom unaprijed izrađenog upitnika, većinom neposredno i u manjem broju telefonski.

Istraživanje je provedeno uz pomoć i na uzorku osiguranika/korisnika usluga osiguravajuće kuće koja se trenutno nalazi na liderskoj poziciji na području RH u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Bitno je imati na umu da je ta osiguravajuća kuća specijalizirana za dobrovoljno zdravstveno osiguranje te je to jedina vrsta osiguranja kojom se bavi već dugi niz godina.

Kako ova osiguravajuća kuća posjeduje vlastitu zdravstvenu ustanovu, koja ima sjedište u Zagrebu te posluje na ukupno tri lokacije u RH, dio istraživanja je posvećen upravo načinu korištenja zdravstvenih usluga kako bi se vidio koliki utjecaj na odluku o sklapanju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ima upravo podatak o tome da osiguratelj posjeduje vlastitu zdravstvenu ustanovu u kojoj korisnici mogu obavljati potrebne zdravstvene usluge.

U istraživanju je analizirano i kolika je važnost sistematskog pregleda kao sastavnog dijela ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju. Kako je u RH kao i svugdje u svijetu zabilježen porast zloćudnih bolesti kod građana se probudila svijest o preventivnim pregledima pa je tako sistematski pregled danas postao uobičajen i većina građanina jednom godišnje ili jednom u dvije godine ipak obavi neki od oblika sistematskog pregleda.

Završetak istraživanja je posvećen jednom potpuno novom obliku police osiguranja, istražili smo kakav bi interes korisnika bio za ugovaranjem police dobrovoljnog osiguranja koju bi prema svojim potrebama i/ili željama mogli sami kreirati.

Na samom kraju diplomskog rada je zaključak provedenog istraživanja.

2. ZDRAVSTVENI SUSTAV U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zdravstveni sustav u RH je sustav koji predstavlja djelatnost koja je nužna za svakodnevni život građana u RH te je od javnog interesa. Radi se o djelatnosti koja je pretežnim dijelom organizirana kao javna služba odnosno kao oblik javne službe. Bitno je naglasiti da zdravstveni sustav po svojoj prirodi nema komercijalni karakter [5,6].

Zdravstvena zaštita stanovništva provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističkoj-konzilijarnoj zaštiti i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti [7].

Organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti	Razina zdravstvene djelatnosti		
	Primarna razina zdravstvene djelatnosti	Sekundarna razina zdravstvene djelatnosti	Tercijarna razina zdravstvene djelatnosti i razina zdravstvenih zavoda
Privatni zdravstveni radnici	Ordinacija opće medicine, Ordinacija dentalne medicine, Ordinacija zdravstvene zaštite djece, Ordinacija zdravstvene zaštite žena, Laboratorij, Ljekarna, Ordinacija medicine rada, Njega u kući	Specijalistička ordinacija, Laboratorij, Fizikalna terapija u kući	
Zdravstvene ustanove	Dom zdravlja, Ustanova za zdravstvenu skrb, Ustanova za zdravstvenu njegu, Ustanova za palijativnu skrb, Ljekarnička ustanova	Poliklinika, Opća bolnica, Specijalna bolnica, Lječilište, Ustanova za rehabilitaciju	Klinički bolnički centar, Klinička bolnica, Klinika, Zavod za javno zdravstvo, Zavod za hitnu medicinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za mentalno zdravlja, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za toksikologiju, Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Slika 1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Izvor: Bagat M. Model planiranja i upravljanja ljudskom potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, 2016.[8]

2.1. PROVODITELJI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO), dok dobrovoljna zdravstvena osiguranja uz HZZO provode i osiguravajuća društva [3,9]. HZZO kao nacionalni provoditelj obveznog zdravstvenog osiguranja ugovara provođenje zdravstvene zaštite s provoditeljima zdravstvene zaštite uključenim u Mrežu javne zdravstvene službe, Mrežu hitne medicine i Mrežu ugovornih subjekata medicine rada te s ljekarnama i isporučiteljima ortopedskih i drugih pomagala [10].

Mreže definiraju potrebne zdravstvene kapacitete u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja na pojedinom području, na razini općine, županije, odnosno na nacionalnoj razini. Za popunu slobodnih mjesta u Mrežama HZZO raspisuje natječaj u pravilu za trogodišnje ugovorno razdoblje. Za sedam djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti HZZO ne raspisuje natječaj, već natječaj raspisuju županije. Temeljem provedenog natječaja županije dodjeljuju koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe na razdoblje od 10 godina [3]. Prve koncesije dodijeljene su 2009. godine, a od kraja 2011. godine na području svih županija djelatnosti opće/obiteljske medicine, polivalentne dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, laboratorijske dijagnostike, zdravstvene njege u kući bolesnika i medicine rada obavljaju se temeljem dodijeljene koncesije.

Zdravstvena zaštita se ugovara na razini primarne, sekundarne, tercijarne te razini zdravstvenih zavoda, a isporuka ortopedskih i drugih pomagala sa subjektima koji imaju odobrenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode za obavljanje prometa na malo medicinskim proizvodima [3,10].

Primarna zdravstvena zaštita *(*u daljnjem tekstu: *PZZ)* obuhvaća ukupno 15 djelatnosti [7]. Pet djelatnosti organizirano je po modelu izabranog doktora, pri čemu pacijenti odabiru doktora opće/obiteljske medicine, polivalentne dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece, a zaposlene osobe putem poslodavca odabiru doktora medicine rada. Usluge kod izabranih doktora kao i uslugu u djelatnosti hitne medicine pacijenti ostvaruju bez uputnice, dok za usluge u ostalim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite pacijenti ostvaruju usluge temeljem uputnice izabranog doktora, odnosno putem recept za usluge u ljekarni.

Zdravstvena zaštita na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu *(*u daljnjem tekstu: *SKZZ)* i bolničku zdravstvenu zaštitu u općim i specijalnim bolnicama. SKZZ provode bolnice čiji je osnivač županija, odnosno Grad Zagreb, poliklinike, privatni zdravstveni radnici - specijalisti te ustanove i privatni zdravstveni radnici više i srednje stručne spreme za obavljanje djelatnosti fizikalne terapije u kući bolesnika [7].

Zdravstvena zaštita na tercijarnoj razini obuhvaća najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti, a provodi se u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama [7].

Na razini zdravstvenih zavoda zdravstvenu zaštitu provode državni zdravstveni zavodi, županijski zavodi za javno zdravstvo, odnosno Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba. Higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo i zdravstvenu zaštita mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti kao djelatnosti primarne zdravstvene zaštite provode županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba. Zdravstveni zavodi uz djelatnosti na primarnoj razini provode i SKZZ kao i zdravstvenu zaštitu prema posebnim programima [9].

Isporuku ortopedskih i drugih pomagala provode specijalizirane prodavaonice i ljekarne. Specijalizirane prodavaonice kao preduvjet za sklapanje ugovora trebaju imati odgovarajuće rješenje Agencije za lijekove i medicine proizvode za obavljanje prometa na malo medicinskim proizvodima, a ljekarne odgovarajuće rješenje Ministarstva zdravlja [11].

Reformom zdravstvenog sustava tijekom 90-ih godina prošlog stoljeća, provođenje zdravstvene zaštite uz javne provoditelje djelomično su preuzeli i privatni provoditelji. Privatizaciju PZZ-a pokrenulo je Ministarstvo zdravstva s ciljem povećanja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite na način da su u zakup privatnicima dani dijelovi zdravstvenih ustanova. Proces je započeo u siječnju 1996. godine stupanjem na snagu Pravilnika o uvjetima davanja u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta [12,13]. Od 15 djelatnosti koje se obavljaju na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, devet djelatnosti mogu obavljati javni i privatni provoditelji, dok preostalih šest djelatnosti mogu obavljati isključivo javni provoditelji [7].

Javni i privatni provoditelji mogu obavljati slijedeće djelatnosti: opća/obiteljska medicina, polivalentna dentalna zdravstvena zaštita, zdravstvena zaštita žena, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena njega u kući bolesnika, laboratorijska dijagnostika, medicina rada, sanitetski prijevoz i ljekarništvo.

Djelatnosti koje provode isključivo javni provoditelji su mentalno zdravlje i prevencija i izvanbolničko liječenje ovisnosti; javno zdravstvo; preventivno odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu djece i studenata; higijensko epidemiološka zdravstvena zaštita; hitna medicina te patronažna zdravstvena zaštita.

Do 1996. godine jedina djelatnost SKZZ koja se mogla obavljati u privatnom prostoru bila je ortodoncija [14]. Istovremeno s davanjem u zakup prostora za obavljanje djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, započeo je i proces davanja u zakup prostora i za obavljanje djelatnosti SKZZ, te se od 1996. godine registriraju privatne specijalističke ordinacije. Izvanbolnički SKZZ mogu

obavljati javni i privatni provoditelji. Specijalne bolnice mogu biti osnovane kao javne i privatne, dok opće i kliničke bolnice mogu biti osnovane isključivo kao javne.

Nakon 2002. godine, stupanjem na snagu Mreže javne zdravstvene službe (ranije Mreže zdravstvene djelatnosti) otvara se mogućnost ugovaranja većeg broja privatnih provoditelja zdravstvene zaštite, za popunu svih onih mjesta u Mreži koja nisu popunjena od strane javnih provoditelja [15].

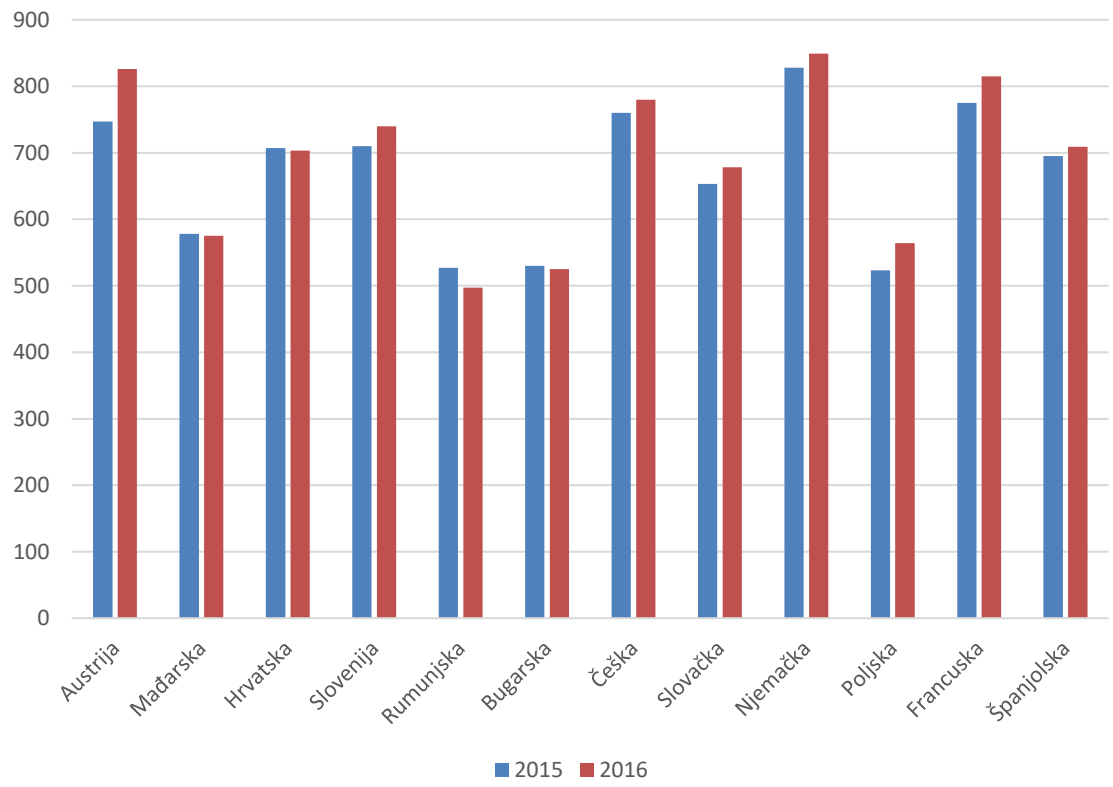
Ministarstvo zdravlja provoditeljima zdravstvene zaštite izdaje rješenje o početku rada kojim potvrđuje da su zadovoljeni svi uvjeti u pogledu prostora, kadrova i medicinsko tehničke opremljenosti za obavljanje pojedine zdravstvene djelatnosti. Nositelji rješenja Ministarstva zdravlja pod jednakim uvjetima nastupaju na zdravstvenom tržištu te su u mogućnosti sklopiti ugovor s HZZO-m za provođenje zdravstvene zaštite u skladu s Mrežom javne zdravstvene službe i Mrežom provoditelja medicine rada.

2.2. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Financiranje zdravstvenog sustava u RH provodi se po modelu koji ima elemente Bismark i Beveridge sustava financiranja, odnosno zdravstveni sustav je većim dijelom financiran iz doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje po stopi od 15%, a manjim dijelom iz poreza i to poreza na dohodak, poreza na dobit te poreza na dodanu vrijednost [16,17].

Prema podacima za 2016. godinu RH je na listi uspješnosti europskih zdravstvenih sustava (Europski zdravstveni potrošački indeks – EHCI) na 19. mjestu te je u usporedbi sa 2015. godinom za tri mjesta lošije pozicionirana.

Pad na listi uspješnosti je zabilježen po većini indikatora što je jako zabrinjavajuće, s time da za pad nije presudno izdvajanje sredstava iz BDP-a a ni ukupan iznos izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika. Na pad RH na rečenoj listi uspješnosti je velik utjecaj imalo i smanjenje prava pacijenata po obimu i dosegu usluga, ali i po prevenciji, što je jako zabrinjavajuće obzirom na porast smrtonosnih zloćudnih bolesti. RH je u tom istom periodu imala smanjenje liste čekanja, ali to je bilo nedovoljno da bi se ublažio pad na listi uspješnosti [16].



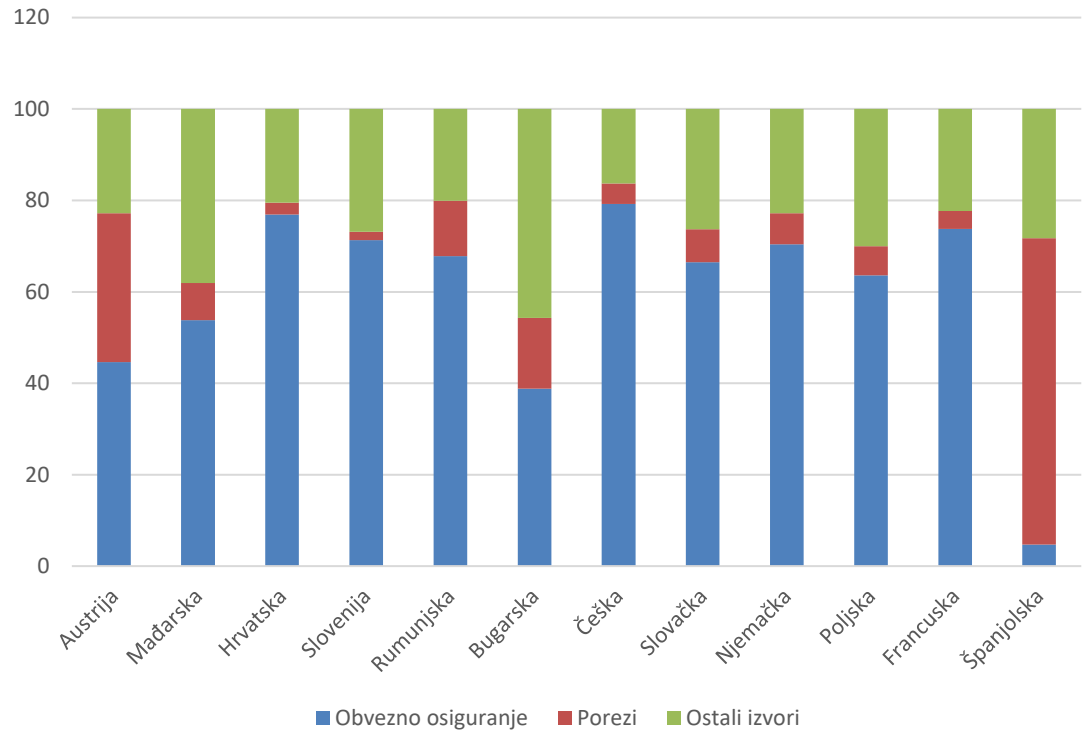
Grafikon 1. Europski zdravstveni potrošački indeks za 2016. godinu

Izvor: Izrada autora

Uspješnost zdravstvenog sustava posljedica je nekonzistentnih zdravstvenih reformi i činjenice da bolnički sustav, posljednjih 25 godina nije imao nikakvih ozbiljnijih promjena koje bi utjecale na poboljšanje cjelokupnog zdravstvenog

sustava u RH. Isto tako, ni samo financiranje nije doživjelo nikakve važnije promjene. Sa 1.410 USD po glavi stanovnika, odnosno s ukupno 22 milijarde kuna treba pokriti cjelokupnu zdravstvenu potrošnju [18].

Prema podacima za 2012. godinu, ukupna potrošnja za zdravstvo bila je na razini od 8,5% BDP-a s uključenom privatnom potrošnjom za zdravstvo koja čini 1,3% BDP-a. Od ukupne potrošnje za zdravstvo 76,9% odnosi se na potrošnju putem obveznog zdravstvenog osiguranje.



Grafikon 2. Struktura potrošnje za zdravstvo

Izvor: Izrada autora

Aktualni problemi zdravstvenog sustava RH većim dijelom se odnose na nepovoljan model financiranja, uz potrebno osuvremenjivanje koncepcije same organizacije i upravljanje zdravstvenim sustavom. Država još uvijek u troškovima zdravstvene zaštite građana participira u većem dijelu, što je financijski neodrživo, potrebno je prebaciti veći dio troškova na građane kao

što je to u zemljama koje su time dobile stabilan i financijski održiv sustav zdravstvenih osiguranja.

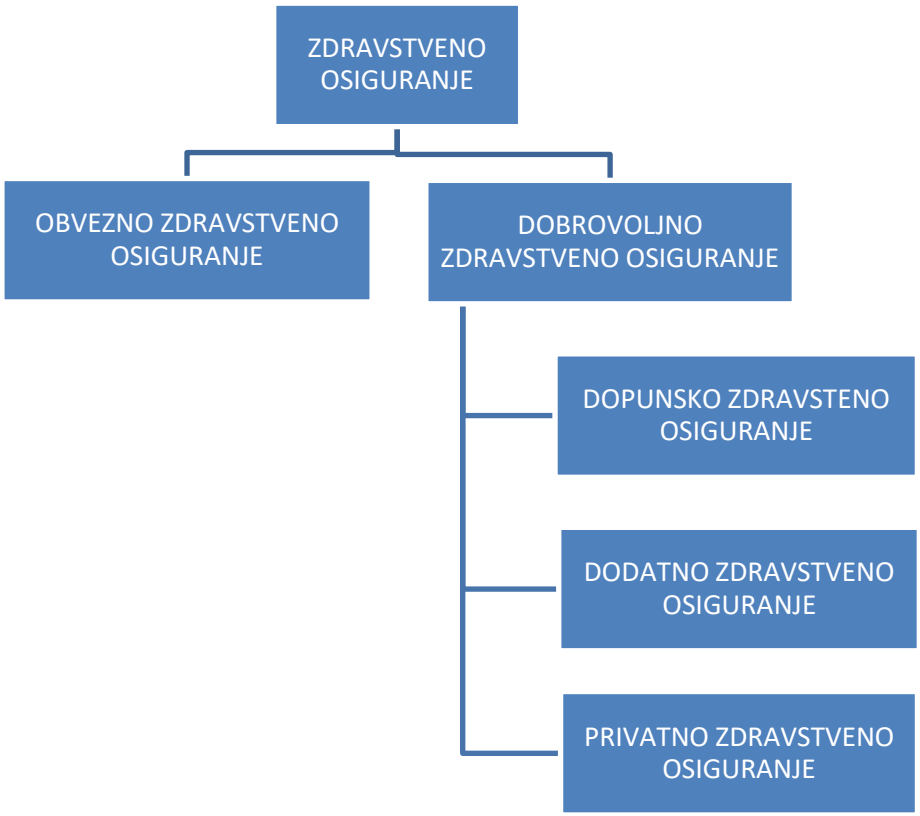
Direktno izdvajanje samih građana za plaćanje liječenja je još uvijek relativno nisko, prosječno po kućanstvu oko 2.500 kuna godišnje, što je ukupno oko tri do četiri milijarde kuna godišnje [19].

Republici Hrvatskoj su nužne nove zdravstvene reforme jer kao što je ranije rečeno unatoč brojnim reformama koje su se u zdravstvenom sustavu događale posljednjih 25 godina pojedine značajke sustava kao što su nedostatna financijska sredstva i neodgovarajući sustav pružanja zdravstvene zaštite građanima nisu se bitno mijenjale [20].

Sve dosadašnje reforme zdravstvenog sustava bile su usmjerene na povećanje učinkovitosti i kontroliranje troškova u zdravstvenom sustavu kroz: centraliziranje financijskih tokova u HZZO-u i poboljšanje informatičkog sustava, mjere kontrole troškova poput sustava glavarina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i globalnih proračuna za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, revidiranje mehanizama za raspodjelu proračuna s ciljem pomicanja resursa u primarnu zdravstvenu zaštitu te stvaranje okvira za sudjelovanje privatnog sektora u pružanju zdravstvene zaštite [19]. Dodatni ciljevi reformi bili su unaprjeđenje sustava planiranja i upravljanja, unaprjeđenje učinkovitosti i kvalitete zdravstvene skrbi te jačanje preventivne i primarne zdravstvene zaštite [19, 20]. Problemi zdravstvenog sustava u RH posljedica su neuspjeha i niza drugih strukturnih slabosti unutar sustava na kojima se nije radilo, a u isto vrijeme su se financijska sredstva trošila na skupu medicinsku opremu i objekte [21, 22].

U RH zdravstveno osiguranje je uređeno kroz dvije vrste zdravstvenog osiguranja, to su socijalno zdravstveno osiguranje te premijsko zdravstveno osiguranje, odnosno obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u RH ima tri podvrste zdravstvenog osiguranja, to su: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje te privatno zdravstveno osiguranje. Navedeno je grafički prikazano u grafikonu br. 3. Vrste zdravstvenog osiguranja u RH.



Grafikon 3. Vrste zdravstvenog osiguranja u RH

Izvor: Izrada autora

2.3. SOCIJALNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U RH

Socijalno zdravstveno osiguranje odnosno obvezno zdravstveno osiguranje je jedini oblik zdravstvenog osiguranja koje je zakonsko osiguranje te osiguranje koje se financira putem doprinosa i poreza [3].

Na ovu vrstu zdravstvenog osiguranja obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u RH i stranci s odobrenim stalnim boravkom u RH, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno [3]. Nadalje, obvezno se osiguravaju i državljani drugih država članica EU (u daljnjem tekstu: države članice) te državljani države koja nije država članica (u daljnjem tekstu: treća država) s odobrenim privremenim boravkom u RH, a na temelju radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u RH, odnosno na temelju obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti u RH, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u RH i ako propisima EU, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno [23].

Ovu vrstu zdravstvenog osiguranja provodi isključivo sama država, odnosno državna institucija HZZO.

2.4. DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje uz HZZO provode i društva za osiguranje koja su dobila dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja, a sukladno Zakonu o osiguranju [4].

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u RH predviđene su tri podvrste dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, to su: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje te privatno zdravstveno osiguranje [4].
Od ukupno 27 društava za osiguranje koja su bila aktivna u 2016.godini, 11 društava za osiguranje u ponudi je imalo dobrovoljno zdravstveno osiguranje (dopunsko i/ili dodatno) [24].

2.4.1. DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dopunsko zdravstveno osiguranje je zdravstveno osiguranje koje pokriva razliku u cijeni usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja do pune cijene usluge (sudjelovanja i doplate). To znači da osiguranici u dopunskom zdravstvenom osiguranju ne snose troškove sudjelovanje u troškovima sudjelovanja (participacija) koje nastaju za vrijeme bolničkog i ambulantnog liječenja, dijagnostičkih obrada u bolnici, ortopedskih pomagala, specijalističkih stomatoloških usluga, fizikalne rehabilitacije u kući i liječenja u inozemstvu, već se taj trošak prenosi na osiguratelja [3,4]

Ugovor o osiguranju je na dobrovoljnoj osnovi, a premiju plaća ugovaratelj osiguranja. Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju utvrđene su skupine građana kojima se osigurava polica dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret sredstava Državnog proračuna te nisu obveznici plaćanja premije osiguranja, a to su osobe starije 18. godine do završetka redovnog školovanja, dobrovoljni darivatelji krvi i organa, 100% invalidi te osobe s primanjima ispod Zakonom utvrđenog prihodovnog cenzusa [4].

Djeca do 18. godine života ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu na teret obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti te samim time nemaju potrebu za ugovaranje police dopunskog zdravstvenog osiguranja [3,4].

Jedini uvjet za ugovaranje ove podvrste osiguranja je posjedovanje obveznog zdravstvenog osiguranja budući polica dopunskog zdravstvenog osiguranja nije zamjena za obvezno zdravstveno osiguranje već predstavlja nadogradnju obveznog zdravstvenog osiguranja kojom se osiguranik osigurava od financijskog rizika uslijed nastupa potrebe za korištenjem zdravstvene zaštite.

Ovu vrstu osiguranja u RH provodi sedam društava za osiguranje i HZZO. Provođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a kao provoditelja obveznog zdravstvenog osiguranje nije u skladu s pravnom stečevinom Europske unije te Direktivama o neživotnim osiguranjima. Takva praksa je nažalost prisutna u Hrvatskoj bez obzira na preuzete obveze RH prilikom pristupanja Europskoj uniji [25]. Posebno su sporne odredbe Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koje su sadržane u člancima 10. i 10a., a koje omogućavaju da osim društava za osiguranje i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje iznimno može provoditi dobrovoljna zdravstvena osiguranja i to bez obveze pridržavanja odredbi Zakona o osiguranju i svih propisa koji iz njega proizlaze i bez nadzora regulatora [25].

2.4.2. DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dodatno zdravstveno osiguranje je podvrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i sklapa se isključivo s nekim od odgovarajućih društava koje isto imaju u svojoj ponudi proizvoda [4].

Sklapanjem određene police osiguranja, osiguranici ostvaruju pravo na viši standard zdravstvene zaštite te na veći opseg prava nego je to u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Korisnici ostvaruju pravo na korištenje usluga specijalističkih pretraga, dijagnostičke obrade i obavljanje laboratorijskih pretraga. Ugovaranjem dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguranici izbjegavaju duge liste čekanja i nisu im potrebne uputnice liječnika

primarne zdravstvene zaštite kako bi ostvarili neku od dijagnostičkih pretraga ili potrebnih pregleda.

Iako je dodatno zdravstveno osiguranje prisutno na tržištu RH više od 15 godina, još uvijek je relativno mali broj osiguranika i mala premija dodatnog zdravstvenog osiguranja. Prema podacima za 2016. godinu iznos bruto policirane premije dodatnog zdravstvenog osiguranja u RH iznosi je 152,7 milijuna kuna [26].

S obzirom da programi dodatnog zdravstvenog osiguranja imaju u svom sastavu preventivne i kurativne postupke, porezni tretman ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja, ukoliko je ugovaratelj pravna osoba je drugačiji u usporedbi s ugovaranjem dopunskog zdravstvenog osiguranja. Dio premije dodatnog zdravstvenog osiguranja koji se odnosi na preventivne postupke (sistematski pregled) predstavlja porezno priznati izdatak ugovaratelja ukoliko se radi o pravnom subjektu [27]. Neoporezivo se radniku može podmiriti trošak sistematskog kontrolnog pregleda pod uvjetom da je isti omogućen svim radnicima tog društva odnosno pravne osobe.

Programi dodatnog zdravstvenog osiguranja predstavljaju i poticaj za razvoj privatnih zdravstvenih ustanova. Obzirom da javne zdravstvene ustanove prema odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranje, trebaju dobiti suglasnost resornog ministarstva za pružanje tih usluga, osiguratelji se radije okreću privatnim provoditeljima zdravstvene zaštite [4]. U privatnim zdravstvenim ustanovama lakše je ostvariti veći standard zdravstvene usluge za osiguranike u dodatnom zdravstvenom osiguranju.

2.4.3. PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Privatnim se zdravstvenim osiguranjem zdravstvena zaštita osigurava fizičkim osobama koje borave u RH, a koje nisu obveznici osiguranja prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštititi stranaca [4].

Nažalost radi se o podvrsti zdravstvenog osiguranja koja već postoji u Zakonu, ali u RH nikada nije zaživjelo.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Opći cilj ovog istraživanja je da se na uzorku osiguranika dodatnog zdravstvenog osiguranja i korisnika zdravstvenih usluga utvrde osnovni motivi za ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja, kao i očekivanja koja osiguranik ima vezano uz korištenje prava po sklopljenoj polici dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Specifični ciljevi ovog istraživanja su utvrđivanje motiva za ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja, utvrđivanje modela odabira ustanove za korištenje zdravstvenih usluga na koje se ima pravo po sklopljenoj polici osiguranja, procjena kako bi na osiguranika/korisnika utjecalo eventualno sužavanje prava po sklopljenoj polici te procjena važnosti pojedinih elemenata iz pokrića dodatnog zdravstvenog osiguranja.

4. MATERIJALI I METODE

Radi se o opservacijskom, presječnom (cross sectional) istraživanju koje je provedeno neposredno te telefonski primjenom anketnog upitnika koji se nalazi u prilogu ovog diplomskog rada.

Samo istraživanje je provedeno u trajanju 10 dana u vremenskom periodu od 05. do 15. studenog 2015. godine na teritoriju Republike Hrvatske.

Anketirani su osiguranici u dodatnom zdravstvenom osiguranju kao i korisnici zdravstvenih usluga u poliklinikama u Zagrebu i Splitu.

Upitnik se sastoji od devet pitanja. Ispitanici su svoje stavove iskazati na Likertovoj ljestvici od 1 do 5, zaokruživanjem odgovarajućeg broja, odabirom jednog ili više ponuđenih odgovora ili upisivanjem odgovarajućeg odgovora.

Sudjelovanje u istraživanju je dragovoljno, a ispitanici su dobili i pismenu obavijest s pojašnjenjem istraživanja.

4.1. STATISTIČKA OBRADA

Podaci dobiveni u istraživanju prikazani su tablično i grafički. Deskriptivna statistika korištena je za prikaz rezultata.

Korišten je odgovarajući prikaz kontinuiranih vrijednosti (aritmetičke sredine i standardne devijacije).

Kategorijske i nominalne vrijednosti prikazane su kroz apsolutne brojeve i njihove učestalosti.

Razlike u kategorijskim varijablama su analizirane Pearsonovim hi kvadrat testom u daljnjem tekstu (χ^2).

Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatrane su statistički značajnima.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

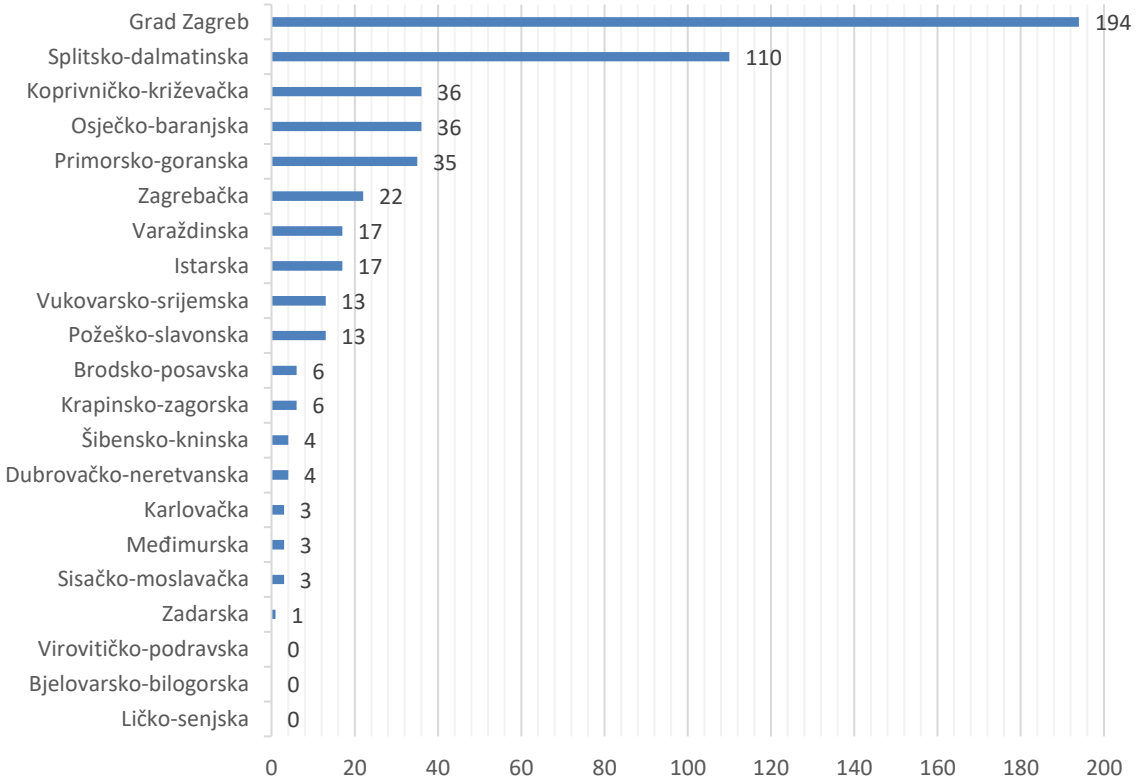
5.1. REGIONALNA DISTRIBUCIJA

Županije u kojima je provedeno istraživanje su: Grad Zagreb, Splitsko-dalmatinska županija, Koprivničko-križevačka županija, Primorsko-goranska županija, Varaždinska županija, Vukovarsko-srijemska županija, Brodsko – posavska županija, Šibensko-kninska županija, Karlovačka županija, Sisačko-moslavačka županija, Virovitičko-podravska županija te Ličko-senjska županija.

Najveći broj ispitanika je bio u Gradu Zagrebu ukupno 194 ispitanika, zatim slijedi Splitsko-dalmatinska županija ukupno 110 ispitanika, Koprivničko-križevačka županija ukupno 36 ispitanika, Osječko-baranjska županija ukupno 36 ispitanika, Primorsko-goranska županija ukupno 35 ispitanika, zagrebačka županija ukupno 22 ispitanika, Varaždinska županija ukupno 17 ispitanika, Istarska županija ukupno 17 ispitanika, Vukovarsko-srijemska županija ukupno 13 ispitanika, Požeško-slavonska županija ukupno 13 ispitanika, Brodsko-posavska ukupno šest ispitanika, Krapinsko-zagorska županija ukupno šest ispitanika, Šibensko-kninska županija ukupno četiri ispitanika, Dubrovačko-neretvanska županija ukupno četiri ispitanika, Karlovačka županija ukupno tri ispitanika, Međimurska županija ukupno tri ispitanika, Sisačko-moslavačka ukupno tri ispitanika, Zadarska županija ukupno jedan ispitanik. U tri županije nije bilo ni jednog ispitanika, to su: Virovitičko-podravska županija, Bjelovarsko-bilogorska županija te Ličko-senjska županija.

Iako se radi o kratkom vremenskom periodu istraživanja sam uzorak je jako velik, radi se o ukupno 516 ispitanika iz ukupno 21 županija diljem RH.

Sve navedeno je i grafički prikazano na sljedećem grafikonu br. 4. Regionalna distribucija ispitanika, brojčani prikaz.



Grafikon 4. Regionalna distribucija ispitanika, brojčani prikaz

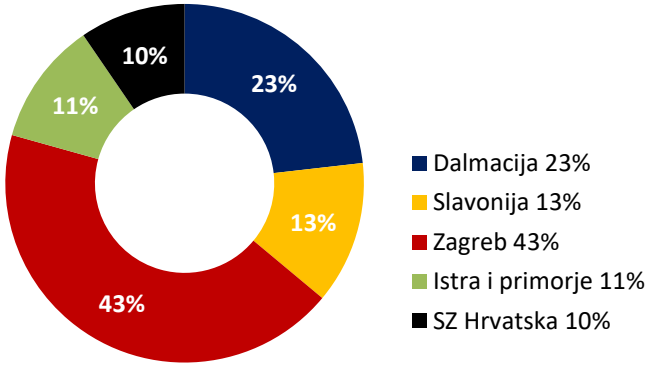
Izvor: Izrada autora

Kada RH podijelimo u pet glavnih prostornih regija: Zagrebačka regija, regija Dalmacija, regija Istra i primorje, regija Slavonija te regija Sjeverozapadna Hrvatska vidimo da je 43% od ukupnog broja ispitanika u smješteno na području Zagrebačke regije, 23% od ukupnog broja ispitanika je smješteno u regiji Dalmacija, 13% od ukupnog broja ispitanika je smješteno u regiji Slavonija, 11% od ukupnog broja ispitanika je smješteno u regiji Istra i primorje te je 10% od ukupnog broja ispitanika smješteno u regiji Sjeverozapadna Hrvatska.

Sve navedeno je i grafički prikazano na sljedeća dva grafikona, grafikon br. 5. Podjela RH na pet prostornih regija te grafikon br. 6. Regionalna distribucija ispitanika unutar pet regija, u postocima.

Grafikon 5. Podjela RH na pet prostornih regija

Izvor: izrada autora



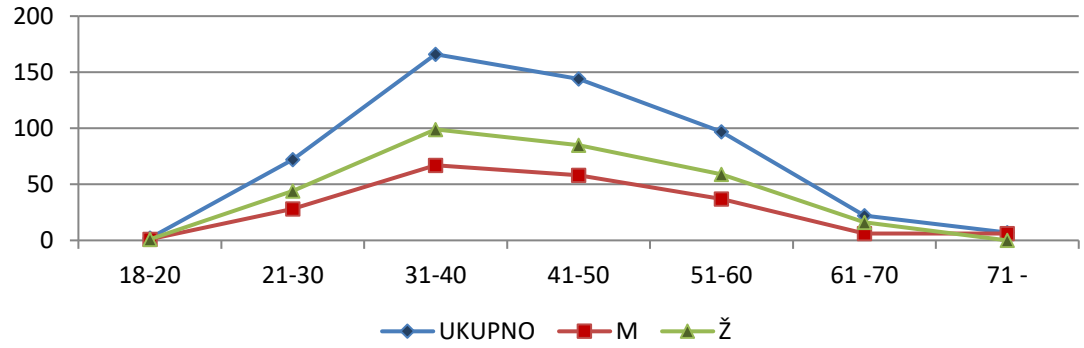
Grafikon 6. Regionalna distribucija ispitanika unutar pet regija, prikaz u postocima

Izvor: izrada autora

5.2. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PO DOBI I SPOLU

Od ukupno 516 ispitanika 60% su žene, odnosno njih 306, a 40% su muškarci, odnosno njih 206.

Minimalna dob ispitanika je 19 godina starosti dok je maksimalna dob 75 godina starosti. Prosječna dob ispitanika je 42,5±11,2. Navedeno je prikazano nižim grafikonom br. 7. Dobna distribucija ispitanika te popratnom tablicom br. 1. Dobna distribucija ispitanika.



Grafikon 7. Dobna distribucija ispitanika

Izvor: Izrada autora

Tablica 1. Dobna distribucija ispitanika

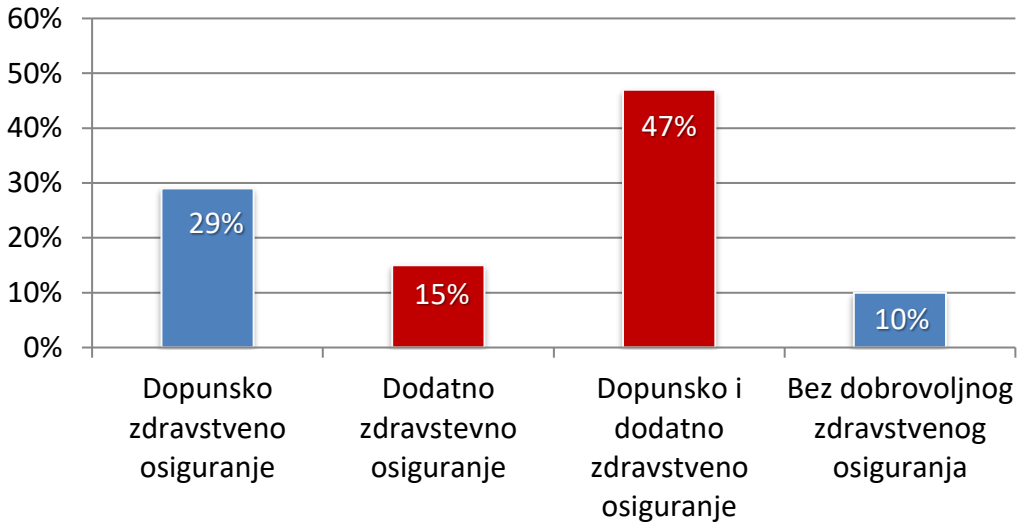
	Prosječna dob	SD	Min	Max
Muškarci	42,6	11,5	19	75
Žene	42,3	10,8	20	72

Izvor: Izrada autora

5.3. STATUS ISPITANIKA U OSIGURANJU

U istraživanju je bitan i sam status osiguranika, pa su tako rezultati pokazali da od ukupno 516 ispitanika njih 10% nije korisnik ni jedne vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odnosno nemaju ugovorenu ni jednu vrstu police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, njih 15% ima ugovorenu policu dodatnog zdravstvenog osiguranja, njih 29% ima ugovorenu policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a njih 47% ima ugovorene police i dodatnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Taj rezultat pokazuje da građani Republike Hrvatske sve više postaju svjesni koristi polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Navedeno je niže prikazano u grafikonu br. 8. Status osiguranika među ispitanicima.



Grafikon 8. Status osiguranika među ispitanicima

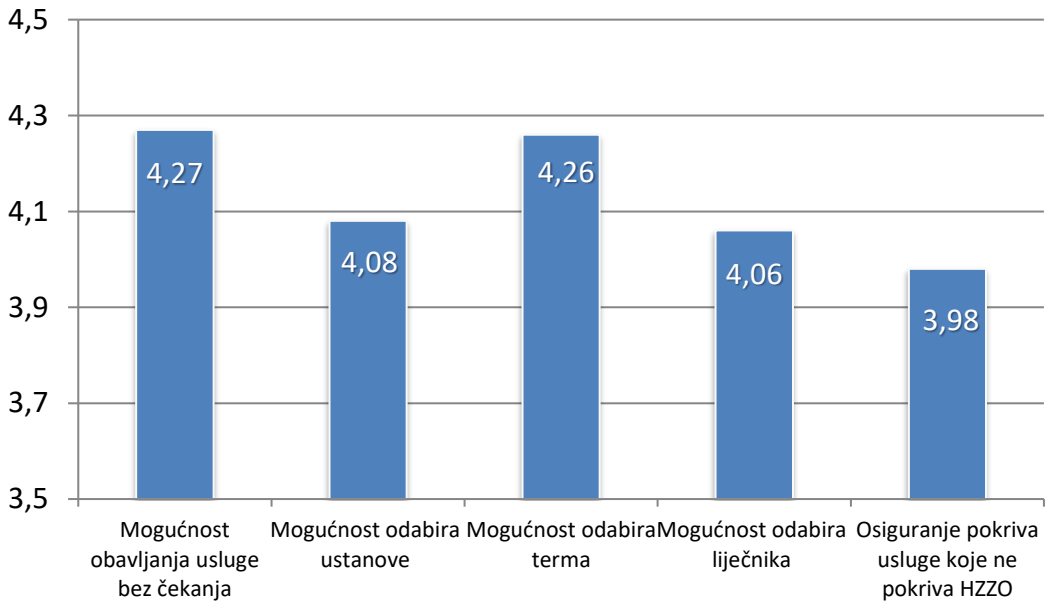
Izvor: Izrada autora

Usporedbom strukture osiguranika koji imaju ugovorenu policu dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguranju prema spolu, utvrđeno je da je u analiziranom uzorku statistički više žena ima policu dodatnog zdravstvenog osiguranja nego muškaraca (χ^2=4.969; DF=1 *P*=0,0258; χ^2 test).

5.4. MOTIV ZA UGOVARANJE OSIGURANJA

Jedan od ciljeva istraživanja je svakako bilo utvrđivanje motiva ispitanika za ugovaranje dodatnog zdravstvenog osiguranja. Pri istraživanju je korištena Likertova skala s rasponom od 1 do 5 i sljedećim opisima ocjena: 1-nema utjecaj, 2-mali utjecaj, 3-umjeren utjecaj, 4-jak utjecaj, 5-isključiv utjecaj.

Istraživanje je pokazalo da svi zadani motivi imaju umjeren na granici s jakim utjecajem i jaki utjecaj, ocjene u rasponu od 3,98 do 4,27. Iz niže prikazanog grafičkog prikaza (Grafikon br. 9.) zaključujemo da se kao najveći motiv za ugovaranje i korištenje prava po ugovorenoj polici pokazala mogućnost obavljanja usluge bez čekanja, slijedi mogućnost odabira termina pregleda, mogućnost odabira ustanove te da osiguranje pokriva usluge koje ne pokriva HZZO.



Grafikon 9. Motiv za ugovaranje osiguranja

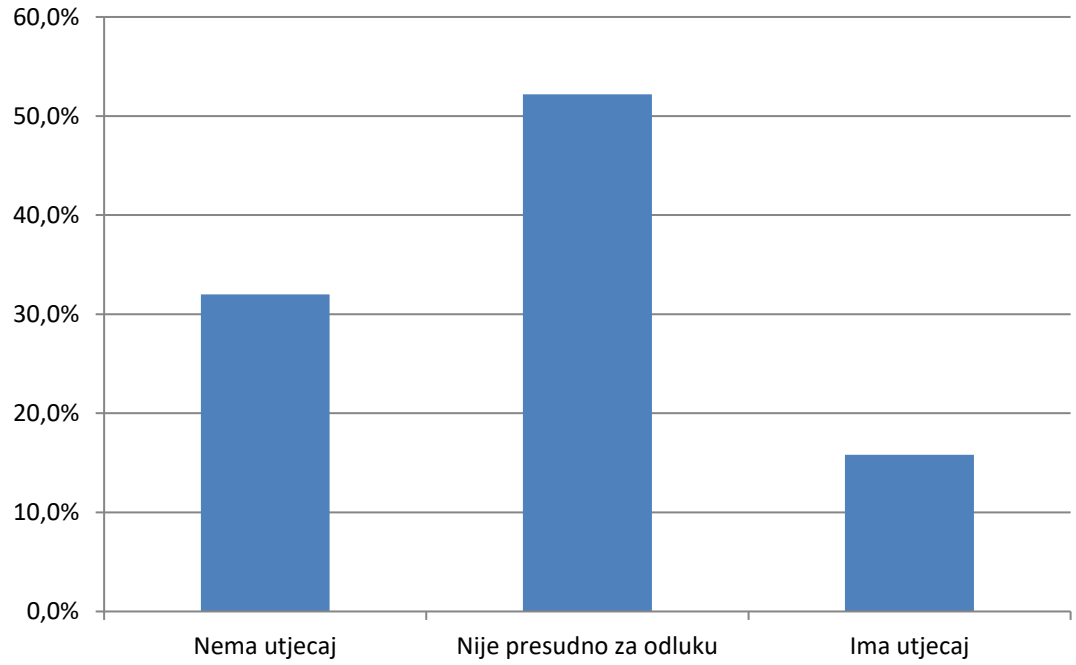
Izvor. Izrada autora

5.5. POLIKLINIKA U VLASNIŠTVU

Zanimalo nas je da li na sklapanje police dodatnog zdravstvenog osiguranja na korisnika ima utjecaj i poliklinika koja je u vlasništvu osiguratelja te je u blizini stanovanja.

Istraživanje je pokazalo da to ne utječe na odluku kod 31% ispitanika, kod njih 51% to utječe ali nije presudno za konačnu odluku, a kod njih 18% to ima utjecaj kod donošenja odluke o sklapanju police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Navedeno je prikazano na nižem grafikonu br. 10. utjecaj vlastite poliklinike na sklapanje police osiguranja.



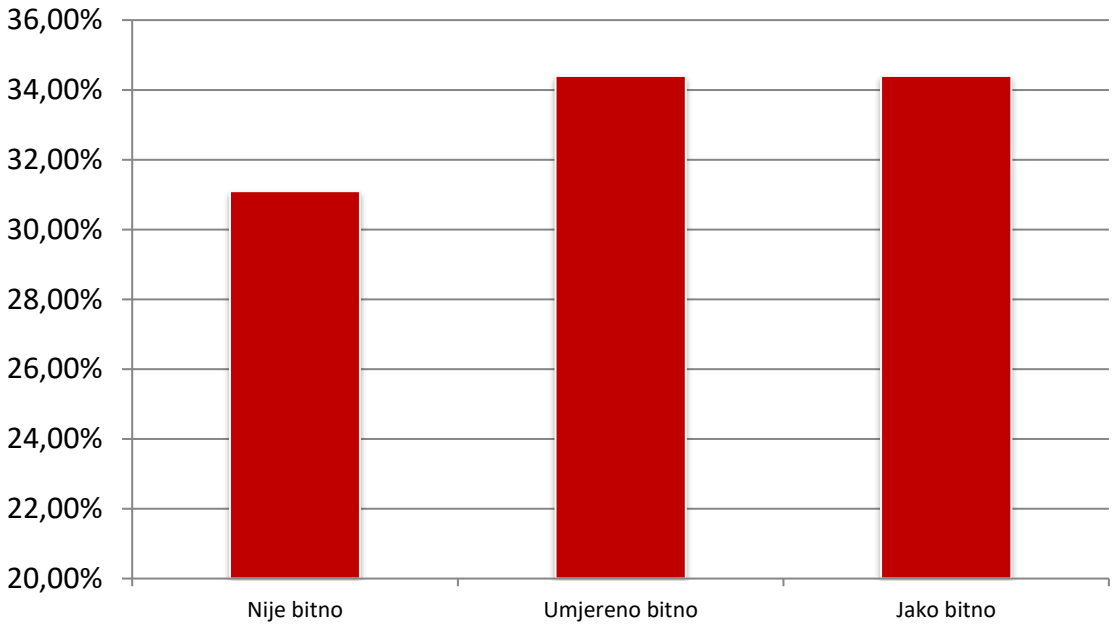
Grafikon 10. Utjecaj vlastite poliklinike na sklapanje police osiguranja

Izvor: Izrada autora

Usporedbom utjecaja posjedovanja vlastite poliklinike na odluku o sklapanju police dodatnog zdravstvenog osiguranja među osobama koje nemaju policu dodatnog zdravstvenog osiguranja i osobama koje imaju policu dodatnog zdravstvenog osiguranja nije utvrđena statistički značajna razlika (χ^2=0,2839; DF=1 *P*=0,5949; χ^2 test).
Interesantno je vidjeti da važnost poliklinike u vlasništvu osiguratelja raste nakon sklopljene police osiguranja.

Naime, istraživanje je pokazalo da je više od 34% ispitanika odgovorilo kako im je jako bitno da je osiguravatelj kod kojega je sklopio policu posjeduje polikliniku u svom vlasništvu, njih također više od 34% je odgovorilo kako im je to umjereno bitno, a njih 31% je odgovorilo da im to nije bitno.

Navedeno je prikazano niže u grafikonu br. 11. Važnost vlastite poliklinike nakon sklapanja police osiguranja.



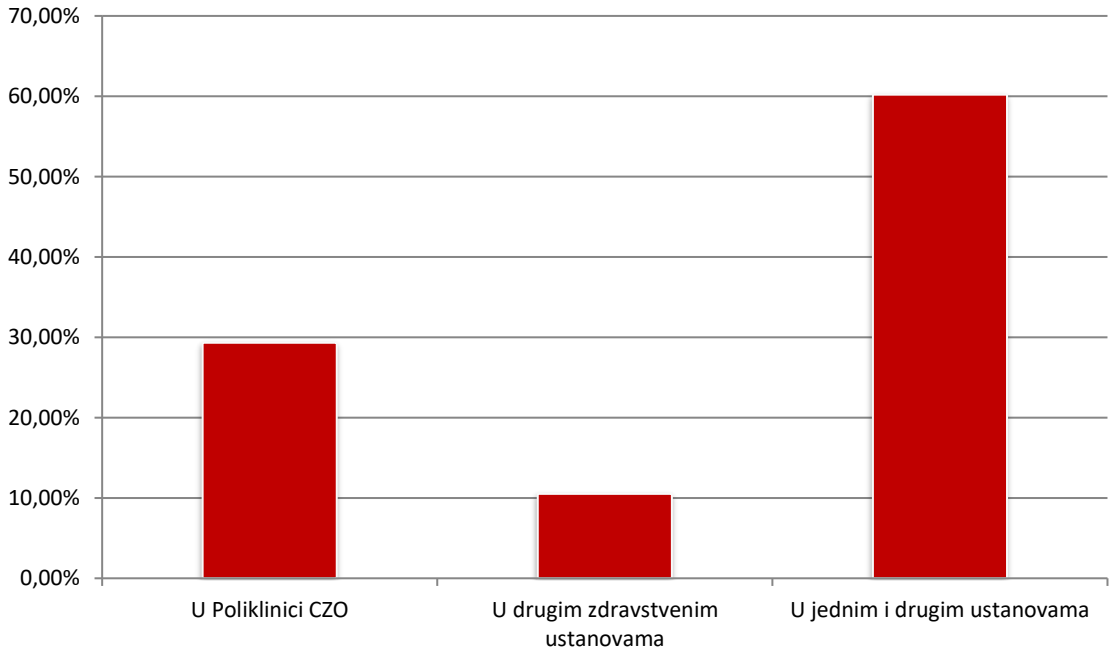
Grafikon 11. Važnost vlastite poliklinike nakon sklapanja police osiguranja
Izvor: Izrada autora

5.6. OBAVLJANJE USLUGA, OSIGURANICI

Kako bi se dodatno istražila važnost posjedovanja poliklinike u vlasništvu osiguravatelja postojećim osiguranicima na tržištu postavljeno je pitanje gdje obavljaju danas svoje usluge na koje imaju pravo po ugovorenoj polici osiguranja.

Istraživanje je pokazalo da, od ukupno 304 ispitanika, 10% ispitanika obavlja usluge u zdravstvenim ustanovama koje nisu u vlasništvu osiguratelja, njih 29% usluge obavlja isključivo u poliklinici koja je u vlasništvu osiguratelja, a njih 60% usluge obavlja i u poliklinici u vlasništvu i u drugim zdravstvenim ustanovama.

Navedeno je prikazano niže u grafikonu br. 12. Obavljanje usluga, osiguranici.

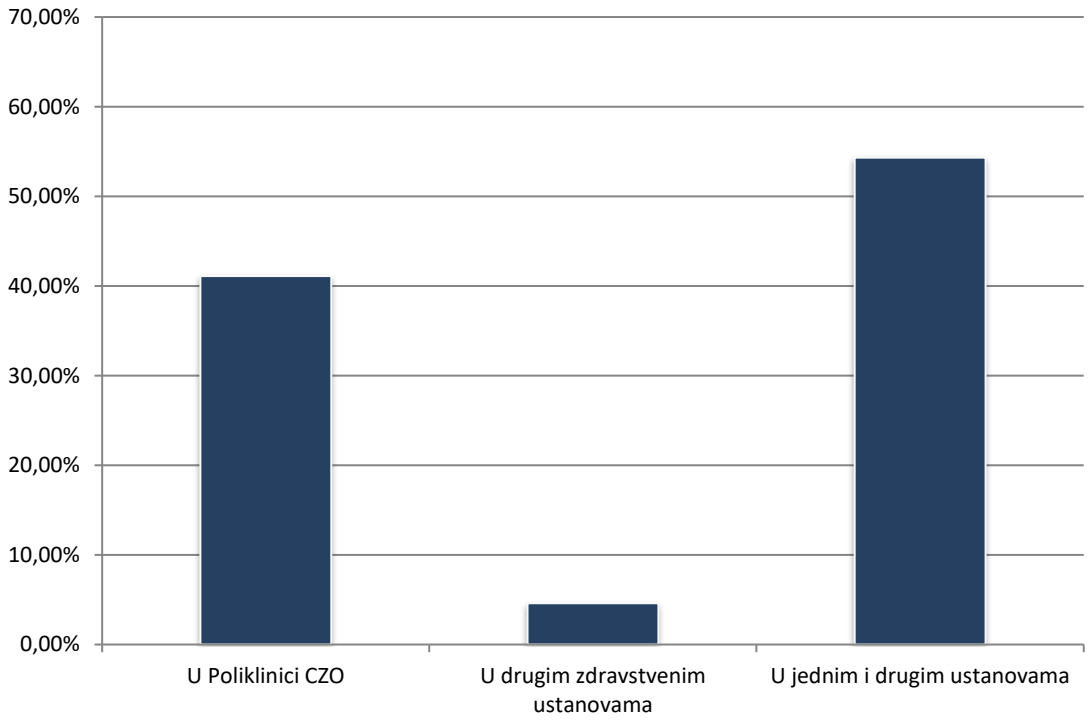


Grafikon 12. Obavljanje usluga, osiguranici

Izvor: Izrada autora

Od 304 ispitanika, 129 ispitanika je s područja regije Zagreb gdje postoji poliklinika u vlasništvu osiguratelja pa je istraživanje pokazalo da 41% ispitanika obavlja usluge po polici u poliklinici u vlasništvu osiguratelja, njih 52% obavlja usluge u poliklinici u vlasništvu i u drugim zdravstvenim ustanovama, a svega 3% usluge obavlja samo u drugim zdravstvenim ustanovama.

Navedeno je prikazano niže u grafikonu br. 13. obavljanje usluga, osiguranici regija Zagreb.



Grafikon 13. Obavljanje usluga, osiguranici regija Zagreb

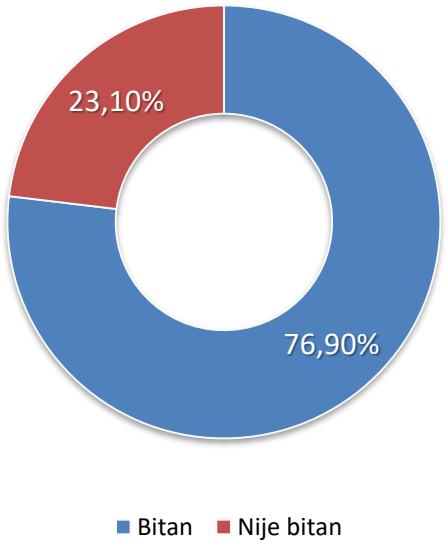
Izvor: Izrada autora

5.7. VAŽNOST SISTEMATSKOG PREGLEDA U POKRIĆU PO POLICI

Danas police dodatnog zdravstvenog osiguranja bez obzira o veličini pokrića uvijek u sebi sadržavaju i sistematski pregled, istražili smo koliko je to pokriće presudno za samo sklapanje police osiguranja, odnosno da li je baš sistematski pregled po polici jedan od glavnih motiva za ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Istraživanje je pokazalo da je za 76,90% osiguranika postojanje sistematskog pregleda u pokriću police dodatnog zdravstvenog osiguranja bitno, dok za njih 23,10% sistematski pregled u pokriću nije bitan.

Ovaj dio istraživanja je proveden na 305 ispitanika, a navedeno je prikazano niže na grafikonu br. 14. Važnost sistematskog pregleda.



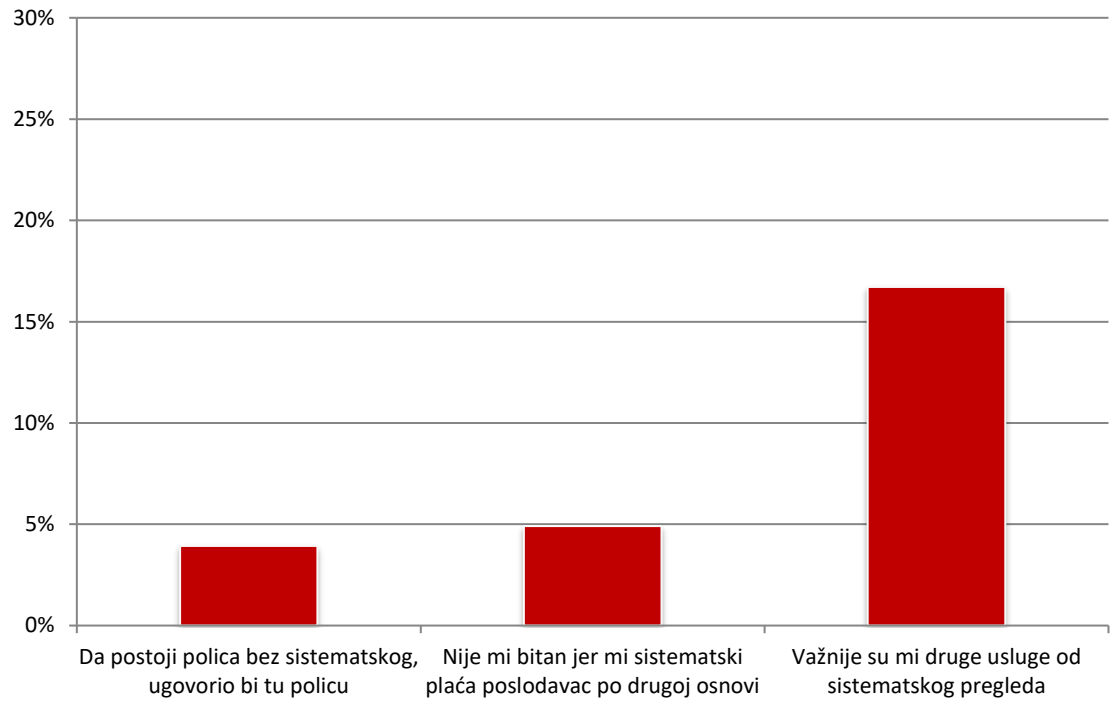
Grafikon 14. Važnost sistematskog pregleda

Izvor: Izrada autora

Vezano uz ranije navedeno pitanje istraživanja, kod ispitanika koji su odgovorili da im sistematski pregled nije bitan željeli smo saznati razloge zašto je to tako.

Daljnje istraživanje je pokazalo da je za njih 17% važnije imanje svih ostalih usluga u pokriću, njih 3% je odgovorilo da bi radije ugovorio policu bez sistematskog da takva postoji na tržištu, a njih 5% jer reklo da im sistematski pregled nije bitan jer im isti već plaća poslodavac po nekoj drugoj osnovi.

Navedeno je prikazano niže na grafikonu br. 15. Razlozi negativnog odgovora o važnosti sistematskog pregleda.

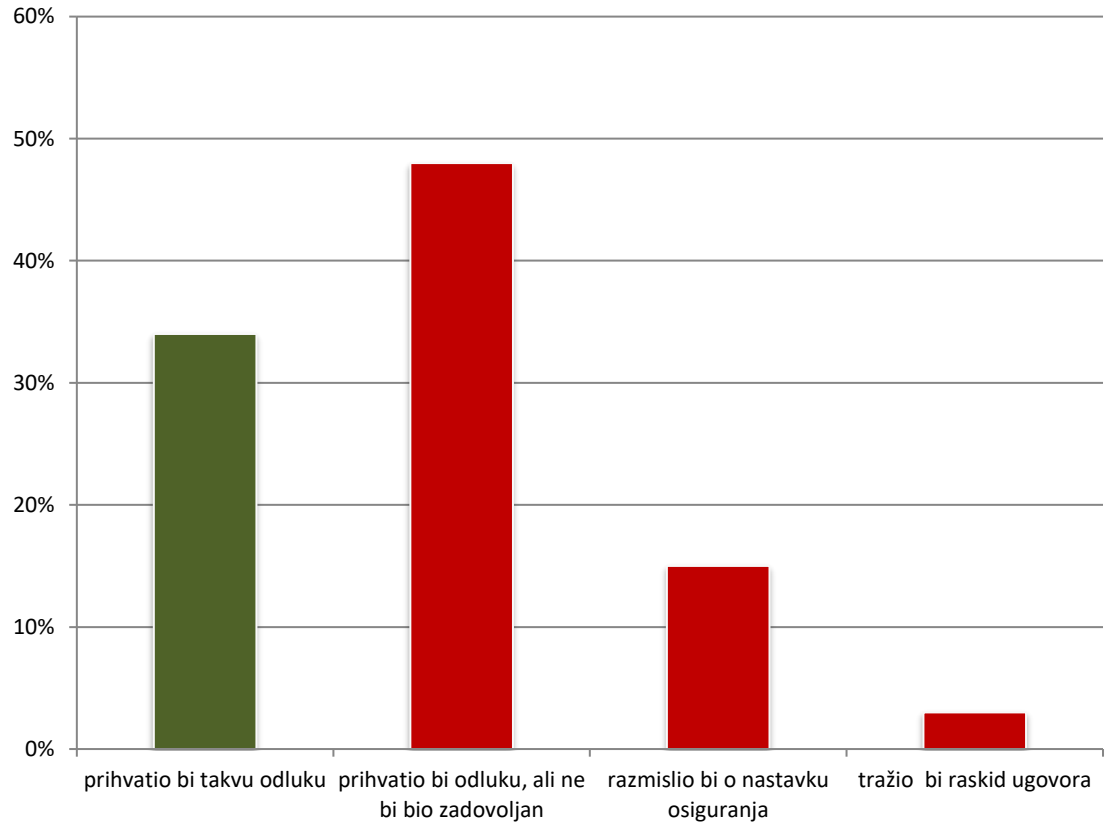


Grafikon 15. Razlozi negativnog odgovora o važnosti sistematskog pregleda
Izvor: Izrada autora

Provedeno je i ispitivanje kakav bi utjecaj imalo to kada bi se korištenje pokrića za sistematski pregled ograničilo isključivo na obavljanje pregleda u poliklinici koja je u vlasništvu osiguratelja.

Ovaj dio ispitivanja je proveden na ukupno 297 ispitanika od kojih je njih 48% odgovorilo da bi prihvatili tu odluku ali ne bi bili s time zadovoljni, njih 32% je odgovorilo da bi prihvatili tu odluku, njih 15% bi razmislili o nastavku police dodatnog zdravstvenog osiguranja pod tim uvjetima, a njih 2% bi tražili raskid postojećeg ugovora o osiguranju.

Navedeno je grafički prikazano niže u grafikonu br. 16. Ograničenje korištenja sistematskog pregleda.



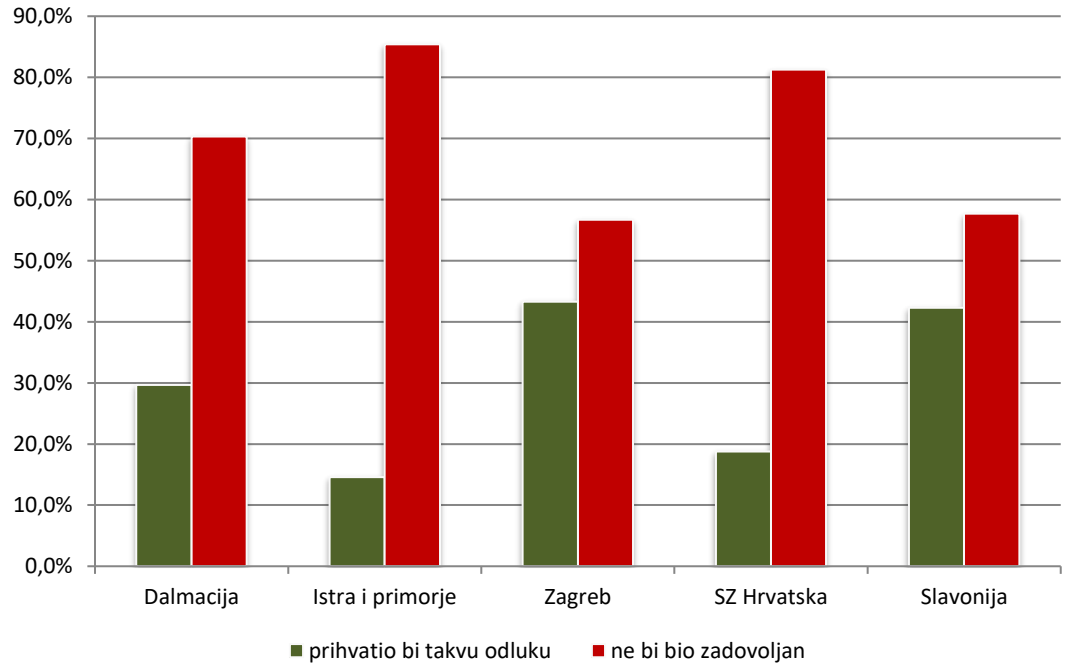
Grafikon 16. Ograničenje korištenja sistematskog pregleda

Izvor: Izrada autora

Nadalje je istraženo kako isto pitanje, ograničenje korištenja sistematskog pregleda na polikliniku u vlasništvu utjecalo na postojeće osiguranike prema pojedinim regijama u RH.

Rezultati istraživanja su sljedeći: u Dalmaciji 29,7% osiguranika prihvatilo bi takvu odluku, a 70,3% osiguranika ne bi bili zadovoljni. Istra i Primorje 14,6% osiguranika prihvatilo bi takvu odluku, a 85,4% osiguranika ne bi bilo zadovoljno takvom odlukom. U Zagrebu 43,3% osiguranika prihvatilo bi takvu odluku, a 56,7% ne bi bilo zadovoljno. U sjeverozapadnoj Hrvatskoj 18,8% osiguranika prihvatilo bi takvu odluku, a 81,3% osiguranika ne bi bilo zadovoljno i u Slavoniji 42,3% osiguranika prihvatilo bi takvu odluku dok 57,5% ne bi bilo zadovoljno.

Navedeno je prikazano niže u grafikonu br. 17. Ograničenje korištenja sistematskog pregleda po regijama RH.



Grafikon 17. Ograničenje korištenja sistematskog pregleda po regijama RH

Izvor: Izrada autora

5.8. POLIKLINIKA U VLASNIŠTVU OSIGURATELJA

U daljnjem istraživanju korištena je Likertova skala s rasponom ocjena od 1-5 kod čega 1 ima značenje nezadovoljavajuće, 2 ima značenje zadovoljavajuće, 3 ima značenje dobre, 4 ima značenje vrlo dobre te 5 ima značenje odlične ocjene.

Istražili smo kako korisnici ocjenjuju uslugu koja im je pružena u poliklinici koja je u vlasništvu osiguratelja i to kroz sljedeće parametre: kvaliteta medicinskih usluga, opremljenost same poliklinike, profesionalnost osoblja, uslužnost osoblja, organiziranost te pristup poliklinici. Navedeno je provedeno na području regije Dalmacija, regije Istra i primorje te na području regije Zagreb jer su to regije u kojima postoji poliklinika u vlasništvu osiguratelja.

Poliklinike smještene u sve tri navedene regije su ukupno ocijenjene kao vrlo dobre po svim zadanim parametrima, najlošije je ocijenjen pristup poliklinici ocjenom 3,9, a najveća ocjena čak 4,8 je dobivena prema parametru uslužnost osoblja, zatim slijedi ocjena 4,7 za profesionalnost osoblja, ocjena 4,5 je dobivena za parametre organiziranost, opremljenost te za samu kvalitetu medicinskih usluga.

Ukupno je najbolje ocijenjena poliklinika smještena u Zagrebu s prosječnom ocjenom 4,5, zatim slijedi poliklinika u Dalmaciji s prosječnom ocjenom 4,06 te poliklinika smještena u regiji Istra i primorje s prosječnom ocjenom 3,95.

Navedeno je tablično prikazano na sljedećoj strani u tablici br. 2. Ocjenjivanje poliklinika u vlasništvu osiguratelja.

Tablica 2. Ocjenjivanje poliklinika u vlasništvu osiguratelja

	Dalmacija	Istra i primorje	Zagreb	UKUPNO
Kvaliteta medicinskih usluga	4,1	3,8	4,5	4,3
Opremljenost (uređaji)	4,4	3,8	4,5	4,3
Profesionalnost	4,3	4,0	4,7	4,5
Uslužnost osoblja	4,2	4,2	4,8	4,6
Organiziranost	3,8	4,3	4,5	4,3
Pristup Poliklinici	3,6	3,6	4,0	3,9

Izvor: Izrada autora

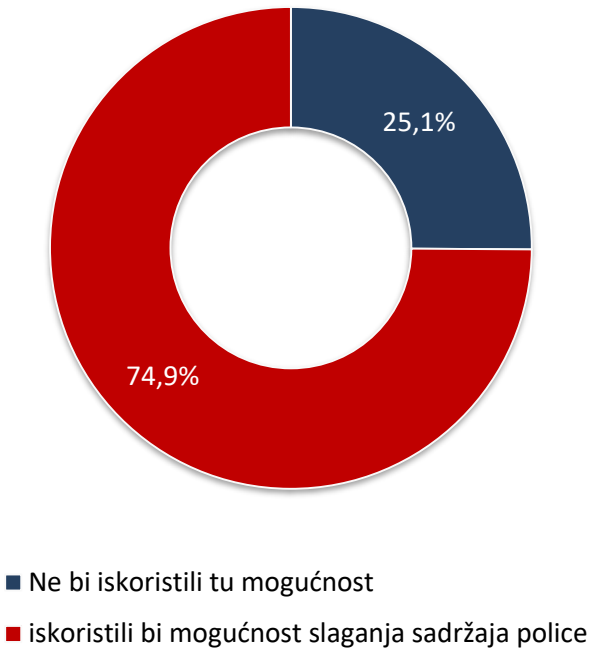
5.9. SAMOSTALNO KREIRANJE POKRIĆA PO POLICI OSIGURANJA

Kako je već ranije rečeno police dodatnog zdravstvenog osiguranja koje postoje na tržištu su dosta slične, sve one u sebi sadržavaju sistematski pregled jednom u godini ili u dvije godine te ovisno o veličini police odnosno pokriću po polici

Željeli smo ispitati kako bi na osiguranike i postojeće i potencijalne utjecala mogućnost ugovaranja police osiguranja koju bi si sami kreirali tzv. model „Pick & Choose“ polica dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Istraživanje je pokazalo da bi većina ispitanika, njih čak 74,9% prihvatila model „Pick&Choose" i na taj način sudjelovala u kreiranju vlastite police dodatnog zdravstvenog osiguranja, dok 25,1% ne bi iskoristili tu mogućnost.

Navedeno je prikazano na sljedećoj stranici u grafikonu br. 18. Mogućnost „Pick & Choose" police dodatnog zdravstvenog osiguranja.



Grafikon 18. Mogućnost „Pick & Choose" police dodatnog zdravstvenog osiguranja

Izvor: Izrada autora

6. RASPRAVA

Zdravstveno osiguranje je vrsta osiguranja koje građani u većini slučajeva automatski poistovjećuju s obveznim zdravstvenim osiguranjem kojeg ocjenjuju s ocjenom 3,2. U sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja među pozitivnim karakteristikama izdvaja se kvaliteta medicinskog kadra, a ako najveći nedostatak izdvajaju se liste čekanja [28].

Činjenica je da se zdravstvenim sustavom RH ne možemo pohvaliti, što pokazuju i analize napravljene u ovom istraživanju. Nakon što je opisana organizacija zdravstvenog sustava RH te način financiranja istoga napravljena je usporedba financiranja zdravstvenog sustava sa drugim zemljama unutar EU te su ispitana očekivanja korisnika prvenstveno vezano uz kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite.

Zdravstveni sustav RH je u pojedinim segmentima na zavidnom mjestu u svijetu i to po primjenjivanju mnogih vrsta naprednog liječenja kao što je broj izvedenih transplantacija gdje je RH među vodećim zemljama bez obzira na mali BDP po stanovniku i na mala izdvajanja za zdravstveni sustav [1,2]. Nadalje, kao pozitivna karakteristika izdvaja se educiranost i kvaliteta medicinskog osoblja i odnos medicinskog osoblja prema pacijentima [28]. Unatoč tome, u odnosu na 2015. godinu prema podacima HCP-a za 2016. godinu svoj rezultat na ljestvici RH je pogoršala za tri mjesta te se sada nalazi na 19. mjestu od ukupno 35 promatranih zemalja [1].

Jedan od glavnih razloga za takav rezultat, a i za nezadovoljstvo korisnika zdravstvenog sustava u RH su tzv. liste čekanja u zdravstvenim ustanovama koje su iako se vidi određeni pomak i dalje preduge [1,28]. Uz to korisnici su manje zadovoljni uslugom koja im je pružena kod specijalista u bolnicama i poliklinikama u usporedbi s uslugom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti [28] Prilikom korištenja usluga na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene

zaštite, korisnici usluga su nezadovoljni opremljenošću provoditelja zdravstvene zaštite u javnom sektoru (medicinska oprema i infrastruktura) [28].

Nadalje liječnici u javnom sektoru su preopterećeni i nemaju drugog izbora nego maksimalno brzo rješavati svakog pojedinog pacijenta na način da se drže same problematike susreta bez osobnog posvećivanja samom pacijentu, a kako bi čim prije zaprimili drugoga [27]. Korisnicima to smeta jer u trenutku kada su bolesni njihova bolest je njihov najveći problem i smatraju da imaju pravo od liječnika dobiti i više nego što je njegova stvarna dužnost, posebice ukoliko su na taj termin i/ili pretragu čekali jako dugo, nerijetko mjesecima te jer uz redovna zakonom obvezna izdvajanja za zdravstveni sustav moraju još dodatno platiti sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite.

Zbog svega navedenoga i osiguravajuće kuće u RH su prepoznale veliki potencijal, ali i potrebu dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja na Hrvatskom tržištu.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u RH ima tri podvrste, to su: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje.

Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje koje već nekoliko godina postoji u Zakonu o dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjima, nije nikad u izvornom obliku ponuđeno na tržištu tako da ga još uvijek ni jedna osiguravajuća kuća ne provodi. Interes za ovu podvrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja već postoji interes na tržištu, s obzirom da je puno stanovnika Hrvatske iselilo te time više nema status osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja u RH već taj status u zemlji u kojoj sada ima boravište, ali često dolaze u RH i voljeli bi da se mogu liječiti ovdje tako da imaju policu osiguranja čime bi im obavljene usluge bile nešto jeftinije te bi sam trošak istih snosio sam osiguratelj a ne oni sami.

Dopunsko zdravstveno osiguranje je podvrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja čiju su prednost korisnici u RH danas već prepoznali iako i još uvijek postoji velik broj stanovnika koji nema čak ni takvu vrstu police osiguranja, njih oko 800 tisuća. No, ta polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne može utjecati na kvalitetu i dostupnost same usluge.

Kao što je već rečeno polica dopunskog zdravstvenog osiguranja ne utječe na kvalitetu i/ili dostupnost usluge ali utječe na smanjenje rizika neplaniranih troškova koji bi dodatno opteretili kućni budžet.

Dodatno zdravstveno osiguranje je jedna od podvrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i u RH ga pružaju samo osiguravajuće kuće. Korisnici tek počinju prepoznavati prednosti polica dodatnog zdravstvenog osiguranja. Postaju svjesni da će istom dobiti upravo ono što obveznim zdravstvenim osiguranjem ne mogu dobiti jer na isto ne mogu utjecati.

Prednost ove vrste police osiguranja više prepoznaju oni koji istu već imaju ugovorenu jer im ona pruža upravo ono što je najveći problem u zdravstvenom sustavu RH, usluga je dostupna bez čekanja, može se obaviti u ustanovi po želji i, što bolesnim ljudima najviše znači dobije se potpuna posvećenost liječnika.

Jasno je zašto su osiguravatelji primijetili prednosti ove vrste osiguranja u ponudi na tržištu, a u ovom radu je istraženo koji su to čimbenici, motivi te u kojoj mjeri utječu na odluku osiguranika da donese odluku o sklapanju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, posebice dodatnom zdravstvenom osiguranju.

Iz analiza provedenog istraživanja može se zaključiti da je kao najvažniji motiv ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja usluga bez čekanja te mogućnost sudjelovanja u odabiru termina obavljanja usluge.

S obzirom da su liste čekanja navedene kao glavni razlog za relativno nisku ocjenu zdravstvenog sustava u RH, za očekivati je da je to glavni motiv za ugovaranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja [28].

Društva za osiguranje koja provode dodatno zdravstveno osiguranje imaju sklopljene ugovore sa zdravstvenim ustanovama (privatne i javne) u kojima osiguranici mogu obaviti potrebne preglede i dijagnostičku obradu u roku od nekoliko dana. Dio osiguratelja ima zdravstvene ustanove u vlasništvu, dok drugi dio osiguratelja ima ugovore sa vanjskim zdravstvenim ustanovama.

Posjedovanje vlastite zdravstvene ustanove ima više prednosti za društvo za osiguranje. Jedna od prednosti je sustav kvalitete i mogućnost brzog obavljanja usluga. Nadalje prednost je i kontrola troškova zdravstvenih usluga (štete u osiguranju) kao i smanjenje nepotrebno indiciranja naknadne obrade i liječenja osiguranika što se postavilo kao značajan problem u sustavu dodatnog zdravstvenog osiguranja. Osiguranik dobije brzu i kvalitetnu uslugu i brzo postavljanje dijagnoze [29].

Dodatni motiv za ugovaranje dodatnog zdravstvenog osiguranja je mogućnost odabira termina pretrage. Za usluge iz dodatnog zdravstvenog osiguranja ugovara se termin usluge te se izbjegavaju duga čekanja u čekaonici. Izuzetno je bitno da osoba zbog jedne pretrage ili specijalističkog pregleda ne treba provesti veći dio dana u čekaonici, već da može aktivno upravljati svojim vremenom [30]

Prema rezultatima istraživanja vidljivo je da važnost poliklinike u vlasništvu osiguratelja značajno raste nakon sklopljene police osiguranja, što je očekivano jer kao osiguranik u dodatnom zdravstvenom osiguranju osoba je imala priliku koristiti zdravstvene usluge u privatnom sektoru s kojima su korisnici prema rezultatima istraživanja zadovoljniji u usporedbi s javnim sektorom [28].

Ukoliko bi se osiguranicima ograničilo pokriće sistematskog pregleda na način da se isti može obaviti isključivo u poliklinici koja je u vlasništvu osiguratelja, anketa je pokazala da bi ispitanici isto prihvatili, ali time ne bi bili zadovoljni. Ovakav odgovor je također očekivan posebno kod ispitanika koji isti još nisu koristili pa smatraju da bi ih se time ograničavalo, dok ispitanicima koji su već bili korisnici to ne predstavlja prepreku jer već poznaju ustanovu te su zadovoljni kvalitetom iste. Veće nezadovoljstvo ispitanika na ovo pitanje uočeno je na području Iste dok je na području Zagreba bilo najmanje nezadovoljnih ispitanika.

Istraživanje je pokazalo da je sistematski pregled kao dio pokrića po polici dodatnog zdravstvenog osiguranja bitan za većinu ispitanika. Na to je zasigurno utjecalo to što veći dio ispitanika već ima status osiguranik pa je sistematski pregled nešto što se redovno obavlja, odnosno već postoji svjesnost o važnosti te vrste preventivnog pregleda.

Istraživanje je završeno jednom potpuno novom idejom na tržištu RH, a to je samostalno kreiranje police dodatnog zdravstvenog osiguranja na način da osiguranik sam sastavlja pokrića koja bi želio da njegova polica dodatnog zdravstvenog osiguranja ima, prema svojim željama odnosno potrebama. Rezultat pokazuje da bi gotovo 75% ispitanika voljelo imati takvu mogućnost. Obzirom da je to jako veliki postotak radi se o ideji koju bi definitivno trebalo razraditi i za koju ne bi bilo čudno da se uskoro pojavi kao velika novost na tržištu osigurateljne djelatnosti u RH.

Police dodatnog zdravstvenog osiguranja koje bi kreirali sami osiguranici imale bi sve obilježja osigurateljnog proizvoda s ugrađenim mehanizmima kontrole, ali bi osiguranik sam mogao odrediti grupe pokrića ovisno o njegovim potrebama i zdravstvenom stanju. Na tržištu su za zada prisutni samo paketi proizvoda s malim brojem mogućih dodatnih pokrića, dok bi ovakav proizvod u cijelosti bio kreiran iz grupa pokrića o čemu bi u konačnici ovisila i sama premija osiguranja.

7. ZAKLJUČAK

Iz analiza provedenog istraživanja može se zaključiti da je kao najvažniji motiv ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja usluga bez čekanja. Dodatni motiv za ugovaranje dodatnog zdravstvenog osiguranja je mogućnost odabira sudjelovanja u odabiru termina obavljanja usluge.

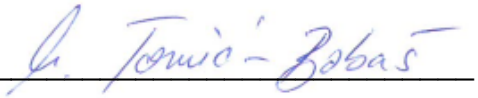
Prema rezultatima istraživanja vidljivo je i da važnost poliklinike u vlasništvu osiguratelja značajno raste nakon sklopljene police osiguranja, odnosno nakon što je osoba imala priliku koristiti zdravstvene usluge u privatnom sektoru te da je sistematski pregled kao dio pokrića po polici dodatnog zdravstvenog osiguranja bitan za većinu ispitanika.

Interesantan je rezultat istraživanja koji nam pokazuje da bi gotovo 75% ispitanika voljelo imati mogućnost samostalnog kreiranja police dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Možemo zaključiti građani RH sve više postaju svjesni važnosti preventivnog pregleda i prednosti koje im pruža polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, i to i na području dopunskog i na području dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Dodatno zdravstveno osiguranje predstavlja novu vrijednost kroz sustav većeg standarda i većeg prava u odnosu na usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja prvenstveno kroz zdravstvene usluge obavljene u zakazanom terminu bez listi čekanja.

U Varaždinu, 13. ožujka 2017. godine



8. POPIS KORIŠTENIH KRATICA

RH – Republika Hrvatska

EU – Europska unija

HCP - Health Consumer Powerhouse

BDP – Bruto domaći proizvod

PZZ – Primarna zdravstvena zaštita

SKZZ – Sekundarna zdravstvena zaštita

EHCI - Europski zdravstveni potrošački indeks

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

χ^2 – HI kvadrat testa – Pearsonov hi-kvadrat test

9. LITERATURA

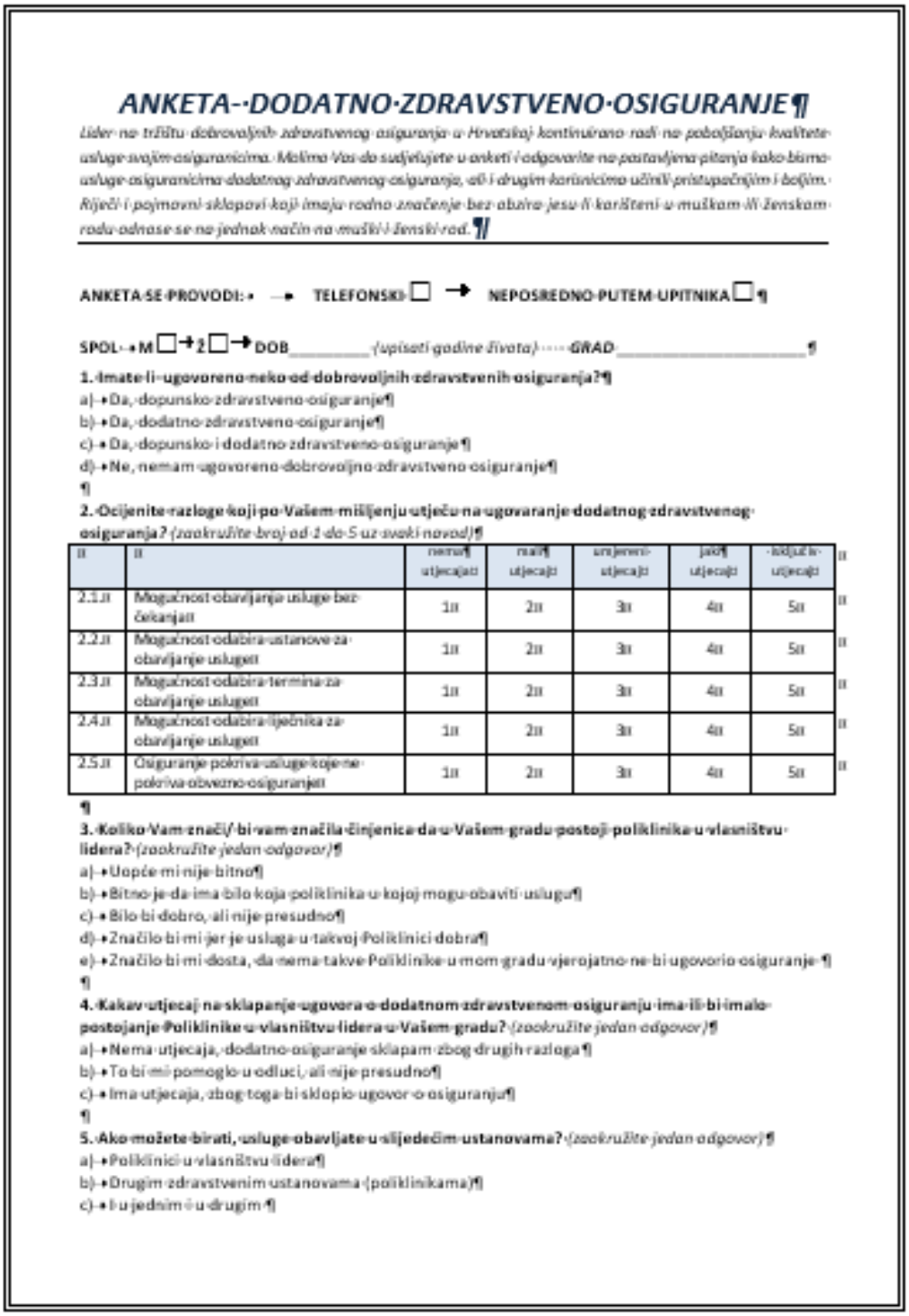
1. Björnberg A. Euro Health Consumer Indeks Report 2016. Marseillan: Health Consumer Powerhouse, 2017;13-14
2. Knotek M. Transplantacija bubrega. Medix, 2012; (98/99): 154-158
3. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, broj 150/2008
4. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, broj 85/2006
5. Klarić M., Nikolić M. Ustrojstvo javnih službi u Europskom pravnom poretku, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 2011;(48):89-102
6. Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine, broj 41/2001
7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, broj 150/2008
8. Bagat M. Model planiranja i upravljanja ljudskom potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, 2016
9. Turek S. Reform of health insurance in Croatia.Croat Med J. 1999 Jun;40(2):143-51
10. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine 2010(43)1092
11. Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima. Narodne novine 2012(7)183
12. Pravilnik o uvjetima davanja u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. Narodne novine, broj 6/1996
13. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljić V, Foro S, Turek S, Zlatar M. Privatizacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu: učinak na pokazatelje dostupnosti zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Lijec Vjesn. 2002 Aug-Sep;124(8-9):239-43

14. Ugovorni sadržaji zdravstvene zaštite u republici hrvatskoj za 2002. godinu. dostupno na: http://www.hzzo-net.hr/dload/publikacije/ugovoreni_sadrzaji_2002_godine.pdf, pristupljeno: 05.01.2017.
15. Mreža zdravstvene djelatnosti. Narodne novine, broj 82/2002
16. Marković B., Vukić S., Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, Ekonomski vjesnik, 2009; 183-196
17. Cichon M., Normand C., Between Beveridge and Bismarck – options for health care financing in central and eastern Europe, World Health forum 1994; 15(4):323-328
18. Svjetska zdravstvena organizacija. Global Health Observatory Data Repository. 2014. Dostupno na: http://www.who.int/countries/hrv/en/, pristupljeno: 31.01.2017.
19. http://izbor.jutarnji.hr/zdravstvo/, pristupljeno 05.01.2017.
20. Svjetska banka, Zdravstvena reforma u Hrvatskoj, Revija za socijalnu politiku 2000; 7(3): 311-325
21. Katić M., Jureša V., Orešković S., Family Medicine in Croatia: Past, Present and Forhcoming Challenges, Croat med J. 2004; 45: 543-549
22. Bagat M., Radić T., Investicije u bolnički zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Medicina 2005; 42(41): 193-198
23. http://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/, pristupljeno 21.11.2016.
24. Hrvatski ured za osiguranje, Godišnje izvješće za 2015. godinu, dostupno na www.huo.hr, pristupljeno 20.01.2017.
25. Botica-Jukić N. Usklađenost zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju s pravnom stečevinom Europske unije. Osiguranje 2015;1:2-5
26. Hrvatski ured za osiguranje, Godišnje izvješće za 2016. godinu, dostupno na www.huo.hr , pristupljeno 20.01.2017.
27. Zakon o porezu na dohodak. Narodne novine, broj 115/2016
28. Ipsos Puls Public Affairs. Ispitivanje javnog mijenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u u 2013. godini. Zagreb, 2014. Dostupno na:

http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-i-hzzo-od-gradana-dobili-trojku/ pristupljeno 13.02.2014.

29. Bakotić N., Luetić J. Kompletna dijagnostika za žene u samo jednom danu. Slobodna Dalmacija. 23.04.2014. dostupno na: http://www.slobodnadalmacija.hr/stil/ljepota/clanak/id/232724/kompletna-dijagnostika-za-zene-u-samo-jednom-danu pristupljeno 13.02.2017
30. Mihanović D., Bagat M., Oreč A. Quality Management and efficiency of health care. Proceedings of 1st International OFEL Conference on Corporate Governance – Organizational, Financial, Ethical and Legal Issues of Corporate Governance. CIRU: 2013; 919-925

10. PRILOG



ANKETA - DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lider na tržištu dobrovoljnih zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj kontinuirano radi na poboljšanju kvalitete usluge svojim osiguranicima. Molimo Vas da sudjelujete u anketi i odgovorite na postavljena pitanja kako bismo usluge osiguranicima dodatnog zdravstvenog osiguranja, ali i drugim korisnicima učinili pristupačnijim i boljim. Riječi i pojmovni sklopovi koji imaju rodno značenje bez obzira jesu li korišteni u muškom ili ženskom rodu odnose se na jednak način na muški i ženski rod.

ANKETA SE PROVODI: → TELEFONSKI ☐ → NEPOSREDNO PUTEM UPITNIKA ☐

SPOL → M ☐ → Ž ☐ → DOB _____ (upisati godine života) ····· GRAD _____

1. Imate li ugovoreno neko od dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja?

a) → Da, dopunsko zdravstveno osiguranje

b) → Da, dodatno zdravstveno osiguranje

c) → Da, dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje

d) → Ne, nemam ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje

2. Ocijenite razloge koji po Vašem mišljenju utječu na ugovaranje dodatnog zdravstvenog osiguranja? *(zaokružite broj od 1 do 5 uz svaki navod)*

		nema utjecaja	nali utjecaji	umjereni utjecaji	jaki utjecaji	odlučujući utjecaji
2.1.	Mogućnost obavljanja usluge bez čekanja	1	2	3	4	5
2.2.	Mogućnost odabira ustanove za obavljanje usluge	1	2	3	4	5
2.3.	Mogućnost odabira termina za obavljanje usluge	1	2	3	4	5
2.4.	Mogućnost odabira liječnika za obavljanje usluge	1	2	3	4	5
2.5.	Osiguranje pokriva usluge koje ne pokriva obvezno osiguranje	1	2	3	4	5

3. Koliko Vam znači/ bi vam značila činjenica da u Vašem gradu postoji poliklinika u vlasništvu lidera? *(zaokružite jedan odgovor)*

a) → Uopće mi nije bitno

b) → Bitno je da ima bilo koja poliklinika u kojoj mogu obaviti uslugu

c) → Bilo bi dobro, ali nije presudno

d) → Značilo bi mi jer je usluga u takvoj Poliklinici dobra

e) → Značilo bi mi dosta, da nema takve Poliklinike u mom gradu vjerojatno ne bi ugovorio osiguranje

4. Kakav utjecaj na sklapanje ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju ima ili bi imalo postojanje Poliklinike u vlasništvu lidera u Vašem gradu? *(zaokružite jedan odgovor)*

a) → Nema utjecaja, dodatno osiguranje sklapam zbog drugih razloga

b) → To bi mi pomoglo u odluci, ali nije presudno

c) → Ima utjecaja, zbog toga bi sklopio ugovor o osiguranju

5. Ako možete birati, usluge obavljate u sljedećim ustanovama? *(zaokružite jedan odgovor)*

a) → Poliklinici u vlasništvu lidera

b) → Drugim zdravstvenim ustanovama (poliklinikama)

c) → I u jednim i u drugim

¶

6. Kada biste sistematske preglede po polici dodatnog zdravstvenog osiguranja mogli obavljati SAMO u Poliklinikama u vlasništvu, a sve ostale usluge u ustanovama po izboru, kako biste reagirali? *(zaokružite jedan odgovor)*¶

a)→Prihvatio bih takav model jer je usluga u Poliklinici u vlasništvu dobra¶

b)→Prihvatio bih takav model, ali ne bi bio zadovoljan da mi se ograničava izbor ustanove¶

c)→Razmislio bih o nastavku osiguranja¶

d)→Tražio bih raskid ugovora o osiguranju¶

¶

7. Kako biste ocijenili uslugu u Poliklinici koja je u vlasništvu lidera? *(zaokružite broj od 1 do 5 u svaki redak, ukoliko niste koristili usluge u Poliklinici CZO, preskočite ovo pitanje)*¶

¶

□	□	nezadovoljan	nedovoljan	dobrat	vrlo dobrat	odličnat	□
7.1.□	Kvaliteta medicinskih usluga□	1□	2□	3□	4□	5□	□
7.2.□	Medicinski uređaji/ oprema□	1□	2□	3□	4□	5□	□
7.3.□	Profesionalni pristup zdravstvenog osoblja□	1□	2□	3□	4□	5□	□
7.4.□	Usluţnost osoblja□	1□	2□	3□	4□	5□	□
7.5.□	Organiziranost (čekaonice, gužve, čekanje)□	1□	2□	3□	4□	5□	□
7.6.□	Pristup Poliklinici (parking, tramvajske linije)□	1□	2□	3□	4□	5□	□

¶

8. Koliko Vam je bitan sistematski pregled na Polici dodatnog zdravstvenog osiguranja? *(zaokružiti jedan ili više odgovora)*¶

a)→Nije mi bitan na polici osiguranja jer mi ga plaća poslodavac po drugoj osnovi¶

b)→Jako mi je bitan, zbog toga ugovaram policu dodatnog osiguranja¶

c)→Sistematski pregled je bitan, zbog sistematskog barem jednom godišnje odem kod doktora¶

d)→Puno su mi važnije druge usluge s police od sistematskog pregleda¶

e)→Da postoji polica dodatnog osiguranja bez sistematskog pregleda, ugovorio bih tu policu¶

¶

9. Ukoliko biste imali mogućnost sami složiti sadržaj police dodatnog zdravstvenog osiguranja, kako biste reagirali? *(zaokružite jedan ili više odgovora)*¶

a)→Ne bih iskoristio tu mogućnost, svida mi se sadašnji model da je sadržaj police definiran¶

b)→Ne bih iskoristio tu mogućnost, pouzdam se u stručnjake koji su složili sadržaj police¶

c)→Iskoristio bih tu mogućnost, dodao bih nove usluge u sadržaj police ¶

d)→Iskoristio bih tu mogućnost, povećao bih mogući godišnji broj pojedinih usluga¶

e)→Iskoristio bih tu mogućnost, uklonio bih neke usluge iz sadržaja usluga¶

f)→Iskoristio bih tu mogućnost, smanjio bih mogući godišnji broj pojedinih usluga¶

¶

NAPOMENA *(ukoliko želite nešto dodati, molimo Vas upišite)*¶

---¶

¶

¶

¶

Hvala Vam što ste sudjelovali u anketi. Vaši odgovori će vam pomoći da usluga bude još kvalitetnija i bolja. ¶

¶

11. POPIS SLIKA

Stranica

Slika 1. Zdravstveni sustav u RH 4

11. POPIS TABLICA

Stranica

Tablica 1. Dobna distribucija ispitanika. 24

Tablica 2. Ocjenjivanje poliklinike u vlasništvu osiguratelja 36

12. POPIS GRAFIKONA

Stranica

Grafikon 1. Europski zdravstveni potrošački indeks za 2016. godinu 9

Grafikon 2. Struktura potrošnje za zdravstvo 10

Grafikon 3. Vrste zdravstvenog osiguranja u RH 12

Grafikon 4. Regionalna distribucija ispitanika, brojčani prikaz 22

Grafikon 5. Podjela RH na pet prostornih regija 23

Grafikon 6. Reg. distrib. ispitanika unutar pet regija, prikaz u postocima 23

Grafikon 7. Dobna distribucija ispitanika 24

Grafikon 8. Status osiguranika među ispitanicima 25

Grafikon 9. Motiv za ugovaranje osiguranja 26

Grafikon 10. Utjecaj vlastite poliklinike na sklapanje police osiguranja 27

Grafikon 11. Važnost vlastite poliklinike nakon sklapanja police osiguranja 28

Grafikon 12. Obavljanje usluga, osiguranici 29

Grafikon 13. Obavljanje usluga, osiguranici regija Zagreb 30

Grafikon 14. Važnost sistematskog pregleda 31

Grafikon 15. Razlozi negativnog odgovora o važnosti sistem. pregleda 32

Grafikon 16. Ograničenje korištenja sistematskog pregleda 33

Grafikon 17. Ograničenje korištenja sistem. pregleda po regijama RH 34

Grafikon 18. Mogućnost „Pick & Choose“ police dodatnog zdrav. osig. 37

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, *Andreja Tomić-Bobaš* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada pod naslovom *Motivi ugovaranja i korištenje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:
Andreja Tomić-Bobaš

A. Tomić - Bobaš

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, *Andreja Tomić-Bobaš* neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom diplomskog rada pod naslovom *Motivi ugovaranja i korištenje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja* čija sam autorica.

Studentica:
Andreja Tomić-Bobaš

A. Tomić - Bobaš

(vlastoručni potpis)