

Pristupi kreiranju digitalnog proizvoda zdravstvenog osiguranja

Kelava, Karla

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:148:140849>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-19**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski studij

Poslovna ekonomija – smjer Financije

**PRISTUPI KREIRANJU DIGITALNOG PROIZVODA
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Diplomski rad

Karla Kelava

Zagreb, rujan 2023.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski studij

Poslovna ekonomija – smjer Financije

PRISTUPI KREIRANJU DIGITALNOG PROIZVODA

ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

APPROACHES TO CREATING A DIGITAL HEALTH

INSURANCE PRODUCT

Diplomski rad

Student: Karla Kelava

JMBAG studenta: 0067565237

Mentor: izv. prof. dr. sc. Jakša Krišto

Zagreb, rujan 2023.

Izjava o akademskoj čestitosti

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je diplomski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.

Izjavljujem da nijedan dio diplomskog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog izvora te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem, također, da nijedan dio diplomskog rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

(vlastoručni potpis studenta)

(mjesto i datum)

Statement on the academic integrity

I hereby declare and confirm by my signature that the master's thesis is the sole result of my own work based on my research and relies on the published literature, as shown in the listed notes and bibliography.

I declare that no part of the master's thesis has been written in an unauthorized manner, i.e., it is not transcribed from non-cited work, and that no part of the thesis infringes any of the copyrights.

I also declare that no part of the thesis has been used for any other work in any other higher education, scientific or educational institution.

(personal signature of the student)

(place and date)

Sažetak

Proces digitalizacije osiguranja odvija se već nekoliko desetljeća i rezultirao je povećanjem brzine i učinkovitosti pružanja usluga osiguranja, smanjenjem asimetrije informacija i u konačnici kreacijom u potpunosti digitalnih proizvoda osiguranja koji nastaju na krilima tehnoloških inovacija. Motivacija za pisanje ovog rada bila je pojava prvog u potpunosti digitalnog osiguranja u Hrvatskoj koje tržištu još nije ponudilo zdravstveno osiguranje. Ciljevi rada su ispitati budućnost u potpunosti digitalnog proizvoda zdravstvenog osiguranja na hrvatskom tržištu osiguranja, istražiti potencijalne izazove, ali i moguće inovacije. Koncept proizvoda napravljen je u skladu s aktualnom ponudom digitalnih proizvoda zdravstvenog osiguranja na međunarodnim tržištima osiguranja i karakteristikama zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

Ključne riječi: zdravstveno osiguranje, digitalizacija, digitalno zdravstveno osiguranje, inovacije

Summary

The process of digitalization of insurance has been going on for several decades and it has resulted in an increase in the speed and efficiency of the provision of insurance services, a reduction in information asymmetry and ultimately the creation of fully digital insurance products made possible by technological innovations. The motivation for writing this paper was the appearance of the first fully digital insurance in Croatia, which has not yet offered health insurance to the market. The objectives of the paper are to examine the future of a fully digital health insurance product on the Croatian insurance market, explore potential challenges and possible innovations. The product concept was created in accordance with the current offer of digital health insurance products on international insurance markets and the characteristics of the health system of the Republic of Croatia.

Key words: health insurance, digitization, digital health insurance, innovations

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 2 |
| 1.1. Predmet i cilj rada | 2 |
| 1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja | 2 |
| 1.3. Struktura i sadržaj rada | 2 |
| 2. KARAKTERISTIKE INDUSTRIJE OSIGURANJA | 3 |
| 2.1. Uloga osiguranja u gospodarskom i financijskom sustavu | 4 |
| 2.2. Vrste i oblici osiguranja | 6 |
| 2.3. Bilančni pristup poslovanja | 8 |
| 3. KRETANJA NA TRŽIŠTU DRUŠTAVA ZA OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ | 11 |
| 3.1. Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj | 11 |
| 3.2. Sudionici tržišta osiguranja u Republici Hrvatskoj | 16 |
| 3.2.1. Društva za osiguranje i reosiguranje | 16 |
| 3.2.2. Pravne i fizičke osobe koje obavljaju poslove distribucije osiguranja | 18 |
| 3.2.3. Hrvatski nuklearni POOL gospodarsko interesno udruženje | 19 |
| 3.2.4. Hrvatski ured za osiguranje | 20 |
| 3.3. Regulatorni okvir poslovanja društava za osiguranje u Republici Hrvatskoj | 21 |
| 3.3.1. Hrvatska Agencija za nadzor financijskih institucija | 24 |
| 4. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE | 26 |
| 4.1. Povijesni presjek i karakteristike zdravstvenih sustava | 26 |
| 4.2. Proizvodi zdravstvenog osiguranja | 28 |
| 4.2.1. Bismarckov model | 28 |
| 4.2.2. Beveridgeov model | 29 |
| 4.2.3. Tržišni model | 30 |
| 4.2.4. Financiranje zdravstva u Republici Hrvatskoj i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) | 31 |
| 4.3. Kretanje na tržištu zdravstvenog osiguranja | 32 |
| 5. DIGITALIZACIJA POSLOVANJA OSIGURAVAJUĆIH DRUŠTAVA | 36 |
| 5.1. Digitalizacija procesa, podataka, komunikacije i ostalih dijelova poslovanja | 38 |
| 5.1.1. Digitalizacija podataka i analitike | 39 |
| 5.1.2. Digitalizacija procesa | 40 |
| 5.1.3. Digitalizacija komunikacije | 41 |
| 5.2. Kreiranje u potpunosti digitalnih proizvoda | 42 |
| 5.3. Primjeri poslovnih praksi u Republici Hrvatskoj i svijetu | 44 |
| 5.4. Digitalizacija zdravstvenog osiguranja | 47 |
| 6. RAZVOJ DIGITALNOG PROIZVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA | 51 |
| 6.1. Konceptualno rješenje | 51 |
| 6.2. Inovacije koje pruža proizvod | 55 |
| 6.3. Usklada s postojećim pravilnicima i zakonima | 57 |
| 6.4. Usklada s tržištem, zdravstvenim organizacijama i drugim ustanovama | 57 |
| 6.5. SWOT analiza proizvoda | 58 |
| 7. ZAKLJUČAK | 59 |
| POPIS LITERATURE | 60 |
| POPIS TABLICA | 65 |
| POPIS GRAFIKONA | 66 |
| POPIS SLIKA | 67 |
| ŽIVOTOPIS | 68 |

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Cilj rada je pružiti uvid u nove, digitalne oblike osiguranja, poglavito zdravstvenog osiguranja te na temelju saznanja iz teorije i poslovnih praksi iz svijeta osmisliti i prikazati model potpuno digitalnog zdravstvenog osiguranja za hrvatsko tržište. U radu se prvo prikazuje proces digitalizacije tržišta osiguranja i dodatno zdravstvenog osiguranja, kao i prikaz zdravstvenih sustava, inovacija u osigurateljnim proizvodima i procesima te poslovnim modelima. Nakon toga se pristupa kreiranju potpuno digitalnog proizvoda zdravstvenog osiguranja za hrvatsko tržište što za cilj ima pružiti uvid u prepreke, ali i prilike koje postoje na putu do realizacije ovakvog proizvoda.

1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja

Podaci korišteni za izradu rada uglavnom su sekundarni i uključuju domaću i stranu literaturu iz područja osiguranja, zdravstva i digitalizacije. Korišteni su različiti znanstveni radovi, publikacije međunarodnih i hrvatskih osiguravajućih društava i institucija, Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga, Hrvatskog ureda za osiguranja, Hrvatskog zavoda za zdravstvo i drugih te internetske stranice stranih osiguravajućih društava s digitalnim proizvodima osiguranja. Također su korišteni udžbenici, znanstveni članci te zakoni. S obzirom da se u radu gledaju strana tržišta zbog upoznavanja s proizvodima osiguranja koji još nisu prisutni na hrvatskom tržištu, većina literature je strana i obuhvaća stručne radove, web stranice osiguratelja i druga nadzorna tijela.

1.3. Struktura i sadržaj rada

Diplomski rad proteže se kroz šest poglavlja, a započinje uvodom gdje su obrazloženi predmet i cilj rada, korištene metode istraživanja i izvori podataka. U nastavku se objašnjavaju karakteristike industrije osiguranja, njegove značajke, sudionici i trenutna kretanja na tržištu, a zatim se skreće pogled na zdravstvene sustave, zdravstveno osiguranje i tržište zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. Nadalje se opisuje proces digitalizacije, prvo općeg poslovanja osiguravajućih društava, a zatim i proizvoda te u konačnici kreiranja u potpunosti digitalnih proizvoda. U predzadnjem dijelu rada kreira se u potpunosti digitalno zdravstveno osiguranje za hrvatsko tržište na kojem ono, u trenutku pisanja rada, još ne postoji, a u zadnjem poglavlju zaključuje se promatrana tematika.

2. KARAKTERISTIKE INDUSTRIJE OSIGURANJA

Čovjek je u svojim počecima preživljavao uz pomoć svoje fizičke snage i snage svoje zajednice, a evolucijom naučio kako maksimizirati svoje pothvate. Tako su kineski trgovci još 3.000 godina prije Krista započeli s raspodjelom rizika na manje rizike. U prijevozu svoje robe rijekom Jangtze raspoređivali bi robu s većih u manje čamce te tako raspodijelili rizik ondje gdje je plovidba bila opasna, odnosno, gdje je rizik bio veći. Ukoliko bi neki čamac bio potopljen, trgovci čija je roba stigla na odredište bili su obvezni dati određenu količinu svoje robe onom trgovcu koji je pretrpio štetu. Prvi pisani dokazi o postojanju osiguranja nastali su nešto kasnije, točnije, u vrijeme vladavine kralja Hamurabija (1729. - 1686. godine prije Krista) u Babilonu, u odredbama Hamurabijeva zakonika (lat. *Codex Hammurabi*). Ondje stoji kako su trgovci u karavanama obvezni podijeliti štetu u slučaju napada pustinjaških razbojnika, kako je graditelj odgovoran i duguje obeštećenje korisniku zgrade ukoliko ona nije kvalitetno izgrađena kao i druge slične odredbe kojima se osiguravaju rizici. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

U Rimskom carstvu, nekoliko stoljeća kasnije, i dalje ne nastaje pomorsko osiguranje kakvo poznajemo danas, ali se pomorski rizici pokrivaju pomorskim zajmom (lat. *foenus nauticum*) za kojeg se vjeruje da su ga preuzeli još od Feničana, kao što su to učinili Grci i drugi narodi. On je funkcionirao suprotno od današnjeg koncepta osiguranja, odnosno, vlasnik broda ili robe uzeo bi pomorski zajam prije puta i u slučaju štete zajam bi ostao vlasniku kao naknada za nastalu štetu, a ukoliko do štete ne dođe morao bi vratiti novac, dok se u suvremenom osiguranju naknada za štetu isplaćuje tek po nastanku štete. Suvremeno osiguranje poprima svoje prve oblike u doba pape Grgura IX., 1234. godine kada pomorskim dekretom (lat. *Decretale Naviganti*) zabranjuje sklapanje zajmova zbog lihvarskih kamata što je potaknulo sklapanje kvazi ugovora kojima bi se brod skupa s teretom prodao po prethodno dogovorenoj cijeni samo u slučaju propasti broda, a u suprotnom bi se ugovor poništio. Novina je što je vlasnik broda unaprijed morao predati određeni iznos kupcu robe koji nije dobivao natrag te se po prvi puta javlja uplata premije kao naknada za osiguranje, a u slučaju štete isplaćivala bi se ugovorena naknada. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Stotinjak godina kasnije, točnije 1347., izdan je prvi kupoprodajni ugovor kao notarijska isprava, a čuva se u notarijskom arhivu u Genovi. Nedugo nakon toga nastaje i prva polica

osiguranja koja je izdana u Pizi 1384. godine. Osiguranje se nastavilo širiti u pomorskim krugovima, ali ubrzo i ostali dijelovi gospodarstva uviđaju prednosti osiguranja. (Bijelić, 2002.)

Suvremeni oblik poslovanja društava za osiguranje najjednostavnije rečeno predstavlja preuzimanje i upravljanje rizikom koji mora biti osigurljiv i čist. Kako bi rizik bio osigurljiv mora zadovoljiti određene uvjete i kriterije, a da bi rizik bio čist mora biti posljedica neizvjesnog događaja, nikako ne svjesnog djelovanja pojedinca pa tako nisu svi rizici čisti rizici i nisu svi čisti rizici osigurljivi rizici. (Bijelić, 2002.)

Današnja društva za osiguranje preuzimaju osiguranikov rizik sklapanjem police osiguranja. Polica osiguranja je ugovor o osiguranju kojim se društvo obvezuje nadoknaditi štetu osiguraniku ukoliko dođe do osiguranog slučaja, a osiguranik se obvezuje platiti ugovoreni iznos, odnosno premiju osiguranja. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Za izračun premije zaslužni su aktuari, a radi se o složenim matematičkim izračunima koji se razlikuju ovisno o proizvodu osiguranja, osiguranikovom prebivalištu, dobi osiguranika, trajanju osiguranja i brojnim drugim parametrima, odnosno koeficijentima. Ta je informaciju do sada čuvana kao poslovna tajna, a u Hrvatskoj je odgovor na pitanje „Što sve utječe na cijenu moje police?“ prvo dalo LAQO osiguranje na svojim web stranicama. (LAQO, b.d.)

Premija se sastoji od funkcionalne premije i režijskog dodatka. Funkcionalna premija sadrži tehničku premiju (koja služi za isplatu ugovorenih iznosa i za naknadu šteta) i premiju izdvojenu za preventivno djelovanje društava za osiguranje na uzroke koji izazivaju štete. S druge strane, režijski dio premije služi za pokrivanje tekućih troškova Društava kao što su na primjer troškovi plaće zaposlenika, marketinga, vode itd. (Andrijašević, 1997.)

2.1. Uloga osiguranja u gospodarskom i financijskom sustavu

Društva za osiguranje su financijske nebankovne, nedepozitne i nekreditne institucije, a kao i mirovinski fondovi, ugovorne su štedne financijske institucije. (Krišto, 2014.) Kao takve, ove institucije imaju veliki značaj u gospodarstvu i društvu.

Iako se često smatraju samo kao preuzimatelji rizika, društva za osiguranje važni su institucionalni investitori i na razvijenim i na nerazvijenim financijskim tržištima, a njihove osnovne funkcije su financijska i osigurateljna. Financijska funkcija društava za osiguranje očituje se u ulozi svojevrsnog financijskog posredništva u vidu prikupljanja premijskog prihoda od novčano suficitarnih sektora kao naknadu za preuzimanje rizika te alociranja tih prihoda na novčano deficitarne sektora preko dostupnih instrumenata na financijskom tržištu, a često ulažu u državne i korporativne obveznice te na taj način financiraju fiskalni deficit države i pomažu gospodarske subjekte. (Krišto, 2014.)

Osim izravnog djelovanja na financijskom tržištu u obliku kupovanja vrijednosnica, društva za osiguranje i neizravno sudjeluju na financijskom tržištu držanjem svojih likvidnih potencijala na bankovnim računima čime stvaraju novčane viškove koje banke mogu plasirati u gospodarstvo. (Jakovčević, Jakša) Uz svoju financijske funkcije, osiguravajuća društva jedina imaju i osigurateljnu funkciju, odnosno, mogućnost obavljanja osigurateljnih poslova čime stvaraju stabilnost sustava i omogućuju kontinuirano poslovanje gospodarskih subjekata. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

U prethodnom je poglavlju opisano kako se potreba za osiguranjem pojavila kako bi zajednica raspodijelila rizik pojedinca, na taj način mu olakšavajući pretrpljenu štetu te je upravo ta socijalna dimenzija zadržana u srži poslovanja osiguravajućih društava kroz preventivno djelovanje da bi se u što većoj mjeri smanjili znani rizici, a time smanjujući pojedinačnu izloženost riziku osobe, kućanstva, poduzeća ili cjelokupnog gospodarstva – pretvarajući osiguranikove varijabilne troškove u fiksne kroz plaćanje premije način, štiteći ga u slučaju nastanka osiguranog slučaja. (Andrijašević 1997.)

Osiguratelji su kroz povijest nastojali potaknuti osiguranike na savjesno ponašanje kako bi se spriječila učestalost nastupanja osiguranih slučajeva pa je tako pokrenut sustav kojim se premija smanjuje ili povećava ovisno o broju nastalih osiguranih događaja, a utvrđuje se razinom bonusa ili malusa koju je osiguranik ostvario u protekloj godini. Bonus-malus shema posebno je važna kod ugovaranja obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti jer je veća šansa za nastanak osiguranog slučaja, a tada se smanjuju bodovi, odnosno postotak bonusa (smanjenja iznosa premije) te je u slučaju nastanka brojnih osiguranih slučajeva moguće preći u malus kada se više ne radi o smanjenju iznosa

premije, odnosno popustu, nego se osnovni iznos premije uvećava za postotak određen brojem bodova. (Krišto 2014.)

Osim bonus-malus sustava, osiguranike se potiče na smanjivanje broja šteta i kroz ugovaranje franšiza, odnosno određivanja novčanog iznosa kojim osiguranik sudjeluje u naknadi ukoliko dođe do ostvarenja osiguranog slučaja (štete). (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Postoje dvije vrste franšize – integralna i odbitna, a odluka o odabiru tipa franšize ovisi o osiguratelju. Kod integralne franšize Društvo isplaćuje puni iznos štete samo u slučaju kada je iznos štete veći od iznosa franšize, a kod odbitne franšize Društvo isplaćuje samo razliku između iznosa štete i iznosa franšize. (Hanfa, b.d.a.)

Postoje brojni drugi pozitivni aspekti osiguranja, ali prema Gustavsonu i Trieschmannu (1995.) osiguranje služi kao metoda zaštite, povećava bonitet, smanjuje i prebacuje rizik te smanjuje kreditni rizik svih korisnika osiguranja čime pozitivno utječe na financijsku stabilnost pojedinaca, kućanstava i poduzeća.

2.2. Vrste i oblici osiguranja

Kroz vrijeme su se formirale različite podjele osiguranja: po načinu pokrića rizika, sklapanja ugovora, predmetu osiguranja, srodnosti rizika koje pokrivaju i dr. Kao i u ostalim dijelovima gospodarstva nastao je europski standard kojeg su se pridržavale sve članice Europske unije. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (dalje u tekstu: Hanfa) je na sjednici Upravnog vijeća 11. ožujka 2016. donijela pravilnik o rasporedu vrsta rizika po skupinama i vrstama osiguranja odnosno reosiguranja na temelju odredbe članka 7. stavak 4. Zakona o osiguranju. (Hanfa, 2016.a)

Prema Hanfi su osiguranja podijeljena na:

1. SKUPINE

1.1. neživotna osiguranja

1.2. životna osiguranja

1. PODSKUPINE (služe samo za izdavanje odobrenja za obavljanje poslova osiguranja i poslova reosiguranja ukoliko istodobno obuhvaća više vrsta osiguranja ili za izvještavanje o podacima za prekogranične poslove osiguranja koje društvo za osiguranje obavlja na temelju slobode poslovnog nastana i na temelju slobode pružanja usluga iz članka 202. stavka 3., 4. i 5. Zakona o osiguranju)

2. LINIJE POSLOVANJA (engl. *Line Of Business* - LOB; definirane su Uredbom (EU) br. 2015/35, a koriste se prilikom podnošenja informacija društava za osiguranje odnosno društva za reosiguranje Agenciji i obuhvaćaju vrste osiguranja, odnosno rizike unutar niže nabrojanih vrsta osiguranja)
 - 2.1. obveze neživotnog osiguranja
 - 2.2. proporcionalne obveze neživotnog reosiguranja
 - 2.3. neproporcionalne obveze neživotnog reosiguranja
 - 2.4. obveze životnog osiguranja
 - 2.5. obveze životnog reosiguranja

3. VRSTE OSIGURANJA
 - 3.1. Unutar skupine neživotnih osiguranja dijele se na:
 01. osiguranje od nezgode
 02. zdravstveno osiguranje
 03. osiguranje cestovnih vozila
 04. osiguranje tračnih vozila
 05. osiguranje zračnih letjelica
 06. osiguranje plovila
 07. osiguranje robe u prijevozu
 08. osiguranje od požara i elementarnih šteta
 09. ostala osiguranja imovine
 10. osiguranje od odgovornosti za upotrebu motornih vozila
 11. osiguranje od odgovornosti za upotrebu zračnih letjelica
 12. osiguranje od odgovornosti za upotrebu plovila
 13. ostala osiguranja od odgovornosti
 14. osiguranje kredita

15. osiguranje jamstava
16. osiguranje raznih financijskih gubitaka
17. osiguranje troškova pravne zaštite
18. osiguranje pomoći (asistencija)

3.2. Unutar skupine životnih osiguranja dijele se na:

19. životna osiguranja
20. rentno osiguranje
21. dopunska osiguranja uz osiguranje života
22. osiguranje za slučaj vjenčanja ili sklapanja životnog partnerstva ili rođenja
23. osiguranje života i rentno osiguranje kod kojih ugovaratelj osiguranja snosi rizik ulaganja
24. tontine
25. osiguranje s kapitalizacijom isplate

Dodatno, Andrijašević i Petranović (1999.) ističu kako je podjela osiguranja na neživotna i životna osiguranja zapravo podjela prema kriteriju bilanciranja, a budući da osiguravajuća društva ostvaruju (pozitivan ili negativan) poslovni rezultat tada njega također moraju prikazati odvojeno za životna, odnosno neživotna osiguranja. Navedeni pozitivan poslovni rezultat osiguratelji mogu ostvariti ukoliko je iznos naplaćene premije veći od iznosa isplaćenih šteta, ukoliko je iznos isplaćenih šteta manji od očekivanog i ukoliko je dobit iz ulaganja veća od očekivane. U suprotnome dolazi do negativnog poslovnog rezultata.

2.3. Bilančni pristup poslovanja

Strategija razvoja društva uvelike ovisi o kvalitetnim informacijama o prošlim aktivnostima svih poslovnih subjekata. Da je tomu tako tvrdi i Dečman (2012.) ističući kako su financijski izvještaji neophodni kao izvor informacija o financijskom položaju, novčanim tokovima i uspješnosti poslovanja.

Stoga, sukladno odredbi Hanfe, a prema članku 3. Pravilnika o obliku i sadržaju financijskih i dodatnih izvještaja društva za osiguranje odnosno društva za reosiguranje (Hanfa, 2016.b) osiguravajuća društva moraju podnositi sljedeće izvještaje:

1. Izvještaj o financijskom položaju (bilanca)

2. Izvještaj o sveobuhvatnoj dobiti (račun dobiti i gubitka)
3. Izvještaj o novčanim tokovima
4. Izvještaj o promjenama kapitala
5. Bilješke uz financijske izvještaje

Osim ovih, društva za osiguranje moraju sastaviti dodatne financijske izvještaje s ciljem pružanja dodatnih podataka i informacija o njihovim poslovnim aktivnostima, financijskom položaju i uspješnosti poslovanja (Hanfa, 2016.b), a oni su:

1. Izvještaj o pregledu ulaganja
2. Izvještaj o registru imovine za pokriće tehničkih pričuva
3. Izvještaj o starosnoj strukturi potraživanja iz poslova izravnog osiguranja
4. Izvještaj o prihodima i troškovima ulaganja prema izvoru sredstava
5. Račun dobiti i gubitka po vrstama i rizicima osiguranja
6. Račun dobiti i gubitka za poslove reosiguranja
7. Izvještaj o ročnoj usklađenosti imovine za pokriće matematičke pričuve s obvezama iz matematičke pričuve
8. Izvještaj o ročnoj usklađenosti imovine za pokriće tehničkih pričuva osim matematičke pričuve s obvezama iz tehničkih pričuva osim matematičke pričuve

Bilanca ili izvještaj o financijskom položaju posebno je zanimljiv financijski izvještaj kod osiguravajućih društava jer se razlikuje u odnosu na druga proizvodna i uslužna poduzeća. Radi se o financijskom izvještaju koji se sastoji od imovine s jedne strane i kapitala i obveza s druge, a čije vrijednosti moraju biti izjednačene. U tablici 1 prikazane su stavke bilance osiguravajućih društava kako ih je Hanfa navela u Pravilniku. (Hanfa, 2016.b) Naime, prema Andrijašević i Petranović (1999.), razlika između bilance osiguravajućih društava od drugih gospodarskih subjekata vidljiva je u načinu prikaza imovine u bilanci, njenog vrednovanja i pojmovima koji se primjenjuju u financijama i računovodstvu.

U bilanci se može dodatno iščitati i važnost društava za osiguranje unutar financijskog sustava na način da se sagleda udio aktive osiguratelja u aktivni svih financijskih institucija i udio tehničkih pričuva osiguranja u štednji sektora stanovništva. (Krišto, 2014.)

Osim bilance osiguravajućih društava, važno je spomenuti i bilancu plaćanja zemlje i utjecaj osiguratelja na nju. Velik dio transakcija reosiguranja sklapa se na međunarodnoj

razini, a veća osiguravajuća društva osnivaju svoje podružnice u željenim zemljama čime pružanjem usluga osiguranja rezidentima tih zemalja zapravo izvoze svoje usluge u domicilnu državu što se u konačnici odražava i u bilanci plaćanja domicilne države. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Tablica 1 Izvještaj o financijskom položaju (bilanca) osiguravajućih društava

| AKTIVA | | PASIVA | |
|-----------------|---|-----------------|--|
| <i>Pozicija</i> | <i>Opis pozicije</i> | <i>Pozicija</i> | <i>Opis pozicije</i> |
| I | Nematerijalna imovina | XII | Kapital i rezerve |
| II | Materijalna imovina | XIII | Obveze drugog reda |
| III | Ulaganja | XIV | Manjinski interes |
| IV | Ulaganja za račun i rizik ugovaratelja životnog osiguranja | XV | Tehničke pričuve |
| V | Udio reosiguranja u tehničkim pričuvama | XVI | Posebne pričuve za životna osiguranja |
| VI | Odgodena i tekuća porezna imovina | XVII | Ostale pričuve |
| VII | Potraživanja | XVIII | Odgodena i tekuća porezna obveza |
| VIII | Ostala imovina | XIX | Depoziti zadržani iz posla predanog u reosiguranje |
| IX | Plaćeni troškovi budućeg razdoblja i nedospjela naplata prihoda | XX | Financijske obveze |

| | | | |
|----|----------------------|-------|---|
| | | XXI | Ostale obveze |
| | | XXII | Odgođeno plaćanje troškova i prihod budućeg razdoblja |
| X | UKUPNA AKTIVA | XXIII | UKUPNA PASIVA |
| XI | Izvanbilančni zapisi | XXIV | Izvanbilančni zapisi |

Izvor: Hanfa (2016.b)

3. KRETANJA NA TRŽIŠTU DRUŠTAVA ZA OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

133 godine nakon izdavanja prve police u Pizi (1384. godine), u Dubrovniku je 1562. godine donesen Zakon o pomorskom osiguranju (lat. *Ordo super assecuratoribus*) kojim su se kodificirali ugovori pomorskog osiguranja. Sadržavao je sve odredbe koje je praksa do tada pokazala potrebnima za osiguranje brodova i tereta za slučajeve nesreća na moru, pljačke gusara i drugih mogućih šteta. Smatra se da je ovaj dubrovački Zakon najstariji takve vrste u svijetu, i ujedno i prvi važniji korak Hrvatske u svijet osiguranja. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Ipak, do pojave prvog osiguravajućeg društva u Hrvatskoj trebale su proći 322 godine. Tada, 1884. godine, nastaje jedna od prvih hrvatskih institucija nacionalnog identiteta, Croatia osiguranje, koje još uvijek posluje kao tržišni lider i najveće osiguravajuće društvo u Hrvatskoj. Danas ono pruža ugovaranje i životnih i neživotnih osiguranja te iz godine u godinu ostvaruje rast. (Croatia osiguranje, b.d.)

3.1. Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj

Tržište osiguranja ukupan je odnos između ponuđača i tražitelja proizvoda osiguranja, a odluka o ponudi ili kupnji usluga odvija se na temelju slobodnih odluka svih sudionika tržišta. (Andrijašević, S. i Petranović, 1999.) Na strani ponuđača osiguranja stoje osiguravajuća društva, a na strani tražitelja stoje poduzeća, građani i drugi. Veličinu i snagu tržišta osiguranja neke države moguće je odrediti putem različitih pokazatelja od kojih su neki: ukupna godišnja zaračunata premija, prosječna premija po stanovniku, penetracija osiguranja i broj sudionika na tržištu. (HUO, 2021.)

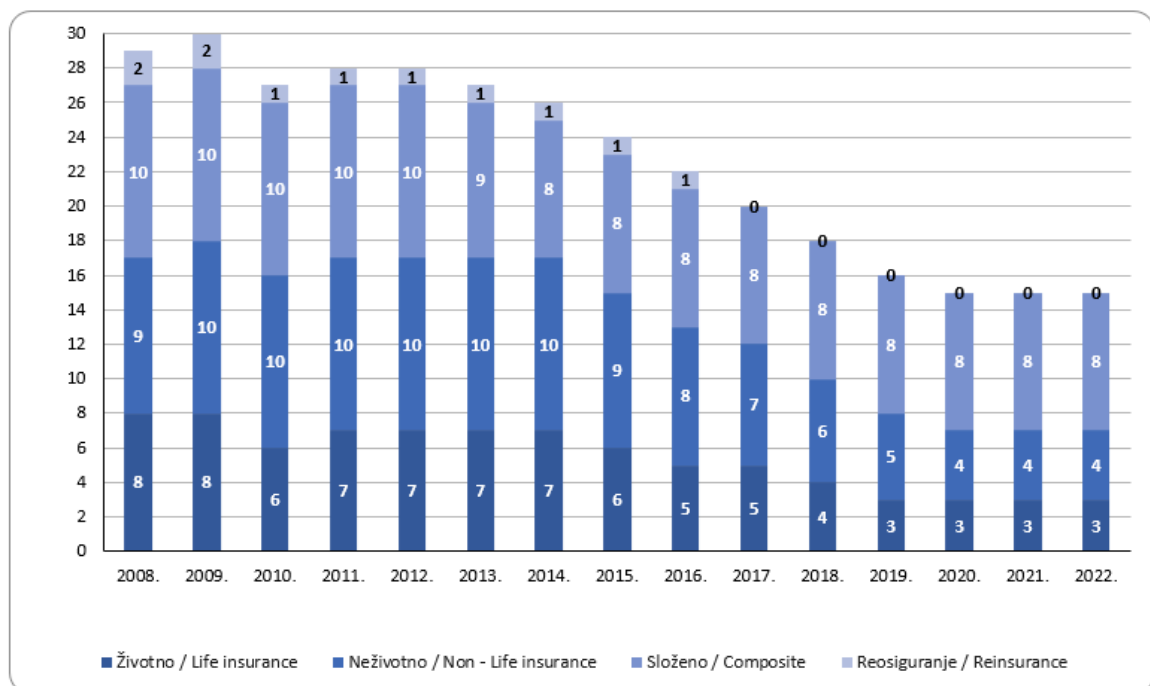
Hrvatska je ulaskom u Europsku Uniju postala dio europskog tržišta. 2020. godine europsko je tržište osiguranja bilo dominantno u ukupnoj svjetskoj premiji s udjelom od 31,6%, a slijede ga azijsko-pacifičko (32,4%), sjeverno američko tržište (30,08%), Latinska Amerika i Karipsko otočje (3%) i Bliski Istok i Afrika (2,1%). Udio hrvatskog osiguravajućeg tržišta u europskom tržištu iznosi 0,1%, odnosno 0,03% u ukupnoj svjetskoj premiji. (Insurance Europa, 2022.)

Broj osiguravajućih društava u Republici Hrvatskoj oscilirao je kroz godine pa je tako 2009. godine njih 28 imalo dozvolu za obavljanje djelatnosti uz još 2 društva za

reosiguranje. Danas posluje njih skoro u pola manje, točnije njih 15, a razlozi padajućeg trenda broja osiguravajućih društava u periodu od 2008. do 2018. godine su razni. Neki od njih su:

- odluka o prestanku obavljanja poslova reosiguranje i/ili promjena djelatnosti
o npr. Hanfa daje suglasnost Allianz reosiguranju d.d. 2010. godine
- pripajanja (drugim i/ili većim društvima)
o pripajanje vlastitih društava matičnom društvu (npr. Croatia zdravstveno osiguranje d.d. pripojeno Croatia osiguranju d.d. 2017. godine)
- prekogranična pripajanja
o npr. Društvo KD životno osiguranje koje je 2015. prekogranično pripojeno ADRIATIC SLOVENICA Zavarovalna družbi d.d. (HUO 2023.a)

Grafikon 1 Broj osiguravajućih društava u Republici Hrvatskoj u periodu od 2008. do 2022. godine



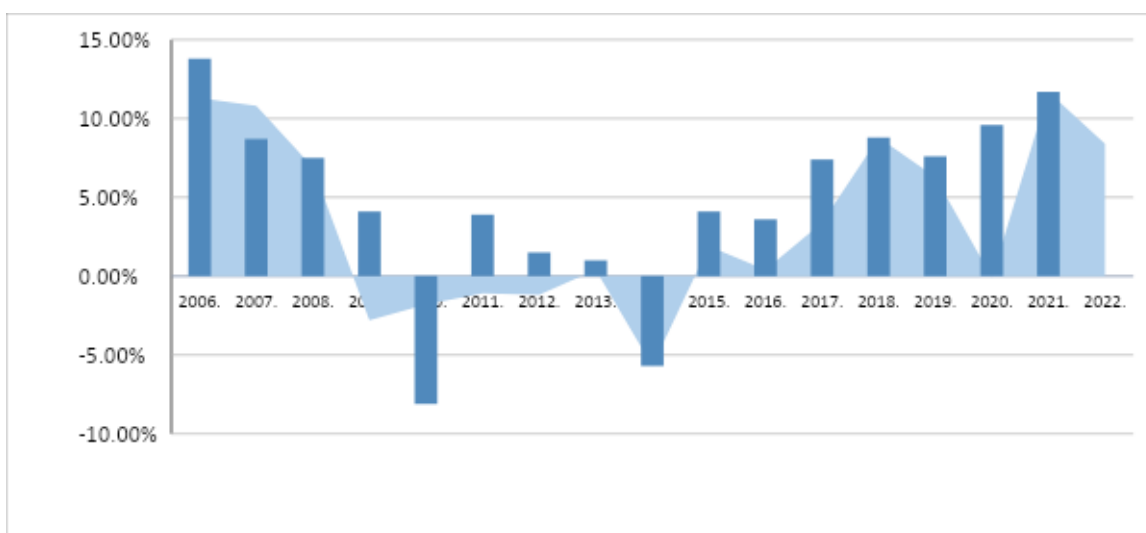
Izvor: Hanfa (2023.)

Na kraju 2022. na tržištu osiguranja poslovalo je ukupno 14 društava za osiguranje sa sjedištem u Republici Hrvatskoj od čega ih je 3 obavljalo isključivo poslove životnih osiguranja, 4 poslove neživotnih osiguranja, a preostalih 8 društava za osiguranje obavljalo

je poslove životnih i neživotnih osiguranja kao što je i prikazano na Grafikonu 1. (Hanfa, 2023.)

Grafikon 2 prikazuje kretanje vrijednosti ukupno zaračunate bruto premije na cijelom tržištu osiguranja u Republici Hrvatskoj. Može se uočiti da ukupno zaračunata premija konstantno raste od 2003. do 2008. godine. Nakon 2008. godine ukupna bruto premija pada što se može pripisati utjecaju gospodarske krize koja je snažno potresla hrvatsko gospodarstvo. Najveći pad premije dogodio se 2014. godine kada je nakon 1,2 milijarde eura ostvarene premije u 2013. godini pala na 1,14 milijarde eura. Oporavak kreće odmah sljedeće godine, a prva negativna promjena zaračunate bruto premije nakon 2014. javlja se 2020. godine kao posljedica nove krize izazvane COVID-19 virusom, ali i potresima u Zagrebu i Petrinji, a kasnije i ratom u Ukrajini i inflacijom. (HUO, 2023.a) Primjetna je disproporcija postotka promjene likvidiranih šteta u bruto iznosu u odnosu na postotak promjene zaračunate bruto premije u kriznim godinama, a najuočljivija je u 2020. godine zbog ranije navedenih razloga. No, vrlo brzo, već 2021. godine, slijedi oporavak i rast - kako zaračunate bruto premije tako i likvidiranih šteta. Trend rasta nastavio se i iduće godine pa je zaračunata bruto premija društava za osiguranje u Republici Hrvatskoj na kraju 2022. godine iznosila je 1,68 milijardi eura, od čega je premija neživotnog osiguranja činila 1,31 milijarde eura ili 77,55%, dok je premija životnih osiguranja iznosila 377,7 milijuna eura ili 22,45%. (HUO, 2023.a)

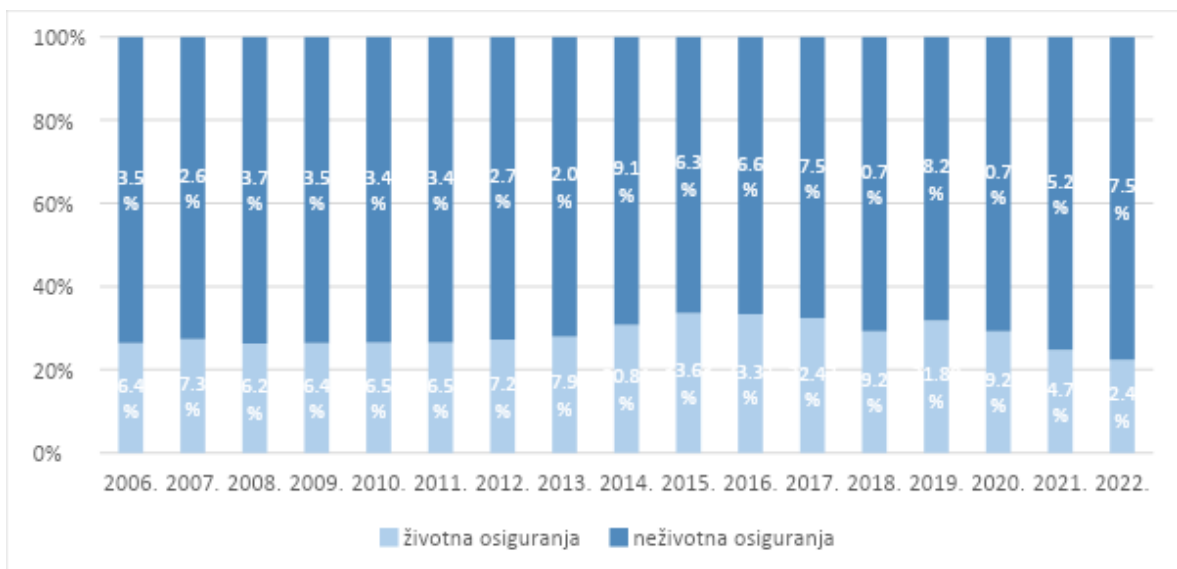
Grafikon 2 Odnos zaračunate bruto premije i likvidiranih šteta u bruto iznosu u periodu od 2006. do 2022. godine



Izvor: HUO (2023.a)

Osim kretanja zaračunate bruto premije važno je znati i njenu strukturu. Na grafikonu 3 jasno je vidljivo kako je većinski dio premije ostvaren u sferi neživotnih osiguranja što odražava tržišnu strukturu premije osiguranja u Hrvatskoj. Prije svega, za razliku od nekih neživotnih osiguranja, životna osiguranja nisu obvezna pa je posljedično i želja za ugovaranjem manja. Također se smatra da je razlog neugovaranja životnih osiguranja nedovoljna financijska pismenost građana. Da je tomu tako govori i činjenica da premija ostvarena iz ugovaranja životnih osiguranja u Europi premašuje onu ostvarenu iz ugovaranja neživotnog osiguranja. (HUO, 2023.a) Životna osiguranja čine 53% ukupne europske premije, a u dijelu neživotnog osiguranja udjelom prednjače skupine osiguranja motornih vozila, zdravstveno osiguranje i osiguranje imovine. (Insurance Europa, 2022.)

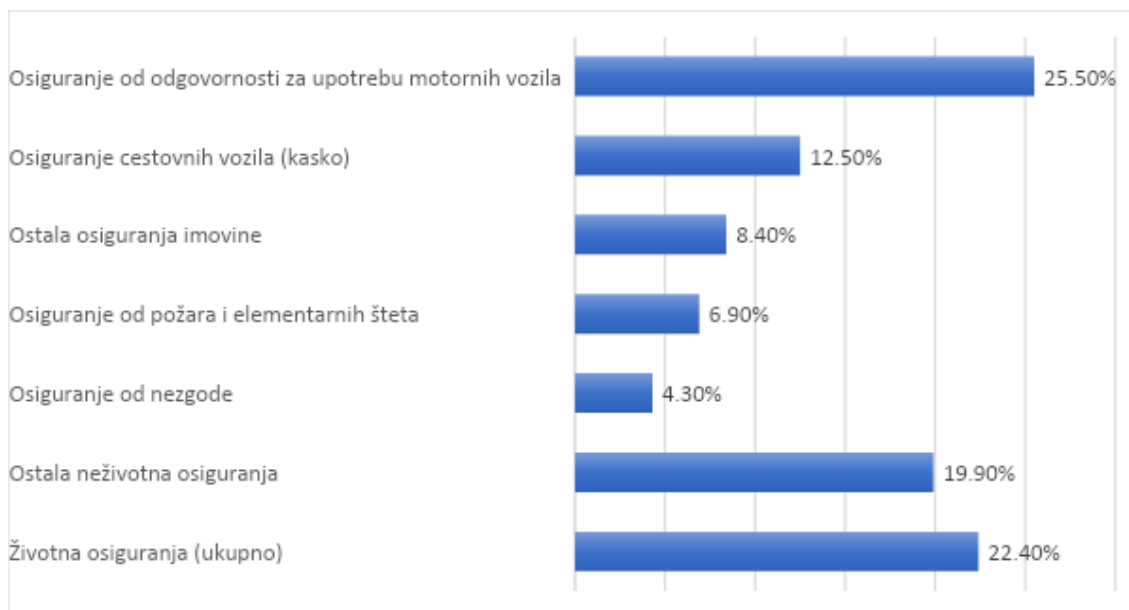
Grafikon 3 Udio neživotnih i životnih osiguranja u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji za razdoblje od 2006. do 2022. godine



Izvor: HUO (2023.a)

U Hrvatskoj je na kraju 2022. godine udio premije životnih osiguranja iznosio samo 22,45% s dominantnim udjelom neživotnih osiguranja (77,55%). Unutar skupine neživotnih osiguranja najdominantnije je obvezno osiguranje od odgovornosti za upotrebu motornih vozila koje čini 25,50% ukupne premije, a slijedi ga osiguranja cestovnih vozila (kasko) (12,50%), ostala osiguranja imovine (8,40%), osiguranje od požara i elementarnih nepogoda (6,9%) te osiguranje od nezgode (4,30%) kao što je i prikazano na grafikonu 4. (HUO 2023.b)

Grafikon 4 Udio skupina, odnosno vrsta osiguranja u premijskoj strukturi hrvatskih osiguravajućih društava

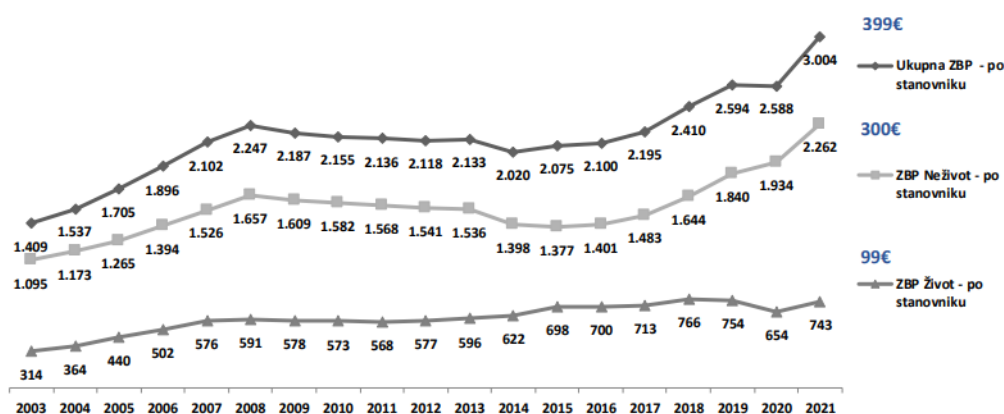


Izvor: HUU (2023.a)

Jedan od važnih pokazatelja razvijenosti industrije osiguranja u nekoj zemlji je penetracija osiguranja, odnosno, udio ili učešće premije osiguranja u BDP-u pojedine države. Iz grafikona 5 vidljivo je kako je penetracija osiguranja u Republici Hrvatskoj izuzetno niska u odnosu na prosjek Europske Unije budući da je u posljednjih 15 godina penetracija iznosila najviše 2,84% i to 2009. godine dok prosjek Europske Unije iznosi 7,19%. (HUO 2021.) Udio ukupne premije u BDP-u Hrvatske u 2022. godini iznosi 2,5% pa ukoliko bi se uprosječili vrijednosti udjela zaračunate bruto premije u BDP-u u posljednjih 15 godine zaključilo bi se kako, iako se radi o padu o 0,17% u odnosu na prošlu godinu, razina zapravo ostaje nepromijenjena. Iz toga se da zaključiti kako postoji veliki prostor za napredak i razvoj hrvatskog tržišta osiguranja.

Na grafikonu 5 prikazana je premija osiguranja po stanovniku u periodu od 2006. do 2021. godine, odnosno, radi se o još jednom pokazatelju razvijenosti industrije osiguranja. Kao i prethodni pokazatelj, ovaj također odražava veliki potencijal za rast tržišta osiguranja u Hrvatskoj jer je u 2022. godini ukupna zaračunata premija po stanovniku iznosi 437,00 EUR što je znatno manje od prosjeka Europske Unije koji iznosi 2.085,00 EUR. Ukupna premija po stanovniku za neživotno osiguranje iznosila je 2022. godine 399,00 EUR i 98 EUR za životno osiguranje. (HUO, 2023.)

Grafikon 5 Premija osiguranja po stanovniku (gustoća osiguranja) 2003. - 2021. (u kn)



Izvor: HNB, HGK, HUO, IE

EU prosjek u 2019. – 2.085 EUR

* Broj stanovnika u 2021. na temelju prve procjene broja stanovnika 3,9M DZS

Izvor: HUO (2021.)

3.2. Sudionici tržišta osiguranja u Republici Hrvatskoj

Prema Hanfi (b.d.b), sudionici tržišta osiguranja u Republici Hrvatskoj su:

1. društva za osiguranje i društva za reosiguranje
2. pravne i fizičke osobe koje obavljaju poslove distribucije osiguranja i distribucije reosiguranja
3. Hrvatski nuklearni POOL gospodarsko interesno udruženje
4. Hrvatski ured za osiguranje

3.2.1. Društva za osiguranje i reosiguranje

U sljedećoj tablici navedena su sva društva za osiguranje koja trenutno posluju na tržištu Republike Hrvatske te su prikazani udjeli koje svako društvo pojedinačno ima u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji.

Iz tablice 2 se može uočiti da na tržištu osiguranja u Hrvatskoj vodi Croatia osiguranje čiji je udio u ukupno zaračunatoj bruto premiji u 2022. godini iznosio 24,12%. EUROHERC osiguranje nalazi se na drugom mjestu s udjelom od 12,12%, a slijede ga Allianz Hrvatska, Adriatic osiguranje i Wiener osiguranje Vienna Insurance Group. Zanimljivo je da ovih prvih pet osiguravajućih društava s najvećim udjelom drže 68,48% ukupne zaračunate bruto premije na cijelom tržištu osiguranja u Hrvatskoj. Tri društava s najmanjim udjelom čine tek nešto više od 1% ukupne zaračunate bruto premije, točnije, 1,03%. (HUO, 2023.a)

Tablica 2 Društva za osiguranje koja trenutno posluju na tržištu osiguranja Republike Hrvatske, njihovi poslovi osiguranja i udio u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji (%)

| Društva za osiguranje | Poslovi osiguranja | Udio u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji (%) |
|---|---------------------------|---|
| Adriatic osiguranje d.d. | neživot | 10,45% |
| AGRAM LIFE osiguranje d.d. | život | 3,20% |
| Allianz Hrvatska d.d. | složeno (život i neživot) | 11,67% |
| CROATIA osiguranje d.d. | složeno (život i neživot) | 24,12% |
| EUROHERC osiguranje d.d. | neživot | 12,12% |
| GENERALI OSIGURANJE d.d. | složeno (život i neživot) | 8,02% |
| GRAWE Hrvatska d.d. | složeno (život i neživot) | 3,94% |
| Groupama osiguranje d.d. | život | 0,42% |
| HOK osiguranje - Hrvatska osiguravajuća kuća d.d. | neživot | 2,18% |
| Hrvatsko kreditno osiguranje d.d. | neživot | 0,16% |
| Merkur osiguranje d.d. | složeno (život i neživot) | 2,02% |
| Triglav osiguranje d.d. | složeno (život i neživot) | 5,61% |
| UNIQA osiguranje d.d. | složeno (život i neživot) | 5,25% |
| Wiener osiguranje Vienna Insurance Group d.d. | složeno (život i neživot) | 10,03% |
| Wusternot životno osiguranje d.d. | život | 0,45% |

Izvor: HUU (2023.a)

U tablici je također vidljivo kako se neka društva bave samo poslovima osiguranja neživota ili života, a neka obavljaju složene poslove osiguranja, odnosno, osiguravaju i život i neživot. Takva društva mogu obavljati složene poslove jer su za to dobili odobrenje Hanfe u periodu kada je Zakonom bilo dozvoljeno obavljati poslove osiguranja i života i neživota. Sada je člankom 24. stavkom 4. aktualnog Zakona o osiguranju iz 2015.

definirano kako osiguravajuća društva ne mogu istodobno obavljati poslove osiguranja života i neživota pa shodno tome novije osnovana društva obavljaju ili poslove neživota ili poslove života. (Zakon o osiguranju, 2023.)

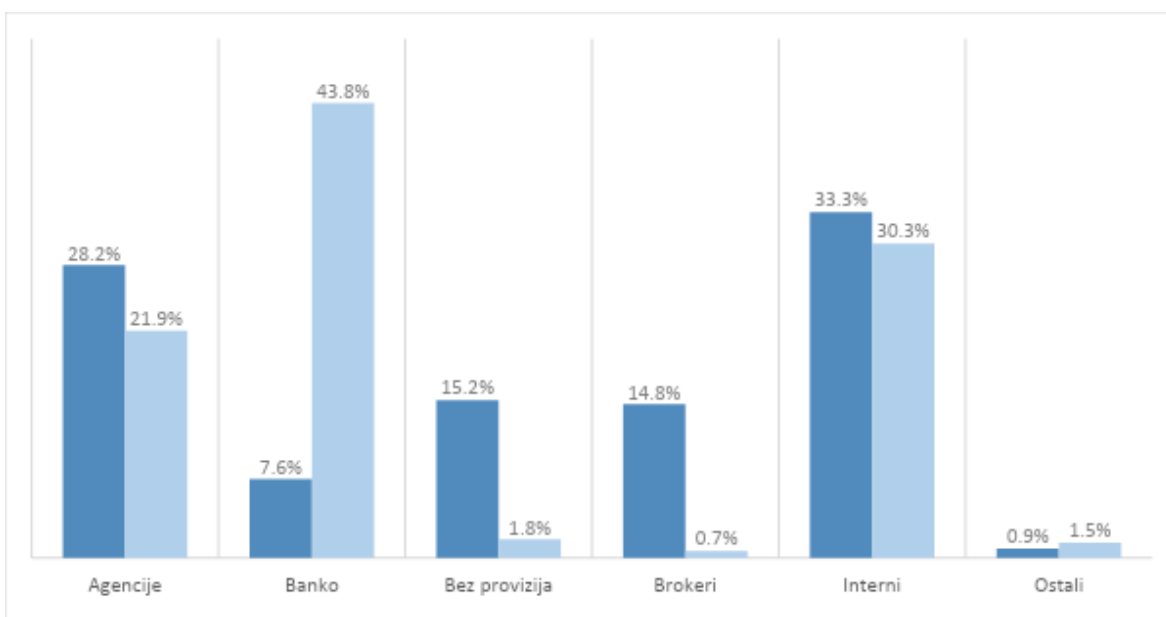
3.2.2. Pravne i fizičke osobe koje obavljaju poslove distribucije osiguranja

U Hrvatskoj poslove distribucije osiguranja obavljaju pravne i fizičke osobe, a prema Hanfi su podijeljeni u kategorije kako slijedi:

1. obrtnici zastupnici u osiguranju
2. društva za zastupanje u osiguranju na stanicama za tehnički pregled vozila
3. obrti za zastupanje u osiguranju na stanicama za tehnički pregled vozila
4. Hrvatska pošta d.d. i Financijska agencija
5. registar ovlaštenih zastupnika u osiguranju, brokera u osiguranju i/ili reosiguranju i sporednih posrednika
6. ovlašteni aktuari
7. podružnice društava za osiguranje i/ili reosiguranje iz država članica EU
8. notifikacije društava za osiguranje i/ili reosiguranje iz država članica EU
9. notifikacije zastupnika i posrednika iz država članica EU
10. obrtnici brokera u osiguranju i/ili reosiguranju
11. sporedni posrednici u osiguranju turističke agencije
12. drugi sporedni posrednici u osiguranju.

Dakle, društva za osiguranje svoje proizvode prodaju širokom lepezom kanala distribucije - npr. preko vlastitih zaposlenika (gdje ne ostvaruju proviziju), internih zastupnika, bankoosiguranja, brokera, agencija i ostalih. Ipak, neki kanali su aktivniji od drugih pa su tako interni zastupnici bili 2022. godine najzastupljeniji kanal distribucije neživotnog osiguranja s 33,3% udjela u zaračunatoj premiji. Slijede ih agencije s 28,2%, zaposlenici društava (bez provizije) s 15,2% te brokera s 14,8%, dok su ostali kanali prodaje imali udjel manji od 9%. S druge strane, najveći postotak prodaje životnih osiguranja odvijao se preko bankoosiguranja (43,8%), a zatim preko internih zastupnika (30,3%), agencija (21,9%) i zaposlenika društava (1,8%) kako je prikazano i na grafikonu 7. (HUO, 2023.b)

Grafikon 6 Struktura premije po prodajnim kanalima za 2022. godinu



Izvor: HUU (2023.b)

3.2.3. Hrvatski nuklearni POOL gospodarsko interesno udruženje

Hrvatski POOL za osiguranje i reosiguranje nuklearnih rizika (u nastavku: POOL) nastao je 10. 12. 1998. godine, a od 01.01.1999. vodi se kao POOL GIU (gospodarsko interesno udruženje). (HUU, 2003.)

Članovi POOL-a su se mijenjali kroz godine, a aktualni članovi su:

1. Allianz Hrvatska d.d.
2. Croatia osiguranje d.d.
3. Generali osiguranje d.d.
4. Triglav osiguranja d.d.

Zadaća članova POOL-a, a na što su se obvezali Ugovorom o osiguranju, jeste zajednički preuzimati izvanredne rizike vezane za osiguranje, suosiguranje i reosiguranje nuklearnih postrojenja u zemlji i iz inozemstva, odnosno rizika koji dolaze s uporabom nuklearne energije i mirnodopskom svrhom. POOL se bavi deponiranjem i oročavanjem novčanih sredstava koja ostvaruje u svom poslovanju, nuklearnom prevencijom kako bi se zaštitila osigurana imovina i osobe, ispostavlja osiguravajuća i reosiguravajuća pokrića, posreduje,

zastupa i procjenjuje štete, pruža pravnu pomoć i brojnim drugim poslovima. (HUO, 2003.)

3.2.4. Hrvatski ured za osiguranje

Hrvatski ured za osiguranje (u nastavku: HUO) neprofitna je pravna osoba koja u pravnom prometu s trećim osobama predstavlja udruženje društava za osiguranje sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, a zajedno s POOL-om i Udruženjem osiguratelja pri Hrvatskoj gospodarskoj komori čini skupinu udruženja koja prate tržište osiguranja u Hrvatskoj. (HUO b.d.)

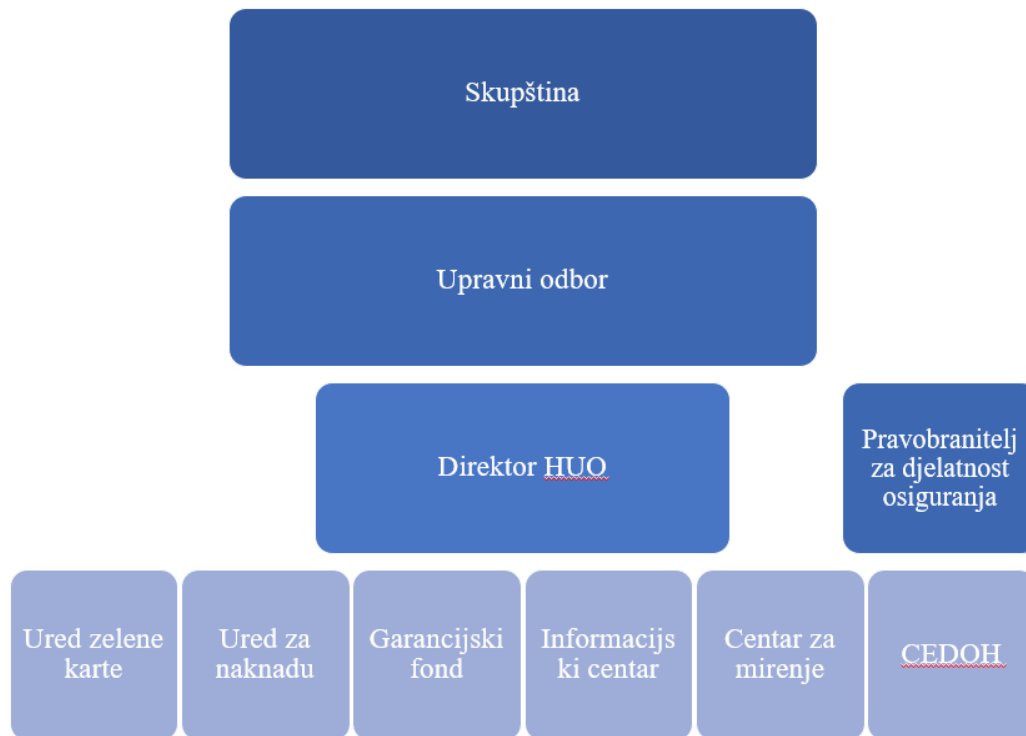
HUO obavlja razne poslove od općeg i zajedničkog interesa vezanih uz osigurateljnu djelatnost. Ti poslovi utvrđeni su Zakonom o osiguranju, Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu i drugim propisima, a neki od njih su:

- poslovi Udruženja društava za osiguranje sa sjedištem u Republici Hrvatskoj
- poslovi predstavljanja i zastupanja interesa društva za osiguranje u međunarodnim institucijama
- poslovi nacionalnog Ureda zelene karte osiguranja i druge poslove utvrđene međunarodnim sporazumima o osiguranju vlasnika vozila od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama
- poslovi vođenja Garancijskog fonda
- poslovi provođenja graničnog osiguranja od automobilske odgovornosti
- poslovi vođenja Informacijskog centra
- poslovi Ureda za naknadu
- poslovi statistike osiguranja
- poslovi rješavanja pritužbi osiguranika odnosno oštećenih osoba – Pravobranitelj osiguranja
- poslovi izvansudskog rješavanja sporova između osiguranika odnosno ugovaratelja osiguranja (potrošača) i društava za osiguranje kao ponuditelja usluge osiguranja – Centar za mirenje. (HUO, b.d.)

Organizacijska struktura HUO-a nalazi se na slici 1, a sastoji se od Skupštine (predstavnicima svih članova Ureda), Upravnog odbora (članovi Ureda s obzirom na odredbe Statuta Ureda) i direktora HUO-a. Direktor HUO-a odgovaraju organizacijske jedinici Ureda, a to

su: Ured zelene karte, Ured za naknadu, Garancijski fond, Informacijski centar, Centar za mirenje i CEDOH. U organizacijskoj se strukturi također nalazi i pravobranitelj za djelatnost osiguranja koji je osnovan kao samostalno i neovisno tijelo u službi rješavanja izvansudskih sporova, ali i informiranja potrošača ili zainteresiranih osoba o rješavanju sporova. (HUO, b.d.)

Slika 1 Organizacijska struktura Hrvatskog ureda za osiguranje



Izvor: HUO (b.d.)

3.3. Regulatorni okvir poslovanja društava za osiguranje u Republici Hrvatskoj

Srž ugovorne djelatnosti je ugovor o osiguranju koji je zapravo obećanje o naknadi štete ili isplati osigurane svote korisniku osiguranja ili trećoj osobi kada nastupi osigurani slučaj. Kako je takav posao vrlo osjetljiv za sve uključene strane iznimno je važan nadzor poslovanja osiguratelja. Tu nadzornu ulogu ima država u gotovo svim zemljama s postojećim tržištem osiguranja, a realizira ju na različite načine – izdavanjem dozvole za rad osigurateljima, pravilnika o prijenosim premijama i pričuvama šteta, kontrolom premijskih stopa ili razine pričuva, određivanjem tarifa obveznih osiguranja i drugim metodama. Na temelju godišnjih financijskih izvješća država provjerava pridržavaju li se društva za osiguranje Zakona, pravila, propisa i računovodstvenih politika. U Europskoj

Uniji takva se kontrola provodi npr. ispitivanjem granice solventnosti, razine tehničkih pričuva i načina vrednovanja imovine pa tako samo ona osiguravajuća društva koja zadovolje kriterije mogu poslovati na europskom tržištu osiguranja. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Konkretnije, ulaskom u Europsku Uniju hrvatska osiguravajuća društva podliježu regulatornim zahtjevima i zakonodavnom okviru Europske Unije pod jedinstvenim nazivom Solventnost II koja se u značajnoj mjeri razlikuje u odnosu na prethodni okvir, Solventnost I. Solventnost II stupila je na snagu u siječnju 2016. godine s ciljem osiguravanja odgovarajuće zaštite ugovaratelja osiguranja i korisnika. Ima pristup temeljen na riziku (engl. *risk-based model*) koji omogućuje procjenu ukupne solventnosti društava za osiguranje i društava za reosiguranje putem kvantitativnih i kvalitativnih mjera, a upravo razina rizika određuje potrebnu razinu kapitala i njegovu adekvatnost. Dakle, ovakav bi sustav trebao prepoznati sve rizike kojima je izloženo društvo za osiguranje i reosiguranje, poticati ga na cjelovito upravljanje rizicima, unaprjeđenje odnosa s nadzornim tijelom i povećanje otvorenosti poslovanja svih sudionika. (Krišto, 2014.)

Temeljni ciljevi Solventnosti II su:

- zaštita osiguranika
- postavljanje granice solventnosti
- anticipiranje tržišnih promjena
- utemeljenost na principima
- održavanje financijske stabilnosti
- izbjegavanje procikličnosti regulatornih odredbi. (Europski parlament, 2021.)

Europsko tijelo za osiguranje i strukovno mirovinsko osiguranje (engl. *European Insurance and Occupational Pensions Authority* - EIOPA) kao financijska institucija Europske Unije provodi ciljeve Solventnosti II kroz tri stupa. Prvi stup predstavlja kvantitativne mjere kao što su granica solventnosti, minimalno potrebni kapital, vlastita sredstva, ulaganja, kapitalna oslobođenja, interni modeli, standardna formula, tehničke pričuve i vrednovanje ulaganja. Drugi stup odnosi se na kvalitativne mjere, odnosno proces nadzora i odnosi se na sustav upravljanja, internu kontrolu, upravljanje rizikom, stres testove, stalnu kontrolu izloženosti riziku i proces nadzora i supervizije. U sklopu drugog stupa se nadzornim tijelima također dostavljaju podaci o vlastitoj procjeni rizika i

solventnosti (engl. *Own Risk and Solvency Assessment* - ORSA). Treći stup bavi se provedbom tržišne discipline kroz izvještavanje, transparentnost poslovanja. (EIOPA, b.d.)

Ranije spomenuta granica solventnosti (engl. *Solvency Capital Requirement* - SCR) predstavlja razinu kapitala osiguravajućeg ili reosiguravajućeg društva s kojom je moguća apsorpcija skoro svih štetnih događaja, tj. preuzetih rizika. Minimalno potrebni kapital (engl. *Minimum Capital Requirement* - MCR) s druge strane predstavlja najnižu dopuštenu razinu kapitala društva. Razina MCR-a naspram razine SCR-a određena je od strane nadzornog tijela i u slučaju odstupanja propisuju se popravne mjere za osiguravajuća društva. (EIOPA, b.d.)

S obzirom na opseg ove regulative, proces usvajanja i implementacije Solventnosti II zahtijevao je provođenje Lamfalussyjevog procesa od četiri koraka koji je izvorno nastao u ožujku 2001. kako bi ubrzao i pospješio usvajanje regulatornih procesa u Europskoj Uniji, a ime je dobio po svom tvorcu i tadašnjem predsjedniku savjetodavnog odbora - Alexandreu Lamfalussyju. (European Commission, b.d.)

Tako su hrvatsko tržište osiguranja zajedno s djelokrugom i nadležnošću Hanfe regulirani s jedne strane delegiranim i provedbenim uredbama Europske Komisije i pripadajućim podzakonskim aktima, a s druge strane Zakonom o osiguranju i Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu. (Andrijašević i Petranović, 1999.)

Zakonom o osiguranju uređen je čitav niz područja unutar poslovanja osiguravajućih društava, a neka od njih su:

- zadovoljavanje uvjeta za osnivanje, poslovanje, nadzor i prestanak postojanja društava za osiguranje i društava za reosiguranje
- imenovanje i poslovanje ovlaštenog aktuara
- obavljanje unutarnje revizije i revizije društava za osiguranje i društava za reosiguranje
- ispunjavanje obveze izvještavanja
- upis u Registar posrednika i sporednih posrednika u osiguranju. (Hanfa, b.d.b)

Zakonom o obveznim osiguranjima u prometu uređena su obvezna osiguranja u prometu:

- osiguranje putnika u javnom prometu od posljedica nesretnog slučaja
- osiguranje vlasnika, odnosno korisnika vozila od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama
- osiguranje zračnog prijevoznika, odnosno operatora zrakoplova od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama i putnicima
- osiguranje vlasnika, odnosno korisnika brodice na motorni pogon, odnosno jahte od odgovornosti za štete nanesene trećim osobama. (Zakon o obveznim osiguranjima u prometu, 2014.)

Također, zakonima je definirano i regulirano poslovanje osiguravajućih društava za druge vrste osiguranja pa tako postoji Zakon o financijskom osiguranju, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakon o mirovinskom osiguranju i drugi.

3.3.1. Hrvatska Agencija za nadzor financijskih institucija

Kao što i sam naziv kaže, Hrvatska Agencija za nadzor financijskih institucija zadužena je za nadzor financijskih institucija pa time i osiguravajućih društava. To podrazumijeva provjeru poslovanja subjekata nadzora u skladu sa Zakonom kako bi se osiguralo sigurno, stabilno i učinkovito tržište osiguranja, a interesi osiguranika i korisnika osiguranja bili zaštićeni. Osim nadzora osiguravajućih društava, Hanfa je zadužena i za provođenje nadzora nad svim pravnim i fizičkim osobama koje sudjeluju u poslovima distribucije osiguranja i reosiguranja pa tako i nad Hrvatskim uredom za osiguranje. (Hanfa, b.d.c.)

Hanfa stoga provjerava spremnost subjekata nadzora za obavljanje poslova u postupku licenciranja prije izdavanja dozvole za rad te provjerava podliježu li propisanim zakonskim uvjetima. Također, ukoliko osobe žele postati distributeri osiguranja ili reosiguranja moraju se upisati u Registar posrednika i sporednih posrednika u osiguranju koji je u djelokrugu Hanfe i za što ona provodi i organizira ispita za provjeru stručnih znanja. Osim osiguravajućih društava i distributera, ovlašteni aktuari također moraju ispuniti Zakonom propisane uvjete i podzakonske akte kako bi dobili Hanfino odobrenje za obavljanje poslova. (Hanfa, b.d.d.)

Glavne nadzorne funkcije Hanfe su upoznavanje javnosti s ulogom i načinom funkcioniranja financijskog sustava razvijajući svijest o koristima i rizicima povezanih s različitim vrstama ulaganja i financijskog poslovanja. (Hanfa, b.d.c.)

Hanfini su glavni nadzorni ciljevi provjera zakonitosti, procjena sigurnosti i stabilnosti poslovanja društava za osiguranje kako bi se očuvala stabilnost financijskog sustava, a u provedbi svojih ciljeva rukovodi se načelima transparentnosti, izgrađivanja povjerenja među sudionicima financijskog tržišta i izvještavanja potrošača. (Hanfa, b.d.c.)

Kao nadzorna institucija, Hanfa provjerava i procjenjuje subjekte svog nadzora pa utvrđuje posluju li ona sukladno zakonskim i drugim propisima, imaju li uspostavljen ispravan i stabilan organizacijski ustroj i sustav upravljanja, osigurava li kapital i pokriva li rizike kojima društvo je ili bi moglo biti izloženo, jesu li spremni prilagoditi se nadolazećim gospodarskim izazovima (za što može zahtijevati provedbu prikladnih testova) i brojne druge važne ishode procjena. Svakako valja napomenuti kako je od iznimne važnosti uzeti u obzir učestalost i intenzitet obavljanja nadzora sukladno opsegu, prirodi i složenosti rizika pojedinog društva za osiguranje kako bi se postigla učinkovitost i adekvatnost nadzora. (Hanfa, b.d.d.)

Hanfa u procesu procjene društava za osiguranje nadzire provedbu ranije spomenute Direktive Solventnost II kao i ORSA, proces ulaganja, oblikovanje pričuva i njene dostatnosti kao i dostatnosti premije, usklađenost funkcija sa zakonskim odredbama, izloženost IT sustava, sustav za sprječavanje pranja novca, financiranja terorizma i brojne druge sastavnice poslovanja osiguravajućih društava. (Hanfa, b.d.b.)

4. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Zdravstveno osiguranje pripada skupini neživotnih vrsta osiguranja te je jedno od najznačajnijih i istaknutijih osiguranja uz životna osiguranja i osiguranja imovine. Ono ima ulogu financijske zaštite pojedinaca i obitelji kojima omogućuje pristup zdravstvenoj njezi onda kada im je najpotrebnije istovremeno ublažavajući financijsko opterećenje koje može nastati zbog neočekivanih medicinskih troškova. (Peng i Zhu, 2021.)

Police zdravstvenog osiguranja razlikuju se s obzirom na model zdravstvenog sustava koji se razlikuje od zemlje do zemlje: po obuhvaćenim pokrjećima, pogodnostima i drugim čimbenicima. U globalu, osiguranici obično plaćaju premiju osiguranja, a zauzvrat osiguravajuće društvo plaća dio ili punu cijenu pokrivenih medicinskih usluga, tretmana i lijekova ovisno o ranije nabrojanim čimbenicima.

S obzirom da je cilj ovog rada kreirati prvi u potpunosti digitalni proizvod zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj, potrebno se upoznati s poviješću razvoja zdravstvenih sustava, odnosno modela, i vrstama osiguranja koja ti sustavi podržavaju te trenutnim kretanjima na tržištu zdravstvenih osiguranja.

4.1. Povijesni presjek i karakteristike zdravstvenih sustava

Zdravstvo obuhvaća različite aspekte medicinske skrbi, usluga, istraživanja, tehnologije i administracije pa tako i karakteristike zdravstvenog sustava odražavaju raznolik raspon aktivnosti i sudionika uključenih u pružanje zdravstvene zaštite i promicanje javnog zdravlja. Neke od tih karakteristika su usmjerenost na čovjeka i njegovo zdravlje, stroga regulacija i nadzor od strane državnih regulatornih tijela radi održavanja etičkih i moralnih standarda, tehnološki napredak koji omogućuje bolje ili brže liječenje pacijenata u vidu novih ili poboljšanih lijekova i/ili opreme. Nadalje, zdravstvo podrazumijeva visoko kvalificiranu radnu snagu kao što su liječnici, medicinske sestre, tehničari i istraživači, a svakodnevna interakcija između takvih kadrova potiče istraživanja i inovacije, ali i raspravu o etičkim i moralnim načelima – zato je važno osigurati pravnu odgovornost liječnika i medicinskog osoblja za poštivanje privatnosti pacijenata i njihovih podataka kao i za etično i moralno postupanje tokom cijelog procesa liječenja – od prevencije bolesti do nakon smrti pacijenta. (Bovbjerg i Hadley, 2007.)

Specifičnosti zdravstvene industrije leže u kontinuumu skrbi koju je potrebno pružati korisnicima od preventivne skrbi do one akutne što podrazumijeva neizvjesnost koja u toj mjeri nije prisutna u drugim industrijama, a s obzirom na složenost ljudskih organizama zdravstveni sustav zahtjeva široku lepezu medicinskih pomagala, lijekova i drugih instrumenata za liječenje razolikih stanja i potreba pacijenata. (Jeffers i Baker, 2016.)

Ništa od toga ne bi bilo moguće bez građevinske infrastrukture pa su bolnice, klinike, ambulante, starački domovi i drugi centri za liječenje u većini zemalja izgrađeni od strane države. Uz državne zdravstvene ustanove nerijetko se grade i privatni bolnički centri koji doprinose ekonomskom boljitku države, a mogu polučiti i razvoj drugih ekonomskih grana kao što je na primjer zdravstveni turizam.

Dakle, zdravstveni sustav danas podrazumijeva čitav niz zanimanja i industrija koje surađuju i stvaraju sigurno, dinamično i evoluirajuće okruženje što utječe na način pružanja zdravstvene skrbi i pristupa koji je različit u svim dijelovima svijeta.

To nije uvijek bio slučaj i kroz povijest su se mijenjali oblici zdravstvenih sustava, a prva primjesa zdravstvenog sustava zabilježena je u trećem tisućljeću prije Krista u drevnoj Kini kada su nastajala različita udruženja, često obrtnika i trgovaca, koji bi udružili svoja sredstva kako bi pomogli potrebitima u bolesti ili u slučaju invaliditeta, što odražava temeljne vrijednosti zdravstvenog sustava i osiguranja – uzajamna zdravstvena i financijska pomoć. (Milcent, 2016.)

Sličan oblik pomoći nastavio se i u staroj Grčkoj i Rimu, a u sedmom stoljeću nakon Krista u organizaciji islamske zajednice osnivaju se prvi fondovi uzajamne pomoći pod nazivom „*aqila*“ ili „*sadaqah*“. Novac prikupljen u takve fondove služio je za pomoć članovima u potrebi, a uključivao je i troškove zdravstvene skrbi. (Buchanan, 2016.)

Prijateljska društva (engl. *friendly societies*) pojavljuju se u Engleskoj tijekom 17. stoljeća. Članovi društva uplaćivali bi redovite doprinose, a ukoliko obole ili im se dogode druge nesreće dobili bi financijsku potporu – zdravstveno osiguranje tada polako dobija svoje obrise. (Bump, 2015.)

Nešto kasnije, točnije 1798. godine, vlada Sjedinjenih Američkih Država osniva Marine Hospital Service, odnosno bolničku službu namijenjenu za pružanje skrbi pomorcima koja

kasnije prerasta u Javno zdravstvo (engl. *Public Health Service*) pa se smatra ranim oblikom zdravstvenog osiguranja za neke skupine radnika. (Bump, 2015.)

Ipak, tek u 19. stoljeću zdravstveno osiguranje poprima oblik kakvog poznajemo danas – pružanje unaprijed plaćene medicinske usluge svojim članovima – i nastavlja se razvijati kroz 20. stoljeće, na što je ponajviše utjecao razvoj komercijalnih društava za zdravstveno osiguranje te organizacija zdravstvenih sustava s Državom kao glavnim pokretačem. (Bump, 2015.)

4.2. Proizvodi zdravstvenog osiguranja

Proizvodi zdravstvenog osiguranja razlikuju se s obzirom na odabrani model financiranja zdravstvenog sustava koji je različit ovisno o zemlji i potrebama građana. Sukladno tome, postoje tri generalna modela financiranja: Bismarckov, Beveridgeov i tržišni. (OECD, 2011.)

Na tablici 3 prikazane su karakteristike prethodno navedena tri modela financiranja zdravstvenih sustava gdje su vidljive njihove sličnosti, a ponajviše razlike.

Tablica 3 Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

| Model | Pokrivenost | Financiranje | Kontrola | Status |
|-------------|-------------|----------------------|-------------|------------------|
| Beveridgeov | univerzalna | porezno | javna | socijalna usluga |
| Bismarckov | univerzalna | socijalno osiguranje | kombinirana | socijalno pravo |
| Tržišni | djelomična | privatno osiguranje | privatna | osigurani rizici |

Izvor: Kovač (2013.)

4.2.1. Bismarckov model

Nazvan prema Pruskom kancelaru Ottu Von Bismarcku 1883. godine, ovaj model je i danas prisutan u Njemačkoj, a temelji se na obveznom i univerzalnom socijalnom osiguranju te načelima solidarnosti i uzajamnosti. Osim Njemačke, brojne druge europske zemlje usvojile su ovaj model uz prilagodbu koju je zahtijevala državna ekonomija, demografska slika i druge odrednice. Neke od tih zemalja su Francuska, Austrija, Češka, Belgija i Luksemburg. (Chung, 2017.)

Bismarckov model podrazumijeva financiranje zdravstvenog sustava putem prikupljenih poreza, to jest doprinosa, koje plaća radno aktivno stanovništvo, a koju je odredila vlada ili

neko drugo, nevladino tijelo. Tako prikupljena sredstva odlaze u Fond zdravstvenog osiguranja koje je neovisno, neprofitno, u javnoj ili privatnoj organizaciji i strogo regulirano državnim propisima, a sredstva se koriste za pružanje zdravstvene zaštite svim državljanima. Upravo zbog toga što samo radno aktivno stanovništvo sudjeluje u financiranju sustava primarne zaštite, ovaj model nije najučinkovitiji u zemljama koje imaju velik broj nezaposlenih ili negativne demografske trendove kao što su emigracija mladog, radno sposobnog stanovništva i posljedično veći udio starog stanovništva. (Bundesministerium für Gesundheit, b.d.)

Osigurateljno pokriće ovog modela temelji se na dva stupa: obveznom zdravstvenom osiguranju (njem. *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) i privatnom zdravstvenom osiguranju (njem. *Private Krankenversicherung* - PKV). U obveznom zdravstvenom osiguranju moraju sudjelovati svi zaposleni državljani koji ne zadovoljavaju kriterije za ugovaranje privatnog zdravstvenog osiguranja. Sudjeluju uplaćivanjem doprinosa zajedno s poslodavcem, a postoji i mogućnost ugovaranja kombinacije ovih osiguranja kada privatno zdravstveno osigurane postaje dopuna obveznom. Sukladno tome, osiguravajuća društva u Njemačkoj isključivo prodaju police privatnog zdravstvenog osiguranja i njegove varijacije ukoliko se radi o kombinaciji obveznog i privatnog osiguranja. (Bundesministerium für Gesundheit, b.d.)

4.2.2. Beveridgeov model

Stotinjak godina nakon nastanka Bismarckovog modela, točnije 1948. godine, Lord William Beveridge osmislio je model financiranja zdravstvenog sustava putem poreza – izravnih (plaćaju pojedinci i tvrtke) i neizravnih (od prodaje roba i usluga). Država kasnije određuje koliko će prikupljenih sredstava pripasti zdravstvu. Upravo zato kod ovog modela postoje kritične točke poput adekvatnosti političara za donošenje uravnoteženog proračuna te potrebe za privatnim financiranjem zbog čestog rasta troškova zdravstvenih usluga. (Chung, 2017.)

Osim u Ujedinjenom Kraljevstvu, ovakav ili sličan model financiranja prisutan je u Irskoj Italiji, Grčkoj, Portugalu, Španjolskoj i Kanadi. (Chung, 2017.)

Tako primjerice u Španjolskoj svi državljani imaju pristup uslugama javnog zdravstva, kao i oni koji se u državi zadržavaju kraći vremenski period pa uplaćuju doprinose za socijalno osiguranje. (Allianz, b.d.)

Osiguravajuća društva u Španjolskoj tako primjerice nude samo ugovaranje privatnog zdravstvenog osiguranja kako bi se izbjeglo čekanje, u slučaju prijelaznog perioda registracije u javno zdravstveni sustav ili za dobivanje vize kao privremeno rješenje. (Allianz, b.d.)

4.2.3. Tržišni model

Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava temelji se na privatnom osiguranju, odnosno, pojedinci su zaduženi za plaćanje premije kod odabranog osiguravajućeg društva i zauzvrat dobivaju zdravstvenu zaštitu za ugovorena pokrića u dogovorenom trajanju. Ovakav sustav podrazumijeva nepravедnost i česte financijske nesuglasice između bolnica, osiguranika i osiguratelja te otežanu administraciju za osiguranike. (Hoffman i Paradise, 2008.)

Mogući proizvodi zdravstvenog osiguranja ovog modela su obvezno privatno zdravstveno osiguranje (koje je zaživjelo samo u Nizozemskoj), dobrovoljno privatno (s najširoom primjenom u Sjedinjenim Američkim Državama), posjedovanje osobnog računa medicinske štednje i izravno plaćanje izvršenih zdravstvenih usluga. (Hoffman i Paradise, 2008.)

U SAD-u odrasli s izrazito niskim primanjima, djeca, trudnice ili osobe starije životne dobi mogu ostvariti pravo na pristup sredstvima javnog zdravstvenog osiguranja (Medicaid i slični programi), ali su ta sredstva često ograničena i ne pokrivaju sve slučajeve pa se savjetuje paralelno ugovaranje privatnog zdravstvenog osiguranja koje svakako moraju ugovoriti svi koji ne pripadaju gore navedenim skupinama. Iz tog je razloga tržište zdravstvenog osiguranja u SAD-u iznimno razvijeno, pojedinci mogu birati između mnoštva različitih razina pokrića, individualnog ili obiteljskog plana, liječenja u ustanovama umreženima s osiguravajućim društvom ili van njih, osiguranja koja pokrivaju različite vrste lijekova i brojnih drugih aspekata. Dakle, radi se o tržištu osiguranja koje svoje proizvode prilagođava potrebama korisnika. (Hoffman i Paradise, 2008.)

4.2.4. Financiranje zdravstva u Republici Hrvatskoj i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO)

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske obavlja upravne poslove zdravstvene zaštite i posjeduje široke ovlasti među kojima je i upravni nadzor nad radom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu HZZO) i drugih tijela zdravstvenog sustava. Djelokrug HZZO-a je širok, a obuhvaća upravljanje obveznim zdravstvenim osiguranjem, savjetuje ministra zdravstva, obavljanje poslova ugovaranja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama i niz drugih djelatnosti. Temeljna načela HZZO-a su načela uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. (HZZO, b.d.)

Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava najbližije je Bismarckovom modelu, ali sadrži tragove Beveridgeova u vidu prikupljanja sredstava iz doprinosa, ali i iz poreza. Pa tako HZZO ostvaruje prihode iz doprinosa koji iznose 16,50% na plaće radno aktivnog stanovništva za obvezno zdravstveno osiguranje, ali i iz proračuna Republike Hrvatske kojim se financiraju doprinosi za nezaposlene, korisnike mirovina, branitelje i druge Zakonom definirane osobe, međutim, takvi prihodi su definirani limitom. (HZZO, b.d.)

U Hrvatskoj je moguće ugovoriti obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a dobrovoljno zdravstveno osiguranje dijeli se na dopunsko, dodatno i privatno. Dopunsko osiguranje smatra se nadopunom obveznog osiguranja jer oslobađa troškova zdravstvene zaštite koji nisu pokriveni obveznim osiguranjem, a troškovi mogu dosegnuti maksimalan iznos od okvirno 265,00 €. U Hrvatskoj se dopunsko zdravstveno osiguranje može ugovoriti preko HZZO-a, ali i preko osiguravajućih društava koji se bavi poslovima neživota. Dodatno pak osiguranje nudi širi spektar zdravstvene zaštite kao što su specijalistički pregledi, dijagnostičke obrade i sistematski pregled, a za što nije potrebna uputnica, izbjegavaju se duge liste čekanja i osiguranici mogu sami birati liječnika i ustanovu. Dodatno osiguranje moguće je ugovoriti samo kod osiguratelja pa se paketi i pogodnosti uvelike razlikuju. (HZZO, b.d.)

Ovakav sustav je često neodrživ i zahtjeva racionalizaciju te smanjenje javnih izdataka, poglavito zbog odlaska mladih jer se smanjuje broj radno sposobnog, tj. aktivnog stanovništva koje prima plaću, a time i doprinose za zdravstveno i mirovinsko osiguranje.

4.3. Kretanje na tržištu zdravstvenog osiguranja

S obzirom da se zdravstveni sustavi i sustavi zdravstvenog osiguranja uvelike razlikuju, čak i među zemljama s istim modelom financiranja, fokus će u ovom dijelu rada biti na kretanje tržišta zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj.

Bruto premija zdravstvenog osiguranja u posljednjih se pet godina skoro pa udvostručila, a 2022. godine je bila 11,57% veća nego 2021. Kako se premija kretala posljednjih godina, vidljivo je u tablici 3. Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja se u dvanaest godina (između 2006. i 2017.) za udvostručenje povećala za 120%, a od 2017. do 2022. povećala se za 60% što bi mogli značiti da će se premija od 2017. udvostručiti i brže nego je to bio slučaj za premiju iz 2006. godine. Osim iznosa premije, konstantan je rast premije zdravstvenog osiguranja u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji, odnosno 2022. je udio bio 120% veći od udjela 2006. godine.

Najveći dio premije zdravstvenog osiguranja predstavlja čini zdravstveno osiguranje sa 66,57% za koje postoji visok potencijal rasta. Prognozira se nastavak pozitivnog trenda rasta s obzirom na povećanje cijena medicinskih usluga u obveznom i dodatnom zdravstvenom osiguranju, ali i na plan povećanja minimalnog i maksimalnog iznosa sudjelovanja u dopunskom zdravstvenom osiguranju

Tablica 4 Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022.

| Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022. | Zaračunata bruto premija u (000€) | % promjene | Udio u ukupnoj ZBP |
|--|-----------------------------------|------------|--------------------|
| 2006. | 29.394 | 18,30% | 2,71% |
| 2007. | 33.427 | 13,72% | 2,78% |
| 2008. | 37.323 | 11,66% | 2,90% |
| 2009. | 35.990 | -3,57% | 2,88% |
| 2010. | 34.336 | -4,60% | 2,80% |
| 2011. | 33.864 | -1,37% | 2,79% |
| 2012. | 31.677 | -6,46% | 2,64% |
| 2013. | 33.106 | 4,51% | 2,75% |
| 2014. | 36.942 | 11,59% | 3,25% |
| 2015. | 43.703 | 18,30% | 3,77% |
| 2016. | 54.311 | 24,27% | 4,67% |
| 2017. | 64.747 | 19,22% | 5,39% |
| 2018. | 69.011 | 6,59% | 5,28% |
| 2019. | 80.427 | 16,54% | 5,78% |
| 2020. | 84.182 | 4,67% | 6,06% |
| 2021. | 93.362 | 10,90% | 6,01% |
| 2022. | 104.164 | 11,57% | 6,19% |

Izvor: HUU (2023.a)

Broj osiguranja u 2022. godini iznosi je 405.045 za dopunsko osiguranje, odnosno 205.378 za dodatno osiguranje dok je ukupan broj ugovorenih ostalih dragovoljnih zdravstvenih osiguranja bio 22.607. Točnije, dodatno zdravstveno osiguranje, odnosno dopunsko zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda zdravstvenih usluga, čini 32,54% zaračunate bruto premije zdravstvenog osiguranja, a ostala dobrovoljna (dragovoljna) zdravstvena osiguranja ostatak od 1,89%. (HUO, 2023.a)

Tablica 5 Zaračunata bruto premija i broj osiguranja zdravstvenog osiguranja za 2022.

| šifra | vrsta osiguranja | Zaračunata bruto premija osiguranja (€) | Broj osiguranja |
|-------|--|---|-----------------|
| 02.01 | Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti | 0 | 0 |
| 02.02 | Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja | 68.298.940 | 405.045 |
| 02.04 | Dopunsko zdravstveno osiguranje većega opsega prava i većeg standarda zdravstvenih usluga kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje | 33.898.470 | 205.378 |
| 02.06 | Privatno zdravstveno osiguranje | 0 | 0 |
| 02.99 | Ostala dragovoljna zdravstvena osiguranja | 1.966.338 | 22.607 |
| | Ukupno 02 | 104.163.748 | 633.030 |

Izvor: HUO (2023.a)

Likvidiranih šteta je u ukupnoj zaračunatoj premiji bilo više nego u 2021. godini radi posljedica pandemije i povećanja cijena medicinskih usluga do čega je došlo uslijed inflacije. Tako je Hrvatska liječnička komora u srpnju 2022. objavila Cjenik minimalnih cijena medicinskih usluga na kojem je vidljivo povećanje minimalnih cijena za, u prosjeku, više od 35%, a zdravstvenim je ustanovama određen rok od jedne godine za usklađivanje svojih cjenika s onim Hrvatske liječničke komore. U tablici 5 vidljivo je da se najveći broj likvidiranih šteta odnosio na dopunsko zdravstveno osiguranje s 5.622.478 šteta (95,61%), dok se u sklopu dodatnog osiguranja likvidiralo 257.486 šteta (4.38%), odnosno 556 šteta (0.01%) za ostala dragovoljna zdravstvena osiguranja. (HUO, 2023.a) Broj likvidiranih

šteta proporcionalno odgovara broju ugovorenih pokrića, ali i osiguranim slučajevima koji su pokriveni pojedinim osiguranjem.

S obzirom na rast cijena medicinskih usluga, bruto iznos likvidiranih šteta povećao se za 18,1% u odnosu na 2021. godinu (vidljivo u tablici 6) što je veći rast nego je ostvarila zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja, odnosno, ona je rasla za 11,6%.

Tablica 6 Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022.

| Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022. | Likvidirane štete, bruto iznosi (000€) | % promjene | Udio u neživotnim osiguranjima | Udio u ukupnim štetama |
|--|--|------------|--------------------------------|------------------------|
| 2006. | 16.749 | 13,90% | 3,60% | 3,21% |
| 2007. | 21.412 | 27,84% | 4,44% | 3,78% |
| 2008. | 24.080 | 12,46% | 4,64% | 3,95% |
| 2009. | 27.470 | 14,08% | 5,38% | 4,33% |
| 2010. | 25.510 | -7,14% | 5,72% | 4,37% |
| 2011. | 25.874 | 1,43% | 5,96% | 4,27% |
| 2012. | 24.429 | -5,58% | 5,73% | 3,97% |
| 2013. | 21.596 | -11,60% | 5,22% | 3,48% |
| 2014. | 20.769 | -3,83% | 5,43% | 3,55% |
| 2015. | 26.546 | 27,82% | 6,80% | 4,36% |
| 2016. | 33.721 | 27,03% | 8,68% | 5,34% |
| 2017. | 33.191 | -1,57% | 8,19% | 4,90% |
| 2018. | 39.037 | 17,61% | 9,06% | 5,30% |
| 2019. | 42.485 | 8,83% | 8,83% | 5,36% |
| 2020. | 42.103 | -0,90% | 8,43% | 4,84% |
| 2021. | 47.853 | 13,66% | 8,36% | 4,93% |
| 2022. | 56.515 | 18,10% | 9,44% | 5,51% |

Izvor: HUU (2023.)

Iako je zaračunata bruto premija zabilježila manji rast od likvidiranih šteta u odnosu na prošlu godinu, ona je skoro dvostruko veća u odnosu na iznos likvidiranih šteta, točnije, zaračunata bruto premija za 2022. godinu iznosi 106.164.000,00 € dok likvidirane štete iznose 56.515.000,00 € kao što je prikazano u tablici 6. (HUU, 2023.a)

Tablica 7 Broj i iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja za 2022.

| šifra | vrsta osiguranja | Likvidirane štete bruto (€) | Broj šteta |
|-------|---|--------------------------------|------------------|
| 02.01 | Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti | -5.362 | 0 |
| 02.02 | Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja | 36.548.946 | 5.622.478 |
| 02.04 | Dopunsko zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda zdravstvenih usluga kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje | 19.356.261 | 257.486 |
| 02.06 | Privatno zdravstveno osiguranje | 0 | 0 |
| 02.99 | Ostala dragovoljna zdravstvena osiguranja | 615.029 | 556 |
| | Ukupno 02 | 56.514.874 | 5.880.520 |

Izvor: HUU (2023.)

Očekuje se daljnji rast tržišta dodatnog zdravstvenog osiguranja i direktnih plaćanja zdravstvenih usluga privatnim bolnicama (ustanovama) zbog sve izraženijih nedostataka obveznog zdravstvenog osiguranja i dugih lista čekanja. Dodatno se potiče preventivno liječenje i dijagnostika kroz porezno priznate troškove za poslodavce od 1. siječnja 2020. godine za ugovaranje dodatnog zdravstvenog osiguranja za zaposlenike. (HUU, 2023.a) Preventiva i rana dijagnostika uvelike mogu rasteretiti zdravstveni sustav te istovremeno ojačati konkurenciju među osigurateljima, ali i razbuditi tržište zdravstva, posebice privatnog sektora.

5. DIGITALIZACIJA POSLOVANJA OSIGURAVAJUĆIH DRUŠTAVA

Tržište osiguranja dugo je održavalo *status quo* kada je riječ o poslovanju. Tomu je, između ostalog, doprinijela i stroga regulacija, a posljedično veliki kapitalni zahtjevi i složenost proizvoda čineći tako barijeru za ulazak novih igrača koji bi unijeli promjene na ustaljeno tržište osiguratelja. (Boyer i Nyce, 2011.)

Ipak, osiguratelji imaju prednost kada je riječ o digitalizaciji u odnosu na ostale industrije zahvaljujući svojoj bazi klijenata, njihovim osobnim podacima i distribucijskoj moći. (Löffler et al., 2016.) Među prvima su tu prednost uočila InsurTech start-up poduzeća i u potpunosti iskoristili analitiku velikih podataka (engl. *Big Data*) kako bi procjenjivali, prognozirali i optimizirali rizik. (Bohn, 2018.) Stoga je bilo važno da se i ostatak tržišta osiguranja što prije prilagodi digitalizaciji i integrira nove digitalne inovacije kako bi opstali na tržištu i pružili svojim korisnicima zadovoljavajuću uslugu i ostali konkurentni. (Cappiello, 2020.)

Scheuffel (2017.) govori kako je InsurTech zasebna grana FinTecha jer, kako ističe Schmidt (2018.), novi poslovni model osiguratelja zahtjeva korištenje tehnologija četvrte industrijske revolucije kao što je računalstvo u oblaku, telematika, internet stvari (engl. *Internet of things* - IoT), Blockchain tehnologija, umjetna inteligencija i prediktivno modeliranje.

Digitalizacija je, očekivano, predstavljala i još uvijek predstavlja izazove za regulatorna tijela pa su se tako politika i zakon o tržišnom natjecanju morali prilagoditi, a tradicionalni alati analize tržišta preispitati jer se poslovna strategija digitalnih platforme uvelike razlikuje od poslovne strategije tradicionalnih poduzeća. Neki od rizika s kojima se tržište osiguranja također suočilo pri digitalizaciji su iziskivanje visoke razine kolaboracije s informatičkim sektorom pa posljedično narušavanje visoke razine sigurnosti korporativnih podataka. (Franc, 2020.)

Osim izazova, digitalizacija nudi niz poboljšanja i novih mogućnosti organizacije sustava poslovanja kao što su smanjenje asimetričnih informacija, precizniji izračun cijena za svakog pojedinačnog osiguranika i poboljšano upravljanje rizicima. (Cappiello, 2020.)

Način na koji prethodno navedeni tehnološki alati mogu optimizirati svaki pojedini dio lanca vrijednosti osiguravajućeg društva – od razvoja proizvoda, preko cijene osiguranja, prodaje i distribucije pa do upravljanja imovinom i rizicima – vidljivo je u tablici 8. (Eling i Lehmann, 2018.)

Tablica 8 Digitalizacija lanca vrijednosti osiguravajućih društava

| Aktivnosti lanca vrijednosti | Alati | Utjecaj na lanac vrijednosti osiguratelja |
|--------------------------------|---|--|
| Dizajn i razvoj proizvoda | <ul style="list-style-type: none"> ● Big Data ● IoT ● Blockchain | <ul style="list-style-type: none"> ● bihevioralno prikupljanje detaljnih podataka i razvoj personalizirane usluge ● inovacija proizvoda/usluga ● diverzifikacija proizvoda/usluge ● telematika može smanjiti postojeće povezane rizike, ali i stvoriti nove, kao što je cyber rizik |
| Cijena osiguranja | <ul style="list-style-type: none"> ● Big Data ● umjetna inteligencija ● IoT ● Blockchain ● računalstvo u oblaku | <ul style="list-style-type: none"> ● prediktivna i evaluativna analitika ● smanjenje asimetrije informacija ● preciznija procjena rizika ● više mogućnosti prevencije rizika ● moguća preciznija segmentacija potaknuta većim mogućnostima obrade ● određivanje cijena primjerenijih riziku ● digitalna pohrana osobnih ugovornih podataka |
| Prodaja i distribucija | <ul style="list-style-type: none"> ● Big Data ● računalstvo u oblaku ● chatbot ● umjetna inteligencija ● društvene mreže ● mobilni uređaju ● internetske stranice i aplikacije | <ul style="list-style-type: none"> ● veća raširenost informacija na tržištu ● digitalna pohrana podataka ugovornih podataka ● povećanje broja policica koje se mogu kupiti putem interneta ● povećana uključenost kupaca u proces prodaje ● inovacija i diversifikacija prodajnih kanala ● ulazak InsurTech start-up poduzeća na tržište osiguranja sa susjednih tržišta ● manje angažmana „licem u lice“ |
| Upravljanje policama i štetama | <ul style="list-style-type: none"> ● Big Data ● umjetna inteligencija ● Blockchain | <ul style="list-style-type: none"> ● preciznija procjena šteta ● smanjenje prijevara ● automatiziran obračun i isplata šteta ● mogućnost potraživanja štete i digitalno praćenje procedure ● smanjenje vremena obrade |

Izvor: Cappiello (2020.)

Digitalizacija je najviše odjeknula u segmentu neživotnih osiguranja (auto osiguranje, osiguranje imovine, putno osiguranje...) upravo kroz upotrebu velikih podataka i telematike. (Pain, 2014.)

5.1. Digitalizacija procesa, podataka, komunikacije i ostalih dijelova poslovanja

Status quo osiguravajućeg tržišta postao je neodrživ kada su osiguravajuća društva morala nastaviti svoje poslovanje u doba digitalizacije i tehnoloških inovacija. U ime opstanka, tržište osiguranja je moralo prilagoditi svoje poslovanje zahtjevima kupaca i okoline. (Sućec, 2017.)

Kako bi proces digitalizacije bio jasnije prikazan, Cappiello (2020.) je u skladu s tvrdnjama Elinga i Lehmana (2018.) predložila tri široke kategorije promjena koje su se dogodile ili će se tek dogoditi u svijetu osiguranja, a koje će utjecati na pojedine segmente poslovanja osiguravajućih društava:

1. nove tehnologije koje mijenjaju način na koji osiguratelji i kupci komuniciraju (npr. društveni mediji, chatbotovi i robo-savjetnici)
2. nove tehnologije koje se mogu koristiti za automatizaciju, standardizaciju i poboljšanje djelotvornosti i učinkovitosti poslovnih procesa (npr. online prodaja i digitalne nagodbe potraživanja)
3. nove tehnologije koje stvaraju prilike za modificiranje postojećih proizvoda (npr. telematika) i razvoj novih (npr. cyber osiguranje).

Za digitalnu transformaciju korištene su moderne tehnologije kao što su:

1. Big Data — koristi se velike količine informacija za segmentaciju tržišta i personalizaciju te se na njima temelji financijska analitika, smanjuju se prijevare, otkrivaju novi pokretači i poboljšavaju procesi namirenja potraživanja
2. Blockchain — koristi se za dijeljenje podataka, uštedu troškova, povećanje povjerenja u online proizvode, digitalne police, pametne ugovore i upravljanje potraživanjima
3. umjetna inteligencija – koristi se za automatizaciju procesa, upravljanje portfeljem, kreditnu analizu, strojnu obuku za sprječavanje prijevara, preuzimanje rizika i upravljanje gubicima te procjena rizika
4. IoT — koristi se za individualizaciju i uključivanje u medicinsko, osobno i auto osiguranje s novim izvorima informacija (alati za biometrijski nadzor, senzori za kontrolu objekata i geolokacijski sustavi). (Pantelieieva et al., 2021.)

U nastavku će se istaknuti pozitivni ishodi digitalne transformacije promatrajući transformaciju iz perspektive podataka, procesa ili komunikacije.

5.1.1. Digitalizacija podataka i analitike

Digitalizacija podataka je proces koji je svako tradicionalno poduzeće moralo proći u svrhu modernizacije poslovanja i prilagodbe na novi *modus operandi*. Između ostalih, i osiguravajuća društva morala su digitalizirati svoje podatke kako bi zadovoljili potrebe i uvjete svojih korisnika, ali i prilagodili se tržištu te ostali konkurentni.

Osiguranja imaju prednost pred ostalim industrijama jer već posjeduju podatke svojih korisnika. Velika količina podataka im omogućuje i prednost pri obradi podataka. (McKinsey, 2018.) Poboljšana obrada digitaliziranih podataka u stvarnom vremenu omogućuje eliminaciju ljudske interakcije te već navedeno otkrivanje prijevare, njihovu prevenciju i olakšanu prijavu šteta. Smanjuje se korisnikovo vrijeme čekanja na prijavu štete i obradu zahtijeva korištenjem umjetne inteligencije koja u nekim slučajevima može napraviti procjenu umjesto procjenitelja, a osiguratelj snosi manje troškove odštete u odnosu na tradicionalno poslovanje zbog smanjenja administrativnih troškova i smanjenjem ukupnog iznosa odštete u slučaju prevencije prijevare. (Cappiello, 2020.)

Za prevenciju prijevara koriste se alati kao što su pametna analitika, prediktivno modeliranje i umreženi telematički uređaji koji prediktivno i u stvarnom vremenu određuju razinu rizika u odnosu na tradicionalne aktuarske (statističke) modele koji izračun cijene police osiguranja koriste analize povijesnih podataka, a koriste se i za izračun pričuva šteta. (OECD, 2020.) Osiguravajuća društva ovom poslovnom praksu tako mogu na učinkovitiji način upravljati svojim raspoloživim resursima i ulagati u investicije s većom stopom povrata nego što to mogu koristeći tradicionalni model poslovanja. (Cappiello, 2020.)

Digitalizirani podaci omogućili su korištenje modela strojnog učenja koji analiziraju velike količine podataka kao što su povijesni podaci o pretraživanju, informacija o osiguranicima i vanjske čimbenike kao što su vremenske prilike i ekonomski pokazatelji. Na temelju tih podataka algoritmi umjetne inteligencije predviđaju vjerojatnost nastanka osiguranog događaja što pomaže određivanju premije i može pomoći pri organizaciji preventivnih programa kojima bi se ta vjerojatnost smanjila. (OECD, 2021.)

Ranije spomenuta pametna analitika predstavlja izraz za opisivanje sustavne upotrebe strukturiranih i nestrukturiranih podataka o korisnicima koji se prikupljaju putem senzora i pametnih uređaja i koji se računalnim putem grupiraju s obzirom na njihove ponavljajuće osobine. Kasnijom analizom tako prikupljenih podataka određuje se prisutna razina rizika. Prikupljanje podataka putem telematičkih uređaja najčešće se koristi kod proizvoda osiguranja vozila i zdravstvenog osiguranja poput ponašanja u vožnji i zdravstvenih metrika osiguranika. (Cappiello, 2020.)

Primjer poduzeća koje je aktivno primijenilo takav model je Progressive osiguranje u sklopu Snapshot programa gdje svoje korisnike nagrađuje za odgovornu vožnju, a na svojim web stranicama tvrde kako su do sada podijelili 1,2 milijarde dolara popusta odgovornim vozačima. (Progressive, b.d.)

5.1.2. Digitalizacija procesa

Evolucija nas je naučila da ne preživljavaju uvijek najjači, već oni koji najbolje reagiraju i prilagođavaju se promjenama. S tim u skladu, osiguratelji su morali prilagoditi svoje sustave kako bi oni postali brži i jednostavniji i tako pristupili nizu novih mogućnosti. . (McKinsey, 2018.)

Pored već navedenih transformacija osiguravajuća društva su pojednostavljivanjem svojih procesa ubrzali proces izdavanja police, obrade štete i pristupa korisničkoj službi što ima za posljedicu poboljšano korisničko iskustvo. U tu svrhu koristili su se tehnologijama poput umjetne inteligencije i računskog učenja kako bi automatizirali procese, a korisnici brže došli do informacija korištenjem chatbot-ova i virtualnih asistenata, dok je za automatizaciju ponavljajućih zadataka, reduciranje ručnog rada i eliminaciju ljudske pogreške korištena robotska automatizacija procesa (engl. *Robotic Process Automation* -RPA). Ova se inovacija posebice pokazala korisnom u vrijeme COVID-19 pandemije kada su mogli svojim korisnicima pružiti virtualne konzultacije i obrađivati štete na daljinu time održavajući kontinuitet pružanja usluga. (McKinsey, 2018.)

Nadalje, kako bi sačuvali korisnike bilo je važno omogućiti sigurnost i privatnost njihovih podataka pa su ulagali u kibernetičku sigurnost koristeći se Blockchain tehnologijom i računalstva u oblaku čime su omogućili sigurno pohranjivanje i pristup velikim količinama podataka u skalabilnoj IT infrastrukturi. (McKinsey, 2018.)

Temeljne značajke blockchaina su decentraliziranost i distribuirani sustav knjiga te nepromjenjivost koja osigurava da se jednom zabilježeni podaci ne mogu mijenjati ili brisati bez suglasnosti svih sudionika mreže. Zbog toga su pridržavanje ugovora o osiguranju i evidencija šteta zajamčene, a povjerenje neupitno. (Politou et al., 2019.)

Osim održavanja razine zadovoljstva postojećih klijenata bilo je važno privući nove klijente što su sada mogli činiti putem različitih digitalnih kanala poput društvenih mreža, mobilnih aplikacija, web-mjesta i drugih. (McKinsey, 2018.)

5.1.3. Digitalizacija komunikacije

Tradicionalni prodajni kanali, kao što su agenti i brokери, digitalnom su transformacijom komunikacijskih kanala dobili konkurenciju u vidu pozivnih centara (engl. *call center*), mobilnih aplikacija i prodaje putem interneta. Osiguratelji su se počeli služiti novim kanalima iz više razloga – smanjenje troškova, zadržavanje postojećih i privlačenje novih kupaca (poglavito mladih) i mogućnost primjene bolje cjenovne politike. (Bhattad, 2012.)

Korištenje više kanala za uspostavljanje dvostruke komunikacije s korisnicima naziva se više-kanalnost (engl. *omnichannel*) i prepoznato je u većini industrija kao način za povezivanje više kanala koji se međusobno mogu podupirati i nadopunjavati kao npr. korisnička služba koja je podržana digitalnom tehnologijom kroz korištenje društvenih i komunikacijskih mreža, e-maila i sličnih aplikacija. (Knott i White, 2015. u Mihelja Žaja, Milanović Glavan i Grgić, 2020.) Korištenjem digitaliziranih distribucijskih kanala smanjuje se vrijeme interakcije, ali ona postaje učinkovitija i može se pažljivije upravljati odnosima s kupcima (Cappiello, 2020.), a digitalni sustavi za upravljanje odnosima s klijentima (engl. *customer relationship management* - CRM) dodatno olakšavaju prodaju i omogućuju agentima poboljšano pružanje korisničke usluge. (Harrington, 2015.)

Kako vrijeme bude odmicalo tako će se osiguratelji morati prilagođavati novim generacijama klijenata kako bi održavali razinu konkurentnosti i prodajne ciljeve, a glavni cilj morat će im biti dostupnost klijentu u stvarnom vremenu kako bi mu pružili ispravne informacije o proizvodima, mogli prodati policu ili prijaviti štetu, a po mogućnosti i riješiti ju. (Mihelja Žaja, Milanović Glavan i Grgić, 2020.)

5.2. Kreiranje u potpunosti digitalnih proizvoda

Iako danas postoji mnoštvo potpuno digitalnih proizvoda i osiguravajućih društava, teško je odrediti kada je točno nastao prvi potpuno digitalni proizvod i/ili osiguravajuće društvo. Postupak prelaska iz tradicionalnog u digitalno osiguranje tekao je od kraja 90.-ih kada je Esurance (osiguravajuće društvo koje je osnovano 1998. godine) počelo 1999. godine nuditi korisnicima izračun cijene osiguranja, kupovinu online police i upravljanje svojim računom na svojoj web stranici umjesto putem prodajnih agenata i odlaska u poslovnicu. (Esurance, b.d.)

Početkom 2000.-ih američko osiguravajuće društvo American International Group, inc. nudi svojim postojećim i potencijalnim korisnicima mogućnost kupovine potpuno digitalne police putnog osiguranja. Istovremeno su ideju zasigurno imala i druga osiguravajuća društva i za različite, jednostavnije proizvode osiguranja, ali se Esurance i American International Group smatraju jednim od pionira u ovoj prekretnici za tržišta osiguranja. Ovom su inovacijom uvidjeli koristi od digitalne ponude i prodaje kao što je širenje svoje baze klijenata i pojednostavljenje procesa kupnje osiguranja. (AIG, b.d.)

Nakon putnog osiguranja, sredinom 2000.-ih, digitalizaciju su doživjeli i proizvodi osiguranja automobila i imovine. Krajem tog desetljeća i početkom 2010.-ih započeo je razvoj mobilnih aplikacija uz pomoć kojih su osiguratelji pružili svojim korisnicima stalan pristup informacijama o policama i štetama kao i mogućnost prijave štete i komunikaciju s osigurateljem. U svoje procese su integrirali naprednu analitiku podataka i umjetnu inteligenciju što im je omogućilo preciznije određivanje rizika, personaliziranu cijenu i poboljšano korisničko iskustvo u cjelini. (Insurance Information Institute, b.d.)

U to vrijeme započela je ubrzana digitalna transformacija diljem svijeta paralelno su se događale tektonske promjene u svim sferama ove industrije, ali pravi pomak dogodio se 2015. godine kada nastaje Lemonade – u potpunosti digitalno osiguravajuće društvo. Lemonade je nastao u Izraelu, i kao jedan od InsurTech start-up pionira koristio je umjetnu inteligenciju i bihevioralnu ekonomiju kako bi pojednostavio proces osiguravanja i rješavanja šteta. Nedugo nakon osnutka, Lemonade je preselio svoje sjedište u SAD zbog većih mogućnosti za rast i razvoj. (Lemonade, b.d.a)

Na početnoj stranici korisničkog sučelja (engl. *user interface* - UI) web stranice Lemonade osiguranja komunicira se: „Zaboravite sve što znate o osiguranju“, a odmah ispod toga „Sve, odmah. Nevjerojatne cijene. Veliko srce.“ Ispod ovog ohrabrujućeg teksta korisnike se potiče da odmah izračunaju cijenu svog osiguranja klikom na CTA gumb (engl. *call to action button*, gumb poziva na akciju) „PROVJERI NAŠE CIJENE“. Dakle, odmah se korisniku komunicira kako se radi o potpuno digitalnom osiguranju te da jednim klikom može doći do izračuna cijene svog osiguranja bez da je prethodno mora razgovarati s agentom ili osobom na šalteru u poslovnici. Kretajući se dalje po stranicama Lemonade osiguranja komunicira se njihov poslovni model kao što je i prikazano na slici 2.

Slika 2 Vizualni prikaz poslovnog modela Lemonade osiguranja



Izvor: Lemonade (2023.)

Njihovim riječima: „Lemonade preokreće tradicionalni model osiguranja. Odnosimo se prema premiji koju plaćate kao da je to vaš novac, a ne naš. Uz Lemonade sve postaje

jednostavno i transparentno. Uzimamo paušalnu naknadu, vrlo brzo plaćamo potraživanja i vraćamo ono što je preostalo humanitarnim svrhama do kojih vam je stalo.* (*Podložno diskreciji odbora i poduzeću koje ispunjava određene financijske standarde. Ovaj odjeljak ne odnosi se na životno osiguranje.)“ Niže na slici su prikazane humanitarne svrhe za koje se korisnici mogu odlučiti. (Lemonade, b.d.b)

Primjetno je da su sva tri navedena poduzeća nastala u Sjedinjenim Američkim Država što ne iznenađuje zbog brojnih prednosti američkog tržišta u odnosu na ostala tržišta osiguranje od kojih su neke: veličina tržišta, pristup kapitalu, tehnološka naprednost, brzina usvajanja novih tehnologija od strane klijenata i, možda i najvažnija – regulatorni okvir koji podupire disruptivne i inovativne poslovne modele. (Lemonade, b.d.b)

5.3. Primjeri poslovnih praksi u Republici Hrvatskoj i svijetu

Ranije spomenuti Lemonade samo je jedno od mnoštva start-up-ova koji su izazvali promjene na tržištu osiguranja. Neki od njih, također na SAD-ovom tržištu, su Root Insurance koji među prvima koristi telematiku kako bi pristupio podacima o ponašanju korisnika osiguranja u vožnji i na temelju tih informacija korisniku ponudio personaliziranu cijenu kroz mobilnu aplikaciju. (Root Insurance, 2023.) Zatim Metromile koji se također bazira na osiguranju vozila, a praćenjem pređenih kilometara nudi korisnicima mogućnosti plaćanja odgovarajuće cijene za prijeđenu kilometražu, odnosno, prakticira model plati-po-kilometru (engl. *pay-per-mile model*). (Metromile, b.d.)

Na početnoj stranici korisničkog sučelja web stranice Metromile osiguranja korisnicima se komunicira: „Uštedite i do 947 dolara godišnje uz plati-po-milji osiguranju automobila“, a odmah ispod toga „Preko 100.000 vozača vjeruje da je Metromile pouzdano i visokokvalitetno plati-po-milji osiguranje automobila.“ Nakon toga korisnike se poziva da upišu poštanski broj i kliknu na „Get Quote“ (dobij ponudu) kako bi dobili izračun cijene osiguranja za svoje vozilo. (Metromile, b.d.)

Izračun premije Metromile-a funkcionira tako da se fiksnom iznosu od 29 dolara dodaje varijabilni iznos koji se mijenja svakog mjeseca, a ovisi o broju milja koje je korisnik prešao u proteklom mjesecu. Iznos prijeđenih milja množi se sa 6 centi i taj iznos, zajedno s fiksnim iznosom čini ukupnu cijenu osiguranja, odnosno premiju, za taj mjesec. Na taj način korisnici koji prelaze manje udaljenosti nisu zakinuti zbog vozača koji prelaze puno

veće udaljenosti što je razlog zašto se Metromile ističe svojim modelom poslovanja od ostatka konkurencije. (Metromile, b.d.)

Slice osiguranje je posebno zanimljivo jer nudi korisnicima mogućnost kupnje osiguranja samo za određeni period, bilo da se radilo o tjednima, danima ili satima. Ovakav oblik osiguranja idealan je za putnike, korisnike Airbnb i sličnih platformi dijeljenja kućanstva, ali i poduzeća kojima je potrebno kratkotrajno osiguranje za specifični projekt ili događaj. (Slice, 2023.) Za dugoročna osiguranja malih poduzeća Next Insurance može biti idealno rješenje s obzirom da nudi lepezu digitalnih komercijalnih proizvoda osiguranja posebno prilagođenih industriji unutar koje posluje poduzeće. (Next Insurance, 2023.) Istovremeno su u svim dijelovima svijeta nastajali slični start-up InsurTech projekti pa tako u Kini nastaje ZhongAn, u Brazilu Youse, u Ujedinjenom Kraljevstvu Cuvva, a u Njemačkoj Getsafe. (ZhongAn, b.d.; Youse b.d.; Cuvva, b.d.; Getsafe, b.d.)

U Hrvatskoj je prvo u potpunosti digitalno osiguranje nastalo u listopadu 2019. godine kao digitalni brend Croatia osiguranja – LAQO osiguranje. Croatia osiguranje, kao tržišni lider i najduže poslujuće osiguranje u Hrvatskoj osjećalo je odgovornost pružiti hrvatskim korisnicima osiguranja iste mogućnosti koje uživaju korisnici na susjednim tržištima pa su se tako, osim digitalizacije vlastitih proizvoda i mogućnosti kupovine polica na web stranicama, odlučili osnovati InsurTech start-up unutar Društva i time revolucionarizirati hrvatsko tržište osiguranja. Kao i ostali pioniri, morali su uložiti vrijeme i resurse u edukaciju tržišta i korisnika budući da se radilo o do tada nepoznatom konceptu za mnoge hrvatske državljane. (LAQO, b.d.)

Na slici 3 prikazano je korisničko sučelje web stranice LAQO osiguranja. Funkcionira na sličnom principu kao i stranice ostalih digitalnih osiguratelja. Komunicira kako je potrebno unijeti registracijsku oznaku vozila i kliknuti na gumb „Saznaj cijenu“ kako bi došli do izračuna premije i odabrali dodatna pokrića. Dakle, u LAQO osiguranju moguće je odabrati Obvezno osiguranje od osobne odgovorenosti (dalje u tekstu Obvezno) i Kasko osiguranje za vozila koja nisu starija više od 12 godina. Osim osnovnih pokrića, moguće je ugovoriti i dodatna pokrića: Zaštita bonusa, Vozač i putnici, Vuča i asistencija, Lom stakla, Sudar sa životinjom, Tuča i Kasko basic. (LAQO, b.d.)

Slika 3 Prikaz korisničkog sučelja web stranice LAQO osiguranja



Izvor: LAQO (2023.)

Niže na slici komunicira se mogućnost ugovaranja putnog zdravstvenog osiguranja. Radi se o novom proizvodu lansiranom u travnju 2023. godine, a osim osnovnog pokrića mogu se ugovoriti dodatna pokrića: Prtljaga, Nesretni slučaj, Tehnička oprema, Privatna odgovornost i Plan B. (LAQO, b.d.)

LAQO nudi svojim korisnicima sudjelovanje u dva programa putem LAQO mobilne aplikacije. Program „Manje voziš, manje plaćaš“ nagrađuje korisnike koji prelaze manje kilometraže jer im premija sljedeće godine bude umanjena ovisno o kilometrima koje su prešli u protekloj godini. Radi se o obrnutom principu od Metromile osiguranja i radi se o postotnim iznosima. Tako npr. netko tko je ove godine prešao manje od 10.000 km ostvaruje popust od 5% popusta na premiju obveznog osiguranja sljedeće godine, a netko tko je prešao manje od 5.000 km ostvaruje popust od 10%. Drugi nagradni program pod nazivom LaqoPrevent obuhvaća praćenje ponašanja vozača u vožnji putem telematike za što korisnici dobivaju različite značke i nagrade. (LAQO, b.d.)

Podnožje početne stranice korisničkog sučelja LAQO web stranice je važno kako bi korisnik shvatio sve sastavnice ekosustava ovog digitalnog osiguranja, odnosno, da osim web stranice postoji i self-care portal i mobilna aplikacija unutar kojih će imati mogućnost pratiti svoju policu, mijenjati osobne podatke, sudjelovati u nagradnim programima, ali najvažnije od svega – prijavljivati štete, a radi se o procesu koji je u potpunosti digitaliziran i u nekim slučajevima ne zahtijeva ljudski kontakt za isplatu odštete. (LAQO, b.d.)

S pojavom velikog broja digitalnih osiguranja – bilo od strane u potpunosti digitalnih osiguravajućih društava ili onih hibridnih (koji i dalje posluju i u tradicionalnom obliku, ali pružaju i digitalne usluge) – pojavio se prostor za kreiranje digitalnih platformi koje bi obavljale ulogu „tržnice“ (engl. *marketplace*) pomažući korisnicima usporediti cijene i usluge različitih osiguravajućih društava za pojedini proizvod. Neki od takvih InsurTech poduzeća su Policygenius iz SAD-a, Coverfox iz Indije i Assur.com iz Francuske, a hrvatska inačica ovakva platforme je Kompare.hr. Iz korisničkog sučelja web stranice Komapre.hr platforme lako je shvatiti kako korisnici mogu usporediti ponude različitih osiguravajućih društava za osiguranje automobila i zdravstveno osiguranja te osim usporedbe cijena osiguranja na svojoj stranici nude i usporedbu cijena telekomunikacijskih usluga. Nakon usporedbe cijena, korisnik će stupiti u kontakt s agentima telefonskim putem i nakon odabira najpovoljnije opcije kupovinu odraditi samostalno putem interneta za što će dobiti svu dokumentaciju na svoj e-mail. (Kompare.hr, b.d.)

5.4. Digitalizacija zdravstvenog osiguranja

Kao i ostale vrste osiguranja, zdravstveno osiguranje je postepeno doživjelo svoju digitalnu transformaciju. U zdravstvenim sustavima 70-ih i 80-ih godina prošlog stoljeća započela je prilagodba na računalno poslovanje kroz računalno upravljanje štetama, naplatom i policama. S pojavom interneta, u 90-ima su se pojavile različite web platforme koje su omogućile korisnicima osiguranja pristup njihovim policama, statusima prijavljenih šteta i drugim uslugama. Kasnije se, zbog zaštite podataka između osiguratelja i klijenata, počela primjenjivati elektronička razmjena podataka (engl. *electronic data interchange* - EDI) kao standardna procedura za razmjenjivanje zdravstvenih podataka. Krajem 90-ih nastaju i prve platforme za usporedbu cijena zdravstvenog osiguranja, a jedna od njih je eHealth – američka platforma nastala 1997. na kojoj su korisnici mogli usporediti cijenu različitih osiguratelja i kupiti osiguranja preko web stranice platforme. (eHealth, b.d.)

S pojavom nosivih zdravstvenih uređaja, 2010-ih nastale su prve mobilne aplikacije koje bi poticale klijente na odgovornije ponašanje prema svom zdravlju, a kasnije bi im na temelju prikupljenih podataka bila ponuđena personalizirala cijenu police zdravstvenog osiguranja i sama policu ovisno o njihovim potrebama. Kako su vrlo brzo imali pristup velikoj količini podataka o klijentima, to im je omogućilo kreiranje ciljanih i učinkovitijih ponuda. Nadalje, s napretkom tehnologije, osiguratelji su uspjeli u suradnji s vanjskim suradnicima pružiti zdravstvenu njegu na daljinu pružajući svojim korisnicima dodanu vrijednost. U kasnim 2010.-ima pa sve do danas, osiguratelji, ili barem oni tehnološki najnapredniji, koriste se umjetnom inteligencijom i strojnim učenjem kako bi unaprijedili upravljanje rizicima i otkrili prijevare, a posebice pri njegovanju odnosa s klijentima kroz *chatbotove* i virtualne asistente. (McKinsey, 2021.)

Prvo u potpunosti digitalno zdravstveno osiguranje nastaje u SAD-u 2012. godine pod nazivom Oscar. Ipak, tek 2014. počinje nuditi individualne police osiguranja zajedno s pristupom svim uslugama virtualne skrbi 24/7. Kasnije razvijaju svoje poslovanje i dodjeljuju tim skrbnika svakom klijentu, a u periodu između 2017. i 2020. godine razvijaju nove linije poslovanja (engl. *Line of Business* - LOB) – Oscar Provider Platform (platforma za upravljanje plaćanjima, štetama i informacijama pacijenata), Cigna + Oscar (suradnja između dva osiguratelja za pružanje usluga zdravstvenog osiguranja malim poduzetnicima) i Medicare Advantage (slično dopunskom osiguranju u hrvatskom zdravstvenom sustavu); te također kreću pružati usluge virtualne primarne zdravstvene zaštite. Godinu dana nakon, Oscar proslavlja svoju inicijalnu javnu ponudu (engl. *initial public offering* - IPO) na Newyoršku burzu (engl. *New York Stock Exchange* - NYSE), a već sljedeće, 2022. godine imaju više od jednog milijuna klijenata i oko 50.000 korisnika Cigna + Oscar osiguranja. (Oscar, b.d.)

Ekosustav Oscar osiguranja sastoji se od web stranice, Oscar Provider Platforme i Oscar aplikacije. Na web stranici Oscara, korisnici se mogu informirati o načinu funkcioniranja osiguranja, uslugama i prednostima Oscara, a ukoliko se odluče pogledati cijenu osiguranja korisnici slijede stalno dostupnu poveznicu. Klikom na poveznicu i unosom par ključnih informacija, Oscar prikazuje moguće kombinacije pokrića i sukladne premije za klijenta. Nakon odabira osiguranja, korisnike se potiče da skinu Oscar aplikaciju, ondje dogovaraju svoje preglede, stupaju u kontakt sa svojim dodijeljenim timom, pristupaju rezultatima pretraga i pregledavaju prijavljene zahtjeve (štete). (Oscar, b.d.)

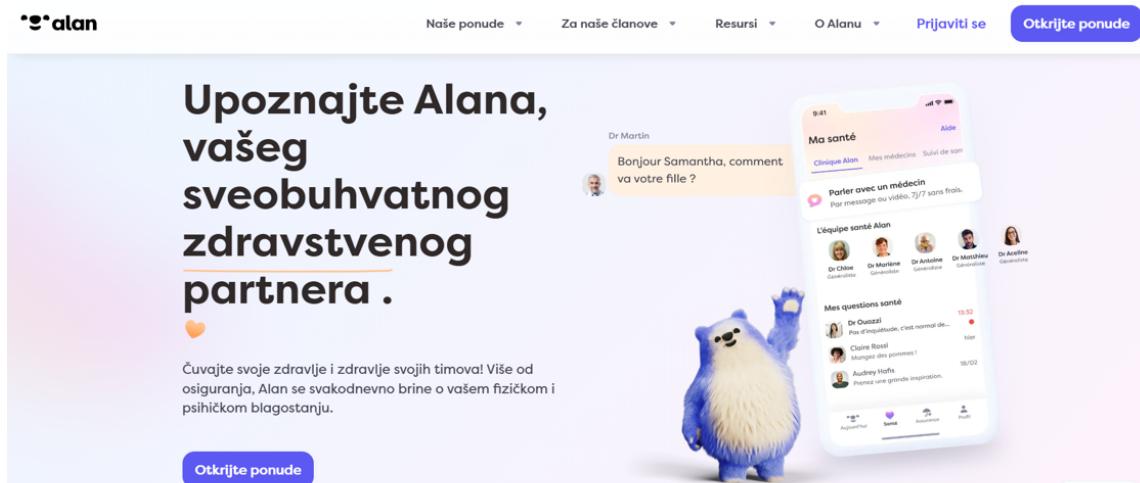
Poticanje svojih klijenata na zdraviji život jedna je od temeljnih vrijednosti Oscar osiguranja. To čine također kroz aplikaciju na način da potiču korisnike na praćenje broja svojih koraka, a za svaki dan u kojem ostvare svoj zadani broj koraka, Oscar stavlja 1 dolar na njihovu Amazon poklon karticu. Korisnici tako mogu godišnje dobiti 75 dolara koje mogu koristiti za bilo što dostupno na stranicama Amazona.

U Francuskoj je na tržištu osiguranja vladalo zatišje u području inovacija i novih sudionika. Alan osiguranje nastaje 2016. godine i prvo je osiguranje koje dobiva licencu za pružanje zdravstvenog osiguranja u Francuskoj nakon 1986. godine. Temeljne vrijednosti bazirali su na jednostavnosti i transparentnosti u složenoj industriji kao što je zdravstvena, a rad su započeli jednostavno – s web stranicom. U početku se cijeli tim bavio korisničkom podrškom te su već u prve dvije godine osiguravali su 25 tisuća korisnika uz koje su osiguravali i 2 tisuće poduzeća. U naredne dvije godine, odnosno 2019. i 2020., započeli su i proveli strategiju ekonomije razmjera pa su se proširili i počeli poslovati u Španjolskoj i Belgiji, a razvoj vlastite softverske infrastrukture omogućio im je skraćivanje lanaca usluge i komunikacije pa su tako brže mogli doći do korisnika i pružiti im bolju uslugu kroz olakšavanje procesa.

Snažni temelji bili su odskočna daska za proširenje zdravstvenih usluga pa tako nastaju usluge poput: klinika Alan (virtualna klinika), Alan Mind (podrška za mentalno zdravlje), Alan Baby (savjeti i sadržaj za roditelje) i Alan Clear (zdravstvena njega očiju). Zbog kvalitete i efikasnosti svojih usluga te tehnološke prednosti, Alan je u rujnu 2022. godine brojao 334.500 članova. (Alan, b.d.)

Utjecaj novih igrača na tržištu nikako ne smije biti zanemaren jer su upravo oni pokretači promjena. Tako je Alan osiguranje snažno zagovaralo reformu kojom bi se dopustilo otkazivanje polica dopunskog zdravstvenog osiguranja u svakom trenutku bez naknade, a što je Francuski senat konačno usvojio 2019. godine. (Alan, b.d.)

Slika 4 Prikaz korisničkog sučelja web stranica Alan osiguranja



Pronađite zdravstveno osiguranje dizajnirano za vas.

| | | | |
|---|--|---|--|
|  Startupovi i VSE-ovi → |  Mala i srednja poduzeća → |  Ključni računi → |  Samostalni radnici → |
| Pokrećete li svoj posao? Ili imate manje od 6 zaposlenih ? Alan pojednostavljuje proces i pomaže vam u prvim koracima. | Imate između 6 i 100 zaposlenih ? Otkrijte naše ponude bilo da želite uštedjeti vrijeme, smanjiti svoje troškove ili ponuditi najbolju prednost svojim zaposlenicima. | Nekoliko stotina ili tisuća zaposlenih ? Otkrijte naš integrirani model savjetovanja, osiguranja i upravljanja i hajde da zajedno izgradimo ponudu po mjeri za brigu o vašim timovima. | Poslovni čelnici, slobodnjaci, auto-poduzetnici, TNS ili korporativni službenici, pronadite našu zdravstvenu ponudu osmišljenu za samozaposlene . |

Izvor: Alan (b.d.)

Na slici 4 prikazano je korisničko sučelje web stranica Alan osiguranja. U svojoj komunikaciji daju do znanja kako je ova vrsta osiguranja usmjerena prema poduzećima – bila ona start up-ovi ili poduzeća s nekoliko tisuća zaposlenika – ali je moguće ugovoriti dopunsko osiguranje i za svakog potencijalnog korisnika koji zadovoljava uvjete za ugovaranje dopunskog osiguranja. (Alan, b.d.)

6. RAZVOJ DIGITALNOG PROIZVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

U ovom poglavlju idejno će se razraditi i promatrati proizvod digitalnog zdravstvenog osiguranja „Sanus Plus“ za hrvatsko tržište osiguranja. Nakon predstavljanja osnovnog koncepta proizvoda detaljnije će se prikazati inovacije koje će proizvod pružiti za krajnje korisnike, zdravstveni sustav i tržište zdravstvenog osiguranja, a potom će se prikazati moguće prepreke s kojima se implementacija ovakvog proizvoda može susresti u procesu usklađivanja s postojećim pravilnicima i zakonima, tržištem osiguranja, postojećim zdravstvenim osiguranjima i drugim ustanovama. U konačnici će SWOT analizom biti prikazane snage, slabosti, prilike i prijetnje s kojim bi se proizvod mogu susresti u bilo kojem periodu svog životnog ciklusa: od ideje, preko implementacije sve do ravnopravnog osiguranja na hrvatskom tržištu zdravstvenih osiguranja.

6.1. Konceptualno rješenje

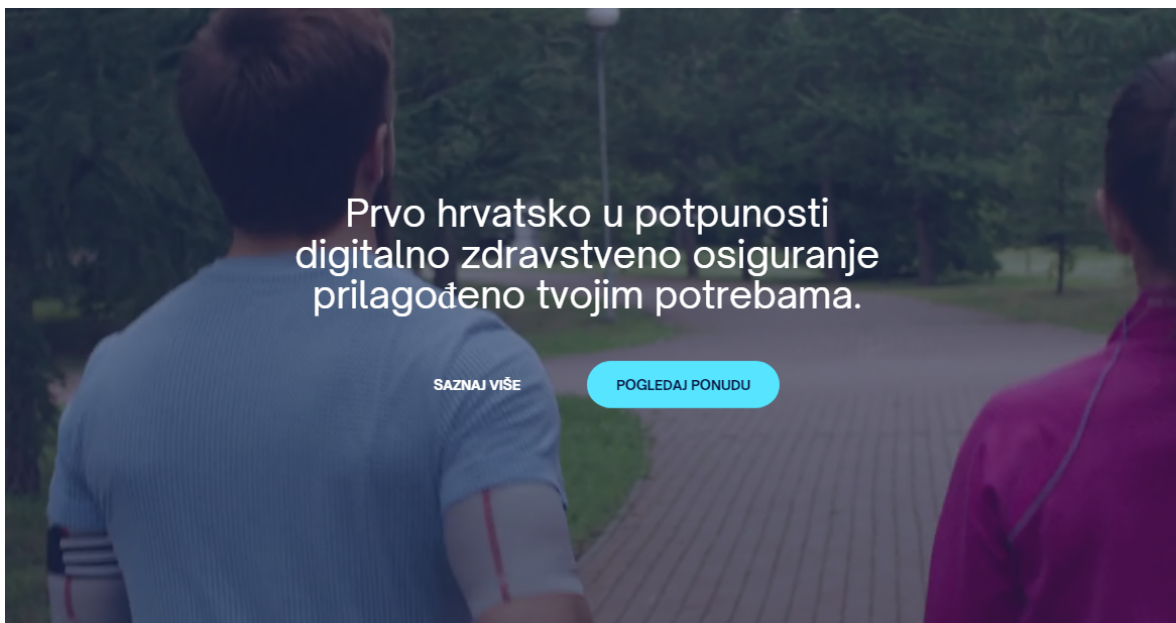
Sanus Plus bilo bi novo osiguravajuće društvo na hrvatskom tržištu osiguranja i bavilo bi se poslovima neživota. Imenom se sugerira misija Društva jer *sanus plus* u doslovnom prijevodu s latinskog jezika znači „zdraviji“ – time misleći na zdravije navike, zdravije misli i posljedično zdraviji život. U početnoj i fazi rasta Društvo je fokusirano isključivo na zdravstveno osiguranje, a kasnije širi poslovanje i na ostale kategorije neživotnih osiguranja. Ekosustav proizvoda sastoji se od web stranice, web shopa i mobilne aplikacije. Web stranica se nalazi na adresi: <https://sanusplus.my.canva.site/>, informativnog je sadržaja i postoji kako bi privukla potencijalne osiguranike na kupnju Sanus Plus zdravstvenog osiguranja. Na slikama 5 - 8 prikazano je korisničko sučelje Sanus Plus web stranice. Na početku se jasno komunicira da se radi o osiguravajućem društvu koje se bavi zdravstvenim osiguranjem te se potencijalne kupce potiče da na svoje mobilne uređaje skinu (engl. *download*) Sanus Plus aplikaciju – to nije bez razloga jer jednom kada korisnici otvore aplikaciju imaju pristup ograničenom rasponu informacija dovoljnih da kupe zdravstveno osiguranje unutar aplikacije i imaju pristup svim informacijama i mogućnostima o kojima više u idućem potpoglavlju. Nakon početne komunikacije, korisnicima se daje na znanje da se radi o prvom hrvatskom u potpunosti digitalnom zdravstvenom osiguranju koje se može personalizirati sukladno korisničkim potrebama te ih se poziva na pregled ponude.

Slika 5 Prikaz korisničkog sučelja Sanus Plus web stranice



Izvor: Autor (2023.)

Slika 6 Sanus Plus web stranica: O osiguranju i poziv na pregled ponude



Izvor: Autor (2023.)

U nastavku se korisniku ukratko objašnjava proces kupovine i ekosustava proizvoda te ga se upućuje na neke od koristi ugovaranja Sanus Plus zdravstvenog osiguranja o kojima također više u sljedećem potpoglavlju.

Slika 7 Sanus Plus web stranica: Komuniciranje korisnosti ugovaranja



Izvor: Autor (2023.)

Nakon upoznavanja sa značajkama proizvoda, ponovo se korisnika želi privući na kupovinu police zdravstvenog osiguranja i to kroz prikaz modela (slika 8) između kojih korisnik može izabrati. Osnovni model naziva se punim nazivom „Sanus Plus zdravstveno osiguranje“, odnosno skraćeno „Sanus Plus“ s obzirom da Društvo trenutno obavlja isključivo poslove zdravstvenog osiguranja. Osnovni model podrazumijeva Sanus Plus Basic paket koji podrazumijeva pokrića iz dopunskog osiguranja tradicionalnih osiguratelja, to jest participacije za liječenje, izdavanje lijekova, pretrage i druge medicinske usluge i/ili potrepštine. Ono što je specifično za Sanus Plus je mogućnost odabira dodatnih pokrića koje će koristiti unutar jedne police pa tako korisnici mogu birati između različitih kategorija usluga koje kod tradicionalnih osiguratelja pripadaju dodatnom osiguranju.

Kako bi se mogao shvatiti Sanus Plus Pro proizvod važno je prethodno objasniti korake koje korisnik prolazi na web trgovini. Na prvom ekranu korisnik upisuje osobne podatke: ime, prezime, datum rođenja, adresu, OIB i broj zdravstvene iskaznice. Korisnik u trenutku upisivanja podataka može odabrati mogućnost da ne upiše broj svoje zdravstvene iskaznice

jer se ne osjeća sigurno dijeliti tu informaciju te nastaviti s kupovinom Sanus Plus kombiniranog osiguranja, ali u tom slučaju može ugovoriti samo Sanus Plus, ne i Sanus Plus Pro osiguranje.

Ukoliko se korisnik osjeća sigurno i upiše broj zdravstvene iskaznice, tada mu se nakon autentifikacije na Portalu Zdravlja nudi mogućnost ugovaranja Sanus Plus Pro police, a radi se o integraciji s HZZO-om koja predstavlja prekretnicu u svijetu zdravstva i osiguranja. Naime, kroz ovu inovaciju HZZO i Sanus Plus nude korisnicima ugovaranje jedinstvenih police skrojenih (engl. *tailor-made*) samo za njihove potrebe. Funkcionira tako da HZZO dostavi šifrirane podatke o korisniku koje nije moguće vidjeti u Sanus Plus servisima, a korisniku se na web trgovini prikazuje odabir dopunskog osiguranja (Basic paketa) uz samo njemu najkorisnija pokrića iz sfere dodatnog osiguranja. Ono što bi privuklo korisnike na kupnju Sanus Plus Pro proizvoda zdravstvenog osiguranja su brojne prednosti koje ostvaruje kao i posebni popusti.

Slika 8 Sanus Plus web stranica: Prikaz modela zdravstvenog osiguranja

Tvoje je zdravlje u dobrim rukama.

The screenshot displays two main options for health insurance. The first option, '01 SANUS PLUS', is presented on a light blue background. It includes the text: 'Ugovori Sanus Plus Basic paket i sam dodaj pokrića koja želiš. Ne brini, možeš ih promijeniti već sljedeći mjesec.' and a button labeled 'KREIRAJ POLICU'. The second option, '02 SANUS PLUS PRO', is on a dark blue background. It features the text: 'Kao partner HZZO-a naši AI alati složili su najbolju ponudu za tebe. Ne brini, svi tvoji podaci su u potpunosti anonimni i mi ih ne možemo vidjeti.' and a button labeled 'POGLEDAJ PONUDU'.

Izvor: Autor (2023.)

Nakon odabira pokrića i završene kupovine police zdravstvenog osiguranja, korisnik se može prijaviti u mobilnoj aplikaciji i ondje vidjeti svoje ugovorene police, mijenjati podatke i pristupiti svim korisnim programima unutar aplikacije.

6.2. Inovacije koje pruža proizvod

S obzirom na stresan život u kojem ljudi danas žive, Sanus Plus želi biti pokretač promjena i one koji su nedovoljno osviješteni o važnosti mentalnog zdravlja. To čini kroz praćenje aktivnosti korisnika putem informacija koje dobiva od pametnih satova i ostalih uređaja za praćenje zdravstvenog stanja koji se mogu povezati s mobilnim uređajima. Fizička aktivnost, dovoljan unos vode i život bez stresa doprinose mentalnom zdravlju što čovjeka čini zdravijim i manje sklonim obolijevanju, a u konačnici i manje troškove zdravstvenog liječenja. Zbog toga Sanus Plus daje povoljnije cijene premije za korisnike koji zadovoljavaju kriterije definirane u AI sustavu koji posjeduje parter Društva specijaliziran za telematiku na području zdravstva.

Slika 9 Sanus Plus web stranica: Prikaz inovacije kao mogućnosti za uštedu



The image is a screenshot of a website section with a dark blue background. On the left, the text 'Uštedi uz pametni sat' is written in large white font. Below it, a smaller white text block explains that users can save by allowing the Sanus Plus app to track their health. A white arrow points from this text to a photograph on the right. The photograph shows a man and a woman looking at a tablet together. In the bottom right corner of the image area, there is a stylized blue logo consisting of a plus sign and a curved shape.

Uštedi uz pametni sat

Dopusti Sanus Plus mobilnoj aplikaciji da prima informacije o tvom zdravlju i štedi tako što **plaćaš manju premiju**.

Premiju možeš umanjiti tako da **preventivno** brineš o svom zdravlju šetanjem ili bilo kojom drugom aktivnošću. S nama nema greške - koristimo umjetnu inteligenciju i strojno učenje kako bismo ti pružili samo najbolje.

Izvor: Autor (2023.)

Osim uštede novca, Sanus Plus želi svojim korisnicima uštediti i vrijeme odlaska kod doktora zbog kraćih upita, a s obzirom na učestalo nejavljanje doktora i/ili medicinskog osoblja na pozive pacijenata zbog prevelikog obujma posla, HZZO je odobrio Sanus Plus korisnicima 30 minuta svaki mjesec za hitna, kratka pitanja svojim liječnicima opće prakse. Kako ne bi došlo do zlouporabe, liječnici mogu upisivati komentare uz svoje pozive i ukoliko negativni komentari budu uvaženi, korisnici Sanus Plusa mogu izgubiti pravo na pozive.

Slika 10 Sanus Plus web stranica: Pristup informacijama o liječnicima i 30 minuta razgovora s odabranim liječnikom opće prakse



Izvor: Autor (2023.)

Slika 11 Sanus Plus web stranica: Prikaz izgleda mobilne aplikacije i komuniciranje koristi za korisnika



Izvor: Autor (2023.)

Nadalje, korisnici aplikacije nakon odabira svog liječnika opće prakse, doktora dentalne medicine i drugih liječnika, dobivaju uvid u ažurne podatke o njihovom radnom vremenu, zamjenama, radnom vremenu ljekarni, lokacijama bolnica i drugih medicinskih ustanova.

Također, s obzirom na odabrane interese korisni na glavnom ekranu imaju pristup informacijama o edukacijama koje se održavaju u njihovoj blizini, a ukoliko imaju nejasnoća ili ih samo zanima neka od tema iz područja zdravstva mogu pristupiti portalu “*moj online doktor*“ gdje doktori daju objašnjenja o najčešćim pitanjima i nedoumicama putem video zapisa koji su nastali u suradnji sa Sanus Plus marketinškim timom.

6.3. Usklada s postojećim pravilnicima i zakonima

Sanus Plus osiguravajuće društvo mora prije svega dobiti dozvolu za rad od strane Hanfe i Ministarstva Zdravstva. S obzirom da raspolaže nizom osjetljivih informacija mora dobiti dozvolu i držati se smjernica danih od strane Agencije za zaštitu osobnih podataka.

Budući da se radi o izuzetno disruptivnom proizvodu za postojeće hrvatsko tržište zdravstvenog osiguranja, potrebno je ostvariti visoku razinu pouzdanosti i povjerenja među svim zakonodavnim tijelima, zdravstvenim ustanovama i ponajviše među osiguranicima. To uvelike otežava implementaciju proizvoda i svih inovacija, ali konačni rezultat je plodno tlo za sve daljnje inovacije i pomicanje granica koje dugo stoje ucrtane na istom mjestu.

6.4. Usklada s tržištem, zdravstvenim organizacijama i drugim ustanovama

Kako bi proizvod zaživio potrebna je neprekidna podrška i resursi HZZO-a. Od pristupa informacija, integracija, edukacije liječnika i medicinskog osoblja do kasnijeg praćenja aktivnosti i slanja povratnih informacija. Dodatno je potrebno provesti jaku marketinšku kampanju kako bi većina zdravstvenih ustanova primala Sanus Plus zdravstveno osiguranje kao ravnopravno svim drugim, tradicionalnim osiguranjima i osiguravajućim kućama. Dodatno je potreban pristanak liječnika za korištenje aplikacije, utrošeno vrijeme i pružanje povratnih informacija što može predstavljati izazov, ali uz adekvatnu edukaciju o prednosti programa, s vremenskim odmakom će uvidjeti i svoju korist od njega.

6.5. SWOT analiza proizvoda

| SNAGE | SLABOSTI |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● mogućnost ugovaranja police neovisno o radnom vremenu Društva i mjestu prebivanja ● inovacije (telemedicina, personalizirana polica osiguranja) ● strateška partnerstva sa softverskim poduzećima dokazane kvalitete kako bi se osigurala najveća razina sigurnosti podataka klijenata | <ul style="list-style-type: none"> ● opsežna i dugotrajna edukacija tržišta, suradnika i medicinskog osoblja ● stalno prisutna mogućnost krađe podataka (reputacijski rizik) ● konkurencija koja bi nakon Sanus Plusa lakše primijenila sličan poslovni model i inovacije |
| <ul style="list-style-type: none"> ● daljnje inovacije nakon inicijalne edukacije i adaptacije tržišta ● veći naglasak na prevenciju u suradnju s HZZO-om ● sklapanje novih partnerstva s lokalnim zdravstvenim organizacijama i državnim agencijama | <ul style="list-style-type: none"> ● regulatorni zahtjevi ● prilagodba izmjenama Zakona ● prihvaćenost proizvoda na tržištu od strane liječnika i korisnika |
| PRILIKE | PRIJETNJE |

Vidljivo je da Društvo s ovakvim proizvodom može unaprijediti tržište osiguranja, tržište zdravstva, način pružanja zdravstvenih usluga i brojne druge prednosti koje krajnji korisnik može imati uz daljnje inovacije. Svakako, osiguranja su strogo regulirana i bilo kakva disrupcija, a pogotovo ovakva, izlaže Društvu čitavom nizu zahtjeva, prilagodbi, odgađanja, resursa i vremena. Najveća slabost bi stoga bila brza adaptacija preostalih osiguratelja nakon inicijalno potrebnog velikog truda i uloženi resursa za adaptaciju tržišta, regulatornih zahtjeva i drugih aktivnosti.

7. ZAKLJUČAK

Osiguranja kakvima ih poimamo danas bila su dugi niz godina u nastajanju. Današnje tržište osiguranja razlikuje se među državama, strogo je regulirano i od velike koristi osiguranicima koji ugovaraju police osiguranja neživotnih i životnih skupina osiguranja. Na hrvatskom je tržištu Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga regulator društava za osiguranje, Hrvatskog ureda za osiguranje i drugih institucija koje sudjeluju na tržištu osiguranja. Specifičnost poslovanja društava za osiguranja očigledna je i u prikazu financijskih rezultata koji se prikazuju odvojeno za skupinu životnih i skupinu neživotnih osiguranja.

Kako bi klijentima pružili što bolju uslugu, brže dali potrebne informacije i poboljšali prodaju, društva za osiguranje već nekoliko desetljeća provode digitalizaciju svog poslovanja, a kruna tog procesa bilo je nicanje prvih u potpunosti digitalnih osiguravajućih društava i proizvoda osiguranja. Tako su nastala poduzeća kao što je Lemonade, Metromile GetSafe i LAQO, prvo hrvatsko u potpunosti digitalno osiguranje.

U skupinu neživotnih osiguranja pripada i zdravstveno osiguranje koje se među državama razlikuje ovisno o modelu financiranja, ustroju zdravstvenih ustanova, načinu sudjelovanja u obveznom osiguranju i brojnim drugim kriterijima. Ministarstvo zdravstva je nadležna institucija za nadzor zdravstvenog tržišta i nadzire rad Hrvatskog zavoda zdravstvenog osiguranja.

Postupno se s digitalizacijom zdravstvenih sustava i društava za osiguranje pojavljuju i prva digitalna zdravstvena osiguranja kao što su Oscar u Sjedinjenim Američkim Državama i Alan u Francuskoj. S obzirom da na hrvatskom tržištu zdravstvenog osiguranja još ne postoji u potpunosti digitalno zdravstveno osiguranje u ovom radu napravljen je idejni koncept takvog proizvoda. Ovakav proizvod zahtijevao bi veliku fleksibilnost regulatornih zahtjeva, Zakona, zdravstvenih radnika, iznimnu suradnju i sklonost promjenama svih uključenih što nije realno za očekivati u industriji poput ove. Ipak, disruptivne inovacije niču u svim industrijama, mijenjaju svijet kakvog znamo i olakšavaju nam svakodnevni život pa je nedvojbeno da će i ova skupina osiguranja u Hrvatskoj kad-tad doživjeti krunu svoje digitalne transformacije, odnosno, svoj prvi u potpunosti digitalni proizvod zdravstvenog osiguranja.

POPIS LITERATURE

1. AIG (b.d.), *About: History*, pristupano 18. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.aig.com/home/about/history>
2. Alan (b.d.), pristupano 23. lipnja 2023. Dostupno na: <https://alan.com/en-be>
3. Allianz (b.d.), *Guide to healthcare in Spain*, pristupano 15. kolovoza 2023. Dostupno na: <https://www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/national-healthcare-systems/healthcare-in-spain.html>
4. Andrijašević, S. (1997.), *Rječnik osiguranja*, Zagreb: Masmedia, str. 73-78, 346
5. Andrijašević, S., Petranović V. (1999.), *Ekonomika osiguranja*, Zagreb: Alfa, (23), str. 73-103, 139-163, 168-169, 217-218, 281-291, 338-340
6. Bhattad, M. (2012.), *Trends in Insurance Channels*, Copgemini [e-publikacija]. Dostupno na: https://www.copgemini.com/wp-content/uploads/2017/07/trends_in_insurance_channels_2012.pdf
7. Bijelić M. (2002.), *Osiguranje i reosiguranje*, Zagreb: Tectus, str. 27-34
8. Bohn, J. (2018.), *Digitally-driven change in the insurance industry – disruption or transformation?*, Journal of Financial Transformation, (48), str. 76-87
9. Bovbjerg R. R., Hadley J. (2007.), *Why Health Insurance Is Important*, District of Columbia: Health Policy Briefs, DC-SPG no.1. Dostupno na: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/46826/411569-Why-Health-Insurance-Is-Important.PDF>
10. Boyer, M. i Nyce C.M. (2011.), *Market growth and barriers to entry: Evidence from the title insurance industry*, Insurance and Risk Management, 78(3-4), str. 283-315. Dostupno na: https://www.revueassurances.ca/wp-content/uploads/2016/03/2010_78_no3_4_Boyer.compressed.pdf
11. Bump, J.B. (2015.), *The Long Road to Universal Health Coverage: Historical Analysis of Early Decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States*, Washington DC: Health Systems & Reform, 1(1), str. 28-38
12. Bundesministerium für Gesundheit (b.d.), *Krankenversicherung*, pristupano 15. kolovoza 2023. Dostupno na: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung.html>
13. Cappiello, A. (2020.), *The Digital (R)evolution of Insurance Business Models*, Pisa: American Journal of Economics and Business Administration. Dostupno na: <https://thescipub.com/pdf/ajebasp.2020.1.13.pdf>
14. Chung, M. (2017.), *Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems*, Princeton Public Health Review [e-publikacija]. Dostupno na: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
15. Croatia osiguranje (b.d.), *Povijest: Prvo Hrvatsko osiguranje*. Dostupno na: <https://kompanija.crosig.hr/hr/>
16. Cuvva (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.cuvva.com/>

17. Dečeman, N. (2012), *Financijski izvještaji kao podloga za ocjenu sigurnosti uspješnosti poslovanja malih i srednjih poduzeća u RH*, Ekonomski pregled, 63(7-8), str. 446- 467
18. eHealth (b.d.), prisutpano 23. lipnja 2023. Dostupno na:
19. EIOPA (b.d.), *Solvency II*. Dostupno na:
https://www.eiopa.europa.eu/browse/regulation-and-policy/solvency-ii_en
20. Eling, M., Lehmann, M. (2018.) *The impact of digitalization on the insurance value chain and the insurability of risks*, Geneva Papers, 43, str. 359-396
21. Esurance (b.d.), *About: History*, pristupano 17. lipnja 2023. Dostupno na:
<https://www.esurance.com/>
22. European Commission (b.d.), *Regulatory process in financial services*. Dostupno na:
https://finance.ec.europa.eu/regulation-and-supervision/regulatory-process-financial-services_en
23. Europski parlament (2021.), *Direktiva 2009/138/EC: taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II), Special edition in Croatian: Chapter 06*, (010), str. 153 – 307. Dostupno na:
<https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2009/138/oj>
24. Franc, S. (2020.), *Politika tržišnog natjecanja u digitalnoj ekonomiji*, Ekonomska misao i praksa, 29(2), str. 491-512
25. Get Safe (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na:
<https://www.hellogetsafe.com/en-de>
26. Hanfa (2016.a), *Pravilnik o rasporedu vrsta rizika po skupinama i vrstama osiguranja odnosno reosiguranja*, Zagreb: Narodne novine 23/2016, br. 653. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_03_23_653.html
27. Hanfa (2016.b), *Pravilnik o strukturi i sadržaju financijskog i statističkog izvještaja osoba koje imaju dozvolu za obavljanje poslova zastupanja u osiguranju ili posredovanja u osiguranju i reosiguranju*, Zagreb: Narodne novine 37/2016, br. 1010. Dostupno na:
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_04_37_1010.html
28. Hanfa (2023.), *Društva za osiguranje i društva za reosiguranje: A-1 Broj društava za osiguranje i društava za reosiguranje*, pristupano 23. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/statistika/drustva-za-osiguranje-i-drustva-za-reosiguranje/>
29. Hanfa (b.d.a), *Rječnik pojmova: Franšiza*. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/rjecnik-pojmova/f/?Fran%C5%A1iza#Fran%C5%A1iza>
30. Hanfa (b.d.b), *Tržišta osiguranja*, pristupano 23. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/podrucja-nadzora/trziste-osiguranja/>
31. Hanfa (b.d.c), *Nadzorni ciljevi, glavne funkcije i aktivnosti*, pristupano 23. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/podrucja-nadzora/trziste-osiguranja/nadzorni-ciljevi-glavne-funkcije-i-aktivnosti/>
32. Hanfa (b.d.d.), *Licenciranje: Odobrenja za rad društva iz nadležnosti Hanfe*, pristupano 23. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/licenciranje/odobrenja-za-drustva-iz-nadleznosti-hanfe/>
33. Hanfa (b.d.e), *Rječnik pojmova: ORSA*. Dostupno na:
<https://www.hanfa.hr/rjecnik-pojmova/o/?ORSA#ORSA>
34. Harrington, C (2015.), *The best insurance sales defense is a strong digital offense*, PropertyCasualty360 [e-publikacija]. Dostupno na:

- <https://www.propertycasualty360.com/2018/05/15/the-best-insurance-sales-defense-is-a-strong-digital-offense/?slreturn=20230814025858>
35. Hoffman, C. i Paradise, J. (2008.), *Health Insurance and Access to Health Care in the United States*, Annals of the New York Accademy of Sciences, [e-publikacija]. Dostupno na:
<https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1196/annals.1425.007>
 36. https://huo.hr/upload_data/site_files/4506521715837674272068645702_kljucne-infomacije-web-8.7.pdf
 37. HUU (2003.), *Društva za osiguranje i reosiguranje u Republici Hrvatskoj*, Zagreb: Direkcija za nadzor društava za osiguranje Hrvatski ured za osiguranje, preuzeto 26. srpnja 2022. s
https://huo.hr/upload_data/site_files/huo_bro-ura_hr_2002_za_web.pdf
 38. HUU (2021.), *Ključni pokazatelji poslovanja industrije osiguranja u 2021. godini*, [e-publikacija]. Dostupno na:
https://huo.hr/upload_data/site_files/kljucni-pokazatelji-poslovanja-industrije-osiguranja-u-2021.-godini_2022-01-18-final.pdf
 39. HUU (2023.a), *Godišnja izvješće: Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2022.*, [e-publikacija]. Dostupno na:
https://huo.hr/upload_data/site_files/872618710171377775766185488_trziste-osiguranja-2022.pdf
 40. HUU (2023.b), *Ključne informacije o tržištu osiguranja u Republici Hrvatskoj 2022.*, [e-publikacija]. Dostupno na:
https://huo.hr/upload_data/site_files/50080073312399367632126070587_kljucne-informacije-2022-web.pdf
 41. HUU (b.d.), *O nama*, pristupano 24. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://huo.hr/hr/huo/o-nama>
 42. HZZO (b.d.), *Opis zdravstvenog sustava*, pristupano 29. srpnja 2023. Dostupno na:
<https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
 43. HZZO (b.d.), *Opis zdravstvenog sustava*, pristupano: 16. kolovoza 2023. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
 44. Insurance Europe (2022.) *European insurance industry – Total insurance*, preuzeto 15. ožujka 2023. s <https://www.insuranceeurope.eu/statistics>
 45. Insurance information institute (b.d.), *Background on: Insurtech*, pristupano 17. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.iii.org/article/background-on-insurtech>
 46. Jakovčević D., Krišto J. (2012.), *Industrija osiguranja u Hrvatskoj: promjene u okruženju, novi proizvodi, regulacija i upravljanje rizikom*, Zagreb: Grafit-Gabrijel
 47. Jeffers H., Baker M. (2016.), *Continuity of care: still important in modern-day general practice*, London: British Journal of General Practice, 66(649), str. 396-397. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979920/>
 48. Kompare.hr (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://kompare.hr/>
 49. Kovač, N. (2013.), *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, Zagreb: Ekonomski vjesnik, 2/2013. str. 551-563. Dostupno na:
<https://hreak.srce.hr/file/172162>
 50. Kovač, N. (2013.), *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, Ekonomski vjesnik, God XXVI, (2), str. 553
 51. Krišto, J. (2014.), *Pomoćni materijal za izučavanje: Upravljanje institucionalnim investitorima*, Zagreb: Ekonomski fakultet Zagreb, poglavlje 6., str. 1-12
 52. LAQO (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.laquo.hr/>

53. Lemonade (b.d.a), *World's First P2P Insurance Company: Stepping out of stealth mode and into the limelight*, pristupano 18. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.lemonade.com/blog/worlds-first-p2p-insurance-company/>
54. Lemonade (b.d.b), pristupano 19. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.lemonade.com/>
55. Löffler et al., (2016.), *Shifting gears: Insurers adjust for connected-car ecosystems*. [e-publikacija] Dostupno na: <https://www.mckinsey.com/capabilities/mckinsey-digital/our-insights/shifting-gears-insurers-adjust-for-connected-car-ecosystems>
56. Mckinsey (2018.), *Insurance beyond digital: The rise of ecosystems and platforms*. [e-publikacija] Dostupno na: <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/insurance-beyond-digital-the-rise-of-ecosystems-and-platforms>
57. Mckinsey (2021.), *Insurance 2030—The impact of AI on the future of insurance*. [e-publikacija] Dostupno na: <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/insurance-2030-the-impact-of-ai-on-the-future-of-insurance>
58. Menvielle L., et al (2017.), *The Digitization of Healthcare*, London Palgrave Macmillan, str. 23-58
59. Metromile (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.metromile.com/>
60. Mihelja Žaja, M., Milanović Glavan, L. & Grgić, M. (2020.), *Digitalna tehnologija kao čimbenik razvoja kanala distribucije u osiguranju*, Hrvatski časopis za osiguranje, 2(3), 191-214
61. Milcent, C. (2016.), *Evolution of Health System: Inefficiency, Violence and Digital Healthcare*, China Perspectives [e-publikacija], 2016(4). Dostupno na: <http://journals.openedition.org/chinaperspectives/7112>
62. Ministarstvo zdravstva (b.d.), *Djelokrug Ministarstva zdravstva*, pristupano 29. srpnja 2023. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1297/1297>
63. OECD (2011.), *Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financial systems?*, Paris: World Health Organization [e-publikacija]. Dostupno na: <https://www.oecd.org/governance/budgeting/49095378.pdf>
64. OECD (2020.), *Financial Consumer Protection Policy Approaches in the Digital Age: Protecting consumers' assets, data and privacy*. [e-publikacija]. Dostupno na: <https://www.oecd.org/finance/Financial-Consumer-Protection-Policy-Approaches-in-the-Digital-Age.pdf>
65. OECD (2021.), *Artificial Intelligence, Machine Learning and Big Data in Finance: Opportunities, Challenges and Implications for Policy Makers* [e-publikacija]. Dostupno na: <https://www.oecd.org/finance/financial-markets/Artificial-intelligence-machine-learning-big-data-in-finance.pdf>
66. Oscar (b.d.), pristupano 23. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.hioscar.com/>
67. Pain, D. et al. (2014.), *Digital distribution in insurance: a quiet revolution*, Sigma [e-publikacija], (2). Dostupno na: <https://www.swissre.com/institute/research/sigma-research/sigma-2014-02.html>
68. Pantelieieva, N. et al. (2021.), *Trenutna faza oblikovanja ekosustava financijskog posredništva u kontekstu digitalizacije*, Ekonomski pregled, 73(2), str. 215-239

69. Peng, Z. i Zhu, L. (2021.), *The impacts of health insurance on financial strain for people with chronic diseases*, BMC Public Health [e-publikacija]. Dostupno na: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11075-2>
70. Politou, E. et al. (2019.), *Blockchain Mutability: Challenges and Proposed Solutions*, iee transactions on emerging topics in computing, 1(10). Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/336822518_Blockchain_Mutability_Challenges_and_Proposed_Solutions
71. Progressive, (b.d.), pristupano 27.09.2023. Dostupno na: <https://www.progressive.com/auto/discounts/snapshot/>
72. Scheuffel, P. (2017.) *Taming the beast: A scientific definition of Fintech*, Journal of Innovation Management, 4(4), str. 32-54
73. Schmidt, C. (2018.), *Insurance in the Digital Age*, Zurich: The Geneva Association, str. 1-20
74. Sućec, N. (2017.), *Digitalizacija poslovanja osiguravajućih društava*, Svijet osiguranja [e-publikacija], (2). Dostupno na: <https://www.svijetosiguranja.eu/digitalizacija-poslovanja-osiguravajucih-drustava/>
75. Trieschmann J. S. i Gustavson S. G. (1995.), *Risk management and insurance*, Cincinnati: South-Western, (9), str. 96
76. Youse (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.youse.com.br/>
77. *Zakon o obveznim osiguranjima u prometu* (2014.), Zagreb: Narodne Novine 151/05, 36/09, 75/09, 76/13, 152/14, čl. 2. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/370/Zakon-o-obveznim-osiguranjima-u-prometu>
78. *Zakon o osiguranju* (2023.), Zagreb: Narodne Novine 30/15, 112/18, 63/20, 133/20, 151/22. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/369/Zakon-o-osiguranju>
79. ZhongAn (b.d.), pristupano 20. lipnja 2023. Dostupno na: <https://www.zhongan.com/corporate/>

POPIS TABLICA

| | |
|---|----|
| Tablica 1 Izvještaj o financijskom položaju (bilanca) osiguravajućih društava | 10 |
| Tablica 2 Društva za osiguranje koja trenutno posluju na tržištu osiguranja Republike Hrvatske, njihovi poslovi osiguranja i udio u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji (%) | 17 |
| Tablica 3 Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva | 28 |
| Tablica 4 Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022. | 32 |
| Tablica 5 Zaračunata bruto premija i broj osiguranja zdravstvenog osiguranja za 2022. | 33 |
| Tablica 6 Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju 2006.-2022. | 34 |
| Tablica 7 Broj i iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja za 2022. | 35 |
| Tablica 8 Digitalizacija lanca vrijednosti osiguravajućih društava | 37 |

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1 Broj osiguravajućih društava u Republici Hrvatskoj u periodu od 2008. do 2022. godine 12

Grafikon 2 Odnos zaračunate bruto premije i likvidiranih šteta u bruto iznosu u periodu od 2006. do 2022. godine 13

Grafikon 3 Udio neživotnih i životnih osiguranja u ukupnoj zaračunatoj bruto premiji za razdoblje od 2006. do 2022. godine 14

Grafikon 4 Udio skupina, odnosno vrsta osiguranja u premijskoj strukturi hrvatskih osiguravajućih društava 15

Grafikon 5 Premija osiguranja po stanovniku (gustoća osiguranja) 2003. - 2021. (u kn) 16

Grafikon 6 Struktura premije po prodajnim kanalima za 2022. godinu 19

POPIS SLIKA

| | |
|--|----|
| Slika 1 Organizacijska struktura Hrvatskog ureda za osiguranje | 21 |
| Slika 2 Vizualni prikaz poslovnog modela Lemonade osiguranja | 43 |
| Slika 3 Prikaz korisničkog sučelja web stranice LAQO osiguranja | 46 |
| Slika 4 Prikaz korisničkog sučelja web stranica Alan osiguranja | 50 |
| Slika 5 Prikaz korisničkog sučelja Sanus Plus web stranice | 52 |
| Slika 6 Sanus Plus web stranica: O osiguranju i poziv na pregled ponude | 52 |
| Slika 7 Sanus Plus web stranica: Komuniciranje korisnosti ugovaranja | 53 |
| Slika 8 Sanus Plus web stranica: Prikaz modela zdravstvenog osiguranja | 54 |
| Slika 9 Sanus Plus web stranica: Prikaz inovacije kao mogućnosti za uštedu | 55 |
| Slika 10 Sanus Plus web stranica: Pristup informacijama o liječnicima i 30 minuta razgovora s odabranim liječnikom opće prakse | 56 |
| Slika 11 Sanus Plus web stranica: Prikaz izgleda mobilne aplikacije i komuniciranje koristi za korisnika | 56 |

ŽIVOTOPIS



Karla Kelava

KONTAKT

+385 99 592 5425

karlakelava999@gmail.com

hr.linkedin.com/in/karla-kelava

ŠKOLOVANJE

Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (rujan 2017. - rujan 2023.)

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Poslovna ekonomija, smjer Financije

School of Economics and Business, University of Ljubljana (srpanj 2021.)

Ljetna škola
Predmeti: Psychology for Managers, Strategic Brand Management

Stockholm Business School, Stockholm University (srpanj 2020.)

Ljetna škola
Predmeti: Current topics in Management, Finance, Accounting and Marketing

JEZICI

Hrvatski
Izvorni govornik

Engleski
Full Professional Proficiency (C1)

VOZAČKA DOZVOLA
B kategorija

RADNO ISKUSTVO

Filir d.o.o. (rujan 2023. - trenutno) *Asistent u nabavi*

- o Brand Manager za PEZ, Wilkinson, Blue Dolphin i Ritual
- o briga o brendovima od početnih pregovora s dobavljačima oko uvjeta suradnje
- o praćenje postupka dobave robe
- o priprema robe iz portfolia brenda za plasiranje na tržište
- o usklađivanje s pravnim normama i zahtjevima
- o postizanje što bolje pozicije proizvoda u njihovim kategorijama kod ciljanih kupaca
- o praćenje rezultata prodaje i koeficijentna obrtaja

LAQO osiguranje (veljača 2022. - lipanj 2023.) *Product Owner*

Rad na projektima LAQO Putno osiguranje, implementacija IFRS17 i euro konverzija zahtjevali su:

- o rad s dva tima programera na izradi webshopa i implementaciji zahtjeva regulatornog tijela
- o dvotjedno planiranje izrade i razvoja digitalnih proizvoda
- o dnevna suradnja s odjelima unutar organizacije i vanjskih suradnika iz inozemstva (odjel marketinga, prodaje, računovodstva, financije, aktuari, poslovni analitičari, QA timovi...)
- o prilagođavanje korisničkog sučelja internih portala i aplikacija za agente u call centru
- o obuka agenata za nove proizvode i procese
- o redizajn odlazne korespondencije prema klijentima

KPMG (prosinac 2021.)

- o studentska praksa u reviziji financijskih institucija osvojena na [Bank ADVENTure](#) izložbi za najbolji rad

Institutional Investors Lab (rujan 2020. - ožujak 2021.)

Koordinator

- o provođenje istraživanja na temu "Pogled generacije Z na životno osiguranje" u suradnji s Hrvatskim uredom za osiguranje, objavljeno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/389036>
- o stvaranje sadržaja i vizualnog identiteta udruge
- o upravljanje društvenim mrežama
- o organiziranje, moderiranje, kreiranje vizuala i promocija "INVESTO" konferencije
- o kreativno savjetovanje i rad na web stranici
- o upravljanje komunikacijom s alumnijima

Hrvatska studentska asocijacija (veljača 2018. - rujan 2019.)

- o upravljanje društvenim mrežama udruge i kreiranje vizuala
- o organizacija "Marketing Madness" konferencije (odabir govornika i komunikacija s odabranima, kontaktiranje sponzora, upravljanje agendom i operativni poslovi organizacije)

Hrvatska studentska asocijacija (kolovoz 2017. - kolovoz 2019.)

- o svakodnevna komunikacija s klijentima u call centru
- o operativni poslovi svakodnevnih aktivnosti vezanih uz American Express kartično poslovanje (call welcome - aktivacija kartica, otkazivanje/obnova članstva, povrti sredstava)
- o organizacija drugih studenata pri slaganju paketa interne pošte za mrežu poslovnica banke u Hrvatskoj