

Soins de santé

Législation en vigueur

ALBANIE

Loi n° 10107 du 30 mars 2009 sur les soins de santé en République d'Albanie (telle que modifiée).

La nouvelle loi n° 10383 du 24 février 2011 sur l'assurance maladie obligatoire en République d'Albanie est entrée en vigueur le 25 mars 2013, abrogeant la législation antérieure.

Loi n° 7703 du 11 mai 1993 sur l'assurance sociale en République d'Albanie, modifiée par la Loi n° 104/2014 du 31 juillet 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2015.

Code du Travail de l'Albanie, Loi n° 7961 du 12 juillet 1995 telle que modifiée par la loi n° 136 du 5 décembre 2015.

(dernière mise à jour des informations : Albanie 2019)

ARMENIE

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).

Loi du 20.11.2014 relative à la promotion de l'allaitement maternel et au chiffre d'affaires des produits alimentaires pour nourrissons.

Décret gouvernemental n° 318 de 2004 relatif à l'aide médicale gratuite et aux soins médicaux garantis par l'État.

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 no 642 du 30 mai 2019 établissant la liste des maladies pour lesquelles le coût des médicaments est entièrement ou partiellement remboursé à leur juste valeur pour des groupes sociaux ou d'autres groupes définis de la population et définissant la procédure de dispensation et de remboursement des médicaments aux bénéficiaires figurant sur la liste des groupes sociaux ou autres groupes définis de la population par le ministère de la Santé de la République d'Arménie et les organismes médicaux dispensant des soins de santé primaires en application du décret gouvernemental no 1717-N du 23 novembre 2006 relatif à la reconnaissance de l'invalidité.

Décret gouvernemental n° 24 du 23.06.2016 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° 11 du 24 mars 2016 (basé sur le protocole) relatif au Programme national de lutte contre la tuberculose et au plan de mise en œuvre pour l'Arménie pour la période 2016-2020.

Décret gouvernemental n° 10 du 17 mars 2016 (basé sur le protocole) relatif au Programme national de vaccination pour la période 2016-2020.

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.

Décret gouvernemental n° 907 du 22 août 2013 relatif à l'approbation des conditions et procédures des dons de sperme et du stockage des dons de sperme et des embryons provenant de donneurs à des fins de procréation ou à des fins autres que la procréation et abrogeant le décret gouvernemental n° 1273 du 2 octobre 2003.

Décret gouvernemental n° 214 du 22 mars 2013 portant approbation du décret gouvernemental relatif à la fixation des conditions d'utilisation, à la diversité des méthodes et aux pratiques médicales des techniques de reproduction assistées.

Décret gouvernemental n° 34 de 2016 relatif à l'approbation de la stratégie d'amélioration de la santé des enfants et des adolescents et du

Plan d'action pour la période 2016-2020.

Décret gouvernemental n° 1353 de 2015 relatif au programme national de promotion de l'allaitement au sein et au calendrier de mise en œuvre du Plan d'action 2016-2020 pour une alimentation saine et adaptée pour les nourrissons et les enfants en bas âge.

Décret gouvernemental n° 1330 de 2015 fixant la liste des maladies ouvrant droit à la scolarisation à domicile et annulant le décret gouvernemental n° 1506 du 26 octobre 2006.

Décret gouvernemental n° 326 de 2016 relatif à la coordination de l'information et des supports de formation relatifs à l'alimentation des nourrissons, à la nourriture pour bébés et aux produits associés envisagés par le programme national de promotion de l'allaitement au sein des nourrissons et des enfants en bas âge et à l'autorisation de la procédure.

Décret gouvernemental no 336 de 2020 relatif à l'observation épidémiologique des cas de maladie à coronavirus en République d'Arménie, au diagnostic, aux examens de laboratoire, à l'échantillonnage, à la prise en charge à domicile des patients présentant des symptômes modérés, au suivi médical et à la gestion clinique des patients et à la méthodologie certifiée de prévention des infections nosocomiales.

Décret gouvernemental no 1514-N de 2020 établissant une quarantaine en raison de la maladie à coronavirus (covid-19).

Le décret gouvernemental no 1625 du 1er octobre 2020 a étendu aux personnes blessées à la suite d'opérations militaires ou d'actes terroristes perpétrés par un État étranger contre la République d'Arménie la portée du décret gouvernemental n° 318 de 2004 relatif à l'aide médicale gratuite et aux soins médicaux garantis par l'État, conformément à l'Annexe 12.

Décret gouvernemental no 2129 de 2020 relatif au Programme national de vaccination pour la période 2021-2025.

AZERBAIDJAN

Loi du 28 octobre 1999 sur l'assurance-maladie.

Loi du 26 juin 1997 sur la santé.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH :

- Loi de la FBH sur les soins de santé n° 46/10, modifiée en 2013 (JO de la FBH no 75/13).

- Loi de la FBH sur l'assurance maladie (JO de la FBH, 30/97) modifiée en 2002, 2008, 2011 et 2018 (JO de la FBH, 7/02, 70/08, 48/11 et 36/18).

- Arrêté définissant le régime de base des droits en matière de santé (JO de la Fédération de BH, n° 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, n° 21/09).

Republika Srpska :

- Loi sur l'assurance maladie (JO de la RS, 18/99) modifiée en 2001, 2003, 2008 et 2009 (JO de la RS no 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 01/09, 106/09, 110/16, 94/19 et 44/20).

- Loi sur les soins de santé (JO de la RS no 106/09 et 44/15).

- Loi sur la protection de la population contre les maladies contagieuses (JO de la RS, n° 90/17, 42/20 et 98/20).

District de Brčko :

- Loi du district de Brčko sur la protection de la santé (JO du district de Brčko de BH no 2/01) modifiée en 2007 et 2008 (JO du district de Brčko de BH no 19/07 et 28/08).

- Loi du district de Brčko de BH sur l'assurance maladie (JO du district de Brčko de BH, 1/02) telle que modifiée (JO du district de Brčko de BH 7/02, 19/07, 02/08 et 34/08).

GEORGIE

- 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 06.08.01 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 12.07.06 sur les soins psychiatriques.

- Loi du 27 juin 2007 sur la santé publique.

- Loi du 17 novembre 2009 sur le VIH/sida.

- Décret ministériel n° 36 du 21 février 2013 sur le programme universel de santé.

- Décret ministériel n° 828 du 31 décembre 2020 relatif au programme national de santé.

MONTENEGRO

- Loi de 2016 sur l'assurance maladie obligatoire, modifiée en 2017, 2018 et 2019.
- Loi de 2016 sur les soins de santé, modifiée en 2017, 2018, 2019 et 2020.
- Règlement de 2018 de l'assurance maladie obligatoire détaillant les conditions et modalités d'exercice de certains droits.
- Décret de 2013 de l'assurance maladie obligatoire relatif à l'étendue des droits et aux normes en matière de soins de santé secondaires et tertiaires, modifié en 2020.
- Règlement de 2016 relatif à l'exercice des droits à des aides médicales techniques, modifié en 2017, 2018 et 2019.
- Règlement de 2011 définissant les critères pour la conclusion de contrats relatifs à la délivrance de soins et à leur méthode de paiement.
- Décision de 2016 relative au réseau des établissements de santé, modifiée en 2017 et 2018.

MACEDOINE DU NORD

Loi sur les services de santé (JO n° 43/2012), modifiée à plusieurs reprises.
Loi sur l'assurance maladie (JO n° 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), modifiée à plusieurs reprises.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

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 n° 411-XIII du 28 mars 1995 sur la protection de la santé.
Loi sur le budget de l'Etat, adoptée chaque année.
Loi n° 1456-XIII du 25 mai 1993 sur l'exercice de la pharmacie.
Loi n° 1409-XIII du 17 décembre 1997 relative aux médicaments.
Loi n° 1402-XIII du 16 décembre 1997 sur la santé mentale.
Loi n° 1585-XIII du 27 février 1998 relative à l'assurance maladie obligatoire.
Loi n° 382-XIV du 6 mai 1999 sur la circulation des narcotiques, des substances psychotropes et de leurs précurseurs.
Loi n° 139-XV du 10 mai 2001 relative à la Société de la Croix-Rouge en Moldova.
Loi n° 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 n° 552-XV du 18 octobre 2001 sur l'évaluation et l'accréditation de santé.
Loi n° 185-XV du 24 mai 2001 sur la santé reproductive et le planning familial.
Loi n° 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 n° 264-XVI du 27 octobre 2005 sur l'exercice de la médecine.
Loi n° 23-XVI du 16 février 2007 sur la prophylaxie du VIH/SIDA.
- Loi sur le financement de l'assurance maladie obligatoire, adoptée chaque année.
Loi n° 42-XVI du 6 mars 2008 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine humaine.
- Loi n° 241-XVI du 20 novembre 2008 relative aux dons de sang et à la transfusion sanguine.
- Décret gouvernemental n° 1387 du 10 décembre 2007 portant approbation du programme unique de l'assurance maladie obligatoire.

Stratégies :

Politique de santé nationale, approuvée par le décret gouvernemental n° 886 en date du 6 août 2007.
Stratégie de développement du système de soins primaires, approuvée le 6 décembre 2007 par le conseil du ministère de la Santé.

Partenariat public-privé pour la prestation de certains services de santé, approuvé par le décret gouvernemental n° 1116 du 10 décembre 2010.
Classification de services sanitaires complémentaires dispensés dans les établissements éducatifs médicalisés pour les enfants, les élèves et les étudiants, approuvée par le décret gouvernemental n° 934 du 4 août 2008.
Règlement relatif à la collaboration intersectorielle dans le domaine médicosocial afin de prévenir et réduire la mortalité à domicile des mères et des enfants de moins de 5 ans, approuvée par le décret gouvernemental n° 1182 du 24 décembre 2010.
Loi n° 10 du 3 mars 2009 sur le contrôle de la santé publique.
Loi n° 138 du 15 juin 2012 sur la santé reproductive.

FEDERATION DE RUSSIE

Loi fédérale n° 323-FZ du 21 novembre 2011 relative aux principes fondamentaux de la protection sanitaire des citoyens de la Fédération de Russie.

Loi fédérale n° 326-FZ du 29 novembre 2010 relative à l'assurance maladie obligatoire en Fédération de Russie.

Loi fédérale n° 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 n° 125-FZ du 24 juillet 1998 relative à l'assurance sociale obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Loi fédérale n° 178-FZ du 17 juillet 1999 relative à l'assistance sociale d'Etat.

Loi fédérale n° 370-FZ du 30 novembre 2011 sur le budget de la caisse d'assurance médicale obligatoire pour 2012 et pour la période de planification 2013-2014.

Loi fédérale n° 384-FZ du 2 décembre 2019 sur le budget de la caisse de l'assurance sociale de la Fédération du Russie pour 2020 et pour la période de planification 2021-2022

Depuis le 1er janvier 2012, Loi fédérale n° 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 n° 354-FZ du 30 novembre 2011 relative au montant et au calcul du taux des cotisations à l'assurance maladie obligatoire des inactifs.

Décret du gouvernement de la Fédération de Russie n° 932 du 18 octobre 2013 sur les garanties de l'Etat pour l'assistance médicale apportée aux citoyens pour l'année 2014 et la période de planification 2015-2016.

Loi fédérale n° 390-FZ dd du 8 décembre 2020 sur le budget de la caisse de l'assurance sociale de la Fédération de Russie pour 2021 et pour la période de planification 2022-2023

SERBIE

- Loi de 2019 sur les soins de santé.
- Loi de 2019 sur l'assurance maladie.
- Règlement de 2010 relatif aux conditions et procédures applicables aux droits à l'assurance maladie, révisé en 2011, 2013, 2017 et 2019.
- 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 2021.

TURQUIE

Loi n° 5510 du 31 mai 2006 sur l'assurance sociale et l'assurance maladie universelle.

UKRAINE

.Constitution ukrainienne.

Loi n° 1105 sur l'assurance chômage obligatoire.

(dernière mise à jour des informations de l'Ukraine 2019)

Principes de base

ALBANIE

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.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Régime financé par la fiscalité qui assure des prestations en nature à l'ensemble des bénéficiaires.

AZERBAIDJAN

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).

BOSNIE-HERZEGOVINE

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.

GEORGIE

Le système de santé est financé par la fiscalité générale, les budgets des collectivités locales et des subventions de l'État.

Programme national de santé : traitement des maladies financé par le budget de l'État (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'État.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

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 standards (non compris dans les services de base définis par le régime obligatoire).

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Le système de santé vise à garantir l'accès universel à des soins de santé de qualité. La liste des soins couverts par l'assurance maladie obligatoire est fixée par le Programme unique de l'assurance maladie obligatoire. Les soins qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sont acquittés directement auprès du prestataire sur la base du tarif des services médicaux approuvé par décret du gouvernement.

Les soins de santé primaire, les soins d'urgence préhospitaliers et les traitements sont entièrement pris en charge pour les personnes atteintes des affections suivantes, qu'elles soient assurées ou non : tuberculose, troubles psychotiques et autres troubles mentaux et comportementaux, alcoolisme et toxicomanie, affections hématologiques et oncologiques malignes avérées, VIH/sida et syphilis, hépatite virale A aigüe, botulisme, méningite et méningo-encéphalite d'origine virale, bactérienne et parasitaire, épidémie de grippe, varicelle, rougeole, leptospirose, malaria, fièvre typhoïde, paratyphus et typhus exanthématique, choléra, tétanos, anthrax, brucellose, épidémie d'oreillons, rage, trichinose, peste, yersiniose, tularémie, diphtérie, polio et rubéole.

Les personnes non salariées et les personnes non couvertes par le budget de l'État doivent s'affilier individuellement à l'assurance maladie obligatoire en s'acquittant de la prime fixe d'assurance dont le montant et les échéances sont fixés par la loi.

FEDERATION DE RUSSIE

Les assurés sont tenus de cotiser à l'assurance maladie obligatoire.

Les droits de l'assuré au regard de l'assurance maladie obligatoire sont garantis par l'État.

Prise en charge médicale des assurés (y compris des victimes d'accidents du travail).

SERBIE

Régime d'assurance sociale obligatoire financé par cotisations et couvrant les salariés, les travailleurs indépendants, les exploitants agricoles et les membres de leur famille, ainsi que les catégories d'assurés dont les cotisations sont prises en charge par l'Etat. Système de prestations en nature.

TURQUIE

UKRAINE

Prestations en nature délivrées par l'Etat et les collectivités locales aux résidents permanents, sur la base de droits individuels.

(dernière mise à jour 2019)

Champ d'application

Bénéficiaires

ALBANIE

Tous les résidents assurés.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Soins primaires : tous les résidents (régime universel).

Soins secondaires en policlinique : tous les résidents.

Soins secondaires et tertiaires : Tous les résidents. Seules les catégories ci-après sont couvertes par l'État.

- Enfants de moins de 1 an (soins hospitaliers et en policlinique).
- 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.
- Personnes de 18 à 23 ans sans soutien parental.
- Personnes effectuant leur service militaire et les membres de leur famille.

- Groupes de population vulnérables (avec un score de vulnérabilité supérieur à 28,01 points dans le cadre du système de prestations en faveur des familles démunies).
- Invalides de catégorie I.
- invalides de catégorie II,
- invalides de catégorie III,

- femmes en âge de procréer, pendant les périodes de grossesse et de congés maternité,
- Personnes qui ont été victimes de la traite d'êtres humains.

- Membres des services de secours et leurs familles et anciens membres des services de secours retraités ou invalides et membres de la famille de membres des services de secours morts en service.
- Personnes arrêtées, détenues et condamnées.
- résidents d'orphelinat, de foyers pour personnes âgées et de structures d'hébergement temporaires pour sans-abri,
- demandeurs d'asile et membres de leur famille,
- Personnes dégagées de leurs obligations en raison d'une maladie ou d'une blessure pendant leur service militaire mais qui ne sont pas reconnues comme invalides à l'issue d'une expertise médico-sociale (soins médicaux hospitaliers et services dispensés dans le cadre d'un programme individuel de réhabilitation élaboré par l'organisme public compétent en matière médico-sociale).
- Personnes victimes de la répression.

Assurance obligatoire (soins secondaires et tertiaires) :

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.

Les personnes blessées au cours d'une période d'état d'urgence en République d'Arménie ou en République d'Artsakh ou lors d'opérations militaires ou terroristes bénéficient aussi d'une prise en charge gratuite garantie par l'État (soins hospitaliers chirurgicaux et thérapeutiques, soins et services médicaux, examens diagnostiques spéciaux et inaccessibles, soins et services médicaux recourant aux techniques les plus récentes et onéreuses).

AZERBAIDJAN

Veillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.
Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.
Les données 2019 figurent ci-après.

Résidents permanents.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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.
- Agriculteurs 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 vieillesse et invalidité de la Fédération.
- Bénéficiaires de pensions ordinaires et d'invalidité résidant sur le territoire de la Fédération, qui liquident leurs droits 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 couvertes par 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'invalides (invalides de guerre, invalides civils ou invalides civils 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 de 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) personnes non assurées de plus de 18 ans :

- assistance en cas d'urgence vitale ;
- traitement des 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 dispensés aux 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 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.
- Agriculteurs commerciaux.
- Agriculteurs non commerciaux.
- Bénéficiaires de droits au titre de la réglementation relative aux droits des anciens combattants, des invalides de guerre, des familles des anciens combattants de la guerre de défense patriotique et aux droits des victimes civiles de guerre et des victimes de tortures de guerre.
- Responsable d'une société ou d'une organisation qui se retrouve sans emploi et a droit à une indemnisation.
- Titulaires d'une pension en vertu de la réglementation relative à l'assurance vieillesse et invalidité de la Republika Srpska ou de la Fédération de BH s'ils résident sur le territoire de la Republika Srpska.
- Personnes licenciées pour causes économiques et indemnisées conformément à la législation du travail.
- Titulaires de pensions ou d'indemnités de reconversion, de qualification ou d'accès à l'emploi, dont le droit à prestation découle de la réglementation relative aux prestations de vieillesse et d'invalidité.
- Citoyens de la Republika Srpska résidant sur le territoire de la république et percevant des prestations de vieillesse ou d'invalidité à taux plein ou partiel d'un assureur étranger.
- Bénéficiaires de l'assurance maladie en vertu de la législation régissant leurs droits en matière de protection sociale.
- Personnes réfugiées, déplacées et rapatriées, si elles ne sont pas assurées par ailleurs.
- Ressortissants étrangers étudiant en Republika Srpska, sauf dispositions contraires découlant de traités internationaux.
- Sportifs professionnels.
- Personnes assurées volontairement à l'assurance maladie obligatoire.
- Enfants de moins de 15 ans, élèves et étudiants jusqu'à la fin de leur scolarité ou de leurs études, mais au maximum jusqu'à l'âge de 26 ans.
- Femmes enceintes et dans les 12 mois suivant l'accouchement.
- Personnes de plus de 65 ans.
- Personnes handicapées.
- Personnes atteintes de retard mental.
- Personnes ne disposant d'aucun revenu.
- Personnes infectées par le VIH, atteintes du sida ou d'autres maladies visées dans la loi relative à la protection de la population relative aux maladies contagieuses.
- Personnes atteintes d'affections malignes, d'hémophilie, de diabète, de psychoses, d'épilepsie, de sclérose en plaque, de mucoviscidose ou de rhumatisme articulaire aigu.
- Personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique en phase terminale.
- Personnes recevant des soins médicaux d'urgence.
- Donneurs et receveurs d'organes, de tissus ou de cellules d'origine humaine.
- Personnes atteintes d'une maladie rare selon la nomenclature de l'Institut de santé publique.
- Personnes en état de coma vigil.
- 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 Brčko :

- 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.
- Pensionnés.
- Bénéficiaires d'un programme de réadaptation professionnelle et de retour à l'emploi, conformément à la Loi sur l'assurance vieillesse et invalidité.
- Titulaires de pensions de vieillesse et d'invalidité qui perçoivent leurs pensions d'une caisse étrangère.
- Chômeurs enregistrés auprès des services pour l'emploi du District.
- Invalides, invalides de guerre et invalides civils de guerre.
- Bénéficiaires d'allocations familiales pour handicapés, s'ils ne sont pas assurés par ailleurs.
- Bénéficiaires de l'assistance sociale.

GEORGIE

Personnes titulaires d'une carte d'identité de la Géorgie, d'une carte d'identité neutre, de documents de voyage neutres pour les habitants des territoires occupés, ainsi que les personnes dont le statut d'apatride, de demandeur d'asile, de réfugiés et de personne sous protection humanitaire est reconnu en Géorgie.

MONTENEGRO

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'Église, chômeurs, personnes purgeant des peines de prison, membres des familles de toutes ces catégories de personnes, ressortissants étrangers demandeurs de la protection internationale, demandeurs d'asile, ressortissants étrangers sous protection subsidiaire et sous protection temporaire en application de la législation relative aux ressortissants étrangers sous protection internationale et temporaire.

MACEDOINE DU NORD

- Salariés.
- Pensionnés.
- Personnes provisoirement sans emploi pendant la durée d'indemnisation du chômage.
- Bénéficiaires de la protection sociale, enfants handicapés percevant l'allocation spéciale.
- 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'État 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).

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

En vertu de la Loi n° 1585 – XIII du 27 février 1998 relative à l'assurance maladie obligatoire, les catégories de personnes suivantes sont assurées du fait qu'elles paient des cotisations :

- salariés ;
- travailleurs indépendants (chefs d'entreprises, agriculteurs, écrivains, artistes, etc.) ;
- ressortissants étrangers et apatrides résidant légalement en Moldova.

Certaines catégories de personnes sont assurées par l'État même si elles ne paient pas de cotisations :

- élèves scolarisés de la 3e à la 8e conformément à l'article 12 du Code de l'éducation de la République de Moldova, y compris ceux qui sont scolarisés à l'étranger ;
- 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 au chômage ;
- personnes s'occupant à domicile d'une personne lourdement handicapée qui a besoin des soins et/ou de la surveillance constante d'un tiers ;
- mères de quatre enfants ou plus ;
- personnes de familles défavorisées bénéficiant de l'aide sociale (octroyée en vertu de la Loi n° 133-XVI du 13 juin 2008) ;
- ressortissants étrangers bénéficiant d'une protection au titre d'un programme d'intégration, pendant la durée de ce programme ;
- donneurs d'organes.

FEDERATION DE RUSSIE

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

SERBIE

Personnes assurées à titre personnel :

- salariés,
- travailleurs indépendants,
- exploitants agricoles.
- bénéficiaires de pension ;
- chômeurs percevant des indemnités de chômage ;
- personnes à charge de ces catégories (voir Ayants droit).

Catégories de personnes pour lesquelles les cotisations sont prises en charge par l'État :

- enfants de moins de 18 ans (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 ;
- réfugiés provenant d'anciennes républiques de l'ex-Yougoslavie ;
- personnes traitées pour le sida, pour certaines maladies infectieuses, cancéreuses et autres, selon la réglementation correspondante ;
- victimes de la traite d'êtres humains ;
- victimes de violences familiales.
- anciens combattants dont le statut est défini par la Loi sur la protection des anciens combattants.

TURQUIE

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 répond à des critères d'indigence. Hormis ce cas, la seule condition émise pour tous les assurés est de résider en Turquie. Les personnes qui ne résident pas dans le pays ne peuvent pas être couvertes par l'assurance maladie universelle. Les catégories de personnes couvertes par l'assurance maladie universelle sont énumérées à l'article 60 de la Loi n° 5510.

Ces catégories sont les suivantes :

- les assurés ;
- les assurés volontaires ;
- les personnes dont le revenu familial par tête est inférieur à un tiers du salaire minimum et les enfants de citoyens turcs âgés de moins de 18 ans qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie universelle à titre personnel et ne sont pas à la charge d'un assuré satisfaisant aux conditions de ressources ;
- les apatrides et demandeurs d'asile ;
- les personnes percevant une pension ou un complément de revenus en vertu des lois n° 2022, 1005, 3292, 2330, 422 et 2913 ;
- les personnes bénéficiant gratuitement de services de protection, de soins et de réadaptation et les orphelins de nationalité turque de moins de 18 ans ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité de guerre et les personnes percevant un salaire en vertu de la Loi contre le terrorisme ;
- 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 ;
- les personnes percevant des indemnités de chômage et une allocation de travail de courte durée ;
- les personnes percevant un revenu ou une pension en vertu de la Loi n° 5510 et des lois relatives à la sécurité sociale qui étaient en vigueur avant la Loi n° 5510 ;
- les personnes qui n'appartiennent à aucune des catégories ci-dessus et qui 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 des assurés au titre d'un contrat de travail (4/a) et de leurs ayants droit est soumise au paiement de 30 jours pleins de cotisation au cours de l'année précédant la demande de soins.

Les catégories de personnes suivantes sont tenues de payer des cotisations :

- les salariés assurés, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires ;
- les salariés assurés, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires ;
- les assurés volontaires ;
- les ressortissants étrangers disposant d'un permis de séjour et qui ne sont pas couverts par l'assurance sociale d'un autre État, à la condition que le principe de réciprocité soit applicable ;
- les personnes percevant des indemnités de chômage et une allocation de travail de courte durée ;
- les avocats stagiaires ;
- les étudiants étrangers en Turquie (s'ils demandent à être assurés volontairement).

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 professionnelle ;
- les personnes atteintes d'une maladie infectieuse à déclaration obligatoire ;
- les personnes qui reçoivent des soins préventifs ;
- les personnes recevant des soins pour abus de substances ;
- les personnes recevant des soins de maternité ;
- les personnes recevant des soins en situation de catastrophe, de guerre, de grève et de lock-out et à la suite d'accidents de la route.

UKRAINE

Tous les citoyens.

(dernière mise à jour 2019)

Exemptions de l'obligation d'assurance

ALBANIE

Néant.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Non applicable, sauf pour les fonctionnaires, bénéficiaires du programme social (montant crédité au bénéfice de certaines catégories de fonctionnaires, qui peuvent l'utiliser dans les buts suivants :)

- acquisition de la couverture d'assurance maladie pour les salariés (obligatoire) et leur famille ;
- remboursement d'emprunts hypothécaires ;
- frais de scolarité ;
- vacances sur le territoire de la République d'Arménie et la République du Haut Karabakh.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

L'assurance maladie obligatoire n'est pas en vigueur dans tout le pays mais seulement dans plusieurs régions pilotes. Elle sera prochainement étendue à tout le pays.

À compter de 2020, tout le pays sera couvert par l'assurance maladie obligatoire.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :

Néant.

GEORGIE

Néant.

MONTENEGRO

Pas d'exemptions.

MACEDOINE DU NORD

Néant.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

FEDERATION DE RUSSIE

Néant.

SERBIE

Néant.

TURQUIE

Fonctionnaires : néant.

Salariés : néant.

UKRAINE

Néant.

(dernière mise à jour 2019)

Assurés volontaires

ALBANIE

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.

La base de calcul des cotisations à l'assurance maladie en cas d'affiliation volontaire est de deux fois le salaire minimum retenu pour le calcul des cotisations.

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 (22000 ALL, soit 151 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.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Sans objet.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Sans objet.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :

Néant.

GEORGIE

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.

MONTENEGRO

Néant.

L'assurance complémentaire a été supprimée par les modifications apportées en 2019 à la Loi sur l'assurance maladie obligatoire.

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

La législation prévoit la possibilité de souscrire volontairement une assurance maladie en complément de l'assurance obligatoire pour les prestations qui ne sont pas couvertes par cette dernière.

FEDERATION DE RUSSIE

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.

SERBIE

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.).

TURQUIE

Les assurés volontaires sont couverts par le régime d'assurance maladie universelle.

Conditions :

- résider légalement en Turquie ;
- avoir au moins 18 ans ;
- ne pas exercer d'activité professionnelle ou exercer une activité moins de 30 jours par mois.

UKRAINE

Sans objet.

(dernière mise à jour 2019)

Ayants droit

ALBANIE

Droit individuel.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Republika Srpska :

Les personnes suivantes sont couvertes si elles sont à la charge de l'assuré :

- conjoint.
- enfants (légitimes, illégitimes, adoptés, enfants du conjoints) 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 Brčko :

- conjoint(e),
- enfants, enfants adoptés et enfants du conjoint.

GEORGIE

Droit individuel, aucun droit dérivé.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

Le conjoint et les enfants.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Néant.

FEDERATION DE RUSSIE

Affiliation individuelle, pas de droits dérivés.

SERBIE

- Enfants de moins de 18 ans (jusqu'à 26 ans pour les étudiants).
- Enfants à charges.
- Conjoints.
- Autres membres de la famille à charge (grands-parents, petits-enfants, frères et sœurs).
- Partenaire non marié (concubin).

TURQUIE

- Conjoint non assuré.
- Mineurs (jusqu'à 18 ans ou 25 pour les étudiants).
- Parents à charge.
- Enfants handicapés, sans limite d'âge.

UKRAINE

Droit individuel, aucun droit dérivé.

(dernière mise à jour 2019)

Conditions

Durée minimale d'affiliation

ALBANIE

Non applicable.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Néant.

AZERBAIDJAN

Pas de durée minimum d'affiliation requise.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :

Néant.

GEORGIE

Néant.

MONTENEGRO

Néant.

MACEDOINE DU NORD

Aucune, l'intéressé peut bénéficier de services médicaux à compter du jour où il est assuré.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Aucune, sauf pour les travailleurs indépendants, qui doivent acquitter la totalité de la cotisation à l'assurance maladie obligatoire due pour l'année en cours avant le 31 mars. En cas de retard, ils sont soumis à un délai de carence de 7 jours calendaires à compter du paiement effectif des cotisations.

FEDERATION DE RUSSIE

Pas de durée d'affiliation requise ; la couverture prend effet dès la signature de l'accord d'assurance individuel ou collectif.

SERBIE

Incapacité non liée au travail :

- être assuré sans interruption depuis au moins 3 mois ou avoir été assuré 6 mois au cours des 18 derniers mois.

Accident du travail, maladie professionnelle ou aide d'urgence :

- pas de durée minimale d'assurance.

TURQUIE

Les fonctionnaires recrutés avant le 1er octobre 2008 avaient le droit aux prestations en espèces dès leur prise de fonction (il n'y avait pas de délai de carence).

Pour les personnes entrées dans la fonction publique depuis le 1er octobre 2008 et pour les 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.

UKRAINE

Néant.

(dernière mise à jour 2019)

Durée des prestations

ALBANIE

Illimité.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Pour la durée de la maladie.

AZERBAIDJAN

Illimité.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :
Pour la durée de la maladie.

GEORGIE

Pour la durée de la maladie.

MONTENEGRO

Illimitée ; pour la durée de la maladie.

MACEDOINE DU NORD

Pour la durée de la maladie.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Pour les personnes inscrites au chômage, selon les conditions fixées par la loi.

FEDERATION DE RUSSIE

Illimité.

SERBIE

Illimitée

TURQUIE

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 dans l'année précédant la fin de l'assurance, 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.

UKRAINE

Illimité.

(dernière mise à jour 2019)

Organisation

Médecins : agrément, rémunération

ALBANIE

Les médecins sont salariés par les centres de soins ou les hôpitaux.
Les affectations sont décidées par le directeur et approuvées par le ministère de la Santé et de la Protection sociale.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Les soins de santé sont dispensés par des médecins agréés dans des établissements de soins publics et privés.

Il existe différents modes de rémunération des médecins : paiement à l'acte, salaire fixe ou salaire de base plus capitation pour chaque patient traité.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.
Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.
Les données 2019 figurent ci-après.

Les médecins travaillant dans le système de santé public sont employés par l'Etat et travaillent dans des établissements de soins appartenant à l'Etat. Ils perçoivent un salaire fixe, indépendant du nombre de patients traités ou d'actes pratiqués.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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. Si les établissements de soins privés sont conventionnés par la Caisse d'assurance maladie, les patients ont les mêmes droits que dans les établissements publics. Les rémunérations sont réglementées par la Loi sur les salaires des employés des établissements publics du secteur de la santé de la Republika Srpska (JO de la RS n° 11/09 et 66/18).

District de Brčko :
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.

GEORGIE

Médecins agréés par l'État. 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.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

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, composée à 70% d'une part fixe et à 30% d'une part variable dépendant de la mise en oeuvre des mesures et activités de prévention.

Consultations médicales spécialisées : rémunération à l'acte.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Le personnel médical est recruté par les établissements de soins. Les directeurs sont salariés par l'autorité de financement (ministère de la santé ou collectivités locales). Les établissements de soins (publics et privés) sont accrédités par le Conseil national d'évaluation et d'accréditation et conventionnés par la Caisse nationale d'assurance maladie, sous le contrôle du ministère de la Santé, des établissements publics et des syndicats.

FEDERATION DE RUSSIE

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

SERBIE

Médecins salariés d'établissements publics de santé et médecins d'autres institutions conventionnées par la Caisse nationale d'assurance maladie (RFZO).

TURQUIE

Régime général : médecins exerçant dans des hôpitaux privés conventionnés, des hôpitaux publics et universitaires ou en libéral.

UKRAINE

Le personnel médical est recruté par les autorités responsables de chaque établissement médical et par le ministère de la Santé.

(dernière mise à jour 2019)

Établissements hospitaliers

ALBANIE

Les hôpitaux publics ne disposent pas de leur propre budget ; leurs investissements sont financés par le budget de l'État et l'ensemble de leurs autres activités par la Caisse d'assurance maladie obligatoire.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Les établissements publics sont financés par le budget de l'Etat.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 du classement des hôpitaux par catégories, JO de la RS n° 13/12). Les hôpitaux peuvent être enregistrés comme établissements spécialisés sans entrer dans ces catégories (Loi sur les soins de santé, JO de la RS no 106/09 et 44/15).

District de Brčko :

Les hôpitaux du District de Brčko 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.

GEORGIE

Établissements publics ou privés sous contrat avec l'Agences nationale de la santé.

MONTENEGRO

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

MACEDOINE DU NORD

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 (pluri)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 un hôpital donné se compose à 70% d'une dotation compensatoire de base (indépendante du nombre d'actes pratiqués), à 20% d'une part variable basée sur les dépenses et les soins de santé dispensés aux assurés au cours des trois années précédentes et sur le type et le volume de soins à dispenser (en fonction de groupes de diagnostic) et à 10% d'une part variable basée sur la performance (lorsque les objectifs convenus sont atteints).

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Trois niveaux d'hôpitaux publics assurent l'accès aux soins hospitaliers : des hôpitaux municipaux et des hôpitaux de district, financés par la collectivité territoriale concernée ; des hôpitaux nationaux, financés par le ministère de la Santé ; des hôpitaux sectoriels, financés par différents ministères (ministères de l'intérieur, de la défense, des transports et des chemins de fer, etc.).

Il y a aussi des hôpitaux privés.

FEDERATION DE RUSSIE

Établissements 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'État 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.

Les hôpitaux de l'Etat (municipal) et les cliniques privées ayant conclu un accord avec une compagnie d'assurance - apportent des soins médicaux à la charge de l'assurance médicale obligatoire.

SERBIE

Hôpitaux publics et hôpitaux privés sous convention avec la caisse d'assurance maladie. L'assurance prend en charge le coût des interventions médicales d'urgence dans tous les établissements de soins.

TURQUIE

Hôpitaux publics, hôpitaux universitaires et hôpitaux privés conventionnés (non conventionnés en cas d'urgence).

UKRAINE

Gratuité du traitement médical de base.

(dernière mise à jour 2019)

Prestations

Traitement médical - Choix du médecin

ALBANIE

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.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Le patient a le libre choix d'une polyclinique dans sa zone de résidence.

AZERBAIDJAN

Libre choix de tout médecin sous contrat avec l'Etat (les patients sont inscrits à la polyclinique du lieu indiqué sur leur permis de résidence).

BOSNIE-HERZEGOVINE

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. (Loi sur les soins de santé, JO de la RS no 106/09 et 44/15.)

District de Brčko :

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.

GEORGIE

Libre choix d'un médecin conventionné par l'assurance maladie ou l'Agence nationale de la santé.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Un nouveau système d'enregistrement chez les médecins traitants est en vigueur depuis le 1er septembre 2008.
Les modalités sont les suivantes :
- enregistrement initial auprès d'un médecin traitant ;
- changement de prestataire. L'enregistrement auprès d'un médecin traitant et le changement de médecin traitant 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.

FEDERATION DE RUSSIE

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

SERBIE

Libre choix du médecin dans les établissements publics et autres conventionnés par la Caisse d'assurance maladie. 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.

TURQUIE

Libre choix du médecin parmi les prestataires conventionnés.

UKRAINE

Les patients doivent être inscrits auprès d'un médecin généraliste de leur quartier.

(dernière mise à jour 2019)

Traitement médical - Accès à des spécialistes

ALBANIE

Pour les traitements qui ne revêtent pas un caractère d'urgence, sur décision du médecin généraliste.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Sur recommandation du médecin de famille, du thérapeute, du pédiatre ou du neurospécialiste.

Les médecins pratiquant en policlinique (médecins de famille, thérapeutes et pédiatres) sont rémunérés en fonction du nombre de patients inscrits.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.
Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.
Les données 2019 figurent ci-après.

Les patients peuvent s'adresser directement au spécialiste.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH et District de Brčko :
Sur recommandation du médecin traitant.

Republika Srpska :

Les patients peuvent choisir librement leur médecin en cas de soins hospitaliers, sans avoir à être enregistrés.

Les patients ont le libre choix des spécialistes pour les consultations spécialisées.

Ils doivent avoir une recommandation du médecin traitant

GEORGIE

Libre choix de prestataires conventionnés par l'Agence nationale de la santé (les patients n'ont pas besoin d'une prescription de leur médecin traitant ou d'un généraliste pour pouvoir consulter un spécialiste).

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

Uniquement sur recommandation du médecin traitant pour inscription sur la Liste d'attente pour les consultations et interventions chirurgicales programmées, qui est gérée par les établissements de soins.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Accès aux spécialistes sur prescription du médecin traitant. L'arrêté gouvernemental n° 1387 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, les services préhospitaliers d'urgence ou 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.

FEDERATION DE RUSSIE

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

SERBIE

Sur avis du médecin de famille (système de médecin référent).

TURQUIE

Libre choix du médecin et accès direct aux spécialistes.

UKRAINE

Sur recommandation du médecin de quartier.

(dernière mise à jour 2019)

Traitement médical - Paiement du médecin

ALBANIE

Les médecins des services de santé primaires sont payés au nombre de patients.

Les médecins employés par les hôpitaux publics sont payés par le budget de l'Etat.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Système de prestations en nature.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :

Système de prestations en nature.

GEORGIE

Système de prestations en nature.

MONTENEGRO

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 exonérées 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.

MACEDOINE DU NORD

Système de prestations en nature.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Les médecins salariés perçoivent un salaire fixe, indépendant du nombre de patients traités ou d'actes pratiqués.

Les personnels médicaux peuvent bénéficier de primes mensuelles individuelles pour aptitudes professionnelles exceptionnelles sur la base d'indicateurs de performance.

FEDERATION DE RUSSIE

L'établissement médical fournit au patient les services médicaux inclus dans le programme de l'assurance médicale obligatoire. Le règlement des services d'un établissement médical est effectué par une compagnie d'assurance médicale.

SERBIE

Systèmes de prestations et de services en nature. La Caisse d'assurance maladie peut rembourser le prix de certains services payés personnellement par l'assuré sur présentation des justificatifs. Les examens diagnostiques, les examens spécialisés ou les soins de réhabilitation peuvent être remboursés à la condition que l'assuré ait reçu un certificat de l'établissement de soins public confirmant que l'examen ou les soins de réhabilitation ne peuvent être dispensés dans un délai de trente jours. Les plafonds de remboursement sont fixés annuellement par la Caisse d'assurance maladie 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.

TURQUIE

Système de prestations en nature.

UKRAINE

Système de prestations en nature.

(dernière mise à jour 2019)

Traitement médical - Participation du patient

ALBANIE

Néant.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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, sauf pour les enfants de moins de 18 ans. Le montant appliqué pour cette participation est différent dans la capitale et dans le reste du pays.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.
Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 :

Participation du patient pour tous les services de santé, y compris les hôpitaux ; la participation est en moyenne de 10% à 25%.
Le taux de participation dépend du type de soins médicaux ; le barème est établi par les caisses d'assurance.

GEORGIE

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 soins palliatifs pour les malades incurables : la part des soins hospitaliers à la charge des patients est de 30 %.
Dans le cadre du programme universel de soins pour les enfants de moins de 5 ans, les pensionnés, les personnes invalides et les étudiants, la participation est de 20 % pour les soins hospitaliers d'urgence, sauf pour les enfants, et de 10 % pour les pensionnés, de 20 % pour les interventions chirurgicales (10 % pour les pensionnés) et de 500 GEL pour les soins périnataux.
Pour le reste de la population, elle est de 30 % pour les soins instrumentaux, de 30 % pour les hospitalisations d'urgence et les interventions chirurgicales (10 % pour les pensionnés) et de 500 GEL pour les soins périnataux.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

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 27.182 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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

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

FEDERATION DE RUSSIE

Le patient couvre le coût des soins médicaux fournis qui dépassent le programme de l'Etat garantissant les soins médicaux gratuits aux citoyens de la Fédération de Russie, approuvé pour l'année correspondante.

SERBIE

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 Caisse d'assurance maladie pour y recevoir des soins, l'intégralité des frais est prise en charge, b) les salariés en détachement paient 5% des frais.

TURQUIE

Participation :

La participation est le montant dû par le titulaire de l'assurance maladie universelle ou par les personnes à sa charge pour bénéficier des services de santé.

Les soins suivants sont soumis à une participation :

- Examen de médecine générale et dentaire en ambulatoire.
- Médicaments délivrés pour traitement ambulatoire.
- Orthèses, prothèses, appareils et équipements nécessaires au traitement.
- Traitement de procréation médicalement assistée (FIV).

Participation pour traitement ambulatoire :

- auprès de prestataires de soins de niveau secondaire : 6 TRY.
- auprès d'hôpitaux de recherche et de formation dépendant du ministère de la Santé et de prestataires de soins tertiaires assimilés aux hôpitaux universitaires : 7 TRY.
- dans les hôpitaux universitaires : 8 TRY.-
- auprès de prestataires de soins privés : 15 TRY.

(Pas de participation pour les soins de généralistes et de dentistes dans le cadre des soins primaires).

Participation pour les médicaments dispensés en ambulatoire : 10% du prix des produits pharmaceutiques pour les pensionnés et leurs ayants droit et 20% pour les autres personnes.

Participation pour les prothèses et orthèses externes (appareils optiques et dentaires et autres prothèses et orthèses) : 10% pour les pensionnés et leurs ayants droit et 20% pour les autres personnes. Cette participation est plafonnée à 75% du salaire minimum brut.

Participation pour les traitements de procréation médicalement assistée (FIV) :

Premier essai : 30%

Deuxième essai : 25%

Troisième essai : 20%

Participation supplémentaire :

Les hôpitaux privés et les hôpitaux appartenant à des fondations universitaires peuvent demander aux assurés et à leurs ayants droit une participation deux fois supérieure à celle fixée par le Communiqué d'application des soins de santé.

UKRAINE

Néant.

(dernière mise à jour 2019)

Traitement médical - Exemption ou réduction de la participation du patient

ALBANIE

Les personnes non assurées peuvent consulter un médecin généraliste sans payer.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Sans objet.

AZERBAIDJAN

Sans objet.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 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 insulino-dépendant,
- paraplégie et tétraplégie,
- dystrophie musculaire,

- sclérose en plaques,
- infirmité motrice cérébrale,
- troubles mentaux.

District de Brčko :

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 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 donneurs de sang.

Republika Srpska :

Des dispenses de participation peuvent être accordées en fonction du type de traitement, de l'état de santé du patient et ou des catégories de patients.

Traitements faisant l'objet d'une dispense de participation :

- les mesures de prévention et de dépistage précoce de maladies,
- les consultations et examens médicaux dans le cadre du planning familial,
- les soins dispensés pendant la grossesse et les congés de maternité,
- les fécondations in vitro,
- les examens médicaux et traitement des maladies contagieuses,
- les soins d'urgence et traitements dispensés dans les cas d'urgence absolue,
- les examens médicaux, traitements et programmes de réhabilitation consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pathologies donnant droit à une dispense de participation :

- affections malignes,
- diabète,
- hémophilie,
- épilepsie,
- dystrophies musculaires,
- infirmité motrice cérébrale,
- sclérose en plaques,
- ostéogenèse imparfaite (phase terminale),
- paraplégie et tétraplégie,
- affections rénales chroniques,
- maladie cœliaque et phénylcétonurie,
- rhumatisme articulaire aigu,
- épidermolyse bulleuse héréditaire.
- transplantations d'organes,
- examens médicaux et traitement de maladies bucco-dentaires pour les personnes atteintes de malformations congénitales et acquises de la bouche et de la dentition.

Catégories de personnes bénéficiant d'une dispense de participation :

- Enfants de moins de 15 ans.
- Personnes de plus de 65 ans.
- Invalides de guerres et membres des familles de soldats morts au combat.
- Aveugles de catégorie I et II.
- Donneurs de sang volontaires qui ont fait au moins dix dons ou lorsque le dernier don a eu lieu dans l'année écoulée s'ils ont fait moins de dix dons.
- Bénéficiaires de prestations sociales et personnes placées en institutions si les cotisations sont prises en charge par le Centre de protection sociale.
- Retraités dont la pension ne dépasse pas la pension minimum selon les dernières données publiées.
- Personnes atteintes d'un retard mental sévère.
- Personnes atteintes de troubles mentaux qui représentent un danger pour elles-mêmes et pour les autres.
- Accompagnement d'un assuré lors d'une hospitalisation.

GEORGIE

Prise en charge intégrale des coûts par le budget de l'État pour les catégories de personnes suivantes :

- Enfants de moins de 0 à 5 ans.
- Pensionnés.
- Personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté.

- Enseignants.
- Anciens combattants.
- Enfants orphelins.
- Personnes déplacées dans des zones densément peuplées après la guerre de 2008.

MONTENEGRO

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 67 ans.

Les personnes en situation de détresse sociale bénéficiant à ce titre de prestations sociales et 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.

MACEDOINE DU NORD

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 ;
- pour les bénéficiaires de la garantie de ressources minimums, les personnes en incapacité de travail, les bénéficiaires d'une assistance financière, les personnes en soins résidentiels et en famille d'accueil, les enfants ayant des besoins spéciaux (enfants atteints de handicaps physiques et/ou mentaux), les patients hospitalisés en psychiatrie, les personnes atteintes de troubles mentaux et sans soutien de famille, les donneurs de sang et de tissus ;
- pour les assurés qui ont atteint le plafond annuel de participation du patient pour les inséminations artificielles (homologues et hétérologues) pour le premier, deuxième, troisième et quatrième enfant, dans la limite de trois tentatives infructueuses (voir ci-dessus « Traitement médical : participation du patient ») ;
- pour les prestations des établissements de soins liés au diagnostic et au traitement de la covid-19 pendant la durée de la pandémie.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

En fonction de l'état du patient, les soins hospitaliers peuvent être programmés ou dispensés en urgence. L'admission obéit aux normes méthodologiques de mise en œuvre du Programme unique de l'assurance maladie obligatoire (règles de gestion pratique des maladies).

FEDERATION DE RUSSIE

Dispense ou réduction de la participation du patient dans les cas suivants :

- pour certaines catégories d'assurés (invalides, anciens combattants, etc.) ; en cas de traitement de certains types de maladies ; les soins médicaux dispensés pendant l'accouchement ; victimes d'accidents graves du travail.

SERBIE

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,
- aveugles ;
- personnes percevant l'indemnité de soins de longue durée en espèces ;
- 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.

TURQUIE

Dispense de participation dans les cas suivants :

- traitements et médicaments dispensés aux patients hospitalisés,
- maladies chroniques et soins dispensés en cas d'urgence vitale,
- accidents du travail et maladies professionnelles,
- urgences,
- examens par le médecin traitant et services prophylactiques,
- greffe d'organes, de tissus et de cellules souches,
- examens de contrôle,
- soins dispensés en cas de catastrophes et de guerre,
- soins dispensés aux personnes entrant dans le champ d'application de la législation anti-terroriste,
- examens de contrôle dans le cadre d'enquêtes menées par l'institution,
- personnels militaires étrangers en formation et leurs ayants droit dans le pays (au titre d'accords de coopération internationale pour la formation des militaires).

Autres dispenses :

- urgences,
- soins intensifs,
- traitement des grands brûlés,
- traitement du cancer (radiothérapie, chimiothérapie),
- chirurgie cardiovasculaire,
- greffe d'organes, de tissus et de cellules souches,
- hémodialyse,
- soins de néonatalogie,
- soins dispensés en cas d'anomalie congénitale,
- implants auditifs,
- autres prestations nomenclaturées non soumises à une majoration

UKRAINE

Sans objet.

(dernière mise à jour 2019)

Hospitalisation - Choix de l'hôpital

ALBANIE

Toute personne qui a besoin de soins hospitaliers doit d'abord se présenter à son médecin généraliste. Si celui-ci estime que le diagnostic ou le traitement nécessite une consultation spécialisée, il adresse le patient au spécialiste concerné dans le cadre du système d'orientation des patients.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Libre choix de l'hôpital. Pas de restrictions géographiques.

La gratuité des soins pédiatriques et périnataux est assurée pour les soins dispensés dans l'unité administrative (la région) dont relève la personne concernée, sauf dans le cas des grossesses à haut risque et de naissances pathologiques.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Les patients peuvent se rendre directement dans les hôpitaux publics ; aucune participation financière ne leur est demandée.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 Brčko :

Les patients envoyés par la commission médicale dans un établissement extérieur au District de Brčko 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.

GEORGIE

Libre choix pour les hôpitaux conventionnés par l'Agence des services sociaux.

MONTENEGRO

Sur prescription du médecin. Le patient a le choix de l'hôpital parmi ceux faisant partie du réseau des établissements de santé.

MACEDOINE DU NORD

Sur recommandation d'un spécialiste (en cas de maladie chronique ou d'urgence pédiatrique ou gynécologique) ou du médecin traitant ; de préférence à 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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

En fonction de l'état du patient, les soins hospitaliers peuvent être programmés ou dispensés en urgence. L'admission obéit aux normes méthodologiques de mise en œuvre du Programme unique de l'assurance maladie obligatoire (règles de gestion pratique des maladies). Depuis 2014, pour un niveau de soins donné, les patients ont le droit de choisir leur hôpital à l'intérieur de leur zone sanitaire.

FEDERATION DE RUSSIE

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.

SERBIE

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 Caisse d'assurance maladie est nécessaire.

TURQUIE

Les patients peuvent être hospitalisés dans des établissements sous contrat avec l'Institution de sécurité sociale. 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 ces établissements sont couverts.

UKRAINE

Possibilité de choix limitée.

Les patients doivent être enregistrés dans leur district.

(dernière mise à jour 2019)

Hospitalisation - Participation du patient

ALBANIE

Pour certains examens pratiqués dans les hôpitaux, une participation est demandée aux patients s'ils ne sont pas assurés ou ne suivent pas le système d'orientation des patients.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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 soins d'urgence, les traitements gynécologiques et anticancéreux et le traitement des IST, sauf pour les enfants de moins de 18 ans.

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.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Néant.

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 Brčko :

- 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.

Conformément à l'Arrêté relatif à la participation des patients (Journal officiel de la RS, no 58/16, 83/16, 112/16, 01/17, 29/17, 40/19, 107/19 et 19/21) :

- 9,00 BAM par jour jusqu'à 8 jours d'hospitalisation pour des soins de niveau secondaire.

- 11,00 BAM par jour jusqu'à 8 jours d'hospitalisation pour des soins de niveau tertiaire.

GEORGIE

Voir « Traitement médical » ci-dessus.

MONTENEGRO

Voir « Traitement médical - Participation du patient ».

MACEDOINE DU NORD

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 »).

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Non applicable dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

FEDERATION DE RUSSIE

Gratuité des services médicaux dispensés lorsqu'ils font partie des prestations de base prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (OMS).

SERBIE

Hospitalisation et réadaptation : 50,00 RSD par jour de traitement.
Réadaptation et traitements spécialisés : 50,00 RSD par jour de traitement.

TURQUIE

Il n'y a pas de participation en cas d'hospitalisation.
Une participation supplémentaire peut cependant être demandée par les hôpitaux privés et les hôpitaux appartenant à des fondations universitaires.

UKRAINE

Pas de participation du patient.

(dernière mise à jour 2019)

Hospitalisation - Exemption ou réduction de la participation du patient

ALBANIE

Sont exonérés de la participation aux frais :

- les enfants de 0 à 18 ans ;
- les personnes atteintes d'une invalidité totale, notamment les paraplégiques, les tétraplégiques et les aveugles ;
- les personnes percevant des prestations d'invalidité ;
- les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- les invalides de guerre ;
- les anciens combattants ;
- les anciens détenus et personnes victimes de persécutions politiques ;
- les orphelins.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Les personnes socialement vulnérables et d'autres groupes particuliers sont exonérés de cette participation.

AZERBAIDJAN

Sans objet.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :
Voir Tableau 2 « Soins de santé, Traitement médical - Exemption ou réduction de la participation du patient ».

GEORGIE

Voir « Traitement médical » ci-dessus.

MONTENEGRO

Voir « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

En fonction de l'état du patient, les soins hospitaliers peuvent être programmés ou dispensés en urgence. L'admission obéit aux normes méthodologiques de mise en œuvre du Programme unique de l'assurance maladie obligatoire (règles de gestion pratique des maladies).

FEDERATION DE RUSSIE

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 ; victimes d'accidents graves du travail.

SERBIE

Voir « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».

TURQUIE

Il n'y a pas de participation en cas d'hospitalisation.
Une participation supplémentaire peut cependant être demandée par les hôpitaux privés et les hôpitaux appartenant à des fondations universitaires. Pour les dispenses de la participation supplémentaire, voir « Traitement médical - Dispense ou réduction de la participation du patient ».

UKRAINE

Sans objet.

(dernière mise à jour 2019)

Soins dentaires - Traitement dentaire

ALBANIE

Gratuits pour les enfants de moins de 18 ans.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Gratuits pour les groupes ci-après :

- enfants de moins de 7 ans (toutes les prestations),
- invalides de catégorie I,
- groupes de population vulnérables (avec un score de vulnérabilité supérieur à 28,01 points dans le cadre du système de prestations en faveur des familles démunies),
- personnes avant l'âge de la conscription et pendant la conscription.

Participation (l'état prend en charge 65 % du prix total, les 35 % restants étant à la charge du bénéficiaire) pour les groupes suivants :

- personnes de plus de 65 ans,
- invalides de catégorie II,
- invalides de catégorie III,
- femmes en âge de procréer, pendant les périodes de grossesse et de congés maternité,

- personnes qui ont été victimes de la traite d'êtres humains,
- 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 de secours et leurs familles et anciens membres des services de secours retraités ou invalides et membres de la famille de membres des services de secours morts en service,
- 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 arrêtées, détenues et condamnées,
- résidents d'orphelinat, de foyers pour personnes âgées et de structures d'hébergement temporaires pour sans-abri,
- demandeurs d'asile et membres de leur famille,
- personnes dégagées de leurs obligations en raison d'une maladie ou d'une blessure pendant leur service militaire mais qui ne sont pas reconnues comme invalides à l'issue d'une expertise médico-sociale.

Examen gratuit de la cavité buccale :

- enfants de moins de 12 ans.

Toutes les autres personnes payent l'intégralité du traitement.

Exception pour les services dentaires utilisant des technologies avancées et très coûteuses.

AZERBAIDJAN

Gratuité des soins dentaires :

Invalides des catégories I et II (sauf prothèses dentaires contenant des métaux précieux).

Toutes les autres personnes paient le prix intégral du traitement (sauf dans les policliniques d'Etat où les prestations sont gratuites).

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH et District de Brčko :

Gratuité des traitements pour tous les assurés. Coûts pris en charge par les CAM.

Republika Srpska :

Seuls les soins dentaires préventifs pour les enfants sont gratuits. Ils ne donnent donc pas lieu au paiement d'une participation.

La Caisse d'assurance maladie de la RS prend en charge les soins dentaires pour l'ensemble des assurés qui doivent payer une participation, sauf s'ils en sont dispensés.

GEORGIE

Soins dentaires et soins chirurgicaux d'urgence pour les patients atteints de maladies psychiatriques placés en institution.

MONTENEGRO

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 18 ans, ou 26 ans pour ceux qui poursuivent des études à temps partiel ou complet, pour les femmes enceintes, les personnes de plus de 67 ans et les personnes handicapées.

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Soins dentaires pris en charge :

- soins dentaires urgents ;
- consultations préventives pour les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes (examens buccodentaires, curetage et surfaçage dentaire, administration de remèdes prophylactiques tels que le fluor et le calcium, conseils prophylactiques à l'ensemble

des assurés concernant l'hygiène buccodentaire, extractions dentaires, scellants dentaires, obturations coronaires en cas de délabrement causés par des caries et leurs complications.

FEDERATION DE RUSSIE

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.

SERBIE

Prise en charge intégrale des soins dentaires préventifs et curatifs pour :

- les enfants de moins de 18 ans (jusqu'à 26 ans pour les étudiants),
- les femmes enceintes,
- les personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux,
- les personnes atteintes de malformations faciales ou dentaires congénitales,
- les cas d'urgence.

TURQUIE

Les traitements dentaires sont couverts, mais pas les implants (sauf exception pour des cas définis).

Les traitements orthodontiques ne sont pas couverts pour les plus de 18 ans. Toutefois, en cas de traitement orthodontique commencé avant l'âge de 18 ans, le traitement continue d'être pris en charge passé 18 ans.

UKRAINE

Gratuité des soins.

(dernière mise à jour 2019)

Soins dentaires - Prothèses dentaires

ALBANIE

L'assurance maladie ne couvre pas les prothèses dentaires.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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 policliniques dentaires régionales.

Exception pour les services dentaires utilisant des technologies avancées et très coûteuses.

AZERBAIDJAN

Gratuité des soins dentaires :

Invalides des catégories I et II (sauf prothèses dentaires contenant des métaux précieux).

Toutes les autres personnes paient le prix intégral du traitement (sauf dans les policliniques d'Etat où les prestations sont gratuites).

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 Brčko :

- Les CAM prennent en charge uniquement les prothèses dentaires correctives pour les enfants.

Republika Srpska :

Le taux de participation dépend du type de soins médicaux ; le barème est établi par les caisses d'assurance.

Conformément au Règlement relatifs aux droits aux dispositifs médicaux (JO de la RS, no 114/12, 59/14, 100/14, 61/16, 7/17, 53/18, 112/18, 121/18, 21/19, 46/19, 87/19, 107/19 et 10/20) , la CAM prend en charge :

- les prothèses dentaires mobiles (pour les plus de 65 ans),
- les appareils orthodontiques (jusqu'à 18 ans),
- les soins de restauration dentaire en cas d'anomalies congénitales ou acquises,
- les gouttières et obturations dentaires.

GEORGIE

Néant.

MONTENEGRO

Prise en charge pour les moins de 18 ans, ou 26 pour les étudiants à temps partiel ou complet, selon les indications médicales, et pour les personnes de plus de 67 ans pour certaines prestations

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Non couvert.

FEDERATION DE RUSSIE

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.

SERBIE

Voir « Soins dentaires - Traitement dentaire ».

Fourniture de prothèses pour les personnes de plus de 65 ans.

TURQUIE

Les assurés et leurs ayants droit ont droit aux prothèses dentaires. La participation sur le prix des équipements dentaires est de 10% pour les pensionnés et leurs ayants droit et de 20% pour les autres personnes. Cette participation est plafonnée à 75% du salaire minimum brut.

UKRAINE

Entièrement à la charge du patient, sans exception.

(dernière mise à jour 2019)

Produits pharmaceutiques

ALBANIE

L'assurance maladie prend en charge les médicaments figurant sur la liste de remboursement à concurrence du prix indiqué. Cette liste compte plus de 489 produits pharmaceutiques de première intention. Certaines catégories de personnes sont exonérées du ticket modérateur : retraités, personnes en détention et condamnés purgeant une peine de prison, demandeurs d'asile, victimes de la traite d'êtres humains, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies chroniques. L'assurance maladie prend en charge les bandelettes d'autosurveillance glycémique pour les diabétiques de 0 à 25 ans.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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 des 1^{re} et 2^e 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 ou enfants de familles monoparentales,
- 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,
- personnes dont la famille affiche un score de vulnérabilité supérieur à 28,01 points dans le cadre du système de prestations en faveur des familles démunies.

Catégories de personnes bénéficiant de réductions sur les médicaments pour certaines maladies.

Participation de 50 % :

- invalides de 3^e catégorie,
- membres des services d'urgence invalides des suites de leur intervention lors de la catastrophe de Tchernobyl,
- personnes victimes de la répression,
- 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 (antitumorales),
- 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.
- maladie des membranes hyalines,
- syndrome d'immunodéficience acquise (sida) (médicaments, tests).

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.

Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.

Les données 2019 figurent ci-après.

Gratuité de 166 produits pharmaceutiques de première intention pour tous les patients des établissements de soins publics (hôpitaux, polycliniques).

Gratuité de 184 produits pharmaceutiques pour certaines catégories de personnes (personnes handicapées de catégorie I et II) et pour certains types de maladies.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH :

Médicaments remboursés conformément à l'Arrêté relatif à la Liste des médicaments de l'assurance maladie obligatoire de la Fédération de BH (JO de la FBH no 33/19, 56/19, 98/19 et 69/20). Cet arrêté est adopté 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, qui 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 l'arrêté de la FBH relatif au montant maximum du ticket modérateur (JO de la FBH n° 21/09) et aux arrêtés cantonaux en la matière;

- les médicaments de la liste B, qui 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 l'arrêté, 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.

L'arrêté expose la méthodologie et la structure des prix des médicaments.

De plus, un arrêté fixe la Liste des médicaments de la caisse de solidarité (JO de la FBH n° 47/19 et 90/19), financés par la Caisse de solidarité de la Fédération de BH.

Un autre arrêté (JO de la FBH n° 33/19 et 69/20) fixe la liste des médicaments pour les soins hospitaliers en 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.

Il existe encore quatre autres listes de médicaments pris en charge par la CAM : la liste des médicaments destinés aux centres de soins primaires, la liste des médicaments hospitaliers, la liste des médicaments cytostatiques et la liste des médicaments des programmes spéciaux.

District de Brčko :

Les médicaments figurant sur la Liste des médicaments de base sont remboursés à hauteur de 100 %, 70 %, 55 % ou 50 % selon les cas.

GEORGIE

En vertu du Programme national de santé 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 pour les patients atteints de phénylcétonurie,
- hépatite C,
- patients atteints de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, BPCO, asthme, maladies endocriniennes, Parkinson, épilepsie).

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Pour les assurés, 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. 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.

Le taux de remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire a été recalculé. Il est aujourd'hui de 50% pour 10 spécialités pharmaceutiques génériques figurant sur la liste des dénominations communes internationales (DCI), 70% pour 24 spécialités de la liste des DCI et 100% pour 121 spécialités de la liste des DCI (dont 71 médicaments DCI destinés aux enfants de 0 à 8 ans, 2 médicaments DCI pour les femmes enceintes et 48 médicaments DCI pour d'autres maladies).

FEDERATION DE RUSSIE

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 maladies 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, certaines catégories des citoyens (anciens combattants, personnes handicapées, citoyens irradiés), ont droit à un versement mensuel et l'aide sociale d'Etat sous forme d'une série de services sociaux, y compris l'approvisionnement de médicaments supplémentaires.

Depuis le 1er février 2020, l'équivalent monétaire de l'approvisionnement de médicament est de 889.66 RUB.

SERBIE

La Caisse d'assurance maladie établit une liste de médicaments et un niveau de participation pour chaque médicament.

TURQUIE

Les médicaments pris en charge figurent sur une liste officielle. Cette liste compte environ 8.500 médicaments. Les patients sont exonérés du ticket modérateur pour certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies de longue durée déterminées. Participation pour les médicaments dispensés en ambulatoire : 10% du prix des produits pharmaceutiques pour les pensionnés et leurs ayants droit et 20% pour les autres personnes. (Pas de ticket modérateur pour les médicaments administrés lors d'une hospitalisation.) De plus, un système interne de tarification de référence est appliqué pour des médicaments génériques (contenant les mêmes molécules actives). L'État prend en charge jusqu'à 10% du prix des génériques les moins chers. Les montants excessifs sont à la charge de l'assuré. Les patients sont exonérés du ticket modérateur pour certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies de longue durée déterminées, comme le diabète ou l'hypertension.

UKRAINE

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.

(dernière mise à jour 2019)

Prothèses, optique, acoustique

ALBANIE

Pas de prise en charge par le système de protection sociale.

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

Gratuité des prothèses, orthèses et dispositifs médicaux similaires pour les personnes invalides. Toutes les autres personnes payent leurs propres dépenses.

Les orthèses et les corsets sont fournis gratuitement aux enfants de 0 à 7 ans ainsi qu'aux personnes appartenant à des groupes spécifiques.

AZERBAIDJAN

Gratuité pour les personnes handicapées des catégories I et II (voir « Prothèses dentaires » ci-dessus).

BOSNIE-HERZEGOVINE

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 Brčko :

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.

GEORGIE

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.

MONTENEGRO

L'assuré a droit aux aides suivantes : appareils orthopédiques, ophtalmologiques et typhlotechniques, 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.

MACEDOINE DU NORD

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 (toutefois, pour la plupart des appareils, la participation est fixée à 10% du prix).

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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

L'assurance maladie obligatoire prend en charge les prothèses acoustiques lorsque leur achat est centralisé dans le cadre du budget de l'Etat et qu'il se fait conformément aux procédures établies.

FEDERATION DE RUSSIE

L'appareillage technique destiné à la réadaptation des personnes handicapées est intégralement pris en charge par le budget fédéral et l'assurance sociale obligatoire, selon les recommandations des programmes de réadaptation individuels ou la réadaptation des personnes handicapées, ou les programmes de réadaptation des victimes d'accidents du 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.

SERBIE

La participation est de 10% à 35% selon le type de prothèse ou d'appareil.

TURQUIE

La participation pour les prothèses et orthèses externes (appareils optiques et dentaires et autres prothèses et orthèses) : 10% pour les pensionnés et leurs ayants droit et 20% pour les autres personnes. Cette participation est plafonnée à 75% du salaire minimum brut.

UKRAINE

Gratuité des prothèses (à l'exception des prothèses dentaires) et des aides auditives).

Lunettes :

Entièrement à la charge du patient.

(dernière mise à jour 2019)

Autres prestations

ALBANIE

L'assurance maladie prend en charge les packs de traitement de la cataracte et les packs de radiothérapie (par accélérateur linéaire).

(dernière mise à jour 2019)

ARMENIE

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.

AZERBAIDJAN

Veuillez consulter les données 2020 en anglais pour cette catégorie.
Les données 2020 en français pour cette catégorie seront publiées prochainement.
Les données 2019 figurent ci-après.

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.

BOSNIE-HERZEGOVINE

Fédération de BH, Republika Srpska et District de Brčko :

- 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.).
- Réhabilitation médicale de longue durée dans des établissements spécialisés.
- Traitements médicaux hors de RS pour les soins qui ne peuvent être dispensés en RS.
- Hébergement et alimentation pour les patients sous radiothérapie ou chimiothérapie lorsque l'établissement médical où sont dispensés les traitements est situé à plus de 50 km de leur domicile.

GEORGIE

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.
- dépistage et traitement de l'hépatite C.

MONTENEGRO

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.

MACEDOINE DU NORD

Il existe 15 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.

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

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 3%.

FEDERATION DE RUSSIE

Bilan médical régulier pour les enfants et certaines catégories de salariés et de pensionnés,

Vaccination régulière des enfants.

Depuis le 1er janvier 2005, certaines catégories des citoyens (anciens combattants, personnes handicapées, citoyens irradiés), ont droit à un versement mensuel et l'aide sociale d'Etat sous forme d'une série de services sociaux, y compris le traitement médical.

Les bénéficiaires ont droit à 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 la gratuité des transports entre le domicile et l'établissement médical de leur choix ou à un remboursement en espèces.

En 2020, le montant accordé pour couvrir le coût d'une série de services sociaux était de 1.155,06 RUB, y compris

- l'achat de médicaments : 889,66 RUB ;

- les cures thermales : 133,62 RUB ;

- les trajets aller-retour en train suburbain et transports interurbains entre le domicile et le lieu de traitement : 127,77 RUB.

SERBIE

Examens préventifs pour les enfants et les adultes, calendrier de vaccination et autres mesures de prévention apparentées.

TURQUIE

Coûts de transport, indemnité journalière et dépenses de l'accompagnant.

Traitement médical à l'étranger pour les patients qui ont besoin d'un traitement ne pouvant être dispensé en Turquie.

Il est essentiel que les soins soient dispensés par des prestataires de santé nationaux, mais les soins à l'étranger sont autorisés dans les cas suivants :

- en cas d'urgence pour les personnes envoyées en mission temporaire à l'étranger par leur employeur ;

- pour les personnes envoyées en mission permanente à l'étranger par leur employeur et pour leurs ayants droits résidant avec eux dans le pays étranger concerné ;

- pour les personnes dont le traitement ne peut être effectué dans le pays, sur avis du ministère de la Santé.

UKRAINE

Gratuité des examens médicaux préventifs pour les enfants.

Gratuité des examens de prévention du cancer, des affections pulmonaires, etc., pour les adultes.

(dernière mise à jour de l'Ukraine 2019)