Објављени текст не садржи заштићене или изостављене податке. Заштићени подаци приказани су ознаком [...] или у распону који Комисија сматра одговарајућим начином заштите, а изостављени подаци ознаком XXX

Република Србија
Комисија за заштиту конкуренције

ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОЈ СЕКТОРСКОЈ АНАЛИЗИ СТАЊА И УСЛОВА КОНКУРЕНЦИЈЕ НА ТРЖИШТУ ПРУЖАЊА ПРИВАТНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ОДРЕЂЕНИМ ВРСТАМА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА У ПЕРИОДУ ОД 2019. ДО 2023. ГОДИНЕ

Београд, 2025. година

САДРЖАЈ

1. ПРЕДМЕТ И ЦИЉ АНАЛИЗЕ 3
2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА 4
3. РЕГУЛАТОРНИ ОКВИР 7
3.1 Посебни услови за обављање здравствене делатности 8
3.2 Процедура оснивања здравствене установе и контрола над њиховим радом 9
3.3 Опште карактеристике болница и домова здравља 10
3.4 Обавезно и добровољно здравствено осигурање 11
4. РАСПРОСТРАЊЕНОСТ ПРИВАТНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА 13
5. ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ПРИВАТНИМ ОПШТИМ БОЛНИЦАМА И ДОМОВИМА ЗДРАВЉА 14
5.1 Цене здравствених услуга у приватним општим болницама и домовима здравља 17
5.2 Услови конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга из угла приватних здравствених установа 19
6. ПРУЖАОЦИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И САРАДЊА СА ПРИВАТНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА 20
6.1 Оцена услова конкуренције на тржишту пружања услуга добровољног здравственог осигурања из угла осигуравајућих друштава 23
7. АНАЛИЗА УГОВОРА ИЗМЕЂУ ОСИГУРАВАЈУЋИХ ДРУШТАВА И ПРИВАТНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА 26
8. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА И ПРЕПОРУКЕ 26
8.1 Налази и закључци анализе 26
8.2 Препоруке 28

1. ПРЕДМЕТ И ЦИЉ АНАЛИЗЕ

На основу члана 47. Закона о заштити конкуренције („Службени гласник РС”, број 51/09 и 95/13 - у даљем тексту: Закон) и Одлуке Савета бр. 1/0-05-607/2024-02 од 15.04.2024. године, Комисија за заштиту конкуренције (у даљем тексту: Комисија) је спровела секторску анализу стања и услова конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга у одређеним врстама здравствених установа.

Поред велике мреже јавних здравствених установа током последњих деценија у Србији је присутан значајан и растући приватни здравствени сектор. У прилог овоме говори значајан удео приватних трошкова односно тзв. плаћања из џепа („out-of-pocket“) корисника у укупним трошковима здравства, које подразумева да корисник здравствених услуга директно плаћа трошкове здравствене заштите.[1]

Према последње објављеним подацима Светске банке за 2021. годину у Србији укупна издвајања за здравство чине око 10% БДП[2]-а, од чега 35% чине „*out of pocket*“ плаћања.[3] Поређења ради, на нивоу Европске уније удео „*out of pocket*“ издвајања у укупним трошковима здравствене заштите је значајно нижи и износи око 15% у просеку. Када је у питању апсолутни износ ових трошкова по глави становника, исти извор је навео да су „*out of pocket*“ издвајања повећана за 38% у периоду између 2019. и 2021. године. Имајући у виду присуство пандемије вируса Ковид 19 у посматраном периоду, као и нагли раст тражње за услугама приватних здравствених установа, наведене околности су у значајној мери допринеле расту потрошње у приватном здравственом систему.

Приватни здравствени систем је временом добијао на значају захваљујући ефикаснијем функционисању у односу на јавни здравствени систем, односно захваљујући предностима брзог заказивања прегледа код жељеног лекара, краћег времена чекања на преглед, бољих услова лечења, као и коришћења модерне медицинске опреме у лечењу пацијента. Поред наведеног, значај приватног здравственог система огледа се и кроз чињеницу да све већи број послодаваца у своје пакете укључују приватно здравствено осигурање, гледајући на то као инвестицију у продуктивност и задовољство радника. Наведено се може видети и кроз растући тренд учешћа добровољног здравственог осигурања у укупној премији неживотног осигурања, које је према јавно доступним подацима Народне банке Србије (даљем у тексту: НБС) са 6% у 2019. години повећано на 12% у 2023. години. На овај начин приватни здравствени систем добија на значају у пружању здравствене заштите становништва. Такође, задњих неколико година присутна

[1] „Out of pocket“ плаћања према дефиницији СЗО су сваки директан издатак домаћинстава, укључујући напојнице и исплате у натури, здравственим радницима и добављачима лекова, терапеутских апарата и других добара и услуга чија је примарна намера да допринесу обнављању или побољшању здравственог статуса појединаца или група становништва.

[2] BDP представља меру економских активности једне земље. Резултат је производних активности резидентних институционалних јединица и једнак је суми њихових додатих вредности које се обрачунавају за све институционалне секторе

[3] https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=RS

су све већа улагања приватног сектора, као и долазак страних клиника на тржиште Србије које инвестирају у приватне здравствене установе.[4]

Предмет истраживања односио се на сагледавање тржишне снаге најзначајнијих учесника на тржишту пружања приватних здравствених услуга у одређеним врстама здравствених установа, и то кроз различите параметре пословања. Наведено је подразумевало процену тржишних удела пружалаца приватних здравствених услуга и њихове релативне снаге, као и детаљну анализу регулаторног оквира предметног тржишта. Поред тога, анализа се бавила утврђивањем односа између конкурената на тржишту пружања приватних здравствених услуга, као и утврђивањем односа између пружалаца приватних здравствених услуга и осигуравајућих друштава. За потребе анализе сагледана је и тржишна снага пружалаца приватног здравственог осигурања на тржишту на којем они послују, при чему је посебан акценат стављен на анализу уговорних односа осигуравајућих друштава и приватних здравствених установа у контексту могућности ограничавања, нарушавања или спречавања конкуренције односно потенцијалних повреда конкуренције.

Циљ истраживања односио се на сагледавање стања и динамике конкуренције на предметном тржишту. Истраживање је омогућило да се идентификују потенцијалне слабости структуре тржишта пружања приватних здравствених услуга, као и да се укаже на евентуалне повреде конкуренције на предметном тржишту. То је подразумевало и сагледавање односа како између самих установа тако и између приватних здравствених установа и осигуравајућих друштава, кроз анализу различитих аспеката њихове сарадње. Поред тога, циљ истраживања био је и сагледавање евентуалних регулаторних ограничења и других баријера који могу утицати на конкуренцију на предметном тржишту.

Секторском анализом је обухваћен петогодишњи временски период, од 2019. до 2023. године.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Анализа је спроведена комбинацијом канцеларијског (*desk*) метода, који се односио на анализу релевантног правног оквира и анализу званичних статистичких података, и метода истраживања путем анкетног упитника.

Основни извори података за израду ове анализе били су:

- постојећа правна регулатива;
- подаци Републичког завода за статистику (у даљем тексту: РЗС) о укупним приходима оствареним у приватном здравственом систему у Републици Србији;
- подаци Агенције за привредне регистре (у даљем тексту: АПР) о укупном броју приватних здравствених установа у Републици Србији и одређеним градовима као и укупан број општих болница и домова здравља;
- подаци доступни на интернет страници НБС о укупним премијама добровољног здравственог осигурања и броју осигураника;

[4] https://www.021.rs/story/Info/Srbija/297965/Stranci-drze-sedam-zdravstvenih-ustanova-u-Srbiji-odakle-sve-dolaze-vlasnici.html

- подаци који су на основу полуструктурираног упитника доставили учесници на тржишту – приватне опште болнице, домови здравља и здравствени системи као и осигуравајуће компаније;
- други јавно доступни подаци на интернет мрежи.

Истраживање је спроведено у две фазе.

Првом фазом истраживања обухваћено је 18 учесника у чијем власништву се налазе опште болнице и домови здравља, међу којима су и велики здравствени системи који поседују више општих болница и/или домова здравља. Здравствени системи могу имати више здравствених установа које послују као засебна правна лица, при чему у оквиру једне здравствене установе, односно правног лица може постојати више огранака на различитим локацијама у граду или држави.

Узорак чине учесници за које се на основу јавно доступних податка, као и података доступних на интернет страници Асоцијације приватних здравствених установа и приватних пракси, претпоставило да представљају највеће или се налазе међу највећим општим болницама и домовима здравља у Републици Србији. Приватне опште болнице, домови здравља као и приватни здравствени системи који су обухваћени предметном анализом су:

1. MEDIGROUP SEE DOO BEOGRAD- Милутина Миланковића 3В, Београд (у даљем тексту: **Medigroup**)
2. EUROMEDIK- Алексе Ненадовића 7, Београд (у даљем тексту: **Euromedik**)
3. OPŠTA BOLNICA “ACIBADEM BELMEDIK”- Косте Јовановића 87, Београд (у даљем тексту: **Belmedik**)
4. DOM ZDRAVLJA VIZIM- Кнез Милетина 36, Београд (у даљем тексту: **DZ Vizim**)
5. MEDICUS UNIVERSALIS ZU DOM ZDRAVLJA - Косовска 24, Крушевац (у даљем тексту: **DZ Medicus**)
6. DOM ZDRAVLJA 012 POŽAREVAC- 7. Јула 40, Пожаревац (у даљем тексту: **DZ 012 Požarevac**)
7. DOM ZDRAVLJA HEMIKAL- Синђелићева 28, Ваљево (у даљем тексту: **DZ Hemikal**)
8. ZU DOM ZDRAVLJA DCM LESKOVAC - Раданска бб, Лесковац (у даљем тексту: **DZ DCM Leskovac**)
9. OPŠTA BOLNICA ATLAS- Османа Ђикића 3, Београд (у даљем тексту: **OB Atlas**)
10. OPŠTA BOLNICA MSB- MEDICINSKI SISTEM BEOGRAD- Војводе Степе 323, Београд (у даљем тексту: **OB MSB**)
11. OPŠTA BOLNICA NEW HOSPITAL- Алберта Ајнштајна 1, Нови Сад (у даљем тексту: **OB New hospital)**
12. OPŠTA BOLNICA UNA- Војводе Скопљанца 19, Београд (у даљем тексту: **OB Una**)
13. OPŠTA BOLNICA AURORA- Вишеградска 26, Београд (у даљем тексту: **OB Aurora**)
14. ST MEDICA ZU OPŠTA BOLNICA- Булевар Пека Дапчевића 21А, Београд (у даљем тексту: **OB St Medica**)
15. ZU OPŠTA BOLNICA SA PORODILIŠTEM GEA, NOVI SAD - Лазе Лазаревића 28, Нови Сад (у даљем тексту: **OB Gea**)
16. ZU OPŠTA BOLNICA MEDICAL CENTAR- Мије Ковачевића 10д, Београд (у даљем тексту: **OB Medical centar**)
17. OPŠTA BOLNICA SAVA SURGERY- Кеј 29. Децембар, Ниш (у даљем тексту: **OB Sava surgery**)

18. OPŠTA BOLNICA SV JOVAN- Иве Лоле Рибара 38, Зрењанин (у даљем тексту: **OB SV Jovan**)

Када су у питању приватне здравствене услуге од учесника је тражено да доставе податке о укупним приходима оствареним у општим болницама, домовима здравља и лабораторијама уколико их евентуално поседују. Такође, приходе је било потребно доставити посебно за физичка лица и за правна лица, при чему је тражено да се посебно прикаже приход од осигуравајућих друштава, како укупно, тако и за свако осигуравајуће друштво посебно. Поред податка о укупним приходима установа, тражени су и подаци о различитим показатељима пословања, као што су укупан број установа које друштво поседује, укупан број запослених по различитим категоријама, укупан број прегледа као и приходи од одређених медицинских услуга за сваку посматрану годину. Од учесника је тражено да доставе и ценовнике за одређене медицинске услуге који су били на снази током посматраног периода, као и да се изјасне у погледу услова конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга. Такође, од учесника је тражено да се изјасне у погледу процене сопственог тржишног удела као и удела највећих конкурената на тржишту.

У другој фази истраживања, Комисија се захтевом за доставу података обратила свим осигуравајућим душтвима која се баве неживотним осигурањем, а тиме потенцијално и добровољним здравственим осигурањем. Обухваћена осигуравајућа друштва су:

1) AMSS OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD– Рузвелтова 16 (у даљем тексту: **AMSS**)
2) GENERALI OSIGURANJE SRBIJA A.D.O.– Шпанских бораца 3 (у даљем тексту: **Generali**)
3) GLOBOS OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD – Милутина Миланковића 23 (у даљем тексту: **Globos**)
4) GRAWE OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD- Булевар Михајла Пупина 115д (у даљем тексту: **Grawe**)
5) MILENIJUM OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD– Милутина Миланковића 3б (у даљем тексту: **Milenijum**)
6) SOGAZ A.D.O. NOVI SAD– Народног фронта 12 (у даљем тексту: **Sogaz**)
7) TRIGLAV OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD- Милутина Миланковића 7а (у даљем тексту: **Triglav**)
8) MERKUR OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD– Булевар Михајла Пупина 6 (у даљем тексту: **Merkur**)
9) UNIQA OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD– Милутина Миланковића 134г (у даљем тексту: **Uniqa**)
10) DUNAV OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD– Македонска 4 (у даљем тексту: **Dunav**)
11) OTP OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD- Булевар Зорана Ђинђића 50 а/б (у даљем тексту: **OTP**)
12) SAVA NEŽIVOTNO OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD- Булевар војводе Мишића 51 (у даљем тексту: **Sava**)
13) WIENNER STADTISCHE OSIGURANJE A.D.O. BEOGRAD- Трешњиног цвета 1 (у даљем тексту:**Wienner**)
14) DDOR NOVI SAD A.D.O. NOVI SAD- Булевар Михајла Пупина 8 (у даљем тексту: **DDOR**)

Од осигуравајућих друштава тражено је да доставе податке који се односе на укупан износ премије добровољног здравственог осигурања, као и укупан број осигураника и

полиса закључених посебно са физичким и правним лицима. Такође, подаци који су прикупљени односе се на укупан број установа са којима осигуравајућа друштва сарађују, као и укупан износ трошкова који су настали плаћањем двадесет највећих здравствених установа за пружене здравствене услуге осигураницима. Поред наведеног, од осигуравајућих душтава тражено је да се изјасне у погледу услова конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга, као и о евентуалном постојању баријера уласку на тржиште и/или баријера које би онемогућиле даљи развој конкуренције на њему. Такође, од учесника је тражено да оцене своју преговарачку моћ у односу са приватним здравственим установама као и начин на који се са њима уговара сарадња. На крају, захтевом за доставу података од осигуравајућих друштава тражено је да доставе све уговоре и анексе са свим општим болницама и домовима здравља за посматрани петогодишњи период.

Од 14 обухваћених осигуравајућих друштава њих пет се дописом изјаснило да се не баве пружањем услуге добровољног здравственог осигурања и то су Merkur, Grawe, OTP, AMSS и Sogaz.

3. РЕГУЛАТОРНИ ОКВИР

Кровни пропис којим се уређује систем здравствене заштите у Републици Србији је Закон о здравственој заштити[5] (у даљем тексту: ЗЗЗ), који предвиђа могућност да се медицинске услуге (односно медицинска заштита) пружају од стране две врсте ентитета у приватној својини, а то су приватне здравствене установе и приватне праксе.

Одређене делатности здравствене заштите резервисане су само за јавне здравствене установе (хитна медицинска помоћ, производња серума и вакцина, патоанатомско-обдукцијска делатност, судско-медицинска делатност и здравствена делатност из области јавног здравља), а постоје и одређене делатности здравствене заштите које не може обављати приватна пракса, али може приватна здравствена установа. Приватна пракса у суштини представља предузетничку радњу и може се основати, између осталог, као лекарска или стоматолошка ординација, поликлиника, амбуланта или лабораторија. Приватну праксу може основати само здравствени радник који је незапослен или је у пензији. Оснивач мора имати здравствену способност, одговарајуће образовање, стручни испит и валидну лиценцу[6]. За оснивача приватне здравствене установе нису прописани услови да мора бити здравствени радник, из чега следи да то може бити било које физичко или правно лице.

Имајући у виду да је фокус ове анализе на тржишту пружања здравствених услуга на нивоу приватних општих болница и домова здравља као установама које обезбеђују примарни и секундарни ниво здравствене заштите, у наставку текста ће се више пажње посветити приватним здравственим установама.

[5] Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС“, бр. 25/2019 и 92/2023 - аутентично тумачење).
[6] Лиценца представља одговарајуће одобрење за самостални рад које издаје надлежна комора (чл. 31. став 2. ЗЗЗ).

Здравствена делатност се обавља на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите[7]. Дом здравља обавља делатност на примарном нивоу здравствене заштите, а општа болница обавља здравствену делатност на секундарном нивоу здравствене заштите.

3.1. Посебни услови за обављање здравствене делатности

Иако оснивање приватне здравствене установе, за разлику од здравствених установа у јавној својини, није условљено нити ограничено Планом мреже здравствених установа који доноси Влада, неопходно је испуњење низа других услова. За обављање здравствене делатности неопходно је да установа има кадровске, просторне и техничке капацитете, као и одговарајуће залихе лекова и медицинских средстава. Захтеви су ближе прописани Правилником о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: Правилник)[8], што их чини транспарентним и унапред предвидљивим.

Када је реч о кадровским капацитетима, зависно од врсте здравствене установе потребан је одређени број лиценцираних здравствених радника одговарајућих профила и нивоа образовања, са којим се заснива радни однос на неодређено време. Број неопходног особља одређен је Правилником према посебној таблици, и зависи од низа критеријума, попут минималног броја посета код лекара и другог здравственог радника; броја болнички лечених пацијената, специјалистичко-консултативних прегледа, дијагностичких и терапијских услуга – по доктору медицине специјалисти; заузетих постеља по здравственом раднику на пословима неге; дијагностичких услуга (у клиничко-биохемијској, хематолошкој и микробиолошкој дијагностици, нуклеарној медицини, патохистологији, цитологији и др.) – по здравственом раднику и здравственом сараднику у току године.

Објекти у којима се пружају здравствене услуге такође морају да испуњавају низ услова. Поред услова који се у данашње време практично подразумевају (грађени од материјала који не сме штетно да утиче на здравље људи и који обезбеђују звучну, термо и хидро изолацију, са прикључцима за струју, телефон, са обезбеђеним водоводом и канализацијом), потребно је да буду испуњени и други услови. Температура мора да буде у одређеном вредносном опсегу, што подразумева адекватну климатизацију. Просторије, зависно од намене, имају прописане минималне квадратуре и природно и вештачко осветљење одређених вредности, подови и зидови морају бити од материјала који се може лако одржавати и дезинфиковати, а све радне просторије, болесничке собе и санитарни чворови морају да имају текућу хладну и топлу воду. Свака грађевинска и функционална целина мора имати одвојене санитарне чворове за мушкарце и жене, и то додатно одвојено за болеснике и за особље, при чему је у болницама број санитарних чворова и тушева са кадом условљен бројем кревета. Поред

[7] Обухват нивоа здравствене заштите прописан је у чл. 65, 67-69. ЗЗЗ.

[8] „Сл. гласник РС“ бр. 43/2006, 112/2009, 50/2010, 79/2011, 10/2012 (др. правилник), 119/2012 (др. правилник), 22/2013, 16/2018, 18/2022, 20/2023, 87/2024.

тога морају се обезбедити и посебне просторије које су обавезне за оставу опреме и средстава за одржавање опште хигијене и за гардеробу особља.

Под техничким капацитетима се сматрају дијагностичка, терапијска и друга опрема, која је детаљно утврђена Правилником. Услови опремљености зависе од врсте установе односно врсте услуга које се пружају. Различите области здравствене заштите могу да деле одређену опрему, а постоји и опрема која је довољна за здравствену установу у целини. Треба имати у виду да је Правилником прописан минимум опреме који је захтеван за рад здравствене установе.

Приватне здравствене установе у одређеним случајевима морају да испуњавају и услове прописане другим законима. Примера ради, установе које користе изворе јонизујућих зрачења морају испуњавати и услове прописане Законом о радијационој и нуклеарној сигурности и безбедности[9], а за делатности попут припреме крви и компонената крви, узимања, чувања и пресађивања људских органа, обрада, очување, складиштење и дистрибуција људских ћелија и ткива, и сл. морају да се испуне услови из прописа којим се уређује биомедицина[10].

3.2. Процедура оснивања здравствене установе и контрола над њеним радом

У складу са ЗЗЗ оснивач доноси акт о оснивању, након чега Министарство здравља (у даљем тексту: Министарство), и то здравствени испектор, утврђује да ли су испуњени прописани услови за обављање здравствене делатности. Тек доношењем позитивне одлуке здравственог испектора могућ је упис у одговарајући Регистар здравствених установа који води АПР и од тог тренутка може да започне пружање здравствених услуга. Приватна здравствена установа може да обавља искључиво здравствену делатност која је утврђена решењем Министарства, а само изузетно је могуће ангажовати здравственог радника друге специјалности уколико је неопходно да се непосредном сарадњом и консултацијом са тим здравственим радником одређеном пацијенту обезбеди квалитетна и безбедна здравствена заштита у оквиру здравствене делатности за коју је здравствена установа основана.

Из практичних разлога је дозвољено да две или више здравствених установа организују заједничке медицинске службе за лабораторијску, рентген и другу дијагностику, као и заједничке немедицинске службе за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове.

Уколико се накнадно у поступку инспекцијског надзора утврди да нису испуњени прописани законски услови, обављање здравствене делатности се забрањује до отклањања незаконитости, а што се утврђује у поновном инспекцијском надзору. Обављање здравствене делатности без испуњености законских услова повлачи и прекршајну одговорност уз претњу новчаном казном до 1.000.000,00 РСД за установу и до 150.000,00 РСД за одговорно лице.

[9] „Сл. гласник РС“, бр. 95/2018 и 10/2019.

[10] Област биомедицине регулишу Закон о људским ћелијама и ткивима („Сл. гласник РС“, бр. 57/2018 и 111/2021 - одлука УС), Закон о биомедицински потпомогнутој оплодњи („Сл. гласник РС“, бр. 40/2017 и 113/2017 - др. закон), Закон о пресађивању људских органа („Сл. гласник РС“, бр. 57/2018 и 111/2021 - одлука УС).

Поред инспекцијског надзора, здравствене установе подлежу обавезној унутрашњој и спољној провери квалитета стручног рада. Док се унутрашња контрола спроводи интерно, спољну проверу (редовну и ванредну) организује и спроводи Министарство преко стручних надзорника које предлаже надлежна комора. Након спровођења спољног надзора, министар може и да забрани (у целости или делимично) обављање здравствене делатности целој здравственој установи или њеном организационом делу, до отклањања неправилности, а може и предложити надлежној комори покретање дисциплинског поступак против здравственог радника.

Контрола рада здравствене установе спроводи се и од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, али само ако здравствена установа поднесе захтев за издавање акредитације.[11] Ова акредитација није обавезна и здравствена установа може неометано да послује без ње.

3.3 Опште карактеристике болница и домова здравља

Пружање медицинских услуга обухвата читав низ здравствених услуга, као што су услуге хоспитализације, услуге медицинске лабораторије, дијагностика, специјалистички медицински тестови, интензивна нега, ургентне услуге итд. Све ове услуге се могу пружати као болничке услуге, опште амбулантне услуге и/или као специјалистичке амбулантне услуге.

Тржиште пружања здравствених услуга према врсти финансирања се може посматрати као услуге здравствене заштите чије трошкове покрива обавезно здравствено осигурање, и које се пружају у јавним здравственим установама, и као услуге које плаћају сами пацијенти, директним плаћањем здравственој установи или уплаћивањем приватног здравственог осигурања од стране физичих или правних лица. Приватне здравствене услуге се могу пружати у приватним здравственим установама и у приватној пракси.

Здравствене установе се према ЗЗЗ-у могу основати средствима у јавној или приватној својини. Оне се могу основати као домови здравља, здравствена установа поликлиника, болница (општа и специјална), здравствени центар, завод, завод за јавно здравље, клиника, институт, клиничко-болнички центар, универзитетски клинички центар и војна здравствена установа или санитетска јединица и установа у Војсци Србије.

За потребе секторске анализе Комисија је анализирала тржиште пружања здравствених услуга на нивоу приватних општих болница и домова здравља као установама које обезбеђују примарни и секундарни ниво здравствене заштите. С тим у вези, Комисија је пошла од претпоставке да ове две врсте здравствених установа подмирују тражњу значајног дела популације, имајући у виду да је ЗЗЗ-ом прописан већи број здравствених области које болнице и домови здравља својим услугама морају покривати. Поред наведеног, највећи број општих болница и домова здравља које је Комисија обухватила пружају услуге свих медицинских специјалности, док одређене пружају и систематске прегледе, као и различите здравствене пакете услуга.

[11] Поступак акредитације детљаније је појашњен одредбама Правилника о акредитацији здравствених установа, других правних лица и приватне праксе („Службени гласник РС“, број 56/2019).

Дом здравља је ЗЗЗ-ом дефинисан као здравствена установа која обавља здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите и која обезбеђује најмање следеће: 1) превентивну здравствену заштиту свих категорија становништва; 2) здравствену заштиту жена; 3) здравствену заштиту деце; 4) здравствену заштиту из области опште медицине и здравствену заштиту из области поливалентне патронаже, односно кућног лечења са палијативним збрињавањем и здравствене неге. Такође, дом здравља мора обезбедити здравствену заштиту из области денталне медицине, лабораторијску и другу дијагностику, самостално или преко друге здравствене установе, односно приватне праксе.

Болница је ЗЗЗ-ом дефинисана као здравствена установа која обавља здравствену делатност на секундарном нивоу здравствене заштите. ЗЗЗ даље прецизира да болница обавља здравствену делатност као наставак дијагностике, лечења, здравствене неге и рехабилитације започете у здравственој установи која обавља здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите. Другим речима, када су због сложености и тежине обољења потребни посебни услови у погледу кадрова, опреме, простора, лекова и медицинских средстава. Болница може обављати продужено болничко лечење и негу, палијативно збрињавање, физикалну медицину и рехабилитацију, као и лечење оболелих у току дневног рада. Болница може бити општа и специјална. Према ЗЗЗ-у општа болница пружа здравствену заштиту лицима свих узраста оболелих од разних врста болести док специјална болница пружа здравствену заштиту лицима оболелих од одређних болести. Општа болница мора обављати здравствену делатност најмање у следећим областима: 1) пријема и збрињавања хитних стања; 2) специјалистичко-консултативне и стационарне делатности у области интерне медицине, педијатрије, гинекологије и акушерства и опште хирургије; 3) лабораторијске, радиолошке и друге дијагностике у складу са својом делатношћу; 4) анестезиологије са реаниматологијом и интезивном терапијом; 5) апотекарске делатности преко болничке апотеке. Такође, законом је дефинисано да општа болница мора обезбедити самостално или преко друге здравствене установе: 1) санитетски превоз за упућивање пацијента у другу здравствену установу на секундарном или терцијарном нивоу; 2) адекватне количине крви и компонената крви за пацијенте те здравствене установе; 3) патолошку анатомску делатност. Општа болница може имати породилиште и обављати специјалистичко консултативну и стационарну делатност из других области медицине.

3.4.Обавезно и добровољно здравствено осигурање

Здравствено осигурање регулисано је Законом о здравственом осигурању (у даљем тексту: ЗЗО)[12], и то као обавезно здравствено осигурање и добровољно здравствено осигурање.

Обавезно здравствено осигурање обезбеђује и спроводи Републички фонд за здравствено осигурање (у даљем тексту: РФЗО), што се чини преко здравствених установа у јавној својини, које се налазе у оквиру Плана мреже здравствених установа. Међутим, када РФЗО не може да обезбеди здравствене услуге у оквиру постојећих капацитета установа из Плана мреже, постоји могућност закључења уговора и са установама које нису део плана мреже, а ту се налазе и приватне здравствене установе.

[12] „Сл. гласник РС“, бр. 25/2019 и 92/2023.

У овом тренутку мали број приватних здравствених установа има закључен уговор са РФЗО, и махом се ради о здравственим услугама лечења неплодности, операције катаракте и хемодијализе.[13]

Са друге стране, добровољно здравствено осигурање могу да организују осигуравајућа друштва и РФЗО. Према одредбама ЗЗО, добровољно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите, односно здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, рехабилитације и новчаних накнада, које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем (додатно здравствено осигурање). Поред тога, добровољно здравствено осигурање је и осигурање грађана који нису обавезно осигурани (приватно здравствено осигурање), као и осигурање за допуњавање права из обавезног здравственог осигурања (допунско здравствено осигурање).

Осигуравајуће друштво може да нуди услуге добровољног здравственог осигурања након добијања дозволе од стране НБС, а потом и од стране Министарства.

Добровољно здравствено осигурање уговара се на период који по правилу не може бити краћи од 12 месеци, уз свега неколико изузетака. Осигуравач је дужан да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима која то желе, са истим обимом, садржајем и стандардом за остваривање права из осигурања, при чему има право да повећа премије или промени висине или обиме покрића зависно од степена ризика ком је изложен.

Осигуравајуће друштво са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно са уговарачем осигурања, може да уговори уплату трошкова или уговорене накнаде на рачун осигураника, уколико дође до пружања услуга здравствених установа. Међутим, ако осигуравајуће друштво није уговорило уплату на рачун осигураника, обавезно је да закључи уговор са даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима. Овај уговор осигуравача са пружаоцем здравствене услуге уређује, између осталог, услове под којима давалац здравствених услуга пружа здравствене услуге осигураницима и обавезе осигуравача према даваоцу здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима. Осигуравајуће друштво може закључити овакав уговор и са јавном здравственом установом, уколико она располаже вишком капацитета. Оно што је битно за све установе које закључују уговор са осигуравајућим друштвом је да тиме не смеју да угрожавају пружање услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања које су претходно договорене.

Иако ЗЗО упућује да се на организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања примењују одредбе Закона о осигурању[14], овај закон, осим што препознаје добровољно здравствено осигурање које покрива накнаду за случај болести и накнаду уговорених трошкова лечења као подврсту неживотног осигурања, нема посебне одребе о овој врсти осигурања већ упућује на ЗЗО. На уговорне односе осигуравача и осигураника, односно уговарача осигурања у добровољном здравственом осигурању примењују се одредбе Закона о облигационим односима[15].

[13] Списак установа доступан на интернет презентацији РФЗО https://www.rfzo.rs/index.php/davaocizdrusluga/ugovaranje-dzu.

[14] „Сл. гласник РС", бр. 139/2014 и 44/2021.

[15] „Сл. лист СФРЈ", бр. 29/78, 39/85, 45/89 - одлука УСЈ и 57/89, „Сл. лист СРЈ", бр. 31/93, „Сл. лист СЦГ", бр. 1/2003 - Уставна повеља и „Сл. гласник РС", бр. 18/2020.

4. РАСПРОСТРАЊЕНОСТ ПРИВАТНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Према подацима које је РЗС доставио Комисији, у Републици Србији је у 2022. години постојало укупно 311 здравствених установа у јавном власништву, док је укупан број здравствених установа у приватном власништву и јединица у приватној пракси износио 6.564 и за 12% је увећан у односу на 2019. годину.

Укупан број приватних здравствених установа према подацима које је АПР доставио Комисији износио је 692 од чега се око 40% свих здравствених установа налази у граду Београду. Приказ броја здравствених установа у Србији као и по највећим градовима Србије дат је у табели 1.

Табела 1- Приказ броја приватних здравствених установа у Републици Србији и највећим градовима[16]

Тип здравствене установе	Држава / градови				
	СРБИЈА	БЕОГРАД	НОВИ САД	НИШ	КРАГУЈЕВАЦ
Дом здравља	25	8	1	1	2
Здравствена установа поликлиника	1				
Апотекарска установа	490	176	27	27	13
Општа Болница	23	17	3	1	
Специјална Болница	102	56	16	9	2
Завод за лабораторијску дијагностику	7	3	4		
Завод за здравствену заштиту радника	38	16	4	1	
Завод за денталну медицину	1	1			
Завод за радиолошку дијагностику	5	4	1		
Укупно	**692**	**281**	**56**	**39**	**17**

Извор: Подаци АПР

На приказаној табели уочава се да су међу приватним здравственим установама у Србији најзаступљене апотекарске установе које чине 70% укупног броја приватних здравствених установа, док опште болнице и домови здравља чине свега 7% свих приватних здравствених установа у земљи. Када је у питању распрострањеност по градовима, највећа концентрисаност општих болница и домова здравља је у граду Београду са преко 30% свих домова здравља и преко 70% свих општих болница.

Према подацима РЗС-а укупни приходи приватних здравствених установа у Републици Србији у 2022. години износили су око 34 милијарди динара и у поређењу са 2019. годином за 54% су повећани.[17] Посматрајући међугодишња кретања може се видети да је највећи раст прихода уследио у 2021. години, када је за 33% повећан у односу на 2020. годину. Наведеном расту прихода у оквиру приватних здравствених установа допринела је појава пандемије вируса Ковид 19, која је са собом донела нагли раст тражње за приватним здравственим услугама.

[16] Неке врсте здравствених установа, као што је здравствена установа поликлиника, налазе се у мањим градовима који у табели нису приказани.

[17] РЗС је у одговору Комисији навео да се приватни сектор у здравству може поделити на 2 категорије: јединице (установе) које подносе годишње финансијске извештаје и предузетнике. С тим у вези, РЗС је доставио податке о пословним приходима приватних здравствених установа које подносе финансијске извештаје, а за које је Комисија претпоставила да се односе на све приватне здравствене установе у земљи. РЗС у тренутку достављања одговора Комисији није располагао подацима за 2023. годину.

5. ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ПРИВАТНИМ ОПШТИМ БОЛНИЦАМА И ДОМОВИМА ЗДРАВЉА

Комисија је анализом обухватила 18 учесника који укупно поседују 29 здравствених установа, и то 16 општих болница и 13 домова здравља на територији Републике Србије. Најпре су анкетирани здравствени системи Medigroup, Belmedik и Euromedik који у свом саставу поседују више општих болница и/или домова здравља, а од којих неки поседују и поликлинику, дијагностички центар, специјалну болницу, лабораторију или апотеку. Ова три здравствена система укупно поседују пет општих болница и шест домова здравља при чему се сви домови здравља Medigroup, Belmedik и Euromedik система налазе на укупно двадесет осам локација, и то претежно у Београду. Анализом је обухваћено и једанаест учесника од којих десет поседују по једну општу болницу и то су OB Sv. Jovan, OB Atlas, OB MSB, OB Sava Surgery, OB Aurora, OB Una, OB Medical centar, OB Gea, OB New Hospital и OB St Medica, док учесник здравствена установа Vizim поседује једну општу болницу и један дом здравља. Такође, у анализу су укључена четири учесника од којих три поседују по један дом здравља и то DZ 012 Požarevac, DZ Hemikal Valjevo и DZ DCM Leskovac, док учесник DZ Medicus у свом саставу има три дома здравља на територији Србије.

Наведени учесници обухватају 60% укупног броја приватних општих болница и домова здравља у Србији, док појединачно гледано чине око 70% општих болница и преко 50% свих домова здравља. Када су у питању укупни приходи од пружања здравствених услуга обухваћених учесника они су у 2022. години износили око […] милијарди динара (око […] милиона евра) и поредећи са укупним приходима свих приватних здравствених установа у Србији чинили су око /40-50/% удела. Преостали део укупних прихода чинили су приходи других здравствених установа и то поликлиника, апотекарских установа, специјалних болница, завода за лабораторијску дијагностику, здравствену заштиту радника, денталну медицину и радиолошку дијагностику као и преосталих општих болница и домова здравља. Имајући у виду да приходи осамнаест обухваћених учесника са њихових 29 општих болница и домова здравља чине скоро половину прихода свих приватних здравствених установа у Србији, може се закључити да је њихов удео на тржишту пружања здравствених услуга само у општим болницама и домовима здравља знатно већи.

Укупни приходи свих посматраних учесника у 2023. години износили су око […] милијарди динара и у петогодишњем периоду остварили су раст од скоро 100%. Приказ годишњих прихода посматраних учесника у петогодишњем периоду дат је у наредној табели.

Табела 2- Приказ годишњих прихода посматраних учесника

Здравствене установе	Укупни приходи				
	2019	2020	2021	2022	2023
OB Sv. Jovan	217.680.295	256.913.065	393.769.906	457.231.019	520.159.255
DZ Medicus	157.180.668	169.889.230	281.657.806	245.574.520	233.543.541
DZ 012 Požarevac	39.262.603	47.091.291	53.453.611	53.380.997	59.409.250
OB Atlas	466.961.000	536.950.000	533.202.412	651.769.278	716.767.132
OB MSB	194.184.364	172.616.235	151.181.194	157.697.066	205.774.496
Medigroup	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
DZ Leskovac	55.574.973	63.971.531	104.851.242	115.328.588	127.027.439
DZ Hemikal Valjevo	109.692.000	101.960.000	162.448.000	153.323.000	155.697.000
Vizim	511.882.000	468.824.651	629.511.571	805.861.828	1.115.620.000
OB Sava Surgery	30.315.256	25.594.957	40.503.787	37.228.821	34.046.033
Belmedik	1.851.381.090	2.142.529.743	2.751.661.211	2.885.401.268	3.106.593.592
OB Aurora	150.482.000	258.097.000	355.918.000	337.686.000	340.790.000
Euromedik	2.603.714.829	3.049.699.176	4.462.003.774	5.278.651.397	6.329.985.010
OB Una	103.867.291	111.867.291	161.257.158	165.081.423	201.474.783
OB Medical centar	36.915.000	56.053.000	93.464.000	104.528.000	126.525.000
OB Gea		16.908.386	26.759.030	37.753.917	59.251.486
OB New Hospital			86.731.050	369.596.994	541.186.350
OB St Medica	108.393.675	86.373.659	146.933.367	134.011.414	156.053.158
Укупно	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

Извор: Подаци учесника на тржишту

Из приказане табеле видимо да су све здравствене установе бележиле раст прихода, док су здравствени системи Medigroup, Belmedik и Euromedik бележили раст прихода између 47% и 143% током посматраног периода. Уколико се анализирају просечна међугодишња кретања прихода свих учесника уочава се да је највећи раст од око 33% забележен у 2021. години у односу на 2020. годину, што се може приписати утицају пандемије.

Највеће приходе међу посматраним учесницима остварују три здравствена система, чији укупни приходи од пружања здравствених услуга у општим болницама и домовима здравља заједно чине скоро 80% прихода свих обухваћених учесника. За потребе анализе Комисија је извршила процену тржишних удела посматраних учесника користећи податке РЗС-а као и податке које су учесници доставили.

С тим у вези, уколико приходе ова три здравствена система поредимо са укупним приходима свих здравствених установа у Србији, чији је број значајно већи од укупног броја приватних општих болница и домова здравља, уочава се да су заједно чинили око /30-40/% удела у 2022. години. Наведено упућује на закључак да је на тржишту пружања здравствених услуга само у приватним општим болницама и домовима здравља у Србији тржишни удео здравствених система Medigroup, Belmedik и Euromedik значајно већи од /30-40/%. Приликом ове пројекције Комисија је узела у обзир и процене самих учесника о сопственом тржишном уделу и уделу конкурената. Наиме, један од највећих здравствених система навео је да је његова процена сопственог тржишног удела и удела два највећа конкурента у Републици Србији око 50% на тржишту приватних здравствених установа. Такође, подаци показују да већ неколико година Србија, а са њом и Београд, постају значајна дестинација на мапи приватног здравственог туризма где долази велики број пацијента како из региона тако и из дијаспоре, имајући у виду ниво услуга и за њих повољније цене у односу на земљу

одакле долазе.[18] Поред наведеног, велики здравствени системи поседују савремену медицинску опрему, што уз велики број лекара различитих специјалности, као и велики број општих болница и домова здравља концентрисаних у Београду, може указати на значајан удео ова три здравствена система у пружању приватних здравствених услуга у главном граду.

У структури укупних прихода посматраних здравствених установа, приходи од физичких лица учествују са око 75% у просеку, док остатак чине приходи од правних лица. Обе категорије прихода здравствених установа бележиле су раст и то по основу физичких лица за око 70%, док по основу правних лица за око 160% у просеку у петогодишњем периоду. Расту прихода од правних лица највише су допринели приходи од осигуравајућих друштава, који чине у просеку око 70% ових прихода и који су повећани скоро 3,5 пута током петогодишњег периода. Тиме се у структури прихода од правних лица удео прихода од осигуравајућих друштава повећао са 59% на 78%, указајући на тренд раста улоге добровољног здравственог осигурања у друштву.

Када је у питању пословни однос са осигуравајућим друштвима, готово све обухваћене здравствене установе су навеле да сарађују са свим учесницима који су присутни на тржишту добровољног здравственог осигурања. Осигуравајућа друштва са којима су посматране здравствене установе највише сарађивале у петогодишњем периоду гледајући удео у укупним приходима од осигуравајућих друштва су: Generali sa 48% у просеку, Wienner са 16% удела и Uniqa са 12% у просеку, након чега је удео осталих учесника појединачно гледано мањи од 10%.[19] Сарадња здравствених установа и осигуравајућих друштава у погледу њихових преговарачких снага, као и других параметара који су од значаја за развој конкуренције, биће детаљније обрађена у другом делу анализе, пре свега из угла осигуравајућих друштава.

Комисија је за потребе анализе посматрала различите параметре пословања приватних здравствених установа, како би сагледала динамику њиховог развоја односно динамику развоја предметног тржишта током посматраног периода. С тим у вези, посматран је број запослених у приватним општим болницама и домовима здравља и то посебно кроз број лекара у радном односу, број лекара ван радног односа, број осталог медицинског особља, као и број немедицинског особља. Већина ових параметара је имала растући тренд током посматраног периода, те је тако укупан број лекара у радном односу, у установама посматраних учесника, у 2023. години износио 1.123 чиме је њихов број повећан за 43%, док је број лекара ван радног односа исте године износио 2.120 и тиме је за 10% смањен у односу на 2019. годину. Такође, укупан број медицинског особља у 2023. години износио је 1.586 и за 55% је повећан у односу на 2019. годину, док је укупан број немедицинског особља износио 763 у 2023. години и повећан је за 70% у посматраном приоду.

Када је у питању укупан број прегледа који се обавио у општим болницама и домовима здравља, подаци 15 учесника који су доставили податке показују да је у 2023. години обављено око 4,3 милиона прегледа што представља раст од око 55% у поређењу са 2019. годином. Посматрајући појединачно, тринаест учесника имало је повећање броја

[18] https://www.021.rs/story/Info/Srbija/328109/Zdravstveni-turizam-u-Srbiji-Stranci-masovno-dolaze-zbog-10-puta-jeftinijih-medicinskih-zahvata.html
[19] Податке о структури прихода од осигуравајућих друштава доставило је 13 учесника.

прегледа, док је само код два учесника број прегледа смањен током петогодишњег периода.

Када су у питању приходи од одређених врста здравствених услуга, 12 учесника је доставило податке о приходима које су остварили по основу гинеколошких, уролошких, интернистичких, офтамолошких и дијагностичких услуга.[20] Захтевом за доставу података нису прецизиране медицинске услуге које треба приписати приходима од наведених здравствених области, већ је остављено учесницима да сами прикажу онако како их у свом систему класификују.

У наредној табели приказани су укупни приходи посматраних учесника од одабраних врста здравствених услуга током петогодишњег периода.

Табела 3- Укупни приходи посматраних учесника од одабраних врста здравствених услуга током петогодишњег периода (у РСД)

Врсте услуга	2019	2020	2021	2022	2023
Гинеколошке услуге	503.631.885	552.264.158	622.733.267	745.361.044	940.963.237
Уролошке услуге	124.104.258	131.949.523	194.303.742	253.796.517	298.519.151
Интернистичке услуге	290.253.097	321.970.863	518.001.511	510.747.586	549.303.159
Офтамолошке услуге	117.816.863	98.369.455	111.257.561	140.299.688	173.456.269
Дијагностичке услуге	809.589.659	972.399.041	1.310.962.692	1.432.138.718	1.690.645.645

Извор: Подаци учесника на тржишту

Посматрајући петогодишњи тренд уочава се да су здравствене установе за сваку од наведених врста здравствених услуга имале повећање прихода и то гинеколошких услуга у просеку за 87%, уролошких услуга за 141%, интернистичких услуга за скоро 90%, дијагностичких услуга за 109%, док је најмањи раст прихода био код офтамолошких услуга и то за око 47% у просеку. Појединачно гледано већина учесника која је доставила податке приказала је раст прихода по основу наведених врста услуга.

Такође, Комисија је од учесника на тржишту тражила да прикажу приходе које остварују по основу пакета здравствених услуга. Учесницима је прецизирано да су то услуге сличне осигурању, које карактерише једнократна уплата новчаног износа на име могућности коришћења већег обима услуга у вредности вишој од уплаћеног износа. Према подацима које су доставили учесници на тржишту, само три здравствена система пружају ове услуге, при чему су код два учесника приходи од ових услуга повећани између 3,5 и 5 пута током петогодишњег периода.

5.1. Цене здравствених услуга у приватним општим болницама и домовима здравља

За потребе анализе Комисија је најпре упоређивала цене одабраних медицинских услуга здравствених система Medigroup, Belmedik и Euromedik на дан 12.09.2024. године. С обзиром на то да ценовнике карактерише присуство великог броја здравствених услуга, као и њихових варијација, Комисија је анализирала цене одређених услуга за које се већином на основу јавно доступних информација могло

[20] Учесници који нису доставили податке навели су да у свом систему не воде евиденцију прихода према врсти услуга.

претпоставити да припадају најзаступљенијим областима медицине у приватном здравственом сектору.[21]

Цене приказане у табели која следи преузете су из ценовника доступних на интернет страницама ова три учесника и односе се на цене одабраних услуга, пружених у општој болници Medigroup и Belmedik као и Euromedik установама, имајући у виду да су цене у оквиру Euromedik система исте у свим установама. Изабране здравствене услуге су преглед гинеколога, преглед уролога, преглед интернисте, ултразвук абдомена и магнетна резонанца абдомена и ове услуге су присутне код сва три здравствена система, те су стога узете као параметар за поређење цена. Овде треба нагласити да приказане цене представљају најнижу цену за дату услугу, при чему цена услуге у оквиру здравствених система може бити и већа, узимајући у обзир лекара који је обавља, као и његово звање.

Табела 4- Преглед цена одабраних здравствених услуга (у РСД) у установама три највећа здравствена система у Београду на дан 12.09.2024. године[22]

Врста прегледа	Medigroup	Belmedik	Euromedik
Преглед гинеколога	7500	8140-11000	4200 (до 6000 ако је консултант)
Преглед уролога	7500	8140-11000	4200
Преглед интернисте	7500	8140-11000	4200
Ултразвук абдомена	6200	8000	3700
МТ абдомена 1.5Т	16000	16550	15800

Извор: Ценовници доступни на сајту здравствених установа

Из приказане табеле може се видети да се цене одабраних здравствених услуга међу три највећа здравствена система у Београду разликују, при чему здравствени систем Euromedik нуди најниже цене за сваку од обухваћених медицинских услуга које могу бити и дупло ниже од конкурентских, док су цене опште болнице Belmedik за дату услугу највише међу посматраним учесницима. На основу приказаних податка у табели може се констатовати да је међу великим здравственим установама за одабране медицинске услуге присутна ценовна конкуренција.

Када су у питању цене здравствених услуга у домовима здравља и општим болницама у оквиру здравствених система, један од учесника је навео да су цене у свим установама тог система исте на нивоу целе Србије, док се код другог учесника цене разликују између градова, као и између домова здравља и поликлиника у Београду. Поред тога један од система који поседује и лабораторије наводи да се цене лабораторијских услуга разликују у зависности од тога да ли се пружају у оквиру предузетничке радње коју то друштво контролише или у оквиру дома здравља[23].

За потребе анализе Комисија је од учесника тражила да доставе цене наведених медицинских услуга са свим њиховим изменама током посматраног петогодишњег

[21] http://privatnapraksa.org/2016/02/03/potpisan-memorandum-o-saradnji-izmedju-ministarstva-zdravlja-i-asocijacije/

[22] Цене здравствених услуга су преузете са јавно доступних ценовника здравствених система са називима услуга које су исте код сва три система.

[23] У смислу члана 5. Закона, под контролом се сматра могућност једног учесника на тржишту да има одлучујући утицај на вођење послова другог учесника на тржишту. Овако повезани учесници на тржишту се сматрају једним учесником на тржишту.

периода и то најпре како се би се уочило евентуално усаглашено повећање цена између великих здравствених система што би указивало на ограничење конкуренција. Другим речима, ако учесници на тржишту показују паралелизам у вођењу своје ценовне политике то може да буде сигнал да иза њега не стоји само економски оправдано и легитимно понашање конкурената, већ и потенцијални договор међу њима.

С тим у вези, у фокусу овог дела анализе су пре свега велики здравствени системи за које се може претпоставити да када је у питању ценовна политика теже да следе једни друге имајући у виду значајан удео и позицију на тржишту, а нарочито у Београду. Према подацима три највећа приватна здравствена система, цене медицинских услуга преглед гинеколога, преглед уролога, преглед интернисте, ултразвук абдомена и магнетна резонанца абдомена различито су се мењале током посматраног периода. Тако су се у периоду између првог јануара 2019. године и првог јануара 2023. године цене ових услуга у Belmediku промениле једанпут и то између 11% и 19% у зависности од услуге, док су се у Medigroupu цене неких од наведених услуга мењале и до пет пута, у мањим процентуалним износима, при чему је укупно повећање цена за посматрани период износило између 14% и 33% у зависности од услуге. Здравствени систем Euromedik је доставио два ценовника за посматрани период, према коме су се цене одабраних услуга промениле између 7% и 20% у зависности од врсте здравствене услуге. На основу достављених података може се закључити да када су у питању цене одабраних услуга међу највећим учесницима на тржишту није примећен паралелизам у понашању имајући у виду различите датуме њихових промена, број промена као и процентуалне износе повећања.

5.2. Услови конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга из угла приватних здравствених установа

Када су у питању услови конкуренције на тржишту приватних здравствених установа у погледу постојања баријера приликом уласка на тржиште, као и оних које би могле да ограниче даљи развој конкуренције, већина обухваћених учесника није указала на постојање истих. С тим у вези, већина учесника је навела да су услови конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга коректни, да је присутан свеукупни тренд раста предметног тржишта имајући у виду да се стално отварају нове установе и лекарске ординације. Према наводима учесника на тржишту, тражња за лекарским услугама у приватним установама је све већа, па самим тим постоји простор за развој конкуренције. Један од учесника је навео да се цене услуга много не разликују између здравствених установа јер је тржиште такво да цене не могу много да одступају, а сама пракса је показала да се пацијенти у избору установе одлучују на основу квалитета пружених услуга.

С друге стране, два учесника су навела да су на тржишту присутне административне баријере приликом оснивања установе у виду добијања дозволе Министарства за отварање здравствених установа, тј. домова здравља, као и свих финансијско техничких услова који морају бити задовољени. Један од учесника је навео да су баријере приликом уласка на тржиште многоструке и да је бављење здравственим услугама отежано због високих трошкова, регулативе, стандарда и безбедности које је потребно

испунити. Поред наведеног, као отежавајући фактор наведена је и конкуренција од стране већ етаблираних здравствених установа, које како је навео нису благонаклоне према постојећим и потенцијалним конкурентима. Један од здравствених система је навео да оно што је делимично баријера за поједине правне форме као и могући јачи улазак иностраних инвестиција, односно домаће инвестирање у развој ове области јесте недостатак подзаконског акта везаног за здравствену заштиту, чије би усвајање омогућило пуну примену закона. Тиме би се како наводе омогућило укрупњавање тржишта, што са собом повлачи последицу мање субјеката контроле, уштеде у људству, рационалније пословање, омогућава ширење установа здравствене заштите ван административних центара и децентрализацију, а кроз формирање мањих здравствених установа односно организационих јединица на територији Републике Србије. У крајњем исходу то би се како кажу одразило на повећање активности тржишта и даљег улагања у дату грану кроз укупне инвестиционе активности на тржишту.

На основу прикупљених података и информација, добијених од учесника на тржишту, може се констатовати да тржиште пружања приватних здравствених услуга у општим болницама и домовима здравља одликује раст прихода код свих посматраних учесника, док су на укупном нивоу приходи повећани за скоро 100% у 2023. години у односу на 2019. годину. Такође, анализа је показала да приходи 18 посматраних учесника чине скоро /40-50/% прихода свих приватних здравствених установа у Србији, при чему приходи здравствених система Medigroup, Belmedik и Euromedik чине око /30-40/% укупних прихода. Наведено упућује на закључак да је на тржишту пружања здравствених услуга само у приватним општим болницама и домовима здравља у Србији тржишни удео три здравствена система значајно већи од /30-40/%. Када су у питању услови конкуренције на предметном тржишту већина посматраних учесника је навела да су они генерално задовољавајући и да осим финансијских ресурса као и техничко административних услова које је потребно испунити приликом оснивања установе не постоје друге значајне регулаторне баријере које отежавају улазак на тржиште. Међутим, узимајући у обзир наведено као и чињеницу да оснивање здравствене установе захтева значајне инвестиције у инфраструктуру, опрему и технологију, може се закључити да су улазне баријере пре свега финансијске природе, што може отежати улазак нових учесника и оснажити позицију великих система. Поред тога анализа правног оквира није указала на друге значајне баријере када је у питању могућност уласка на тржиште и његовог развоја. Имајући у виду наведено, анализа је показала да постоји ценовна конкуренција на предметном тржишту, а да се интезитет конкуренције може повећати кроз побољшање квалитета услуге, понуду специфичних здравствених пакета услуга, као и кроз друге стратегије које могу подићи конкурентност наведеног тржишта.

6. ПРУЖАОЦИ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И САРАДЊА СА ПРИВАТНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Комисија је за потребе секторске анализе поред тржишта пружања приватних здравствених услуга у одређеним врстама здравствених установа сагледала и тржиште пружања добровољног здравственог осигурања имајући у виду комплементарност ова

два тржишта, односно чињеницу да раст тражње за добровољним здравственим осигурањем доприноси расту тражње за приватним здравственим услугама и обрнуто. Стога је Комисија упутила захтев за давање информација на адресе четрнаест осигуравајућих друштава, од којих су пет у свом одговору навели да се не баве пружањем услуге добровољног здравственог осигурања. Друштва која пружају ову врсту осигурања на тржишту Републике Србије су Generali, Uniqa, Triglav, Dunav, Wienner, Globos, Milenijum, Sava и DDOR.

На основу података девет обухваћених учесника, укупна премија добровољног здравственог осигурања повећана је скоро 3,5 пута и то са око […] милијарди динара у 2019. години на скоро […] милијарди динара у 2023. години. Највећи удео у укупној премији добровољног здравственог осигурања остварило је друштво Generali и то у просеку са око 40% тржишног удела за ким следе Dunav и Wienner са око 17% односно са око 15% у петогодишњем периоду. На четвртом месту је Uniqa са 12% тржишног удела у просеку, након чега остала осигуравајућа друштва бележе мање од 10% тржишног удела током посматраног периода. Имајући наведено у виду, тржиште добровољног здравственог осигурања се може окарактерисати као високо концентрисано тржиште, с обзиром на то да прва четири учесника заједно остварују око 84% тржишног учешћа током петогодишњег периода. Степен концентрације тржишта мерен HHIndex-ом имао је вредност 2.332 поена у 2023. години, што такође наводи на закључак да је тржиште пружања добровољног здравственог осигурања високо концентрисано тржиште.

Међутим, уколико посматрамо годишње уделе свих осигуравајућих друштава у укупној годишњој премији здравственог осигурања, у наредној табели можемо видети да су друштва Generali и Uniqa смањили своје тржишне уделе за 6 процентних поена током петогодишњег периода, док су три учесника задржала исте или сличне уделе.

Табела 5- Годишњи удели осигуравајућих друштава у укупној годишњој премији добровољног здравственог осигурања

Осигуравајућа друштва	**Премија ДЗО/Укупна премија ДЗО**				
	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Generali	44%	43%	42%	39%	38%
Uniqa	16%	15%	12%	11%	10%
Triglav	7%	7%	8%	7%	7%
Dunav	17%	18%	17%	17%	16%
Wienner	16%	15%	15%	16%	15%
Globos	/0-5/%	/0-5/%	/0-5/%	/0-5/%	/0-5/%
Milenijum	0%	0%	1%	2%	3%
Sava	0%	0%	0%	1%	3%
DDOR	0%	2%	5%	6%	5%

Извор: Подаци учесника на тржишту

На основу података из претходне табеле, може се констатовати, да је на тржишту добровољног здравственог осигурања од 2020. године примећен тренд уласка нових учесника, чији удели из године у годину бележе раст. Наведено указује да се уласком нових учесника, степен концентрације на тржишту добровољног здравственог осигурања смањио и то са 93% колико су прва четири учесника заједно остварила у 2019. години на 79% у 2023. години.

Корисници добровољног здравственог осигурања су пре свега правна лица, односно компаније које својим запосленима све чешће нуде бенефит оваквог осигурања, а онда и физичка лица која ову врсту услуге могу уговорити самостално. Према подацима осигуравајућих друштава, у укупној премији добровољног здравственог осигурања, удео премије коју уплаћују правна лица чини у просеку преко 90% у петогодишњем периоду, док остатак чине премије од физичких лица. Када су у питању полисе добровољног здравственог осигурања, подаци учесника показују да је укупан број закључених полиса у 2023. години износио скоро 72 хиљаде чиме је током посматраног периода њихов број повећан више од 100%, док је укупан број осигураника повећан за око 50% у просеку. Удео полиса од правних лица чинио је у просеку скоро 60% током петогодишњег периода и њихов укупан број повећан је за 36%, док је укупан број полиса закључених са физичким лицима повећан више од четири пута у 2023. години у односу на 2019. годину.

Када је у питању број установа са којима сарађују, сва осигуравајућа друштва су приказала раст броја установа током петогодишњег периода, при чему су учесници који су на тржиште ове врсте осигурања ушли током 2021. године повећали број установа са којима сарађују и до пет пута.[24]

За потребе анализе Комисија је од осигуравајућих друштва тражила да доставе укупне трошкове по основу плаћања приватним здравственим установама за пружене услуге корисницима добровољног здравственог осигурања. Према подацима учесника на тржишту, око 60% укупних трошкова које су осигуравајућа друштва у петогодишњем периоду исплатила приватним здравственим установама односило се на највеће здравствене установе и то Medigroup, Euromedik и Belmedik.[25]

Када је у питању сарадња са здравственим установама, Комисија је од осигуравајућих друштава тражила да наведу критеријуме на основу којих одлучују да ли ће потписати уговор са неком приватном здравственом установом. Већина учесника је у одговору навела да се при успостављању сарадње са приватним здравственим установама пре свега воде критеријумом испуњења законских прописа, односно да ли је одређена установа добила решење Министарства да испуњава неопходне услове као и да ли је регистрована у АПР-у. Остали критеријуми којима се већина учесника води приликом отпочињања или наставка сарадње су обезбеђење територијалне покривености у пружању здравствених услуга осигураника, поседовање адекватне медицинске опреме, способност реаговања на хитне и ванредне захтеве, пређашње задовољство корисника, као и цена услуге. Друштва такође воде рачуна о томе да ли је у питању реномирана установа и да ли у истој раде лекари који су препознати од стране осигураника као стручни и тражени у области у којој пружају здравствену услугу. Поједина друштва поседују интерни акт којим су дефинисани критеријуми за успостављање сарадње или упитник за категоризацију здравствених установа на основу којег се друштво опредељује да ли постоји основ за успостављање сарадње.

[24] Иако је осигуравајућим друштвима у допису прецизирано да се број здравствених установа односи само на опште болнице и домове здравља, Комисија претпоставља да су поједина друштва обухватила и друге здравствене установе или приватне праксе.

[25] Комисија је у допису осигуравајућим друштвима прецизирала да се под приватним здравственим установама мисли на опште болнице, домове здравља и велике здравствене системе.

6.1. Оцена услова конкуренције на тржишту пружања услуга добровољног здравственог осигурања из угла осигуравајућих друштава

Када је у питању оцена услова конкуренције на тржишту пружања добровољног здравственог осигурања готово сва осигуравајућа друштава су навела да су услови конкуренције повољни. Већина учесника се изјаснила да је тржиште добровољног здравственог осигурања конкурентно, тако да корисници услуга могу да бирају између више пружалаца добровољног здравственог осигурања који настоје како ценом тако и квалитетом да оправдају поверење корисника. Учесници наглашавају да је тржиште добровољног здравственог осигурања најбрже растуће тржиште осигурања у Републици Србији. Баријере уласка на тржиште не постоје, јер како су навели, сва друштва која испуне услове дефинисане позитивно-правним прописима и добију дозволу НБС за обављање делатности неживотног осигурања имају могућност да уђу на то тржиште. У прилог томе говори и чињеница да су годинама уназад присутни нови осигуравачи на тржишту и да је њихово појављивање искључиво резултат пословне одлуке одређеног друштва.

Како би сагледала услове конкуренције на предметном тржишту, Комисија је од осигуравајућих друштава тражила да опишу своју преговарачку моћ приликом успостављања сарадње са приватним здравственим установама, односно приликом обнављања уговора. Један од учесника је навео да је због све већег пораста броја корисника добровољног здравственог осигурања последњих година приметно повећање интересовања приватних здравствених установа за успостављање сарадње са осигуравајућим друштвима.

Међутим, готово сви обухваћени учесници су навели да је преговарачка моћ осигуравајућих друштава значајно смањена током последњих неколико година, а нарочито од појаве пандемије вируса Ковид. Наиме, осигуравајућа друштва су појаснила да се током трајања уговора сусрећу са честим променама ценовника здравствених установа, на шта не могу да утичу, нити могу да утврде или провере стварне узроке тих промена, при чему се с друге стране премије осигурања уговарају на годишњем нивоу. Тада се осигуравач суочава са избором да прихвати или не прихвати увећање цене, тј. раскине уговор, што ремети пословне процесе у области добровољног здравственог осигурања. Наведено је како се наводи у одговору једног од учесника нарочито карактеристично за велике медицинске пружаоце услуга, који прихватањем или одбијањем ценовника услуга условљавају даљу директну сарадњу са друштвом за осигурање. Један од учесника је навео да се до периода пандемије уговорна ставка гарантованих цена кретала од 6 до 12 месеци да би од поменутог периода уговорна ставка гарантованих цена била значајно скраћена (3 месеца) или потпуно укинута. На овај начин се отежава процена ризика и обрачун премије осигураника с обзиром на то да се полисе ДЗО склапају на годишњем нивоу и током њиховог важења ове ставке представљају непромењиву категорију. Један од учесника је нагласио да је преговарачка моћ компаније знатно ослабљена, управо имајући у виду да здравствене установе мењају ценовнике самостално и без икакве консултације са осигуравајућим друштвима. Такође, иако су уговором о сарадњи предвиђени начин и рокови измене ценовника, приватне здравствене установе захтевају измену ценовника мимо тих одредби, односно у краћим временским интервалима што уз раст цена

медицинских услуга проузрокује нужност увећања премије осигурања. Осигуравајуће друштво је принуђено да пристаје на такве измене, а све како би својим осигураницима обезбедило спровођење уговора о осигурању и квалитетну услугу добровољног здравственог осигурања.

Поред честих промена ценовника осигуравајућа друштва су навела да је велики проблем непостојање јединственог шифарника здравствених услуга, који би омогућио ценовну упоредивост здравствених услуга између различитих установа. Како учесници наводе дешава се да за исте или сличне услуге установе имају по више различитих цена на чију примену немају утицај. Другим речима, сагледавање обима и цена услуга које пружају приватне здравствене установе је отежано из разлога што шифарници медицинских услуга нису јединствени због чега друштво нема могућност да на адекватан начин упореди цену исте услуге у различитим приватним здравственим установама, па је процена критеријума „цена услуга“ знатно отежана, а тиме и преговарачка моћ осигуравајућег друштва смањена.

Поред наведеног значајан фактор који утиче на преговарачку моћ осигуравајућег друштва је број осигураника на одређеној територији, односно што је број осигураника већи боља је преговарачка позиција друштва. Такође, преговарачка моћ одређена је бројем здравствених установа на одређеној територији које могу да пруже тражене услуге, а посебно услуге систематских прегледа. Другим речима, што је број здравствених установа на одређеној територији већи и уколико све могу да пруже тражене услуге, боља је преговарачка позиција друштва.

Комисија је за потребе анализе од учесника на тржишту тражила да се изјасне и у погледу евентуалних наметања услова или ограничења приликом успостављања сарадње са здравственим установама, а која се могу односити на сарадњу са другим здравственим установама. Према информацијама, које су доставили учесници на тржишту може се констатовати да се ни једно од посматраних осигуравајућих друштава није суочило са условљавањем сарадње од стране неке здравствене установе.

Међутим, готово сви учесници су навели да на тржишту постоји одређена негативна пракса у погледу обављања активности појединих фондова и здравствених установа, која се огледа у томе да се истим клијентима (послодавцима) нуди могућност добијања „пакета здравља“, здравствених картица или здравствених картона уз одређену новчану надокнаду или чланарину (која се плаћа на месечном или годишњем нивоу). Како су навели учесници на тржишту, наведени пакети здравља имају скоро све елементе добровољног здравственог осигурања. Међутим, цена ових услуга за послодавце је знатно нижа од добровољног здравственог осигурања, па се немали број њих одлучује да за своје запослене обезбеди пружање здравствених услуга преко ових производа, уместо уговарања полисе добровољног здравственог осигурања. Учесници су навели да оваква врста попуста није доступна друштвима која обављају послове добровољног здравственог осигурања.

Имајући наведено у виду, осигуравајућа друштва су навела да приватне здравствене установе немају обавезу обезбеђивања адекватности капиталних улагања за обављање послова осигурања, те су исте у могућности да у спорним пакетима медицинске услуге пруже по знатно нижим ценама и постигну укупно ниже цене услуга у односу на добровољно здравствено осигурање. Осигуравајућа друштва су навела да осим

плаћања медицинске услуге по ценовницима здравствених установа, а које се у току трајања уговора о пословној сарадњи често повећавају, имају обавезу да у цену премије осигурања укалкулишу и трошкове спровођења осигурања, без могућности промене висине премије осигурања. С друге стране, у случају незадовољства пруженом услугом у оквиру пакета здравља корисницима тих услуга се како наводе учесници не пружа никаква заштита, као што је то случај код добровољног здравственог осигурања.

Учесници су навели да је добровољно здравствено осигурање делатност која је строго регулисана Законом о осигурању као и ЗЗО, те је у складу са прописима РС могу организовати и спроводити само РФЗО и друштва за осигурање која су добила дозволу за обављање послова осигурања. С тим у вези, друштва за осигурање су дужна да своју делатност обављају у складу са законом, општим актима, актима пословне политике, правилима струке осигурања и актуарске струке, добрим пословним обичајима, пословном етиком, као и начелима опрезног и савесног поступања. Све наведено је имало за циљ заштиту корисника услуга осигурања. На крају, осигуравајућа друштва су нагласила да оваква пракса води недостатку транспарентности, те стварању привида да добровољно здравствено осигурање можда и не оправдава слику најпожељнијег бенефита за кориснике, што може довести у питање дугорочну одрживост бављења овом граном осигурања.

Према достављеним подацима и информацијама, тржиште добровољног здравственог осигурања у протеклим годинама бележило је константни раст, о чему сведочи раст премије добровољног здравственог осигурања и то 3,5 пута у 2023. години у односу на 2019. годину. Имајући у виду да четири највећа учесника током посматраног периода заједно чине у просеку око 84% тржишног удела, тржиште се може сматрати високо концентрисаним. Међутим, на тржишту је присутан улазак нових осигуравајућих друштава од 2020. године, што је утицало на то да се ниво концентрације тржишта мерен рациом концентрације прва четири учесника током посматраног периода смањи са 93% у 2019. години на 79% у 2023. години. Осигуравајућа друштва су позитивно оценила услове конкуренције на тржишту добровољног здравственог осигурања, при чему нису указала на постојање значајних баријера приликом уласка на тржиште, као ни других које би могле да доведу до нарушавања конкуренције. Међутим, када је у питању сарадња са приватним здравственим установама, осигуравајућа друштва су навела да се њихова преговарачка моћ значајно смањила током последњих неколико година, а нарочито од појаве пандемије вируса Ковид. Наведено је условљено честим променама ценовника здравствених установа које се спроведу и мимо уговорених одредби о најави измена ценовника, док се у исто време полисе осигурања уговарају на годишњем нивоу. Поред тога осигуравајућа друштва су као отежавајући фактор током сарадње са здравственим установама навела недостатак јединственог шифарника здравствених услуга, који би омогућио ценовно поређење услуга између различитих установа. Такође, учесници су као фактор који смањује њихову конкурентност на тржишту добровољног здравственог осигурања навели постојање пакетних услуга, тзв. пакета здравља, које нуде поједине здравствене установе. На тај начин се истим клијентима (послодавцима) нуди повољнија услуга пакета здравља, а која како наводе осигуравајућа друштва, по својим одликама представља услугу добровољног здравственог осигурања. С тим у вези, осигуравајућа друштава су указала да

„здравствене установе немају обавезу поштовања законских приписа који се односе на осигуравајућа друштва, а која за крајњи циљ имају заштиту корисника услуга“.

7. АНАЛИЗА УГОВОРА ИЗМЕЂУ ОСИГУРАВАЈУЋИХ ДРУШТАВА И ПРИВАТНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Уговори које користе осигуравајуће куће су типски. Уговоре различитих осигуравајућих кућа одликују сличне формулације, за одређене сегменте чак и исте, а које се не налазе у неком од прописа нити у јавно доступним обрасцима уговора. Примећено је да поједине осигуравајуће куће (DDOR, Uniqa) приликом процене здравствене установе са којом успостављају однос користе идентичне формуларе за категоризацију установа, који претрагом јавно доступних података нису пронађени. Наведено указује да су коришћени обрасци за припрему аката на основу којих осигуравајуће куће успостављају сарадњу са здравственим установама.

Даље се може закључити да начин организовања односа између различитих осигуравајућих друштава и здравствених установа, у шта спада и процедура пријема пацијената и њиховог лечења на терет здравствених установа, нема суштинске разлике. Цене услуга одређују здравствене установе, а за осигуравајућа друштва се договарају фиксни проценти умањења цена из тих ценовника. Уговори махом у прилозима имају услове добровољног здравственог осигурања, процедуру заказивања и пријема пацијената и ценовнике даваоца услуга.

У уговорима који су Комисији достављени нису уочене експлицитне рестриктивне одредбе. Иако поједине осигуравајуће куће нису доставиле све прилоге свих уговора, имајући у виду да је уочена слична садржина уговора, Комисија није оценила да је неопходно да се сви уговори допуне претходно описаним прилозима.

8. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА И ПРЕПОРУКЕ

8.1. Налази и закључци анализе

1) Према последње објављеним подацима Светске банке за 2021. годину укупна издвајања за здравство у Републици Србији чине око 10% БДП-а, од чега 35% чине „out of pocket“ плаћања, односно директна плаћања трошкова здравствене заштите из џепа корисника. Наведено указује на значајан удео приватних здравствених услуга у укупним трошковима здравствене заштите.

2) Опште болнице и домови здравља у Србији чине око 7% укупног броја свих приватних здравствених установа при чему је највећи број концентрисан у Београду, и то око 30% домова здравља и око 70% општих болница.

3) Секторском анализом је обухваћено укупно 18 учесника у чијем саставу се налази 16 општих болница и 13 домова здравља на територији Србије при чему заједно чине преко 70% свих општих болница и преко 50% домова здравља. Укупни

приходи обухваћених учесника чине око /40-50/% укупних прихода реализованих у свим приватним здравственим установама у Србији, што указује да би на тржишту пружања услуга само у општим болницама и домовима здравља њихов удео био значајно већи.

4) Укупни приходи посматраних учесника у 2023. години износили су око […] милијарди динара и у односу на 2019. годину повећани су скоро дупло, при чему је појединачно гледано сваки од посматраних учесника бележио раст прихода. Највеће приходе остварили су здравствени системи Medigroup, Belmedik и Euromedik чинећи око 80% укупних прихода посматраних учесника, при чему је раст њихових прихода појединачно гледано износио између 47% и 143% у посматраном петогодишњем периоду.

5) У структури укупних прихода посматраних здравствених установа, приходи од физичких лица учествују са око 75% у просеку, док остатак чине приходи од правних лица у којима око 70% учествују приходи од осигуравајућих друштава. Обе категорије корисника бележиле су раст и то између 70% и 160% током петогодишњег периода. Расту прихода од правних лица највише су допринели приходи од осигуравајућих друштава који су повећани скоро 3,5 пута током петогодишњег периода.

6) Обухваћене здравствене установе сарађују са свим осигуравајућим друштвима присутним на тржишту добровољног здравственог осигурања. Осигуравајућа друштва са којима су посматране здравствене установе највише сарађивале у петогодишњем периоду гледајући удео у укупним приходима од осигуравајућих друштава су Generali са 48% у просеку, Wienner са 16% удела и Uniqa са 12% у просеку, након чега је удео осталих учесника појединачно гледано мањи од 10%.

7) Подаци о ценама одабраних здравствених услуга Medigroup, Belmedik и Euromedik система показују да међу њима није уочен паралелизам приликом промена цена имајући у виду да су између 1. јануара 2019. године и 1. јануара 2023. године забележени различити датуми њихових промена, број промена као и процентуални износи повећања.

8) Услови конкуренције на тржишту пружања приватних здравствених услуга су позитивно оцењени од стране обухваћених учесника, који су навели да осим финансијских ресурса као и техничко административних услова које је потребно испунити приликом оснивања установе, не постоје друге значајне регулаторне баријере које отежавају улазак на тржиште.

9) Секторском анализом сагледано је и комплементарно тржиште добровољног здравственог осигурања те је у анализу укључено девет осигуравајућих друштава. Подаци обухваћених учесника показују да је током петогодишњег периода укупна премија добровољног здравственог осигурања повећана скоро 3,5 пута и то са око […] милијарди динара у 2019. години на скоро […] милијарди динара у 2023. години.

10) Тржиште добровољног здравственог осигурања је високо концентрисано тржиште с обзиром на то да четири највећа учесника у просеку чине око 84% тржишног удела

током посматраног петогодишњег периода. Међутим, уласком нових учесника на тржиште од 2020. године степен концентрације тржишта добровољног здравственог осигурања се смањио и то са 93% колико су прва четири учесника заједно остварила у 2019. години на 79% у 2023. години.

11) Према подацима осигуравајућих друштава, око 60% укупних трошкова које су осигуравајућа друштва у петогодишњем периоду исплатила приватним здравственим установама (опште болнице, домови здравља и здравствени системи) за пружене здравствене услуге осигураницима добровољног здравственог осигурања односило на Medigroup, Euromedik и Belmedik систем.

12) Осигуравајућа друштва која пружају услугу добровољног здравственог осигурања су позитивно оценили услове конкуренције на тржишту на којем они послују. Већина учесника се изјаснила да је тржиште добровољног здравственог осигурања конкурентно, тако да корисници услуга могу да бирају између више осигуравајућих друштава који настоје како ценом тако и квалитетом да оправдају поверење корисника. Међутим, када је у питању сарадња са приватним здравственим установама готово сва осигуравајућа друштва су указала на одређене негативне аспекте. Учесници су навели да је њихова преговарачка моћ у значајној мери ослабљена током протеклих неколико година, а пре свега услед честих измена ценовника здравствених установа које се спроведу и мимо уговорених одредби о најави измена ценовника. Тиме се како учесници наводе отежава процена ризика и обрачун премије осигураника која се закључује на годишњем нивоу и као таква представља непроменљиву категорију. Поред тога осигуравајућа друштава су указала на недостатак постојања унифицираног шифарника здравствених услуга што отежава упоредивост цена између различитих здравствених установа па је процена критеријума „цена услуга“ знатно отежана, а тиме преговарачка моћ друштва смањена. Такође, учесници су навели да поједине здравствене установе истим клијентима (послодавцима) нуде повољнију услугу пакетских услуга тзв. пакета здравља која како наводе по својим одликама представља услугу добровољног здравственог осигурања. При томе, осигуравајућа друштва су подсетила да „здравствене установе немају обавезу поштовања законских прописа који се односи на осигуравајућа друштва“, а која за крајњи циљ имају заштиту права и интереса корисника добровољног здравственог осигурања.

13) Осигуравајућа друштва приликом заснивања пословног односа са здравственим установама користе типске уговоре који имају исте или сличне формулације као и другу исту или сличну документацију која није јавно доступна. Такође, у уговорима осигуравајућих друштава и приватних здравствених установа који су Комисији достављени у току анализе нису уочене експлицитне рестриктивне одредбе.

8.2. Препоруке

1) Препоручује се здравственим установама да се у сарадњи за осигуравајућим друштвима воде принципима предвидивости, транспарентности и недискриминације, како би се обезбедили стабилни и фер услови пословања за све учеснике на тржишту пружања добровољног здравственог осигурања. То

подразумева и доследно придржавање међусобно уговорених обавеза у вези са променама цена здравствених услуга. Поштовање уговорних одредби доприноси извесности у процени ризика и одређивању адекватних премија за покриће потенцијалних трошкова. Према оцени Комисије, честе и неретко изненадне промене ценовника које нису у складу са уговореним обавезама, могу представљати озбиљан изазов за пружаоце добровољног здравственог осигурања, утичући на њихове трошкове, стратегију цена, конкурентност и стабилност пословања, а у крајњем и на стабилност целокупног тржишта пружања добровољног здравственог осигурања.

2) Препоручује се Министарству здравља да размотри и анализира постојање потребе за израдом номенклатуре здравствених услуга која би се примењивала у свим здравственим установама. Према оцени Комисије, поређење цена исте услуге у различитим приватним здравственим установама могуће је само уколико су услуге јасно и униформно дефинисане. Уколико постоје разлике у називима и дефиницијама услуга, постоји могућност да корисници медицинских услуга неће имати јасну слику о обиму услуге, чиме је отежана упоредивост цена здравствених услуга између различитих установа. Истовремено постоји могућност да је тиме и преговарачка моћ осигуравајућих друштава умањена због отежаности сагледавања обима и цена услуга које пружају приватне здравствене установе.