

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
Législation en vigueur	<p>Loi n° 10107 du 30 mars 2009 sur les soins de santé en République d'Albanie. Loi n° 7870 du 13 octobre 1994 sur l'assurance maladie en République d'Albanie (modifiée par la loi n°8005 du 4 octobre 1995, la loi n° 8961 du 24 octobre 2002, la loi n° 9207 du 15 mars 2004, la loi n° 9368 du 7 avril 2005 et la loi n° 10043 du 22 décembre 2008). La loi n° 10383 du 24 février 2011 est entrée en vigueur le 25 mars 2013. Jusqu'à cette date, la législation applicable était la Loi n° 7870 du 13 octobre 1994 sur l'assurance maladie en République d'Albanie, dans sa version modifiée. La nouvelle loi n° 10383 du 24 février 2011 sur l'assurance maladie obligatoire est entrée en vigueur le 25 mars 2013, abrogeant la législation antérieure. Loi n° 7703 du 11 mai 1993 pour l'Assurance sociale en République d'Albanie (modifiée depuis). Code du Travail de l'Albanie, Loi n° 7961 du 12 juillet 1995 telle que modifiée.</p>	<p>Loi sur les soins et services de santé dispensés à la population (1996). Loi sur les services de sécurité sanitaire et épidémiologique dispensés à la population, (1992). Loi sur la santé génésique et les droits reproductifs (2002). Décret gouvernemental n° 318 de 2004 relatif à l'aide médicale gratuite et aux soins médicaux garantis par l'Etat. « Stratégie de protection de la santé des mères et des enfants 2003 -2015 ». Décret gouvernemental n° 420 du gouvernement du 30.03.2006 relatif au libre choix des médecins dispensant les soins de santé primaire et à la discipline d'enregistrement de la population. Décret gouvernemental n° 318 du 04.03.2004 relatif à l'aide médicale gratuite et aux soins médicaux garantis par l'Etat. Décret gouvernemental n°1717 du 23.11.2006 relatif aux médicaments délivrés gratuitement à des catégories de population vulnérables. Décret gouvernemental n° 29 du 26.07.2007 relatif au Programme national et au plan d'action pour l'amélioration de la santé reproductive. Décret gouvernemental n° 497 du 19.04.2007 relatif à l'activité des médecins généralistes et des groupements de médecins généralistes. Décret gouvernemental n° 37 de 2009 relatif à la Stratégie nationale pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Décret gouvernemental no 52 de 2006 relatif au Programme national de lutte contre la tuberculose pour 2007-2015. Décret gouvernemental no 46 de 2010 relatif au Programme national d'immunisation pour 2012-2015. Décret gouvernemental no 1913 de 2011 relatif au Plan stratégique de prévention et de contrôle des maladies infectieuses pour 2012-2016. Décret gouvernemental no 23 de 2011 relatif à l'approbation du programme national 2011-2015 de prévention de la réapparition de la malaria en République d'Arménie. Ordonnance gouvernementale n° 11 de 2011 établissant des plans stratégiques nationaux et des calendriers d'action pour trois maladies à mortalité élevée : les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète sucré. Décret gouvernemental n° 1691 du 12 décembre 2012 abrogeant les décrets n° 1917 et 1923 de 2011 et le décret n° 594 de 2012 relatifs aux procédures d'attribution du programme social et fixant les critères d'inclusion de services dans le programme social.</p>	<p>Loi du 28 octobre 1999 sur l'assurance-maladie. Loi du 26 juin 1997 sur la santé.</p>	<p>Fédération de BH : Loi de la FBH sur les soins de santé n° 46/10. Loi de la FBH sur l'assurance maladie (JO de la FBH, 30/97) modifiée en 2002 et 2008 (JO de la FBH, 7/02, 70/08 et 48/11). Arrêté définissant le régime de base des droits en matière de santé (JO de la Fédération de BH, no 21/09). Arrêté fixant le montant maximum de la participation à la charge des assurés pour certaines parties des soins de santé relevant du régime de base des droits en matière de santé (JO de la Fédération de BH, no 21/09). Republika Srpska : Loi de la Republika Srpska sur l'assurance maladie (JO de la RS, 18/99) modifiée en 2001, 2003, 2008 et 2009 (JO de la RS, 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09 et 106/09). Loi de la Republika Srpska sur la protection de la santé (JO de la RS, n° 106/09). Loi sur la protection de la population contre les maladies contagieuses (JO de la RS, n° 14/10) District de Brcko :- Loi du district de Brcko sur la protection de la santé (JO du district de Brcko de BH, 2/01) modifiée en 2007 et 2008 (JO du district de Brcko de BH, 19/07 et 28/08). - Loi du district de Brcko de BH sur l'assurance maladie (JO du district de Brcko de BH, 1/02) modifiée en 2002 et 2008 (JO du district de Brcko de BH, 7/02 et 34/08).</p>

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Législation en vigueur

Loi du 10 décembre 1997 sur les soins de santé. Loi du 23 février 2000 sur la transplantation d'organes humains. Loi du 12 juillet 2001 sur l'évaluation médicale et sociale. Loi du 6 août 2001 sur le traitement médical. Loi du 5 août 2003 sur l'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie. Loi du 5 août 2003 portant code de santé de la République de Géorgie. Loi du 5 mai 2000 sur les droits des patients. Loi du 12 juillet 2006 sur les soins psychiatriques. Loi du 27 juin 2007 sur la santé publique. Loi du 17 novembre 2009 sur le VIH/sida. Décret ministériel no 218 du 9 décembre 2009 régissant les activités de l'assurance maladie et définissant les conditions d'utilisation du bon d'assurance, dans le cadre du Programme national de santé.

Loi de 2004 sur l'assurance maladie, modifiée en 2012. Loi de 2004 sur les soins de santé, modifiée en 2010. Règlement de 2006 de l'assurance maladie obligatoire détaillant les conditions et modalités d'exercice de certains droits. Décret de 2005 de l'assurance maladie obligatoire relatif à l'étendue des droits et aux normes en matière de soins de santé. Règlement de 2006 relatif à la méthode et à la procédure d'exercice du droit à des aides médicales techniques, modifié en 2008 et 2010. Règlement de 2011 définissant les critères pour la conclusion de contrats relatifs à la délivrance de soins et à leur méthode de paiement.

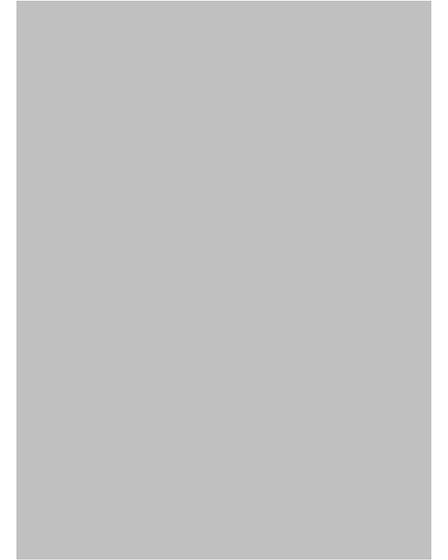
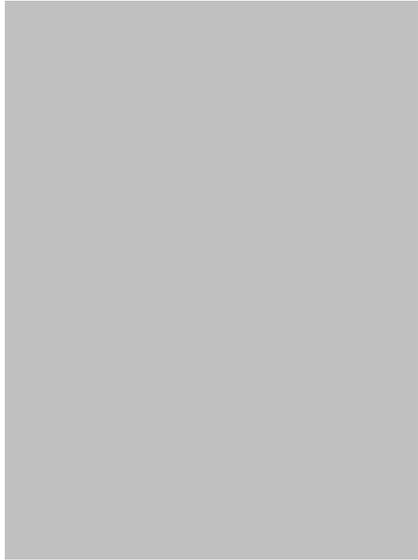
De nombreux textes législatifs organisent les soins de santé en Moldova, les plus importants étant les suivants : Constitution de la République de Moldova du 29 juillet 1994. Loi no 411-XIII du 28 mars 1995 sur la protection de la santé. Loi no 254-XVI du 23 novembre 2007 sur le budget de l'Etat pour 2008. Loi no 1456-XIII du 25 mai 1993 sur l'exercice de la pharmacie. Loi no 1409-XIII du 17 décembre 1997 relative aux médicaments. Loi no 1402-XIII du 16 décembre 1997 sur la santé mentale. Loi no 1585-XIII du 27 février 1998 sur l'assurance maladie obligatoire. Loi no 382-XIV du 6 mai 1999 sur la circulation des narcotiques, des substances psychotropes et de leurs précurseurs. Loi no 139-XV du 10 mai 2001 relative ? la Société de la Croix-Rouge en Moldova. Loi no 713-XV du 06 décembre 2001 sur le contrôle et la prévention de l'abus d'alcool, la consommation illégale de drogues et d'autres substances psychotropes. Loi no 552-XV du 18 octobre 2001 sur l'évaluation et l'accréditation de santé. Loi no 185-XV du 24 mai 2001 sur la santé reproductive et le planning familial. Loi no 451-XV du 30 juillet 2001 sur l'autorisation de certaines catégories d'activités. Loi n° 263-XVI du 27 octobre 2005 sur les droits et responsabilités des patients. Loi no 264-XVI du 27 octobre 2005 sur l'exercice de la médecine. Loi no 23-XVI du 16 février 2007 sur la prophylaxie du VIH/SIDA. Loi no 268-XVI du 07 décembre 2007 sur le financement de l'assurance maladie obligatoire pour 2008. Loi no 42-XVI du 6 mars 2008 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine. Stratégies Politique de santé nationale, approuvée par le décret gouvernemental no 886 en date du 6 août 2007. Stratégie de développement du système de santé pour 2007-2017, approuvée par le décret gouvernemental no 1471 en date du 24 décembre 2007. Stratégie de développement du système de soins primaires, approuvée le 6 décembre 2007 par le conseil du ministère de la Santé. Stratégie anticorruption pour les soins de santé, approuvée le 6 novembre 2007 par le conseil du ministère de la Santé. Stratégie nationale 2008-2009 de santé reproductive, approuvée par le décret gouvernemental no 913 en date du 26 août 2005. Programme 2010-2012 de développement des soins hospitaliers, approuvé par le décret gouvernemental no 379 en date du 7 mai 2010. Partenariat public-privé pour la prestation de certains services de santé, approuvé par le décret gouvernemental no 1116 du 10 décembre 2010. Classification de services sanitaires complémentaires dispensés dans les établissements éducatifs médicalisés pour les

Loi fédérale no 323-FZ du 21 novembre 2011 relative aux principes fondamentaux de la protection sanitaire des citoyens de la Fédération de Russie. Loi fédérale no 326-FZ du 29 novembre 2010 relative à l'assurance maladie obligatoire en Fédération de Russie. Loi fédérale no 255-FZ du 29 décembre 2006 relative à l'assurance sociale obligatoire en cas d'incapacité temporaire et de maternité. Loi fédérale no 334-FZ du 8 décembre 2010 relative au budget de la Caisse d'assurance sociale de la Fédération de Russie pour 2011 et les périodes de planification 2012-2013. Loi fédérale no 165-FZ du 16 juillet 1999 relative aux principes de l'assurance sociale obligatoire. Loi fédérale n° 181-FZ du 24 novembre 1995 sur la protection sociale des personnes handicapées en Fédération de Russie. Loi fédérale no 125-FZ du 24 juillet 1998 relative à l'assurance sociale obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Loi fédérale no 178-FZ du 17 juillet 1999 relative à l'assistance sociale d'Etat. Loi fédérale no 331-FZ du 8 décembre 2010 relative au taux de cotisation à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles pour 2011 et les périodes de planification 2012-2013. Loi fédérale n° 184-FZ du 30 novembre 2011 sur le budget de la caisse d'assurance médicale obligatoire de la Fédération de Russie pour 2012 et pour la période de planification 2013-2014. Loi fédérale no 212-FZ du 24 juillet 2009 sur les cotisations d'assurance à la Caisse de retraite de la Fédération de Russie, à la Caisse d'assurance sociale de la Fédération de Russie, à la Caisse fédérale d'assurance maladie obligatoire et aux caisses territoriales d'assurance maladie. Décret no 95 du gouvernement de la Fédération de Russie en date du 20 février 2006 relatif à la procédure et aux conditions de détermination de l'invalidité. Depuis le 1er janvier 2012, Loi fédérale no 379-FZ du 3 décembre 2011 portant modification de certaines dispositions législatives de la Fédération de Russie sur la fixation des taux de cotisation d'assurance aux caisses non financées par les budgets de l'Etat et Loi fédérale no 354-FZ du 30 novembre 2011 relative au montant et au calcul du taux des cotisations à l'assurance maladie obligatoire des inactifs. Loi fédérale no 323-FZ du 21 novembre 2011 définissant les principes de l'organisation des soins de santé en Fédération de Russie, entrée en vigueur le 22 novembre 2011. Loi fédérale n° 333-FZ du 8 décembre 2010 sur le budget de la caisse d'assurance maladie obligatoire de la Fédération de Russie pour 2011 et pour la période de planification 2012-2013. Loi

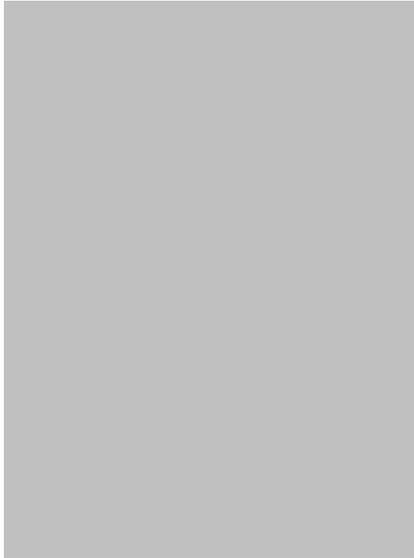
Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
Législation en vigueur	Loi de 2005 sur les soins de santé, modifiée en 2009, 2010, 2011 et 2012. Loi de 2005 sur l'assurance maladie, modifiée en 2010, 2011 et 2012. Règlement de 2010 relatif aux conditions et procédures applicables aux droits à l'assurance maladie. Règlement de 1993 relatif au contenu et au périmètre de la protection de la santé publique. Règlement relatif au contenu des droits à la protection de la santé et à la participation des assurés aux coûts de la protection de la santé en 2013.	Loi sur les services de santé (JO no 43/2012), modifiée à plusieurs reprises. Loi sur l'assurance maladie (JO no 25/2000), modifiée à plusieurs reprises et complétée par une réglementation détaillée. Loi sur les cotisations à l'assurance sociale obligatoire (JO n° 142/2008).	Loi n° 5510 du 31 mai 2006 sur l'assurance sociale et l'assurance maladie universelle.	Constitution ukrainienne.

Soins de santé



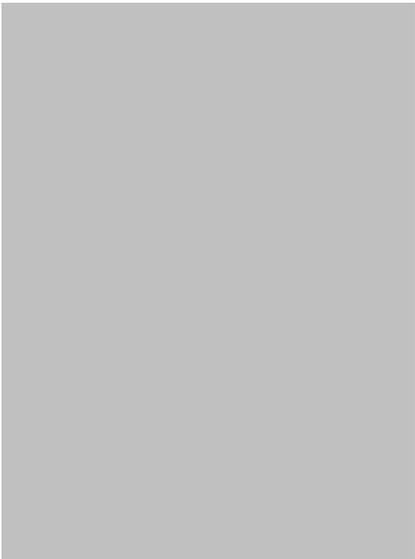
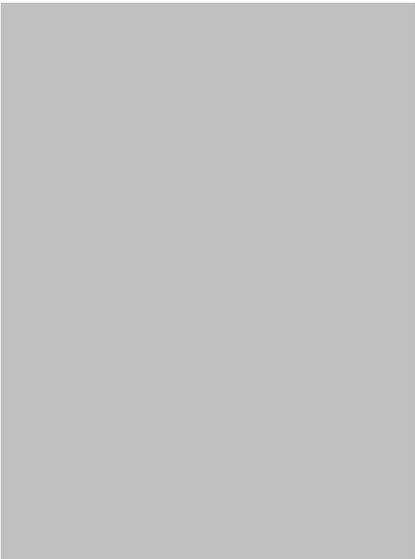
Soins de santé



enfants, les élèves et les étudiants, approuvée par le décret gouvernemental no 934 du 4 août 2008. Réglementation relative à la coopération intersectorielle sanitaire et sociale visant à prévenir et diminuer la mortalité à domicile des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans.

fédérale no 219-FZ du 3 décembre 2012 relative au budget de la Caisse d'assurance sociale de la Fédération de Russie pour 2013 et les périodes de planification 2014 et 2015. Loi fédérale n° 217-FZ du 3 décembre 2012 sur le budget de la caisse d'assurance médicale obligatoire de la Fédération de Russie pour 2013 et pour la période de planification 2014-2015. Textes d'application Décret no 95 du gouvernement de la Fédération de Russie en date du 20/02/2006 relatif à la procédure et aux conditions de détermination de l'invalidité. Loi fédérale no 379-FZ du 3 décembre 2011 portant modification de certaines dispositions législatives de la Fédération de Russie sur la fixation des taux de cotisation d'assurance aux caisses non financées par les budgets de l'Etat et Loi fédérale no 354-FZ du 30 novembre 2011 relative au montant et au calcul du taux des cotisations à l'assurance maladie obligatoire des inactifs, entrées en vigueur le 1er janvier 2012. Décret du gouvernement de la Fédération de Russie no 782 du 4 octobre 2010 établissant le programme des garanties de l'Etat pour l'assistance médicale apportée aux citoyens de la Fédération de Russie pour l'année 2011.

Soins de santé



Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
Principes de base	<p>Système de prestations en espèces financé par les cotisations des employeurs et des salariés ainsi que par les cotisations de l'Etat pour le compte des personnes économiquement inactives.</p>	<p>Régime financé par la fiscalité qui assure des prestations en nature à l'ensemble des bénéficiaires.</p>	<p>Régime de prestations en nature couvrant tous les résidents permanents et financé par le budget de l'Etat (pour les établissements de soins publics) et par les cotisations (pour les établissements de soins privés).</p>	<p>Régime basé sur des droits individuels et dérivés et assurant des prestations en nature à des catégories de personnes déterminées. Financé principalement par les cotisations.</p>

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Principes de base

Le système de santé est financé par l'impôt, les budgets des collectivités locales et des subventions de l'Etat. Programme national de santé : traitement des maladies financé par le budget de l'Etat (avec, dans certains cas, une participation des patients). Programmes sanitaires locaux : traitement des maladies financé par les communes. Santé publique : financée par le budget de l'Etat. Programmes d'assurance maladie nationaux : Budget de l'Etat.

Régime de prestations de soins de santé en nature fondé sur le principe de l'assurance obligatoire. Financé par les cotisations des employeurs, des salariés, des travailleurs indépendants et des agriculteurs. Applicable aux salariés, travailleurs indépendants et agriculteurs ainsi qu'aux membres de leur famille et à certaines autres catégories de personnes assurées.

Le système de santé vise à garantir à tous les citoyens l'égalité d'accès à des traitements complets et de qualité. La liste des services de santé pris en charge est précisée dans les prestations de base de l'assurance maladie obligatoire. Les traitements qui ne sont pas couverts peuvent être pris en charge par une assurance maladie complémentaire volontaire ou payés directement au prestataire. Les prestations de base comprennent la liste des services couverts, dont le niveau de prise en charge est fixé en fonction de l'état de santé du patient. Le paiement des services non couverts se fait en espèces sur la base des tarifs fixés par la loi.

Principes de base Les assurés sont tenus de cotiser à l'assurance maladie obligatoire. Les droits des assurés au regard de l'assurance maladie obligatoire sont garantis par l'Etat. Prise en charge médicale des assurés (y compris des victimes d'accidents du travail). Textes réglementaires.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
Principes de base	<p>Système de prestations de soins de santé en nature fondé sur le principe de l'assurance. Il est financé par les cotisations des salariés, des employeurs, des travailleurs indépendants et des agriculteurs. Il couvre tous les assurés et à leurs ayants droit, des conditions particulières étant applicables à certaines catégories d'assurés.</p>	<p>Système de prestations en nature financé par les cotisations (des personnes économiquement actives) et le budget de l'Etat, qui délivre les soins médicaux nécessaires à tous les citoyens du pays. Ce système est fondé sur la fourniture d'un ensemble de mesures de prévention, de diagnostic et de traitement et se caractérise par les principes d'accessibilité, de rationalité, d'intégralité, de continuité, de qualité et de sécurité de la protection de la santé. Les principes de base de l'assurance maladie obligatoire sont l'universalité, la solidarité, l'équité et l'utilisation efficiente des fonds. Possibilité de souscrire une assurance complémentaire volontaire pour les services médicaux non standard (non compris dans les services de base définis par le régime obligatoire).</p>	<p>Ce régime est basé sur l'assurance sociale et financé par les cotisations des employeurs, des salariés et de l'Etat. Les frais de santé sont financés principalement par les primes d'assurance maladie universelle et par le ticket modérateur à la charge des patients.</p>	<p>Prestations en nature délivrées par l'Etat et les collectivités locales aux résidents permanents, sur la base de droits individuels.</p>

Soins de santé

ALBANIE

ARMENIE

AZERBAIDJAN

BOSNIE-HERZEGOVINE

Champ d'application

1. Bénéficiaires

Ensemble des résidents.

Soins primaires : tous les résidents (régime universel) Soins secondaires en polyclinique : tous les résidents. Soins secondaires et tertiaires : Tous les résidents. Seules les catégories ci-après sont couvertes par l'Etat.- Enfants de moins de 7 ans (soins hospitaliers).- Enfants de moins de 18 ans (soins en polyclinique).- Personnes handicapées.- Groupes vulnérables, comme les bénéficiaires des prestations aux familles démunies (voir Tableau XI « Garantie de ressources »).- Anciens combattants de la seconde guerre mondiale et personnes assimilées en vertu des dispositions légales.- Personnes ayant perdu un membre de leur famille pendant la guerre.Membres des services d'urgence invalides des suites de leur intervention lors de la catastrophe de Tchernobyl et personnes légalement assimilées à ces derniers.- Personnes avec une prescription de la Commission d'expertise médico-sociale.- Enfants souffrant de maladies chroniques (inscrits dans les dispensaires).- Enfants de moins de 18 ans sans soutien familial.- Personnes âgées de 18 à 23 ans sans soutien familial.- Enfants de familles comptant quatre enfants ou plus de moins de 18 ans. - Personnes effectuant leur service militaire et les membres de leur famille.- Enfants placés en orphelinat et personnes âgées placées dans des institutions de soins spécialisées.- Enfants de moins de 18 ans dont la famille compte des personnes handicapées. - Groupes de population vulnérables (avec un score de vulnérabilité supérieur à 36 points dans le cadre du système de prestations en faveur des familles démunies).- Invalides de catégorie I.- Invalides de catégorie II.- invalides de 3e catégorie.- Enfants invalides de moins de 18 ans. - Garçons de 14 et 15 ans, jusqu'à l'âge du service militaire (pour les services hospitaliers et ambulanciers).- Enfants de moins de 12 ans et personnes de plus de 65 ans (pour les soins dentaires spécialisés).- Femmes en âge de procréer (15-49 ans) pendant les périodes de grossesse et de congés maternité. - Personnes qui ont été victimes de la traite d'êtres humains.Assurance obligatoire : Personnes employées par l'administration publique (fonctionnaires en vertu du programme social) et par les organismes gouvernementaux dans les secteurs de l'éducation, de la culture, de la science et de la protection sociale.

Résidents permanents.

Fédération de BH :Salariés.Personnes employées par une personne physique ou morale établie sur le territoire de la Fédération et envoyées à l'étranger pour y travailler ou y suivre une formation personnelle et personnes travaillant au domicile de personnes assurées, à condition qu'elles soient citoyennes de la Fédération de BH.Personnes sélectionnées ou nommées à titre permanent dans l'administration gouvernementale ou judiciaire de la Fédération ou des cantons, à la condition qu'elles soient salariées.Citoyens de la Fédération de BH employés par des organisations et institutions étrangères ou internationales, des missions diplomatiques ou consulaires installées sur le territoire de la Fédération.Résidents de la Fédération travaillant à l'étranger pour le compte d'un employeur étranger et qui ne bénéficient pas de l'assurance maladie de l'organisme étranger compétent. Personnes effectuant un stage obligatoire de fin d'études si elles travaillent à plein temps.- Travailleurs indépendants.Propriétaires d'entreprises privées établies sur le territoire de la Fédération s'ils ne sont pas assurés à un autre titre.Agricultures exploitants établis dans la Fédération et qui n'ont pas d'autre activité ou dont l'agriculture est l'activité principale ; agriculteurs qui donnent ou prennent des terres en fermage, s'ils ne sont pas assurés à un autre titre.Pensionnés et bénéficiaires de droits à la réadaptation professionnelle et à l'emploi en vertu de la réglementation relative à l'assurance pension et invalidité de la Fédération.Bénéficiaires de pensions ordinaires et d'invalidité résidant sur le territoire de la Fédération, qui liquident leur droit à pension et aux prestations d'invalidité acquis auprès d'un organisme d'assurance étranger, sauf dispositions contraires découlant de traités internationaux.Chômeurs inscrits auprès des services pour l'emploi dans les délais imposés par la loi.Enfants de moins de 15 ans qui n'ont pas terminé leur scolarité primaire et enfants de moins de 18 ans qui ont achevé leur scolarité primaire et n'ont pas d'emploi et qui sont inscrits auprès des services pour l'emploi. Enfants dès la naissance, enfants scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire et étudiants de l'enseignement supérieur jusqu'à l'âge de 26 ans qui ont la citoyenneté de Bosnie-Herzégovine, résident sur le territoire national et ne sont pas couverts par l'assurance maladie à titre d'ayants droit d'assurés. Personnes de plus de 65 ans résidant sur le territoire de la Fédération de BH qui ne sont pas couverts par

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Champ d'application

1. Bénéficiaires

Membres de familles vivant sous le seuil de pauvreté, enfants, personnes âgées de 60 ans et plus, personnes handicapées, élèves et étudiants, ainsi que l'ensemble de la population pour les programmes de lutte contre les maladies présentant un danger pour la société.

Personnes directement assurées : salariés, travailleurs indépendants, agriculteurs, bénéficiaires de l'aide sociale, pensionnés dans les conditions fixées par les règlements de l'assurance pension et invalidité, prêtres et employés de l'Eglise, chômeurs inscrits, personnes purgeant des peines de prison, membres des familles de toutes ces catégories de personnes.

Les personnes suivantes sont assurées du fait qu'elles cotisent : Salariés. Travailleurs indépendants (chefs d'entreprises, agriculteurs, écrivains, artistes, etc.). Ressortissants étrangers et apatrides résidant légalement en Moldova. Certaines catégories de personnes sont assurées même si elles ne paient pas de cotisations : - enfants d'âge préscolaire, - élèves de l'enseignement primaire et secondaire, - élèves de l'enseignement secondaire professionnel, - étudiants à plein temps de l'enseignement technique supérieur, - étudiants à plein temps de l'enseignement supérieur universitaire, - assistants de recherche, - enfants de moins de 18 ans non scolarisés, - femmes pendant la grossesse et après l'accouchement. La durée dépend de l'état de santé de la mère et de l'enfant. - personnes handicapées, - retraités, - personnes inscrites comme chômeurs, - personnes qui s'occupent d'un enfant lourdement handicapé (invalidité de niveau I), - personnes qui s'occupent d'une personne lourdement handicapée ou grabataire (niveau 1) lorsque le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans, - mères de quatre enfants ou plus, - personnes de familles défavorisées bénéficiant de l'assistance sociale (octroyée en vertu de la Loi no 133-XVI du 13 juin 2008).

Tous les citoyens de la Fédération de Russie, les étrangers résidant en permanence ou à titre temporaire en Fédération de Russie et les apatrides.

Soins de santé

SERBIE

L'EX REPUBLIQUE
YOUGOSLAVE DE MACEDOINE

TURQUIE

UKRAINE

Champ d'application

1. Bénéficiaires

Personnes assurées à titre personnel : salariés, travailleurs indépendants et agriculteurs. Ayants droit (voir « Ayants droit »). Catégories particulières : Enfants de moins de 18 ans (jusqu'à 26 ans pour les étudiants) Chômeurs et autres personnes dont les revenus sont inférieurs à un niveau déterminé. Personnes de plus de 65 ans. Femmes enceintes et dans les 12 mois suivant l'accouchement. Personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux. Bénéficiaires d'une assistance matérielle délivrée au titre de la sécurité sociale. Moines et religieuses. Roms sans résidence permanente ou temporaire en Serbie du fait de leur mode de vie traditionnel. Personnes traitées pour le sida, pour certaines maladies infectieuses, cancéreuses et autres, selon la réglementation correspondante. Victimes de la traite d'êtres humains et victimes de violences familiales.

- Salariés. - Pensionnés.- Personnes provisoirement sans emploi pendant la durée d'indemnisation du chômage. - Bénéficiaires de la protection sociale.- Travailleurs indépendants.- Détenus et jeunes en maison de correction lorsqu'ils ne sont pas assurés à un autre titre. - Tout autre citoyen dont le revenu ne dépasse pas le montant annuel net du salaire minimum de l'année précédente. Un programme spécial de l'Etat assure la protection santé des personnes qui ne peuvent pas être assurées à un autre titre (enfants et jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans, ou 27 ans s'ils poursuivent des études, personnes âgées, femmes sans emploi pendant la durée de la grossesse et lors de l'accouchement.

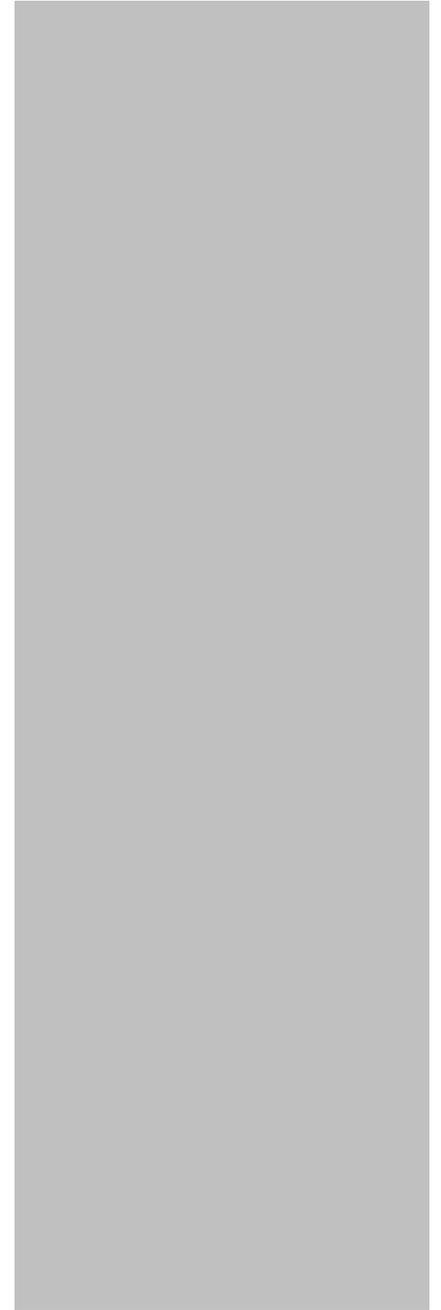
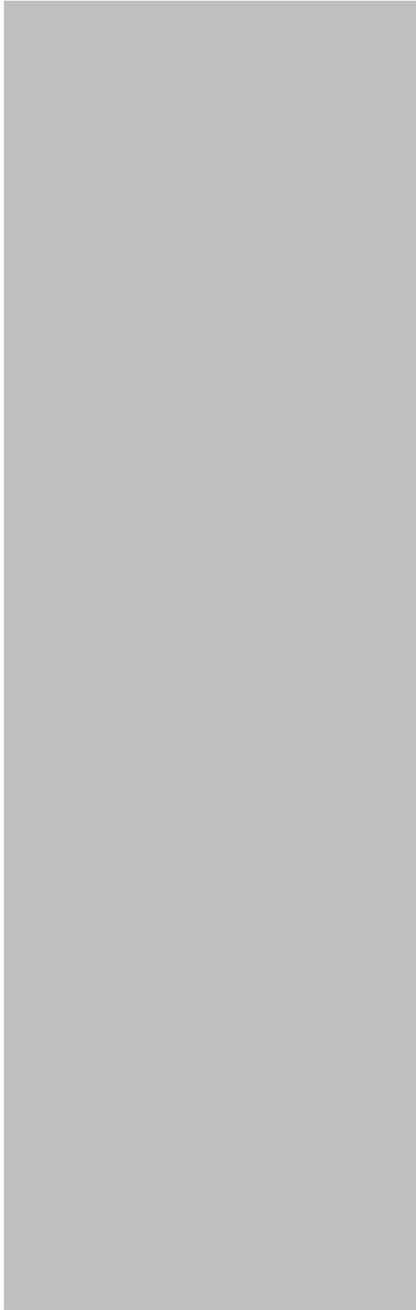
Une distinction est faite entre les assurés qui cotisent au régime de sécurité sociale (assurés cotisants) et les assurés qui ne cotisent pas (assurés non cotisants). Ce dernier groupe est constitué par les personnes dont la situation répondant à des critères de pauvreté définis. Hormis ce cas, la seule condition émise pour tous les assurés est de résider en Turquie. Les personnes qui n'ont pas leur résidence en Turquie ne peuvent pas être couvertes par l'assurance maladie universelle. Les catégories de bénéficiaires de l'assurance maladie universelle, énumérées à l'article 60 de la Loi n° 5510, sont les suivantes : 1. les assurés, 2. les assurés volontaires, 3. les personnes dont le revenu familial par tête est inférieur à un tiers du salaire minimum, 4. les apatrides et les demandeurs d'asile, 5. les personnes percevant un revenu en vertu des lois n° 2022, 1005, 3292, 2330, 422 et 2913, 6. les personnes bénéficiant gratuitement de services de protection, de soins et de réadaptation, 7. les titulaires d'une pension d'invalidité de guerre et les personnes percevant un salaire en vertu de la Loi contre le terrorisme, 8. les ressortissants étrangers titulaires d'un permis de séjour, qui ne sont pas couverts par l'assurance sociale d'un autre pays, à la condition que le principe de réciprocité avec leur pays soit applicable, 9. les bénéficiaires d'une indemnité de chômage et d'une allocation pour travail de courte durée, 10. les personnes percevant un revenu ou un salaire en vertu des lois relatives à la sécurité sociale qui étaient en vigueur avant la Loi n° 5510, 11. les personnes qui n'appartiennent pas à l'une des catégories ci-dessus et ne sont pas assurées au titre d'un régime étranger sont couvertes par l'assurance maladie universelle. Conditions pour bénéficier de l'assurance maladie universelle : La prise en charge des soins de la personne assurée au titre d'un contrat de travail (4/a) et de ses ayants droit est soumise au paiement de 30 jours pleins de cotisation au cours de l'année précédant la demande de soins. Les travailleurs indépendants (4/b) et leurs ayants droit bénéficient de la prise en charge par l'assurance maladie universelle à la condition d'avoir cotisé 30 jours pleins et de ne pas avoir d'arriérés de cotisation de plus de 60 jours. Toutefois, les catégories suivantes sont dispensées de ces conditions :- les moins de 18 ans,- les personnes à la charge d'une autre personne,- les personnes qui ont besoin de soins urgents,- les personnes qui ont besoin de soins à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie

Tous les citoyens.

Soins de santé

l'assurance maladie à un autre titre en Bosnie-Herzégovine ou dans un autre pays. Personnes de plus de 18 ans qui n'ont plus le statut d'étudiants ou qui ont arrêté leur scolarité et se sont inscrites auprès des services pour l'emploi. Personnes qui ont le statut d'invalidé (invalidé de guerre, invalide civil ou invalide civil de guerre, c'est-à-dire les personnes qui bénéficient d'allocations familiales pour personnes handicapées, si elles ne sont pas assurées à un autre titre). Agents du ministère fédéral de l'Intérieur et agents des polices cantonales. Personnes qui ont arrêté de travailler pour suivre une formation professionnelle qualifiante ou des études postgrade dispensées par une personne morale. Personnes qui ont terminé leurs études et qui bénéficient d'une bourse de leur employeur pour effectuer un stage de formation professionnelle ou sont envoyées chez un autre employeur pour suivre une formation professionnelle initiale ou de perfectionnement avant d'être embauchées. Personnes envoyées à l'étranger dans le cadre de programmes de coopération éducative, technique et culturelle. Sportifs de haut niveau, s'ils ne sont pas assurés à un autre titre. Les personnes non assurées qui ont la citoyenneté de la Bosnie-Herzégovine et résident sur le territoire de la Fédération, selon les modalités suivantes : a) personnes non assurées moins de dix-huit ans : Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ainsi que les étudiants de moins de 26 ans ont les mêmes droits que les personnes assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, de la Loi sur les soins de santé et de l'arrêté définissant le régime de base des droits en matière de santé. b) pour les personnes non assurées de plus de 18 ans : assistance en cas d'urgence vitale ; maladies infectieuses graves, maladies exigeant une mise en quarantaine, tuberculose, VIH, SRAS, grippe aviaire, syphilis, fièvre hémorragique, hépatites B et C, botulisme, diphtérie, échinococcose, méningite aiguë, méningo-encéphalite, rougeole, coqueluche, poliomyélite, rage, tétanos, typhoïde, typhus. soins de santé pour les femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et en cas de complications puerpérales dans les six mois suivant l'accouchement ; traitement psychiatrique des patients qui risquent, en raison de la nature et de la gravité de leur maladie, de mettre leur vie ou celle d'autres personnes en danger ou de porter atteinte à des biens ; soins en cas de maladies chroniques (tumeurs malignes, diabète insulino-dépendant, néphropathie endémique, insuffisance rénale chronique/hémodialyse, hémophilie, agammaglobulinémie) ; traitement des patients atteints de maladies neuromusculaires dégénératives, d'infirmité motrice cérébrale, de paraplégie, de tétraplégie, d'épilepsie ; services sanitaires liés au don

Soins de santé



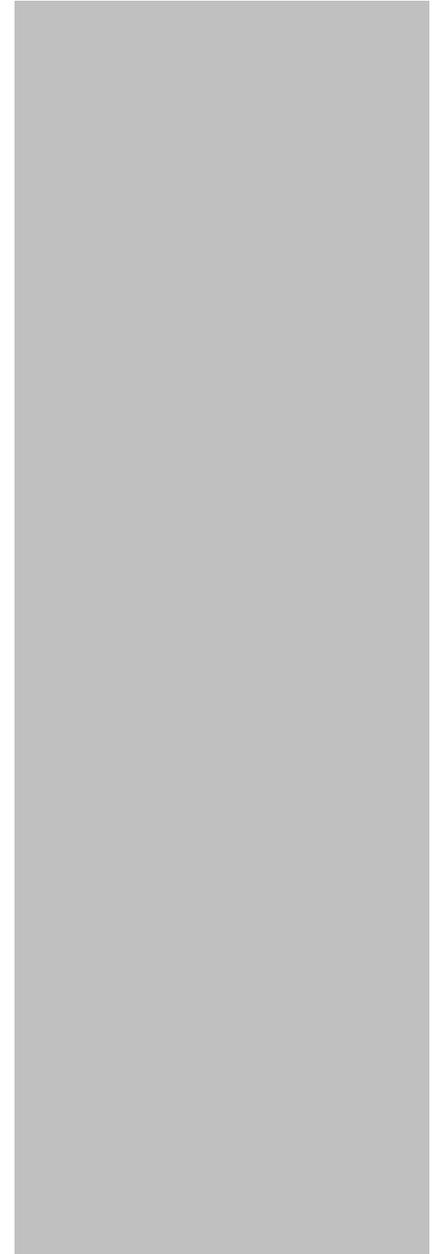
Soins de santé

professionnelle,- les personnes qui ont besoin de soins (préventifs) en rapport à des maladies infectieuses,- les personnes qui ont besoin de soins en raison d'une catastrophe ou d'une guerre nationale ou mondiale.

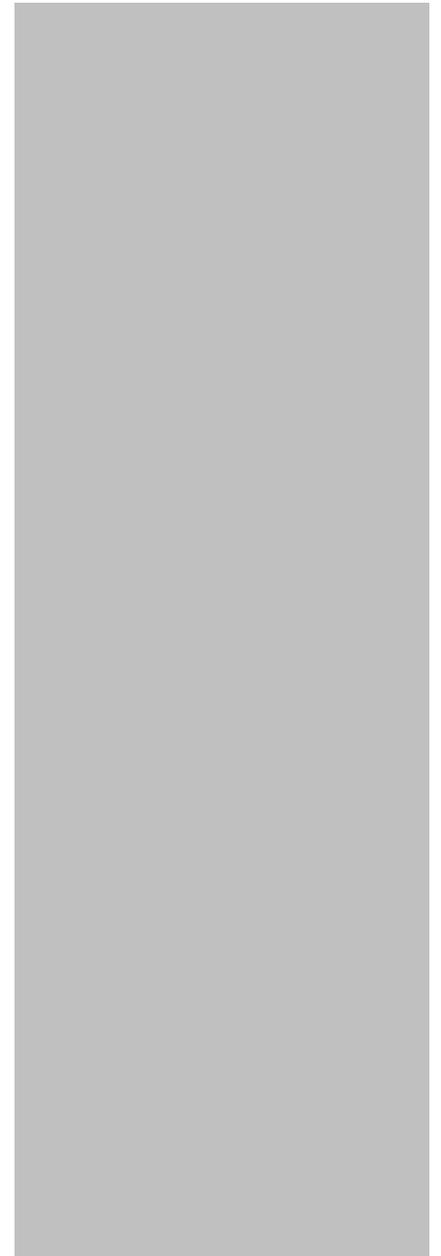
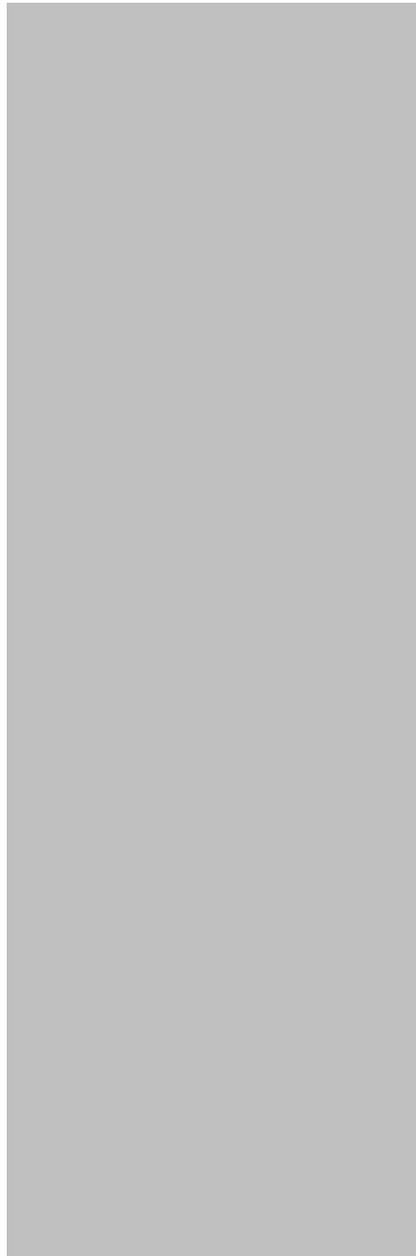
Soins de santé

d'organes à des de transplantation ; services sanitaires liés au don de sang. Les droits susmentionnés sont financés par le budget des cantons ou des communes selon le dernier lieu de résidence de la personne non assurée. Republika Srpska :- Salariés.- Travailleurs indépendants.- Personnes appartenant à des organisations religieuses.- Les rapatriés citoyens de Bosnie-Herzégovine qui ont regagné leur lieu de résidence d'avant-guerre sur le territoire de la Republika Srpska (tandis que les réfugiés sont les personnes rentrées de l'étranger et les personnes déplacées sont les personnes en provenance d'autres parties du territoire de Bosnie-Herzégovine qui ont regagné leur lieu de résidence d'avant-guerre).- Agriculteurs.- Anciens combattants, invalides de guerre militaires et membres des familles de soldats morts au combat.- Les personnes qui ont fait l'objet d'un licenciement économique et indemnisées conformément à la législation du travail.- Chômeurs diplômés de l'enseignement secondaire, post-secondaire ou supérieur.- Etudiants qui ont dépassé l'âge de la majorité.- Titulaires de pensions ou d'indemnités de recyclage, de qualification ou d'accès à l'emploi, dont le droit à prestation découle de la réglementation sur les pensions et les indemnités d'invalidité.- Citoyens de la Republika Srpska résidant sur le territoire de la république et percevant une pension ou des indemnités d'invalidité pleines ou partielles d'un assureur étranger.- Personnes bénéficiant d'une assistance financière régulière ou placées en institutions, si elles ne sont pas assurées par ailleurs.- Personnes réfugiées ou déplacées, si elles ne sont pas assurées par ailleurs.- Ressortissants étrangers étudiant en Republika Srpska, sauf dispositions contraires découlant de traités internationaux.- Autres personnes pour lesquelles des cotisations à l'assurance maladie sont payées. La Republika Srpska prend en charge l'intégralité du traitement pour les personnes atteintes de maladies contagieuses. District de Brcko : - Salariés.- Travailleurs indépendants.- Résidents temporaires travaillant à l'étranger pour un employeur étranger et qui ne sont pas couverts par une assurance maladie étrangère.- Apprentis à plein temps qui ont terminé leurs études.- Agriculteurs.- Titulaires de pensions.- Bénéficiaires d'un programme de réadaptation professionnelle et de retour à l'emploi, conformément à la Loi sur l'assurance pension et invalidité.- Titulaires de pensions de vieillesse et d'invalidité qui perçoivent leurs pensions d'une caisse étrangère. - Chômeurs enregistrés auprès des serv

Soins de santé



Soins de santé



Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
2. Exemptions de l'obligation d'assurance	Néant.	Non applicable, sauf pour les fonctionnaires, bénéficiaires du programme social. Le programme social est un montant crédité au bénéfice des fonctionnaires, qui peuvent l'utiliser pour les buts suivants : Achat d'une assurance maladie (obligatoire) pour l'intéressé et sa famille. Remboursement d'emprunts hypothécaires. Frais de scolarité. Vacances sur le territoire de la République d'Arménie et la République du Haut Karabakh. Chaque bénéficiaire dispose d'un montant équivalent à 132.000 AMD par an. L'assurance maladie obligatoire coûte 52.000 AMD, ce qui représente une enveloppe annuelle globale de 3,8 millions AMD. Décret gouvernemental n° 1691 du 12 décembre 2012.	Néant.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Néant.
3. Assurés volontaires	Applicable aux résidents qui ne peuvent pas être couverts par l'assurance obligatoire pendant une période définie ; dans ce cas, ils peuvent s'assurer volontairement. L'assurance volontaire est possible dans des cas bien précis définis par la réglementation de l'Institut d'assurance maladie. L'intéressé doit prouver qu'il ne relève d'aucune catégorie soumise à l'obligation d'assurance. Le montant des cotisations est de 3,4% du salaire minimum (18295 ALL, soit 133,60 EUR). L'intéressé doit d'abord payer l'intégralité des cotisations dues au titre de l'année précédente ; le versement des cotisations se fait ensuite mensuellement. Les prestations sont identiques à celles de l'assurance obligatoire.	Non applicable.	Non applicable.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Néant.
4. Ayants droit	Droit individuel.	Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.	Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.	Fédération de BH et Republika Srpska : Les personnes suivantes sont couvertes si elles sont à la charge de l'assuré :- conjoint ou concubin, - enfants (légitimes, illégitimes, adoptés, enfants du conjoint) et autres enfants sans parents, - parents (naturels, beaux-parents et parents adoptifs), - petits-enfants, frères et sœurs, grands-parents, s'ils sont dans l'incapacité de travailler et vivre seuls et de subvenir à leurs besoins et s'ils sont à la charge de l'assuré, - autres membres de la famille à la charge de l'assuré. District de Brcko :- conjoint(e)- enfants, enfants adoptés et enfants du conjoint.

Soins de santé

	GEORGIE	MONTENEGRO	REPUBLIQUE DE MOLDOVA	FEDERATION DE RUSSIE
2. Exemptions de l'obligation d'assurance	Néant.	Pas d'exemption.	Néant.	Néant.
3. Assurés volontaires	Tous les citoyens géorgiens et les résidents permanents peuvent s'affilier volontairement à l'assurance maladie auprès de compagnies d'assurance privées. Le montant de la prime d'assurance dépend de l'ensemble de prestations garanties.	L'assurance complémentaire a été introduite par les amendements de la Loi sur l'assurance maladie en 2012.	La législation autorise la délivrance de services médicaux en dehors de l'assurance maladie obligatoire et au-delà des limites fixées dans le Programme unique, qui définit clairement les conditions matérielles et le contenu des services couverts par l'assurance obligatoire. Les traitements n'entrant pas dans le cadre du Programme unique sont financés par l'assurance complémentaire privée ou réglés directement au prestataire par le patient lui-même.	Il existe un régime d'assurance maladie complémentaire volontaire pour l'ensemble des citoyens et pour les ressortissants étrangers. Le montant des cotisations (de l'assuré ou de l'employeur) dépend de l'accord entre les parties et des conditions générales d'assurance et des textes d'application régissant l'assurance maladie volontaire.
4. Ayants droit	Droit individuel, aucun droit dérivé.	Membres de la famille proche : conjoint et enfants légitimes et hors mariage, enfants adoptés, enfants du conjoint et enfants en placement. Famille étendue : parents père, mère, conjoint du père ou de la mère, parents adoptifs), grands-parents, frères et sœurs, s'ils sont dans l'incapacité permanente ou totale de travailler et de vivre de manière indépendante et sont à la charge de l'assuré. Conjoint divorcé (bénéficiaire d'une obligation alimentaire en vertu d'une décision de justice, pendant la durée de cette obligation s'il est atteint d'une incapacité totale et permanente de travail au moment du divorce et s'il exerce la garde des enfants et pourvoit à leur éducation pendant la période à laquelle les enfants ont droit à une pension alimentaire). Les enfants, au maximum jusqu'à l'âge de 26 ans (s'ils suivent des études à plein temps ou à temps partiel). Les orphelins et les enfants pour lesquels l'autorité de tutelle a établi qu'ils sont privés de soins parentaux.	Néant.	Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
2. Exemptions de l'obligation d'assurance	Néant.	Néant.	Fonctionnaires : néant.Salariés : néant.	Néant.
3. Assurés volontaires	Formellement, tous les citoyens ont la possibilité de s'assurer volontairement. Le but est de permettre à des personnes qui ne sont pas soumises à l'obligation d'assurance d'être couvertes par l'assurance maladie (par exemple les étudiants de plus de 26 ans, les chômeurs disposant d'un revenu supérieur au plafond fixé, qui correspond au salaire minimum par nombre de personnes composant le foyer, etc.).	Toute personne n'appartenant à aucune des catégories de bénéficiaires ci-dessus, qui n'est en conséquence assurée à aucun titre, peut s'affilier au régime d'assurance maladie obligatoire pour les services de base.	Les assurés volontaires sont couverts par le régime d'assurance maladie universelle. Conditions : - Avoir au moins 18 ans, résider légalement en Turquie etNe pas exercer d'activité professionnelle ou exercer une activité moins de 30 jours par mois ou 360 jours par an ou ne pas exercer d'activité plein temps ;ne pas avoir droit à une pension.	Non applicable.
4. Ayants droit	Enfants de moins de 18 ans (jusqu'à 26 ans pour les étudiants).Enfants à charge.Conjoints. Autres membres de la famille à charge (grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs).Concubins, en cas de cohabitation avec la personne assurée depuis au moins deux ans.	Le conjoint et les enfants.	- Conjoint non assuré.- Mineurs (jusqu'à 18 ans ou 25 pour les étudiants).- Parents à charge.- Enfants handicapés, sans limite d'âge.	Droit individuel, aucun droit dérivé.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
Conditions				
1. Durée minimale d'affiliation	Pas de durée minimale d'affiliation.	Néant.	Pas de durée minimum d'affiliation requise.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Néant.
2. Durée des prestations	Illimité.	Pour la durée de la maladie.	Illimité.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Pour la durée de la maladie.

Soins de santé

	GEORGIE	MONTENEGRO	REPUBLIQUE DE MOLDOVA	FEDERATION DE RUSSIE
Conditions				
1. Durée minimale d'affiliation	Néant.	Néant.	Néant.	Pas de durée d'affiliation requise ; la couverture prend effet dès la signature de l'accord d'assurance individuel ou collectif.
2. Durée des prestations	Illimité.	Illimitée ; pour la durée de la maladie.	Toute la durée de la maladie (compte tenu des critères de santé définis). Pour les personnes inscrites au chômage, les prestations de l'assurance maladie sont versées pendant la durée pendant laquelle l'intéressé est considéré comme étant au chômage en vertu des dispositions légales. Cette durée est fixée par la loi à 6 mois.	Illimité.

Soins de santé

SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
Conditions			
1. Durée minimale d'affiliation Néant.	Aucune, l'intéressé peut bénéficier de services médicaux à compter du jour où il est assuré.	Pendant la période de transition :Fonctionnaires : pas de durée minimale d'affiliation. Les fonctionnaires ont droit aux prestations en nature dès leur entrée en fonction.Après la période de transition, les conditions seront les mêmes que pour les salariés.Salariés : Ouverture de droits à titre personnel : 30 jours de cotisation au régime général d'assurance maladie au cours de l'année précédant le diagnostic de la maladie.Droits dérivés des personnes à charge :30 jours de cotisation au régime général d'assurance maladie au cours de l'année précédant le diagnostic.(300 jours de cotisation pour les traitements à l'étranger.)	Néant.
2. Durée des prestations Illimitée	Pour la durée de la maladie.	Aucune disposition ne prévoit la suspension des prestations médicales de l'assurance maladie universelle. Les soins sont dispensés jusqu'à la guérison. Les prestations continuent d'être servies 10 jours après la fin de la période d'assurance.Lorsque l'assuré a payé des primes pendant plus de 90 jours avant la demande de prestations, il reste couvert pendant 90 jours après la fin de la période d'assurance.Lorsqu'un traitement a commencé avant la fin de la période d'assurance, il est mené à son terme.	Illimité.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
<p>Organisation</p> <p>1. Médecins : agrément, rémunération</p>	<p>Les médecins sont salariés par les centres de soins ou les hôpitaux. Les affectations sont décidées par le directeur et doivent être approuvées par le conseil d'administration des établissements concernés, qui sont des établissements publics et ne disposent pas de leur propre budget.</p>	<p>Médecins employés par l'Etat.</p>	<p>Médecins exerçant dans des établissements médicaux agréés (privés ou publics), sous contrat avec la caisse d'assurance-maladie. Médecins exerçant en libéral, dûment enregistrés et sous contrat avec la caisse d'assurance-maladie.</p>	<p>Fédération de BH : Certificat public d'autorisation d'exercice délivré par l'Ordre compétent après réussite à l'examen de médecin. Les médecins peuvent pratiquer en indépendant. Republika Srpska : Les médecins sont recrutés par les autorités de tutelle des établissements de santé sous le contrôle du ministère de la Santé de la Republika Srpska. Les médecins du secteur privé peuvent dispenser des services de santé à tous les patients. Dans le cas d'établissements de soins conventionnés par la Caisse d'assurance maladie, les patients ont les mêmes droits que dans les établissements de santé publics. District de Brcko : Les médecins du secteur public dispensent des soins aux assurés sur la base d'une convention entre la Caisse d'assurance maladie (CAM) et le ministère de la Santé et d'autres services. Les médecins du secteur privé peuvent dispenser des soins aux patients uniquement si l'établissement de santé dans lequel ils travaillent a passé une convention avec la Caisse d'assurance maladie.</p>
<p>2. Établissements hospitaliers</p>	<p>Les hôpitaux publics ne disposent pas de leur propre budget ; leurs investissements sont financés par le budget de l'Etat et l'ensemble de leurs autres activités par l'Institut d'assurance maladie.</p>	<p>Toutes les catégories d'hôpitaux sont financées par l'Agence nationale de santé pour les prestations d'assistance médicale gratuite contractées par l'Etat. Le financement se fait par un budget d'un montant fixe, déterminé en fonction du nombre de patients traités.</p>	<p>Etablissements publics et privés sous contrat avec les caisses d'assurance-maladie.</p>	<p>Fédération de BH : Hôpitaux publics et hôpitaux privés conventionnés par les Caisses d'assurance maladie. Republika Srpska : Les hôpitaux sont organisés par secteurs et dispensent des soins à toute la population. Les Caisses d'assurance maladie prennent en charge les soins hospitaliers sur la base de Groupes de traitement diagnostique (pour des soins déterminés), tandis que certains soins sont payés par contrat. Les hôpitaux sont répartis en quatre catégories (Hôpitaux de niveau 1 à 4) en fonction du degré de spécialisation (Règlement fixant les critères de classement des hôpitaux par catégories, JO de la RS n° 13/12). District de Brcko : Les hôpitaux du District de Brcko dispensent des soins aux patients sur la base d'une convention avec la Caisse d'assurance maladie. Les hôpitaux privés peuvent également passer une convention avec la Caisse d'assurance maladie pour dispenser des soins aux assurés.</p>

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Organisation

1. Médecins : agrément, rémunération

Médecins agréés par l'Etat. Les médecins agréés peuvent exercer en libéral ou travailler dans des établissements médicaux. Il existe plusieurs systèmes de rémunération : à l'acte, forfait par patient ou salaire.

Soins de santé primaire : médecins conventionnés par le système social de santé. Soins secondaires et tertiaires : établissements avec lesquels la caisse a passé une convention sur la délivrance de soins de santé, conformément à la loi.

Le personnel médical est recruté par les autorités responsables des établissements de soins, accrédité par le Conseil national d'évaluation et d'accréditation et embauché par la Caisse nationale d'assurance maladie, sous le contrôle du ministère de la Santé, des organismes publics et des syndicats.

Médecins qualifiés employés à titre permanent ou sous contrat avec un prestataire de services de santé.

2. Établissements hospitaliers

Etablissements publics ou privés sous contrat avec l'Agences des services sociaux.

Le financement des hôpitaux publics et des établissements de santé privés sous convention avec la Caisse d'assurance maladie est assuré par l'Etat.

Trois niveaux hiérarchiques en ce qui concerne l'accès aux hôpitaux : les hôpitaux locaux et municipaux, qui appartiennent aux collectivités locales et aux municipalités, et les hôpitaux nationaux, qui relèvent de la Compagnie nationale d'assurance maladie. Conformément à la loi sur l'assurance maladie obligatoire, les deux types d'établissements (établissements publics de santé et hôpitaux privés) sont agréés par le Conseil national d'évaluation et d'agrément et conventionnés par la Compagnie nationale d'assurance maladie.

Etablissements médicaux, quelle qu'en soit la forme commerciale, habilités à dispenser des soins médicaux et inscrits sur la liste des établissements médicaux agréés par l'assurance maladie. Ils dispensent des soins conformément au Programme d'Etat de garantie de la santé encadrant la prise en charge médicale. Les traitements peuvent sortir du cadre couvert par l'assurance maladie, conformément aux règles définies dans le Programme.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
<p>Organisation</p> <p>1. Médecins : agrément, rémunération</p>	<p>Médecins salariés d'établissements publics de santé et médecins d'autres institutions conventionnées par la Caisse nationale d'assurance maladie (RFZO).</p>	<p>Les soins de santé sont dispensés par des médecins habilités dans des établissements de soins publics et privés agréés. Pour les assurés, les services sont financés par la Caisse nationale d'assurance maladie, sur la base d'un contrat entre la Caisse et les établissements de soins agréés, qui font partie du réseau d'établissements de santé mis en place par les pouvoirs publics. Rémunération : Soins médicaux primaires : rémunération par patient et à l'acte. Consultations médicales spécialisées : rémunération à l'acte.</p>	<p>Régime général : médecins exerçant dans des hôpitaux privés conventionnés, des hôpitaux publics et universitaires ou en libéral.</p>	<p>Le personnel médical est recruté par les autorités responsables de chaque établissement médical et par le ministère de la Santé.</p>
<p>2. Établissements hospitaliers</p>	<p>Hôpitaux publics et hôpitaux privés sous convention avec la RFZO. L'assurance prend en charge le coût des interventions médicales d'urgence dans tous les établissements de soins.</p>	<p>Certains hôpitaux sont régionaux et dispensent des soins (consultations, soins spécialisés et hospitalisations) uniquement aux personnes habitant cette région, tandis que d'autres hôpitaux dispensent des soins à tous les assurés du pays. Ils sont financés sur la base d'une convention annuelle avec la Caisse nationale d'assurance maladie et par la part à la charge des patients. Le financement des établissements de santé est assuré par un système mixte. Le volume effectif des crédits octroyés à chaque hôpital se compose à 70% d'une dotation compensatoire de base (montant forfaitaire indépendant du nombre d'actes pratiqués) et à 30% d'une part variable en fonction de la réalisation du volume convenu des actes à effectuer par catégories d'actes (par groupes de diagnostic et services pour autres cas hospitaliers). Les hôpitaux privés peuvent être sous contrat avec la Caisse et sont financés en partie par celle-ci et en partie par leurs ressources propres.</p>	<p>Hôpitaux publics et hôpitaux privés conventionnés (non conventionnés en cas d'urgence).</p>	<p>Gratuité du traitement médical de base.</p>

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
<p>Prestations</p> <p>1. Traitement médical - Choix du médecin</p>	<p>Tous les assurés ont le droit de choisir leur médecin généraliste. Les patients doivent être inscrits auprès d'un généraliste de leur secteur géographique. Ils peuvent changer de médecin une fois par an.</p>	<p>Le patient a le libre choix d'une polyclinique dans sa zone de résidence.</p>	<p>Libre choix de tout médecin sous contrat avec les caisses d'assurance-maladie (patients inscrits à la polyclinique du lieu indiqué sur le permis de résidence).</p>	<p>Fédération de BH : Pour les soins primaires, les assurés peuvent consulter le médecin et le dentiste de leur choix mais doivent restés inscrits au moins un an chez le même médecin, conformément aux réglementations cantonales. Republika Srpska : Libre choix du médecin généraliste, du pédiatre et du gynécologue pour les personnes enregistrées. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin (cabinet) généraliste pour une durée minimale d'un an. Pour les soins hospitaliers, libre choix de l'hôpital/du médecin sans inscription préalable. District de Brcko : Libre choix du médecin traitant pour les soins de santé primaires. Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin traitant pour une durée minimale d'un an.</p>
<p>2. Traitement médical - Accès à des spécialistes</p>	<p>Pour les traitements qui ne revêtent pas un caractère d'urgence, sur décision du médecin généraliste.</p>	<p>Sur recommandation du médecin de famille, du thérapeute, du pédiatre ou du neurospécialiste. Les médecins pratiquant en polyclinique (médecins de famille, thérapeutes et pédiatres) sont rémunérés en fonction du nombre de patients inscrits.</p>	<p>Les patients peuvent s'adresser directement au spécialiste.</p>	<p>Fédération de BH et district de Brcko : Sur recommandation du médecin traitant. Republika Srpska : En Republika Srpska, la Caisse d'assurance maladie poursuit le projet d'amélioration de l'accès aux consultations de spécialistes. Chaque médecin de soins primaires reçoit des instructions précises et est rattaché à un réseau de spécialistes déterminés auxquels les patients peuvent être adressés en cas de besoin. Les patients peuvent choisir librement leur médecin en cas de soins hospitaliers, sans avoir à être enregistrés.</p>
<p>3. Traitement médical - Paiement du médecin</p>	<p>Système de prestations en nature.</p>	<p>Il s'agit d'un système de prestations « en nature » : Médecins hospitaliers : rémunération à l'acte. Depuis 2011, les médecins hospitaliers sont rémunérés aux résultats (salaire de base + prime pour chaque patient traité). Médecins exerçant en polyclinique (médecins de famille, thérapeutes et pédiatres) : rémunération en fonction du nombre de patients inscrits. Un système de prime (rémunération aux résultats) a été mis en place en 2010. Les premières primes ont été versées en 2011.</p>	<p>Système de prestations en nature.</p>	<p>Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Système de prestations en nature.</p>

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Prestations

1. Traitement médical - Choix du médecin

Libre choix d'un médecin conventionné par l'assurance maladie ou l'Agence des services sociaux.

Choix du médecin parmi les médecins travaillant dans les établissements de soins. L'assuré choisit un médecin traitant, un dentiste traitant et, pour les femmes, un gynécologue traitant. Pour les enfants, choix d'un pédiatre traitant. Le choix du médecin se fait pour une période d'un an au minimum.

Un nouveau système d'enregistrement chez les généralistes est en vigueur depuis le 1er septembre 2008. Les modalités sont les suivantes : enregistrement initial chez un généraliste ; changement d'établissement de santé ; l'enregistrement chez un autre généraliste et/ou le transfert à un autre généraliste peut se faire une fois par an - de septembre à octobre - au moyen d'un formulaire de demande, sauf en cas de déménagement dans une autre localité.

L'assuré a le droit de choisir son médecin traitant parmi ceux travaillant dans un établissement médical participant au système d'assurance maladie obligatoire.

2. Traitement médical - Accès à des spécialistes

Libre choix (les patients n'ont pas besoin d'une recommandation de leur médecin traitant ou d'un généraliste pour pouvoir consulter un spécialiste).

Sur prescription du médecin. Prestations dispensées dans des établissements de soins. Le médecin traitant délivre une prescription dans les formes voulues, dont la validité est de 30 jours à compter de la date d'émission. Si le délai d'attente est supérieur à 30 jours, le patient a le droit de s'adresser à des spécialistes d'établissements privés sous convention avec la Caisse d'assurance maladie du Monténégro.

Accès aux spécialistes sur prescription d'un généraliste. L'arrêté gouvernemental no1387 du 10 décembre 2007 comprend une liste de maladies pour lesquelles les patients peuvent consulter directement un spécialiste dans un centre de soins ambulatoires. Pour les interventions chirurgicales nécessitant une consultation ou des soins spécialisés en ambulatoire, la prescription peut être délivrée par le médecin généraliste, le service d'orientation des urgences, un spécialiste compétent. En cas d'urgence, la prescription n'est pas obligatoire. Pour optimiser les soins primaires en zone rurale, des spécialistes font des tournées de consultation pour les enfants, les étudiants, les femmes enceintes et les personnes handicapées dépendant d'un soignant.

En fonction du type de traitement : sur recommandation d'un médecin ou libre choix du patient.

3. Traitement médical - Paiement du médecin

Système de prestations en nature.

Prestations en nature. L'assuré exerce son droit aux soins avec sa carte de santé, les dépenses étant prises en charge par la Caisse d'assurance maladie. Une petite partie des coûts est à la charge de l'assuré, qui s'en acquitte lorsqu'il reçoit les soins. Certaines catégories de patients sont exonérés de cette participation, notamment les femmes pendant la grossesse et après l'accouchement, les personnes atteintes de maladies infectieuses et malignes, de diabète, d'insuffisance rénale chronique, de maladies coronariennes, cérébrales et vasculaires, de maladies auto-immunes, de maladies neuromusculaires dégénératives, de paralysie cérébrale, de sclérose en plaques, de mucoviscidose et d'hémophilie, ainsi qu'en cas d'urgence médicale et dentaire, de même que les aveugles et les sourds-muets.

Prise en charge par la caisse d'assurance maladie. Les soins dispensés à des personnes non assurées dans le cadre de soins ambulatoires ou hospitaliers spécialisés sont à la charge du patient, sur la base des prix fixés dans le répertoire unifié des tarifs des soins de santé publics.

Système de prestations en nature (pour les traitements couverts par l'assurance maladie).

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
Prestations				
1. Traitement médical - Choix du médecin	Libre choix du médecin dans les établissements publics et autres conventionnés par la RFZO. Le libre choix est limité uniquement fonction du lieu de résidence de l'assuré. Les patients doivent s'enregistrer auprès d'un médecin généraliste ; ils peuvent en changer au bout d'un an.	Libre choix du médecin traitant pour les soins de santé primaires. Les patients doivent être inscrits auprès d'un médecin, mais ils ont la possibilité de changer de médecin. Seules les prestations délivrées par le médecin traitant sont prises en charge par la Caisse d'assurance maladie.	Libre choix du médecin parmi les prestataires conventionnés.	Les patients doivent être inscrits auprès d'un médecin généraliste de leur quartier.
2. Traitement médical - Accès à des spécialistes	Sur avis du médecin de famille (système de médecin référent).	Uniquement sur recommandation du médecin traitant.	Libre choix du médecin et accès direct aux spécialistes. Les prestataires de soins de santé sont organisés en cascade (soins primaires, secondaires et tertiaires) par le ministère de la Santé. Le passage entre les différents niveaux est déterminé par l'Institution, qui tient compte de l'avis du ministère de la Santé, du prédiagnostic, du diagnostic et du niveau de spécialisation des médecins et dentistes (national, provincial ou local). Les médecins généralistes sont classés dans les prestataires de soins primaires.	Sur recommandation du médecin de quartier.
3. Traitement médical - Paiement du médecin	Systèmes de prestations et de services en nature. La RFZO peut rembourser le prix de certains services payés personnellement par l'assuré sur présentation des justificatifs. Les plafonds de remboursement sont fixés annuellement par la RZZO pour les services énumérés dans le Règlement relatif au contenu des droits à la protection de la santé et à la participation des assurés aux coûts de la protection de la santé.	Système de prestations en nature.	Système de prestations en nature.	Système de prestations en nature.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
4. Traitement médical - Participation du patient	Néant.	Les médicaments ne figurant pas sur la liste officielle des traitements remboursés sont entièrement à la charge du patient. En 2011, un système de participation a été mis en place pour les soins d'urgence, les traitements gynécologiques et anticancéreux et le traitement des IST. Le montant appliqué pour cette participation est différent dans la capitale et dans le reste du pays.	Néant.	Fédération de BH : Participation du patient pour tous les services de santé, y compris les hôpitaux ; la participation est en moyenne de 10% à 20%.Le montant de la participation est établi par les caisses d'assurance en fonction du type de services médicaux et conformément à l'Arrêté fixant le montant maximum de la participation à la charge des assurés pour certaines parties des soins de santé relevant du régime de base des droits en matière de santé.Republika Srpska et district de Brcko :Participation du patient pour tous les services de santé, y compris les hôpitaux ; la participation est en moyenne de 10% à 20%.Le taux de participation dépend du type de soins médicaux ; le barème est établi par les caisses d'assurance.
5. Traitement médical - Exemption ou réduction de la participation du patient	Non applicable.	Non applicable.	Non applicable.	Fédération de BH : Sont exemptés de toute participation :- les enfants de moins de 15 ans, les enfants scolarisés dans le primaire et le secondaire et les étudiants de moins de 26 ans,- les femmes pendant la grossesse et le congé de maternité, de même que pour les services de santé liés à la prévention du cancer du sein et du cancer de l'utérus,- les anciens combattants atteints d'une invalidité de 60% ou plus,- les victimes civiles de la guerre et les personnes handicapées invalides à 60% ou plus,- les membres des familles de soldats morts au combat ou des suites de blessures de guerre et qui étaient membres de l'Armée de la Fédération de Bosnie-Herzégovine, - les retraités dont la pension ne dépasse pas la pension minimum selon les dernières données publiées,- les personnes de plus de 65 ans qui ne perçoivent pas de pension ou dont le revenu mensuel ne dépasse pas le montant de la pension minimum selon les dernières données publiées,- les assurés résidant dans des établissements d'assistance publique, - les assurés qui perçoivent des indemnités, - les personnes déplacées et les réfugiés s'ils ne perçoivent pas de pension ou si leur revenu mensuel ne dépasse pas le montant de la pension minimum, - les assurés qui donnent volontairement et régulièrement leur sang (au moins 10 dons), - les assurés qui ont donné des organes,- les assurés inscrits auprès des services pour

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

4. Traitement médical - Participation du patient

Un système de ticket modérateur à la charge du patient est appliqué pour certains traitements dans le cadre du programme national de santé : Programme de contrôle des maladies infectieuses : la participation demandée est de 20 % du coût des soins pour les moins de 18 ans, de 50% entre 18 et 60 ans et de 30% au-delà de 60 ans. Programme de santé de la mère et de l'enfant : dans le cas des grossesses à haut risque, ainsi que pour les accouchements et les soins post-partum, la participation est de 25% du coût des soins. Traitements de substitution pour les toxicomanes : un montant mensuel de 150,00 GEL est à la charge des patients. Programme de gestion des affections oncologiques : participation de 30% à la charge des patients. Programme de soins palliatifs pour les malades incurables : la part des soins hospitaliers à la charge des patients est de 20% pour les moins de 18 ans et de 30% au-delà. Programme national d'assurance maladie pour les enfants de 0 à 5 ans, les retraités, les personnes handicapées, les étudiants : Soins auxiliaires : 20% Soins hospitaliers d'urgence : 20% (10% pour les retraités) Opérations chirurgicales : 20% (10% pour les retraités) Soins obstétricaux : 20%

Les assurés participent aux coûts des soins. Le montant de cette participation est fixé sur décision du ministère en fonction du programme annuel de soins et du plan financier annuel de la Caisse. Les facteurs suivants sont pris en compte pour déterminer ce montant : le type de maladie, le niveau de coût du diagnostic, du traitement, de la réadaptation et l'intensité des soins.

Pas de participation pour les traitements et les services qui font partie des prestations de base.

Pour les traitements qui ne sont pas pris en charge par le Programme d'Etat de protection de la santé, les coûts sont à la charge des patients.

5. Traitement médical - Exemption ou réduction de la participation du patient

Prise en charge intégrale des coûts par le budget de l'Etat pour les catégories de personnes suivantes : Familles vivant en dessous du seuil de pauvreté. Enseignants. Avoir le statut de réfugié. Orphelins. Une prise en charge intégrale est également assurée pour le traitement de certaines catégories de maladies : Troubles de santé mentale. Tuberculose. VIH/sida. Diabète. Vaccination. Dialyse. Maladies rares. Soins ambulatoires. Soins de recours.

Sont exemptées de participation : Les enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans et 26 ans s'ils suivent des études à plein temps ou à temps partiel ou s'ils sont privés de soins parentaux). Les femmes enceintes, lors de l'accouchement et pendant l'année suivant l'accouchement. Les personnes de plus de 65 ans et les personnes en situation de détresse sociale bénéficiant à ce titre de prestations sociales. D'autres catégories particulières, précisées dans les textes réglementaires, sont exonérées de toute participation. Les personnes appartenant aux catégories énumérées ci-dessus sont exemptées de participation au coût des soins sur décision de la Caisse uniquement pour le traitement de la maladie principale.

Non applicable.

Dispense ou réduction de la participation du patient dans les cas suivants : - pour certaines catégories d'assurés (invalides, anciens combattants, etc.), - traitement de certains types de maladies, - les soins médicaux dispensés pendant l'accouchement.

Soins de santé

SERBIE

L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE

TURQUIE

UKRAINE

4. Traitement médical - Participation du patient

Le montant de la participation dépend du type de services, des services de base et du niveau de participation : consultations médicales et analyses biologiques : 50,00 RSD, scanner : 300,00 RSD, IRM : 600,00 RSD, services dispensés et médicaments obtenus à l'étranger : a) si l'assuré est envoyé à l'étranger par la RFZO pour y recevoir des soins, l'intégralité des frais est prise en charge, b) les salariés en détachement paient 5% des frais.

Tous les assurés sont assujettis au paiement d'un ticket modérateur. Un maximum de 20% du coût moyen total des traitements médicaux est à la charge du patient, la Caisse prenant en charge le montant restant. Le montant du ticket modérateur varie selon le type de soins et les honoraires. Ce montant est généralement fixé par règlements de la Caisse nationale d'assurance maladie, approuvés par le ministère de la Santé. Il est fixe et inversement proportionnel au coût des services. La Caisse d'assurance maladie fixe un plafond annuel de participation pour les consultations et soins hospitaliers spécialisés. Ce plafond est revu chaque année. Il est égal à 70% du salaire mensuel net national moyen de l'année précédente (soit 14.631 MKD). Pour certaines classes d'âge et pour les familles à faibles revenus, le plafond des participations acquittées pour les consultations et soins spécialisés et les soins hospitaliers est plus bas (il est de 20% du salaire mensuel net national moyen de l'année précédente pour les enfants de 1 à 5 ans et les pauvres et de 40% pour les enfants de 5 à 18 ans et les personnes de plus de 65 ans). Au-delà de ce plafond, ils sont exonérés du ticket modérateur.

Assurés actifs : 20% pour les médicaments prescrits en consultation ambulatoire. Retraités : 10% pour les médicaments prescrits en consultation ambulatoire. Ticket modérateur en cas d'hospitalisation fixé par l'Institution de sécurité sociale. Déclaration 2013 des pratiques de santé : Pas de participation pour les consultations de généralistes et de dentistes dans le cadre des soins primaires. Le montant de la participation des patients aux actes dispensés par leurs prestataires de soins (consultations de généralistes et de dentistes) est déterminé comme suit : Prestataires de soins des niveaux secondaire et tertiaire : 5 TRY. Prestataires de soins privés : 12 TRY. Ces montants sont appliqués pour les traitements couverts par la Sécurité sociale. Hormis cette participation, les frais facturés par les hôpitaux privés, sur la base de la Loi n° 5502 sur la Sécurité sociale, sont fixés par la « Commission de classification des hôpitaux privés », instituée par la Sécurité sociale. Cette commission classe les hôpitaux en catégorie a, b ou c, le montant des frais facturés variant selon ces catégories.

Néant.

5. Traitement médical - Exemption ou réduction de la participation du patient

Sont exemptées du ticket modérateur les catégories suivantes : Enfants de moins de 15 ans (26 ans pour les étudiants). Personnes de moins de 65 ans. Femmes enceintes et dans les 12 mois suivant l'accouchement. Chômeurs et autres personnes dont les revenus sont inférieurs à un niveau déterminé, ainsi que leurs ayants droit. Invalides de guerre. Donneurs d'organes, de tissus ou de sang. Aveugles et personnes atteintes de handicaps permanents. Personnes traitées pour le sida, pour certaines maladies infectieuses, cancéreuses et autres, selon la réglementation correspondante. Personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux. Bénéficiaires d'une assistance matérielle délivrée au titre de la sécurité sociale et leurs ayants droit. Moines et religieuses. Roms sans résidence permanente ou temporaire en Serbie du fait de leur mode de vie traditionnel et leurs ayants droit. Personnes déplacées originaires de la province de Kosovo-Metohija. Donneurs de sang. Réfugiés provenant d'Etats qui étaient des républiques de l'ex-Yougoslavie.

Pas de ticket modérateur dans les cas suivants : pour les bilans de santé pratiqués par le médecin traitant du patient, pour les soins d'urgence dispensés aux personnes bénéficiant en permanence d'une assistance financière, aux personnes placées dans des centres sociaux et en famille d'accueil, aux enfants dont la situation engendre des besoins particuliers (handicaps physiques et/ou mentaux), aux patients hospitalisés en psychiatrie, aux personnes atteintes de troubles mentaux et sans soutien de famille, pour les assurés qui ont atteint la limite annuelle de participation (voir ci-dessus « Traitement médical : participation du patient »).

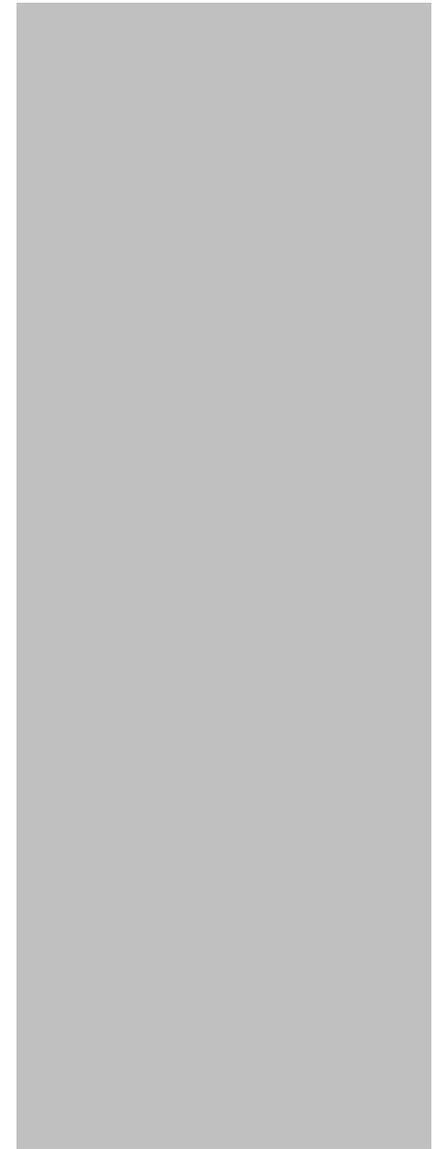
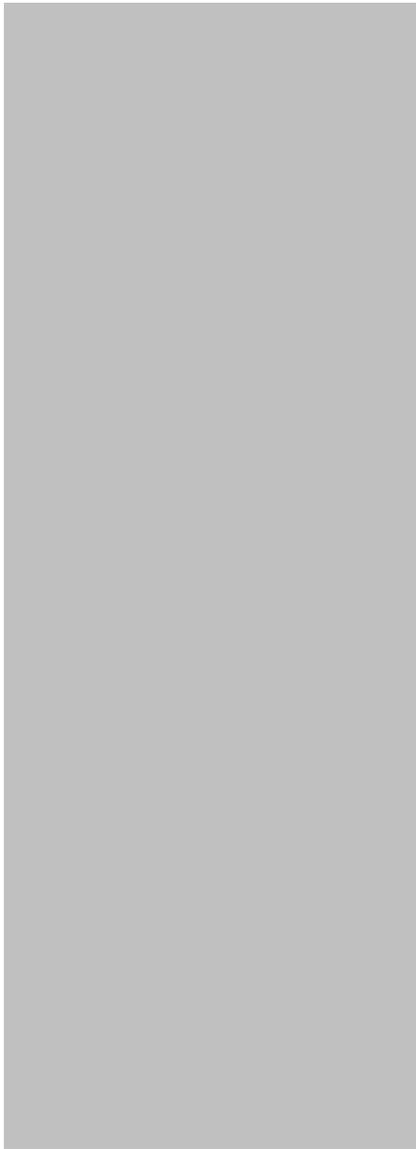
Pas de ticket modérateur en cas d'urgence, d'accident du travail, de maladie professionnelle, de guerre, de grève, de maladie contagieuse reconnue par le ministère de la Santé, de maternité. Exonération également en cas de maladie chronique ou de trouble de la santé engageant le pronostic vital. Voir aussi ci-dessus « Traitement médical - Participation du patient ».

Non applicable.

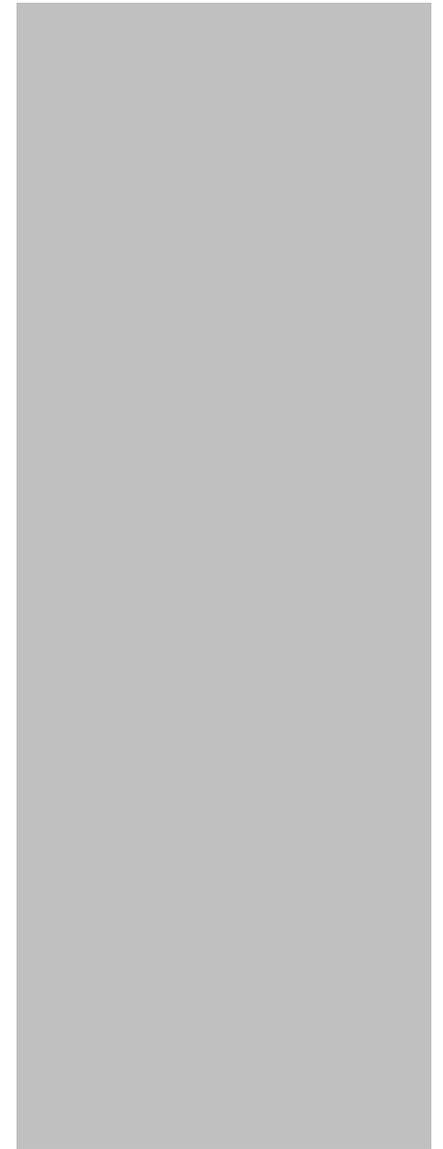
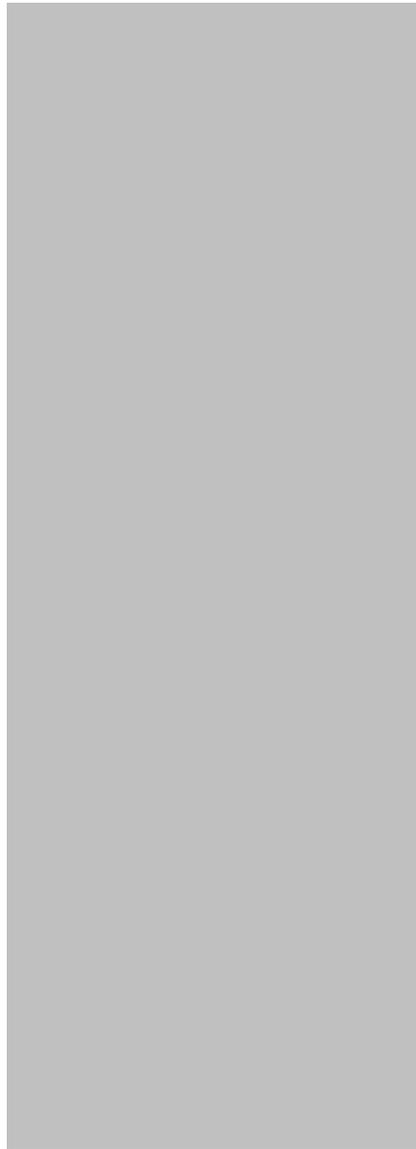
Soins de santé

l'emploi. Les assurés atteints des maladies suivantes sont exonérés du ticket modérateur : - affections malignes,- insuffisance rénale traitée par hémodialyse,- tuberculose,- VIH et autres maladies infectieuses, - épilepsie,- maladies auto-immunes systémiques,- Hémophilie,- diabète insulinodépendant,- paraplégie et tétraplégie,- dystrophie musculaire,- sclérose en plaque,- infirmité motrice cérébrale, - troubles mentaux. District de Brcko :Sont exemptés de toute participation :- les enfants de 1 à 15 ans,- les personnes de plus de 65 ans,- les femmes pendant la grossesse et pendant le congé de maternité,- les personnes atteintes de troubles mentaux qui représentent un danger pour elles-mêmes et pour les autres,- les personnes atteintes de dystrophies musculaires, d'infirmité motrice cérébrale, de sclérose en plaques, de paraplégie, de tétraplégie et de néphropathie endémique,- les personnes atteintes de maladies graves et chroniques (diabète, cancer, tuberculose, VIH/sida) et les dialysés,- les aveugles,- les bénéficiaires de prestations sociales,- les donateurs de sang.Republika Srpska :Sont exemptés de toute participation :- les femmes pendant la grossesse et pendant le congé de maternité, - les enfants de moins de 15 ans, - les personnes de plus de 65 ans,- les bénéficiaires de prestations sociales et les personnes placées en institutions,- les personnes atteintes de dystrophies musculaires, d'infirmité motrice cérébrale, de sclérose en plaques, d'ostéogenèse imparfaite (phase terminale), paraplégie et tétraplégie,- les donateurs de sang volontaires (qui ont fait au moins dix dons), à la condition que le dernier don ait eu lieu dans l'année écoulée,- les invalides de guerre et les membres des familles de soldats morts au combat,- les aveugles de catégorie I,- les personnes atteintes de retard mental sévère.Pas de participation du patient dans les cas suivants :- traitement de l'hémophilie, de l'épilepsie, des maladies rhumatismales, de la maladie coeliaque, - soins d'urgence et traitements dispensés dans les situations risquant d'entraîner un décès immédiat,- traitement en unité de soins intensifs. De même, la prise en charge du traitement est intégrale pour certains types de maladies (tuberculose, maladies contagieuses, diabète, affections malignes, troubles psychiatriques mettant en danger le patient et son entourage) et des traitements comme la dialyse et les transplantations d'organes.

Soins de santé



Soins de santé



Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
6. Hospitalisation - Choix de l'hôpital	Le médecin indique au patient l'hôpital dans lequel il doit se faire soigner. Si le patient suit les recommandations du médecin, le traitement est entièrement pris en charge. S'il choisit un hôpital différent, il doit payer l'intégralité des coûts.	Libre choix de l'hôpital. Pas de restrictions géographiques.	Les patients peuvent se rendre directement dans les hôpitaux publics ; aucune participation financière ne leur est demandée.	Fédération de BH : Les patients doivent se faire hospitaliser dans un établissement de l'entité ou du canton dans lequel ils sont assurés. L'admission se fait sur décision du généraliste ; toutefois, en raison de la fragmentation administrative, il n'est pas possible de choisir un hôpital en dehors du ressort de la Caisse d'assurance-maladie. Ce n'est possible que dans des cas particuliers, mais uniquement avec l'accord des CAM. Republika Srpska : D'après la Loi sur la protection de la santé de la RS, le patient a le droit de choisir un établissement de soins secondaires. Dans certains cas particuliers, le patient peut se faire soigner dans la Fédération de BH, mais il faut pour cela un accord entre les Caisses d'assurance maladie. District de Brcko : Les patients envoyés par la commission médicale dans un établissement extérieur au District de Brcko pour y recevoir des soins peuvent choisir un hôpital qui n'est pas sous contrat avec la CAM ; dans ce cas, la différence entre les dépenses engagées et celles qui auraient été facturées par l'hôpital auquel le patient a été adressé est à la charge de ce dernier.
7. Hospitalisation - Participation du patient	Pour certains examens relevant des soins tertiaires (hôpitaux universitaires), une participation est exigée des patients qui ne sont pas assurés. Le montant de cette participation est de 10% du prix des prestations.	Dans l'ensemble du pays : Les personnes qui n'appartiennent pas aux groupes socialement vulnérables doivent payer l'intégralité du prix des traitements qui ne figurent pas sur la liste officielle des traitements remboursés. En 2011, un système de participation a été mis en place pour les traitements d'urgence, les traitements gynécologiques et anticancéreux et le traitement des IST. Le montant appliqué pour cette participation est différent dans la capitale et dans le reste du pays. Le montant de cette participation varie aussi en fonction du type de maladie.	Néant.	Fédération de BH : - jusqu'à 20% des frais hôteliers. - 15% en moyenne pour les frais médicaux. Le montant de la participation est établi par les caisses d'assurance en fonction du type de services médicaux et conformément à l'Arrêté fixant le montant maximum de la participation à la charge des assurés pour certaines parties des soins de santé relevant du régime de base des droits en matière de santé. - Jusqu'à 15 jours d'hospitalisation à la suite d'une intervention chirurgicale : 10,00 BAM par jour. - Jusqu'à 15 jours d'hospitalisation : 8,00 BAM par jour. 5 BAM par jour au-delà de 15 jours. Republika Srpska et district de Brcko : - jusqu'à 20% des frais hôteliers. - 15% en moyenne pour les frais médicaux. Le taux de participation dépend du type de soins médicaux ; le barème est établi par les caisses d'assurance.
8. Hospitalisation - Exemption ou réduction de la participation du patient	Sont exemptés de toute participation : les pensionnés, les anciens combattants, les enfants, les invalides, les personnes atteintes de cancer ou de tuberculose.	Les personnes socialement vulnérables et d'autres groupes particuliers sont exonérés de cette participation.	Non applicable.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Voir Tableau II « Soins de santé ». Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient

Soins de santé

	GEORGIE	MONTENEGRO	REPUBLIQUE DE MOLDOVA	FEDERATION DE RUSSIE
6. Hospitalisation - Choix de l'hôpital	Libre choix de l'hôpital, à la condition qu'il soit conventionné par l'Agence des services sociaux ou des compagnies d'assurance privées.	Sur prescription du médecin. Le patient a le choix de l'hôpital.	En fonction de l'état du patient, les soins hospitaliers peuvent être programmés ou dispensés en urgence. L'hospitalisation est jugée urgente lorsque l'absence de soins mettrait en danger la vie du patient ou lorsqu'elle aurait de graves conséquences sur sa santé ou pour le public en général. L'urgence du traitement est déterminée par le spécialiste qui évalue l'état du patient. Cette évaluation se base sur les critères fixés par le ministère de la Santé. L'admission est faite par le médecin généraliste dans les cas qui le justifient, compte tenu du personnel médical disponible et des conditions épidémiologiques, comme indiqué dans les prestations de base de l'assurance maladie obligatoire.	L'établissement médical peut être choisi sur recommandation du médecin généraliste sur la liste des établissements appliquant le programme territorial des garanties de prise en charge médicale de l'Etat.
7. Hospitalisation - Participation du patient	Voir « Traitement médical » ci-dessus.	Voir « Traitement médical - Participation du patient ».	Non applicable dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire/	Gratuité des services médicaux dispensés lorsqu'ils font partie des prestations de base prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (OMS).
8. Hospitalisation - Exemption ou réduction de la participation du patient	Voir « Traitement médical » ci-dessus.	Voir « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».	Non applicable.	Dispense ou réduction de la participation du patient dans les cas suivants : - pour certaines catégories d'assurés (invalides, anciens combattants, etc.), - traitement de certains types de maladies, - les soins médicaux dispensés pendant l'accouchement.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
6. Hospitalisation - Choix de l'hôpital	Le médecin référent décide de l'hôpital où sera envoyé le patient. Lorsqu'il souhaite envoyer un patient dans un hôpital situé hors de la zone de résidence du patient, l'accord du bureau local de la RFZO est nécessaire.	Sur recommandation d'un spécialiste ; de préférence l'hôpital le plus proche du lieu de résidence ou celui recommandé par le médecin. L'hospitalisation dans un établissement d'une autre région reste possible.	L'hospitalisation est gratuite. S'il n'y a pas de place dans les hôpitaux figurant sur la liste de la Sécurité sociale ou que ces hôpitaux n'assurent pas le traitement dont le patient a besoin, celui-ci est dirigé sur d'autres hôpitaux ne figurant pas sur la liste. Dans ce cas, les frais de transport et les autres frais d'admission dans un établissement ne figurant pas sur la liste sont couverts.	Possibilité de choix limitée. Les patients doivent être enregistrés dans leur district.
7. Hospitalisation - Participation du patient	Hospitalisation et réadaptation : 50,00 RSD par jour de traitement. Réadaptation et traitements spécialisés : 50,00 RSD par jour de traitement.	Les frais sont pris en charge par la Caisse d'assurance maladie. 10% des frais restent à la charge de l'assuré. Toutefois, le montant payé par le patient ne peut dépasser la limite annuelle de participation fixée (70% du salaire mensuel net national moyen de l'année précédente, cette limite étant toutefois plus basse pour certaines catégories de personnes, voir ci-dessus « Traitement médical : participation du patient ».)	Voir ci-dessus « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».	Pas de participation du patient.
8. Hospitalisation - Exemption ou réduction de la participation du patient	Voir « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».	Exonération totale pour les retraités percevant une pension inférieure à la moyenne du pays et pour certaines maladies particulières, traitées dans le cadre de programmes spéciaux mis en place par le gouvernement (dialyse, diabète, traitements cytostatiques). La participation du patient est prise en charge par ces programmes spéciaux.	Fonctionnaires : non applicable. Salariés : non applicable.	Non applicable.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
9. Soins dentaires - Traitement dentaire	Gratuits pour les enfants de moins de 18 ans.	Gratuits pour les groupes ci-après :- enfants de moins de 8 ans, - personnes de plus de 65 ans, - groupes vulnérables, comme les handicapés, les détenus, etc.Examen gratuit de la cavité buccale :- enfants de 6 à 12 ans (soins dentaires gratuits si nécessaire).Toutes les autres personnes payent l'intégralité du traitement.Exception pour les services dentaires utilisant des technologies avancées et très coûteuses.	Gratuit pour les enfants jusqu'à 16 ans. Toutes les autres personnes payent l'intégralité du traitement.	Fédération de BH et district de Brcko : Gratuité des traitements pour tous les assurés.Coûts pris en charge par les CAM. Republika Srpska :Pour les enfants, uniquement soins dentaires préventifs.
10. Soins dentaires - Prothèses dentaires	L'assurance maladie ne couvre pas les prothèses dentaires.	Gratuites pour les catégories mentionnées sous la rubrique « Traitement dentaire » ci-dessus, sauf pour les prothèses dentaires à base de métaux précieux ; traitement dispensé dans les polycliniques dentaires régionales.Exception pour les services dentaires utilisant des technologies avancées et très coûteuses.	Gratuité des soins dentaires :Invalides des catégories I et II (sauf prothèses dentaires contenant des métaux précieux). Toutes les autres personnes payent l'intégralité du traitement.	Fédération de BH et Republika Srpska :Prise en charge pour tous les détenteurs de carte de santé, avec ticket modérateur compris entre 10% et 20%.Le taux de participation dépend du type de soins médicaux ; le barème est établi par les caisses d'assurance.District de Brcko :Les CAM prennent en charge uniquement les prothèses dentaires correctives pour les enfants.

Soins de santé

	GEORGIE	MONTENEGRO	REPUBLIQUE DE MOLDOVA	FEDERATION DE RUSSIE
9. Soins dentaires - Traitement dentaire	Soins dentaires et soins chirurgicaux d'urgence pour les patients atteints de maladies psychiatriques placés en institution.	Traitements dentaires couverts pour certaines catégories et dans certains cas. Traitement des affections buccodentaires en cas d'urgence et prévention des affections buccodentaires pour les enfants de moins de 15 ans, les femmes enceintes et les personnes de plus de 65 ans.	Soins dentaires pris en charge : soins dentaires urgents, consultations préventives pour les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes, conseils de prévention dispensés à tous les assurés à l'issue d'examen buccaux et conseils d'hygiène et de prévention des affections bucco-dentaires.	Soins dentaires de base pour les assurés. Gratuité des soins dentaires en cas d'affection de la cavité buccale, des glandes salivaires et des mâchoires.
10. Soins dentaires - Prothèses dentaires	Pour certaines catégories de population, en fonction des programmes nationaux.	Prise en charge de certaines prestations pour les moins de 15 ans et les plus de 65 ans.	Pas de prise en charge en raison de restrictions budgétaires. Financement partiel.	Les prothèses sont gratuites pour certaines catégories de bénéficiaires (invalides et anciens combattants de la deuxième guerre mondiale, anciens combattants de campagnes militaires, invalides, etc.) si ces produits sont fabriqués par des entreprises russes et que leur prix ne dépasse pas un certain montant (les produits d'importation peuvent être couverts par l'assurance sociale, mais uniquement dans une limite définie). Le montant supérieur à cette limite est à la charge du patient. Dans la majorité des cas, les prothèses dentaires sont donc à la charge du patient. Exemples de prix : Prothèses : de 1.000,00 à 3.000,00 RUB par couronne/couronne jacket, Implants : de 12.000,00 à 30.000,00 RUB l'unité. Nettoyage dentaire : de 50,00 à 120,00 RUB par dent.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
9. Soins dentaires - Traitement dentaire	Prise en charge intégrale des soins dentaires préventifs et curatifs pour : les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux, les personnes atteintes de malformations faciales ou dentaires congénitales, les cas d'urgence.	Tous les assurés peuvent choisir librement leur dentiste pour les soins primaires, qui incluent la prévention et le traitement des affections buccodentaires. Gratuité des services dans le cadre du régime de base chez les dentistes conventionnés par la Caisse d'assurance maladie. Les dentistes conventionnés sont rémunérés en fonction du nombre de patients. La participation de l'assuré est plafonnée à 20% du coût des consultations et soins hospitaliers spécialisés, la part restante étant prise en charge par la Caisse d'assurance maladie sur la base du volume et du prix des soins dentaires dispensés. Programmes spéciaux d'examen régulier et périodique pour les enfants.	Participation fixe pour les consultations dentaires.	Gratuité des soins.
10. Soins dentaires - Prothèses dentaires	Voir « Soins dentaires - Traitement dentaire ». Fourniture de prothèses pour les personnes de plus de 65 ans.	Seules les prothèses en acrylique (matériau standard utilisé pour les prothèses dentaires) sont prises en charge par la Caisse d'assurance maladie, les autres étant à la charge intégrale de l'assuré.	Les assurés et leurs ayants droit ont droit aux prothèses dentaires. L'assuré paie 10% à 20% des coûts, avec un plafond de 75% du salaire minimum national.	Entièrement à la charge du patient, sans exception.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
11. Produits pharmaceutiques	<p>L'assurance maladie prend en charge les médicaments figurant sur la liste de remboursement à concurrence du prix indiqué. Cette liste compte plus de 450 produits pharmaceutiques. Le ticket modérateur va de 0% à 50% du prix. Certaines catégories sont exonérées du ticket modérateur : anciens combattants, pensionnés, enfants jusqu'à 12 ans, aveugles, orphelins, etc. Pour certaines maladies diagnostiquées, une prise en charge intégrale est prévue (cancer, par exemple).</p>	<p>Groupes de population bénéficiant de la gratuité des médicaments dans les polycliniques, les hôpitaux et les dispensaires : Catégories de personnes bénéficiant de la gratuité des médicaments :- invalides de 1re et 2e catégories,- enfants invalides (moins de 18 ans),- anciens combattants de la seconde guerre mondiale et personnes assimilées en vertu des dispositions légales,- enfants de moins de 18 ans sans soutien familial,- enfants de moins de 18 ans de familles comptant au minimum quatre enfants,- personnes ayant perdu un membre de leur famille en service dans les forces armées,- enfants de moins de 18 ans dont la famille compte des personnes handicapées,- enfants de moins de 7 ans. Catégories de personnes bénéficiant de réductions sur les médicaments pour certaines maladies : participation de 50%- invalides de 3e catégorie,- membres des services d'urgence invalides des suites de leur intervention lors de la catastrophe de Tchernobyl,- personnes condamnées à tort et personnes réhabilitées,- pensionnés vivant seuls et qui n'exercent pas d'activité professionnelle,- familles de pensionnés sans emploi (avec des enfants de moins de 18 ans),- enfants de mères isolées lorsqu'ils ont moins de dix-huit ans. participation de 30%- pensionnés sans emploi. Gratuité des médicaments pour les patients souffrant des maladies suivantes :- tuberculose (antituberculeux),- troubles psychiques (psychotropes),- maladies cancéreuses (antitumoraux),- diabète (antidiabétiques),- épilepsie (anticonvulsifs),- insuffisances cardiovasculaires (médicaments destinés à améliorer la circulation coronarienne),- maladie périodique (colchicine),- vice valvulaire (anticoagulants après pose d'une prothèse),- malaria (antipaludéens),- phénylcétonurie,- insuffisance rénale.</p>	<p>Gratuité de 166 produits pharmaceutiques de première intention pour tous les patients des établissements de soins publics (hôpitaux, polycliniques). Gratuité de 141 produits pharmaceutiques pour certaines catégories de personnes (personnes handicapées de catégorie I et II) et pour certains types de maladies.</p>	<p>Fédération de BH : Médicaments remboursés conformément à la Décision relative à la Liste des médicaments de base nécessaires pour les traitements couverts par l'assurance maladie obligatoire de la Fédération de BH (JO de la FBH n° 75/11 et 97/12). Cette Décision est adoptée par le gouvernement de la Fédération de BH. Les médicaments figurant sur la Liste des médicaments de base sont remboursés à hauteur de 100%, 70% ou 50% selon les cas. La liste fédérale indique aussi le prix des médicaments (pris en charge). La liste des médicaments de base fait une distinction entre : Les médicaments de la liste A : Comprend les médicaments que l'assurance maladie cantonale (ci-après l'Institut) prend en charge à 100% et les médicaments pour lesquels l'assuré n'a pas à avancer d'argent, conformément à la Décision de la FBH relative au montant maximum du ticket modérateur (JO de l'FBH n° 21/09) et aux décisions cantonales en la matière. Les médicaments de la liste B : Comprend les médicaments dont le pourcentage de prise en charge partielle par l'Institut est fixé par le gouvernement, en fonction des possibilités financières des cantons. Cette liste ne couvre pas les médicaments en ampoules. Dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur de la Décision, les cantons sont tenus d'harmoniser leurs listes de médicaments avec la liste fédérale des médicaments de base. Cette harmonisation est obligatoire pour la liste A et facultative pour la liste B. La Décision expose la méthodologie et la structure des prix des médicaments. De plus, une décision fixe la Liste des médicaments de la caisse de solidarité de la FBH (JO de la FBH n° 67/11), financée par la Caisse de solidarité de la Fédération de BH. Republika Srpska : Les médicaments sont classés en deux listes (A et B), qui en fixent le prix de référence (prix le plus bas observé sur le marché). La Liste A regroupe les médicaments gratuits pour les patients exonérés de toute participation. Pour tous les autres assurés, la participation demandée est de 10% du prix de référence. Si le prix du médicament est supérieur au prix de référence, la différence est à la charge du patient. La Liste B recense les médicaments pour lesquels une participation de 50% du prix de référence est demandée à tous les patients. Si le prix du médicament est supérieur au prix de référence, la différence est à la charge du patient. District de Brcko : Les médicaments figurant sur la Liste des médicaments de base sont remboursés à hauteur de 100%, 70%, 55% ou 50% selon les cas.</p>

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

11. Produits pharmaceutiques

Produits pharmaceutiques pour les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté dans la limite assurée de 50,00 GEL, avec un ticket modérateur de 50%. For pensioners, Children 0-5 years old, Disabled people are provided pharmaceuticals within the insurance limits of 100 Georgian Lari with 50% co-payment. En vertu du Programme national pour les médicaments spécifiques, gratuité des médicaments pour le traitement des maladies suivantes : Hémophilie, Diabète, Transplantation rénale, Traitement des maladies incurables, Mucoviscidose, Vaccin antirabique, Compléments alimentaires en cas de phénylcétonurie.

Les médicaments prescrits par les médecins et figurant sur la liste établie par la Caisse d'assurance maladie sont pris en charge par cette dernière.

Prise en charge des médicaments figurant dans la liste des médicaments (entièrement ou partiellement remboursés) ainsi que dans les programmes sanitaires nationaux ou dans des programmes sanitaires spécifiques pour les personnes assurées et non assurées. Gratuité des médicaments pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. L'inscription des médicaments sur la liste des médicaments remboursés suit une procédure destinée à garantir la transparence de la décision. La liste des médicaments remboursés à 100% pour les 0 à 18 ans a été complétée par un produit anthelminthique destiné aux femmes enceintes et un antibactérien iodé pour les enfants de 0 à 5 ans. Les taux de remboursement par les caisses d'assurance maladie ont été revus et sont de 70% pour 14 médicaments et 90% pour 3 autres médicaments. Le taux de remboursement est de 90% à 100% pour les médicaments antidiabétiques.

Une série de médicaments de base est délivrée gratuitement ou à prix réduit (de 5 à 50% du prix) à certaines catégories de patients (pensionnés, invalides, anciens combattants, personnes atteintes de maladie chroniques, etc.). Il existe aussi des listes de produits délivrés gratuitement. En novembre 2006, ces listes spéciales comprenaient 438 produits non protégés par un brevet international et 965 articles commerciaux. Ces produits sont délivrés sur prescription médicale dans des pharmacies/drogueries disposant d'une autorisation spéciale. En 2007, ces produits se divisaient en deux catégories : la liste des médicaments du programme de base (établie en fonction des normes fédérales de traitement des maladies) et la liste des médicaments onéreux destinés au traitement de certaines maladies (hémophilie, etc.). Les prix d'autres médicaments essentiels (plusieurs milliers) figurant sur cette liste sont encadrés. Certains produits pharmaceutiques destinés au traitement des maladies dites « sociales » (tuberculose, diabète, etc.) sont délivrés gratuitement (sur prescription). Depuis le 1er janvier 2005, le mode de financement de certaines prestations a été revu, avec l'introduction d'un versement mensuel ; le droit à l'aide sociale d'Etat sous forme d'une série de services sociaux est néanmoins préservé. Les bénéficiaires des services sociaux (anciens combattants, personnes handicapées, citoyens irradiés) ont droit aux médicaments nécessaires prescrits par le médecin, ainsi qu'aux produits médicaux et aux produits spécialisés de nutrition clinique pour les enfants handicapés. S'ils préfèrent, ils peuvent recevoir une indemnité en espèces. Cette prestation fait partie d'un « paquet social » qui se monte en 2011 à 750,83 RUB.

Soins de santé

SERBIE

L'EX REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE

TURQUIE

UKRAINE

11. Produits pharmaceutiques

La RFZO établit une liste de médicaments et un niveau de participation pour chaque médicament.

Seuls les produits pharmaceutiques figurant sur la liste des médicaments remboursés par la Caisse d'assurance maladie sont pris en charge dans le cadre du régime de base, à concurrence du prix de référence (prix de gros le plus bas des produits pharmaceutiques). Tous les assurés paient un ticket modérateur limité à 20% du prix du produit pharmaceutique.

Les médicaments pris en charge figurent sur une liste officielle. Une partie du coût est à la charge des patients : actifs : 20%, pensionnés : 10%. Les patients sont exonérés du ticket modérateur pour certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies de longue durée déterminées.

Gratuits en cas d'hospitalisation. En cas de traitement ambulatoire, les médicaments sont entièrement à la charge des patients, sauf dans les cas suivants, pour lesquels ils sont gratuits : tuberculoses, cancer, diabète, sida.

Soins de santé

	ALBANIE	ARMENIE	AZERBAIDJAN	BOSNIE-HERZEGOVINE
12. Prothèses, optique, acoustique	Pas de prise en charge par le système de protection sociale.	Gratuité des prothèses pour les invalides. Toutes les autres personnes payent leurs propres dépenses.	Gratuité pour les personnes handicapées des catégories I et II (voir « Prothèses dentaires » ci-dessus).	Fédération de BH et Republika Srpska : Les conditions, la périodicité et le montant de prise en charge sont fixés pour chaque appareil par le règlement des différentes CAM. Dans la Fédération, ces montants varient d'un canton à l'autre. District de Brcko : La CAM prend en charge les prothèses à hauteur d'un plafond fixé par la réglementation. La différence entre ce plafond et le coût effectif est à la charge du patient.
13. Autres prestations	Néant.	Gratuité des fauteuils roulants, des soins infirmiers à domicile pour les personnes handicapées classées dans les catégories d'invalidité I et II et vivant seules. Gratuité des services ambulanciers et d'urgence, du traitement de la tuberculose, des maladies infectieuses, des services de santé mentale et des vaccinations.	Mise à disposition gratuite de fauteuils roulants Services d'immunisation et de vaccination Soins infirmiers à domicile pour les invalides de la catégorie I, traitement médical à l'étranger, sur autorisation.	Fédération de BH, Republika Srpska et district de Brcko : Visites médicales régulières pour les enfants et les étudiants ainsi que pour certaines catégories de professions. Aide au transport pour les trajets domicile-hôpital pour certaines catégories de traitement (dialyse, chimio- et radiothérapie, etc.).

Soins de santé

GEORGIE

MONTENEGRO

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

12. Prothèses, optique, acoustique

Pour certaines catégories de population, en fonction des programmes nationaux. Aides auditives, implants cochléaires, prothèses et fauteuils roulants pour les personnes handicapées au titre de ces programmes.

L'assuré a droit aux aides suivantes : appareils orthopédiques, ophtalmologiques et typhlo techniques, aides auditives et phoniques, appareils dentaires et autres (prothèses esthétiques, prothèses mammaires, perruques, poids, suspensoirs, ceintures abdominales, appareils pour le système gastro-intestinal et urogénital, aides respiratoires et pour le diabète, matelas anti-décubitus). Pour les appareils de qualité supérieure à celle approuvée, la différence de prix est à la charge de l'assuré.

Ces produits sont pris en charge par la sécurité sociale pour : les invalides des catégories I et II ; les enfants handicapés. La distribution de prothèses auditives et les catégories de bénéficiaires sont approuvées par décret du ministère de la Santé. Les acquisitions se font au niveau central et leur financement est assuré par le budget de l'Etat.

L'appareillage technique destiné à la réadaptation des personnes handicapées est intégralement pris en charge par le budget fédéral et l'assurance sociale obligatoire, sur prescription des programmes individuels de réadaptation ou des programmes de réadaptation des victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles développés par des institutions d'examen médico-social. Lorsque les personnes handicapées/assurées achètent elles-mêmes ces produits, elles peuvent être remboursées dans la limite du prix de produits équivalents provenant du fabricant choisi en vertu de la procédure définie.

13. Autres prestations

Pour certaines catégories de population (anciens combattants et invalides de catégorie I), en fonction des programmes nationaux. Diverses mesures de prévention sont dispensées gratuitement à tous les citoyens : Campagnes de dépistage du cancer Prévention de la toxicomanie Vaccin antirabique Prévention des maladies professionnelles Prévention du VIH/sida et des IST Prévention de la tuberculose Diagnostic de l'épilepsie Contrôle de l'audition des nouveau-nés Vaccination Sécurité sanguine

Examens préventifs pour les nouveau-nés, les enfants de moins de 15 ans et les personnes de plus de 65 ans. Les frais de déplacement de l'assuré sont pris en charge lorsqu'il se fait soigner loin de son domicile sur prescription de son médecin traitant. Ces frais sont également pris en charge pour la personne qui l'accompagne, sur autorisation du médecin traitant ou de la commission médicale.

Immunoprophylaxie dans le cadre des programmes nationaux. Assistance médicale, psychologique et éducative pour les enfants qui ont des difficultés d'apprentissage. Contrôles de santé pour les enfants dans le cadre d'un programme spécial. Services infirmiers pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Prévention et dépistage des cancers. Les travailleurs indépendants qui ont acquitté une cotisation forfaitaire au cours des trois premiers mois de l'année bénéficient d'une réduction de 50%. Les exploitants agricoles qui ont acquitté une cotisation forfaitaire au cours des dix premiers mois de l'année bénéficient d'une réduction de 75%.

Bilan médical régulier pour les enfants et certaines catégories de salariés et de pensionnés. Vaccination régulière des enfants. Depuis le 1er janvier 2005, le mode de financement de certaines prestations a été revu, avec l'introduction d'un versement mensuel ; le droit à l'aide sociale d'Etat sous forme d'une série de services sociaux est néanmoins préservé. Les soins de santé sont inclus dans ces services. Ils bénéficient de la gratuité des soins médicaux en sanatorium (18 jours, 21 jours pour les enfants handicapés et de 24 à 42 jours pour les personnes atteintes de maladies neurologiques et de lésions cérébrales et médullaires) et de la gratuité des transports entre le domicile et l'établissement médical de leur choix ou d'un remboursement en espèces (705,10 RUB par mois en 2010). En 2011, les services médicaux ont été répartis en deux groupes : le soutien pharmacologique et les traitements en sanatorium et cures thermales. Le montant versé pour le paiement des services sociaux (depuis le 1er janvier 2011) a été fixé à 705 RUB, répartis comme suit : - soutien pharmacologique : 543 RUB ; - traitements en sanatorium et cures thermales : 84 RUB ; - trajets en train suburbain et transports interurbains entre le domicile et le lieu de traitement : 78 RUB. Depuis le 1er avril 2011, le montant d'un ensemble de services sociaux est de 750,83 RUB.

Soins de santé

	SERBIE	L'EX REPUBLIQUE YUGOSLAVE DE MACEDOINE	TURQUIE	UKRAINE
12. Prothèses, optique, acoustique	La participation est de 10% à 35% selon le type de prothèse ou d'appareil.	Les prothèses, appareils auditifs et orthopédiques figurant sur la liste des appareils orthopédiques de la Caisse d'assurance maladie sont pris en charge dans le cadre du régime de base, à concurrence du prix de référence (prix de gros le plus bas pour ces produits). Participation des patients limitée à 50% du prix des appareils orthopédiques. Les enfants de moins de 18 ans et les assurés qui ont besoin de prothèses pour les membres supérieurs et inférieurs, d'appareils auditifs ou orthoptiques, de fauteuils roulants ou d'appareillages de nettoyage physiologique sont exonérés du ticket modérateur.	10 % à 20% des frais restent à la charge de l'assuré. La part à la charge de l'assuré est plafonnée à 25% du salaire minimum national.	Gratuité des prothèses (à l'exception des prothèses dentaires) et des aides auditives. Lunettes : entièrement à la charge du patient.
13. Autres prestations	Examens préventifs pour les enfants et les adultes, calendrier de vaccination et autres mesures de prévention apparentées.	Il existe des programmes différents de prévention et de traitement couvrant l'ensemble des assurés, comprenant notamment des visites et examens médicaux et dentaires périodiques et réguliers pour les enfants, les femmes et les salariés, des campagnes de vaccination obligatoire, des programmes de lutte contre le sida, la tuberculose, la brucellose, les maladies transmissibles, de dépistage et de traitement du cancer du sein, de protection active des mères et des enfants ainsi que des programmes de protection sanitaire des personnes qui n'entrent dans aucun régime d'assurance.	Les frais de transport et autres frais importants sont remboursés pour les examens ou soins médicaux entrant dans le cadre de l'assurance maladie. Traitement médical à l'étranger pour les patients qui ont besoin d'un traitement ne pouvant être dispensé en Turquie.	Gratuité des examens médicaux préventifs pour les enfants. Gratuité des examens de prévention du cancer, des affections pulmonaires, etc., pour les adultes.