

Историјат здравственог осигурања

Првобитни облици здравственог осигурања јављају се у Европи у оквиру једне веће идеје осигурања са циљем да се умањи финансијски ризик и неосигураност људи у непредвиђеним ситуацијама, што води губитку дохотка, ефикасности или живота. У средњем веку, групе људи су удруживале заједничке ресурсе и установљавали су фондове за заједничка осигурања, која су их покривала у случају старости, болести или неспособности. У ову сврху, у многим европским градовима су установљени фондови којима грађани повремено финансијски доприносе.

Током 18. и почетком 19. века, уз развој индустрије и пораст броја унајмљених радника, у новоотвореним фабрикама и индустријским постројењима поново се јавила идеја осигурања од осигурања заједница на одређеној територији и пренела се према осигурању унутар одређених грана индустрије. Организације које су уређивале здравствено осигурање су називане "болничким касама" или "заједницама узајамног профита". На крају 19. века, у Европи је функционисао велики број малих фондова.

Следећи корак у еволуцији идеје осигурања је био **први закон о обавезном здравственом осигурању**. Према том закону, сви радници који су имали дневницу нижу од утврђеног минимума били су заштићени уплатама доприноса у болничку касу. Немачки канцелар **Бизмарк**, 1883. године био је аутор идеје обавезног социјалног здравственог осигурања. Овим предлогом, Канцелар је намеравао да подигне свој политички утицај у круговима радника. Првим законом о обавезном здравственом осигурању, у Немачкој је установљено 22.000 болничких каса. На почетку, закон се примењивао само у Немачкој. Касније, за примером Немачке кренуле су и Аустрија (1886. године) и Мађарска. 1911. године сличан закон о социјалном осигурању је ступио на снагу у Великој Британији и скандинавским земљама, а 1928. године и у Француској. Током овог периода, све развијене земље Европе имале су медицинско осигурање углавном за унајмљене раднике. До Првог светског рата, није било земље у којој је цело становништво било покривено обавезним медицинским осигурањем. 1937. године, немачки здравствени систем модификован је – састављена су два система, један за раднике, и други за земљораднике. То је установило национални систем здравственог осигурања, из којег су биле искључене само популационе групе са вишим дохотком.

Прва земља у којој функционише тржишна економија, а која покрива 100% становништва за све здравствене ризике, је Нови Зеланд (1939. године), па затим, после Другог светског рата, Норвешка и Шведска. Велика Британија је 1948. године установила своју здравствену службу са следећим карактеристикама: финансирана је из пореза и омогућила је једнак приступ здравственим услугама за све грађане.

Идеја социјалног осигурања у односу на здравствене ризике добија на снази и ван Европе. Током 1922. године, Јапан је установио први систем обавезног осигурања у Азији. На почетку, то осигурање је покривало само раднике. Чиле је прва земља у Латинској Америци која је реализовала идеју здравственог осигурања (1924.), али је само 15% популације било осигурано. Током Другог светског рата, и остале земље Латинске Америке, осим Аргентине, придружиле су се заједници земаља са установљеним здравственим осигурањем.

Карактеристике

Социјално здравствено осигурање је уговор између клијента, као дела популације, и осигурања, као дела система, према коме осигурање рефундира одређену суму осигуранику или, најчешће, у потпуности или делимично сноси трошкове даваоца здравствених услуга. Две карактеристике разликују социјално од приватног осигурања. Прво, социјално осигурање је обавезно. Свако у одређеној групи мора да буде осигуран и да плати одређену суму новца за допринос. Здравствени доприноси уплаћују се према могућностима, а здравствена заштита користи се према потребама. Обично се доприноси за здравствено осигурање рачунају као проценат од бруто личног дохотка, без узимања здравственог ризика у обзир. Кад особа (или њихов одређени број) плати допринос, та особа онда има право на одређене бенефиције (здравствене услуге, боловање, итд.). Друго, социјално осигурање и бенефиције прописани су законом и подзаконским актима. Због тога,

заправо, говоримо о социјалном уговору између покривене популације и система Осигурана лица слажу се да уплате одређену суму новца, уз уверење да ће тај новац бити коришћен на фер и ефикасан начин, како би се финансирала здравствена заштита и свих који су део тог система.

Социјално осигурање није смишљено да обезбеди универзалну покривеност становништва.

Већина осигуравајућих пакета обезбеђује покриће радника у формалном сектору. Када нека земља жели да обезбеди универзално покриће, влада мора да користи средства општег дохотка како би дотирала доприносе за незапослене, сиромашне, ...

Може се говорити о два типа социјалног осигурања. У оквиру **Бизмарковог модела** успостављају се планови социјалног осигурања, који су под управом многих непрофитних организација и обично се називају фондовима у случају болести. Могу да се такмиче ко ће да привуче више осигураника, али по строгим правилима. Међутим, проблем овог система је штетна селекција и високи административни трошкови због привлачења клијената. У неким земљама, планове социјалног осигурања одржава само једна агенција. Неки економисти посматрају социјално осигурање као програм који се финансира из пореза, углавном због тога што је плаћање доприноса обавезно.

Међутим, постоје веома битне разлике између осигурања које се финансира од доприноса од општег пореза и социјалног осигурања:

1. **Социјално осигурање није право свих људи**, већ покрива само оне који на њега имају право и који испуњавају бар минимум захтева у смислу доприноса.
2. Људи схватају да плаћају премије за доприносе у замену за право на бенефиције. Другим речима, **бенефиције нису нешто што обезбеђује држава**.
3. **Плаћени доприноси** су обележени за програме и **одвојени од општег пореза**.

Од социјалног осигурања очекује се да одржи своју солвентност, и на тај начин обезбеди већу транспарентност и одговорност према корисницима. Могућност имплементације је једна од најпривлачнијих карактеристика у програмима здравственог осигурања. Теоретски, људи су вољнији да плаћају доприносе за здравствено осигурање уколико знају да ће исти бити употребљени за услуге здравствене заштите, а не у неке друге сврхе. У суштини, често се на фондове здравственог осигурања гледа као на још једну у низу владиних функција.