

Prejeto/Revised:
Marec 2013

Popravljen/Revised:
April 2013

Sprejeto/Accepted:
Maj 2013

KOMPONENTE STORITVE IN NJIHOV POMEN PRI ZAMENJAVI ZDRAVSTVENE ZAVAROVALNICE

Service Components and Their Importance in Health Insurance Changes

Urban Šebjan

*Doktorski študent na Ekonomsko-poslovni fakulteti, Univerza v Mariboru
urban.sebjan@gmail.com*

Majda Bastič

*Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta
majda.bastic@uni-mb.si*

Izvleček

V prispevku proučujemo pomembnost komponent, ki sestavljajo storitev dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (DPZZ). Raziskovalni model večkomponentne storitve smo preverili z modeliranjem strukturnih enačb (SEM) na vzorcu 300 slovenskih uporabnikov te storitve. Ugotovili smo, da je storitev DPZZ sestavljena iz petih komponent, ki jim uporabniki pripisujejo različno pomembnost, da največjo pomembnost pripisujejo komponentam način plačevanja zavarovalne premije, dodatna zavarovalna kritja in kakovost zavarovalnih storitev, da je zelo malo uporabnikov storitve DPZZ, ki so naklonjeni zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, ter da obstaja značilna razlika med uporabniki, ki so zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjeni, in tistimi, ki temu niso naklonjeni, le v pomembnosti komponente mnenja javnosti. Pri drugih komponentah značilnih razlik nismo našli.

Ključne besede: komponente storitve, dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zdravstvene storitve, zdravstvena zavarovalnica

Abstract

This article examines the importance of components comprising the service complementary voluntary health insurance (CVHI). The multi-component service research model was tested using structural equation modeling (SEM) with a sample of 300 Slovenian users of this service. The authors found that the CVHI service consists of five components to which users attach different importance. Users attach the highest importance to mode of payment of insurance premiums, additional insurance coverage, and the quality of insurance services. Very few CVHI users would change their health insurance company, and a significant difference exists between users who favor changing health insurance companies and those who do not, albeit only in the importance of public opinion. For other components, no significant differences were found.

Key words: service components, complementary voluntary health insurance, health services, health insurance company

1 Uvod

Zdravje je ena najpomembnejših človekovih vrednot (Elizur in Sagie 1999, 79), ki ga ne opredeljujemo samo z vidika bolezni in poškodb, temveč tudi z vidika popolnega telesnega, duševnega in družbenega počutja (Parekh 2003, povzeto po Gupta 2007, 379). Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ne krije vseh zdravstvenih storitev, pripomočkov in zdravil, zato zdravstvene zavarovalnice ponujajo storitev dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (DPZZ), ki krije uporabnikom tiste zdravstvene storitve, ki niso zajete



Naše gospodarstvo / Our Economy
Vol. 59, No. 3–4, 2013

pp. 14–25

DOI: 10.7549/ourecon.2013.3-4.02

UDK: 368:614.2

JEL: I13

v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zdravstvene zavarovalnice ponujajo enako zdravstveno varstvo v okviru storitve DPZZ, razlikujejo pa se po zavarovalni premiji, kakovosti zavarovalnih storitev, dodatnih zavarovalnih kritij, popustih in drugih ugodnostih, ki utegnejo imeti različen pomen pri uporabnikovem nakupnem odločanju. Večina slovenskih državljanov ima že sklenjeno pogodbo o DPZZ, zato lahko zdravstvene zavarovalnice povečujejo svoj tržni delež le na podlagi uporabnikove odločitve, da zamenja zdravstveno zavarovalnico.

V Sloveniji imajo dopolnilna prostovoljna zdravstvena zavarovanja 20,5 % delež v celotnem portfelju zavarovanj (SZZ 2012, 68). Leta 2011 je imela največji tržni delež zdravstvena zavarovalnica Vzajemna (58 %), sledita ji zavarovalnica Adriatic Slovenica (23 %) in zavarovalnica Triglav z 18 % tržnim deležem (Vzajemna 2011, 40). Zaradi vedno večje konkurence in želje po povečanju svojih tržnih deležev ponudniki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj iščejo možnosti diferenciacije svojih storitev z dodajanjem novih komponent, ki bi utegnile vplivati na odločitev uporabnika za zamenjavo zdravstvene zavarovalnice. Zelo malo je znanega o vplivu, ki ga imajo posamezne komponente storitve DPZZ na odločitev uporabnika o zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, kar povečuje zanimanje za raziskovanje tega zavarovalniškega področja (Lado in Maydeu-Olivares 2001).

Zato so cilji naše raziskave (a) ugotoviti, koliko komponent storitve DPZZ uporabniki zaznavajo in (b) kako zaznavajo pomen posameznih komponent te storitve, ter (c) poiskati, ali zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjeni in nenaklonjeni uporabniki pripisujejo komponentam storitve DPZZ različen pomen.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Pomen dejavnikov zdravstvenega zavarovanja

V okviru različnih tipologij zdravstvenega zavarovanja najdemo različne raziskave, ki obravnavajo dejavnike nakupnega odločanja za prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Schokkaert idr. 2010, Vera-Hernandez 1999, Doiron idr. 2008). Ugotovljeno je bilo, da ni razlik v sklenjenem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju med tistimi uporabniki, ki so v slabem zdravstvenem stanju, in tistimi, ki so v dobrem zdravstvenem stanju (Doiron idr. 2008, Buchmueller idr. 2004).

Thomson in Mossialos (2009, 282) povzemata študijo, ki je bila izvedena na Poljskem. S študijo so raziskovalci proučevali pripravljenost za nakup zdravstvenih zavarovanj za kritje stroškov zdravljenja. Ugotovljeno je bilo, da leta 2007 51 % gospodinjstev (42 % leta 2005 in 38 % leta 2003) ni bilo zainteresiranih za nakup katere koli vrste zdravstvenega zavarovanja, 31 % gospodinjstev (44 % leta 2005, 47 % leta 2003) pa je tega leta ocenilo, da si ne more privoščiti stroškov zdravstvenega zavarovanja. Druga gospodinjstva so izrazila interes za nakup zdravstvenega zavarovanja,

vedar le ob zavarovalni premiji, ki ni višja od 24,02 EUR. Zdravstvena zavarovanja z zavarovalno premijo do 24,02 EUR bi kupile družine z enim ali dvema otrokoma, ki živijo v večjih mestih.

Raziskovalci se pri raziskavah omejujejo na povpraševanje po zdravstvenih zavarovanjih na splošno (Wang in Rosenman 2007, Harmon in Nolan 2001), na prostovoljna zdravstvena zavarovanja (Nguyen in Knowles 2010, Ahking idr. 2009, Costa-Font in Garcia 2003, Hopkins in Kidd 1996, Propper 1989) ali na druge vrste zavarovanj (Norman Zietz 2003, Chen idr. 2001) in izbiro zdravstvenih načrtov iz sociološke, demografske, finančne in sistemske perspektive (Parente idr. 2004, Barringer in Milkovich 1996). Raziskovalci se v večji meri osredotočajo na raziskovanje življenjskih zavarovanj (Kakar in Shukla 2010, Gutter in Hatcher 2008, Norman Zietz 2003).

Za nakup prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja obstaja veliko dejavnikov odločanja. Raziskovalci so ugotovili, da se verjetnost sklenitve prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali obseg zavarovalnega kritja razlikuje glede na demografske dejavnike (starost, spol, velikost gospodinjstva, zakonski stan) in socioekonomske dejavnike (premoženje, izobrazba, dohodek, zaposlitveni status, družbeni sloj, območje prebivališča) ter kognitivne sposobnosti (Henriquez Höfter 2006, Liu in Chen 2002, Costa-Font in Garcia 2003, Paccagnella idr. 2012). Liu in Chen (2002) sta npr. ugotovila, da je pri moških, ki imajo vlogo glave družine, manjša verjetnost za nakup načrta zdravstvenega zavarovanja in se odločajo za manjši obseg zavarovalnega kritja kot ženske. Costa-Font in Garcia (2003) sta še ugotovila, da sta zaznana kakovost zasebne in javne zdravstvene oskrbe pomembna dejavnika povpraševanja po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju. Verjetnost za nakup prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je odvisna tudi od regije, v kateri uporabniki živijo. Ugotovljeno je bilo še, da je verjetnost, da imajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje sklenjeno uporabniki, ki živijo v mestih, večja kot verjetnost, da imajo tako zavarovanje sklenjeno uporabniki, ki živijo na podeželju (Liu in Chen 2002, Costa-Font in Garcia 2003). Harmon in Nalon (2001) dodajata še dejavnike, kot so zdravstveno stanje, sestava družine, družinski status, ki vplivajo na verjetnost izbire prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V raziskavah prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Angliji so ugotovili, da je politična preferenca eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vpliva na nakup zdravstvenega zavarovanja (King in Mossialos 2002). Dolgotrajni čakalni seznam zdravljenja vplivajo na povečano verjetnost za nakup prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V Veliki Britaniji čakalna doba na zdravljenje, daljša od 12 mesecev, poveča verjetnost za nakup prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Johar idr. 2010). Na odločitev o nakupu tega zavarovanja vplivata tudi dejavnika, kot sta stopnja naklonjenosti tveganju in zaznavanje morebitnih izgub zaradi bolezni (Cutler in Zeckhauser 2000, Santerre in Neun 2000, povzeto po King in Mossialos 2005).

Moissialos in Thomson (2004) ugotavljata, da na povpraševanje po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju poleg nenaklonjenosti tveganju vplivajo še dejavniki, kot so verjetnost, da se pojavi bolezen, obseg izgube ob pojavu bolezni, dohodek, izobrazba uporabnika in zavarovalna premija. Vendar ugotavljata, da se vpliv posameznih dejavnikov razlikuje od države do države. V EU, kjer je zagotovljena visoka zaščita pred tveganjem finančne izgube v primeru bolezni, so zavarovalna premija, prihodek in izobrazba pomembnejši od obsega finančne izgube (vsaj ko obravnavamo prostovoljno zdravstveno zavarovanje). Rezultati raziskav v ZDA pa kažejo, da je povpraševanje po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju cenovno neelastično. Empirične študije kažejo na cenovno elastičnost med $-0,03$ in $-0,54$ (Marquis in Long 1995, Ahking idr. 2009).

2.2 Zamenjava zdravstvene zavarovalnice

Raziskav, ki bi podrobneje obravnavale uporabnikovo naklonjenost do zamenjave zdravstvene zavarovalnice, ni veliko. Raziskovalci se osredotočajo na ovire, s katerimi se soočajo uporabniki ob zamenjavi finančnih institucij (Colgate in Bodo 2001), uporabnikovo vedenje ob zamenjavi v bančnem sektorju (Clemes idr. 2010) in dejavnike odnosov z uporabniki, ki vplivajo na uporabnikovo vedenje ob zamenjavi ponudnika storitve (Lopez idr. 2006).

Rezultati mednarodne študije kažejo, da naklonjenost zamenjavi zdravstvenih zavarovalnic ni visoka (Laske-Aldershof idr. 2004). Številnim zahodnoevropskim državam je v sistem zdravstvenega varstva uspelo uvesti konkurenčna razmerja. Na Nizozemskem so leta 2006 uvedli nov zakon o zdravstvenih zavarovanjih, ki bi zavarovancem omogočal lažji prehod med zdravstvenimi zavarovalnicami. Leta 2007 je v tej državi zamenjalo zdravstveno zavarovalnico 6 % uporabnikov, leta 2008 4 % in leta 2009 le še 3 %. Ugotovljeno je bilo tudi, da so ženske, starejši uporabniki (65 let in več), uporabniki, ki so manj časa (do 2 leti) zavarovani pri zdravstveni zavarovalnici, in tisti, ki so v boljšem zdravstvenem stanju, bolj naklonjeni zamenjavi zdravstvene zavarovalnice kot drugi uporabniki (Hendriks idr. 2010).

Na odločitve o zamenjavi zdravstvene zavarovalnice vplivajo zdravstveno stanje, socioekonomski in geografski dejavniki ter dejavniki predhodnega zdravstvenega zavarovanja. Dormont in sodelavci (2009) ugotavljajo, da v okviru dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja uporabniki zdravstvene zavarovalnice ne zamenjajo, če ocenjujejo, da je njihovo zdravje zelo dobro. Ljudje, ki so v slabem zdravstvenem stanju, kronično bolni in invalidi, zaznavajo več ovir za zamenjavo zdravstvene zavarovalnice kot drugi (Rooijen idr. 2011).

Mlajša in bolj izobražena populacija pogosteje zamenja zdravstveno zavarovalnico kot starejša in manj izobražena populacija (Risker 2000, Mosca in Schut-Welkzijn 2008). Ljudje z višjo izobrazbo so bolj pripravljeni tvegati, na voljo imajo več informacij o razpoložljivih zdravstvenih zava-

valnicah, zaradi česar se lažje odločijo za drugo zdravstveno zavarovalnico. Večja verjetnost za zamenjavo zdravstvene zavarovalnice je pri mladih in izobraženih ljudeh, ki živijo v velikih mestih in so predvsem na začetku svoje karierni poti (Mosca in Schut-Welkzijn 2008).

Rezultati dosedanjih raziskav kažejo, da so se avtorji v njih osredotočili predvsem na socioekonomske, demografske in geografske dejavnike, manj pa na samo storitev DPZZ, ki jo lahko ponudnik prilagaja potrebam njenih uporabnikov.

Raziskovalci na področju zdravstvenih zavarovanj in varstva se pogosto osredotočajo na proučevanje pomena nekaterih ključnih dejavnikov, kot so kakovost zavarovalnih storitev (Costa in Garcia 2003, Asgary idr. 2004), zavarovalna premija in uporabnikova občutljivost na spreminjanje zavarovalne premije (Beeson idr. 2005), pričakovane koristi zavarovanja (Ngyuyen in Knowles 2010), zagotavljanje in obseg zavarovalnih kritij (Shi 2001, Xu idr. 2006, Liu idr. 2002), ki se odražajo v dostopnosti, kakovosti zdravstvene oskrbe, financiranju in javnih zdravstvenih storitvah (Araújo 2010). Literatura, v kateri so pojasnjeni stroški uporabnikovega iskanja, izhaja iz iskanja cene in kakovosti storitev ter stroškov zamenjave, ko se uporabniki odločajo za novega ponudnika zavarovalnih storitev (Gravelle in Masiero 2000, Schlesinger in Schulenburg 1991). Moissialos in Thomson (2004) navajata, da je zavarovalna premija eden izmed pomembnih dejavnikov povpraševanja po PZZ. Lončić in soavtorji (2012) predstavljajo številne dejavnike vedenja uporabnikov na zavarovalniškem trgu. Med drugimi navajajo dejavnike, povezane s tržno dejavnostjo zavarovalnice, kamor uvrščajo njeno promocijsko politiko, značilnosti zavarovalnih storitev, plačilo zavarovalne premije, in dejavnike, povezane z osebjem zavarovalnice. Iz teh ugotovitev izhajata naslednji hipotezi:

H1: Storitve DPZZ je sestavljena iz vsaj petih komponent, ki jih uporabniki razlikujejo tako, da jim pripisujejo različno pomembnost.

H2: Način plačevanja zavarovalne premije, dodatna zavarovalna kritja in kakovost zavarovalnih storitev so najpomembnejše komponente v storitvi DPZZ.

Dejavnikov, zaradi katerih uporabniki zamenjajo zdravstveno zavarovalnico, je veliko. Hkrati se uporabniki med seboj razlikujejo tudi po naklonjenosti do zamenjave zdravstvene zavarovalnice; ta se lahko odraža v dejavniki zdravstvenega zavarovanja, ki jim uporabniki pripisujejo različen pomen. Nekateri raziskovalci proučujejo nadzorovane in nenadzorovane dejavnike, ki se osredotočajo na okolje storitve in stališča (Lin 2010). Keaveney (1995) navaja dodatne nadzorovane dejavnike pri zamenjavi zavarovalnice, kot so stališče do storitve, zavarovalna premija, okolje in poslovna morala. Spodbuda za zamenjavo zdravstvenih zavarovalnic se odraža pri uporabnikovih željah po nižji zavarovalni premiji in boljši kakovosti zavarovalne storitve (Lako idr. 2011). Jong in soavtorji (2008) navajajo, da je najpogostejši razlog za zamenjavo zdravstvene zava-

rovalnice privlačnost ponudbe. Pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice pripisujejo uporabniki največji pomen zavarovalni premiji, zavarovalnemu kritju in kakovosti zdravstvene oskrbe. Za zamenjavo zdravstvene zavarovalnice in s tem povezane spremembe zdravstvenega zavarovanja potrebujejo uporabniki ustrezne informacije. Pridobivajo jih od družinskih članov, prijateljev, znancev, ki jim zaupajo, ter s pomočjo tiskanih in spletnih medijev. Pri tem imajo osebni viri informacij večji pomen kot neosebni (Risker 2000). V skladu s temi spoznanji bomo preverili naslednjo hipotezo:

H3: Pri vsaj eni komponenti storitve DPZZ obstajajo statistično značilne razlike v pomembnosti med zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjenimi in temu nenaklonjenimi uporabniki.

3 Metodologija

3.1 Instrument raziskave

Podatke za preverjanje hipotez smo dobili s pisnim vprašalnikom. V dosedanjih raziskavah nismo našli merilnega instrumenta o komponentah storitve DPZZ, zato smo ga sestavili sami v dveh fazah. V prvi fazi smo pregledali ponudbe storitve DPZZ različnih slovenskih zdravstvenih zavarovalnic in z uporabniki te storitve izvedli pet globinskih intervjujev. Z njimi smo dobili dodatne informacije o želenih komponentah v storitvi DPZZ. Nato smo izvedli še globinski intervju s strokovnjakom za zdravstvena zavarovanja z namenom, da vprašalnik prečistimo in po potrebi dopolnimo. V drugi fazi smo razumljivost vprašalnika testirali na vzorcu 5 uporabnikov. Po zaključeni drugi fazi je vprašalnik vseboval 57 postavk. Njihovo pomembnost v storitvi DPZZ smo merili s 5-stopenjsko lestvico od 1 (zelo nepomembna) do 5 (zelo pomembna).

Glede na stopnjo naklonjenosti zamenjavi zdravstvene zavarovalnice smo uporabnike razvrstili v tri skupine: zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjeni uporabniki, neodločeni uporabniki in zamenjavi nenaklonjeni uporabniki. Anketirance smo prosili še, da se razvrstijo v eno izmed treh starostnih skupin: do 30 let, od 31 do 50 let in nad 51 let.

3.2 Vzorec

Ciljno populacijo so predstavljali uporabniki, ki so pravno sposobni skleniti storitev DPZZ, so obvezno zdravstveno zavarovani v Sloveniji in so zavezanci za doplačila. Uporabili smo namenski vzorec. Seznan 300 uporabnikov, ki imajo sklenjeno storitev DPZZ pri konkurenčni zdravstveni zavarovalnici, nam je posredovala ena izmed zdravstvenih zavarovalnic. Uporabnike je na njihovem domu anketiralo 30 zavarovalnih zastopnikov v obdobju od 15. februarja do 26. marca 2008. Vseh 300 uporabnikov s seznama je privolilo v anketiranje, vsi so tudi odgovorili na vsa vprašanja v vprašalniku.

V vzorcu je bilo 300 uporabnikov, starih 18 let in več. Največ uporabnikov, tj. 47 %, je bilo starih med 31 in 50 let. Do 30 let je bilo starih 28 % uporabnikov, nad 50 let pa 25 %. 82 % uporabnikov ni bilo naklonjenih zamenjavi

zdravstvene zavarovalnice, 5 % jih je bilo temu naklonjenih, 13 % pa je bilo neodločenih.

3.3 Analiza podatkov

Pri preverjanju hipoteze H1 smo v prvi fazi izvedli eksploratorno faktorsko analizo (exploratory factor analysis – EFA). Smiselnost uporabe faktorske analize smo preizkusili z Bartlettovim testom sferičnosti (BTS) in Keiser-Meyer-Olkinovo statistiko (KMO). Neodvisnost faktorjev in enostavnejšo faktorsko strukturo smo dobili z metodo varimax. V drugi fazi smo izvedli konfirmatorno faktorsko analizo (confirmatory factor analysis – CFA). Skladnost proučevanega modela s podatki smo preverili z naslednjimi indeksi skladnosti: hi-kvadrat χ^2 (chi-square), CFI (comparative fit index), GFI (goodness-of fit index), NFI (normed fit index), Tucker-Lewisov indeks TLI (Tucker-Lewis index), RMSEA (root mean square error of approximation) in χ^2/df (df – stopnje prostosti). Proučevani model smemo vzeti za skladen s podatki, če velja: CFI > 0,9, GFI > 0,9, RMSEA < 0,5, TLI > 0,9, NFI > 0,9 (Schumacker in Lomax 2004, Blunch 2008).

Zanesljivost merjenja postavk smo preverili s koeficientom zanesljivosti R^2 . Vrednost R^2 nad 0,5 kaže na sprejemljivo zanesljivost (Bollen 1989). Za konstrukte (faktorje) smo izračunali zanesljivost kompozita (composite reliability – CR), ki naj bo višja od 0,7, in povprečje izločenih varianc (average variance extracted – AVE), ki je dosežena, kadar povprečja izločenih varianc za posamezne konstrukte presegajo vrednost 0,5 (Fornell in Larcker 1981). Notranjo konsistentnost konstruktov smo preverili s Cronbachovo α , ki mora biti višja od 0,7 (Nunnally 1978).

Veljavnost lestvice smo tako analizirali s pomočjo konvergentne in diskriminantne veljavnosti. Konvergentna veljavnost je potrjena, kadar je povprečje izločenih varianc konstruktov višje od 0,5 (Fornell in Larcker 1981, Hair idr. 1998). Diskriminantna veljavnost je potrjena, ko noben kvadrat korelacijskega koeficienta ni večji od vrednosti AVE (Fornell and Larcker 1981).

Pri preverjanju hipoteze H2 smo uporabili opisno statistiko (povprečna vrednost \pm standardni odklon). Za preverjanje hipoteze H3 smo uporabili parametrični t-test za dva neodvisna vzorca pri stopnji značilnosti 0,05.

Konfirmatorno faktorsko analizo smo izvedli s programom AMOS verzije 20, IBM, eksploratorno faktorsko analizo, parametrični t-test in opisno statistiko pa s program SPSS verzije 20, IBM.

4 Rezultati

4.1 Osnovne komponente storitve DPZZ za zamenjavo zdravstvene zavarovalnice

V eksploratorni faktorski analizi smo upoštevali vseh 57 spremenljivk. Bartlettov test sferičnosti ($p < 0,001$) in Kaiser-Meyer-Olkinova statistika (KMO = 0,873) kažeta na smiselnost uporabe EFA.

Dobili smo 11 faktorjev (komponent). Lastne vrednosti vseh faktorjev so bile višje od vrednosti ena. 38 komponent s faktorskimi utežmi, manjšimi od 0,5 smo izločili, in sicer: »zavarovalna premija«, »kritje dermatologije«, »kritje gastroenterologije«, »popust pri novem zavarovanju pri nadstandardnih zdravstvenih zavarovanjih«, »popust pri bioenergijskih storitvah«, »popust pri sklenitvi storitve DPZZ preko spleta«, »popust pri enkratnem letnem plačilu zavarovalne premije«, »popust pri storitvi DPZZ za krvodajalce«, »popust pri plačilu premije ob direktni obremenitvi«, »popust pri sklenitvi storitve DPZZ za 10 let«, »popust pri plačevanju zavarovalne premije kot odtegljaj pri dohodku«, »trikrat letno brezplačno upravičeno prvo mnenje zdravnika«, »brezplačna modra številka«, »vključenost storitve DPZZ v paket premoženjskega zavarovanja«, »priložnostno darilce«, »nagradne igre ob sklenitvi storitve DPZZ«, »ugodnosti v zdravilišču«, »možnosti sklenitve v nadstandardno zdravstveno zavarovanje kot rehabilitacija po poškodbi«, »strokovnost zaposlenih«, »razlike v ponudbah storitve DPZZ med zdravstvenimi zavarovalnicami«, »enostavnost sklenitve storitve DPZZ«, »pravno-organizacijska oblika zdravstvene zavarovalnice«, »zaupanje v

zdravstveno zavarovalnico«, »ugled zdravstvene zavarovalnice«, »uporaba informacijskih orodij pri sklenitvi storitve DPZZ«, »finančna stabilnost zdravstvene zavarovalnice«, »finančna sredstva, ki jih zdravstvena zavarovalnica vlaga v okolje«, »stopnja inovativnosti zavarovalnice«, »pretekle izkušnje z zavarovalnico«, »kadrovske spremembe v zavarovalnici«, »mnenje družine«, »mnenje prijateljev in znancev«, »odločitev delodajalca o storitvi DPZZ«, »strah pred boleznijo ali nezgodo«, »oglaševanje storitve DPZZ z znanimi osebami«, »razlike med ponudniki storitve DPZZ«, »zadovoljstvo z zdravstveno zavarovalnico« in »zdravje kot vrednota«. Razloge za izločitev večjega števila postavk (spremenljivk) utemeljujemo z manjšo kompleksnostjo storitve DPZZ v primerjavi z drugimi zavarovalnimi storitvami (npr. premoženjska zavarovanja); po našem vedenju merilni instrument za merjenje pomembnosti komponent storitev DPZZ še ni bil razvit, zato smo ga zastavili širše in upoštevali večino dejavnikov, ki so jih obravnavali drugi raziskovalci. Ker vzorec raziskave ni bil velik in predpostavljani model ne zelo kompleksen, smo uporabili najstrožje meje za kriterije, po katerih smo se odločali o vključitvi posameznih postavk v merilni instrument.

Tabela 1: Komponente storitve DPZZ

Faktorji in postavke		Faktorske uteži ^a	Pojasnjena varianca	R ² (zanesljivost)	Povprečna vrednost ^b	Standardni odklon
Kritja	Dodatna zavarovalna kritja		33,9		4,47	0,860
DKR1	Kritje gastroenterologinje	0,773		0,598	4,37	0,907
DKR2	Kritje kardiologije	0,816		0,666	4,62	0,760
DKR3	Kritje nevrologije	0,826		0,682	4,48	0,856
DKR4	Kritje oftalmologije	0,811		0,658	4,49	0,882
DKR5	Kritje otorinolaringologije	0,799		0,638	4,47	0,843
DKR6	Kritje endokrinologije	0,841		0,708	4,44	0,850
DKR7	Kritje urologije	0,830		0,689	4,43	0,906
Kakovost	Kakovost zavarovalnih storitev		16,2		4,26	0,893
KK1	Prijaznost in ustrežljivost zaposlenih	0,773		0,597	4,28	0,920
KK2	Dostopnost informacij o storitvi DPZZ	0,759		0,577	4,21	0,918
KK3	Dostopnost in pripravljenost zastopnika	0,718		0,515	4,24	0,881
KK4	Varnost zdravstvenega zavarovanja	0,724		0,525	4,32	0,852
Mnenja	Mnenja javnosti		8,9		3,25	1,145
MJ1	Mnenje medijev o storitvi DPZZ	0,825		0,680	3,23	1,183
MJ2	Mnenje državnih organov o storitvi DPZZ	0,903		0,815	3,23	1,193
MJ3	Mnenje ostalih ponudnikov storitve DPZZ	0,785		0,616	3,28	1,057
Popusti	Popusti		8,5		3,76	1,272
PP1	Vstopni stroški v vzajemne sklade	0,852		0,726	3,72	1,357
PP2	Sklenitev zavarovanja na potovanjih v tujino z asistenco	0,757		0,573	3,96	1,160
PP3	Vstopni stroški ob sklenitvi naložbenih zavarovanj	0,889		0,790	3,62	1,271
Premija	Način plačevanja premije		6,5		4,07	1,049
PR1	Načini plačevanja zavarovalne premije	0,732		0,536	4,00	0,992
PR2	Plačevanje zavarovalne premije brez stroškov na sedežu zavarovalnice	0,699		0,489	4,14	1,101

^a Vse faktorske uteži so statistično značilne na ravni 0,001.

^b Merjeno na 5-stopenjski lestvici od 1 – zelo nepomembna do 5 – zelo pomembna komponenta storitve DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice.

Na ta način smo pridobili 5 faktorjev, ki smo jih poimenovali: način plačevanja premije, dodatna zavarovalna kritja, mnenja javnosti, kakovost zavarovalnih storitev in popusti.

V naslednji fazi smo izvedli konfirmatorno faktorsko analizo. Oblikovanih je bilo pet faktorjev (latentnih spremenljivk). Dobljene faktorske uteži so se gibale med 0,699 in 0,903 in so bile statistično značilne na ravni 0,001. Vrednosti R^2 so bile uporabljene za ocenjevanje zanesljivosti posamezne opazovane spremenljivke za storitev DPZZ.

R^2 pri spremenljivki »mnenje prijateljev in znancev« je bil manjši od 0,5, zato smo jo izločili. Izločili pa nismo spremenljivke »plačevanje zavarovalne premije brez stroškov na sedežu zavarovalnice« ($R^2 = 0,489$), saj je R^2 zelo blizu predpisane vrednosti 0,5, njena povprečna vrednost (4,14) pa višja od povprečne vrednosti faktorja (4,07), kar nakazuje njeno pomembnost v storitvi DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice. Dobljeni rezultati, prikazani v tabeli 1, potrjujejo konvergenčno veljavnost.

Faktor dodatna zavarovalna kritja razloži 33,9 % celotne variance, faktor kakovost zavarovalnih storitev razloži 16,2 %, faktor mnenja javnosti o storitvi DPZZ razloži 8,9 %, faktor popusti razloži 8,5 % in faktor načini plačevanja premije razloži 6,5 %. Vseh pet faktorjev skupaj razloži 74,0 % celotne variance.

4.2 Ocenjevanje skladnosti modela s podatki

Rezultati testa χ^2 ($\chi^2(142) = 248,977$ in $p < 0,001$) kažejo, da ne obstaja popolna skladnost modela s podatki. Indeks GFI znaša 0,918 in je višji od predpisane spodnje meje 0,9. Enako velja za indekse CFI = 0,966, TLI = 0,960, NFI = 0,926. V okviru parsimoničnih indeksov skladnosti smo opazovali RMSEA in normiran hi-kvadrat χ^2 . Vrednost RMSEA znaša 0,050, vrednost χ^2/df znaša 1,753 in zadovoljuje predpisani kriterij. Razen testa χ^2 vsi drugi kazalniki kažejo na skladnost petfaktorskega modela s podatki. Hkrati pa ti kazalniki za enofaktorski model kažejo, da ni skladen s podatki (tabela 2).

Tabela 2: Povzetek statistike za enofaktorski in večfaktorski model

Enofaktorski model	Večfaktorski model
1 faktor	5 faktorjev
$\chi^2(152) = 1636,134$	$\chi^2(142) = 248,977$
$\chi^2/df = 10,764$	$\chi^2/df = 1,753$
$p = 0,000$	$p = 0,000$
RMSE = 0,181	RMSE = 0,050
GFI = 0,573	GFI = 0,918
CFI = 0,535	CFI = 0,966
TLI = 0,476	TLI = 0,960
NFI = 0,513	NFI = 0,926

* dodatna zavarovalna kritja, mnenja javnosti, kakovost zavarovalnih storitev, popusti in način plačevanja premije

Predlagano faktorsko strukturo komponent storitve DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice prikazuje mo na sliki 1.

Vrednosti CR in AVE za vseh pet konstruktov (tabela 3) so presegle predpisane vrednosti 0,7 in 0,5. V vseh primerih je zadoščeno Fornell-Lackerjevemu kriteriju, saj so kvadrati korelacije med konstrukti manjši od vrednosti AVE. Tudi vrednosti Cronbachove α se gibljejo med 0,675 in 0,931, kar vse kaže na zanesljivost oblikovanih konstruktov.

Izvedli smo tudi faktorsko strukturo drugega reda, ki jo prikazujemo na sliki 2, s katero smo iskali empirično potrditev, da je storitev DPZZ sestavljena iz petih komponent. Vrednost statistike hi-kvadrat ($\chi^2(147) = 259,302$) kaže, da je model statistično značilen ($p < 0,001$). Absolutni indeks GFI znaša 0,915 in je višji od predpisane vrednosti 0,9. Vsi prirastkovni indeksi so nad predpisano vrednostjo 0,9 (CFI = 0,965, TLI = 0,959, NFI = 0,923) in podpirajo model. Vrednost RMSEA znaša 0,051, kar kaže na sprejemljivost modela. Vrednost χ^2/df znaša 1,764 in zadovoljuje predpisani kriterij. Predstavljeni indeksi skladnosti kažejo, da je predlagana faktorska struktura drugega reda ustrezna. S slike 2 je razvidno, da se pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice vse komponente pozitivno povezujejo s storitvijo DPZZ.

Dobljeni rezultati kažejo, da uporabniki v storitvi DPZZ zaznavajo vseh pet komponent, ki smo jih opredelili kot način plačevanja premije, dodatna zavarovalna kritja, mnenja javnosti, kakovost zavarovalnih storitev in popusti, zato bomo sprejeli hipotezo H1.

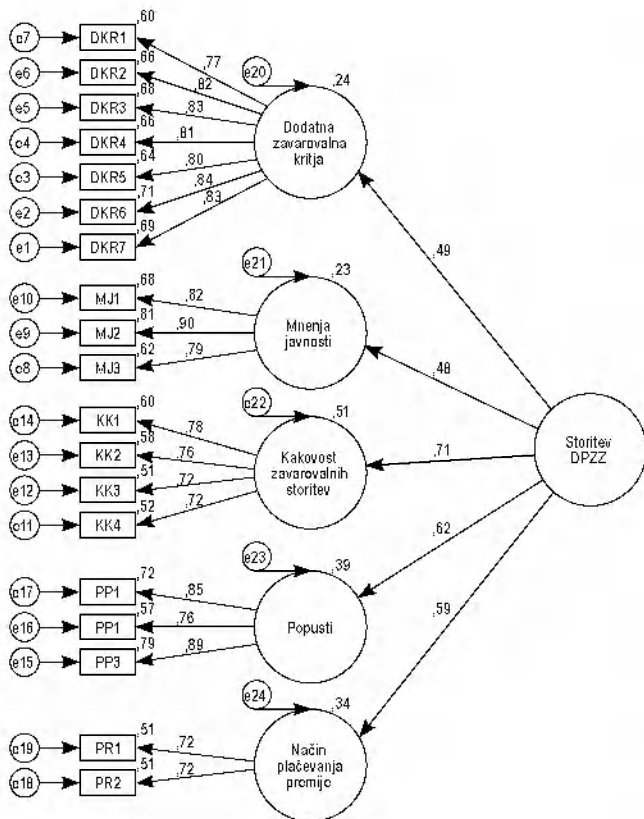
Tabela 3: Konvergentna in diskriminanta veljavnost modela

Faktorji in spremljivke		Cronbachova α	CR ^a	AVE ^b
Kritja	Dodatna zavarovalna kritja	0,931	0,932	0,663
Mnenja	Mnenja javnosti	0,874	0,877	0,704
Kakovost	Kakovost zavarovalnih storitev	0,832	0,832	0,554
Popusti	Popusti	0,868	0,873	0,696
Premija	Način plačevanja premije	0,675	0,677	0,513

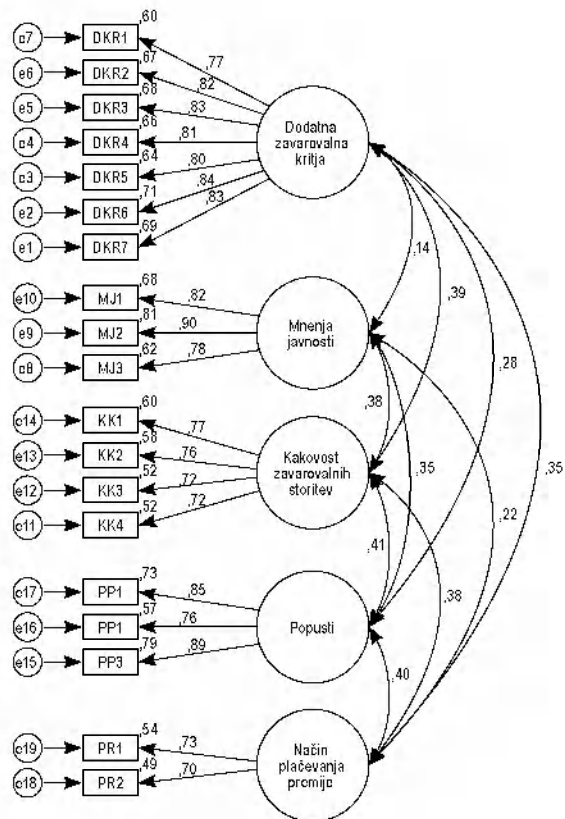
^a CR – zanesljivost kompozita (angl. composite reliability)

^b AVE – povprečje izločenih varianc (angl. average variance extracted)

Povprečne vrednosti komponent (tabela 1) kažejo, da je v storitvi DPZZ za uporabnike najpomembnejša komponenta dodatna zavarovalna kritja ($4,47 \pm 0,860$), sledita ji komponenti kakovost zavarovalnih storitev ($4,26 \pm 0,893$) in način plačevanja premije ($4,07 \pm 1,049$), zato potrdimo hipotezo H2.

Slika 1: Faktorska struktura komponent storitve DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice


Indeksi skladnosti: $\chi^2(142) = 248,977$ ($p = 0,000$),
 GFI = 0,918, CFI = 0,966, TLI = 0,960, NFI = 0,926,
 RMSEA = 0,050, $\chi^2/df = 1,753$

Slika 2: Faktorska struktura drugega reda komponent storitve DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice


Indeksi skladnosti: $\chi^2(147) = 259,302$ ($p = 0,000$),
 GFI = 0,915, CFI = 0,965, TLI = 0,959, NFI = 0,923
 RMSEA = 0,051, $\chi^2/df = 1,764$

Opomba: DKR1: Kritje gastroenterologije; DKR2: Kritje kardiologije; DKR3: Kritje nevrologije; DKR4: Kritje oftalmologije; DKR5: Kritje otorinolaringologije; DKR6: Kritje endokrinologije; DKR7: Kritje urologije; MJ1: Mnenje medijev o storitvi DPZZ; MJ2: Mnenje državnih organov o storitvi DPZZ; MJ3: Mnenje ostalih ponudnikov storitve DPZZ; KK1: Prijaznost in ustrežljivost zaposlenih; KK2: Dostopnost informacij o storitvi DPZZ; KK3: Dostopnost in pripravljenost zastopnika; KK4: Varnost zdravstvenega zavarovanja; PP1: Vstopni stroški v vzajemne sklade; PP2: Sklenitev zavarovanja na potovanjih v tujino z asistenco; PP3: Vstopni stroški ob sklenitvi naložbenih zavarovanj; PR1: Načini plačevanja zavarovalne premije; PR2: Plačevanje zavarovalne premije brez stroškov na sedežu zavarovalnice.

Tabela 4: Analiza razlik med uporabniki, ki so naklonjeni zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, in tistimi, ki so temu nenaklonjeni, glede pomembnosti komponent storitve DPZZ

Faktorji	Naklonjeni zamenjavi ^a zdravstvene zavarovalnice	Nenaklonjeni zamenjavi ^a zdravstvene zavarovalnice	Statistična značilnost
Dodatna zavarovalna kritja	4,57 (1)	4,35 (1)	$p = 0,395$
Mnenja javnosti	3,79 (4)	3,15 (5)	$p < 0,05$
Kakovost zavarovalnih storitev	4,29 (2)	4,26 (2)	$p = 0,906$
Popusti	3,79 (4)	3,64 (4)	$p = 0,701$
Način plačevanja premije	4,21 (3)	3,95 (3)	$p = 0,329$

^a Merjeno na 5-stopenjski lestvici od 1 – zelo nepomembna do 5 – zelo pomembna komponenta storitve DPZZ pri zamenjavi zdravstvene zavarovalnice.

4.3 Razlike v zaznani pomembnosti komponent storitve DPZZ med zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjenimi in temu nenaklonjenimi uporabniki

Iz primerjalne analize smo izključili neodločne uporabnike. Značilnost razlik med povprečnimi vrednostmi posameznih komponent v obeh skupinah smo preverili s parametričnim *t*-testom za dva neodvisna vzorca (tabela 4).

Značilnih razlik nismo našli pri štirih komponentah storitve DPZZ, to so: dodatna zavarovalna kritija, kakovost zavarovalnih storitev, popusti in način plačevanja premije. Statistično značilna razlika med obema skupinama uporabnikov pa obstaja le pri eni komponenti, to je mnenja javnosti o storitvi DPZZ. Zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjeni uporabniki dajejo večji pomen komponenti mnenje javnosti kot zamenjavi nenaklonjeni uporabniki. V komponenti mnenja javnosti so bile razlike zaznane pri mnenju državnih organov in mnenju medijev o storitvi DPZZ. Ker uporabniki storitev različno zaznavajo pomembnost ene komponente, sprejemamo hipotezo H3.

5 Sklep

Zdravstvene zavarovalnice v Sloveniji ponujajo storitev DPZZ z enakimi zavarovalnimi kritiji. Razlikujejo se le po zavarovalnih premijah in drugih komponentah, ki so povezane z izvajanjem storitve DPZZ. Zdravstvene zavarovalnice imajo na slovenskem zavarovalniškem trgu omejene možnosti povečevanja tržnega deleža, saj ima večina uporabnikov DPZZ pri zdravstvenih zavarovalnicah že urejeno. Ugotovili smo, da je samo 5 % slovenskih uporabnikov storitev DPZZ naklonjenih zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, zato je povečanje tržnega deleža v tem segmentu zdravstvenih zavarovanj zelo težko. Potencialne nove zavarovance predstavljajo mlajši uporabniki, ki se po končanem izobraževanju zaposlijo in na novo urejajo DPZZ, ali zavarovanci drugih zavarovalnic, ki jih konkurenčne zavarovalnice prepričajo, da zdravstveno zavarovalnico zamenjajo. Pri tem bo zavarovalnicam v pomoč poznavanje ključnih komponent storitve DPZZ, ki jim uporabniki pripisujejo največjo pomembnost. V raziskavi smo ugotovili, da je storitev DPZZ sestavljena iz petih komponent, ki jih uporabniki razlikujejo tako, da jim pripisujejo različen pomen. Storitve DPZZ je sestavljena iz komponent: dodatna zavarovalna kritija, kakovost zavarovalnih storitev, mnenja javnosti o storitvi DPZZ, popusti in način plačevanja premije.

Rezultati naših analiz kažejo, da je med dodatnimi zavarovalnimi kritiji za uporabnike najpomembnejše kritije kardiologije, kar je skladno z ugotovitvami Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization). Ta v poročilu iz leta 2011 poudarja, da so bolezni srca in ožilja med najpogostejšimi boleznimi v svetovnem merilu (WHO 2011). Tudi v Sloveniji prebivalci najpogosteje zbolijo zaradi bolezni srca in ožilja (Vertot 2010). V komponenti kakovost zavarovalnih storitev sta za uporabnike najpomembnejši prijaznost in ustrežljivost zaposlenih. Pri načinu plačeva-

nja zavarovalne premije je za uporabnike najpomembnejše plačevanje zavarovalne premije brez stroškov na sedežu zdravstvene zavarovalnice. Uporabniki pripisujejo manjši pomen dvema komponentama storitve DPZZ, in sicer komponentama mnenja javnosti o storitvi DPZZ in popusti. Čeprav poskušajo zdravstvene zavarovalnice uporabnike s taktikami pospeševanja prodaje prepričati, da zamenjajo obstoječo zdravstveno zavarovalnico, uporabniki popustom ne dajejo velikega pomena.

Tako uporabniki, ki so naklonjeni zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, kot tudi tisti, ki temu niso naklonjeni, so se podobno opredelili glede pomembnosti komponent storitve DPZZ. Razlike smo zaznali le pri komponenti mnenja javnosti o storitvi DPZZ.

Rezultati raziskave zdravstvenim zavarovalnicam omogočajo, da bolje razumejo pomembnost posameznih komponent v storitvi DPZZ. Te komponente jim bodo omogočile oblikovati konkurenčne ponudbe, ki bodo uporabnike prepričale, da bodo zamenjali zdravstveno zavarovalnico. Rezultate o pomembnosti komponent storitve DPZZ lahko zdravstvene zavarovalnice uporabijo pri snovanju novih dodanih vrednosti storitve DPZZ in pri pojasnjevanju vzrokov za uporabnikovo (ne)zamenjavo zdravstvene zavarovalnice. Zdravstvene zavarovalnice bodo v prihodnje morale spremeniti taktike pospeševanja prodaje, saj ponujeni popusti uporabnikov ne prepričajo dovolj, da bi zdravstveno zavarovalnico zamenjali. Ker je stopnja naklonjenosti zamenjavi zdravstvene zavarovalnice nizka, je potreben celovit pristop k razvoju ključnih komponent in njihovo vključevanje v storitev DPZZ. Razlik med zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjenimi in zamenjavi nenaklonjenimi uporabniki ni veliko. To nakazuje, da so za oba segmenta uporabnikov komponente storitve DPZZ pomembne in da je potrebna celovita obravnava te storitve. S celovitostjo lahko zdravstvene zavarovalnice na trgu dosežejo pozitiven mnenja različnih javnosti, ki lahko prepričajo uporabnike, naklonjene zamenjavi zdravstvene zavarovalnice, da sklenejo DPZZ pri drugi zdravstveni zavarovalnici.

V raziskavi smo se omejili na slovenski zavarovalniški trg ter na storitev DPZZ, v okviru slednje pa na raziskovanje komponent. Za ugotavljanje razlik v zaznavanju pomembnosti komponent v storitvi DPZZ smo se omejili le na skupino zamenjavi zdravstvene zavarovalnice naklonjenih uporabnikov in skupino zamenjavi nenaklonjenih uporabnikov. Vzorec ni slučajen, zato moramo biti previdni pri posploševanju dobljenih rezultatov. Pomembnost komponent storitve DPZZ smo prikazali s povprečnimi vrednostmi, ki izhajajo iz osnovnih spremenljivk. Zaradi manjše kompleksnosti storitve DPZZ smo se omejili na ključne komponente, ki jim uporabniki pripisujejo različen pomen. Omejili smo se na raziskovanje pomembnosti komponent v storitvi DPZZ, ne pa tudi na uporabnikovo dejansko zaznavanje komponent v procesu menjave.

Menimo, da bi s proučevanjem področja zdravstvenih zavarovanj veljalo nadaljevati. Ker so uporabniki kompo-

nento popusti v storitvi DPZZ uvrstili na zadnje mesto, bi bilo smiselno izvesti raziskavo o zadovoljstvu in koristnosti popustov, ki jih uporabnikom nudijo slovenske zdravstvene zavarovalnice. Koristno bi bilo ugotavljati povezave med zadovoljstvom posameznih komponent storitve DPZZ in naklonjenostjo zamenjavi zdravstvene zavarovalnice. V raziskavo bi lahko vključili dodatne socioekonomske komponente, kot so spol, dohodek, območje stalnega prebivališča, zaznavanje morebitnih izgub zaradi bolezni, pogostost koriščenja zdravstvenih storitev, naklonjenost tveganju ... Vzorec bi lahko razširili na tuje zavarovalniške trge, na katerih zdravstvene zavarovalnice uporabnikom nudijo storitev DPZZ. Uporabili bi lahko tudi drug metodološki pristop. Anketirancem bi lahko predstavili različne storitve DPZZ zdravstvenih zavarovalnic in anketiranci bi jih razvrstili od najboljše do najslabše.

Literatura

1. Ahking F. W., C. Giaccotto in R. E. Santerre (2009). The aggregate demand for private health insurance coverage in the United States. *The Journal of Risk and Insurance*, 76 (1), 133–157. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1539-6975.2009.01290.x>
2. Araújo, E. (2010). The Demand for Voluntary Health Insurance (VHI) in the Brazilian Two-Tier Health System. *The Geneva Association, Risk & Insurance Economics, Health and Ageing* 23 (October): 15–17.
3. Asgary, A., K. Willis, A. Taghvaei in M. Rafeian (2004). Estimating rural households' willingness to pay for health insurance. *The European Journal of Health Economics* 5 (3): 209–215. <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-004-0233-6>
4. Barringer, M. W. in G. T. Milkovich (1996). Employee health insurance decisions in a flexible benefits environment. *Human Resource Management* 35 (3): 293–315. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-050X\(199623\)35:3<293::AID-HRM2>3.0.CO;2-S](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-050X(199623)35:3<293::AID-HRM2>3.0.CO;2-S)
5. Becson Royalty, A. in J. Hagens (2005). The effect of premiums on the decision to participate in health insurance and other fringe benefits offered by the employer: evidence from a real-world experiment. *Journal of Health Economics* 24 (1): 95–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.07.005>
6. Blunch, Niels J. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. Los Angeles: Sage.
7. Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. Wiley-Interscience Publication.
8. Buchmueller, T. C., A. Couffinhal, M. Grignon in M. Perronnin (2004). Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Economics* 13 (7): 669–687. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.879>
9. Chen, R., Wong Hong, A. in Lee, C. (2001). Age, Period, and Cohort Effects on Life Insurance Purchases in the U.S. *The Journal of Risk and Insurance* 68 (2): 303–328.
10. Clemes, M. D., C. Gan in D. Zhang (2010). Customer switching behaviour in the Chinese retail banking industry. *International Journal of Marketing Bank* 28 (7): 519–546. <http://dx.doi.org/10.1108/02652321011085185>
11. Colgate, M. in L. Bodo (2001). Switching barriers in consumer markets: an investigation of the financial services industry. *Journal of Consumer Marketing* 18 (4): 332–347. <http://dx.doi.org/10.1108/07363760110393001>
12. Costa-Font, J. in J. Garcia (2003). Demand For Private Health Insurance: How Important Is The Quality Gap? *Health Economics* 12: 587–599. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.756>
13. Doiron, D., G. Jones in E. Savage (2008). Healthy, wealthy and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance. *Health Economics* 17 (3): 317–334. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1267>
14. Dormont, B., P. Geoffard in K. Lamiraud (2009). The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: evidence from Swiss data. *Health Economics* 181 (1): 1339–1356. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1441>
15. Elizur, D. in A. Sagie (1999). Facets of Personal Values: A Structural Analysis of Life and Work Values. *Applied Psychology: An International Review* 48 (1): 73–87. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.1999.tb00049.x>
16. Fornell, C. in D. F. Lacker (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 18: 39–50. <http://dx.doi.org/10.2307/3151312>
17. Gravelle, H. in G. Masiero (2000). Quality incentives in a regulated market with imperfect information and switching costs: capitation in general practice. *Journal of Health Economics* 19: 1067–1088. [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00060-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00060-6)
18. Gupta, H. (2007). The role of insurance in health care management in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20 (5): 379–391. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860710763307>
19. Gutter, M., S. in C. B. Hatcher (2008). Racial Differences in the Demand for Life Insurance. *Journal of Risk and Insurance* 75 (3): 677–689. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1539-6975.2008.00279.x>
20. Hair, J. F., R. E. Anderson, R. L. Tatham in W. C. Black (1998). *Multivariate Data Analysis with Readings, 5th ed.* New York: Prentice-Hall International, Englewood Cliffs.
21. Harmon, C. in B. Nolan (2001). Health insurance and health services utilization in Ireland. *Health Economics* 10 (2): 135–145. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.565>

22. Hendriks, M., J. D. Jong, A. Brink-Muinen in P. P. Groenewegen (2010). The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expectations* 13 (2): 195–207. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00583.x>
23. Henriquez, Höfler, R. (2006). Private health insurance and utilization of health services in Chile. *Applied Economics* 38 (4): 423–439. <http://dx.doi.org/10.1080/00036840500392797>
24. Hopkins, S. in M. P. Kidd (1996). The determinants of the demand for private health insurance under Medicare. *Applied Economics* 28 (12): 1623–1632. <http://dx.doi.org/10.1080/000368496327598>
25. Johar, M., G. Jones, M. Keane, E. Savage in O. Stavrunova (2010). The demand for private health insurance: do waiting lists or waiting times matter? *UfS: Centre for Health Economics Research and Evaluation* 8: 1–12.
26. Jong, J. D., A. Brink-Muinen in P. P. Groenewegen. (2008). The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled. *Health Services Research* 8 (58): 1–9.
27. Kakar, P. in R. Shukla (2010). The Determinants of Demand for Life Insurance in an Emerging Economy—India. *The Journal of Applied Economic Research* 4 (1): 49–77.
28. Keaveney, S. M. (1995). Customer switching behavior in service industries: An exploratory study. *Journal of Marketing* 59 (2): 71–82. <http://dx.doi.org/10.2307/1252074>
29. King, D. in E. Mossialos (2002). *The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England*. LSE Health and Social Care. London: The London School of Economics and Political Science Houghton Street London.
30. King, D. in E. Mossialos (2005). The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997–2000. *Health Services Research* 40 (1): 195–212. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00349.x>
31. Lado, N. in A. Maydeu-Olivares (2001). Exploring the link between market orientation and innovation in the European and US insurance markets. *International Marketing Review* 18 (2): 130–145. <http://dx.doi.org/10.1108/02651330110389972>
32. Lako, C. J., P. Rosenau in C. Daw (2011). Switching Health Insurance Plans: Results from a Health Survey. *An International Journal of Health Care Philosophy and Policy* 19: 312–328. <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-010-0154-8>
33. Laske-Aldershof, T., E. Schut, K. Beck, S. Greß, A. Shmueli in C. Van de Voorde (2004). Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets: A Five-country Comparison. *Applied Health Economics and Health Policy* 3: 229–241. <http://dx.doi.org/10.2165/00148365-200403040-00006>
34. Liu T. L. in C. S. Chen (2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Science & Medicine* 55 (5): 755–774. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00201-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00201-5)
35. Lonciã, M., E. C. Petrescu, D. Lonciã in M. Constantinescu. (2012). The role of education on consumer behavior on the insurance market. *Social and Behavioral Sciences* 46: 4154–4158.
36. Lopez, J. M. P., Y. P. Redondo in F. J. S. Olivan (2006). The impact of customer relationship characteristics on customer switching behavior: Differences between switchers and stayers. *Managing Service Quality* 6 (16): 556–574. <http://dx.doi.org/10.1108/09604520610711909>
37. Marquis, M. S. in S. H. Long (1995). Worker demand for health insurance in the non-group market. *Journal of Health Economics*, 14, 47–63. [http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296\(94\)00035-3](http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296(94)00035-3)
38. Moissialos, E. in S. Thomson (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Brussels: European Observatory on Health Systems and policies.
39. Mosca, I. in A. Schut-Welkzijn (2008). Choice determinants of the mobility in the Dutch health insurance market. *The European Journal of Health Economics* 9 (3): 261–264. <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-007-0073-2>
40. Nguyen H. in J. Knowles (2010). Demand for voluntary health insurance in developing countries: The case of Vietnam's school-age children and adolescent student health insurance program. *Social Science & Medicine* 71: 2074–2082. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.033>
41. Norman Zietz, E. (2003). An Examination of the Demand for Life Insurance. *Risk Management and Insurance Review* 6 (2): 159–191. <http://dx.doi.org/10.1046/J.1098-1616.2003.030.x>
42. Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York: Mcgraw-Hill.
43. Paccagnella, O., V. Rebba in G. Weber (2012). Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe. *Health Economics* 1–27.
44. Parente, S. T., R. Feldman in J. B. Christianson (2004). Employee Choice of Consumer-Driven Health Insurance in a Multiplan, Multiproduct Setting. *Health Services Research* 39 (42): 1091–1112. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00275.x>
45. Propper, C. (1989). An econometric analysis of the demand for private health insurance in England and Wales. *Applied Economics* 21: 777–792. <http://dx.doi.org/10.1080/758520273>
46. Risker, D. C. (2000). Factors influencing employee health plan choice in the corporate setting. *Health Marketing Quarterly* 18: 15–27. http://dx.doi.org/10.1300/J026v18n01_02

47. Rooijen, M. R., J. D. Jong in M. Rijken (2011). Regulated competition in health care: Switching and barriers to switching in the Dutch health insurance system. *Health Services Research* 11 (1): 95–104. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-95>
48. Schokkaert, E., T. Van Ourti, D. De Graeve, A. Lecluyse in C. Van de Voorde (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health economics* 19 (4): 377–395. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1478>
49. Schumacker, R. E. in R. G. Lomax (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London: L. Erlbaum.
50. Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the US. *Social Science & Medicine* 53 (4): 519–529. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00357-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00357-9)
51. SZZ – Slovensko zavarovalno združenje. Gospodarsko interesno združenje slovenskih zavarovalnic. (2012). *Statistični zavarovalniški bilten 2012*. Dosegljivo: <http://www.zav-zdruzenje.si/docs/Statisticni%20zavarovalniski%20bilten%202012.pdf>.
52. Thomson, S. in E. Mossialos (2009). *Private health insurance in the European Union*. London: School of Economics and Political Science.
53. Vera-Hernandez, A. M. (1999). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics* 8 (7): 579–598. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199911\)8:7<579::AID-HEC478>3.0.CO;2-P](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199911)8:7<579::AID-HEC478>3.0.CO;2-P)
54. Vertot, Nelka (2010). *Svetovni dan zdravja 2010*. Dosegljivo: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3040.
55. Vzajemna (2011). *Revidirano letno poročilo za leto 2011*. Dosegljivo: http://www.vzajemna.si/media/revidirano_lp.za_2011.pdf.
56. Wang H. in R. Rosenman (2007). Perceived need and actual demand for health insurance among rural Chinese residents. *Economic Review* 18 (4): 373–388.
57. WHO – World Health Organization (2011). *Global status report, on noncommunicable disease 2010*. Dosegljivo: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
58. Xu, X., A. Divya, A. Vahratian in S. Ransom (2006). Insurance coverage and health care use among near-elderly women. *Article Women's Health Issues* 16 (3): 139–148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2006.02.005>



Urban Šebjan je diplomiral na Ekonomsko-poslovni fakulteti Univerze v Mariboru na smeri Management. Na isti fakulteti je končal specializacijo s področja marketinškega komuniciranja in magistriral na smeri za marketing. Dolgo časa je sodeloval z Zavarovalnico Triglav, d. d., na področju marketinga. Na Ekonomsko-poslovni fakulteti je doktorski kandidat na področju managementa, organizacije in informatike, posveča pa se raziskovanju procesne organizacije, inovativnosti organizacije, konceptov CRM in sodobnih informacijskih rešitev.

Urban Šebjan is management graduate who earned his MSc in marketing at the University of Maribor—Faculty of Economics and Business, where he also completed his specialization in marketing communication. He has long worked in the Marketing Department of Triglav Insurance Company. He is currently a PhD student at the University of Maribor—Faculty of Economics and Business, Department of Organization and Informatics. His research focuses primarily on process organization, innovation organization, concepts of CRM, and modern information technology.



Dr. Majda Bastič je redna profesorica za področje operacijskih raziskav na Ekonomsko-poslovni fakulteti Univerze v Mariboru. Raziskovalno se ukvarja z optimizacijo poslovnih procesov in uporabo kvantitativnih metod v inovacijskem menedžmentu in trajnostnem razvoju. Je avtorica in soavtorica številnih znanstvenih člankov, učbenikov in poglavij v knjigah. Sodelovala je na več kot 50 znanstvenih konferencah. Je glavna urednica revije Naše gospodarstvo in pomočnica urednika revije Central European Journal of Operations Research.

Majda Bastič, PhD, is a professor of operations research at the Faculty of Economics and Business, University of Maribor. Her research is focused on business process optimization and the use of quantitative methods in innovation management and sustainable development. She has authored and co-authored a number of scientific articles, textbooks, and book chapters. She has participated in more than 50 scientific conferences. She is editor-in-chief of the journal Our Economy and an associate editor of the Central European Journal of Operations Research.