

**ANALIZA OPRAVDANOSTI
SPROVOĐENJA I OSTVARIVANJA PRAVA
IZ DOPUNSKOG OSIGURANJA**

Podgorica, decembar 2018. godine

I UVOD

Troškovi zdravstvene zaštite bilježe izuzetno brz rast posljednjih pedeset godina. Razlozi za to su: demografske promjene (starenje stanovništva), razvoj tehnike i tehnologije, sve veći stepen obrazovanja stanovništva, pojava novih bolesti, kao i administrativni troškovi. Uz navedene razloge, oblici organizovanja, odnosno finansiranja sistema zdravstvene zaštite dovode do toga da gotovo sve zemlje u svijetu imaju problem rasta troškova, odnosno usklađivanja troškova i izvora za njihovo pokriće. Iz tih razloga se u svim zemljama stalno traže nova rješenja koja će se uspješno suprostaviti disbalansu između troškova i njihovih izvora, odnosno koja će obezbijediti stabilno finansiranje zdravstvene zaštite stanovništva.

U namjeri da sistem zdravstvenog osiguranja prilagodi ekonomskim promjenama, po ugledu na zemlje iz okruženja, Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 2004. godine, uspostavlja se normativni okvir za reformu sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori. Naime, navedenim zakonom, pored obaveznog zdravstvenog osiguranja, prvi put se uvodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje je podrazumijevalo obezbjeđivanje prava na zdravstvene usluge van paketa usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja i posebnih uslova u pogledu kadra i uslova smještaja prilikom pružanja zdravstvenih usluga. Međutim, zbog ekonomsko-socijalnih i drugih društvenih okolnosti nije došlo do implementacije navedenog oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori.

Da bi se obezbijedila veća finansijska efikasnost zdravstvenog sistema, u više navrata inicirane su izmjene i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju, a da prethodno nije donijeta strategija kojom bi se definisali pravci i ciljevi daljeg razvoja sistema zdravstvenog osiguranja, te raščistile sve dileme i na jasan način osmislio koncepcijski pristup uvođenja nekog od oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Godine 2012. donosi se Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, a da se pri tom ne daje objektivna ekonomska analiza efekata implementacije novih zakonskih rješenja, kako sa aspekta održivosti i stabilnog finansiranja *dopunskog* zdravstvenog osiguranja kao novog oblika *dobrovoljnog* zdravstvenog osiguranja. Iz navedenog razloga, implementacija dopunskog zdravstvenog osiguranja nije realizovana.

Posljednjim izmjenama Zakona o zdravstvenom osiguranju iz februara 2018. godine ponovo je odložena primjena, tj uvođenje i ostvarivanje dopunskog osiguranja za 2019. godinu. Shodno Zaključcima Vlade broj 07-4094 od 28. decembra 2017. godine, Ministarstvo zdravlja je zaduženo da „pripremi i Vladi na razmatranje dostavi analizu opravdanosti sprovođenja i ostvarivanja prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja u smislu prepoznavanja nedostataka i prednosti ovog vida osiguranja“ prvenstveno za građane, odnosno osiguranike Crne Gore.

S tim u vezi, Ministarstvo zdravlja je obrazovalo *Radnu grupu za izradu Analize opravdanosti sprovođenja i ostvarivanja prava iz dopunskog osiguranja* koja je

pristupila izradi analize. Radnu grupu su činili predstavnici Ministarstva zdravlja, Ministarstva finansija, Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore i Agencije za nadzor osiguranja.

Napomena Agencije za nadzor osiguranja Crne Gore: Ovom analizom predviđeno je da se dopunsko zdravstveno osiguranje ostvaruje isključivo na osnovu ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji osiguranik zaključuje sa Fondom za zdravstveno osiguranje, bez analize mogućnosti da dopunsko osiguranje pokrivaju društva za osiguranje (članom 68 Zakona o zdravstvenom osiguranju je definisano da se ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju može zaključiti i sa društvom za osiguranje). Agencija za nadzor osiguranja je iskazala spremnost da ispita zainteresovanost osiguravajućih društva za uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i da zajedno sa njima uradi analizu efekata na funkcionisanje zdravstvenog sistema u Crnoj Gori. Međutim, nakon održanog sastanka od 30.10.2018. godine utvrđeno je da ne postoji zainteresovanost za ovakvu vrstu analize, naročito imajući u vidu da Fond za zdravstveno osiguranje ne raspolaže objektivnim podacima koji su neophodni za sprovođenje pomenute vrste analize. Na kraju, napominjemo da u slučaju potrebe za pomenutom vrstom analize Agencija za nadzor osiguranja je spremna pružiti podršku za realizaciju iste.

II PRINCIPI DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Shodno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju iz 2016. godine, na dopunsko zdravstveno osiguranje mogu se osigurati osigurana lica koja su osigurana u obaveznom zdravstvenom osiguranju. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurano lice se osigurava za iznos 20% cijene zdravstvene usluge, dok 80% cijene zdravstvene usluge pokriva obavezno zdravstveno osiguranje. Ukoliko se osiguranik ne osigura u dopunskom zdravstvenom osiguranju u obavezi je da plati razliku do punog iznosa cijene zdravstvene usluge, po ispostavljenom računu zdravstvene ustanove, a najviše u visini dvije prosječne neto zarade u Crnoj Gori. Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti najmanje na godinu dana.

Principi na kojima se bazira dopunsko osiguranje su:

1. dopunsko zdravstveno osiguranje za razliku od obaveznog zdravstvenog osiguranja je osiguranje koje se bazira na principu dobrovoljnosti, tj. u dopunskom zdravstvenom osiguranju osigurano lice se dobrovoljno osigurava;
2. obavezi dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno doplati ne podliježu sljedeće kategorije osiguranih lica:
 - djeca (članovi porodice osiguranika) do kraja redovnog školovanja, najduže do navršenih 26 godina života,
 - žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja,
 - osigurana lica starija od 65 godina života,
 - davaoci i primaoci organa, tkiva i ćelija,
 - korisnici socijalno-zaštitnih prava i članovi njihovih porodica,
 - korisnici najniže penzije u Crnoj Gori, borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata,
 - slijepa, gluvonijema i lica sa invaliditetom,
 - nezaposlena lica i dr;
3. obaveza doplate neće postojati ni za osiguranike koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje ukoliko liječe kao osnovno oboljenje ili stanje: malignu bolijest, hemofiliju, šećernu bolest, cističnu fibrozu, psihozu, epilepsiju, multiple sklerozu, mišićnu distrofiju, cerebralnu paralizu, paraplegiju, kvadriplegiju, hroničnu bubrežnu insuficijenciju (dijaliza), sistemsku autoimunu bolest, karantinsku bolest, hepatitis B ili C i dr;
4. dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva samo usluge sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite i to:
 - preglede, dijagnostiku i liječenje,
 - bolničko liječenje i liječenje u dnevnoj bolnici,
 - dijagnostiku i liječenje van Crne Gore,
 - stomatološku zdravstvenu zaštitu na sekundarnom i tercijarnom nivou,
 - ambulantnu rehabilitaciju i specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju,
 - postupke u vezi sa uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,

- medicinska sredstva koja se ugrađuju u ljudski organizam i medicinsko-tehnička pomagala,
 - troškove smještaja i ishrane pratioca lica sa invaliditetom sa invaliditetom do 18 godina,
 - prevoz sanitetskim vozilom koji nije hitan i sredstvom redovnog vazdušnog saobraćaja;
5. dopunsko zdravstveno osiguranje se ostvaruje na osnovu ugovora o dopunskom osiguranju koji osiguranik zaključuje sa Fondom;
 6. ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju osigurano lice obezbjeđuje dopunsko zdravstveno osiguranje i za članove porodice;
 7. dopunsko zdravstveno osiguranje može ugovoriti poslodavac, koji u tom slučaju zaključuje ugovor o kolektivnom dopunskom osiguranju za svoje zaposlene, u kojem slučaju mu se može odobriti popust do 5% premije osiguranja;
 8. premije dopunskog zdravstvenog osiguranja za zaposlene koji su zaključili individualni ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, u obavezi su da uplaćuju poslodavci, kojima se za administriranje i uplatu premija može odobriti naknada do 0,5% od bruto obračunatih premija osiguranja, što se uređuje ugovorom između Fonda i poslodavca;
 9. sredstva prikupljena od polisa dopunskog zdravstvenog osiguranja mogu se koristiti samo za obezbjeđivanje ovog oblika osiguranja;
 10. sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao i finansijsko poslovanje vode se odvojeno od sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja, o čemu se izrađuje poseban finansijski izvještaj;
 11. sa zdravstvenim ustanovama koje imaju ugovor o pružanju usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja, zaključuju se posebni ugovori o pružanju usluga dopunskog zdravstvenog osiguranja;
 12. za obezbjeđivanje i razmjenu podataka davaoci zdravstvenih usluga mogu sa Fondom da ugovore naknadu od 0,5% od bruto obračunatih usluga za dopunsko zdravstveno osiguranje.

Prelaznim i završnim odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju propisano je da danom početka sprovođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, prestaje da se primjenjuje Odluka o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite („Sl. list RCG“ br. 34/91 i 19/93).

III UČEŠĆE U TROŠKOVIMA KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (PARTICIPACIJA)

Sve do uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja postoji obaveza učešća osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite i i dalje je u primjeni *Odluka o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite* tzv. participacija.

Učešće u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite, tzv. participacija je utvrđena u apsolutnim i procentualnim iznosima. Npr. u apsolutnim iznosima utvrđena je participacija za:

- lijekove - 0,35 € po receptu,
- laboratorijske usluge - 0,35 € po uputu,
- RO preglede i usluge - 0,75 € po uputu,
- bolničko liječenje - 0,35 € po bolničkoj danu, do 15. dana,

dok je u procentualnim iznosima utvrđena participacija za

- specijalistički pregled - 40% od cijene usluge utvrđene cjenovnikom usluga,
- za određena medicinsko-tehnička pomagala 40% od cijene pomagala,
- specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju 40% od cijene rehabilitacije i dr.

Participacija se naplaćuje od osiguranih lica u zdravstvenim ustanovama nakon pružene zdravstvene usluge i prihod je zdravstvene ustanove. Zdravstvena ustanova je u obavezi da prilikom fakturisanja zdravstvene usluge Fondu, umanjí fakturu za iznos naplaćene participacije.

Odluka o učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite nije inovirana iako je u međuvremenu uvedeno niz novih dijagnostičkih postupaka ili liječenja za koje je mogla biti utvrđena participacija, a samim tim po osnovu ovog instituta mogao bi se uvećati prihod, iako su od učešća u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite oslobođene određene kategorije osiguranika (djeca, lica starija od 65 godina života, žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana poslije porođaja i dr). Shodno zakonskim rješenjima odluku o učešću osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite donosi Ministarstvo zdravlja.

Imajući u vidu da sa početkom primjene dopunskog zdravstvenog osiguranja doplata zamjenjuje participaciju, to je veoma značajno iskazati dosadašnje prihode od participacije zdravstvenih ustanova, imajući u vidu da su za iste iznose umanjene fakture prema Fondu za zdravstveno osiguranje.

Tabela 1: Prihodi od participacije za zdravstvene ustanove iz Zdravstvene mreže

r.b	Zdravstvena ustanova	Iznos participacije	r.b.	Zdravstvena ustanova	Iznos participacije
1	DZ Mojkovac	3.943,12	19	OB Pljevlja	25.712,97
2	DZ Budva	27.181,00	20	OB Berane	28.157,03
3	DZ Herceg Novi	23.199,38	21	OB Bijelo Polje	20.859,08
4	DZ Rožaje	8.241,71	22	OB Nikšić	37.889,50
5	DZ Tivat	7.299,09	23	OB Bar	22.056,39
6	DZ Ulcinj	11.001,20	24	OB Cetinje	10.916,30
7	DZ Berane	11.149,00	25	OB Kotor	15.654,52
8	DZ Pljevlja	13.441,00	26	Ukupno OB	161.245,79
9	DZ Plav	12.001,12	27	SB Brezovik	2.713,97
10	DZ Bijelo Polje	10.693,61	28	SB Dobrota	255,62
11	DZ Podgorica	108.990,00	29	SB Risan	41.396,68
12	DZ Danilovgrad	15.040,00	30	Ukupno SB	44.366,27
13	DZ Kolašin	11.994,00	31	KCCG	248.365,54
14	DZ Nikšić	12.519,00	32	Zavod za transfuziju	0,00
15	DZ Bar	11.535,14	33	HMP	0,00
16	DZ Cetinje	6.613,50	34	ZU Apoteke CG Montefarm	210.952,00
17	DZ Kotor	3.052,80	35	Institut za Javno zdravlje	431,90
18	DZ Andrijevica	816,00	36	SB Codra	10.940,64
	Ukupno DZ	298.710,67	37	PZU OB Meljine	
			38	Institut dr Simo Milošević Igalo	
			39	Rudo Montenegro doo	8.453,36
Ukupno prihodi od participacije za zdravstvene ustanove iz Zdravstvene mreže					983.466,17

U Tabeli 1 prikazani su prihodi od participacije za 2017. godinu za zdravstvene ustanove koje se nalaze u Zdravstvenoj mreži, a koji su iznosili 983.466,17 eura, bez PZU OB Meljine i Instituta dr Simo Milošević, imajući u vidu da za ove dvije ustanove nije bilo moguće doći do podataka o iznosu naplaćene participacije za 2017. godinu.

Tabela 2: Prihodi od participacije za zdravstvene ustanove van Zdravstvene mreže sa kojima Fond ima zaključen ugovor za period od 01.01. - 31.12.2017. godine

r.b	Zdravstvena ustanova	Iznos participacije	r.b.	Zdravstvena ustanova	Iznos participacije
1	PZU Optimal	1,45	27	SZR "Mars Optik"	2.679,85
2	PZU "Dr. Marina"	2.116,65	28	Optika "Lens" doo	2.350,55
3	PZU "Vid"	724,72	29	Optika "Pljevlja" doo	1.345,66
4	PZU "Dr. Lutovac"	2.760,57	30	Optika "Ivanović"	2.327,18
5	PZU "Vista"	0,00	31	Optika "Mirković"	2.103,16
6	PZU "Lens Commerce"	1.676,62	32	PZU "Optika Knežević"	755,58
7	PZU "Dr. Jovović"	4.207,18	33	STR "Vista Studio"	1.396,09
8	PZU "Radojević"	177,02	34	SZR "M Optic"	3.053,75
9	PZU "Borović"	0,00	35	Audio BM	2.091,00
10	PZU "Dr. Koturović"	2.097,46	36	Optika "Babić" doo	52,68
11	PZU "Oko Vmmm"	6.730,77	37	Optika "Jovović"	3.213,95
12	PZU "Intermedica"	1.613,48	38	"Osmi Red" doo	1.051,02
13	PZU "Kuliš medical"	0,00	39	OKO doo	9.916,41
14	PZU "Bona Lab Prima"	0,00	40	Optika "Oculus" doo	1.498,53
15	PZU "Tesla Medical"	0,00	41	Optika "Monokl" doo	5.423,95
16	PZU "Poliklinika Hipokrat"	0,00	42	"MDM Electronics"	2.952,00
17	PZU "Humana Reprodukcija"	0,00	43	"Sunglasses" doo	72,91
18	PZU "Life"	0,00	44	"Glosarij" doo	0,00
19	PZU "Ars Medica"	0,00	45	"Inel Medica" doo	0,00
20	Crown-S doo	3.995,59	46	"Medica" doo	0,00
21	Doo "Opticon"	800,61	47	Optika "Žarić"	311,14
22	PZU "Nova Azra Optic"	768,66	48	PZU "Lika Optic"	1.213,74
23	"Alfa Sound" doo	553,50	49	Privatne apoteke	123.150,20
24	Optika "Bane 2"	492,39	50		
25	OČS "Kuburić"	994,38	51		
26	OČS "Kuburić II"	1.094,19	52		
I Ukupno prihodi od participacije za zdravstvene ustanove van Zdravstvene mreže					197.764,59
II Ukupno prihodi od participacije za zdravstvene ustanove iz Zdravstvene mreže					983.466,17
UKUPNO PRIHODI OD PARTICIPACIJE					1.181.230,76

U tabeli 2 prikazani su prihodi od participacije za zdravstvene ustanove van Zdravstvene mreže sa kojima Fond ima zaključen ugovor, a koji su za 2017. godinu iznosili ukupno 197.764,59 eura. Za privatne apoteke sa kojima je Fond zaključio ugovore o snadbijevanju osiguranih lica lijekovima počev od oktobra 2017. godine, prikazani prihod od participacije nije ostvaren¹ u 2017. godini, već je napravljena

¹ Budući da su privatne apoteke počele sa izdavanjem lijekova na teret Fonda za zdravstveno osiguranje od 01.10.2017. godine, za tu godinu nijesu mogli biti prihodi od participacije za njih,

procjena na osnovu participacije naplaćene u zadnjem tromjesječju 2017. godine i za prvih 6 mjeseci 2018. godine. Takođe, nije prikazan prihod od participacije za zdravstvene ustanove u inostranstvu u koje se osigurana lica upućuju po uputnici Fonda, iz razloga što se do tih podataka ne može doći.

Iznos participacije nije prikazan za PZU OB Meljine, Institut dr Simo Milošević Igalo i zdravstvene ustanove van Crne Gore u koje su upućivana osigurana lica, jer podaci o iznosu naplaćene participacije za ove ustanove nijesu mogli biti obezbijeđeni. Naime, prihod od participacije je prihod zdravstvene ustanove, te Fond nema obavezu da prati iznos prihoda od participacije koje ostvare zdravstvene ustanove koje nijesu u sistemu javnog zdravstva. Ipak do tih podataka se može doći, ali samo za one privatne zdravstvene ustanove koje Fondu dostavljaju elektronsku fakturu što je i prikazano u predmetnoj tabeli. S obzirom da sa PZU Meljine, Institutom dr Simo Milišević Igalo i ustanovama van Crne Gore nije uspostavljen elektronski način fakturisanja ti podaci se za sada ne mogu obezbijediti, ali sa sigurnošću se može reći da bi zbog toga i ukupan prihod od participacije za 2017. godinu bio veći od prikazanih 1,2 mil. eura.

Kod upućivanja osiguranih lica na liječenje, dijagnostiku ili kontrolu u zdravstvene ustanove van Crne Gore, participacija se utvrđuje za one kategorije koje podliježu plaćanju participacije i to za:

- liječenje 0.35 eura po bolničkom danu do 15 dana, a od 16 dana 0.25 eura po bolničkom danu,
- za djagnostiku se ne plaća participacija
- za kontrolu 40% od cijene kontrolnog pregleda po cjenovniku

Kod upućivanja na rehabilitaciju u Institut dr „Simo Milošević” u Igalu participacija se utvrđuje, takođe za kategorije koje podliježu plaćanju participacije i to:

- za osiguranike koji se upućuju na rehabilitaciju u slučaju svježeg infarkta miokarda, svježeg apoplektičnog insulta, operacije diskus hernije i traumatološko – orzopedskih operacija i reumatoidnog artritisa, učestvuju 0.35 eura po bolničkom danu do 15 dana, a od 16 dana 0.25 eura po bolničkom danu, a ostali učestvuju 40% od ugovorene cijene. Takođe se određuje učešće za smještaj i ishranu pratioca djeteta do 1 godine 40%, a za dijete od 1-3 godine 60%, osim za pratioca djeteta oboljelog od cerebralne paralize.

Na osnovu navedenog kao i podataka (Tabela 1 i Tabela 2), ukupan prihod od participacije u 2017. godini za zdravstvene ustanove koje su sastavni dio Zdravstvene mreže i one koje nijesu, a sa kojima je Fond zaključio ugovor iznosio je ukupno oko 1,2 miliona eura.

osim za 3 mjeseca, te je zbog toga napravljena procjena za preostalih 9 mjeseci. Procjena je napravljena na osnovu podataka o naplaćenoj participaciji za prvih pola godine 2018. godine i ta tri mjeseca 2017. godine

IV PROCJENA BROJA OSIGURANIH LICA U DZO

Kao što je prethodno navedeno Zakonom o zdravstvenom osiguranju propisane su kategorije osiguranih lica koje ne podliježu obavezi plaćanja doplate, pa time ni premije dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osim kategorija djece (članova porodice osiguranika) do navršenih 26 godina života, žena u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja, osiguranih lica starijih od 65 godina života, davaocima i primaocima organa, tkiva i ćelija, u svrhu liječenja, dobrovoljnim davaocima krvi koji su krv dali više od deset puta, korisnicima socijalno-zaštitnih prava i članovima njihovih porodica, korisnicima najniže penzije u Crnoj Gori, borcima, vojnim invalidima, civilnim invalidima rata, članovima njihovih porodica, korisnicima prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca, nezaposlenim licima, osiguranih lica u pritvoru i na izdržavanju kazne zatvora, slijepim, gluvonijemim i licima sa autističnim poremećajem, shodno Zakonu svi članovi porodice osiguranika ne podliježu obavezi plaćanja doplate.

Takođe, obaveza dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno doplate, neće postojati ni za osiguranike koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje ukoliko liječe kao osnovno oboljenje ili stanje: malignu bolijest, hemofiliju, šećernu bolijest, cističnu fibrozu, psihozu, epilepsiju, multiple sklerozu, mišićnu distrofiju, cerebralnu paralizu, paraplegiju, kvadriplegiju, hroničnu bubrežnu insuficijenciju (dijaliza), sistemsku autoimunu bolijest, karantinsku bolijest, hepatitis B ili C i dr.

Na osnovu navedenog u dopunskom zdravstvenom osiguranju mogu se osigurati samo zaposleni osiguranici, preduzetnici i lica koja samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost kao osnovno zanimanje, penzioneri do 65 godina života, poljoprivrednici i vlasnici poljoprivrednog zemljišta.

Tabela 3: Struktura ukupnog broja osiguranih lica Fonda za zdravstveno osiguranje²

Osiguranici	Nosioci	% nosioci	Članovi	% članovi	Ukupno	%
Zaposleni	176.012	27,71	104.910	16,51	280.922	44,22
Nezaposleni	28.441	4,48	9.805	1,54	38.246	6,02
Penzioneri	106.617	16,78	22.399	3,53	129.016	20,31
Poljoprivrednici	3.635	0,57	1.961	0,31	5.596	0,88
Raseljena lica	246	0,04			246	0,04
Crnogorski državljani sa prebivalištem u CG i stranci sa stalnim boravkom u CG koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu	105.149	16,55	59.208	9,32	164.357	25,87
Ostali	14.229	2,24	2.690	0,42	16.919	2,66
UKUPNO:	434.329	68,37	200.973	31,63	635.302	100,00

² Izvor: IS Fonda za zdravstveno osiguranje, Baza osiguranika Fonda na dan 06.09.2018. godine, podaci o broju aktivnih osiguranika

Prethodnom tabelom prikazani su podaci o strukturi osiguranih lica Fonda. Ukupan broj aktivnih osiguranih lica Fonda je 635.302 osiguranih lica. U strukturi osiguranih lica zaposleni nosioci čine 27,71%, nezaposleni 4,48%, penzioneri 16,78%, poljoprivrednici 0,57%, raseljena lica 0,04%, crnogorski državljani sa prebivalištem u CG i stranci sa stalnim boravkom koji nijesu osigurani po drugom osnovu 16,55% i ostali 2,24%. Od ukupnog broja osiguranih lica nosioci osiguranja čine 68,37% ili 434.329 osiguranika, dok članovi porodice čine 31,63% ili 200.973 osiguranika.

Tabela 4: Osigurana lica kojima se zdravstvena zaštita obezbjeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja

rb	Osigurana lica koja se ne osiguravaju u dopunskom zdravstvenom osiguranju	Broj aktivnih osiguranika	% u odnosu na ukupan broj aktivnih osiguranika
1	Osiguranici - članovi porodice osiguranika	200.973	31,63
3	Osiguranici stariji od 65 godina	97.196	15,30
4	Borci, vojni invalidi, civilni invalidi rata, korisnici prava na novčanu naknadu materijalnog obezbjeđenja boraca	471	0,07
5	Korisnici socijalno zaštitnih prava	5.880	0,93
6	Nezaposlena lica	28.799	4,53
7	Lica koja su u pritvoru, na izdržavanju kazne zatvora	269	0,04
8	Crnogorski državljani sa prebivalištem u CG i stranci sa stalnim boravkom u CG koji nijesu osigurani ni po jednom osnovu	105.149	16,55
9	Slijepa i gluvonijema lica		0,00
10	Korisnici najniže penzije u CG za prethodnu kalendarsku godinu po podacima organa uprave nadležnog za poslove statistike ³	10.450	1,64
11	Dobrovoljni davaoci krvi koji su dali krv više od 10 puta ⁴	1.956	0,31
12	Davaoci i primaoci organa, tkiva i ćelija u svrhu liječenja, osim za liječenje neplodnosti postupcima ART		0,00
13	Žene u toku trudnoće, porođaja i godinu dana nakon porođaja ⁵	7.495	1,18
	Ukupan broj osiguranika koji ne ulaze u DZO	458.638	72,19
	Ukupan broj aktivnih osiguranika	635.302	
	<u>Ukupan broj osiguranika u DZO</u>	<u>176.664</u>	<u>27,81</u>

³ Izvor: Podaci Fonda penzijsko invalidskog osiguranja

⁴ Izvor: Podaci Instituta za transfuziju krvi

⁵ Izvor: MONSTAT, Živorodeni po polu i starosti majke, prosjek broja živorođene djece za 2014, 2015 i 2016. godinu

Navedenom tabelom (Tabela 4) prikazani su osiguranici kojima se zdravstvena zaštita obezbjeđuje u punom iznosu iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Podatke o broju slijepih i gluvoonijemih lica i davaoca i primaoca organa tkiva i ćelija u svrhu liječenja u Crnoj Gori nije bilo moguće dobiti pa isti nijesu uključeni u izračun.

Na osnovu navedenog, a u odnosu na ukupan broj aktivnih osiguranika 635.302, njih 72,19% ili 458.638 ne podliježu obavezi plaćanja doplate, pa time ni premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, dok ukupan broj osiguranika koji bi bio u obavezi plaćanja doplate za zdravstvene usluge, odnosno ukupan broj osiguranika u Crnoj Gori koji bi se mogao osigurati u dopunskom zdravstvenom osiguranju iznosi 176.664 osiguranika ili 27,81%, što je približno broju aktivno zaposlenih nosilaca osiguranja u Crnoj Gori (27,71%).

Shodno Zakonu, obaveza doplate neće postojati ni za osiguranike koji imaju obavezno zdravstveno osiguranje ukoliko liječe kao osnovno oboljenje ili stanje: malignu bolijest, hemofiliju, šećernu bolijest, cističnu fibrozu, psihozu, epilepsiju, multiple sklerozu, mišićnu distrofiju, cerebralnu paralizu, paraplegiju, kvadriplegiju, hroničnu bubrežnu insuficijenciju (dijaliza), sistemsku autoimunu bolijest, karantinsku bolijest, hepatitis B ili C i dr. Imajući u vidu da nije bilo moguće doći do podatka o broju oboljelih od ovih bolesti, a koji pripadaju kategoriji lica koja su u obavezi dopunskog zdravstvenog osiguranja, to se može reći da bi izvjestan broj osiguranih lica od ukupno iskazanog broja koji su u obavezi dopunskog osiguranja (176.664) odustao od zaključivanja ugovora u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

V OČEKIVANI PRIHOD OD PREMIJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Osiguranje od participacije je najzastupljeniji vid dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u EU. Zbog toga se može reći da su osiguranici dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vrlo raznovrsne kategorije populacije. Prisutno je najviše u Belgiji, Danskoj, Francuskoj, Luksemburgu, Švedskoj i Holandiji. Nivo pokriva se kreće od 20% do 70%.⁶

Polisu dopunskog zdravstvenog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), prema službenim podacima, danas ima oko 2,5 miliona građana. Plaća je, kažu podaci HZZO-a, 1.634.850 osiguranika, dok je za njih 819.226 trošak dužna pokriti država. Ako se izuzmu djeca do 18 godina, za koju su zdravstvene usluge besplatne, izvan sistema dopunskog osiguranja HZZO-a nalazi se oko 700.000 građana, i to mahom radno aktivnih, koji procjenjuju da im takvo osiguranje nije potrebno ili su sklopili polise privatnog zdravstvenog osiguranja⁷. Dopunsko

⁶ <http://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf>, Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite, preuzeto 20.09.2018. godine.

⁷ http://www.novilist.hr/novilist_public/layout/set/print/Vijesti/Hrvatska/KAKO-NAMAKNUTI-JOS-NOVCA-Svima-ce-se-od-place-odbijati-70-kuna-za-dopunsko-osiguranje, preuzeto 20.09.2018. godine

zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj je pokrenuto još 2002. godine. Za cijenu premije od 70 kuna mjesečno (oko 9,5 eura), polisa pokriva 20% cijene zdravstvene usluge.⁸

Što se tiče Crne Gore ukupan broj osiguranih lica koji bi bio u obavezi plaćanja doplate za zdravstvene usluge, odnosno koji bi se mogao osigurati u dopunskom zdravstvenom osiguranju iznosi 176.664 osiguranika ili 27,81% od ukupnog broja osiguranika.

Tabela 5: Očekivani prihod od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja

Ukupan broj osiguranika u DZO	% obuhvata osiguranih DZO	Premija DZO (eur po osiguraniku)	Premija DZO sa uračunatim popustom 5% kod kolektivnog osiguranja (eur po osiguraniku)	Godišnja premija po osiguraniku	Godišnja premija po osiguraniku sa uračunatim popustom 5% kod kolektivnog osiguranja	Očekivani godišnji prihod	Očekivani godišnji prihod sa uračunatim popustom 5% kod kolektivnog osiguranja
176.664,00	100%	2,00	1,90	24,00	22,80	4.239.936,00	4.027.939,20
		3,00	2,85	36,00	34,20	6.359.904,00	6.041.908,80
		4,00	3,80	48,00	45,60	8.479.872,00	8.055.878,40
88.332,00	50%	2,00	1,90	24,00	22,80	2.119.968,00	2.013.969,60
		3,00	2,85	36,00	34,20	3.179.952,00	3.020.954,40
		4,00	3,80	48,00	45,60	4.239.936,00	4.027.939,20

U prethodnoj tabeli prikazan je očekivani prihod od premije dopunskog zdravstvenog osiguranja pod uslovom da pokrivenost dopunskim zdravstvenim osiguranjem u Crnoj Gori bude 100%, tj. da se svi osiguranici koji su obveznici plaćanja doplate za zdravstvene usluge dopunski osiguranju, što je na osnovu iskustava drugih zemalja praktično nemoguće, odnosno očekivani prihod u slučaju da procenat obuhvata osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju bude 50%. Kao što je prethodno navedeno nivo pokrića u pojedinim zemljama kreće se od 20% do 70%, dok se u Hrvatskoj oko 700,000 građana, i to nakon gotovo 16 godina provođenja, ne nalazi u sistemu dopunskog zdravstvenog osiguranja

Za izračun očekivanog godišnjeg prihoda, korišćena je premija dopunskog osiguranja od 2 eura, 3 eura ili 4 eura po osiguraniku. Ovo iz razloga što je trenutni iznos premije dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj 70 kuna tj. oko 9,5 eura, što bi bio visok izdatak za crnogorske osiguranike imajući u vidu da je prosječna neto zarada u Crnoj Gori 510,00 eura, dok je u Hrvatskoj 832,00 eura.

⁸ <http://dzo.hzzo.hr/novosti/>, Nova funkcionalnost web shopa dzo u Hrvatskoj, 24.01.2018. godine,

VI TROŠKOVI UVOĐENJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori podrazumijeva obezbjeđivanje određenih preduslova, kako u organizacijskom, tako i u kadrovskom, tehničkom i prostornom smislu. Ne samo da su neophodna finansijska sredstva, u smislu „jednokratnih izdataka“, koji se odnose na obezbjeđivanje informatičke podrške realizaciji ovog projekta, kako bi svi procesi rada od početka do kraja bili adekvatno podržani, kao i na obezbjeđivanje odgovarajućeg prostora i tehničkih preduslova za rad osoblja koje će se baviti dopunskim zdravstvenim osiguranjem, već je neophodno angažovati dodatnu radnu snagu, imajući u vidu da su poslovi i sami proces dopunskog zdravstvenog osiguranja veoma složen i u potpunosti su odvojeni od poslova obaveznog zdravstvenog osiguranja, od sklapanja ugovora, izdavanja odgovarajućih polisa, vođenja evidencija, praćenja uplata premija, naplate usluga, fakturisanja, knjiženja faktura, knjigovodstvenih evidencija i sl.⁹

U tom smislu, u narednoj tabeli (Tabela 6), prikazan je broj službenika i rashodi za bruto zarade zaposlenih na poslovima DZO u Fondu za zdravstveno osiguranje i JZU na godišnjem nivou, imajući u vidu da se u konkretnom radi o konstantnim godišnjim troškovima koji bi se javili kako posledica uvođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, pored neminovnih fiksnih troškova koji bi definitivno postojali da bi se stvorili preduslovi za uvođenje ovog oblika osiguranja, a koji u ovom dijelu nijesu bili predmet razmatranja.

preuzeto 20.09.2018. godine

⁹ Između ostalog, neophodno je formiranje posebne evidencije osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, izdavanje polisa dopunskog zdravstvenog osiguranja, evidencija uplata po svakom osiguraniku, povezivanje polisa sa uplatama po svakom osiguraniku odakle bi se crpio podatak o važnosti polise, proslijeđivanje tačnih i potpunih informacija o uplatama tj. važnosti polise zdravstvenim ustanovama kako bi u momentu obračuna usluga imale tačnu informaciju o statusu osiguranika u dopunskom osiguranju, praćenje isteklih ugovora i obnavljanje, formiranje posebnih faktura i evidencija vezanih za dopunsko zdravstveno osiguranje, obezbjeđivanje dodatnog obučenog osoblja za sprovođenje dopunskog osiguranja, obezbjeđivanje neophodnih uslova za rad tog dodatnog osoblja, promociju dopunskog zdravstvenog osiguranja kako bi se obezbijedio što veći obuhvat i sl. Sve ovo jeste složen proces, ali se može obezbijediti, za šta su potrebna dodatna finansijska sredstva posebno za angažovanje dodatne radne snage koja bi provodila poslove dopunskog zdravstvenog osiguranja. U tom smislu su prikazani i dodatni troškovi koji bi svakako u konačnom umanjili prihod od dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Tabela 6: Broj službenika i rashodi za bruto zarade zaposlenih na poslovima DZO u Fondu za zdravstveno osiguranje i JZU

	JZU												FZO						
Opis	OB Pljevlja	OB Berane	OB Bijelo Polje	OB Nikšić	OB Bar	OB Cetinje	OB Kotor	SB Brezovik	SB Dobrota	SB Risan	KCCG	Ukupno JZU	Centrala i PJ Podgorica	Filijala Danilovgrad	Filijala Kolašin	Filijala Nikšić	Filijala Plužine	Filijala Šavnik	
Dodatni broj službenika DZO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	28	10	1	1	3	1	1	
Godišnja bruto zarada	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	19.680	78.720	275.520	106.680	10.668	10.668	32.004	10.668	10.668	
	Fond za zdravstveno osiguranje																		
Opis	PJ Berane	Filijala Plav	Filijala Andrijevica	Filijala Petnjica	Filijala Gusinje	PJ Rožaje	PJ Pljevlja	Filijala Žabljak	PJ Bijelo Polje	Filijala Mojkovac	PJ Bar	Filijala Ulcinj	PJ Cetinje	Filijala Budva	PJ Kotor	Filijala Tivat	PJ Herceg Novi	Ukupno za FZO	
Dodatni broj službenika DZO	2	1	1			2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	40	
Godišnja bruto zarada	21.336	10.668	10.668	0	0	21.336	21.336	10.668	21.336	10.668	21.336	10.668	21.336	10.668	21.336	10.668	21.336	426.720	
Ukupno JZU i Fond za zdravstveno osiguranje													702.240,00						

Za potrebe obračuna uzeta je prosječna bruto zarada za 2017. godinu po podacima MONSTAT-a, za sektor državne uprave za koji je prosječna bruto zarada iznosila 889,00 eura, kao i za sektor zdravstvene i socijalne zaštite za koji je prosječna bruto zarada iznosila 820,00 eura. Na osnovu navedenog došlo se do podatka da bi za bruto zarade zaposlenih koji bi radili na poslovima dopunskog zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim ustanovama i Fondu za zdravstveno osiguranje bilo potrebno izdvojiti dodatnih 702,240,00 eura, bez doprinosa na teret poslodavca.¹⁰

¹⁰ Dodatni broj zaposlenih u JZU koji će raditi na poslovima DZO je 28 x 12 mjeseci x 820,00 eura (prosječna bruto zarada za 2017.g po podacima Monstata za sektor zdravstvene i socijalne zaštite bez doprinosa na teret poslodavca) = 275.520,00 eura
 Dodatni broj zaposlenih u Fondu koji će raditi na poslovima DZO je 40 x 12 mjeseci x 889,00 eura (prosječna bruto zarada za 2017.g po podacima Monstata za sektor državne uprave bez doprinosa na teret poslodavca) = 426.720,00 eura.

VII POTENCIJALNI RIZICI UVOĐENJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I ZAKLJUČCI

Kao što je već konstatovano 72,19% osiguranika su oslobođeni plaćanja doplate za zdravstvene usluge, te samim tim ne ulaze u dopunsko zdravstveno osiguranje, dok su 27,81% osiguranika ili njih 176.664 potencijalni osiguranici dopunskog zdravstvenog osiguranja, što je približno broju aktivo zaposlenih nosilaca osiguranja kojih je 27,71%.

Dopunsko osiguranje nameće obavezu osiguranja koje podrazumijeva obavezu zaključivanja ugovora o dopunskom osiguranju, obavezu redovnih uplata premija osiguranja, bilo od strane osiguranog lica bilo od strane pravnih subjekata koji su za svoje zaposlene preuzeli obavezu redovne uplate premije osiguranja, plaćanje zatezne kamate za zakašnjele uplate i dr. U situaciji slabe ekonomske moći pojedinaca i principa dobrovoljnosti dopunskog osiguranja, postavlja se pitanje zainteresovanosti i obuhvata osiguranih lica ovim osiguranjem.

Procjena prihoda od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja na obuhvat od 100%, što je praktično nemoguće, je za premiju od 2,00 eura oko 4 mil. eura, za premiju od 3,00 eura oko 6 miliona eura, a za premiju od 4,00 eura oko 8 mil. eura, a na obuhvat 50% za premiju od 2 eura oko 2 mil. eura, za premiju od 3 eura oko 3 mil. eura, a za premiju od 4 eura oko 4. mil. eura. Kada se od ovih procijenjenih prihoda oduzmu prihodi od participacije zdravstvenih ustanova za koji iznos je Fondu umanjivana faktura, a koji su prema podacima od prošle godine iznosili oko 1,2 miliona eura, te kada se oduzmu fiksni troškovi bruto zarada za angažovanje radne snage za rad na poslovima dopunskog zdravstvenog osiguranja koji iznose oko 700 hiljada eura, bez doprinosa na teret poslodavca, a što kako je navedeno nijesu i jedini troškovi koji obuhvataju stvaranje preduslova za uvođenje ovog vida osiguranja, može se zaključiti da sredstva dobijena od dopunskog osiguranja ne mogu predstavljati kvalitetnu dopunu i nadogradnju sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja i ne mogu doprinijeti sveobuhvatnijoj, kvalitetnoj i bezbjednijoj zdravstvenoj zaštiti osiguranika što je misija sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U prilog navedenom ide i činjenica da se ovim vidom osiguranja tj. plaćanjem polise osigurana lica osiguravaju od plaćanja doplate za pojedine zdravstvene usluge u iznosu od 20% od cijene zdravstvenih usluga, u maksimalnom iznosu do dvije prosječne neto zarade u Crnoj Gori. Ovo iz razloga jer se postavlja pitanje same kampanje, tj. promocije ovog vida osiguranja u Crnoj Gori, tj. šta je to što osigurana lica dobijaju plaćanjem polise dopunskog zdravstvenog osiguranja. Imajući u vidu činjenicu da ta polisa ne bi uticala na kvalitet i dostupnost same zdravstvene usluge, već samo utiče na smanjenje rizika od neplaniranih troškova za osiguranike, i to onih troškova koji su postojećim zakonskim rješenjem kompletno pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranjem uz obavezu plaćanja simboličnog iznosa participacije, jasno je da ovaj vid osiguranja ne donosi značajnije dodatne benefite u odnosu na dosadašnji paket zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Sadašnja regulativa omogućava puni obim zdravstvene zaštite osiguranika na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja uz obavezu doplate simbolične participacije na pojedine zdravstvene usluge, dok se uvođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja za isti obim zdravstvenih usluga osiguranicima nameće obaveza plaćanja mjesečne premije osiguranja ili doplate od 20% cijene zdravstvene usluge u slučaju da nijesu dopunski osigurani. Jasno je da ne postoji dodatni motiv za ugovaranje i plaćanje polise dopunskog zdravstvenog osiguranja, koji bi se recimo ogledao u davanju mogućnosti obavljanja pojedinih zdravstvenih usluga bez čekanja, u mogućnosti odabira termina pregleda, mogućnosti odabira zdravstvene ustanove, te pokriće nekih zdravstvenih usluga koje nijesu obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao na primjer stomatološke usluge za populaciju zaposlenih i sl, čime bi ovaj vid osiguranja mogao biti promovisan.

Paket usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja jako je širok i obuhvata ne samo usluge koje se pružaju u Crnoj Gori, već i liječenje najsavremenijim metodama u državama van Crne Gore. Stoga se postavlja pitanje kako osiguranim licima na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbijediti pravo na zdravstvene usluge u propisanom procentu od 80%, ako nema zaključenog ugovora o dopunskom osiguranju ili je istekla polisa dopunskog osiguranja, a nije u finansijskoj situaciji da doplati 20% cijene zdravstvene usluge koju treba da mu pruži zdravstvena ustanova. Da li će to uticati na uskraćivanje pružanja zdravstvene zaštite od strane zdravstvenih ustanova ako se ima u vidu činjenica da se mreža zdravstvenih ustanova širi uvođenjem pored postojećih javnih zdravstvenih ustanova sve većeg broja privatnih zdravstvenih ustanova za pružanje zdravstvenih usluga na teret zdravstvenog osiguranja. Naime, nijesu razrađeni mehanizmi naplate 20% od cijene zdravstvene usluge u slučaju da je osiguranicima neophodno pružanje zdravstvene usluge, a oni nijesu u finansijskoj situaciji da doplatu za uslugu plate.¹¹

Uvođenje dopunskog osiguranja nameće obavezu prijema novog kadra kako u centrali Fonda zdravstvenog osiguranja tako i u svim područnim filijalama i zdravstvenim ustanovama, s obzirom da je shodno zakonu Fond u obavezi da implementira dopunsko zdravstveno osiguranje. Pored toga, neophodno je uspostavljanje niza preduslova (prostor, oprema, organizacija obuka, informatička podrška svih poslovnih procesa) kako bi se obezbijedilo uspostavljanje funkcionisanja jednog, ovako složenog sistema, koji prouzrokuje neophodne promjene u svim segmentima zdravstvenog sistema. Račun zdravstvene ustanove koji se ispostavlja Fondu za osigurana lica, treba da ima iskazane troškove koji terete sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i posebno iskazane troškove koji se pokrivaju iz

¹¹ Realan problem bi se pojavio ukoliko osiguranik nema sredstava da plati troškove doplate koji mogu da iznose do 1.020,00 eura, a da mu je zdravstvena zaštita bila neophodna i ista mu je pružena u zdravstvenoj ustanovi. Osiguraniku nije moguće uskratiti zdravstvenu uslugu, posebno ako mu Ustav garantuje pravo na zdravstvenu zaštitu. Npr. u Hrvatskoj, u ovakvim situacijama, ukoliko se ne izvrši naplata doplate za pruženu uslugu od osiguranika, protiv osiguranika se pokreću sudski postupci za naplatu troškova doplate. Samim tim se povećavaju administrativni poslovi u zdravstvenoj ustanovi za vođenje ovih postupaka. Ukoliko se u ovim postupcima ne uspije sa naplatom, nenaplaćena sredstva terete sredstva obaveznog zdravstvenog osiguranja. S druge strane u Crnoj Gori postoji veliki broj kategorija neosiguranih lica, pobrojanih u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti za koje država iz budžeta obezbjeđuje sredstva za zdravstvenu zaštitu.

dopunskog osiguranja, odnosno koje plaća osigurano lice koje nije dopunski osigurano. Za lica koja nijesu osigurana u dopunskom osiguranju, 20% cijene usluge koje pokriva dopunsko osiguranje, ta osigurana lica plaćaju zdravstvenoj ustanovi gotovinski, zbog čega zdravstvena ustanova mora obezbijediti registar kase za naplatu dijela troškova usluge. Sredstva dopunskog osiguranja kao i finansijsko poslovanje dopunskog osiguranja moraju se voditi odvojeno, od poslovanja obaveznog zdravstvenog osiguranja, što su sve preduslovi koji takođe povećavaju troškove njegovog uvođenja.

Podaci koji se moraju obezbijediti, kako bi ovaj sistem nesmetano funkcionisao, moraju biti ažurni i blagovremeni, imajući u vidu činjenicu da nije dovoljno da osigurano lice bude u dopunskom osiguranju, već je neophodna redovnost uplate mjesečne premije osiguranja, o čemu sve zdravstvene ustanove moraju imati ažurne podatke. S obzirom da se najveći broj zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou, a koje podliježu doplati, pružaju u KCCG, čija informatizacija još nije uspostavljena,¹² time sistem prikupljanja i razmjene neophodnih podataka ne bi bio u potpunosti zaokružen i funkcionalan sa svim kontrolama i benefitima koji bi to nosilo, što bi umnogome otežalo implementaciju koncepta dopunskog zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori.

Postavlja se pitanje mogućnosti redovnog praćenja uplata premija za dopunsko zdravstveno osiguranje, a što je uslov da se kod funkcionisanja ovog sistema obezbijedi kompletna zdravstvena usluga na teret osiguranja, kod činjenice da Fond već unazad nekoliko godina nije u mogućnosti da dobije podatke od nadležnih organa o redovnosti uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, što je do 2016. godine bio uslov za ovjeru zdravstvenih knjižica. Takođe, svjedoci smo neredovnosti uplate doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje od određenog broja poslodavaca, o čemu svjedoči nedavno usvojen Zakon o reprogramu poreskog duga. Iz ovoga se postavlja pitanje kako će se obezbijediti redovnost uplate mjesečne premije za dopunsko zdravstveno osiguranje od strane poslodavaca, koji su zaključili ugovore o kolektivnom dopunskom osiguranju svojih zaposlenih, ako isti poslodavci neredovno, ili u dužem vremenskom periodu ne uplaćuju doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje. Dakle, postavlja se pitanje, u slučaju redovne uplate premije za dopunsko osiguranje, a neuplaćivanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kako obezbijediti pravičnu i ujednačenu praksu postupanja zdravstvenih ustanova prilikom naplate doplate u ovakvim slučajevima, kako bi se izbjegli kasniji sudski postupci i neminovno prateći sudski troškovi.

Na osnovu prethodno iznijete argumentacije, imajući u vidu ekonomske mogućnosti i društvenu prihvatljivost od strane građana ovog oblika zdravstvenog osiguranja, kao i s obzirom na činjenicu da dopunsko osiguranje treba da predstavlja nadogradnju obaveznog zdravstvenog osiguranja zbog čega ima i karakter javnog interesa, ostaje

¹² Budući da informatizacija KCCG još uvijek nije uspostavljena, te obzirom da nije uspostavljeno elektronsko fakturisanje i evidentiranje usluga, to ne postoje ni adekvatni mehanizmi kontrole evidencije fakturisanja i praćenja pruženih usluga.

pitanje da li implementirati postojeća rješenja ili na neki drugi način obezbijediti dodatne izvore sredstava.

Ako se uzmu u obzir svi navedeni principi dopunskog zdravstvenog osiguranja, podaci, kao i potencijalni rizici koji dovode u pitanje uspostavljanje ovog oblika osiguranja, smatra se da uvođenje dopunskog osiguranja na način kako je to definisano Zakonom o zdravstvenom osiguranju ne može dati očekivane efekte, koji bi podrazumijevali veće uključivanje ličnih sredstava osiguranih lica u povećanju budžeta za pružanje usluga zdravstvene zaštite, pa je evidentno da benefite od ovog oblika zdravstvenog osiguranja neće imati ni osigurana lica ni država.

Kako bi se ipak obezbijedila dodatna sredstva u Budžetu za finansiranje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja preporučuje se preispitivanje iznosa učešća osiguranika u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite (participacije), a posebno imajući u vidu da su iznosi participacije koji se i danas primjenjuju, uspostavljeni donošenjem odluke 1991. godine.

Institut participacije poznavali su sistemi zdravstvenog osiguranja svih republika bivše SFRJ i ovaj institut je i dalje u primjeni dugo vremena poslije osamostaljivanja. Prema saznanjima, Hrvatska je početkom 2000-ih godina uvela dopunsko osiguranje kao oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, dok u Srbiji koncept dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja podrazumijeva osiguranje od nastanka rizika plaćanja participacije, osiguranje građana koji nisu obavezno osigurani, kao i osiguranje na veći obim i standard i druge vrste prava iz zdravstvenog osiguranja.

Obzirom da su *Odlukom o učešću u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite* iz 1991. godine, utvrđeni iznosi participacije koji su prevaziđeni, predlaže se donošenje odgovarajuće odluke koja bi obuhvatila i druge usluge koje se pružaju uvođenjem novih dijagnostičkih procedura, sa adekvatno utvrđenim iznosima učešća, kao i smanjenje obuhvata kategorija koje su oslobođene učešća u participaciji.

Takođe, predlaže se koncept **dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** koji je bio definisan u Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2004. godine, tj. dobrovoljno zdravstveno osiguranje na principu dobrovoljnosti, kao oblik osiguranja koje obuhvata veći obim zdravstvenih usluga od obima utvrđenog „paketom“ zdravstvenih usluga, kao i pogodnosti u pogledu kadra, smještaja, njege i vremena čekanja na zdravstvenu zaštitu.