

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

**SISTEME PERFORMANTE DE  
ASIGURĂRI PRIVATE DE  
SĂNĂTATE ÎN UNELE STATE  
MEMBRE ALE UNIUNII  
EUROPENE**

**studiu documentar**

---

**martie 2025**

*Materialele 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

|                    |    |
|--------------------|----|
| AUSTRIA.....       | 4  |
| BELGIA.....        | 6  |
| DANEMARCA .....    | 7  |
| ESTONIA.....       | 7  |
| FRANȚA.....        | 8  |
| GERMANIA .....     | 9  |
| ITALIA .....       | 11 |
| LUXEMBURG.....     | 12 |
| SPANIA .....       | 13 |
| SUEDIA.....        | 14 |
| ȚĂRILE DE JOS..... | 16 |
| WEBOGRAFIE .....   | 16 |

## **ABSTRACT**

Asigurările de sănătate sunt în majoritatea statelor membre UE o parte a sistemului de asigurări sociale. O asigurare de sănătate are drept scop compensarea persoanei asigurate în mod integral sau parțial pentru costurile tratamentelor medicale, ale cazurilor de graviditate maternală și în situațiile unor accidente de sănătate. În unele țări sunt incluse alături de compensațiile financiare și ajutoarele materiale.

Există de asemenea diferențieri de la țară la țară în ceea ce privește preluarea costurilor ca urmare a accidentelor de către asigurarea de sănătate sau de o asigurare specială de accidente. Apartenența ca membru la o asigurare de sănătate se realizează în mod obligatoriu, doar asigurările private fiind benevole. Compensațiile de care se poate beneficia sunt în funcție de serviciile alese, de tratamentele efectuate, dar și de veniturile persoanei asigurate.

## **ASPECTE COMPARATIVE**

### **AUSTRIA**

Cetățenii austrieci au posibilitatea de a încheia polițe de asigurare medicală suplimentară privată, care beneficiază de următoarele facilități<sup>1</sup>:

- asigurare pentru un medic ales, o acoperire mai bună a serviciilor și timpi de așteptare mai scurți;
- asigurare de spital, pentru beneficii suplimentare la internare;
- pachete suplimentare (de exemplu, pentru călătorii sau copii).

Acoperirea asigurării începe la data specificată în poliță, cu condiția ca prima inițială să fie plătită la termen<sup>2</sup>. Perioadele de așteptare amână începerea termenului de aplicare a asigurării.

Există un timp de așteptare general și timpi speciali de așteptare. Perioada generală de așteptare pentru asigurarea individuală de sănătate este de 3 luni, iar pentru asigurarea de grup este de obicei de 1 lună. Aceste perioade nu se aplică în următoarele cazuri:

- accidente;
- boli infecțioase acute;

---

<sup>1</sup> <https://n26.com/en-at/blog/health-insurance-in-austria>

<sup>2</sup> [https://ooe.arbeiterkammer.at/beratung/konsumentenschutz/versichern/Private\\_Krank\\_enversicherung.html](https://ooe.arbeiterkammer.at/beratung/konsumentenschutz/versichern/Private_Krank_enversicherung.html)

- boli care sunt diagnosticate după încheierea contractului;
- includerea soților sau a copiilor nou-născuți în contractele existente.

Majorările de prime aflate în plată pot fi prevăzute în contractul de asigurare numai din anumite motive, care sunt enumerate de prevederile legale - de exemplu, în cazul unei modificări aduse:

- unui indice specificat în contract;
- speranței medii de viață;
- frecvenței de utilizare a serviciilor de către cei asigurați la un anumit tarif.

Nu sunt permise majorări de prime în funcție de vârstă sau de deteriorare a stării de sănătate.

Primele depind de land, vârsta la care asiguratul se înscrie în sistem, furnizorul de asigurări sociale și starea de sănătate a asiguratului la momentul încheierii contractului.

Dacă asigurarea nu a fost utilizată pentru o anumită perioadă de timp (de exemplu, unul sau doi ani calendaristici), unele tarife de asigurare prevăd rambursarea unei părți din prime în anumite condiții.

În cazul unor probleme financiare temporare, asigurătorii oferă de obicei opțiunea de suspendare a asigurării de sănătate pentru o anumită perioadă de timp în schimbul unei prime modice. Cerințele pentru aceasta și consecințele juridice asociate variază foarte mult între companiile de asigurări.

Polița de asigurare privată se poate încheia numai împreună cu asigurarea medicală legală, care include:

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

În Austria, sistemul de sănătate este finanțat prin contribuțiile lunare ale asiguraților. Valoarea acestor contribuții depinde de venitul brut al asiguratului. Contribuția lunară este de 7,65% - angajatul acoperă 3,87%, în timp ce angajatorul acoperă un procent de 3,78%.

**Costurile asigurării suplimentare private depind de beneficiile suplimentare incluse, precum și de vârstă și starea generală de sănătate:**

- **45 - 85 euro/lună pentru adulți;**
- **30 euro/lună pentru copii.**

În situația în care o persoană nu are un venit, asigurarea legală de sănătate **costă 495,58 euro/lună**, începând cu anul 2024, fiind cunoscută sub numele de „autoasigurare”.

## BELGIA

Sistemul de sănătate din Belgia este unul dintre cele mai bune din Europa. Acesta primește o finanțare importantă prin asigurările obligatorii de sănătate și prin contribuțiile la asigurările sociale din Belgia<sup>3</sup>.

În ceea ce privește indicele de asistență medicală (2019), Belgia s-a clasat pe locul nouă din 89 de țări în ceea ce privește calitatea generală a sistemului său de sănătate, doar Austria, Danemarca, Spania și Franța fiind situate mai sus.

Rezidenții din Belgia se înscriu în general la scheme de asigurări de sănătate plătite de stat. Acest lucru le permite să solicite rambursări parțiale ale costurilor medicale în Belgia și alte țări europene. Pentru a-și acoperi partea personală din îngrijirea medicală (adică, pentru a revendica 100% din costuri), unii rezidenți se înscriu și pentru o asigurare privată suplimentară, asigurarea *mutuele* acoperind doar până la 75% din costurile medicale. Unii angajatori oferă, de asemenea, o acoperire suplimentară de sănătate ca parte a pachetului lor de beneficii pentru angajați.

În general, se plătește mai întâi pentru tratament și apoi se trimite o cerere la compania de asigurări pentru a recupera costurile. Plățile pentru tratamentul spitalicesc urmează un sistem ușor diferit, deoarece se percepe pacienților o taxă zilnică fixă. Această taxă variază în funcție de circumstanțele personale. De exemplu, șomerii, pensionarii sau persoanele cu dizabilități plătesc mai puțin. La finalul internării se achită doar cota personală, iar spitalul se adresează companiei de asigurări pentru suma rămasă.

Majoritatea polițelor private de asigurări de sănătate permit pacienților să aleagă cadrele medicale și spitalele dorite.

Contribuția la sistemul de sănătate belgian este dedusă automat din salariu ca parte a contribuțiilor de asigurări sociale. **Conform legii, un procent de 12% din salariul brut este reținut pentru asigurările sociale, care acoperă nu numai asigurările de sănătate, ci și pensiile, șomajul și alte beneficii. Din acel procent, 3,55% reprezintă asigurările de sănătate.**

Pentru liber-profesioniști, rata contribuției este de aproximativ 20,5% din venitul net. Contribuțiile sunt plătite trimestrial și variază în funcție de câștigurile obținute.

Costurile asigurării suplimentare variază în funcție de fondul de asigurări de sănătate și de nivelul de acoperire. **În medie, primele lunare costă în jur de 10 euro de persoană pentru asigurarea suplimentară de bază.** Pachetele mai cuprinzătoare care oferă o acoperire mai mare, cum ar fi lucrările dentare, medicina alternativă sau camerele private de spital, pot costa peste 70 euro/lună<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> <https://www.expatica.com/be/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-in-belgium-445867/>

<sup>4</sup> <https://relocate.me/healthcare/belgium>

## DANEMARCA

Danemarca oferă o acoperire universală de sănătate și garantează îngrijire de înaltă calitate pentru cetățeni. Sistemul de sănătate danez se bazează pe principiile egalității, prevenirii și îngrijirii centrate pe pacient<sup>5</sup>.

Sistemul danez acoperă o gamă largă de servicii medicale, inclusiv vizite la medic, spitalizare și programe de reabilitare. Acesta acoperă, de asemenea, anumite servicii preventive, cum ar fi vaccinările și depistarea cancerului. În plus, serviciile de sănătate mintală sunt disponibile tuturor cetățenilor și includ consiliere, psihoterapie și tratament psihiatric.

Există disponibile, de asemenea, opțiuni de asigurări private de sănătate. Acest sistem poate oferi o acoperire suplimentară pentru serviciile care nu sunt acoperite de planul public - vizite la spitale și clinici private, unele operații estetice și terapii alternative.

O parte din rezidenți au acces la asigurări de sănătate prin angajatori sau sistemul de pensii. De asemenea, mulți angajatori - precum și o serie de structuri de pensii - oferă planuri de asigurări de sănătate ca parte a pachetului lor de beneficii pentru angajați/pensionari.

Printre beneficiile acoperite de planurile de asigurare privată se numără<sup>6</sup>:

- costuri de spitalizare fără limită anuală agregată;
- îngrijirea maternității (pre și postnatală, naștere) până la 20.000 euro;
- ședințe de psihoterapie și terapie;
- tratament stomatologic major, de până la 5.000 euro;
- controale de sănătate, de până la 500 euro.

**Asigurarea de sănătate privată are prime variate care sunt cuprinse între 110 și 220 euro/an.** Cu toate acestea, prețul poate crește cu vârsta, iar unii asigurători încetează să ofere servicii pentru persoanele cu vârsta mai mare de 65 de ani.

## ESTONIA

În Estonia funcționează două tipuri de sisteme de îngrijire a sănătății - publice și private. Angajații sunt asigurați prin Fondul Estonian de Asigurări de Sănătate, cardul special fiind primit în baza unui contract de muncă în Estonia, dacă angajatorul plătește taxele sociale.

---

<sup>5</sup> <https://www.april-international.com/en/destinations/europe/health-insurance-in-denmark>

<sup>6</sup> [https://www.foyerglobalhealth.com/plans-services/our-plans/international-health-insurance-comparison/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjwp8--BhBREiwAj7og15LxfzVSOv9nH2WFjYLeSGpWPhF56iCiQswlchzz7zRaAyOBO1ARoRoCMLIQAvD\\_BwE](https://www.foyerglobalhealth.com/plans-services/our-plans/international-health-insurance-comparison/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwp8--BhBREiwAj7og15LxfzVSOv9nH2WFjYLeSGpWPhF56iCiQswlchzz7zRaAyOBO1ARoRoCMLIQAvD_BwE)

Sistemul de asigurări de sănătate din Estonia este un sistem de asigurări sociale bazat pe solidaritate. Aceasta înseamnă că oferă asistență medicală pentru toți cetățenii, iar tratamentul este disponibil în mod egal în toate regiunile.

Asigurarea voluntară de sănătate oferă posibilitatea de a utiliza servicii medicale plătite într-o instituție medicală la alegerea persoanei, achiziția de medicamente, tratamente stomatologice și utilizarea serviciilor de reabilitare.

Prima de asigurare suplimentară se calculează pe baza salariului mediu brut lunar al Estoniei, publicat de Oficiul de Statistică al Republicii Estonia, înmulțit cu 0,13<sup>7</sup>. Valoarea primei de asigurare este ajustată anual, odată ce Biroul de Statistică al Republicii Estonia a publicat salariul mediu brut pe lună.

**Nivelul acesteia este următorul:**

- 1 lună: 170,30 euro;
- 1 trimestru: 510,90 euro;
- 1 an: 2043,60 euro.

## FRANȚA

Asigurările private de sănătate (PHI) au un nivel de acoperire ridicat și reprezintă 13,7% din cheltuielile de sănătate<sup>8</sup>.

Sistemul francez de asistență medicală prezintă un mix de finanțare publică și privată, inclusiv în furnizarea de servicii de sănătate. Acoperirea este oferită tuturor rezidenților printr-o schemă de asigurări naționale de sănătate (ASN), finanțată în cea mai mare parte din contribuțiile la asigurările sociale plătite de angajatori și angajați, prin deducerea automată a salariilor.

Formate în esență din reprezentanți ai angajatorilor și angajaților, fondurile NHI (*caisse*) sunt entități cvasi-publice supravegheate în mare măsură de Ministerul sănătății. Ambele părți negociază anual finanțarea globală pentru îngrijirea sănătății în Franța. În afară de această sarcină, cea mai mare parte a activităților desfășurate de NHI este aceea de a realiza controalele de rambursare pentru furnizorii de servicii medicale și pacienți printr-o rețea de fonduri regionale și locale.

Gama de servicii de sănătate acoperite este destul de largă, în timp ce majoritatea beneficiarilor pot primi o rambursare a sumelor cheltuite, cu o rată de 75% până la 80%, cu unele excepții pentru bolile de lungă durată, care sunt finanțate integral din bugetul public. În acest context - de la înființarea sistemului NHI - o parte din serviciile de sănătate a fost lăsată în sarcina asigurărilor private de sănătate, subscrise de persoane fizice sau corporații în mod voluntar. Sistemul are acum un nivel ridicat de acoperire și joacă un rol semnificativ în rambursarea

---

<sup>7</sup> <https://www.tervisekassa.ee/en/benefit-and-fee-rates>

<sup>8</sup> <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6904265/>

coplăților de la bugetul public pentru tratamente și servicii în sistemul statutar de asistență medicală.

Având în vedere că NHI acoperă majoritatea cheltuielilor de sănătate, asigurările private de sănătate din Franța s-au dezvoltat ca o schemă de asigurare voluntară. Acestea funcționează după o logică complementară prin acoperirea serviciilor care nu sunt rambursate integral. Prin urmare, este diferită de asigurarea suplimentară de sănătate care poate fi găsită în alte țări europene, cum ar fi Spania, Italia sau Marea Britanie.

Începând cu 1 ianuarie 2022, contractele încheiate prevăd acceptarea de către companiile de asigurări suplimentare a practicii de plată către terți (scutire de plăți în avans) a echipamentelor și îngrijirilor din coșul "100% sănătate" (inclusiv servicii de optică, medicamente, stomatologie și audiologie)<sup>9</sup>.

Cotele de contribuție sunt legate de situația asiguratului și depind în special de următorii factori:

- nivel de acoperire selectat;
- venit;
- vârstă;
- statut (angajat sau independent);
- locul de reședință.

Pentru persoanele de peste 65 de ani se aplică prevederi speciale pentru încheierea de asigurări private de sănătate<sup>10</sup>.

**Asigurarea de sănătate privată de bază costă aproximativ 40 de euro/lună.** Cu toate acestea, prețul se modifică în funcție de orice suplimente solicitate, de exemplu, îngrijirea dentară suplimentară, vârstă și afecțiuni medicale preexistente. De asemenea, **unii furnizori privați de asigurări de sănătate oferă pachete de bază pentru familie pentru 90 euro/lună.**

## GERMANIA

Planurile private de asigurări de sănătate acoperă o gamă mai largă de tratamente medicale și dentare decât cele oferite de sistemul de sănătate de stat, inclusiv o acoperire geografică extinsă<sup>11</sup>.

Piața asigurărilor medicale private este deservită de aproximativ 40 de companii de asigurări germane și există combinații de prime/beneficii disponibile pentru a se potrivi majorității bugetelor angajaților. Costul per persoană al asigurării medicale complete se calculează în funcție de nivelul prestațiilor alese, de vârsta de intrare în sistem și de starea de sănătate preexistentă. O parte

---

<sup>9</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>

<sup>10</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA0000031666711/2015-12-23>

<sup>11</sup> [https://howtogermany.com/insurance/health-insurance/health-insurance-options-germany/#elementor-toc\\_heading-anchor-2](https://howtogermany.com/insurance/health-insurance/health-insurance-options-germany/#elementor-toc_heading-anchor-2)

majoră (până la 80%) din primele de asigurări medicale private sunt deductibile din impozitul pe venit din anul 2010.

Schema publică de asigurări de sănătate acoperă angajatul și pe persoanele aflate în întreținere care nu lucrează, în timp ce prima de asigurare medicală privată este plătită pentru fiecare persoană care urmează să fie acoperită.

Asigurarea legală se bazează pe principiul solidarității. Primele sunt stabilite în funcție de mijloacele financiare ale membrilor, dar acoperirea oferită este aceeași pentru toți cetățenii. Acest lucru se aplică nu numai angajaților care își plătesc asigurarea, ci și celor aproximativ 16 milioane de membri ai familiilor care beneficiază de acoperire comună gratuită. Sistemul se bazează așadar pe o ajustare solidară între persoane, fără nicio discriminare. Orice deficit de prime este compensat din veniturile fiscale.

Asigurarea privată de sănătate este disponibilă numai pentru cei ale căror venituri depășesc un anumit prag și pentru funcționarii publici<sup>12</sup>. Pacienții își plătesc inițial singuri facturile medicale și apoi sumele respective sunt rambursate de către compania lor de asigurări de sănătate.

Companiile germane private de asigurări nu au dreptul de a anula o poliță dacă titularul depune o cerere de despăgubire și, de asemenea, sunt obligate să perceapă un procent de 10% peste prima principală de asigurare de sănătate pentru a menține stabil costul la pensionarea angajatului.

Angajatorul plătește 50% din prima totală de asigurări publice de sănătate. Fiecare Casă de sănătate poate solicita o plată suplimentară de la membrii săi pentru a-și acoperi costurile, suma procentuală medie declarată fiind de aproximativ 1,6%, în anul 2023.

**Se poate alege o asigurare privată de sănătate (PKV) în locul planului de sănătate guvernamental dacă salariul brut este mai mare de 66.600 euro/an sau, respectiv, 5.550 euro/lună (2023).** Dacă angajatul este înscris în sistemul public german și obține un venit mai mare de 66.600 de euro/an, poate trece la asigurarea de sănătate privată cu un preaviz de două luni, deoarece nu mai este membru obligatoriu al sistemului public german sau poate rămâne în sistemul public de sănătate cu statutul de membru voluntar, plătind întotdeauna suma maximă, dar fără a primi alte beneficii decât un membru obișnuit.

Dacă se achiziționează un plan de asigurare medicală privată de la o companie germană de asigurări de sănătate, aceasta va elibera un certificat care permite unei persoane să beneficieze de aceleași subvenții ale angajatorului ca și un membru al sistemului public de sănătate. Acest lucru înseamnă o plată maximă de 404 euro/lună subvenție de la angajator pentru costul poliței de asigurări private de sănătate și de până la 76 euro pentru asigurarea privată de îngrijire medicală. Dacă nu este furnizată o astfel de certificare, angajatorul are opțiunea, dar nu are nicio obligație, să despăgubească un angajat cu o parte din costul asigurării medicale. Majoritatea angajatorilor germani solicită acest certificat ca dovadă că prestațiile de asigurare ale unei persoane respectă reglementările adoptate.

---

<sup>12</sup> <https://www.deutschland.de/en/topic/life/health-in-germany-how-health-insurance-companies-work>

**Costul asigurării private de sănătate poate varia între 200 și 500 euro/lună (până la 900 euro pentru planurile complete).**

## **ITALIA**

Asigurarea de sănătate răspunde nevoilor beneficiarilor oferind acoperire pentru îngrijiri medicale, tratamente de urgență, spitalizare și recuperare și, uneori, programe de prevenire. Prin facilitarea accesului la serviciile de sănătate, acestea pot reprezenta un instrument eficient de integrare a sistemului public de sănătate<sup>13</sup>.

Asigurarea de sănătate este un tip de contract care protejează beneficiarul în urma accidentelor sau apariției unor patologii, acoperind cheltuieli medicale precum costurile de spitalizare, terapii, consultații medicale, etc.

Acoperirea asigurată de polița de asigurare de sănătate reprezintă un tip de acoperire opțională care poate integra serviciile oferite de Serviciul Național de Sănătate și se alege în toate acele cazuri în care se doresc alternative la asistența medicală publică.

Acoperirea oferită de lege este finanțată de contribuabili și oferă cetățenilor o serie de servicii care sunt gratuite sau disponibile la costuri minime. Sistemul de rezervare în serviciul public necesită însă timp considerabil de așteptare pentru a primi serviciile medicale necesare, iar acoperirea SSN nu include unele tratamente și intervenții de specialitate.

Costul asigurării complete de sănătate poate varia în funcție de furnizor, de vârsta deținătorului poliței și de numărul de beneficiari ai poliței de sănătate a familiei.

Mecanismul este următorul, în funcție de societatea de asigurări, în schimbul plății periodice a unei prime de asigurare, plata serviciilor medicale poate avea loc<sup>14</sup>:

- prin rambursare indirectă - în acest caz asiguratul avansează plata serviciilor de sănătate și este apoi rambursat total sau parțial de către propria companie, în condițiile prevăzute în contract;
- prin lichidare directă - în acest caz, cu respectarea termenilor contractuali, compania de asigurări se va ocupa direct de plata serviciului medical.

Din motive de completitudine, în general, o poliță de asigurări de sănătate privată protejează persoana care se abonează în caz de accident sau de apariție a unei boli, acoperind plata cheltuielilor medicale precum costurile de spitalizare, terapii, consultații medicale, în baza a ceea ce este specificat în mod expres în contract.

---

<sup>13</sup> <https://www.forbes.com/advisor/it/assicurazione-sanitaria/migliore-assicurazione-sanitaria/>

<sup>14</sup> <https://www.generali.it/magazine/salute/assicurazione-sanitaria-privata>

În practică, asigurarea privată de sănătate este adesea asigurată și prin polițe de asigurări de sănătate de grup, care funcționează în același mod și sunt încheiate de un asigurat în numele unui grup de persoane.

Un exemplu de polițe colective de asigurări private de sănătate sunt cele pe care companiile contractante le oferă drept beneficii angajaților lor asigurați, sub formă de pachete de asigurare. Acestea pot include:

- vizite medicale de specialitate;
- tratamente;
- alte acoperiri medicale private.

Fiecare poliță de asigurare este diferită și fiecare companie oferă o acoperire specifică pentru soluțiile oferite.

Este important de subliniat faptul că asigurarea privată de sănătate, individuală sau colectivă, este în general o formă de protecție preventivă. Aceasta înseamnă că, de regulă, dacă o boală este deja în curs la momentul încheierii poliței, aceasta nu acoperă cheltuielile medicale legate de acea patologie.

Asigurarea privată nu oferă în general acoperire pentru accidente cauzate de abuzul de alcool, droguri sau substanțele psihotrope.

**Costurile asigurărilor de sănătate private variază între 52,5 și 211,5 euro/lună. Costul asigurării medicale private pentru o familie formată din 3-4 persoane variază între 1.300 și 2.300 euro/an.** Majoritatea planurilor oferă opțiuni de plată flexibile, în rate lunare, trimestriale, semestriale sau anuale.

## LUXEMBURG

Două treimi din populația rezidentă (67,3%) deține asigurări private complementare de sănătate<sup>15</sup>. Aceasta acoperă serviciile care sunt doar parțial acoperite (complementare) sau neacoperite (suplimentare) de către asigurările obligatorii de sănătate, de exemplu, partajarea costurilor, servicii suplimentare în îngrijirea ambulatorie sau facturarea suplimentară pentru camerele de spital cu un singur pat. Două tipuri de asigurări private oferă acoperire complementară și suplimentară, și anume asigurarea mutuală de sănătate (*mutuelles*) și asigurarea privată de sănătate.

Legea definește asigurările mutuale de sănătate ca fiind asociații non-profit ale persoanelor fizice, care oferă ajutor și beneficii pe baza resurselor disponibile. Membrii contribuie cu o taxă forfetară. Asigurările mutuale de sănătate funcționează pe principiul solidarității, cu scopuri precum acordarea de prestații pentru boală, accidente și alte evenimente de viață, acoperirea cheltuielilor de îngrijire a sănătății neincluse în asigurarea obligatorie, acordarea de indemnizații

---

<sup>15</sup> <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/luxembourg>

de naștere, alocarea de indemnizații pentru cheltuielile de familie și educație și încheierea de contracte de asigurare de grup cu entități autorizate.

Toate asigurările mutuale de sănătate sunt grupate în *Fédération Nationale de la Mutualité Luxembourgeoise (FNML)*. FNML a dat naștere *Caisse Médico-Complémentaire Mutualiste (CMCM)*, un fond mutual de sănătate care oferă acoperire complementară și suplimentară. Condiția pentru aderarea la CMCM este apartenența la una dintre asigurările mutuale de sănătate, care oferă beneficii pentru servicii suplimentare precum prime de naștere, căsătorie și/sau deces.

CMCM își menține angajamentul de solidaritate și, prin urmare, nu poate refuza să primească în sistem persoanele care sunt asigurate de un fond de stat în Luxemburg sau de structuri de asigurări de sănătate cu statut juridic într-o țară învecinată și nici nu are dreptul să solicite fișe medicale pentru primire. Mai mult, membrii familiei sunt asigurați fără costuri suplimentare. CMCM oferă diferite pachete, inclusiv beneficii pentru fizioterapie, îngrijire la domiciliu și cure, asistență medicală, repatriere la nivel mondial, spitalizare și transport, osteopatie, medicamente preventive și acoperirea costurilor dentare și de oftalmologie. CMCM nu acoperă coasigurarea tratamentelor obișnuite de îngrijire primară și dentară și a produselor farmaceutice. În cadrul cheltuielilor pieței asigurărilor de sănătate, 35-40% din cheltuieli sunt acoperite de CMCM.

Fondurile private de asigurări de sănătate sunt sub supravegherea Comisiei de Asigurări, o entitate publică plasată sub autoritatea Ministerului finanțelor. Ratele de admitere și de contribuție se bazează pe evaluarea riscului. Afilierea la SHI nu este o condiție pentru calitatea de membru. Asigurările private de sănătate oferă asigurare complementară și suplimentară, inclusiv beneficii pentru spitalizare, coasigurarea îngrijirii primare și dentare, acoperire a costurilor dentare și oftalmologice și metode alternative de tratament. Unele opțiuni includ în plus tratamente efectuate de specialiști recunoscuți pentru o anumită perioadă.

**La nivelul anului 2025, asigurările private de sănătate costă o sumă cuprinsă între 100-200 euro/lună de persoană. Consultația unui medic privat costă 50-70 euro înainte de rambursare, în timp ce vizitele la specialist variază între 70-120 euro.**

Asigurările legale de sănătate (de stat) acoperă o mare parte a populației și oferă un set cuprinzător de beneficii. Pacienții din Luxemburg se bucură de alegerea liberă a furnizorilor și de acces nerestricționat la toate nivelurile de îngrijire (de exemplu, medicii de familie, specialiști și spitale). Multe tratamente complexe și proceduri de diagnostic care nu sunt disponibile în Luxemburg sunt furnizate în țările vecine, deoarece dimensiunea populației Luxemburgului face inefficientă oferirea acestor servicii pe plan intern.

## SPANIA

Costul asigurării private de sănătate în Spania variază în funcție de factori precum vârsta, starea de sănătate, nivelul de acoperire și furnizorul de asigurări. În medie, primele lunare variază de la 50 la 200 euro de persoană.

**Conform statisticilor, costul mediu al primelor de asigurări private de sănătate în Spania pentru 2025 este de aproximativ 698 euro/cap de locuitor sau 58,2 euro/lună.**

Serviciile oferite prin asigurările private în asistența primară sunt următoarele<sup>16</sup>:

- specialități medicale;
- consultație video cu specialiști;
- teste de diagnosticare simple și avansate;
- metode terapeutice simple și avansate;
- intervenții chirurgicale;
- spitalizare;
- psihologie;
- programe de consiliere;
- măsurarea semnelor vitale prin imaginea facială;
- planuri personalizate prin consultație video;
- consultație video urgentă de 24 de ore.

Orice persoană poate obține o asigurare privată de sănătate în Spania, neexistând cerințe specifice. Optarea pentru aceasta are multe beneficii, cum ar fi accesul mai rapid la specialiști, posibilitatea de a alege furnizori de servicii medicale și spitale și centre medicale mai confortabile<sup>17</sup>.

În general, asigurările private sunt folosite de aproximativ 19% dintre rezidenții spanioli. Mulți spanioli aleg să adauge un plan privat la asistența medicală publică pentru a avea acces la tratamente mai rapide și mai extinse. Unele contracte de muncă pot include asigurări private de sănătate.

Pentru cei care dețin o asigurare privată de sănătate pentru suplimentarea serviciilor care nu sunt acoperite de asigurările publice de sănătate, există planuri de bază, accesibile, care includ servicii precum îngrijirea dentară și analizele de sânge, dar exclud operațiile și spitalizarea.

## **SUEDIA**

Asigurarea privată nu este folosită în mod obișnuit în Suedia<sup>18</sup>. Doar 10% dintre angajați beneficiază de o acoperire suplimentară pentru a-i ajuta să obțină acces mai rapid la îngrijiri de urgență, la anumiți specialiști sau pentru a evita listele de așteptare pentru tratamente efective.

---

<sup>16</sup> <https://sanitasbcn.com/en/service/sanitas-top-quantum/>

<sup>17</sup> <https://www.internations.org/spain-expats/guide/healthcare>

<sup>18</sup> <https://wise.com/gb/blog/health-insurance-sweden>

Nu există un sistem de asigurări publice propriu-zise în Suedia. Sistemul național de asistență medicală este finanțat din taxe și de guvernul național, care acoperă sănătatea publică și serviciile de prevenire. Acoperirea în cadrul acestui sistem este universală. Toți rezidenții, inclusiv *expații*, au acces la servicii de sănătate finanțate din fonduri publice. Acestea includ servicii precum îngrijirea în spital și în ambulatoriu, medicamentele eliberate pe bază de rețetă, asistența medicală primară, îngrijirea stomatologică (până la vârsta de 20 de ani), servicii preventive, sprijin pentru persoanele cu dizabilități și servicii de reabilitare.

Costurile pentru planurile private de sănătate pot varia în funcție de furnizor și de situația personală a angajatului, media fiind de aproximativ 360 euro/an. Costurile estimate asociate cu asigurările de sănătate și îngrijirea sunt următoarele:

- plan mediu de asistență medicală privată: 360 euro/an;
- consult specialist în sistem universal: 36 euro/vizită;
- plafon asupra costurilor prescripției în cadrul sistemului universal: 200 euro/an.

## ȚĂRILE DE JOS

Toți cei care locuiesc sau lucrează în Țările de Jos trebuie să încheie o asigurare de sănătate de bază, care acoperă costurile de asistență medicală ce sunt încadrate în pachetul de bază, respectiv costurile pentru medicul de familie, internări în spitale, servicii de psihiatrie și farmacie<sup>19</sup>.

**Valoarea primei pentru asigurările de sănătate de bază în anul 2025 este de aproximativ 159 de euro/lună. Primele sunt plătite direct de fiecare persoană către casa de asigurări de sănătate aleasă.**

Se poate încheia o asigurare suplimentară de sănătate, care poate acoperi costurile pentru tratamente stomatologice sau de kinetoterapie, de exemplu. În general, rambursările sunt proporționale cu prima plătită pentru asigurarea suplimentară<sup>20</sup>.

## WEBOGRAFIE

- <https://www.amariz.fr/>
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>
- <https://www.now-health.com/en/countries-we-cover/italy/>
- <https://www.bupaglobal.com/en/private-health-insurance/be>
- <https://www.statista.com/topics/10977/private-health-insurance-in-italy/#topicOverview>
- <https://www.norden.org/en/info-norden/private-insurance-cover-sweden>

---

<sup>19</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2025-01-01/#Hoofdstuk5>

<sup>20</sup> <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/system/additional-insurance>

- <https://www.thelocal.dk/20240209/explained-how-does-denmarks-danmark-private-health-insurance-work>
- <https://www.euraxess.pl/poland/information-assistance/health-insurance-and-care>
- <https://www.april-international.com/en/destinations/europe/health-insurance-in-denmark>
- [https://www.foyerglobalhealth.com/plans-services/our-plans/international-health-insurance-comparison/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjwp8--BhBREiwAj7og15LxfzVSOv9nH2WFjYLeSGpWPhF56iCiQswlchzz7zRaAyOBO1ARoRoCMLIQAvD\\_BwE](https://www.foyerglobalhealth.com/plans-services/our-plans/international-health-insurance-comparison/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwp8--BhBREiwAj7og15LxfzVSOv9nH2WFjYLeSGpWPhF56iCiQswlchzz7zRaAyOBO1ARoRoCMLIQAvD_BwE)
- <https://n26.com/en-at/blog/health-insurance-in-austria>
- [https://ooe.arbeiterkammer.at/beratung/konsumentenschutz/versichern/Private\\_Krankenversicherung.html](https://ooe.arbeiterkammer.at/beratung/konsumentenschutz/versichern/Private_Krankenversicherung.html)
- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6904265/>
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031666711/2015-12-23>
- [https://howtogermany.com/insurance/health-insurance/health-insurance-options-germany/#elementor-toc\\_heading-anchor-2](https://howtogermany.com/insurance/health-insurance/health-insurance-options-germany/#elementor-toc_heading-anchor-2)
- <https://www.deutschland.de/en/topic/life/health-in-germany-how-health-insurance-companies-work>
- <https://www.forbes.com/advisor/it/assicurazione-sanitaria/migliore-assicurazione-sanitaria/>
- <https://www.general.it/magazine/salute/assicurazione-sanitaria-privata>
- <https://sanitasbcn.com/en/service/sanitas-top-quantum/>
- <https://www.internations.org/spain-expats/guide/healthcare>
- <https://www.expatica.com/be/healthcare/healthcare-basics/health-insurance-in-belgium-445867/>
- <https://relocate.me/healthcare/belgium>
- <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2025-01-01/#Hoofdstuk5>
- <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/system/additional-insurance>

- <https://wise.com/gb/blog/health-insurance-sweden>
- <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/luxembourg>
- <https://www.tervisekassa.ee/en/benefit-and-fee-rates>