

DEPARTAMENTUL DE STUDII PARLAMENTARE ȘI POLITICI UE
DIRECȚIA STUDII ȘI DOCUMENTARE LEGISLATIVĂ

**ASIGURĂRILE DE
SĂNĂTATE ÎN UNELE
STATE MEMBRE ALE
UNIUNII EUROPENE -
ASPECTE COMPARATIVE**

studiu documentar

martie 2024

Lucrările elaborate în cadrul Direcției studii și documentare legislativă au caracter documentar și nu reprezintă punctul de vedere al Camerei Deputaților.

Documentele legislative oficiale au fost consultate în limba de origine, iar traducerea informațiilor relevante selectate nu reprezintă o traducere oficială, fiind furnizată ca un mijloc de înțelegere a unui document original, scris în altă limbă.

Baza de date cuprinzând totalitatea studiilor elaborate de Direcția studii și documentare legislativă poate fi accesată prin intermediul paginii de Intranet a Camerei Deputaților la adresa:

<http://www.cdep.ro/infoparl/dip.studii?par1=2021>

Documentare și sinteză:

Dan ALEXANDREANU, Consilier parlamentar

Direcția studii și documentare legislativă

Palatul Parlamentului, str. Izvor nr.2-4, sect.5, București

Tel: 021.316.03.65; 021.414.13.50/ 51, Interior 1350/1349, camera 5070

E-mail: doc@cdep.ro

CUPRINS

SITUAȚIA ÎN ROMÂNIA	3
ASPECTE COMPARATIVE	6
AUSTRIA	6
BELGIA	11
BULGARIA	14
CEHIA	17
CROAȚIA	20
DANEMARCA	23
ESTONIA	26
FINLANDA	28
FRANȚA	33
GERMANIA	37
GRECIA	41
ITALIA	44
POLONIA	48
PORTUGALIA	51
SLOVACIA	54
SLOVENIA	57
SPANIA	59
SUEDIA	61
ȚĂRILE DE JOS	63
UNGARIA	67
BIBLIOGRAFIE / WEBOGRAFIE	70

SITUAȚIA ÎN ROMÂNIA

Sistemul de sănătate din România se bazează pe un model de asigurări sociale de sănătate în care rolul statului este preponderent. Ministerul Sănătății este responsabil pentru guvernarea generală, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) administrează și reglementează sistemul. Atât Ministerul Sănătății, cât și CNAS sunt reprezentate la nivel local prin autoritățile județene din domeniul sănătății publice și prin casele județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate în 41 de județe și în București, în conformitate cu normele stabilite la nivel central. Casele județene de asigurări de sănătate cumpără servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici generaliști/ medici de familie, medici specialiști, laboratoare, spitale, furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu etc.) la nivel local; în plus, furnizorii de servicii medicale pot fi plătiți de Ministerul Sănătății în cadrul programelor naționale de sănătate.

Angajatorii nu contribuie în mod direct la sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. Până în 2017, angajatorii își transferau cota contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate către CNAS în numele angajaților, dar, cu toate acestea, angajatorii omiteau în mod sistematic să plătească. În urma adoptării noii legislații, angajații au devenit responsabili pentru plata primei complete și, în același timp, salariile au crescut pentru a include suma pe care trebuiau să o acopere angajatorii. De asemenea, există o serie de scutiri de la plata contribuțiilor care operează în sistem. Pentru unele grupuri vulnerabile (cum ar fi șomerii, pensionarii cu pensii mici și persoanele care beneficiază de prestații sociale), statul plătește din buget, în numele acestora, către CNAS o contribuție de asigurări sociale de sănătate, pentru a garanta acoperirea serviciilor lor de sănătate. Serviciile de sănătate utilizate de alte grupuri (cum ar fi copiii și studenții sub 26 de ani, femeile însărcinate, persoanele cu dizabilități și bolnavii cronici) sunt finanțate din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate ale populației active¹.

Cu un total de 1.663 de euro/ locuitor, cheltuielile de sănătate din România au reprezentat mai puțin de jumătate din media UE în 2021. Cheltuielile curente pentru sănătate au reprezentat 6,5% din PIB, din care un procent de aproape 80% a provenit din resurse publice. Peste trei sferturi din cheltuielile pentru sănătate sunt finanțate din fonduri publice (79,5%). Cea de a doua sursă de venituri în ordinea importanței o reprezintă plățile directe, care au însemnat 20,5% din cheltuielile pentru sănătate.

Potrivit prevederilor Legii 95/2006, Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit legii. Constituirea fondului se face din contribuția pentru asigurări sociale de sănătate, care este suportată de asigurați, de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții de la bugetul de stat, precum și din alte surse -

¹ https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_romania_romanian_0.pdf

donatii, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

Gestionarea fondului se face prin CNAS și prin casele de asigurări de sănătate.

CNAS propune, cu avizul conform al Ministerului Sănătății, proiecte de acte normative pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pentru proiectele de acte normative care au incidență asupra fondului, elaborate de ministere și de celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, este obligatorie obținerea avizului conform al CNAS.

Pachetul minim de beneficii

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale²:

- servicii medicale curative;
- servicii medicale de prevenție și profilactice;
- servicii medicale la domiciliu;
- servicii diagnostice și terapeutice;
- activități de suport;
- servicii de administrare de medicamente.

2. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic;
- consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei.

Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență - anamneză, examen clinic și tratament - se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare continuă sunt:

- a) urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență;
- b) boli cu potențial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;
- c) nașterea.

Controlul activității medicale

² <https://cnas.ro/pachete-servicii-medicale/>

Evaluarea calității serviciilor de sănătate în vederea acreditării unităților sanitare revine Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate.

Evaluarea și acreditarea unităților sanitare se face în baza standardelor, procedurilor și metodologiei elaborate de Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.

CNAS încheie contracte numai cu unitățile sanitare acreditate care respectă următoarele condiții:

- dispun de un sistem informațional și informatic a cărui utilizare permite evidența, raportarea, decontarea și controlul serviciilor medicale efectuate, conform cerințelor CNAS;
- utilizează pentru tratamentul afecțiunilor numai medicamente din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;
- utilizează materiale sanitare și dispozitive medicale autorizate, conform legii.

Deși nu există coplăți pentru asistența medicală ambulatorie, iar coplățile pentru spitalizare sunt relativ mici, sunt aplicate coplăți mai semnificative medicamentelor eliberate pe bază de prescripție medicală în cadrul asistenței medicale ambulatorii, în special în cazul în care acestea sunt de marcă sau depășesc un anumit plafon de preț. Mai mult, 60% din populație este scutită de coplată pentru asistența spitalicească, inclusiv copiii sub 18 ani și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani dacă sunt înscriși în orice formă de învățământ, pacienții care sunt acoperiți de programele naționale de sănătate, femeile însărcinate fără venituri și toți pensionarii.

* * *

ASPECTE COMPARATIVE

AUSTRIA

Responsabilitățile pentru guvernarea sistemului de sănătate al Austriei sunt împărțite între nivelul federal și cel regional. Asigurarea de sănătate este obligatorie, iar acoperirea este foarte mare, 99,9% din populație fiind acoperită prin fondurile asigurărilor de sănătate (tip SHI / Social Health Insurance). Cheltuielile cu sănătatea s-au ridicat la 10,4% din PIB (2019), a cincea cea mai mare valoare din UE. Cheltuielile pentru sănătate din surse publice au reprezentat 75% din total, ceea ce este sub media UE de 80%. În schimb, "cheltuielile din buzunar" (OOP) au reprezentat aproape 18%, procent care este peste media UE (15%). Plățile din buzunar au fost legate în principal de cheltuielile directe pentru

îngrijirea medicală în ambulatoriu, produse farmaceutice, îngrijire pe termen lung și îngrijire dentară³.

Din anul 2012, reformele s-au concentrat pe reducerea fragmentării sistemului de sănătate prin promovarea planificării comune, luării deciziilor și finanțării, realizate în principal prin acorduri de guvernanță bazate pe obiective. Alte reforme importante care au fost implementate includ:

- fuzionarea celor 21 de fonduri SHI existente anterior în doar 5;
- o reformă amplă a asistenței medicale și a îngrijirii pe termen lung, care vizează diverse îmbunătățiri ale condițiilor de muncă, formării și remunerației profesioniștilor din domeniul sănătății, îngrijitorilor și beneficiarilor de îngrijiri;
- dezvoltarea unei noi abordări de îngrijire primară, promovând, printre altele, înființarea de unități multidisciplinare de asistență medicală primară.

Furnizori de sănătate

Majoritatea spitalelor publice și private / non-profit sunt deținute de landuri, municipalități sau de instituții non-profit, landurile reprezentând cel mai mare grup de proprietari, cu 55,9% din totalul paturilor de spital. Majoritatea activităților de asistență medicală primară și de asistență medicală de specialitate ambulatorie este asigurată de cabinete private independente, dintre care 62% au un contract cu unul sau mai multe fonduri SHI. Îngrijirea ambulatorie este reglementată prin contracte colective negociate în mod regulat între fondurile SHI și camerele medicale federale și regionale. Toate spitalele au contracte încheiate cu fondurile SHI, indiferent dacă sunt în proprietate publică sau privată, atâta timp cât oferă servicii acoperite de fondurile SHI.

Furnizorii de servicii spitalicești de îngrijire de urgență sunt plătiți în principal printr-un sistem de alocare bugetară a grupului de diagnosticare (DRG). Cele mai multe îngrijiri de acest tip sunt oferite de spitalele publice și de spitalele private non-profit care sunt finanțate de stat din fondurile de sănătate. Furnizorii de asistență ambulatorie în baza contractului cu fondurile SHI sunt plătite direct din aceste fonduri. Furnizorii necontractanți reprezintă o pondere semnificativă a specialiștilor și își pot stabili liber nivelurile taxelor.

Conform Legii nr.1/1957 privind spitalele și sanatoriile, o îngrijire de urgență imediată de către un specialist în anestezie și terapie intensivă, chirurgie, medicină internă sau chirurgie traumatică trebuie să fie asigurată în orice spital, în orice moment, inclusiv noaptea, în weekenduri și de sărbători. În general, spitalele sunt finanțate de Ministerul Sănătății, landuri și casele de asigurările sociale.

Furnizarea serviciilor de sănătate în Austria se caracterizează prin alegerea liberă a furnizorului și acces nerestricționat la toate nivelurile de îngrijire (medici de familie, specialiști și spitale).

³ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365423/9789289059367-eng.pdf?sequence=1>

La începutul anului 2022, centrele de îngrijire primară dețin minim o echipă de bază de medici de familie și asistente medicale calificate și pot cuprinde și medici pediatri și alți profesioniști din domeniul sănătății și din domeniul social. Ele pot fi înființate fie ca centre cu o singură locație, fie ca rețele cu mai multe locații.

Mecanisme de finanțare

Sistemul de sănătate este finanțat printr-un mix de venituri de la bugetul de stat și contribuții la asigurările sociale obligatorii de sănătate (SHI). Contribuțiile SHI reprezintă cea mai mare pondere a veniturilor (45%). Cheltuielile publice directe constituie a doua pondere ca mărime (33%), cuprinzând în mare parte finanțarea landurilor pentru îngrijirea în spital, dar și plăți ale guvernului federal și municipalităților pentru costurile îngrijirii spitalicești și îngrijirii pe termen lung, sănătății publice și serviciilor preventive, precum și contribuțiile la fondurile SHI pentru șomeri și pentru prestațiile de maternitate. Cheltuielile private reprezintă restul sumei, asigurările de sănătate voluntare jucând un rol relativ minor, reprezentând puțin peste 7% din aceste cheltuieli.

Angajații și angajatorii plătesc, în mod egal, o cotă de 7,65% din venituri pentru asigurările de sănătate, 1,4% pentru asigurarea de accidente de muncă și 22,8% pentru fondul de pensii. Rezidenții care desfășoară activități independente plătesc în întregime aceste cote.

Punctul central al sistemului de îngrijire primară din Austria este un acces general bun la medicii de familie. Reforma actuală a asistenței medicale primare urmărește înființarea de noi unități de asistență primară multi-profesionale, care să ofere servicii mai cuprinzătoare, un program mai lung și îngrijire în echipă.

Cetățenii au posibilitatea de a încheia polițe de asigurare suplimentară în mod privat. Acestea includ:

- asigurare pentru medicul ales, care cuprinde alegerea liberă a acestuia, o acoperire mai bună și timp de așteptare mai scurți;
- asigurare de spital pentru beneficii suplimentare;
- pachete suplimentare (pentru călătorii sau copii);

Polițele suplimentare se pot încheia numai împreună cu asigurarea medicală legală, și cuprinde:

- controale medicale;
- tratament medical;
- îngrijire rezidențială;
- tratament dentar;
- concediu medical plătit;
- prestații în natură și prestații bănești (pentru concediu de maternitate).

Costurile asigurării suplimentare private depind în mare măsură de beneficiile suplimentare incluse, fiind cuprinse între 45 și 100 euro/lună pentru adulți și 30 euro/lună pentru copii.

Pentru șomeri, asigurarea legală de sănătate costă 478,82 euro/lună, începând cu anul 2023, și este cunoscută sub numele de „autoasigurare”.

O persoană angajată este repartizată la un furnizor de asigurări de sănătate statutare în funcție de grupul profesional al persoanei respective. În general, angajatorul trebuie să se ocupe de furnizarea de asistență medicală.

Pachetul de beneficii cu finanțare publică este cuprinzător și include servicii stomatologice de bază⁴. Valoarea taxelor de utilizare este mică. Cea mai obișnuită taxă de utilizare (taxa de prescripție), reprezintă o coplată forfetară (valorizată anual), care nu depășește valoarea de 10 euro pentru fiecare pachet de medicamente. Persoanele cu venituri mici sunt scutite de această taxă, la fel ca și alte grupuri de pacienți, cum ar fi solicitanții de azil, iar plafonul general este de 1% din venitul anual. Funcționarii publici și persoanele care desfășoară activități independente trebuie să plătească o coasigurare de 20% pentru serviciile de ambulatoriu (redușă la 10% pentru persoanele care desfășoară activități independente, dacă intră într-un program de prevenire). Francizele sunt aplicate unor forme de îngrijire dentară.

Pachetul minim de beneficii

Legislația asigurărilor de sănătate definește că acoperirea SHI protejează persoanele de riscurile de îmbolnăvire, incapacitatea de a munci și oferă beneficii și îngrijire medicală în cazul maternității. Pachetul minim de beneficii este determinat prin lege, indiferent de fondul SHI și de legea care reglementează asigurarea obligatorie. Contractele colective dintre fondurile SHI și medici definesc serviciile acoperite. Cu excepția produselor farmaceutice, nu există liste pozitive explicite care să specifice ce servicii sau produse trebuie să fie acoperite de SHI.

Furnizorii de asigurări de sănătate plătesc de obicei costurile serviciilor de sănătate pe care le utilizează asiguratul⁵. Pot fi returnate anumite sume deductibile sau contribuții la costuri. Furnizorul de asigurări de sănătate trebuie să acopere costurile unui serviciu dacă acesta este adecvat și necesar, dar acesta nu trebuie să se depășească un anumit nivel. Pentru examinări sau medicamente complexe și scumpe se poate prevedea că toate costurile vor fi plătite de către furnizorul de asigurări de sănătate numai dacă acest lucru este aprobat de medicul-șef. Medicul curant trebuie apoi să motiveze în fiecare caz individual de ce a fost prescrisă o examinare sau un medicament. Informații

⁴ <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/the-mixed-beveridge-bismarck-model/austria/austria-health-system-coverage-and-costs-for-consumers/>

⁵ <https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/patientenrechte/Seite.3700100.html>

despre medicamentele care trebuie aprobate de un medic-șef pot fi găsite pe site-ul web al organizației-umbrelă a furnizorilor de asigurări sociale.

Fiecărui medicament îi este atribuită o anumită culoare. Dacă un medicament poate fi prescris gratuit, acesta este clasificat drept „verde”. Dacă un medicament este clasificat drept „galben”, fie trebuie îndeplinite cerințe speciale pentru ca furnizorul de asigurări de sănătate să acopere costurile, fie medicamentul trebuie să fie aprobat de un medic șef. Există prestații obligatorii și voluntare oferite de furnizorii de asigurări de sănătate. Pacienții au dreptul legal la o serie de servicii obligatorii, dacă cerințele sunt îndeplinite.

Următoarele servicii sunt obligatorii :

- tratamentul medical;
- îngrijire în spital;
- concediu medical plătit;
- indemnizație de reabilitare;
- indemnizație de reintegrare după o perioadă lungă de concediu medical;
- indemnizație săptămânală;
- ajustarea maxilarelor, tratamente dentare și proteze dentare;
- ajutoare medicale (ochelari, brânțuri ortopedice pentru pantofi, etc.);
- costuri de călătorie, transport pentru însoțitori, etc.

În sectorul ambulatoriu, contractele colective sunt negociate în mod regulat între camerele medicale (fie Camera Medicală austriacă, fie camerele medicale regionale - în numele medicilor care își exercită profesia independent) și HVB (în numele fondurilor SHI). Aceasta înseamnă că, de fapt, fiecare fond SHI își negociază propriul contract colectiv. Contractele precizează și reglementează catalogul de servicii, tarifele asociate, mecanismele de plată, volumele de servicii și numărul de furnizori contractați. Medicilor li se atribuie un contract cu fonduri SHI pe baza contractelor colective și a planurilor regionale de personal, care reglementează numărul de practicieni contractați pe disciplină și pe regiune. Mulți medici practicanți au o relație contractuală cu unul sau mai mulți asigurători de sănătate.

Medicii care nu sunt incluși în aceste planuri nu sunt supuși unor contracte colective și, prin urmare, nu au niciun contract cu fondurile SHI. Totuși, aceștia pot percepe taxe care le depășesc cele stipulate în contractul colectiv pentru care pacienții pot solicita rambursarea până la 80% din taxa de serviciu care ar fi fost plătită unui medic contractat. Asigurarea privată de sănătate poate acoperi diferența dintre taxele furnizorilor necontractate și cele rambursate de SHI.

Contractele colective cu alți furnizori de servicii medicale (de exemplu, producătorii de pantofi ortopedici) pot fi încheiate de Camera de Comerț a Austriei. Contractele colective cu Camera Farmaciștilor din Austria sunt negociate în mod regulat și reglementează taxele de prescripție, detaliile de facturare și de eliberare a medicamentelor. Unele structuri ambulatorii, care sunt considerate din punct de vedere legal a fi spitale, pot alege fie să încheie contracte selective, fie să accepte contractul colectiv general pentru medici independenți cu fonduri de

asigurări de sănătate (doar ambulatoriile care oferă analize RMN și/sau CT sunt obligate să încheie contracte colective). În sectorul de internare, toate spitalele au contracte colective de fondurile SHI, indiferent dacă sunt proprietate publică sau privată, dar sunt rambursate de LGF. Prin urmare, landurile joacă un rol mai important în achiziționarea de îngrijire pentru pacienții internați decât fondurile SHI. Fondurile SHI sunt cumpărători pasivi de servicii pentru pacienți internați, deoarece plătesc o sumă forfetară LGF-urilor alocată pentru finanțarea spitalelor și sunt, în același timp, obligate din punct de vedere legal să încheie contracte cu toate spitalele care sunt autorizate în cadrul Planurilor Structurale Regionale pentru Asistență Sănătate.

Societățile de asigurări de sănătate sunt obligate să acumuleze/păstreze o sumă în contul asiguratului, care să poată fi utilizată odată cu înaintarea în vârstă a acestuia, cu scopul de a preveni din punct de vedere financiar incidența mai mare a bolilor la bătrânețe și riscul existent în perioada când persoanele au venituri mai mici. Din acest motiv, primele plătite de persoanele tinere asigurate este mai mare cu 10% decât valoarea corespunzătoare de risc.

BELGIA

În ceea ce privește competențele în domeniul sănătății, ca urmare a celei de-a șasea reforme a statului, peste 5 miliarde de euro au fost transferate de la statul federal către entități (aproape 15% din cheltuielile publice pentru sănătate). Implementarea acestei reforme a necesitat o reorganizare majoră și adoptarea de noi cadre legislative în cadrul autorităților celor 3 regiuni, care au fost finalizate în principal în perioada anilor 2018 - 2019⁶.

Finanțare

Ponderea principală a cheltuielilor curente cu sănătatea este finanțată din fonduri publice (77,2%), mai ales prin rambursări care au loc în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate (56,1%), în timp ce finanțarea guvernamentală reprezintă o pondere mai mică (21,2%). Finanțarea publică a sistemului de sănătate se bazează în principal pe contribuțiile la asigurările sociale, dar și pe sume alternative (în principal din TVA), subvenții guvernamentale, încasări proprii și diverse sume alocate sau încasări proprii. Plățile OOP și VHI reprezintă 17,6%, respectiv 5,1%.

Asigurarea obligatorie de sănătate este gestionată de NIHDI, care acordă un buget prospectiv fondurilor de sănătate pentru a finanța costurile de îngrijire ale membrilor acestora.

⁶ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020/organization-and-governance/decentralization-and-centralization/>

Îngrijirea pentru pacienți internați și îngrijirea ambulatorie, precum și bunurile medicale sunt acoperite în principal de asigurările obligatorii de sănătate, în timp ce îngrijirea pe termen lung și îngrijirea preventivă sunt finanțate în principal de cele 3 entități.

VHI își propune să ofere acoperire pentru serviciile care sunt doar parțial acoperite sau nu sunt oferite de asigurarea obligatorie de sănătate și este preluată în principal pentru acoperirea extra-facturilor atunci când pacienții optează pentru îngrijirea în spitale sau pentru o acoperire îmbunătățită a îngrijirii stomatologice. Din 2008, persoanele care desfășoară activități independente sunt acoperite și pentru îngrijirea în ambulatoriu, astfel încât un VHI substitutiv nu este necesar.

Furnizori de sănătate

Atât asigurătorii privați, cât și asigurătorii mutuali de sănătate sunt supuși acelorași reguli și nu pot, de exemplu, refuza să acopere persoanele de peste 65 de ani care au un handicap sau o boală cronică (deși pot exclude costurile legate de aceste afecțiuni preexistente).

Asigurările private de sănătate sunt supravegheate de Autoritatea pentru Servicii Financiare și Piețe, iar asigurătorii mutuali de sănătate sunt supravegheați de Autoritatea de Supraveghere pentru fondurile de boală și asigurătorii mutuali de sănătate (OCM-CDZ).

De asemenea, au fost luate măsuri de creștere a accesibilității VHI prin o mai bună reglementare a creșterii primelor (din 2007, asigurătorii privați pot modifica primele și beneficiile polițelor individuale doar în cazuri specifice, cum ar fi o ajustare legată de evoluția indicelui de sănătate).

Asigurarea voluntară de sănătate reprezintă 5,1% din cheltuielile curente pentru sănătate.

Pachetul minim de beneficii

Trebuie remarcat faptul că fondurile de sănătate oferă în mod automat avantaje și servicii complementare membrilor lor. Lista de servicii și avantaje oferite diferă între casele de profil și este foarte diversă (de exemplu, plăți fixe pentru medicină alternativă, ortodonție și ochelari, dar și pentru calitatea de membru al cluburilor sportive). Din 2012, abonamentul la aceste servicii complementare este obligatoriu, iar membrii trebuie să plătească o primă calificată pentru ele. Acest lucru poate fi totuși considerat voluntar, deoarece persoanele care nu doresc să plătească pentru aceste servicii și avantaje complementare se pot înscrie la Fondul Auxiliar, un organism public neutru care gestionează doar asigurarea obligatorie de sănătate și nu oferă servicii și avantaje complementare.

Asigurările medicale includ:

- îngrijiri medicale furnizate de medici, stomatologi, fizioterapeuți, asistenți medicali și alți furnizori de îngrijire;
- specialități farmaceutice și preparate medicale;
- îngrijirea tehnică, cum ar fi operații, radiografii, analize de laborator, teste tehnice;
- îngrijirea în spitale de psihiatrie (numai pentru primele 365 de zile);
- cota forfetară pentru medicamente în timpul spitalizării;
- nutriția enterală prin cateter sau gastrotomie pentru persoanele mai tinere de 19 ani;
- materiale pentru endoscopie și viscero-sinteză;
- materiale pentru implanturi⁷.

Comunitățile sunt responsabile pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor. Acestea sunt, de asemenea, responsabile de utilizarea fondurilor legate de prevenirea abuzului de substanțe, vaccinare, campanii de screening, planuri de nutriție, inițiative privind sănătatea orală în școli și programele de renunțare la tutun. Cu toate acestea, o serie de decizii legate direct de sănătatea publică sunt luate de Guvernul Federal. De exemplu, nivelul taxelor pe tutun și alcool, care sunt menite să reducă consumul, este stabilit de autoritățile federale. Comunitatea flamandă de îngrijire și sănătate (*Zorg en Gezondheid*) este agenția care reglementează și sprijină inițiativele de sănătate publică. Cadrul politic pentru organizarea asistenței medicale preventive în comunitatea flamandă este descris în Decretul din 21 noiembrie 2003. Guvernul flamand organizează patru programe de screening în comunitatea flamandă: depistarea cancerului colorectal, a cancerului de col uterin, a cancerului de sân și a anomaliilor neonatale.

Într-un acord politic care a urmat celei de-a 6-a reforme de stat, partidele francofone au decis să transfere majoritatea competențelor în domeniul politicii de sănătate publică de la comunitatea franceză către regiunea valonă și către Comisia Comunitară Franceză (sau COCOF). Guvernul valon a decis să simplifice procedurile și să creeze o singură agenție valonă în 2016, Agenția pentru Calitatea Vieții (AVIQ). Aceasta este responsabilă pentru politicile majore legate de bunăstare și sănătate, sprijin pentru persoanele în vârstă, handicap și alocație familială. Guvernul valon a definit o serie de obiective de sănătate în Planul valon de prevenire și promovare a sănătății (2018–2030). Aceste obiective se referă la mai multe teme:

- dieta și activitatea fizică;
- prevenirea abuzului de substanțe și promovarea sănătății mintale și a bunăstării generale;
- prevenirea bolilor cronice;
- prevenirea bolilor infecțioase inclusiv politica de vaccinare;
- prevenirea vătămărilor și promovarea siguranței.

⁷ <http://brussels.angloinfo.com/information/healthcare/health-system/health-insurance>

BULGARIA

Prioritățile politicii de sănătate sunt determinate de CoM și Ministerul de resort prin Programul de Guvernare și Strategia Națională de Sănătate (SNS). La nivel regional, politica de sănătate a statului este organizată și implementată de Inspectoratele Regionale de Sănătate (ISR).

Sistemul de sănătate bulgar se bazează pe un model de asigurare constând din SHI și VHI obligatorii. SHI este administrat de un singur plătitor - NHIF - în timp ce VHI este furnizat de companii de asigurări pe acțiuni cu scop lucrativ pentru asigurări generale și de viață.

Sistemele de asigurare (SHI și VHI) acoperă servicii de diagnostic, tratament și reabilitare, precum și medicamente pentru persoanele asigurate. Serviciile de sănătate publică, serviciile de internare pentru persoanele cu tulburări mintale, îngrijiri de urgență, transplanturi și hematologie transfuzională sunt organizate și finanțate de Ministerul Sănătății⁸.

Sistemul SHI a fost creat prin Legea asigurărilor de sănătate din 1998, iar NHIF a fost înființată ca instituție publică autonomă independentă de către guvern.

Structura NHIF cuprinde 28 de filiale - câte una în fiecare regiune, numite Fonduri Regionale de Asigurări de Sănătate (RHIF) sau birouri municipale ale RHIF-urilor. Structura de conducere a NHIF include reprezentanți ai guvernului, angajatori, sindicate și reprezentanții pacienților. Scopul principal al NHIF este garantarea accesului egal la sistemul de sănătate pentru persoanele asigurate. NHIF finanțează serviciile medicale și stomatologice incluse într-un pachet de beneficii, precum și medicamentele.

Pachetul minim de beneficii

Pachetul de beneficii și prețurile serviciilor sunt negociate între NHIF și asociațiile profesionale ale medicilor și stomatologilor din Bulgaria. Negocierea are loc în fiecare an și se încheie cu semnarea contractelor-cadru naționale (NFC) pentru servicii medicale și stomatologice. NFC-urile definesc drepturile și obligațiile NHIF, furnizorii de servicii medicale și persoanele asigurate, procedurile organizaționale și mecanismele de control. Pe baza NFC-urilor, furnizorii semnează contracte individuale cu NHIF. Acesta contractează toți furnizorii de servicii de sănătate publici sau privați care își desfășoară activitatea pe teritoriul lor și care îndeplinesc criteriile stipulate în NFC. Aceasta înseamnă că RHIF-urile nu pot contracta în mod selectiv furnizori de asistență medicală.

⁸ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/bulgaria-2018/organization-and-governance/overview-of-the-health-system/>

Fondul Național de Asigurări de Sănătate plătește pentru tipurile de asistență medicală, care se definește ca un pachet de activități de sănătate garantate de bugetul INS⁹:

- asistență medicală primară ambulatorie (PIMP);
- îngrijiri medicale de specialitate în ambulatoriu (SIMP): activități medicale generale; activități medicale de specialitate (SMD) și activități medicale de înaltă specializare (VSMD); studii medico-diagnostic de specialitate (SMDI) și studii medico-diagnostic de înaltă specialitate (VSMDI) pe specialități;
- îngrijire medicală spitalicească (BMP), inclusiv:
 - a) proceduri în ambulatoriu
 - b) proceduri clinice
 - c) căi clinice
 - d) monitorizare ambulatorie complexă (KDN).

Valoarea anuală a fondurilor pentru plățile asigurărilor de sănătate pentru activități medicale conform legii pentru anul 2023 a avut o valoare totală de 4.261.582,6 mii BGN pentru următoarele tipuri de activitate:

- 1) îngrijire medicală primară ambulatorie - 452.603,3 mii BGN;
- 2) îngrijiri medicale de specialitate ambulatoriu (inclusiv pentru monitorizare complexă în ambulatoriu) - 462.342,2 mii BGN;
- 3) activitate medico-diagnostic - 237.286 mii BGN;
- 4) asistență medicală spitalicească - 3.109.351,1 mii BGN.
- 5) Valoarea anuală a fondurilor pentru plățile asigurărilor de sănătate pentru medicamente și dispozitive medicale a avut o valoare totală de 1.911.384,7 mii BGN pentru următoarele tipuri de activitate:
 - medicamente, dispozitive medicale și alimente dietetice cu scop medical special pentru tratament la domiciliu pe teritoriul țării;
 - medicamente pentru tratarea bolilor maligne și medicamente pentru hemoragii care pun viața în pericol și intervenții operative și invazive de urgență la pacienții cu coagulopatii congenitale, incluse în pachetul de activități sanitare garantate de bugetul NHIF, și aplicate în condițiile de asistență medicală spitalicească;
 - dispozitive medicale utilizate în asistența medicală spitalicească, pe care NHIF le plătește peste valoarea serviciilor medicale prestate.

Furnizori de sănătate

În conformitate cu Legea din 1999 privind instituțiile de îngrijire a sănătății, furnizorii de servicii de sănătate sunt jucători autonomi pe piață. Cadrul legal distinge trei tipuri de furnizori de asistență medicală:

⁹ <https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=199281>

- 1) furnizori de asistență medicală în ambulatoriu (cabinete medicale și stomatologice primare și de specialitate unice și de grup, centre medicale și stomatologice, laboratoare de diagnostic);
- 2) furnizori de îngrijire pentru pacienți internați (spitale specializate și multi-profil pentru tratament și reabilitare activă sau de lungă durată);
- 3) un grup care cuprinde centre de îngrijire de urgență, centre de hematologie, de transfuzie, centre de sănătate mintală, centre de oncologie, centre pentru boli dermato-venerice, case de îngrijire medico-socială, centre de îngrijire complexă pentru copiii cu dizabilități și afecțiuni cronice, centre de dializă și bănci de celule.

Indiferent de tipul de proprietate, publică sau privată, toți furnizorii de servicii medicale trebuie să fie înregistrați în conformitate cu prevederile legale. Începând cu anul 2018, sectorul privat cuprinde asistența primară, o mare parte din îngrijirea medicală și stomatologică specializată în ambulatoriu, farmacii și unele spitale. Toți furnizorii de îngrijire în ambulatoriu și spital, precum și centrele enumerate mai sus, pot încheia contracte cu companiile NHIF și VHI. De asemenea, acestea pot primi OOP pentru servicii care nu sunt acoperite de asigurători sau în cazul în care furnizorii nu au relații contractuale cu un terț plătitor.

Furnizorii de asistență medicală de stat și privați pot primi plăți în plus de la Ministerul Sănătății și municipalități, față de plățile NHIF și OOP (pe baza unei metodologii specificate). Asistența psihiatrică pentru pacienți internați, îngrijirea de urgență, îngrijirea medico-socială pentru copii, hematologie, precum și serviciile de sănătate publică sunt organizate și finanțate de Minister.

Controlul activității medicale

Există patru organizații medicale profesionale înființate prin lege: Asociația Medicală bulgară, Asociația Stomatologică, Uniunea Farmaceutică și Asociația bulgară a Asistenților Medicali, Moașelor și Medicilor Specialiști Asociați. Calitatea de membru în aceste asociații este obligatorie pentru fiecare dintre aceste grupuri profesionale și, la rândul lor, acestea reprezintă drepturile și interesele membrilor lor. Exemple de activități ale acestora includ formarea profesională continuă, furnizarea de propuneri și declarații cu privire la proiectele de lege, participarea la elaborarea ghidurilor de bună practică medicală și discutarea problemelor etice.

Municipiile dețin o pondere considerabilă a furnizorilor de asistență medicală, majoritatea fiind înființate pentru asistența medicală de specialitate în ambulatoriu, dar și de spitale multi-profil și specializate. Organismele guvernamentale locale implicate în îngrijirea sănătății includ Comitete permanente ale consiliilor municipale și birourilor municipale de asistență medicală. Comitetele permanente analizează nevoile de sănătate ale locuitorilor și problemele întâlnite în furnizarea serviciilor de sănătate și elaborează propuneri de îmbunătățire. Oficiile municipale de sănătate organizează asistența medicală în cadrul municipiilor sub responsabilitatea RHI-urilor.

Numărul spitalelor private a crescut substanțial de la 18 în 2000 la 111 în 2016. În conformitate cu prevederile legale privind instituțiile de îngrijire a sănătății, furnizorii privați de asistență medicală pot semna contracte cu NHIF în aceleași condiții ca și furnizorii publici.

Lanțurile de furnizori de servicii medicale au o cotă importantă de piață. Unul dintre cele mai mari lanțuri, Institutul cardiac din Bulgaria, s-a extins de un spital cu mai multe profiluri, la cinci spitale specializate în cardiologie și șapte centre medicale.

Toate companiile de asigurări sunt societăți comerciale pe acțiuni, supravegheate de Comisia de Supraveghere Financiară (FSC). Companiile de asigurări semnează contracte atât cu utilizatorii de servicii de sănătate, cât și cu furnizorii. Primele sunt ajustate în funcție de risc sau sunt cotate la nivel comunitar, în baza contractelor individuale de asigurare medicală. Beneficiile pot fi în natură sau sub formă de sumă forfetară, care este rambursabilă până la limita predefinită pe bază contractuală.

CEHIA

Cheltuieli totale pentru sănătate (2020): 3.700 euro/locuitor¹⁰.

De la începutul anilor 1990, Cehia are un sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI) reglementat de guvern. Șapte fonduri publice de asigurări de sănătate acționează în prezent ca plătitori și cumpărători de servicii de sănătate. Cu toate acestea, piața este concentrată, cel mai mare fond de asigurări de sănătate (VZP) asigurând circa 56% din populație. Concurența între fonduri este limitată. Asigurarea de sănătate este obligatorie, iar accesul la îngrijirea sănătății este practic universal. Toți cetățenii beneficiază de un pachet larg de beneficii, dar fondurile de asigurări de sănătate pot să asigure servicii suplimentare diferite celor asigurați (cum ar fi contribuțiile de plată pentru imunizări neobligatorii).

Ministerul Sănătății este organismul cheie de reglementare, responsabil de stabilirea politicii de îngrijire a sănătății, de supravegherea sistemului și de conducerea mai multor furnizori de servicii medicale. Acesta supraveghează și lucrează îndeaproape cu organele sale subsidiare: Institutul Național de Sănătate Publică, Institutul de Informații și Statistică în Sănătate, Institutul de Stat pentru Controlul Drogurilor și autoritățile regionale de sănătate publică.

Sistemul de sănătate din Cehia are trei caracteristici organizaționale principale:

1. SHI - Asigurări de sănătate statutare - cu apartenență virtuală universală și un pachet larg de beneficii, finanțat în principal prin contribuții obligatorii, bazate pe salarii și prin transferuri guvernamentale din impozitele generale;

¹⁰ <https://healthsystemsfacts.org/czech-republic/czech-republic-health-system-overview/>

2. Diversitatea furnizării, cu furnizori de îngrijire în ambulatoriu (în principal privați) și spitale (în principal de stat, cu forme juridice diferite) contractate de HIF - Fondurile de asigurări de sănătate;
3. Negocieri comune între actorii-cheie în cadrul unor segmente definite de probleme de îngrijire și rambursare, aflate sub controlul guvernului.

Accesibilitatea universală a asistenței medicale este prevăzută de legislație, în special de Legea asigurărilor de sănătate. Calitatea de membru la unul dintre cele șapte HIF-uri este obligatorie pentru toți cetățenii cehi care locuiesc în țară, inclusiv pentru cei care desfășoară activități independente, precum și pentru rezidenții permanenți și străinii angajați de companii cu sediul în Cehia. HIF-urile concurează pentru persoanele asigurate printr-o varietate de beneficii suplimentare la pachetul standard de beneficii.

Ministerul Sănătății este organul administrativ central de administrare a sistemului de sănătate, iar responsabilitățile sale includ:

- asigurarea protecției sănătății publice;
- autorizarea profesioniștilor din domeniul sănătății (inclusiv stomatologi);
- definirea rețelelor de centre de îngrijire înalt specializate;
- administrarea și reglementarea unităților de îngrijire a sănătății sub conducerea sa directă;
- explorarea și reglementarea surselor naturale curative (de exemplu, stațiuni balneare și ape minerale naturale) și supraveghere (în colaborare cu Ministerul de Finanțe).

Furnizori de sănătate

Marea majoritate a furnizorilor sunt de stat (inclusiv majoritatea spitalelor regionale și a centrelor specializate), sau aparțin regiunilor și municipalităților.

Cele 14 regiuni ale Cehiei joacă, totuși, un rol major prin deținerea de unități de sănătate și prin înregistrarea unităților private. În plus, regiunile coordonează îngrijirea de urgență în mod direct, iar capacitățile lor de planificare au fost consolidate, de exemplu, prin Conceptele regionale de asistență medicală pentru a aborda problemele relevante din regiunile lor. În plus, cele șapte fonduri de asigurări de sănătate au un rol major în finanțarea contribuțiilor de asigurări legale de sănătate (SHI) și în contractarea unei rețele de furnizori care să respecte cerințele de accesibilitate a îngrijirilor (timp și distanță) stabilite de lege. Principiile alegerii libere a pacientului, protecției financiare ridicate și apartenenței universale la unul dintre HIF-uri rămân nucleul sistemului SHI ceh.

Pachetul minim de beneficii

Gama de beneficii acoperite de SHI în Cehia este foarte largă și include îngrijire pentru pacienți internați și în ambulatoriu, medicamente pe bază de prescripție medicală, unele proceduri stomatologice, reabilitare, tratamente balneare și produse farmaceutice fără prescripție medicală (ultimele trei dacă sunt prescrise de un medic) și perioade lungi de îngrijire, atunci când aceasta este oferită de spitale. Datorită acoperirii largi, asigurările voluntare de sănătate joacă doar un rol marginal.

Asigurarea obligatorie acoperă următoarele servicii (lista serviciilor plătite parțial de asigurat cuprinde peste 3.600 de servicii medicale). Printre acestea se regăsesc:

- tratamentul ambulatoriu și staționar (inclusiv diagnostic, reabilitare și îngrijirea bolilor cronice);
- medicina de urgență;
- prevenția;
- fertilizarea in vitro;
- furnizarea de produse farmaceutice, articole medicale, echipamente și produse stomatologice;
- tratamentul balnear și asistența de specialitate;
- transport în interes medical etc.

Finanțarea

Participarea la acoperirea de sănătate finanțată din fonduri publice este obligatorie pentru toți rezidenții permanenți și pentru persoanele care lucrează în Republica Cehă. Fondurile de asigurări de sănătate sunt organizații publice autonome care colectează contribuții de la membrii lor și cumpără servicii de sănătate în numele lor. Cel mai mare asigurător public este Fondul General de Asigurări de Sănătate din Republica Cehă, care cuprinde peste jumătate din populație. Alte șase fonduri de asigurări de sănătate acoperă restul populației. Guvernul plătește contribuții în numele persoanelor inactive din punct de vedere economic (copii, studenți, șomeri și pensionari).

Sistemul este finanțat în proporție de 80,5% din asigurări obligatorii, 10,2% din impozite și 8,3% din plăți directe, toate contribuțiile având un plafon de reținere. Fiecare cetățean își poate alege fondul de asigurare, pe care-l poate schimba după un an. Furnizorii privați de îngrijire ambulatorie (95%) și spitalele publice (90% din numărul total de paturi) lucrează pe bază de contract cu fondurile de asigurare de sănătate.

Casele individuale de asigurări de sănătate colectează contribuțiile lunare SHI de la angajatori și angajați, de la persoane care desfășoară activități independente și de la persoanele fizice fără un venit impozabil, care nu sunt asigurate de stat. Fondul de asigurări generale de sănătate gestionează redistribuirea fondurilor în cadrul sistemului, pe baza unei scheme de ajustare la

risc. Contribuțiile SHI sunt stabilite legal la 13,5% din salariul lunar înainte de impozitare (baza de contribuție), angajații plătind o cotă de 4,5%, iar angajatorii o cotă de 9,0%. Plafonul de calcul a fost majorat în 2010 de la 48 la 72 de ori salariul mediu lunar. Acest plafon a fost eliminat temporar în perioada 2013 - 2015 cu scopul de a mobiliza resurse suplimentare pentru sprijinirea consolidării fiscale după recesiunea economică, dar în anul 2014, guvernul a eliminat definitiv plafonul respectiv. Persoanele care desfășoară activități independente plătesc același procent total (13,5%), dar baza este de doar 50% din profit. Există, totuși, o contribuție minimă definită legal: angajații (și persoanele fizice fără venit impozabil ale căror contribuții SHI nu sunt acoperite de stat) trebuie să plătească 13,5% din salariul minim lunar, iar persoanele care desfășoară activități independente un procent de 13,5% din jumătate din media lunară.

Deși sursele private de finanțare joacă doar un rol minor în finanțarea sistemului de sănătate ceh, a existat o creștere lentă, dar constantă a ponderii acestora din totalul cheltuielilor cu sănătatea de la sfârșitul perioadei comuniste până în 2008, când ponderea a crescut la 17,3%. În anul 2008, au fost introduse o varietate de taxe de utilizare, care au fost ajustate în continuare în anii următori.

Potrivit Legii privind asigurările de sănătate, cu modificările ulterioare, statul plătește prima de asigurare de la bugetul de stat pentru asigurați, în următoarele situații¹¹:

- copiii fără mijloace de subzistență, adică persoane care urmează o formă de studii până la vârsta de 26 de ani;
- pensionarii care primesc pensia acordată înainte de data de 1 ianuarie 1993;
- femeile în concediu de maternitate și concediul parental;
- persoanele cu dizabilități, aflate în incapacitate de muncă, cele aflate în serviciul militar, cele care execută o pedeapsă în închisoare, etc.

VHI joacă două roluri: un rol substitutiv pentru străinii neangajați din țări non-UE și un rol suplimentar care oferă acces la tratamentul în spital și servicii stomatologice peste standard. În plus, asigurătorii oferă polițe care acoperă prestații în numerar în caz de boală sau internare la spital.

CROAȚIA

Cadrul legal pentru sistemul de sănătate croat este stabilit în mare măsură de Legea privind îngrijirea sănătății (2018). Administratorul sistemului de sănătate este Ministerul Sănătății, responsabil pentru politica de sănătate, planificarea și evaluarea sistemului, programele de sănătate publică și reglementarea

¹¹ <http://apps.who.int/ihl-rils/ihl/531CR02003.pdf>

investițiilor de capital pentru furnizorii de servicii de sănătate publică. Aceste servicii finanțate public se bazează pe principiile comprehensivității (care acoperă toate segmentele de la promovarea sănătății până la îngrijiri paliative), continuitate, accesibilitate și universalitate (acoperă întreaga populație) în ceea ce privește asistența primară, asistența secundară și cea spitalicească.

Controlul activității medicale

În general, județele, ca autorități regionale, sunt responsabile pentru organizarea, coordonarea și gestionarea asistenței medicale primare (centre de sănătate, servicii de sănătate publică și farmacii publice) și a asistenței medicale secundare (spitale generale și specializate). Majoritatea cabinetelor de îngrijire primară au fost privatizate, iar cele rămase în proprietate publică funcționează ca centre de sănătate. Autoritățile naționale (Ministerul Sănătății și Guvernul) sunt responsabile de îngrijirea terțiară¹².

Fondul croat de asigurări de sănătate (CHIF) a fost înființat în 1993, fiind singurul cumpărător al serviciilor de sănătate furnizate în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de sănătate. Acesta poate oferi, de asemenea, asigurări de sănătate voluntare, complementare, persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări obligatorii. Ministerul Sănătății definește beneficiile de bază acoperite de sistemul de asigurări obligatorii, în timp ce CHIF joacă un rol cheie în stabilirea standardelor de performanță și stabilirea prețurilor pentru serviciile acoperite de schema de asigurări obligatorii de sănătate. CHIF este, de asemenea, responsabil pentru distribuirea compensațiilor pentru concediul medical, a indemnizațiilor de maternitate și a altor alocații, astfel cum sunt reglementate de Legea privind asigurările obligatorii de sănătate.

Furnizori de sănătate

Deși majoritatea furnizorilor de servicii medicale rămân în proprietate publică, furnizorii privați au crescut ca număr, în special în domeniul asistenței primare, al serviciilor stomatologice și în ceea ce privește clinicile specializate. S-a dezvoltat și o piață de asigurări private mică, dar în creștere, care oferă acoperire de asigurare complementară, care elimină partajarea costurilor în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate, și de asigurări suplimentare, care acoperă serviciile de sănătate ce nu sunt incluse în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate.

¹² <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/croatia-2022/organization-and-governance/organization/>

Finanțare

Principalele surse ale veniturilor CHIF sunt contribuțiile obligatorii la asigurările de sănătate (reprezentând 79,5% din veniturile totale în 2018) și finanțarea de la bugetul de stat (reprezentând 12,4% din venituri). Veniturile din contribuțiile de asigurări obligatorii de sănătate și de la bugetul de stat sunt utilizate pentru finanțarea activităților obișnuite ale CHIF, adică finanțarea asistenței medicale, acordarea compensațiilor și administrarea CHIF.

Veniturile din așa-numitele reglementări speciale (reprezentând 8% din venituri în 2018) cuprind asigurări complementare de sănătate în CHIF, coplați de la pacienții care nu au nicio asigurare complementară de sănătate, contribuții de la asigurarea obligatorie auto (pentru acoperirea costul asistenței medicale din cauza accidentelor de circulație) și plăți din alte țări pentru serviciile oferite cetățenilor străini.

În anul 2015 bugetul de sănătate a fost separat de bugetul de stat. Aceasta a avut ca scop să ofere CHIF mai multă autonomie în gestionarea fondurilor, să ofere o concentrare clară pe resursele alocate asistenței medicale, să ofere o imagine nedistorsionată asupra transferurilor de fonduri de sănătate de la bugetul de stat și să realizeze o gestionare transparentă a fondurilor existente.

Astfel, din bugetul de stat au fost excluse următoarele venituri: cele care fac parte din contribuțiile de asigurări obligatorii de sănătate, veniturile din asigurările complementare de sănătate și alte venituri ale CHIF în temeiul reglementărilor speciale. Toate aceste venituri și cheltuieli fac parte integrantă din planul financiar CHIF care trebuie aprobat de Parlament.

Doar puțin mai mult de o treime din populație (37% în 2018), formată din persoanele active din punct de vedere economic, este obligată să plătească integral contribuțiile obligatorii de asigurări de sănătate. Finanțarea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate pare a fi regresivă, întrucât cotele contribuțiilor la asigurările de sănătate nu cresc odată cu veniturile. Pe de altă parte, cei fără un loc de muncă remunerat sunt acoperiți și de sistemul de asigurări obligatorii de sănătate printr-o serie de mijloace, introducând un element progresiv.

Toți cetățenii și rezidenții croați au dreptul la îngrijire medicală prin sistemul de asigurări medicale obligatorii. Deși amploarea și domeniul de aplicare al schemei sunt destul de largi, pacienții trebuie să contribuie la costurile mai multor bunuri și servicii. Există, totuși, derogări pentru grupurile vulnerabile ale populației (de exemplu, copiii, îngrijirea preventivă pentru școlari și elevi, femeile gravide, tehnologiile de reproducere asistată, îngrijirea preventivă pentru persoanele în vârstă, persoanele cu dizabilități și pacienții cu HIV, boli psihiatrice cronice, cancer), boli profesionale, dializă, transplanturi, medicina de urgență, tratamente interne și vaccinare).

Pachetul minim de beneficii

Cu excepția produselor farmaceutice, nu există liste pozitive explicite de servicii și bunuri. Legea asigurărilor obligatorii de sănătate definește doar care beneficii ar trebui excluse (dorițe personale ale pacienților peste standardele de îngrijire, tratamente experimentale, servicii prestate în instituții necontractuale și medicină estetică).

DANEMARCA

Cheltuieli totale de sănătate (2021) - 6.300 euro/locuitor.

Sistemul de sănătate din Danemarca este organizat pe trei niveluri administrative: de stat, regional și municipal. Statul deține funcțiile generale de reglementare, supraveghere și control fiscal. Cele cinci regiuni sunt responsabile pentru activitatea spitalelor și pentru planificarea și finanțarea serviciilor de îngrijire primară.

Asociația Regiunilor Daneze reprezintă cele cinci regiuni în negocierile cu furnizorii de stat și privați și joacă un rol esențial în coordonarea dezvoltării politicilor în regiuni. Cele 98 de municipalități sunt responsabile pentru serviciile de reabilitare, îngrijire pe termen lung la domiciliu și de luarea de măsuri privind sănătatea publică. Relația dintre nivelurile de stat, regiune și municipalitate nu este ierarhică, ci de colaborare.

Serviciile de asistență medicală primară sunt furnizate de medicii generaliști independenți, care își desfășoară activitatea conform unui acord național cu privire la tarife și planuri regionale ce specifică capacitatea de acțiune a acestora și domeniile de interes. Medicii de familie sunt primul punct de contact pentru pacienți și au un rol cheie de orientare către serviciile specializate. Majoritatea spitalelor sunt deținute și administrate de regiuni, trebuind să gestioneze timpii de așteptare și resursele financiare. Dacă regiunile nu pot îndeplini garanțiile privind timpul de așteptare, acestea trebuie să ofere pacienților tratament într-un spital sau o clinică privată. Regiunile pot negocia acorduri locale, individuale, suplimentare cu spitale private pentru a crește capacitatea în anumite zone.

Pachetul minim de beneficii

În general, pachetul de beneficii definite la nivel național pentru asistența medicală în Danemarca este extins. Există o acoperire ridicată pentru îngrijirea în regim de internare și ambulatoriu, dar acoperirea pentru îngrijirea dentară și produsele farmaceutice rămâne destul de scăzută, așa cum este cazul în multe

alte țări ale UE. Ratele mai mici de acoperire pentru produse farmaceutice și îngrijirea dentară duc la o concentrare a OOP în aceste două domenii. Împreună, cheltuielile OOP pentru produse farmaceutice și îngrijirea dentară au reprezentat aproape jumătate din cheltuielile totale OOP în Danemarca în 2021.

Toți cetățenii care locuiesc în Danemarca au dreptul la subvenții pentru tratament realizat de către medicii generaliști și specialiști. Persoanele asigurate, care se regăsesc în grupa I de muncă, au dreptul la tratament gratuit. Cele care fac parte din grupa II, au dreptul la aceeași subvenție pe care o primește un pacient asigurat de grupa I pentru un tratament similar. Dacă prețul tratamentului depășește subvenția, persoana asigurată trebuie să plătească diferența. În plus, se pot obține subvenții pentru tratamente stomatologice, pentru tratamente kinetoterapeutice, psihologice, oftalmologice, etc.

În ianuarie 2016 a fost introdusă o coplată maximă anuală pentru cheltuielile legate de medicamente. La nivelul anului 2023, coplata maximă a fost de 410 euro. Nu sunt necesare coplăți pentru vizitele de asistență medicală primară sau pentru îngrijirea spitalicească, inclusiv pentru medicamentele prescrise în timpul șederii în spital sau pentru vizitele de specialitate recomandate de un medic generalist. Co-plățile se aplică serviciilor parțial acoperite, inclusiv medicamente pentru pacienții din ambulatoriu, servicii stomatologice și fizioterapie. Deși există subvenții pentru aceste servicii, aproximativ patru danezi din zece achiziționează asigurări de sănătate complementare pentru a acoperi partajarea costurilor. În plus, aproape o treime dintre danezi dețin asigurări suplimentare de sănătate, care oferă acces extins la furnizori privați și servicii opționale, cel mai adesea ca un beneficiu suplimentar oferit de angajatori. Cu toate acestea, asigurarea voluntară de sănătate (VHI) reprezintă doar 2,5 % din cheltuielile cu sănătatea.

Prin asigurările de sănătate se asigură următoarele servicii:

- asistență medicală;
- spitalizare gratuită;
- indemnizație de boală;
- concediu de maternitate și de paternitate;
- reabilitare profesională;
- alocații pentru accidente de muncă și boli profesionale;
- prestațiile în bani.

Prestațiile pentru boală plătite de angajator se acordă timp de 2 săptămâni, dacă asiguratul a fost angajat timp de 8 săptămâni anterior îmbolnăvirii și dacă a lucrat cel puțin 74 de ore în această perioadă. Prestațiile pentru boală sunt considerate prestații pe termen scurt; după cel mult trei luni și apoi la fiecare trei luni, angajatorul trebuind să reexamineze situația persoanei asigurate și, dacă este necesar, să permită acesteia să urmeze un program de pregătire sau reabilitare profesională.

Furnizori de sănătate

Reforma din 1970 a structurii administrației publice, care a redus numărul de regiuni de la 24 la 14 și numărul de municipii de la peste 1300 la 275, a condus atât la centralizarea, cât și la descentralizarea responsabilităților din domeniul medical. În timp ce multe sarcini de stat au fost transferate regiunilor, responsabilitatea pentru spitale a trecut de la consiliile locale la consiliile regionale. În Danemarca, au existat anterior foarte puține mici spitale și clinici care au funcționat exclusiv pe o bază comercială ca spitale complet independente, fără nicio subvenție din partea pacienților¹³. Din anii '80 au fost înființate mai multe spitale private, în colaborare cu investitori din companiile de asigurări. de exemplu. În prezent, toți pacienții au dreptul de a alege o ofertă privată de tratament dacă există o perioadă de așteptare mai mare de două luni pentru o ofertă publică de tratament și există un acord între regiunile daneze și furnizorul privat. Spitalele private sunt gestionate exclusiv de specialiști care primesc doar pacienți cu programare.

Serviciile prespitalicești daneze cuprind o serie de funcții de urgență interdisciplinare, denumite colectiv EMS. Aceste funcții includ:

- centre de dispecerat și control pentru ambulanțe și Servicii medicale de urgență heliport (HEMS);
- unități mobile de îngrijiri critice (MCCU);
- centre de apeluri medicale pentru trimitere și admitere în secțiile de urgență, internare în spitale și servicii de consiliere medicală pentru toți cetățenii;
- servicii de îngrijire primară în afara orelor de program, inclusiv vizite la domiciliu efectuate de medici;
- unități de îngrijire psihiatrică prespitalicească.

Finanțarea

Cheltuielile cu sănătatea sunt mai mari decât media statelor UE. Peste 80% din cheltuielile cu sănătatea sunt finanțate de stat printr-o combinație de granturi pe activități. Importanța plăților din buzunar diferă semnificativ în funcție de serviciu, jucând un rol major în finanțarea medicamentelor, a serviciilor stomatologice și oftalmologice, jucând în același timp doar un rol minor pentru alte servicii. Municipiile sunt finanțate din impozitele pe venit (ratele fiind stabilite la nivel local, dar colectate la nivel central) și subvenții de la stat, în timp ce regiunile sunt finanțate de stat (impozit pe venit, TVA, impozite pe anumite bunuri, etc.). Structura de finanțare reflectă încercările de a controla costurile printr-o bugetare globală și stabilirea unor limite superioare ale cifrei de afaceri a furnizorilor privați. De asemenea, modul de finanțare reflectă eforturile de a consolida promovarea sănătății, producția clinică și receptivitatea față de pacienți prin utilizarea liberei alegeri a spitalului în combinație cu finanțarea spitalelor

¹³ <https://denstoredanske.lex.dk/privathospitaler>

bazată pe activități și prin introducerea rambursării de la municipalități către regiuni, oferind astfel municipalităților un stimulent important.

ESTONIA

Estonia are un sistem centralizat de asistență medicală cu furnizori care funcționează în conformitate cu prevederile dreptului privat. Ministerul Afacerilor Sociale este responsabil pentru dezvoltarea politicilor de sănătate, planificarea strategică, reglementarea și administrarea sistemului medical, în timp ce Fondul estonian de Asigurări de Sănătate (EHIF) reunește fonduri publice și achiziționează servicii de sănătate pe bază de contract. Rolul EHIF a fost extins treptat pentru a include organizarea serviciilor și achiziția de vaccinuri. Autoritățile locale desfășoară activități de sănătate publică și au o funcție limitată în organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate¹⁴.

Cheltuielile de sănătate/locuitor s-au dublat aproape de patru ori din 2005, cheltuielile publice reprezentând 76,4% în 2021, în timp ce baza de venituri a FEI a fost lărgită prin includerea transferurilor guvernamentale în creștere treptată legate de pensia persoanelor care nu lucrează. În plus, cheltuielile OOP rămân la un procent de peste 21%, depășind ținta de 15% stabilită în NHP. Pentru a îmbunătăți protecția financiară împotriva plăților mari POO pentru îngrijirea dentară și medicamente, au fost introduse beneficii crescute pentru astfel de servicii și au fost elaborate niveluri generale de coplăți pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă.

În 2021, Estonia a cheltuit 7,5% din PIB pentru sănătate. Asistența medicală este în mare măsură finanțată public (76,4% în 2021), dar 21,9% din cheltuielile cu sănătatea provine din surse private, în principal plăți OOP, în timp ce rolul asigurărilor private este redus (1,6% din cheltuielile private pentru sănătate)¹⁵.

Finanțare

Cea mai mare sursă de finanțare a sistemului de sănătate este asigurarea obligatorie prin contribuții la EHIF sub forma unui impozit pe salariu (44,7% din cheltuielile curente cu sănătatea în 2021). Cheltuielile administrației centrale reprezintă un procent de 10,2%, prin plăți directe, cât și prin contribuții plătite de guvern (2,2%) sau prin transferuri (16,5%) către FEI, fiind a doua sursă de finanțare a sistemului de sănătate în termeni de volum.

În 2022, asigurarea obligatorie de sănătate oferită de EHIF a acoperit aproximativ 96% din populație. Asigurații se împart în cinci categorii:

- 1) cei care sunt eligibili pentru acoperire fără contribuție (45,6%), cum ar fi copiii și persoanele cu dizabilități;

¹⁴ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-review-2023>

¹⁵ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374315/9789289059527-eng.pdf?sequence=2>

- 2) persoanele ale căror contribuții sunt plătite de angajatori (13% din salarii) sau care desfășoară activități independente (49,7%);
- 3) persoanele care sunt acoperite prin contribuții de stat (4,3%), de exemplu, șomeri înregistrați;
- 4) persoanele care sunt acoperite în baza acordurilor internaționale (0,4%);
- 5) persoanele care au acorduri voluntare de sănătate.

Din 2010, au apărut câteva grupuri suplimentare mici ale populației, care sunt eligibile pentru acoperire de către EHIF. Aceste grupuri includ partenerii persoanelor care desfășoară activități independente și care sunt activi în activitățile de afaceri ale soțului lor, persoane care primesc burse de creativitate și personalul mănăstirilor (2018).

Singurul grup exclus oficial de la acoperirea de sănătate este format din persoanele aflate în penitenciare, a cărei îngrijire medicală este organizată și plătită de către Ministerul Justiției până în iunie 2024.

Pachetul minim de beneficii

EHIF acoperă o gamă largă de beneficii de îngrijire a sănătății, inclusiv servicii de sănătate preventive și curative, precum și produse farmaceutice și dispozitive medicale. Unele dintre aceste beneficii pot necesita partajarea costurilor. Serviciile excluse sunt chirurgia estetică, terapiile alternative și serviciile de oftalmologie. EHIF are un buget dedicat activităților de promovare a sănătății, care sunt finanțate prin licitații publice conform domeniilor prioritare definite. EHIF finanțează, de asemenea, programe de prevenire a bolilor, inclusiv sănătatea școlară, sănătatea reproductivă și screening.

O asigurare privată acoperă¹⁶:

- consultarea unui specialist fără trimitere;
- acoperirea costurilor serviciilor medicale care nu sunt rambursate de casa de asigurări de sănătate;
- rambursarea costurilor examinărilor și controalelor de sănătate necesare pentru prevenirea bolilor și posibilitatea depistării bolilor într-un stadiu incipient;
- utilizarea de consultații video și telefonice;
- soluționarea rapidă a cheltuielilor medicale, etc.

Furnizori de sănătate

Sistemul de sănătate publică din Estonia este descentralizat și implică mai mulți factori interesați. Sistemul acordă prioritate populației prin promovarea

¹⁶ <https://www.ergo.ee/erakliendile/ravikindlustus>

sănătății și prevenirea bolilor, activitate care este susținută de programe specifice. Noul Plan Național de Sănătate subliniază câteva principii cheie, inclusiv politicile de sănătate pentru toți, inovarea și implicarea comunității, ca fiind esențiale pentru atingerea obiectivelor sale. Asistența medicală primară (ASP) este primul punct de contact în sistemul de sănătate, care este asigurat de medicii de familie independenți care lucrează fie individual, fie în cabinete de grup și pe baza unei liste de pacienți. Reformele recente au urmărit să consolideze asistența primară prin constituirea de echipe multidisciplinare și prin acordarea de stimulente.

Serviciile de asistență medicală secundară sunt furnizate de sectorul public sau privat, prin furnizorii de servicii medicale (spitale și clinici de îngrijire în ambulatoriu) care funcționează în temeiul dreptului privat. Modificările recente au urmărit îmbunătățirea accesul la servicii de îngrijire specializată prin introducerea consultațiilor la distanță pentru pacienți și e-consultații în ambulatoriul de specialitate. Furnizarea de servicii de îngrijire paliativă în Estonia este neuniformă din punct de vedere organizațional, doar asistența medicală pentru pacienți internați fiind definită în mod specific ca îngrijire paliativă în lista serviciilor naționale de sănătate.

FINLANDA

Legea privind asistența medicală primară din 1972 a stabilit rolul municipalităților ca fiind baza sistemului național de sănătate. Cadrul mai larg de finanțare și planificare a fost modificat în anii '80 ca parte a reformei Valtava, ducând la schimbări în cheltuirea subvențiilor de stat. Aceste reforme au schimbat focalizarea finanțării și a altor stimulente de la extindere la întreținere. Reformele ulterioare de la sfârșitul anilor '80 și începutul anilor '90 au crescut autoguvernarea și autonomia municipalităților, oferind competențe mai mari autorităților locale în alocarea resurselor. Acestea au avut ca rezultat deconcentrarea și delegarea responsabilităților, precum și furnizarea de servicii medicale variate.

Municipalitățile reprezintă autoritățile responsabile de organizarea asistenței medicale generale pentru cetățenii din zona lor de competență administrativă. În plus, în Finlanda funcționează 20 de districte spitalicești delimitate în scopul de a furniza asistență medicală specializată, inclusiv în ceea ce privește serviciile medicale de urgență prespitalicești și serviciile de urgență spitalicești. Fiecare municipalitate aparține/este arondată unuia dintre aceste districte spitalicești. Fiecare district deține un spital central și alte sucursale.

Cinci dintre spitalele din Finlanda dețin și statutul de spitale universitare, oferind asistență medicală de înaltă specializare. Unele dintre serviciile de asistență medicală specializată sunt organizate în funcție de zonele de acoperire ale spitalelor universitare pentru asistență medicală de înaltă specialitate. Toate

districtele spitalicești aparțin unei zone de asistență medicală de înaltă specialitate din cadrul unui spital universitar.

Controlul activității medicale

Finlanda are un sistem de sănătate cu o administrație descentralizată, surse multiple de finanțare și trei canale separate pentru furnizarea de servicii de îngrijire primară.

Municipalitățile, sectorul privat, sistemul național de asigurări de sănătate (INS) și angajatorii sunt principalii actori ai sistemului de sănătate. Rolul statului este acela de a supraveghea și conduce funcționarea sistemului prin legislație, decrete și adoptarea de norme.

Sistemul central de sănătate este organizat de municipalități. Acestea pot organiza asistența medicală pentru populație sau pot transfera această responsabilitate unei alte municipalități sau unei autorități municipale comune.

Funcția de organizare include responsabilități pentru:

- definirea și monitorizarea volumului și calității serviciilor;
- evaluarea nevoilor populației;
- asigurarea distribuirii echitabile a serviciilor;
- luarea deciziilor în ceea ce privește modul de furnizare a serviciilor;
- adoptarea de decizii în domeniul asistenței sociale.

În paralel, rezidenții pot utiliza servicii private de sănătate, finanțate în principal prin plăți OOP (cu pacienții eligibili pentru rambursarea NHI) și asigurări voluntare de sănătate (VHI). În plus, angajatorii joacă, de asemenea, un rol important în organizarea serviciilor de sănătate, deoarece sunt obligați să organizeze servicii preventive de sănătate a muncii pentru angajații lor, în timp ce mulți angajatori mari sau mijlocii oferă angajaților inclusiv acces la asistență medicală ambulatorie.

Trei acte principale, Legea privind asistența medicală primară (1972), Legea privind asistența medicală specializată (1991) și Legea privind asistența medicală (2010), stabilesc cea mai mare parte a cadrului de reglementare și guvernare a serviciilor de sănătate din Finlanda. Legea privind asistența medicală acoperă în principal aspectul furnizării de servicii, în timp ce legile privind îngrijirea primară și specializată definesc structurile administrative. Îngrijirea persoanelor în vârstă și cea mai mare parte a îngrijirii pe termen lung din Finlanda intră sub incidența asistenței sociale.

Furnizori de sănătate

Aproximativ 17% din populație este acoperită de VHI. Având în vedere creșterea acoperirii VHI în ultimii ani, asigurătorii urmăresc din ce în ce mai mult să ofere atât finanțare, cât și furnizare de servicii. De exemplu, o structură *OP Pohjola* (organizație financiară care oferă servicii bancare și de asigurări) a înființat un număr de spitale, cu scopul de a trata pacienții care au costuri mari ale explorărilor funcționale/operațiilor pe care le fac. O serie de companii de asigurări și-au anunțat planurile de a extinde în continuare sfera și amploarea serviciilor de sănătate pe care le oferă.

Alte organizații care joacă roluri diferite în sectorul sănătății includ organizații de pacienți, asociații profesionale și sindicate, administratori ai întreprinderilor private implicate în sănătate și companii private de consultanță.

Finanțare

Peste jumătate din cheltuielile publice pentru sănătate provin de la municipalități. De la mijlocul anilor 2000, ponderea municipalităților în cheltuielile guvernamentale și globale pentru sănătate a rămas relativ stabilă și a variat între 34% și 37% din cheltuielile curente pentru sănătate. În general, pentru servicii de sănătate și sociale în 2017, municipalitățile au cheltuit în medie 3.227 euro/locuitor, din care 1.221 euro (38%) au fost utilizați pentru îngrijire specializată, 590 euro (18%) pentru îngrijirea primară, iar 621 euro (19%) pentru persoanele în vârstă și îngrijirea la domiciliu.

Cheltuielile totale ale NHI pentru îngrijirea sănătății au fost de 2,8 miliarde euro în același an. Jumătate din aceste cheltuieli (1,4 miliarde de euro) au fost rambursări pentru achiziționarea de medicamente, restul fiind cheltuieli legate de utilizarea asistenței medicale private (în cea mai mare parte, pentru reabilitare) și rambursări pentru angajatori pentru organizarea serviciilor de sănătate a muncii.

Solicitanții de azil nu au dreptul la prestații de asistență medicală sau de asigurări sociale finanțate din fonduri publice, dar serviciile pentru aceștia sunt aranjate de centrele de primire, până la acordarea unui permis de ședere. Dacă nu se acordă permisul de azil și ședere, dreptul la servicii de primire încetează după un anumit timp.

Migranții fără acte și alte grupuri care nu au acoperire de asigurare de sănătate au dreptul să obțină asistență medicală de urgență de la furnizorii publici. Conform Legii asistenței medicale, îngrijirea de urgență include tratamentul oferit pentru apariția unei boli, rănirea, agravarea unei afecțiuni cronice sau o scădere a capacității de lucru care necesită evaluare și tratament imediat, precum și îngrijirea de urgență dentară, psihică, tratamentul pentru abuz de substanțe și îngrijirea psihologică. Cu toate acestea, aceste persoane sunt responsabile

pentru acoperirea costurilor de îngrijire medicală. Dacă aceste costuri nu pot fi colectate, Kela rambursează sumele cuvenite furnizorului.

Pachetul minim de beneficii

Nu există o listă a serviciilor de sănătate finanțate din fonduri publice în Finlanda. Serviciile sunt bazate pe necesități, iar acestea sunt evaluate de profesioniștii din domeniul sănătății. Gama de servicii este definită pe scară largă în legislație, decrete guvernamentale și recomandări emise de MSAH, cum ar fi criteriile uniforme pentru accesul la tratamente care nu sunt de urgență specifică, gama de servicii de sănătate finanțate public și enumeră serviciile care trebuie organizate de municipalități. Acestea din urmă includ o gamă largă de servicii preventive și curative furnizate de centrele de sănătate și regionale spitalicești, cum ar fi:

- screening-uri;
- serviciile acordate în clinici de maternitate și de sănătate a copilului;
- servicii de îngrijire a sănătății școlare, studențești și ocupaționale;
- servicii de diagnostic;
- îngrijire somatică;
- îngrijire dentară;
- servicii psihologice și psihiatrice;
- servicii pentru abuz de substanțe;
- îngrijire medicală la domiciliu;
- servicii de reabilitare medicală.

Dincolo de aceasta, municipalitățile au o autonomie substanțială în definirea și modelarea serviciilor pe care le oferă. Prin urmare, există variații între municipalități în ceea ce privește profilul de bază și domeniul de aplicare al serviciilor furnizate, care pot fi atribuite, de exemplu, diferențelor dintre situațiile financiare ale solicitanților, disponibilitatea lucrătorilor din domeniul sănătății și diferențelor între nevoile reale sau percepute ale populației.

Serviciile acoperite de NHI sunt de obicei rambursate doar parțial și includ medicamente prescrise în ambulatoriu, rambursarea parțială a tuturor costurilor de asistență medicală privată și costurile de transport către unitățile de îngrijire medicală (inclusiv serviciul de ambulanță). În ceea ce privește rambursarea asistenței medicale private, Kela are o listă definită de proceduri și examinări care sunt incluse în schema de rambursare. Aceasta conține servicii precum îngrijirea stomatologică, serviciile private de medicină generală, sarcina și nașterea, precum și teste de diagnostic, fizioterapie și radioterapie.

În plus, NHI acoperă reabilitarea medicală pentru persoanele cu dizabilități severe, care cuprinde servicii extinse sau elaborate în ambulatoriu și spitalizare, ce depășesc tratamentul curativ, fiind necesare pentru îmbunătățirea capacității funcționale și de muncă a oamenilor. Persoanele eligibile trebuie să fie neinstituționalizate și să beneficieze de indemnizație de invaliditate sau alocație

de îngrijire a pensionarilor (pentru persoanele sub 65 de ani). NHI rambursează, de asemenea, sumele cheltuite pentru reabilitarea profesională a persoanelor cu capacitate de muncă redusă din cauza unei boli sau accidentări și include formarea profesională de bază și esențială, asistență pentru conducerea unei afaceri sau activități independente, precum și ajutoare avansate din punct de vedere tehnic pentru persoanele cu dizabilități severe.

Schema NHI compensează, de asemenea, pierderile de venit în timpul bolii, sarcină și naștere, precum și pentru pierderea de venit pentru părinții care îngrijesc un copil bolnav. Indemnizația de boală oferă compensații pentru pierderea veniturilor cauzate de incapacitate cauzată de boală sau vătămare, cu o durată mai mică de 12 luni pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 16 și 67 de ani. Există o perioadă de așteptare de nouă zile lucrătoare, începând cu apariția afecțiunii, în care nu se plătește indemnizația. Cu toate acestea, multe contracte colective de muncă includ o prevedere conform căreia angajatorul plătește până la salariul complet pentru angajații săi în timpul bolii pentru o perioadă mai lungă (în unele cazuri până la trei luni). În aceste cazuri, NHI rambursează indemnizația de boală direct angajatorului. Alocația de boală poate fi acordată chiar dacă nu este îndeplinită cerința privind angajarea anterioară și acoperă, de asemenea, studenții, șomerii și alte grupuri de populație. Valoarea alocației depinde de venitul impozabil al beneficiarului. În caz lipsei unor venituri, se plătește indemnizația minimă de 27,86 euro/zi.

Centrele de sănătate pot percepe o plată unică sau anuală pentru o programare la medici (copiii sub 18 ani sunt scutiți) și o taxă zilnică pentru maxim șapte zile de tratament într-o secție a unui centru de sănătate. Spitalele percep de obicei pentru servicii ambulatorii, o taxă zilnică de spital pentru îngrijirea pacienților internați și taxe pentru serii de tratamente și reabilitare. Taxele pentru îngrijirea acordată la domiciliu depind de faptul că serviciul este ocazional (plătit pe vizită) sau pe termen lung (plătit lunar). Se percepe o taxă lunară pentru tratamentul continuu, în timp ce taxele pentru tratamente ocazionale efectuate de medici sau stomatologi sunt percepute pe vizită.

În sectorul privat, pacienții plătesc taxe integrale, dar pot solicita rambursarea parțială de la NHI. Furnizorii privați de asistență medicală care au un acord cu Kela pot percepe proporția rambursată direct de la NHI. Taxele pentru serviciile private (atât îngrijirea în ambulatoriu, cât și în regim de internare) sunt rambursate de NHI conform tarifelor de referință definite de Guvern pentru fiecare procedură individuală.

În domeniul sănătății ocupaționale nu există taxe de servicii pentru pacienți. Pentru medicația prescrisă în ambulatoriu există trei niveluri de rambursare (de bază - 40% și tarife speciale și 65% și 100%). Ratele speciale de rambursare se bazează pe gravitatea stării pacientului. De exemplu, medicamentele pentru unele afecțiuni cronice sau pe termen lung, cum ar fi unele tipurile de cancer, sunt rambursate la o rată de 100%, în timp ce prețul medicamentelor pentru diabet sunt rambursate la o rată de 65%.

FRANȚA

Sistemul de sănătate francez se bazează în principal pe un sistem de asigurări sociale de sănătate (de tip SHI / Social Health Insurance), cu un rol tradițional puternic pentru stat. În timp ce agențiile regionale de sănătate au jucat un rol mai important în gestionarea asistenței medicale - și în special a îngrijirii de spital - la nivel local din 2009, SHI și guvernul central joacă un rol important în organizarea sistemului de sănătate și determinarea condițiilor de funcționare a acestuia. În ultimele două decenii, statul a devenit, de asemenea, mai implicat în controlul cheltuielilor de sănătate finanțate de sistemul SHI, prin stabilirea unui obiectiv național de cheltuieli pentru sănătate.

Sistemul SHI oferă acoperire întregii populații pe bază prin diferite scheme obligatorii. Veniturile din asistența medicală provin din contribuțiile la asigurările sociale, impozitele pe venit alocate, taxele pe valoarea adăugată și alte surse, cum ar fi cele pe tutun și alcool.

Aproape toți cetățenii (95%) au asigurări de sănătate complementare, în principal pentru a acoperi coplățile și pentru a obține o acoperire mai bună pentru bunurile și serviciile medicale care sunt slab acoperite de sistemul SHI, cum ar fi îngrijirea dentară și partea de oftalmologie.

Pachetul minim de beneficii

Sistemul de sănătate oferă o acoperire aproape universală printr-o schemă de asigurări de sănătate cu finanțare publică. Pachetul de beneficii cu finanțare publică este considerat important în ceea ce privește sfera de acoperire, dar taxele de utilizare sunt aplicate pentru majoritatea serviciilor, în principal sub formă de coasigurare (cu excepția tratamentului pentru afecțiuni cronice acoperite de schema *affections de longue durée* (ALD)¹⁷.

Pacienții au acces la spitale publice și private. Tratamentul spitalicesc necesită o coasigurare de 20% din partea pacienților, dar aceasta nu se aplică pentru operațiile deosebit de scumpe. Pacienții plătesc și o sumă forfetară pe zi în spital pentru mâncare. Îngrijirea în ambulatoriu implică trei tipuri de taxe de utilizare:

- coasigurare;
- extra-facturare;
- taxele deductibile.

Ratele de coasigurare sunt de 30% pentru îngrijirea de către medici și stomatologi și de 40% pentru serviciile auxiliare și testele de laborator. Pentru majoritatea medicamentelor, coasigurarea variază de la 0% pentru medicamentele nesubstituibile sau scumpe, la 85% pentru așa-numitele medicamente de uz casnic. Unii specialiști în ambulatoriu folosesc extra-facturarea. Acoperit integral de asigurările de sănătate, examenul preventiv de

¹⁷ <https://healthsystemsfacts.org/france/france-health-system-overview/>

sănătate (EPS) se adresează persoanelor de peste 16 ani care sunt asigurate în regimul general¹⁸ și care nu beneficiază de monitorizare medicală regulată de către un medic curant, precum și persoanelor care recurg mai puțin la măsurile de prevenire

Prin EPS se realizează:

- un bilanț al stării, analizat de o echipă de profesioniști din domeniul sănătății;
- acțiuni de screening;
- analize suport pentru boli cronice: diabet, astm, hipertensiune arterială, etc., în cadrul programelor de educație terapeutică (ETP).

Serviciile oferite de asigurările suplimentare de sănătate¹⁹ au fost dezvoltate fie în cadrul unor contracte individuale, fie de grup:

- servicii legate de îngrijire;
- servicii de prevenire și screening;
- servicii de sprijin (în timpul și după spitalizare, boală sau accident, persoană de îngrijire);
- servicii suport.

Dintre toate serviciile existente care pot fi oferite de companiile de asigurări, se remarcă:

- serviciul de tele-consultație medicală;
- sistemul de informații (practică, preț, calitate) pentru a naviga în sistemul de sănătate;
- platforme de consiliere în sănătate și asistență telefonică;
- servicii personalizate (coaching, suport psihologic, analiza cotațiilor, etc.);
- pliante de informare, spații de internet dedicate prevenției, întâlniri și conferințe;
- îngrijirea copiilor;
- sprijin în gospodărie;
- repatriere.

Furnizori de sănătate

Competența asupra politicii de sănătate și reglementarea sistemului de sănătate este împărțită între:

- stat, în special prin Ministerul Sănătății;
- SHI;
- într-o măsură mai mică, prin autoritățile locale (departamente).

¹⁸ <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>

¹⁹ <https://www.franceassureurs.fr/lassurance-protege-finance-et-emploi/lassurance-protege/lassurance-en-pratique-pour-les-particuliers/les-prestations-de-assurance-complementaire-sante/>

Prestația îngrijirii este împărțită între medicii privați, cu taxă pentru serviciu (FFS) și alți profesioniști din domeniul sănătății, spitalele private cu scop lucrativ, spitalele private non-profit și spitalele publice. Actuala organizare instituțională a sistemului de sănătate este rezultatul voinței fondatorilor sistemului de asigurări sociale de a crea un sistem bloc unic, care să garanteze drepturi uniforme pentru toți cetățenii. Prin urmare, asigurările de sănătate în Franța au fost întotdeauna concentrate și uniforme.

SHI este compusă din trei categorii de scheme, care acoperă întreaga populație. Persoanele fizice și familiile lor sunt afiliate la o schemă bazată pe statutul de angajat. Persoanele care lucrează sunt înscrise automat și nu pot renunța la acoperire decât în anumite cazuri (de exemplu, expatriați și angajați ai corporațiilor sau instituțiilor internaționale). În acest fel, nu există concurență între scheme. Persoanele care nu lucrează sunt înscrise automat în schema generală, care este schema majoră.

Cele trei categorii de scheme și beneficiarii acestora sunt prezentate astfel:

- schema generală (CNAM) acoperă aproximativ 88% din populație, cu excepția celor eligibili pentru alte scheme;
- schema agricolă (MSA) acoperă fermierii și angajații agricoli, precum și familiile acestora (aproximativ 5% din populație);
- există numeroase scheme speciale, peste 20 la număr, construite pe sisteme de plată anticipată pre-SHI pentru categorii definite de lucrători: funcționari publici locali și naționali, mineri, personal militar, angajați ai Companiei Naționale de Căi Ferate, clerici, marinari, funcționari ai Băncii Naționale, ai companiilor de gaz și electricitate (acestea acoperă 7% din populație, dar gestionează din punct de vedere tehnic cererile și beneficiile pentru circa 3% din personal).

Aceste scheme sunt reunite într-o Uniune Națională a Fondurilor de Asigurări de Sănătate (UNCAM) cu scopul de a reprezenta fondurile în negocierile cu furnizorii de servicii medicale. Fiecare dintre cele două scheme majore de asigurări de sănătate este alcătuită dintr-un fond național de asigurări de sănătate și structuri locale corespunzătoare gradului de distribuție geografică implicat. Asigurarea de sănătate complementară (CMU) oferă o asigurare gratuită pentru persoanele cu venituri reduse, șomeri, persoane care desfășoară activități independente sau persoane inactive care sunt sub vârsta de pensionare, cu condiția să fie afiliați la sistem. Nivelul de asistență pentru o asigurare de sănătate complementară depinde de vârstă, sumele calculate pentru asigurarea serviciilor medicale variind astfel:

- 100 euro pentru asigurații cu vârsta până la 16 ani;
- 200 euro pentru cei cu vârsta cuprinsă între 16-49 ani;
- 300 euro pentru cei cu vârsta cuprinsă între 50-59 ani;
- 500 euro pentru cei care au peste 60 de ani.

Aceste asigurări pot fi încheiate de persoane care obțin într-o gospodărie următoarele venituri anuale:

- persoană - 11.992 euro;

- două persoane - 17.883 euro;
- trei persoane - 21.459 euro;
- patru persoane - 25.036 euro.

Sistemul de asigurări numit *couverture maladie universelle (CMU)* are scopul de a introduce un sistem obligatoriu de asigurări de sănătate dedicate celor care nu au ocupație. Aceste asigurări garantează oricărei persoane o protecție împotriva riscului de îmbolnăvire, prin afilierea la un regim obligatoriu de asigurare pentru boală. Orice rezident din Franța care nu beneficiază pe drepturile afilierii la un regim obligatoriu pe baza criteriilor tradiționale (activitate profesională sau criteriu asimilat, statut familial) va fi afiliat la un regim general, pe baza rezidenței sale, sub rezerva că aceasta să fie stabilă sau regulată. Persoanele care au un venit scăzut, au dreptul la o acoperire prin asigurare complementară gratuită și au dispensă pentru plata anticipată a cheltuielilor. Beneficiarii venitului minim de inserție sunt admiși automat în sistem.

Finanțarea

În anul 2021, sistemele publice și private de asigurări complementare obligatorii de sănătate au finanțat 85% din toate cheltuielile cu sănătatea în Franța.

Franța are peste 600 de asigurători complementari, în mare parte privați, nonprofit și cu profit (similar cu acoperirea *Medigap* din SUA) care oferă rambursare parțială pentru cheltuielile din buzunar pentru același pachet de beneficii acoperit de asigurarea universală de sănătate și pentru cea cu beneficii suplimentare, în principal servicii stomatologice și de oftalmologie.

Angajatorii sunt obligați să ofere și să finanțeze jumătate din costuri pentru a oferi un nivel minim de asigurări de sănătate complementare pentru angajații lor. Pentru cei sub un plafon de venit, un pachet minim de beneficii de asigurare complementară este disponibil fără taxe, iar aceasta acoperă toate plățile de coasigurare pentru medicii care acceptă tarifele de asigurări universale de sănătate ca plată integrală. Șomerii își mențin acoperirea obișnuită, iar asigurarea lor complementară este valabilă pentru primul an de șomaj.

Industria farmaceutică este, de asemenea, obligată să contribuie printr-un impozit de 1,6% pe cifra de afaceri, un impozit pe publicitate, un impozit pe vânzarea cu amănuntul de medicamente și o taxă suplimentară, dacă cifra de afaceri depășește limita stabilită în Legea privind finanțarea asigurărilor sociale.

Venituri suplimentare pentru SHI sunt percepute pe profiturile companiilor cu o cifră de afaceri de peste 760.000 de euro. Alte taxe sunt percepute pe activitățile poluante ale companiilor.

GERMANIA

Acoperirea asigurării de sănătate a populației pentru un set de bază de servicii medicale publice este de 89,5%, iar acoperirea de sănătate primară privată este de 10,5%. Cheltuielile de sănătate reprezintă circa 8,5% din PIB (2022).

Cheltuieli OOP ca pondere din consumul final al gospodăriilor (2019): 2,9%. Cheltuielile OOP în Germania sunt legate atât de plățile directe pentru serviciile neacoperite de SHI (de exemplu, medicamentele eliberate fără prescripție medicală), cât și de partajarea costurilor pentru serviciile acoperite de SHI. Cheltuielile POO peste prețurile de referință pentru îngrijirea dentară și ajutoarele medicale pot fi substanțiale. De exemplu, prețurile de referință pentru îngrijirea dentară acoperă doar aproximativ 50% din costurile îngrijirii standard.

Germania are cel mai vechi sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI) din lume. Asigurarea de sănătate este obligatorie, dar persoanele cu un venit peste un prag fix (62.550 euro (2020)) sau aparținând unui anumit grup profesional (de exemplu, persoane care desfășoară activități independente sau funcționari publici) pot renunța la acoperirea SHI și se pot înscrie în asigurările private de sănătate (substitutive - PHI).

Ambele scheme sunt separate de-a lungul unor linii organizatorice, normative și financiare diferite. Sectoarele de îngrijire sunt, de asemenea, separate în ceea ce privește organizarea, guvernarea și finanțarea. Datorită legislației separate pentru sectoarele individuale din sănătatea publică, îngrijirea ambulatorie și spitalicească, precum și în îngrijirea pe termen lung, există o fragmentare a furnizării de servicii medicale.

Principiul de bază al sistemului de asigurări de sănătate din Germania este cel de solidaritate, atât în ceea ce privește veniturile, cât și furnizarea de servicii: toți asigurații contribuie cu o parte din venitul lor, indiferent de riscul pe care îl prezintă pentru sănătate, iar persoanele au dreptul la prestații în funcție de nevoile lor de sănătate, indiferent de statutul lor socio-economic, capacitatea de plată sau domiciliu. Toți angajații care câștigă mai puțin decât pragul de excludere, persoanele care primesc prestații sociale și pensionarii au asigurare obligatorie de sănătate, iar persoanele aflate în întreținerea lor fără venituri sunt asigurate gratuit. Persoanele cu venituri mari și persoanele care desfășoară activități independente pot achiziționa asigurări private de sănătate sau pot păstra asigurarea legală de sănătate. Acoperirea serviciilor este aproximativ aceeași în ambele sisteme, în afară de anumite medicamente nou lansate, care sunt plătite de asigurările private. Nu există nicio restricție privind alegerea spitalelor de către pacienți, iar coplățile pacienților pentru șederea în spital nu diferă în funcție de spitale.

Structura de control

Sistemul de sănătate german are o structură de guvernare complexă. Guvernul federal definește doar cadrul legal, în timp ce detaliile de reglementare sunt specificate în directivele emise de Comitetul Federal Comun - cel mai înalt organism decizional autonom din țară. Comitetul este format din reprezentanți ai asociațiilor caselor de sănătate, medici, stomatologi și spitale, precum și trei membri independenți, la care se adaugă reprezentanți ai pacienților fără drept de vot. Această structură ia decizii privind beneficiile SHI, sistemele de rambursare și asigurarea calității.

Landurile supraveghează organismele autonome la nivel regional și sunt responsabile de planificarea și investițiile spitalicești, precum și de educația medicală. Acestea sunt, de asemenea, responsabile de serviciile de sănătate publică și de conducerea birourilor de sănătate publică, care au câștigat în importanță în timpul pandemiei. Au fost instituite mecanisme de guvernare pentru a permite măsuri rapide, între landuri, pentru a răspunde crizei prin ordonanțe, emise în special de către Ministerul Federal al Sănătății.

Furnizori de sănătate

Sistemul german de îngrijire a sănătății se remarcă prin două caracteristici esențiale:

- împărțirea competențelor de luare a deciziilor între landuri, guvernul federal și organizațiile auto-reglementate ale plătitorilor și furnizorilor;
- separarea SHI (inclusiv LTCI social) și PHI (inclusiv LTCI privat). SHI și PHI (precum și cele două sisteme de asigurare de îngrijire pe termen lung) folosesc aceiași furnizori, adică spitalele și medicii tratează atât pacienții asigurați legal, cât și privat, spre deosebire de situația existentă în alte țări.

Asociația Federală a Fondurilor de Boală conlucrează cu Asociația Federală a Medicilor SHI și Federația Germană a Spitalelor pentru a dezvolta graficul de taxe pentru îngrijirea ambulatorie SHI și catalogul DRG, care sunt apoi adoptate de comitetele mixte bilaterale. Comitetul Federal Comun (G-BA) este o entitate juridică publică care cuprinde cele patru organizații umbrelă de conducere ale sistemului de sănătate german autonom: Asociația Națională a Medicilor și Dentiștilor din Asigurări Statutare de Sănătate, Federația Germană a Spitalelor, Federația Centrală Federală și Asociația Caselor de Asigurări de Sănătate.

Pachetul minim de beneficii

Între fonduri nu există concurență pe produse și servicii. Toate oferă aceleași servicii așa cum sunt definite de Comitetul Federal Mixt (G-BA) sau de diferitele organizații-umbrelă ale SHF-urilor (organizațiile asigurărilor de sănătate statutare (SHI)). Asigurarea privată acoperă aproape aceleași servicii, dar permite beneficii suplimentare (de exemplu, servicii de primă clasă), existând concurență între asigurătorii privați. Din 2004, luarea deciziilor în domeniul asigurărilor legale de sănătate a fost integrată într-un comitet federal mixt trans-sectorial, care este susținut de un institut independent pentru calitate și eficiență în îngrijirea sănătății (IQWiG). Din 2008, conform noii Legi de îmbunătățire a concurenței, IQWiG trebuie să evalueze raportul cost-beneficiu al produselor farmaceutice din Germania pe baza ghidurilor internaționale acceptate în medicina bazată pe dovezi și în economia sănătății.

Pentru adulți, există periodic examinări de depistare precoce pentru anumite afecțiuni precum bolile cardiovasculare, bolile de rinichi sau diabet zaharat, precum și unele tipuri de cancer. Pe lângă examenul medical de sănătate, diverse teste de depistare precoce a cancerului fac parte din sfera serviciilor oferite de casele de asigurări de sănătate. Acestea invită persoanele eligibile în scris la trei dintre aceste examinări: pentru depistarea precoce a cancerului de colon, a cancerului de col uterin și a cancerului de sân (screening). De la începutul anului 2018, bărbații cu vârsta de peste 65 de ani pot să facă o examinare ecografică pentru depistarea precoce a unui anevrism de aortă abdominală. Din octombrie 2021, persoanele cu vârsta peste 35 de ani au, de asemenea, posibilitatea de a fi testate pentru bolile virale - hepatita B și hepatita C²⁰.

Asigurarea de sănătate include, în special, tratamente medicale, dentare și psihoterapeutice, furnizarea de medicamente, bandaje, alte remedii și ajutoare, îngrijiri medicale la domiciliu, tratament în spital, precum și servicii de reabilitare medicală.

Pachetul de bază nu cuprinde:

- realizarea de intervenții chirurgicale de orice tip;
- servicii de medicină homeopată;
- produsele pentru adulți;
- internarea în spitale private;
- implanturile dentare;
- serviciile medicale necesare într-un alt stat european.

²⁰ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/frueherkennung>

Finanțare

O mare parte a cheltuielilor pentru îngrijirea sănătății din Germania provine din sistemul SHI. Contribuțiile la cele 105 case de sănătate constituie sistemul major de finanțare a asistenței medicale. Aceste case sunt responsabile pentru colectarea contribuțiilor, pe care le transferă către un grup central de realocare (*Gesundheitsfonds*), care este responsabil de punerea în comun și realocarea veniturilor conform unui mecanism de ajustare a riscurilor.

Veniturile fiscale generale sunt folosite în diverse scopuri în sistemul de sănătate. Toate bugetele bazate pe impozite, atât la nivel federal, cât și la nivel de land, sunt stabilite de structuri care acționează la propunerile guvernelor lor. În plus, Legea de finanțare a spitalelor prevede că toate costurile de investiții trebuie plătite din impozitele de stat, precum și de către proprietarii de spitale publice, private fără scop lucrativ și private cu scop lucrativ, dacă sunt enumerate în planul de necesitate al statului. Prin urmare, landurile primesc bani din impozite pentru investițiile în spitalele pe care le gestionează.

Taxele, ca sursă de finanțare a sănătății au scăzut pe parcursul ultimului deceniu, scăzând de la 10,8% din cheltuielile totale pentru sănătate în 1996 la 4,2% în 2018. Cea mai substanțială scădere a fost observată în cheltuielile pentru îngrijirea pe termen lung (aproximativ 50%), reflectând eliberarea bugetelor municipale după introducerea asigurării statutare de îngrijire pe termen lung. Cu toate acestea, și alte cheltuieli pentru investiții au scăzut. În total, administrația publică și sursele publice statutare au reprezentat 73,5% din cheltuielile curente pentru sănătate. Sursele private au reprezentat un total de 26,5% din totalul cheltuielilor curente: acestea includ OOP efectuate de gospodăriile private (13,6%). Asigurătorii privați au finanțat 8,7%, ceea ce cuprinde cheltuielile pentru asigurările de sănătate substitutive/comprehensive, asigurările complementare de sănătate și asigurările de îngrijire pe termen lung.

Asigurarea legală de sănătate este finanțată în principal printr-o contribuție de 14,6% din venitul salarial, care este împărțit în mod egal între angajat și angajator. Aceste contribuții sunt suplimentate cu o subvenție fiscală de 14,5 miliarde euro (aproximativ 7% din banii cumulați). Fiecare casă de sănătate percepe o taxă de contribuție suplimentară direct membrilor săi pentru a acoperi cheltuielile totale, în prezent, aceste contribuții suplimentare variind în jurul unei medii de 1,1% din salariu.

Cop plățile cuprind sume între 5,00 și 10,00 euro per prescripție în ambulatoriu, 10,00 euro/zi de spitalizare și perioade de reabilitare (pentru primele 28 de zile pe an) și 5 - 10 euro pentru dispozitivele medicale prescrise. Medicii contractați de SHI nu au voie să taxeze peste tarifele pentru serviciile enumerate în catalogul de beneficii SHI. Cu toate acestea, o listă de „servicii de sănătate individuale” în afara gamei cuprinzătoare de acoperire SHI poate fi oferită pacienților care plătesc din buzunar.

Copiii sub vârsta de 18 ani sunt scutiți de partajarea costurilor. Pentru adulți, există un plafon anual de partajare a costurilor egal cu 2% din venitul gospodăriei, o parte din venitul unei gospodării fiind exclusă din acest calcul pentru membrii suplimentari ai familiei. Plafonul este redus la 1% din venitul anual brut pentru bolnavii cronici (pentru a se califica, acele persoane trebuie să demonstreze că au participat la procedurile de consiliere sau de screening recomandate înainte de a se îmbolnăvi). Șomerii contribuie la SHI proporțional cu drepturile lor de șomaj. Pentru șomerii de lungă durată, guvernul contribuie în numele lor.

Organizarea serviciilor de salvare este în responsabilitatea municipalităților. Temeiul juridic îl reprezintă legile de la nivel de land privind serviciile de salvare. Responsabilitatea pentru finanțarea serviciului de salvare revine în principal landurilor, care suportă cheltuielile de dotare și întreținere. În schimb, fondul legal de asigurări de sănătate este obligat, în conformitate cu legislația federală în vigoare, să acopere costurile de transport ale asiguraților.

GRECIA

Sistemul Național de Sănătate (ESY) este finanțat de la bugetul de stat prin venituri din impozite directe și indirecte și contribuții de asigurări sociale.

Furnizori de sănătate

ESY oferă asistență medicală de urgență pre-spitalicească, primară/ambulatorie și staționară prin cabinete rurale, centre de sănătate și spitale publice. Medicii care lucrează în spitalele publice și centrele de sănătate sunt angajați cu normă întreagă și nu li se permite să se angajeze în sectorul privat. Din 2011, EOPYY este singurul cumpărător de servicii de sănătate, iar din 2014, responsabilitatea pentru furnizarea de asistență medicală publică primară/ambulatorie revine Rețelelor Naționale de Asistență Primară a Sănătății (PEDYs) coordonate de YPE-uri²¹.

Sectorul privat include spitale cu profit, centre de diagnostic și cabinete independente, finanțate în principal din plăți OOP și, într-o măsură mai mică, prin asigurări private de sănătate. Pe lângă asigurarea de răspundere civilă pentru profesioniștii din domeniul sănătății, asigurările private de sănătate pot lua fie forma unor rețele de furnizori preferați, fie sub formă de asigurători și scheme de furnizori integrate. O mare parte din sectorul privat încheie contracte cu structurile EOPYY pentru a oferi în principal îngrijire primară/ambulatorie.

²¹ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/greece-2017/organization-and-governance/organization/>

Controlul activității medicale

Rolul guvernelor regionale și locale în planificarea, organizarea și furnizarea asistenței medicale a fost limitat, iar încercările de a delega mai multe responsabilități municipalităților nu au fost niciodată implementate pe deplin. Autoritățile regionale și locale au jucat un rol secundar din cauza lipsei de competențe și de resurse economice pentru implementarea politicilor de sănătate la nivel regional. Rolul lor s-a limitat la furnizarea de broșuri de sănătate, la plata unor servicii pentru persoanele fără venituri, gestionarea centrelor publice pentru sugari și copii și a centrelor de zi pentru populația în vârstă, precum și la implementarea anumitor programe de asistență socială.

Unele municipalități mari dețin și centre de îngrijire a sănătății, în special în zona mai mare a Atticii, oferind servicii în principal persoanelor fără venituri și populației neasigurate. Creșterea ratei șomajului și a sărăciei după anul 2010 a dus la utilizarea sporită a serviciilor centrelor municipale de sănătate. În plus, multe municipalități au înființat farmacii municipale pentru furnizarea gratuită de medicamente celor fără resurse financiare și au dezvoltat programe de asistență socială care furnizează adăpost și masă unui număr tot mai mare de persoane fără adăpost (de exemplu, programele de bunăstare și sănătate ale Municipality din Atena 2018)).

Sectorul privat joacă un rol important în furnizarea serviciilor de sănătate, deși nu are nicio implicare directă în planificarea, finanțarea și reglementarea sistemului public. Este finanțat în principal prin EOPYY, care încheie contracte cu furnizori din sectorul privat pentru a furniza servicii care răspund nevoilor de îngrijire a sănătății ale beneficiarilor săi. Cuprinde spitale generale și maternități, un număr mare de centre private de diagnostic și specialiști care încheie contracte cu EOPYY, sau sunt plătiți direct de pacienți prin plăți OOP. Serviciile de reabilitare (de exemplu, kinetoterapeuții) și serviciile pentru bătrâni (căminele de geriatrie) sunt, de asemenea, oferite predominant de sectorul privat.

Finanțare

O combinație de resurse publice și private finanțează sistemul de sănătate din Grecia. Sursa principală de venit pentru fondurile SHI sunt contribuțiile angajaților și angajatorilor (inclusiv contribuțiile statului în calitate de angajator). Din anul 2017, nou înființată EFKA a devenit principalul fond de asigurări sociale, colectând și punând în comun contribuții în numele tuturor fondurilor individuale de asigurări sociale care existau anterior EFKA își acoperă membrii împotriva tuturor riscurilor, oferind o pensie lunară pentru limită de vârstă, invaliditate și deces asiguraților săi și/sau membrilor familiilor acestora; beneficii pre-pensie și alte beneficii pentru pensionari; prestații de boală în numerar; alocații sociale specifice și orice alt beneficiu în bani sau servicii pentru care este responsabil. EFKA colectează, de asemenea, componenta de asigurări de sănătate a contribuțiilor în numele EOPYY și apoi transferă fondurile către această entitate.

Contribuția de asigurări de sănătate pentru salariații salariați este stabilită de EFKA la o cotă de 7,10% din venit, alcătuită din două părți: 6,45% pentru prestațiile în natură (2,15% contribuție de către asigurat și 4,30% de către angajator) și 0,65% pentru prestații în numerar (0,40% este contribuit de către asigurat și 0,25% de către angajator).

Bugetul de stat, prin venituri din impozite directe și indirecte, este responsabil pentru acoperirea cheltuielilor de administrare, a salariilor angajaților furnizorilor publici, finanțarea asistenței medicale primare/ambulatorii, acordarea de subvenții spitalelor publice și către EOPYY, investiția în capital și finanțarea învățământului medical. Cheltuielile private sunt o sursă majoră de finanțare a sănătății în Grecia. Acesta ia în principal forma plăților POO pentru servicii neacoperite de SHI, plăți pentru serviciile furnizorilor privați, coplăți (în principal pentru produse farmaceutice) și alte plăți informale. Cheltuielile private conțin și prime de asigurări private de sănătate, care sunt totuși de o importanță limitată.

Legea 2889/2001 a instituit servicii de după-amiază în ambulatoriile spitalicești în care aceiași medici publici care lucrează în spital pot acorda consultații private, pe bază de programare. Acestea sunt plătite direct de către pacienți, pe bază de taxă pentru serviciu, cu taxa împărțită între spital (40%) și medic (60%). Taxele de consultație privată de după-amiază variază de la 16 și 72 de euro, în funcție de notele medicilor. Deoarece creșterile bruște ale șomajului au dus la pierderea unui număr mare de cotizanți (aproximativ 2,5 milioane, sau un sfert din populație) din acoperirea de sănătate, au existat mai multe încercări de a rezolva problema apărută. Inițial, un program de tichete de sănătate a fost lansat în septembrie 2013 și a vizat persoanele care și-au pierdut acoperirea, permițându-le să acceseze numai asistența primară și doar de un anumit număr de ori pe durata a patru luni. Măsura a fost abandonată ca ineficientă din cauza ratelor foarte scăzute de adoptare și a acoperirii limitate pe care o oferea. Măsuri suplimentare au intrat în vigoare în 2014 și vizau să permită persoanelor care nu erau asigurate de niciun fond public sau privat și nu erau eligibile pentru carnetul de sănătate, să aibă acces la servicii de îngrijire primară și de spitalizare, precum și la asistența farmaceutică. Cu toate acestea, medicamentele prescrise erau încă supuse acelorași condiții și taxe de rambursare ca și pentru pacienții asigurați de EOPYY, lăsând în loc obstacole legate de costuri în calea accesului la medicamente.

Astfel încât, în august 2016 a intrat în vigoare o nouă lege care a oferit acces la îngrijire pentru persoanele neasigurate și vulnerabile, inclusiv pentru cei fără acoperire medicală, emigranții care au reședința legală în Grecia, copiii, femeile însărcinate și persoanele cu boli cronice, indiferent de statutul lor de asigurare. Aceste grupuri au acum același nivel de acces ca și persoanele asigurate de EOPYY, cu condiția să dețină un număr de asigurări sociale sau un card de imigrant pentru asistență medicală.

În conformitate cu Decretul prezidențial nr.348/1996, serviciile de asistență medicală de urgență cooperează cu serviciile de sănătate (spitale, centre de

sănătate, clinici) și sunt responsabile pentru coordonarea unităților mobile de asistență medicală și pentru gestionarea urgențelor în general.

Fiecare sucursală a serviciilor de asistență medicală de urgență este responsabilă în privința îndrumării unităților spitalicești de gardă și a unităților de asistență medicală de urgență aferente regiunii. Transportul urgențelor de la o regiune la alta se face după consultarea serviciilor competente ale celor două sucursale implicat - la nevoie, Serviciul central competent intervine pentru coordonarea activității. În funcție de plan și de acoperirile opționale selectate, asigurarea de sănătate acoperă²²:

- cheltuielile cu spitalele și medicii, utilizarea unităților de terapie intensivă sau a unităților de îngrijire avansată, medicamentele, cheltuielile de chirurgie, cheltuielile de chimioterapie etc.
- costurile de tratare a urgențelor de sănătate în ambulatoriile spitalicești, fără a se aplica nicio sumă deductibilă.
- acoperire directă la spitalele contractate, după deducerea oricărei coplăți.

ITALIA

Cheltuieli curente de sănătate pe cap de locuitor (2020): 4.043 euro²³. Cheltuielile cu sănătate reprezintă un procent de aproximativ 7% din PIB (2022). Cheltuielile generale cu sănătatea publică și privată se ridică la aproximativ 168 de miliarde de euro: trei sferturi din sumă fiind plătită de cetățeni. Administrațiile locală/regională au alocat 75,6%, iar 21,8% din cheltuieli au fost plătite direct de familii și doar un procent de 2,7% a fost susținut prin scheme de finanțare voluntară (fonduri de sănătate, societăți de ajutor reciproc, fonduri, companii de asigurări, instituții non-profit și întreprinderi de profil medical).

Serviciul Național de Sănătate al Italiei (NHS) operează la nivel regional și oferă acoperire universală cetățenilor și rezidenților străini înregistrați. Migrații fără acte au dreptul să acceseze servicii medicale urgente și o parte din cele esențiale. Guvernul central alocă regiunilor veniturile fiscale generale pentru asistența medicală finanțată din fonduri publice, definește și supraveghează conformitatea regională cu furnizarea pachetului de beneficii garantate (cunoscute sub denumirea de „niveluri esențiale de îngrijire”) și exercită conducerea generală. Regiunile sunt responsabile pentru organizarea, planificarea și furnizarea serviciilor de sănătate. O gamă largă de servicii de asistență medicală preventivă, primară și comunitară este furnizată prin intermediul autorităților locale de sănătate, iar îngrijirea ambulatorie a spitalelor

²²

https://www.eurolife.gr/proionta/idiotes/ygeia/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAopuvBhBCEiwAm8ja

MSRDXxv_R97S-0cxDjDZcQObpHeckuX4KxMrf9zJSll4oyLElZqFbxoCaCoQAvD_BwE

²³ <https://healthsystemsfacts.org/italy/italy-health-system-overview/>

și a specialiștilor sunt asigurate de o combinație de furnizori publici și privați acreditați, cu variații semnificative de la o regiune la alta.

Serviciul Național de Sănătate din Italia a trecut printr-un proces de descentralizare, care este acum una dintre principalele caracteristici ale structurii sale.

- SSN oferă acoperire universală, garantată tuturor cetățenilor. Guvernul central este responsabil de stabilirea pachetului de beneficii naționale (*Livelli Essenziali di Assistenza*, LEA), nivelând alocările pentru sistemele regionale de sănătate. Regiunile sunt responsabile pentru finanțarea, planificarea și furnizarea de servicii la nivel local, prin autoritățile locale de sănătate.
- serviciile spitalicești și de ambulatoriu de specialitate pot fi furnizate de autoritățile sanitare locale prin spitalele administrate direct, spitalele publice semi-independente (trusturi de spitale) sau furnizori privați acreditați.
- medicii generaliști (MG) și pediatrii, care sunt contractori independenți, acționează la niveluri superioare de îngrijire.
- la nivel național, principalele instrumente de planificare includ planuri de sănătate pe 3 ani, acorduri între regiuni/provincii autonome și guvernul central și programe naționale care abordează probleme specifice de sănătate (respectiv, Planul Național pentru Afecțiuni Cronice). Garantarea pachetului național de beneficii și a alocărilor de finanțare servește și la modelarea planificării. La nivel regional, planificarea se bazează pe planurile regionale de sănătate specifice, finanțarea și alocarea de fonduri între autoritățile locale de sănătate și adaptarea obiectivelor naționale la contexte socio-epidemiologice locale.”

Pachetul minim de beneficii

Legea prevede că pentru a beneficia de unele servicii de sănătate incluse în LEA, cetățeanul trebuie să plătească o taxă de participare (denumită în mod obișnuit ”bilet”). La nivel național, serviciile supuse coplăților sunt²⁴:

- serviciile de îngrijire ambulatorie de specialitate: biletul este egal cu suma tarifelor serviciilor individuale prescrise, până la limita de 36,15 euro. Suma care depășește limita este plătită de NHS. În plus, se datorează o taxă fixă de 10 euro pentru fiecare rețetă;
- serviciile de urgență, clasificate cu cod alb (care ar putea fi asigurate în clinică fără riscuri pentru sănătatea pacientului) cu excepția intoxicațiilor acute și a traumatismelor. Cei asistați, cu excepția persoanelor scutite și a minorilor sub 14 ani, trebuie să plătească o taxă fixă de 25 de euro;
- tratamentele balneare: biletul este stabilit la 55 euro pentru fiecare ciclu de tratament pentru cetățenii ne-exonerați, cei scutiți trebuind să plătească o taxă de 3,50 euro.

²⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>

Aproape toate regiunile au intervenit cu propriile reguli privind reglementarea participării la cheltuieli, introducând noi coplăți (de exemplu pentru medicamente) și uneori modificând sumele coplăților descrise anterior.

Furnizori de sănătate

Spitalelor li s-a permis să devină independente de autoritățile locale de sănătate devenind trusturi de spitale, cu propriul consiliu de conducere. Rambursările către furnizori s-au bazat pe finanțarea aferentă activității: grupuri legate de diagnostic (DRG) pentru spitale, capital pentru medicii de familie și pediatri și taxă pentru serviciu pentru specialiștii în ambulatoriu privat.

Serviciile garantate de NHS și, prin urmare, incluse în nivelurile esențiale de asistență (LEA) pot fi furnizate atât de unități sanitare publice și/sau lucrători sanitari, cât și de unități sanitare private și/sau lucrători sanitari atât timp cât sunt acreditați la același SSN.

Acreditarea la NHS presupune ca furnizorii privați să garanteze anumite standarde de calitate și siguranță, respectând cerințele specifice organizatorice, structurale și de personal. Furnizarea de servicii de către entități private are loc cu respectarea unor acorduri contractuale speciale stipulate cu autoritățile sanitare locale competente teritorial.

Pacienții sunt liberi să aleagă între furnizorii publici și privați pentru multe servicii de îngrijire a sănătății, deoarece este posibil ca sectorul public să externalizeze furnizarea de servicii de sănătate către furnizori privați acreditați. Paturile de spitale private acreditate reprezintă 28% din numărul total de paturi, dar există diferențe mari în distribuția geografică a acestora între cele 20 de regiuni ale Italiei.

SSN garantează în special următoarele activități și servicii²⁵:

- dezvoltarea și diseminarea culturii sănătății și creșterea gradului de conștientizare cu privire la problemele legate de adoptarea de comportamente și stiluri de viață pozitive pentru sănătate;
- informarea cetățenilor cu privire la serviciile și prestațiile oferite de serviciul național și regional de sănătate și la utilizarea corectă a acestora, inclusiv sistemul de participare la costul serviciilor de sănătate și regimul de scutire;
- educația pentru sănătate a pacientului și a familiei acestuia, consiliere pentru managementul bolii sau dizabilității și prevenirea complicațiilor;
- activarea căilor de îngrijire în favoarea copilului, care prevăd preluarea în prima lună de viață, în colaborare cu structurile de consultanță și spitale, și în

25

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4697&area=Lea&menu=distrettuale>

favoarea adultului, inclusiv prin evaluarea multidimensională, consultarea specialistului și continuitatea îngrijirilor în fazele de acces la internare în spital, internare și post-externare, cu o atenție deosebită acordată patologiilor cronice și în evoluție;

- controlul dezvoltării fizice, mentale și senzoriale a copilului și căutarea factorilor de risc, cu atenție în special la identificarea precoce a problemelor neuro-senzoriale și psihologice problematice și identificarea precoce a problemelor de socio-sănătate;
- vizite în ambulatoriu și la domiciliu în scop preventiv, de diagnostic, terapeutic și de recuperare;
- prescripția medicamentelor cuprinse în manualul terapeutic național, prescripția serviciilor de specialitate cuprinse în Nomenclatorul de îngrijiri de specialitate în ambulatoriu, propunerea de servicii de îngrijire suplimentară, propunerea de spitalizare și propunerea de tratamente balneare;
- serviciile de sănătate și socio-sanitare prevăzute de legislația națională și de legislația regională de punere în aplicare;
- efectuarea screening-ului prevăzut de legislația națională;
- acordarea de îngrijiri la domiciliu programate pentru persoanele care nu pot ajunge la cabinet din cauza imposibilității de a merge, sau care au grave limitări funcționale sau nu pot fi transportate cu mijloacele de transport comune, tot în formă integrată cu asistență de specialitate, asistență medicală și de reabilitare și în legătură, dacă este necesar, cu acordarea de ajutor social;
- atestările cerute de lege în scopul readmiterii în școala obligatorie, grădinițe și școli gimnaziale, precum și în scopul absenței părintelui de la muncă în urma îmbolnăvirii copilului;
- atestarea aptitudinii la desfășurarea activităților sportive necompetitive în temeiul decretelor ministeriale;
- acordarea de atestare pentru incapacitate temporară de muncă;
- acordarea de certificare de readmisie la muncă, după caz;
- vaccinări obligatorii și vaccinări recomandate pentru populația cu risc;
- observarea și detectarea reacțiilor nedorite post-vaccinare.

Structurile medicale private au creat pentru cetățenii rezidenți în Italia un pachet de prestații acordate de maximum 3 ori pe an, în urma unui accident sau boală²⁶. Pachetul de asistență constă din următoarele servicii:

- sfaturi / consultații medicale;
- trimiterea unui medic sau a unei ambulanțe la domiciliu în caz de urgență;
- transfer la și de la un spital;
- acces la rețeaua de sănătate;
- trimitere de la un medic specialist;
- livrarea rezultatelor la domiciliu;
- finanțarea cheltuielilor de călătorie ale unui membru al familiei și a unui interpret disponibil;

²⁶ <https://www.insuranceitaly.it/ssn-e-assicurazioni-i-vantaggi-delle-polizze-sanitarie/>

- consultații cardiologice, ginecologice, geriatrice și pediatrice;
- cercetare și rezervare de vizite de specialitate;
- a doua opinie internațională.

Finanțare

Rolul VHI este în principal suplimentar, acoperind accesul mai rapid și îmbunătățind alegerea furnizorului de către consumatori. Acesta este, în special, cazul persoanelor care doresc să apeleze la serviciile specialiștilor care se angajează în practică privată cu normă parțială (pacient internat și ambulatoriu) în cadrul spitalelor publice.

VHI joacă, de asemenea, un rol complementar, acoperind:

- 1) taxele utilizatorului SSN, de exemplu, pentru medicamente, teste de laborator și de diagnosticare, vizite de specialitate, proteze spitalicești și reabilitare;
- 2) servicii excluse din SSN, cum ar fi îngrijirea dentară, îngrijirea la domiciliu pentru persoanele în vârstă (dar nu LTC rezidențial), tratamentul cosmetic, îngrijirea termică și medicina alternativă.

POLONIA

Conform art. 68 din Constituția Republicii Polone, toți cetățenii, indiferent de situația lor financiară, au dreptul la acces egal la serviciile de sănătate care sunt finanțate din fonduri publice. Articolul garantează, de asemenea, dreptul la protecția sănătății ca drept al omului. După Constituție, principalele acte juridice care guvernează sistemul de sănătate sunt Legea privind serviciile de sănătate finanțate din surse publice și Legea privind activitatea terapeutică. Prima lege reglementează funcționarea Fondului Național de Sănătate (NFZ), amploarea, sfera și profunzimea asigurării de sănătate statutare. A doua lege reglementează activitățile tuturor entităților terapeutice (indiferent de tipul de proprietate a acestora - privată și publică și tipul de îngrijire acordată), inclusiv angajarea cadrelor medicale.

Drepturile pacienților sunt reglementate de o lege dedicată - Legea privind drepturile pacienților, care pot fi respectate prin Ombudsmanul pentru drepturile pacienților.

Controlul activității medicale

Sistemul de sănătate este reglementat de Ministerul Sănătății (prin emiterea de reglementări executive în domeniile care țin de sectorul sănătății, de exemplu reglementări care delimitează beneficiile garantate) și Consiliul de

Miniștri (prin emiterea de reglementări executive privind problemele intersectoriale), de exemplu, Programele Naționale de Sănătate.

Sistemul de sănătate a fost în mod istoric foarte centralizat, iar funcția de plătitor rămâne centralizată în NFZ. Cu toate acestea, contractarea de servicii a fost deconcentrată la nivel de voievodat - cele 16 filiale ale voievodatelor NFZ fiind însărcinate cu achiziționarea de servicii pe teritoriile lor, în cadrul pieței interne deschise furnizorilor de servicii medicale publice și private.

Finanțare

Finanțarea provine în principal din contribuțiile obligatorii de asigurări de sănătate (care sunt de fapt un impozit dedicat). Serviciile de sănătate pentru cetățenii scutiți de la plata contribuțiilor de asigurare (cum ar fi copiii), precum și serviciile medicale de urgență și anumite servicii de înaltă specializare, sunt finanțate de la bugetul de stat, din veniturile fiscale generale.

Autogovernările teritoriale sunt însărcinate cu o varietate de responsabilități de sănătate publică și de îngrijire a sănătății pe teritoriul lor, inclusiv implementarea programelor Politicii Naționale de Sănătate și menținerea infrastructurii furnizorilor de asistență medicală. Finanțarea sistemului de urgențe se face de la bugetul de stat, în ceea ce privește prestațiile prespitalicești, și Fondul Național de Sănătate, în sectorul serviciilor spitalicești, în special al secțiilor de urgență ale spitalelor. Activitățile echipelor de salvare medicală, cu excepția echipelor de salvare medicală aeriană, inclusiv cele rezultate din acorduri internaționale, sunt finanțate de la bugetul de stat, din părți gestionate de autoritățile locale.

În conformitate cu Legea privind serviciile medicale de urgență, sarcinile de planificare, organizare, coordonare și supraveghere a sistemului la nivel de voievodat intră în atribuțiile autorităților locale. Guvernatorii de provincie sunt responsabili cu întocmirea unui plan provincial, care devine baza unei proceduri de concurs desfășurată de filiala teritorială a Fondului Național de Sănătate, în urma căreia se încheie contracte de prestări de servicii cu furnizorii unităților de urgență. Fondul Național de Sănătate NFZ este singurul plătitor din sistemul de sănătate, însărcinat cu contractarea serviciilor de sănătate incluse în coșul de prestații statutare (și finanțate din contribuțiile de asigurări) pentru populația asigurată. NFZ gestionează Registrul Central al Asiguraților, fapt ce îi permite să confirme drepturile de asigurare ale pacienților. Contractarea este deconcentrată către cele 16 structuri care funcționează în voievodate. Prin aceste contracte se determină valoarea, volumul, structura și, într-o oarecare măsură, calitatea serviciilor achiziționate. NFZ stabilește detaliile procesului de contractare. Fondul este responsabil și de contractarea serviciilor medicale de urgență (cu excepția echipelor de salvare medicală aeriană, care sunt contractate direct de Ministrul Sănătății) pentru care primește finanțare din bugetele voievodatelor și ale Ministerului Sănătății. NFZ rambursează, de asemenea, costurile serviciilor de asistență medicală furnizate în alte state membre ale UE.

Pachetul minim de beneficii

Reglementările Ministerului de resort specifică liste de prestații garantate în cadrul AMP:

- îngrijiri medicale de specialitate în ambulatoriu;
- îngrijiri spitalicești;
- reabilitare terapeutică;
- îngrijiri psihiatrice și tratament pentru dependențe;
- îngrijiri medicale de lungă durată (LTC);
- tratamente stomatologice;
- tratamente în stațiunile de sănătate;
- tratamente medicale de urgență;
- îngrijire paliativă;
- servicii medicale înalt specializate (de exemplu, transplanturi).

De asemenea, există liste separate pentru produse farmaceutice și dispozitive medicale. Listele de medicamente sunt publicate și actualizate bilunar, pe baza recomandărilor AOTMiT în cazul medicamentelor inovatoare sau al indicațiilor noi primite în rețeaua medicală.

Asistența primară, asistența medicală de specialitate în ambulatoriu și asistența spitalicească în cadrul sistemului de sănătate cu finanțare publică sunt oferite gratuit. Pentru tratamentele de lungă durată și în stațiuni se plătește o taxă pentru a acoperi costurile de cazare și masă. Partajarea costurilor este aplicată pe scară largă la produsele farmaceutice în ambulatoriu (produsele farmaceutice primite ca parte a îngrijirii pentru pacienți internați sunt gratuite), inclusiv coplată și coasigurare, precum și partajarea costurilor indirecte (prețuri de referință). Împărțirea costurilor se aplică și dispozitivelor medicale.

Modificarea Legii privind profesiile medicale și stomatologice a adus modificări semnificative în sistemul de finanțare al sistemului public de sănătate polonez. Conform noilor reglementări, Fondul Național de Sănătate a fost însărcinat cu finanțarea unei game largi de servicii care nu se bazează pe asigurare, care anterior erau finanțate de la bugetul de stat și garantate tuturor persoanelor din Polonia, indiferent de statutul lor legal de asigurare.

Astfel, NHF a preluat finanțarea:

- serviciilor medicale de urgență;
- a medicamentelor pentru persoanele cu vârsta mai mare de 75 de ani și pentru femeile însărcinate;
- serviciilor înalt specializate;
- vaccinărilor obligatorii;
- contribuțiilor de asigurare pentru studenți, soldați și șomeri;
- a medicamentelor utilizate în cadrul programelor de politici de sănătate ale Ministerului Sănătății: tratamentul hemofiliei, tratamentul anti-retroviral pentru persoanele care au HIV și tratament antiviral pentru hepatita C pentru deținuți.

PORTUGALIA

Sistemul de sănătate portughez este caracterizat de trei sub-sisteme care coexistă și se suprapun: NHS, schemele speciale de asigurări publice și private pentru anumite profesii sau companii (subsisteme de sănătate) și VHI privat.

Serviciul Național de Sănătate (SNS), este constituit dintr-o rețea de organisme și servicii, care acționează în mod articulat, urmărind să asigure asistență medicală întregii populații. Potrivit legii, utilizatorii SNS au dreptul, în condițiile care urmează a fi reglementate, la beneficii precum: îngrijiri medicale generale și de specialitate; internarea în spital; transportul pacientului când este indicat medical; elemente complementare de diagnostic, tratament de specialitate, etc²⁷.

Rețeaua SNS de furnizare de asistență medicală este formată din:

- asistență medicală primară - centre de asistență medicală și unități corespunzătoare, respectiv unități de sănătate a familiei, unități sanitare personalizate, de îngrijire comunitară, de sănătate publică și unități de resurse de îngrijire partajată, inclusiv cele integrate în unitățile sanitare locale;
- asistență medicală spitalicească - spitale, centrele spitalicești, direcțiile și serviciile respective, inclusiv cele integrate în Unitățile Sanitare Locale, cu precădere în Centrele Integrate de Responsabilitate și Centrele de Referință;
- asistență continuă integrată - unități și echipe de internare și ambulanțe ale Rețelei Naționale de Asistență Continuă Integrată;
- asistență de urgență - Servicii de urgență definite în Rețeaua SNS.

Controlul activității medicale

Administrațiile regionale de sănătate sunt responsabile de implementarea politicii naționale de sănătate la nivel regional și de coordonarea tuturor nivelurilor de asistență medicală. NHS, deși finanțat la nivel central de Ministerul Sănătății, are o structură regională din 1993, care cuprinde cinci administrații sanitare. Un consiliu de administrare a sănătății, responsabil în fața ministrului sănătății, gestionează NHS în fiecare regiune. Responsabilitățile de management ale acestor consilii sunt o combinație de management strategic al sănătății populației, supravegherea și controlul spitalelor și responsabilitățile de management direct centralizat pentru asistența primară NHS.

ARS-urile lucrează în conformitate cu principiile și directivele emise în planurile regionale și de Ministerul Sănătății. Principalele lor responsabilități sunt elaborarea de orientări strategice; coordonarea tuturor aspectelor legate de furnizarea de îngrijiri medicale; supravegherea spitalelor și managementul asistenței primare; stabilirea de acorduri și protocoale cu organisme private; și

²⁷ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/portugal-2017/organization-and-governance/organization/>

legătura cu organismele guvernamentale, organizațiile caritabile religioase, alte organisme private fără scop lucrativ și consiliile municipale. Ele sunt, de asemenea, responsabile cu dezvoltarea unei rețele de îngrijire pe termen lung.

Furnizori de sănătate

Spitalele aparținând sectorului administrativ public reprezintă o minoritate a spitalelor publice care nu au fost transformate în întreprinderi publice (EPE). Cu alte cuvinte, acestea sunt instituții publice fără un statut special și continuă să fie gestionate conform regulilor aplicabile serviciului public.

Serviciile partajate aparțin de Ministerul Sănătății, oferind servicii comune, specifice, legate de sănătate, în probleme de achiziții și logistică, management financiar, resurse umane, sisteme de informare și comunicații și alte activități suplimentare și subsidiare organizațiilor care fac parte din NHS, indiferent de natura lor juridică, precum și organelor și serviciilor Ministerului Sănătății și oricăror alte organizații, atâta timp cât desfășoară activități specifice domeniului sănătății.

Unitățile locale de sănătate au fost create în 1999 pentru a genera o comunicare mai bună și pentru a asigura asistența primară și conexiunea dintre spitale printr-o integrare verticală a diferitelor niveluri de îngrijire. În prezent, există opt unități sanitare locale. Centrele spitalicești și alte spitale ale întreprinderilor publice includ spitalele care sunt reglementate ca EPE. Printre acestea, se numără entități care au fost grupate în Centre spitalicești și altele care au rămas ca instituții individuale. Motivul înființării lor a fost îmbunătățirea eficienței printr-o mai bună coordonare între instituțiile ce oferă asistență spitalicească din aceeași zonă geografică. Atât centrele spitalicești, cât și spitalele sunt întreprinderi publice, ceea ce înseamnă că structura de conducere a spitalelor are un anumit nivel de autonomie și responsabilitate managerială, în comparație cu spitalele din sectorul administrativ public.

La aproape patru decenii de la înființarea NHS în Portugalia, funcționează încă schemele de asigurări de sănătate care se bazează pe categoria profesională sau ocupațională. Asistența medicală este furnizată fie direct, fie prin contract cu furnizori privați sau publici (și în unele cazuri printr-o combinație a ambelor). Accesul este în general limitat la membrii unei anumite profesii și familiile acestora.

Finanțare

Finanțarea NHS se asigură de la bugetul de stat. Legea definește criteriile obiective și cuantificabile de finanțare a NHS și poate stabili valori minime în conformitate cu indicatorii demografici, sociali și de sănătate. Finanțarea include dotarea NHS cu resursele necesare îndeplinirii funcțiilor și obiectivelor sale, iar investițiile NHS sunt supuse planificării multianuale. Unul dintre venituri este taxa

de utilizare, conform legii. Scutirea de la plata taxelor de utilizare se face în funcție de resursele financiare, tipul de boală sau vulnerabilitate deosebită. Taxa de utilizator este suma pe care o persoană o plătește pentru o consultație, un examen, un tratament sau o altă formă de îngrijire medicală în cadrul Serviciului Național de Sănătate.

Principalii actori privați sunt companiile private de asigurări de sănătate. VHI a fost introdus în 1978, iar numărul de persoane asigurate a crescut de la aproximativ 500.000 în 1990 la aproape 2,7 milioane în 2015. Există un mecanism de dublă acoperire în vigoare, crescând astfel în mare parte numărul de programări medicale de specialitate. Cetățenii pot beneficia chiar de o acoperire triplă (sau mai mare), respectiv de la NHS, un subsistem de sănătate de la locul de muncă, VHI și având acoperire de la un alt subsistem de sănătate ca o extensie a acoperirii soțului/soției.

Pe lângă NHS, care oferă acoperire universală pentru un set cuprinzător de servicii, cetățenii pot beneficia de "straturi" suplimentare de acoperire de asigurare. Aceste straturi suplimentare au trei surse principale: subsistemele de sănătate publică, cele de sănătate private și VHI private, contractate prin angajator sau pe bază individuală.

Pachetul minim de beneficii

Cea mai comună acoperire de asigurări de sănătate este următoarea²⁸:

- spitalizare - acoperă cheltuielile asociate cu spitalizarea pentru o perioadă mai mare de 24 de ore, cum ar fi taxele personalului medical și elementele auxiliare de diagnostic. Mai mult, include și intervenția chirurgicală;
- indemnizația zilnică în caz de spitalizare: în majoritatea cazurilor este opțională sau este asociată cu internarea, dar constă într-o sumă fixă pe zi, în zilele de internare. Această valoare poate varia între 20 și 75 de euro și se poate defini pentru un număr minim de zile de spitalizare după care se activează această acoperire;
- ambulatoriu - acoperă cheltuielile cu consultațiile clinice generale sau de specialitate, examenele auxiliare de diagnostic și tratamentele în ambulatoriu. În plus, garantează și îngrijirea spitalicească pe bază externă;
- nașterea: poate fi acoperită de unele polițe de asigurare de sănătate, iar în majoritatea este chiar integrată în acoperirea spitalizării. Dacă nu este inclusă, poate fi adăugată ca acoperire suplimentară. Se garantează plata cheltuielilor legate de sarcină și naștere, cezariană și întreruperea spontană a sarcinii, taxele spitalicești pentru mamă și nou-născut, precum și onorariile profesionale, sălile de operație și medicația;

²⁸ <https://www.doutorfinancas.pt/seguros/guia-de-seguros-o-que-precisa-de-saber-para-se-proteger/#O-que-cobre-e-o-que-exclui-um-seguro-de-saude>

- stomatologie - acoperă consultațiile și tratamentele stomatologice, dar este important de verificat în rețeaua furnizorilor de asigurări dacă clinica respectivă are sau nu un acord cu casa de sănătate. În plus, aparatele dentare și protetice au de obicei o limită de preț impusă;
- medicamente: există anumite medicamente care sunt acoperite de asigurările de sănătate. Nicio asigurare nu acoperă produsele de igienă și cosmetice, contraceptivele, medicamentele fără prescripție medicală și vaccinurile;
- proteze și orteze - unele asigurări acoperă costurile de achiziție a protezelor și ortezelor dacă acestea sunt prescrise de un medic: scaune cu rotile, ochelari și lentile de contact prescrise, aparate auditive, cârje și proteze ortopedice și paturi articulate;
- a doua opinie medicală - în situația unei boli grave, precum cancer, accident vascular cerebral, boli cardiovasculare sau transplant de organe;
- acoperire medicală internațională în caz de boli grave, în unele situații.

Pe de altă parte, următoarele acoperiri sunt excluse din asigurarea de sănătate :

- boli profesionale și accidente de muncă;
- tulburări nervoase și boli psihiatrice;
- tulburări cauzate de abuzul de alcool sau droguri;
- accidente sau boli rezultate din participarea la competiții sportive;
- tratament sau intervenție chirurgicală pentru pierderea în greutate;
- metode de fertilizare artificială;
- transplant de organe sau măduvă;
- tratamente sau intervenții chirurgicale din motive estetice;
- admiterea în unități de psihiatrie, aziluri de bătrâni, cămine, centre de reabilitare / tratament pentru alcoolici sau dependenții de droguri.

SLOVACIA

Politica de sănătate rezultă din interacțiunea dintre Ministerul Sănătății, companiile de asigurări de sănătate (HIC), în calitate de cumpărători, furnizorii de servicii medicale, organizațiile profesionale și HCSA, în calitate de supraveghetori al activității medicale. Organizațiile de pacienți au o influență redusă asupra formulării politicii de sănătate. Statul deține cele mai mari spitale și cel mai mare HIC²⁹. Ministerul Sănătății a înființat Centrul Național de Informații în Sănătate (NCHI) ca organizație contributivă de stat pentru a se ocupa de problemele de e-sănătate, standardizarea sistemelor informaționale în domeniul sănătății și colectarea, prelucrarea și furnizarea de statistici sanitare, precum și furnizarea

²⁹ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/slovakia-2016/hspm-svk-2016-organization-and-governance/organization/>

de servicii de bibliotecă și informare în domeniul cercetării medicale. De asemenea, NCHI operează registrele naționale de sănătate.

Furnizori de sănătate

Companiile de asigurări de sănătate (HIC) joacă un rol cheie în sistem, acestea fiind cumpărători de servicii de îngrijire a sănătății, ce au datoria legală să asigure îngrijiri medicale pentru asigurații lor. Achiziția se bazează pe contractare selectivă. Fiecare HIC are posibilitatea să-și dezvolte propriile mecanisme de plată și să-și stabilească propria politică de prețuri față de furnizorii contractați. Relațiile contractuale dintre companiile de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii de sănătate sunt supravegheate de HCSA. Toate HIC-urile sunt societăți pe acțiuni și sunt obligate să îndeplinească criteriile de solvabilitate. Acest lucru trebuie să garanteze plățile programate în termen de 30 de zile de la emiterea facturii furnizorului. Tipul de proprietate permite atât statului, cât și sectorului privat să fie acționari ai HIC. Anumite competențe operative locale au fost transferate de la stat către cele opt regiuni (SGR) pentru descentralizare. Responsabilitățile lor includ eliberarea autorizațiilor de funcționare ale unităților de îngrijire a sănătății, numirea comitetelor etice, eliberarea aprobărilor pentru cercetarea biomedicală în ambulatoriu, menținerea documentației de sănătate și asigurarea acordării de asistență medicală ca urmare a deținerii temporare a permisului sau licenței de furnizor. SGR-urile au preluat responsabilitățile de supraveghere a furnizării de asistență medicală și pot impune sancțiuni furnizorilor pentru neglijarea îndatoririlor lor: sancțiuni financiare și revocarea temporară sau definitivă a unei licențe.

Structurile private își susțin interesele în mod individual. Interesele lor comune sunt reprezentate de organizații-umbrelă, în special pe piața farmaceutică: Asociația Furnizorilor de Medicamente și Dispozitive Medicale (ADL), Asociația slovacă a Furnizorilor de Dispozitive Medicale (SK-MED), Asociația slovacă a Producătorilor și Distribuitorilor de Diagnostice, Dispozitive medicale „in vitro” (SEDMA), Asociația Industriei Farmaceutice Inovatoare (AIFP), orientată spre cercetare și Asociația GENAS.

Finanțare

Resursele publice au reprezentat 74,5% din totalul mijloacelor financiare din sistem, din care contribuțiile plătite către IIS au reprezentat 69,6%. Contribuțiile la asigurările obligatorii de sănătate sunt colectate de trei HIC: GHIC, structură de stat, cu aproximativ două treimi din cota de piață, *Dôvera*, instituție privată, care depășește un sfert de cotă, restul este acoperit de ceilalți actori de pe piață. Contribuțiile provin de la angajați și angajatori, lucrători independenți, șomeri, în mod voluntar, asigurații de stat (cuprinzând în principal persoane inactive din punct de vedere economic, de exemplu pensionari, copii, șomeri) și

din dividende. „Asigurat de stat” este un termen folosit pentru grupul semnificativ de persoane în mare parte inactive din punct de vedere economic pentru care statul plătește contribuții din veniturile fiscale generale.

Pe lângă asigurații de stat, bugetul guvernului central finanțează activitățile mai multor ministere, în special Ministerul Sănătății (circa 5%). Ministerul finanțează, de asemenea, mai multe agenții de sănătate, cum ar fi PHA și Universitatea slovacă de Sănătate, administrată de stat. Acesta acoperă, de asemenea, investiții mici de capital în unele spitale de stat în mod direct.

În cele din urmă, regiunile și municipalitățile autonome sunt responsabile pentru investițiile de capital în spitalele și centrele lor de ambulatoriu, dar contribuția lor este estimată a fi relativ mică, de 0,1% din resursele totale.

Resursele private reprezintă 25,5% din total, constând în cea mai mare parte (aproximativ 90%) din plăți OOP. Restul surselor private au inclus activități de investiții ale entităților private și plăți informale. Datorită definiției foarte largi a pachetului de beneficii, asigurările voluntare de sănătate (VHI) joacă doar un rol foarte marginal.

În ceea ce privește sistemul de sănătate, măsura majoră inclusă în noul pachet adoptat se referă la creșterea cotei de contribuție a angajatorului la sistemul SHI cu 1 punct procentual, de la 10% la 11%. Contribuția angajaților rămâne constantă la 4%, în timp ce cota contribuției persoanelor care desfășoară activități independente crește de la 14% la 15%. În total, veniturile cumulate care vor fi orientate către cele trei companii de asigurări de sănătate din Slovacia va ajunge la aproximativ 8 miliarde euro în 2024, ceea ce reprezintă un salt cu aproximativ 25% față de nivelul din 2022.

Pachetul minim de beneficii

Asigurarea medicală acoperă cheltuielile medicale în caz de boală, rănire sau sarcină. Asigurarea de sănătate poate include următoarele variante și forme³⁰:

- inspecții medicale preventive;
- asigurare pentru costurile dispozitivelor medicale - ochelari, proteze dentare, orteze și altele produse din aceeași categorie;
- spitalizare;
- costuri reduse pentru îngrijirea dentară;
- servicii de asistență în stabilirea datelor de tratament sau examinări preventive în instituțiile medicale.

³⁰ <https://www.poistenie.sk/lexikon/zdravotne-poistenie>

SLOVENIA

Contribuțiile VHI complementare au reprezentat 525,8 milioane euro, respectiv 14% din cheltuielile totale pentru sănătate, care s-au ridicat la 3,789 miliarde euro (2021). Plățile POO, în principal pentru medicamente și îngrijire dentară și unele tratamente în ambulatoriu au reprezentat 454,9 milioane euro, respectiv 12,0% din totalul cheltuielilor cu sănătatea (2021). Legea privind asistența medicală și asigurările de sănătate și Legea privind serviciile de sănătate stau la baza sistemului actual SHI din Slovenia. Acestea asigură asigurarea universală de sănătate, permit privatizarea serviciilor și transferă unele funcții de reglementare și administrative către asociațiile profesionale. Sistemul este organizat la nivel național și local (municipal) de guvernare³¹.

Asigurările de sănătate pot fi împărțite în două grupe³²:

Obligatorie:

- asigurarea obligatorie de sănătate;
- contribuția obligatorie de sănătate (care a înlocuit asigurarea suplimentară voluntară de sănătate anterioară la 1 ianuarie 2024).
- asigurare voluntară de sănătate.

Municipalitățile stabilesc rețeaua locală de furnizori de asistență medicală primară și farmacii și dețin CPHC-uri și farmacii locale. Ele au competența de a acorda concesiile furnizorilor privați de asistență medicală care doresc să lucreze în cadrul sistemului de asistență medicală primară administrat public. De asemenea, municipalitățile decid și asigură finanțarea investițiilor în infrastructura locală de asistență medicală și plătesc contribuții de asigurări de sănătate pentru persoanele fără venituri, deși în realitate nu dispun de fonduri suficiente.

Controlul activității medicale

Institutul de Asigurări de Sănătate din Slovenia (ZZZS) administrează asigurările de sănătate obligatorii centralizate (SHI) și își aliniază activitatea la Planul Național de Sănătate și la prioritățile Ministerului de resort. ZZZS colectează contribuțiile de sănătate și încheie contracte cu furnizori de servicii medicale, farmacii și furnizori de echipamente medicale. De asemenea, monitorizează cheltuielile cu sănătatea și negociază prețurile serviciilor de sănătate. ZZZS are 10 filiale regionale responsabile de contractarea și supravegherea furnizorilor și 45 de birouri locale.

³¹ <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/slovenia-2022/organization-and-governance/organization/>

³² <https://www.generalisi.si/nasveti/zavarovanje/-/blog/2021/Zdravje/vse-kar-morate-vedeti-o-zdravstvenem-zavarovanju>

Trei companii de asigurări complementare de sănătate oferă asigurări pentru coasigurare (numite coplăți în Slovenia), scopul lor principal nefiind acela de a obține profit, ci de a completa SHI și de a consolida protecția financiară.

Furnizori de sănătate

Îngrijirea spitalicească este asigurată de 30 de spitale, majoritatea publice. Din 2014, toate serviciile de sănătate publică sunt furnizate de NIJZ și NLZOH. Deși municipalitățile dețin CPHC -urile; rolul lor în guvernarea asistenței medicale primare variază în funcție de mai mulți factori, cei mai importanți fiind puterea economică și dimensiunea populației.

Finanțare

Principalele surse de finanțare publică sunt contribuțiile SHI și impozitele generale, în timp ce schemele VHI - complementare și suplimentare -, precum și cheltuielile OOP ale gospodăriilor conduc la finanțarea privată.

În 2019, 72,8% din sumele necesare proveneau de la bugetul de stat. Impozitarea generală la nivel național și municipal acoperă costurile pentru investițiile de capital și pentru programele naționale de sănătate publică (de exemplu, screening-ul cancerului) și asigură resurse financiare pentru grupurile social vulnerabile.

În ceea ce privește bugetele municipale de sănătate, pe lângă taxe, municipalitățile primesc resurse suplimentare de la guvernul central, care finanțează investiții de capital pentru centrele publice de sănătate și farmaciile publice de pe teritoriul lor.

Pachetul minim de beneficii

Asigurarea obligatorie de sănătate acoperă tratamentul copiilor și tinerilor care merg la școală până la vârsta de 26 de ani, sarcina și nașterea, precum și tratarea integrală a unor boli foarte grave.

De asemenea, din 2024, contribuția obligatorie la sănătate va acoperi plăți suplimentare până la prețul integral al serviciilor medicale, care până în prezent erau acoperite de asigurări suplimentare de sănătate (de exemplu, tratarea majorității bolilor și accidentelor, vizite la specialiști, spitale sau centre balneare, care sunt o continuare a tratamentului spitalicesc, o serie de dispozitive medicale, transportul cu ambulanță fără urgență, protezare dentară, dispozitive medicale pentru îmbunătățirea vederii și medicamente).

SPANIA

Cheltuielile totale de sănătate (2021): aproximativ 4.000 euro³³, sau o pondere de cca 7,5% din PIB.

Sistemul de sănătate spaniol este caracterizat de trei subsisteme care coexistă: sistemul național universal de sănătate (SNS), Fondurile mutuale pentru funcționarii publici, angajații forțele armate și ai sistemul judiciar (MUFACE, MUGEJU și ISFAS) și subsistemul concentrat pe asistență pentru accidente și boli profesionale.

Controlul activității medicale

SNS este un sistem național de sănătate bazat pe principiile universalității, liberului acces și echității, fiind finanțat în principal din impozite. Este organizat la două niveluri - național și regional - reflectând diviziunea administrativă a țării. Competențele în domeniul sănătății sunt transferate către comunitățile autonome, nivelul național fiind responsabil, sub conducerea Consiliului Inter-teritorial pentru SNS, pentru anumite domenii strategice, pentru coordonarea generală a activității și monitorizarea performanței sistemului de sănătate.

Principalii instituții de reglementare și control ale comunităților sunt Departamentele de Sănătate, care joacă rolul unei Autorități sanitare (cu sarcini de reglementare, planificare, buget și plăți către terțe-părți) susținute de agenții specializate, inclusiv o agenție de evaluare a tehnologiei sănătății în unele regiuni.

La nivel central, responsabilitățile de planificare și reglementare revin în principal Ministerului Sănătății în ceea ce privește legile și planurile la nivel național, și Departamentelor de Sănătate ale comunităților în ceea ce privește implementarea locală a reglementărilor naționale sau de elaborare a reglementărilor și politicilor regionale.

Acoperirea populației de către SNS este aproape universală (99,5%) și garantează un pachet de beneficii destul de cuprinzător pentru cetățeni. Funcționarii publici au dreptul să aleagă ca asistența medicală să fie achiziționată de la alte entități decât SNS, putând opta pentru Fondul mutual al funcționarilor publici de stat.

SNS plătește asigurătorilor privați o taxă de capitație pentru a-și acoperi costurile de îngrijire a sănătății. Cei cu această formă de acoperire privată sunt de așteptat să folosească doar furnizori privați și să primească un card de sănătate special, diferit de cardul de sănătate SNS.

³³ <https://healthsystemsfacts.org/spain/spain-health-system-overview/>

Finanțare

Bugetul de stat este sursa primară de finanțare pentru sănătate în Spania (69,8% din cheltuielile totale). Fondurile publice provin în cea mai mare parte din impozitele generale.

În cadrul Serviciului Național de Sănătate statutar, acordarea asistenței medicale în Comunitățile autonome este finanțată prin impozitele generale, până la 94,5% din resursele publice. La rândul lor, fondurile mutuale alocă 3,4% din resurse, acestea fiind finanțate printr-un mix de contribuții la salarii și impozite. Pe de altă parte, salariile și contribuțiile angajatorilor care acoperă schemele de mutualitate pentru accidente de muncă și boli profesionale se ridică la 2,1% din fondurile de sănătate.

În sfârșit, prescripțiile de medicamente în ambulatoriu și unele servicii suplimentare din pachetul de prestații sunt singurele servicii de sănătate ale căror costuri sunt împărțite de pacienți. În practică, coplățile afectează în prezent prescripțiile farmaceutice în ambulatoriu și protezele ortopedice specifice. În ceea ce privește finanțarea privată, plățile provin dintr-o combinație de plăți OOP (coplăți și plăți directe) și asigurări medicale private.

Pachetul minim de beneficii

Companiile private de sănătate oferă reduceri în funcție de numărul de asigurați, în special pentru polițele private de sănătate intitulate „formulă de familie”, care includ acoperiri și servicii concepute pentru întreaga familie. Astfel, *Sanitas Más Salud*, de exemplu, oferă o reducere de 10% la prima de asigurare prin contractarea pachetului de familie: pentru patru asigurați sau mai mulți membri ai aceleiași familii care sunt incluși în aceeași poliță. Reducerea este pe viață și se menține atâta timp cât asigurarea este valabilă³⁴.

În general, asigurarea trebuie să acopere următoarele aspecte:

- costul medicamentelor; teste și tratamente, cum ar fi raze X, analize de sânge și anestezie; facturi pentru programări medicale sau spitalizare; servicii de urgență, cum ar fi solicitarea unei ambulanțe; urgențe dentare.

³⁴ <https://www.acierto.com/seguros-salud/factores-influyen-precio/>

SUEDIA

Cheltuielile totale de sănătate pe cap de locuitor (2020) se ridică la circa 5.700 euro³⁵. Ponderea asistenței medicale în produsul intern brut a fost de 11,3% (2021).

În conformitate cu Legea privind sănătatea și serviciile medicale, sistemul suedez oferă acoperire pentru toți rezidenții din Suedia (pentru solicitanții de azil adulți și emigranții fără documente se aplică reguli separate). În plus, acoperirea de urgență este oferită tuturor pacienților din UE, din Spațiul Economic European și din alte nouă țări cu care Suedia are acorduri bilaterale. Serviciile disponibile sunt subvenționate, iar unele servicii sunt oferite gratuit. Diagnosticul și tratamentul sunt principalele sarcini ale îngrijirii medicale, dar nu sunt definite îngrijiri medicale de bază sau esențiale sau pachete de medicamente. În schimb, există unele chestiuni cu privire la ceea ce se încadrează și ce nu se încadrează în domeniul asistenței medicale, aplicându-se câteva linii directoare generale cu privire la prioritățile sectorului de îngrijire a sănătății.

Pachetul minim de beneficii

Nu există un pachet de beneficii predefinit. În schimb, Legea prevede că autoritățile responsabile în domeniul sănătății sunt obligate să ofere îngrijire pe baza nevoilor tuturor rezidenților Suediei, în conformitate cu principiile generale și resursele financiare disponibile. La nivel general, furnizarea de servicii de îngrijire a sănătății este specificată prin intermediul autorităților de reglementare în ceea ce privește formele de tratament recomandate, de exemplu, prin evaluări sau prin analize cost-eficacitate pentru deciziile de subvenție cu privire la medicamentele prescrise.

Principiul general este că tratamentele și medicamentele pe care autoritățile de reglementare le consideră rentabile trebuie să fie oferite populației, iar intervențiile care nu sunt rentabile trebuie eliminate treptat. În acest cadru, prioritățile individuale sunt apoi stabilite atât de autoritățile din domeniul sănătății, cât și de unitățile specifice de îngrijire a sănătății și furnizorii de îngrijire, ceea ce creează conduce la anumite variații de aplicare a prevederilor legale.

Accesul la asistență medicală trebuie considerat un drept universal pentru toți cetățenii Suediei. Cu toate acestea, pacienții nu au dreptul legal de a solicita servicii de îngrijire medicală. În schimb, directorii/furnizorii de îngrijire responsabili sunt obligați să ofere asistență medicală tuturor rezidenților conform unei platforme etice care enunță trei principii de bază. Cu alte cuvinte, alocarea de fonduri determinată politic pentru îngrijirea sănătății stabilește, așadar, cadrul

³⁵ <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/beveridge-model/sweden/sweden-health-system-overview/>

de resurse, iar în cadrul acestuia furnizorii de îngrijire sunt ghidați de platforma etică în prioritățile lor.

Există taxe de utilizare atât pentru vizitele medicale, cât și pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă. Pentru vizitele în ambulatoriu, se percep taxe forfetare până la un maxim total de 1 300 SEK (117 euro) pe o perioadă de 12 luni, după care îngrijirea este gratuită. Copiii sub 18 ani și cei cu vârsta de peste 85 de ani sunt scutiți de taxele de utilizare în sistem ambulatoriu. Pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă, există un model special de taxă, în care coplata pacientului crește treptat până la un plafon de cost de 2 600 SEK (234 euro) pe o perioadă de 12 luni.

Coplățile pentru vizitele la medici specialiști fără trimitere sunt aproximativ de două ori mai mari decât pentru o vizită obișnuită la un medic primar.

Controlul activității medicale

Toți rezidenții suedezi sunt acoperiți pentru serviciile de sănătate, indiferent de naționalitate. Guvernul național este responsabil pentru reglementare și supraveghere, iar cele 21 de regiuni ale Suediei au responsabilitatea pentru finanțarea, achiziționarea și furnizarea de servicii de sănătate. Regiunile supraveghează asistența medicală primară, de specialitate și psihiatrie, în timp ce cele 290 de municipii sunt responsabile pentru îngrijirea persoanelor cu dizabilități, serviciile de reabilitare, îngrijirea la domiciliu, îngrijirea socială pentru copii și adulți, îngrijirea vârstnicilor și asistența medicală școlară.

La nivel național, există un cadru instituțional pentru monitorizarea sistemului de asistență medicală. Inspectoratul pentru sănătate și asistență socială (IVO) are în atribuții supravegherea asistenței medicale, a personalului medical, a serviciilor sociale și a activităților pentru persoanele cu deficiențe funcționale. Autoritatea evaluează, de asemenea, autorizațiile pentru organizațiile private de îngrijire.

Finanțare

Cheltuielile cu sănătatea în Suedia sunt finanțate în mare parte din veniturile obținute din impozitele locale, împreună cu transferuri directe de la guvernul național, subvenții către regiuni pentru medicamente în sistem ambulatoriu și programe naționale specifice.

Cheltuielile publice au reprezentat 86% din cheltuielile totale pentru sănătate. Majoritatea cheltuielilor de sănătate rămase (13%) sunt plătite direct din buzunar de către gospodării, în timp ce asigurările de sănătate voluntare au reprezentat doar aproximativ 1% din cheltuieli. Cu toate acestea, numărul persoanelor cu asigurare privată voluntară de sănătate a crescut în ultimii 20 de

ani, deoarece acest lucru facilitează accesul mai rapid la îngrijirea privată de specialitate.

Cota uniformă de contribuție stabilită prin lege este de 14,6% din salariul brut, împărțită în mod egal între angajator și angajați. O cotă suplimentară de contribuție fixată legal anterior pentru angajați (0,9%) și primele suplimentare pe cap de locuitor stabilite de casele de sănătate au fost eliminate și înlocuite cu o cotă suplimentară de contribuție dependentă de venit determinată individual de fiecare structură. Această contribuție acoperă și persoanele aflate în întreținere (soții și copii fără venituri). Câștigurile de peste 50.850 de euro/an sunt scutite de plata contribuției. Sumele rezultate sunt puse în comun la nivel central și apoi realocate către fondurile individuale de sănătate folosind o formulă de capitație ajustată la risc, luând în considerare vârsta, sexul și morbiditatea de la 80 de boli cronice și/sau grave. Subvențiile pentru îngrijirea stomatologică sunt plătite de asigurările sociale naționale, iar Agenția Suedeză de Asigurări Sociale generează venituri în principal prin taxele de salarizare ale angajatorului. Subvențiile pentru medicamentele eliberate pe bază de rețetă sunt plătite prin subvenții de stat desemnate către consiliile regionale.

Autoritățile locale sunt cele care decid nivelurile impozitelor locale pe venit și, ca urmare, nivelul de impozitare variază între diferitele consilii regionale și municipii. Din punct de vedere administrativ, impozitele sunt colectate de la angajatori de către autoritatea fiscală națională.

ȚĂRILE DE JOS

Țările de Jos au alocat aproximativ 6.700 euro/locuitor pentru sănătate, respectiv 10,2% din PIB (2021)³⁶.

Cheltuielile OOP ca pondere din cheltuielile curente pentru sănătate au fost de aproximativ două treimi din media de la nivelul UE în 2019, de 10,6% în Țările de Jos, comparativ cu 15,4% în UE

Guvernul olandez reglementează și supraveghează trei scheme care oferă împreună o acoperire largă de sănătate universală. În primul rând, asigurătorii de sănătate concurenți administrează un sistem de asigurări sociale de sănătate (SHI) pentru îngrijirea curativă³⁷. Sistemul, introdus în 2006, obligă toți rezidenții să achiziționeze polițe de asigurare care acoperă un pachet de beneficii definite stabilit de guvern. Asigurătorii trebuie să accepte toți solicitanții, iar aceștia negociază și contractează furnizorii în funcție de calitate și preț. Schema SHI acoperă toate îngrijirile de specialitate, îngrijirea primară, produsele farmaceutice și dispozitivele medicale, îngrijirea sănătății mintale pentru adulți, unele servicii de îngrijire conexe și asistența medicală comunitară.

³⁶ <https://www.oecd.org/netherlands/health-at-a-glance-Netherlands-EN.pdf>

³⁷ <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-model/netherlands/netherlands-health-system-overview/>

A doua schemă este un sistem de asigurări sociale cu un singur plătitor pentru îngrijirea pe termen lung, care este realizat de asigurătorul de sănătate dominant la nivel regional, sistem care a făcut obiectul unei reforme ample în 2015 pentru a reduce sfera de aplicare a schemei și a cheltuielilor. A treia este o schemă de asistență socială finanțată din impozite, implementată de municipalități. Institutul Național pentru Sănătate Publică și Mediu (RIVM) oferă îndrumări pentru serviciile de sănătate publică la nivel național, în timp ce municipalitățile acoperă majoritatea serviciilor, cum ar fi screening-ul, vaccinarea și promovarea sănătății.

Furnizori de sănătate

Serviciile de sănătate sunt furnizate în mare parte de către furnizori privați non-profit, iar majoritatea medicilor lucrează pe cont propriu. În Țările de Jos operează un sistem strict de *gatekeeper*. Pacienții au nevoie de o trimitere de la un medic de familie pentru a accesa spitalul și îngrijirea de specialitate. Deși statisticile relevă un număr relativ mare de intervenții medicale în ambulatoriu, ele evidențiază rate scăzute de ieșiri din spital, ceea ce sugerează că îngrijirea primară și tratamentul de specialitate în ambulatoriu sunt deosebit de importante.

Reformele din 2006 au mutat accentul pe partea cererii, introducând trei piețe gestionate pentru un pachet definit de asigurări de sănătate universale, plus achiziționarea și furnizarea de asistență medicală. Guvernul s-a retras din controlul direct al volumelor și prețurilor la un rol mai îndepărtat de supraveghetor al acestor piețe. Atât asigurătorii, cât și furnizorii s-au consolidat, parțial, pentru a-și crește poziția pe piață. În prezent, patru grupuri de asigurători dețin 90% din piața asigurărilor. Îngrijirea pe termen lung a fost reformată în 2015 pentru a limita costurile. Îngrijirea la domiciliu primește o prioritate mai mare față de îngrijirea instituțională, care a fost considerată ca fiind suprautilizată. Municipalitățile au devenit responsabile pentru îngrijirea socială, cu un buget redus, presupunând că îngrijirea organizată la nivel local va fi mai eficientă. Asigurătorii de sănătate au preluat responsabilitatea pentru îngrijirea la domiciliu, asistenții medicali de district jucând un rol-cheie în integrarea diferitelor aspecte ale îngrijirii și sprijinului.

Reforma majoră în domeniul sănătății din 2006 nu a adus doar introducerea unei scheme unificate de asigurare obligatorie, ci a schimbat și rolurile actorilor din sistemul de sănătate. De exemplu, mai multe asigurări private de sănătate trebuie acum să concureze, într-un mediu reglementat, pentru persoanele asigurate, iar organisme relativ independente au devenit în mare măsură responsabile pentru managementul sistemului. De asemenea, asistența medicală la domiciliu și o parte din îngrijirea sănătății mintale au fost incluse în pachetul de asigurări de sănătate de bază.

De la introducerea competiției reglementate, alegerile făcute de pacienți au devenit mai importante. Pacienții selectează o poliță de asigurare de sănătate a unui asigurător, la alegere, iar asigurătorii nu pot refuza sau diferenția între pacienți. Mai mult, în fiecare an, pacienții au posibilitatea de a trece la un alt asigurător.

În plus, pacienții pot alege între politicile de restituire și beneficiile în natură. Beneficiile în natură pot include o alegere restrânsă a furnizorilor de îngrijire, dar fără un risc financiar. Cu o politică de restituire, alegerea furnizorului este liberă, iar compensarea serviciilor este completă până la un maxim stabilit de asigurătorul de sănătate. Pe lângă deductibilitatea obligatorie, pacienții pot opta pentru o valoare deductibilă voluntară care variază de la 100 la 500 de euro/an.

Pe lângă asigurarea de sănătate uniformă, pacienții pot alege să achiziționeze, de la orice asigurător de sănătate, o poliță complementară VHI (asigurare voluntară de sănătate), dar aceștia nu sunt obligați să accepte cereri pentru polițe complementare VHI.

Serviciile medicale de urgență sunt furnizate de o serie de operatori privați, care operează în baza unui contract cu guvernul. Sistemul este alcătuit dintr-un număr de companii private de ambulanță, fiecare având propria zonă în care furnizează servicii. Furnizarea serviciilor de către operatorii privați are loc în baza unor standarde de funcționare prevăzute în cadrul contractului guvernamental. Contractantul privind furnizarea serviciilor medicale de urgență trebuie să respecte toate standardele publicate de Institutul de Ambulanță în ceea ce privește vehiculele, echipamentele, formarea și performanța.

Furnizorii de servicii medicale asigură accesul pacienților care au o problemă de îngrijire acută la serviciile de îngrijire. Pe întreg teritoriul țării, există unsprezece astfel de rețele/lanțuri regionale de îngrijire medicală. Partenerii rețelei de îngrijire acută pot fi: spitalele, serviciile regionale de ambulanță, medicii de familie, avanposturile medicilor de familie, moașele, precum și alte structuri medicale, care sunt interconectate.

Pachetul minim de beneficii

Pachetul de beneficii HIA este relativ cuprinzător, iar taxele de utilizare sunt puțin întâlnite. În schimb, toți adulții trebuie să plătească o taxă deductibilă anuală obligatorie atunci când folosesc serviciile de sănătate. Vizitele la medicul de familie, îngrijirea în perioada maternității și copiii sunt scutite de această taxă. De asemenea, cetățenii pot alege să plătească o taxă deductibilă mai mare pentru polițele HIA, suma totală fiind de circa 875 de euro.

Pachetul de beneficii cuprinde³⁸:

- copii până la 18 ani: control și tratament, la care se adaugă tratament cu fluor pentru copiii de până la 6 ani care primesc dinți „permanenți”;
- copii până la 18 ani, maxim 18 tratamente de fizioterapie;
- de la 18 ani: îngrijire chirurgicală dentară și examen cu raze X;
- operații și îngrijiri de urgență în spital;
- majoritatea medicamentelor;
- analize medicale;
- îngrijirea sănătății mintale;
- ergoterapie - maximum 10 ore de tratament pe an;
- îngrijirea obstetricală și a maternității;
- ajutoare pentru tratament, îngrijire și reabilitare a unui anumit handicap;
- îngrijire de reabilitare pentru bătrâni, servicii oftalmologice, etc.

Finanțare

Asistența medicală din Țările de Jos este finanțată în principal prin primele de asigurare și din contribuții (72%), conform Legii privind asigurările de sănătate și Legii privind îngrijirea pe termen lung și, într-o măsură limitată, din impozitele generale (13%).

Pachetul de bază de îngrijire asigurată este finanțat de Fondul de asigurări de sănătate și prin primele (nominale) pe care orice persoană cu vârsta de peste 18 ani le plătește direct la propriul asigurător de sănătate în fiecare lună. Aproximativ 50% din serviciile de îngrijire din pachetul de bază este plătită prin Fondul de asigurări de sănătate, care este finanțat cu contribuții și impozite (angajatorului) aferente veniturilor. Acestea sunt plătite împreună de către angajați, angajatori, persoane care desfășoară activități independente și agenții de beneficii (agenții de reținere). Guvernul plătește și o contribuție guvernamentală pentru tinerii cu vârsta de până la 18 ani.

Contribuțiile angajatorilor dependente de venit în conformitate cu Legea asigurărilor de sănătate sunt colectate de fisc, care percepe contribuția din salariul unei persoane împreună cu impozitele pe salarii. Contribuțiile și impozitele sunt plătite direct fiscoi de către angajator. Astfel, contribuția dependentă de venit este un procent de 9,65% din venit, pentru angajați și beneficiarii de asigurări sociale. Pentru persoanele care desfășoară activități independente, contribuția este de 4,85% din venit.

Veniturile sunt transferate către Fondul de îngrijire pe termen lung, administrat de Institutul olandez de îngrijire a sănătății. Primele sunt colectate direct de către asigurătorul de sănătate de unde este achiziționat planul de sănătate. Asigurătorii de sănătate sunt liberi să stabilească nivelul primei.

³⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>

Controlul activității medicale

Asistența medicală este monitorizată de către Inspectoratul pentru Sănătate (IGZ) și de către Autoritatea pentru Sănătate (NZA). Autoritatea pentru Consumatori și Piețe (ACM) verifică dacă societățile care oferă servicii de îngrijire respectă Legea concurenței.

Autoritatea olandeză pentru asistență medicală (NZA) este o autoritate administrativă autonomă, care se află în subordinea Ministerului Sănătății, Bunăstării și Sportului (VWS). Obligațiile și sarcinile Autorității Olandeze de Sănătate au fost stabilite în Legea privind reglementarea pieței serviciilor de sănătate.

Inspectoratul pentru sănătate (IGZ) monitorizează calitatea, siguranța și accesibilitatea asistenței medicale. Inspectoratul este o organizație imparțială de expertiză, care protejează, de asemenea, drepturile pacienților. Inspectoratul poate impune amenzi și sancțiuni administrative furnizorilor de servicii medicale fără a implica Parchetul.

UNGARIA

Acoperirea cu asigurare medicală a populației pentru un set de servicii de bază este de 94,0% (2019)³⁹. Cheltuielile totale pentru sănătate (în 2021) au fost de aproximativ 2.700 euro/locuitor. Cheltuielile cu sănătatea ca proporție din PIB sunt, de asemenea, relativ scăzute, de 6,4%, comparativ cu 9,9% în întreaga UE.

În asistența medicală primară, medicii generaliști (medici de familie) sunt plătiți *per capita* (reprezentând aproximativ 70% din venitul din practica medicală), cu o sumă alocată pentru fiecare persoană înscrisă, indiferent dacă solicită sau nu îngrijire, deși se aplică și unele ajustări pentru vârsta și calificările medicului. Acest lucru este completat de alte surse de venituri: o componentă de plată pentru performanță și unele alocări fixe bazate pe locul de desfășurare a activității, ambele reprezentând restul de 30%.

Specialiștii în ambulatoriu sunt plătiți în baza unei taxe pentru servicii: fiecărei proceduri i se atribuie un număr de puncte, iar furnizorii solicită plata punctelor lor direct de la fondul de asigurări de sănătate. Fondul de asigurări de sănătate plătește serviciile de spitalizare în funcție de grupurile legate de diagnostic (DRG - *diagnosis-related groups*) pentru îngrijirea acută și de zilele de spitalizare pentru îngrijirea cronică, cu excepția câtorva intervenții specifice.

Guvernul controlează bugetele pentru ambulatorii și pacienții internați prin intermediul așa-numitei „limite de volum de performanță”. La începutul fiecărui an, această limită este definită pentru fiecare furnizor de servicii de sănătate, pe baza datelor din anii anteriori. Astfel, sectorul sănătății funcționează în cadrul

³⁹ <https://healthsystemsfacts.org/hungary-health-system-overview/>

unor constrângeri bugetare, ceea ce duce deseori la creșterea datoriei spitalelor și la alte dificultăți în ceea ce privește plățile furnizorilor.

Structura de control

Un singur fond de asigurări de sănătate oferă acoperire de îngrijire a sănătății pentru aproape toți rezidenții. Fondul este administrat de Institutul Național de Management al Fondului de Asigurări de Sănătate (NEAK), care funcționează sub controlul direct al Ministerului de resort din 2017. Ministerul are competența exclusivă pentru stabilirea direcției strategice, controlul finanțării, determinarea pachetului de beneficii, emiterea și aplicarea reglementărilor.

Până la sfârșitul anului 2020, Ministerul a administrat sistemul de sănătate prin Centrul Național de Sănătate. La sfârșitul anului 2020, Centrul a fost trecut în responsabilitatea Direcției Generale a Spitalelor, aflată în subordinea Ministerului de Interne. Responsabilitățile sale includ monitorizarea sistemului public de sănătate, implementarea deciziilor guvernamentale strategice, monitorizarea operațiunilor financiare desfășurate de spitale, contribuind la dezvoltarea unui nou sistem național de management al sănătății. Ca parte a acestor schimbări, spitalele județene locale sunt responsabile de planificarea și gestionarea asistenței medicale la nivel județean, sub supravegherea Direcției Generale a Spitalelor.

Finanțarea

Constituția maghiară prevede că toți cetățenii maghiari au dreptul de acces la îngrijire. Cetățenii și străinii care lucrează în țară sunt obligați să se înscrie în sistemul național de asigurări sociale de sănătate (SHI), iar renunțarea la sistem nu este permisă.

Transferurile guvernamentale și contribuțiile obligatorii de la angajatori și angajați reprezintă 68,3% din toate cheltuielile cu sănătatea din Ungaria, procent mai mic decât media UE. Contribuțiile angajatorilor fac parte dintr-un impozit mai mare stabilit pentru contribuțiile sociale, care acoperă și fondul de pensii. Ponderea tot mai mare a transferurilor directe ale guvernului în fondul de asigurări de sănătate a permis guvernului să-și stabilească liber prioritățile și să exercite un control mai mare asupra cheltuielilor. Acest lucru nu a rezolvat instabilitatea moștenită a finanțării sistemului de sănătate, care a fost caracterizată de perioade lungi de austeritate și perioade scurte de cheltuieli excesive.

Pe de altă parte, în timpul pandemiei, acest sistem a permis guvernului să injecteze fonduri suplimentare în sistemul de sănătate. În anul 2020, guvernul a înființat un Fond de protecție împotriva pandemiei de 1,8 miliarde de euro pentru a sprijini sistemul de sănătate. Finanțarea acestui fond a provenit în mare parte din realocările bugetare de la alte ministere. Fondul a acoperit costurile legate de

pandemie, inclusiv alocarea unui bonus unic pentru lucrătorii din domeniul sănătății de 1.362 euro.

Pachetul minim de beneficii

Beneficiile financiare ale asigurării publice de sănătate sunt următoarele:

- obținerea de indemnizații/zi pentru cazurile de boală;
- indemnizații și alocații/zi pentru accidente auto și de muncă.

Asiguratul care a fost declarat în incapacitate de muncă de către medicul său curant ca urmare a unei boli, poate primi indemnizația zilnică de boală. În timpul primelor 15 zile de incapacitate de muncă asiguratul beneficiază de concediu medical. Pe durata concediului medical, salariatul primește de la angajator o remunerație de 80% din salariul de bază. Asiguratul beneficiază de concediu medical și va primi indemnizația zilnică de boală începând din ziua următoare datei de expirare a concediului de boală. Indemnizațiile zilnice de boală sunt acordate începând din ziua următoare expirării concediului de boală și până la sfârșitul perioadei de incapacitate de muncă atestată de un medic, dar maximum:

- un an în cazul unei perioade de asigurare și după încetarea acesteia timp de 90 zile;
- pentru perioada de alăptare și de îngrijire a copilului până la vârsta de 1 an;
- pentru îngrijirea unui copil cu vârsta cuprinsă între 1 an și 3 ani, 84 de zile calendaristice pe an/copil;
- pentru îngrijirea unui copil cu vârsta cuprinsă între 3 și 6 ani, 42 de zile calendaristice pe an/copil și 84 zile în cazul familiilor monoparentale;
- pentru îngrijirea unui copil cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani, 14 zile calendaristice pe an/copil și 28 zile calendaristice în cazul familiilor monoparentale.

În funcție de perioada de asigurare, cuantumul indemnizațiilor de boală se poate ridica la 60-70% din venitul profesional mediu zilnic.

În sprijinul tinerilor care sunt la începutul carierei profesionale este prevăzut ca angajații sub 18 ani, ca și persoanele care au dobândit calitatea de asigurat (au încheiat un contract de muncă) într-un interval de 180 zile de la terminarea studiilor și care până la prima zi de incapacitate de muncă aveau asigurare continuă, au dreptul la indemnizații zilnice de boală, oricare ar fi durata perioadei de asigurare.

Pachetul de prestații acoperit de casa de asigurări de sănătate se decide la nivel central printr-o listă pozitivă pentru produse farmaceutice și o listă negativă pentru proceduri medicale. În timp ce majoritatea cheltuielilor spitalicești sunt finanțate din fonduri publice, acoperirea publică pentru asistența medicală ambulatorie, produsele farmaceutice pentru ambulatoriu, dispozitivele medicale

și îngrijirea dentară este mult mai restrânsă. Acest lucru explică parțial nivelurile relativ ridicate ale OOP pentru aceste servicii.

BIBLIOGRAFIE / WEBOGRAFIE

https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe_en

<https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/the-mixed-beveridge-bismarck-model/austria/austria-health-system-coverage-and-costs-for-consumers/>

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365423/9789289059367-eng.pdf?sequence=1>

<https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/the-mixed-beveridge-bismarck-model/austria/austria-health-system-coverage-and-costs-for-consumers/>

<https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/patientenrechte/Seite.3700100.html>

<https://healthsystemsfacts.org/czech-republic/czech-republic-health-system-overview/>

<http://apps.who.int/idhl-rils/idhl/531CR02003.pdf>

<https://denstoredanske.lex.dk/privathospitaler>

<https://healthsystemsfacts.org/france/france-health-system-overview/>

<https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/examen-prevention-sante>

<https://www.franceassureurs.fr/assurance-protege-finance-et-emploi/assurance-protege/assurance-en-pratique-pour-les-particuliers/les-prestations-de-assurance-complementaire-sante/>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/frueherkennung>

<https://healthsystemsfacts.org/hungary-health-system-overview/>

<https://healthsystemsfacts.org/italy/italy-health-system-overview/>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>

[https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&i
d=4697&area=Lea&menu=distrettuale](https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&i
d=4697&area=Lea&menu=distrettuale)

[https://www.insuranceitaly.it/ssn-e-assicurazioni-i-vantaggi-delle-polizze-
sanitarie/](https://www.insuranceitaly.it/ssn-e-assicurazioni-i-vantaggi-delle-polizze-
sanitarie/)

<https://www.oecd.org/netherlands/health-at-a-glance-Netherlands-EN.pdf>

[https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-
model/netherlands/netherlands-health-system-overview/](https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-
model/netherlands/netherlands-health-system-overview/)

[https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-
antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-
antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering)

<https://healthsystemsfacts.org/spain/spain-health-system-overview/>

<https://www.acierto.com/segueros-salud/factores-influyen-precio/>

[https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/beveridge-
model/sweden/sweden-health-system-overview/](https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/beveridge-
model/sweden/sweden-health-system-overview/)

[https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-
review-2023](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-
review-2023)

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374315/9789289059527-
eng.pdf?sequence=2](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374315/9789289059527-
eng.pdf?sequence=2)

<https://www.ergo.ee/erakliendile/ravikindlustus>

[https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020/organization-and-
governance/decentralization-and-centralization/](https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020/organization-and-
governance/decentralization-and-centralization/)

[http://brussels.angloinfo.com/information/healthcare/health-system/health-
insurance](http://brussels.angloinfo.com/information/healthcare/health-system/health-
insurance)

[https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/bulgaria-2018/organization-and-
governance/overview-of-the-health-system/](https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/bulgaria-2018/organization-and-
governance/overview-of-the-health-system/)

<https://dv.parliament.bg/DVWeb/showMaterialDV.jsp?idMat=199281>

[https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/slovakia-2016/hspm-svk-2016-organization-and-
governance/organization/](https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-
monitor/countries-hspm/hspm/slovakia-2016/hspm-svk-2016-organization-and-
governance/organization/)

<https://www.poistenie.sk/lexikon/zdravotne-poistenie>

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/portugal-2017/organization-and-governance/organization/>

<https://www.doutorfinancas.pt/seguros/guia-de-seguros-o-que-precisa-de-saber-para-se-proteger/#O-que-cobre-e-o-que-exclui-um-seguro-de-saude>

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/slovenia-2022/organization-and-governance/organization/>

<https://www.generalisi.si/nasveti/zavarovanje/-/blog/2021/Zdravje/vse-kar-morate-vedeti-o-zdravstvenem-zavarovanju>

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/croatia-2022/organization-and-governance/organization/>

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/greece-2017/organization-and-governance/organization/>

<https://cnas.ro/pachete-servicii-medicale/>

https://www.eurolife.gr/proionta/idiotes/ygeia/?gad_source=1&qclid=CjwKCAiAopuvBhBCEiwAm8jaMSRDXxv_R97S-0cxDjDZcQObpHeckuX4KxMrf9zJSll4oyLElZqFbxoCaCoQAvD_BwE