

Istorijat zdravstvenog osiguranja

Prvobitni oblici zdravstvenog osiguranja javljaju se u Evropi u okviru jedne veće ideje osiguranja sa ciljem da se umanju finansijski rizik i neosiguranost ljudi u nepredviđenim situacijama, što vodi gubitku dohotka, efikasnosti ili života. U srednjem veku, grupe ljudi su udruživale zajedničke resurse i ustanovljavali su fondove za zajednička osiguranja, koja su ih pokrivala u slučaju starosti, bolesti ili nesposobnosti. U ovu svrhu, u mnogim evropskim gradovima su ustanovljeni fondovi kojima građani povremeno finansijski doprinose.

Tokom 18. i početkom 19. veka, uz razvoj industrije i porast broja unajmljenih radnika, u novootvorenim fabrikama i industrijskim postrojenjima ponovo se javila ideja osiguranja od osiguranja zajednica na određenoj teritoriji i prenela se prema osiguranju unutar određenih grana industrije. Organizacije koje su uređivale zdravstveno osiguranje su nazivane "bolničkim kasama" ili "zajednicama uzajamnog profita". Na kraju 19. veka, u Evropi je funkcionisao veliki broj malih fondova.

Sledeći korak u evoluciji ideje osiguranja je bio **prvi zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju**. Prema tom zakonu, svi radnici koji su imali dnevnicu nižu od utvrđenog minimuma bili su zaštićeni uplatama doprinosa u bolničku kasu. Nemački kancelar **Bizmark**, 1883. godine bio je autor ideje obaveznog socijalnog zdravstvenog osiguranja. Ovim predlogom, Kancelar je nameravao da podigne svoj politički uticaj u krugovima radnika. Prvim zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju, u Nemačkoj je ustanovljeno 22.000 bolničkih kasa. Na početku, zakon se primenjivao samo u Nemačkoj. Kasnije, za primerom Nemačke krenule su i Austrija (1886. godine) i Mađarska. 1911. godine sličan zakon o socijalnom osiguranju je stupio na snagu u Velikoj Britaniji i skandinavskim zemljama, a 1928. godine i u Francuskoj. Tokom ovog perioda, sve razvijene zemlje Evrope imale su medicinsko osiguranje uglavnom za unajmljene radnike. Do Prvog svetskog rata, nije bilo zemlje u kojoj je celo stanovništvo bilo pokriveno obaveznim medicinskim osiguranjem. 1937. godine, nemački zdravstveni sistem modifikovan je – sastavljena su dva sistema, jedan za radnike, i drugi za zemljoradnike. To je ustanovilo nacionalni sistem zdravstvenog osiguranja, iz kojeg su bile isključene samo populacione grupe sa višim dohotkom.

Prva zemlja u kojoj funkcioniše tržišna ekonomija, a koja pokriva 100% stanovništva za sve zdravstvene rizike, je Novi Zeland (1939.godine), pa zatim, posle Drugog svetskog rata, Norveška i Švedska. Velika Britanija je 1948. godine ustanovila svoju zdravstvenu službu sa sledećim karakteristikama: finansirana je iz poreza i omogućila je jednak pristup zdravstvenim uslugama za sve građane.

Ideja socijalnog osiguranja u odnosu na zdravstvene rizike dobija na snazi i van Evrope. Tokom 1922. godine, Japan je ustanovio prvi sistem obaveznog osiguranja u Aziji. Na početku, to osiguranje je pokrivalo samo radnike. Čile je prva zemlja u Latinskoj Americi koja je realizovala ideju zdravstvenog osiguranja (1924.), ali je samo 15% populacije bilo osigurano. Tokom Drugog svetskog rata, i ostale zemlje Latinske Amerike, osim Argentine, pridružile su se zajednici zemalja sa ustanovljenim zdravstvenim osiguranjem.

Karakteristike

Socijalno zdravstveno osiguranje je ugovor između klijenta, kao dela populacije, i osiguranja, kao dela sistema, prema kome osiguranje refundira određenu sumu osiguraniku ili, najčešće, u potpunosti ili delimično snosi troškove davaoca zdravstvenih usluga. Dve karakteristike razlikuju socijalno od privatnog osiguranja. Prvo, socijalno osiguranje je obavezno. Svako u određenoj grupi mora da bude osiguran i da plati određenu sumu novca za doprinos. Zdravstveni doprinosi uplaćuju se prema mogućnostima, a zdravstvena zaštita koristi se prema potrebama.

Obično se doprinosi za zdravstveno osiguranje računaju kao procenat od bruto ličnog dohotka, bez uzimanja zdravstvenog rizika u obzir. Kad osoba (ili njihov određeni broj) plati doprinos, ta osoba onda ima pravo na određene beneficije (zdravstvene usluge, bolovanje, itd.). Drugo, socijalno osiguranje i beneficije propisani su zakonom i podzakonskim aktima. Zbog toga, zapravo, govorimo o socijalnom ugovoru između pokrivena populacije i sistema Osigurana lica slažu se da uplate određenu sumu novca, uz uverenje da će taj novac biti korišćen na fer i efikasan način, kako bi se finansirala zdravstvena zaštita i svih koji su deo tog sistema.

Socijalno osiguranje nije smišljeno da obezbedi univezalnu pokrivenost stanovništva.

Većina osiguravajućih paketa obezbeđuje pokriće radnika u formalnom sektoru. Kada neka zemlja želi da obezbedi univerzalno pokriće, vlada mora da koristi sredstva opšteg dohotka kako bi dotirala doprinose za nezaposlene, siromašne, ...

Može se govoriti o dva tipa socijalnog osiguranja. U okviru **Bizmarkovog modela** uspostavljaju se planovi socijalnog osiguranja, koji su pod upravom mnogih neprofitnih organizacija i obično se nazivaju fondovima u slučaju bolesti. Mogu da se takmiče ko će da privuče više osiguranika, ali po strogim pravilima. Međutim, problem ovog sistema je štetna selekcija i visoki administrativni troškovi zbog privlačenja klijenata. U nekim zemljama, planove socijalnog osiguranja održava samo jedna agencija. Neki ekonomisti posmatraju socijalno osiguranje kao program koji se finansira iz poreza, uglavnom zbog toga što je plaćanje doprinosa obavezno.

Međutim, postoje veoma bitne razlike između osiguranja koje se finansira od doprinosa od opšteg poreza i socijalnog osiguranja:

1. **Socijalno osiguranje nije pravo svih ljudi**, već pokriva samo one koji na njega imaju pravo i koji ispunjavaju bar minimum zahteva u smislu doprinosa.
2. Ljudi shvataju da plaćaju premije za doprinose u zamenu za pravo na beneficije. Drugim rečima, **beneficije nisu nešto što obezbeđuje država**.
3. **Plaćeni doprinosi** su obeleženi za programe i **odvojeni od opšteg poreza**.

Od socijalnog osiguranja očekuje se da održi svoju solventnost, i na taj način obezbedi veću transparentnost i odgovornost prema korisnicima. Mogućnost implementacije je jedna od najprivlačnijih karakteristika u programima zdravstvenog osiguranja. Teoretski, ljudi su voljniji da plaćaju doprinose za zdravstveno osiguranje ukoliko znaju da će isti biti upotrebljeni za usluge zdravstvene zaštite, a ne u neke druge svrhe. U suštini, često se na fondove zdravstvenog osiguranja gleda kao na još jednu u nizu vladinih funkcija.