



Вестник БК

ИЗДАНИЕ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ • 2008



- 0 компенсации на лечение зубов
- На вертолете за спасением жизни
- Присоединяйтесь к программе профилактики рака
- Восстановительное лечение и уход

Бланки Больничной кассы Эстонии можно
заполнить, отправить и распечатать
с интернет-страницы Больничной кассы
www.haigekassa.ee/blanketid

Бланки можно получить в бюро обслуживания или во всех
отделениях Почты Эстонии, где есть интернет.

Также помощь в заполнении и отправлении бланков
оказывают следующие уездные управы:

Уездная управа Йыгева Suur 3, Jõgeva 48306

Уездная управа Сааре Lossi 1, Kuressaare 93816

Уездная управа Ляэне-Виру Kreutzwaldi 5, Rakvere 44314

Уездная управа Хийу Leigri väljak 5, Kärdla 92412

Уездная управа Выру Jüri 12, Võru 65620

Уездная управа Ярва Rüütli 25, Paide 72715

Уездная управа Рапла Tallinna mnt 14, Rapla 79513

Уездная управа Ляэне Lahe 8, Haapsalu 90503

Уездная управа Валга Kesk 12, Valga 68203

Уездная управа Пылва Kesk 20, Põlva 63308

Уездная управа Вильянди Vabaduse plats 2, Viljandi 71020



О медицинском страховании с разных точек зрения

Ханнес Данилов

Председатель правления
Больничной кассы



МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ БЫЛО ВОССТАНОВЛЕНО В ЭСТОНИИ В 1991 ГОДУ.

Медицинское страхование – это система покрытия расходов на медицинское обслуживание, в котором страховая организация (Больничная касса) оплачивает застрахованному лицу медицинские услуги, оказанные в больнице или в других лечебных заведениях. Или, проще говоря, медицинские услуги пациенту являются бесплатными и за него платит Больничная касса. Застраховать свое здоровье можно двумя путями – довериться частным страховым компаниям или сделать это через государственное страхование. Эти два способа отличаются принципиально. Перед частной страховой компанией застраховавшиеся находятся в неравных условиях. Это значит, что при расчете страховой суммы учитываются медицинские риски застрахованного. То есть более пожилые и больные люди платят больше, так как они тратят больше денег на медицинское обслуживание. При государственном страховании все застраховавшиеся считаются лицами с одинаковым медицинским риском. Со всех вычитается одинаковый налог на страхование, не смотря на то, как часто человек болен или как часто он посещает врача. В этом случае реализуется принцип солидарности – количество доступных медицинских услуг не зависит от индивидуального денежного взноса застрахованного в фонд медицинского страхования.

Солидарны между собой также работающие и неработающие застрахованные лица. Медицинские расходы детей и пенсионеров оплачиваются из страховых налогов работающих застрахованных лиц. В Эстонии работает солидарная система медицинского страхования, организованная на государственном уровне.

ПОЧЕМУ МЫ ДОЛЖНЫ ПЛАТИТЬ, ДАЖЕ ЕСЛИ НЕ ПОСЕЩАЕМ ВРАЧЕЙ?

Часто спрашивают, почему я не могу получить ту или иную услугу быстрее и на более квалифицированном уровне, если я выплачиваю много налогов и редко посещаю врачей? Действительно, молодые и здоровые люди реже посещают врачей и платят налоги в большем размере, потому что они и зарабатывают больше. Часто только забывается, что мы должны оплачивать медицинские расходы детей и пожилых людей. В среднем в Эстонии люди посещают врачей 6,4 раза в год. На каждого, кто в течение года ни разу не ходил к врачу, есть кто-то, кто сделал 13 визитов...

НА ЧТО ТРАТЯТСЯ ДЕНЬГИ ИЗ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ?

В бюджете Больничной кассы на 2008 год приблизительно 13,4 миллиардов крон.

Самые крупные статьи расходов:

- медицинские услуги врачей-специалистов 6,9 миллиардов (амбулаторная, стационарная помощь и помощь по уходу);

- медицинские услуги семейных врачей 1,1 миллиардов;
- компенсация застрахованным за лекарства 1,3 миллиардов;
- расходы на компенсации по временной нетрудоспособности 2,5 миллиардов;
- компенсация расходов на зубное лечение для детей 300 миллионов;
- профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни 130 миллионов;
- содержание Больничной кассы 115 миллионов;
- другие расходы (расходы на медицинские вспомогательные средства и лечение за рубежом) 110 миллионов.

• Другие 3%
• Выплаченный социальный налог на человека 5 784 кроны



• Выплаченный социальный налог на человека 16 097 кроны

Рис. 1. Застрахованные лица и выплаченные социальные налоги 2007 (1 287 765 человек)

За последние пять лет бюджет Больничной кассы вырос в два раза. Эти годы были экономически успешными для страны и финансирование системы здравоохранения существенно улучшилось. На это указывает и улучшившиеся результаты опросов по оценке доступности медицинских услуг – удовлетворенность доступностью медицинских услуг выросла до 60%, а удовлетворенность их качеством до 69%. Оценки здравоохранения в нашей стране находятся на одном уровне с оценками в Западной Европе. Такие результаты показывают, как много было сделано в совместной работе с медицинскими работниками и учреждениями. В то же время понятно, как много нам еще предстоит сделать. Развитие системы здравоохранения – это постоянный и бесконечный процесс и для того, чтобы оправдать доверие застрахованных в Больничной кассе, нужно еще много сделать.

На вертолете за спасением жизни

Адо Виик

Директор Харьковского отделения

К сожалению, по-прежнему находятся люди, которые сомневаются в необходимости существования медицинской страховки. В то время как мы занимаемся нашими каждодневными делами, мы часто не задумываемся о рисках, связанных со здоровьем. За последние пять лет продолжительность жизни в Эстонии увеличилась на два года. Все мы желаем себе полноценной и долгой жизни, провести которую хочется по возможности здоровым и самостоятельным человеком. Статистика показывает, что даже самые здоровые люди пользуются медицинскими услугами, компенсированными страховкой, по крайней мере раз в четыре года. В среднем на одного человека приходится 2,2 лечебных случаев и один случай госпитализации в течение пяти лет. Представляем ли мы, насколько большим является объем работы, направленной на защиту здоровья?

В основе следующей истории лежит реальный и, увы, не так редко встречающийся случай.

У пятидесятилетнего мужчины начались проблемы с подъемами на лестницу. Небольшой отдых, сигарета – и можно было продолжать двигаться, но сил оставалось на все меньшие отрезки пути. Так его здоровье пришло в то состояние, о котором этого мужчину предупреждали уже много лет. Сначала был визит к семейному врачу, оттуда срочно в столичную больницу на обследование и лечение – расходы в сумме 19 000 крон. Сорок лет курения и вредная работа сделали свое дело. Первый совет от семейного врача был – бросайте курить и немедленно. Первоначальное лечение в клинике дало хороший результат и вернуло хорошее самочувствие, но человек вернулся к прежнему образу жизни, что продолжалось на этот раз полгода. Благодаря помощи близких мужчину направили снова к врачу, и оттуда он был снова отправлен в клинику.

Успешное больничное лечение (8000 крон) дало повторный шанс на исправление образа жизни и возможность взять себя в руки, но... Этого не случилось и в результате начался приступ, который можно было остановить только благодаря современным медицинским технологиям и слаженной работе врачей. Лечение в местной больнице (83 000 крон) и транспортировка (30 000



крон) вертолетом в столичную больницу. В центральной больнице реанимационную технику использовали на максимальном уровне (18 000 крон). Далее пациента перевезли в другую центральную больницу, чтобы присоединить для лечения к следующему аппарату (еще 41 000 крон). Состояние стабилизировалось и пациента отправили домой. Что в результате? Мужчина посчитал, что раз самочувствие хорошее, значит можно и снова взяться за курение.

Через два месяца состояние снова ухудшается. Семейный врач снова направляет упрямого пациента в клинику. Аппараты местной больницы поддерживают пациента, пока вертолет спешит на помощь. В этот раз его направляют в Тарту. Там в реанимации его подсоединяют к мехатронному аппарату (еще 14 000 крон). Состояние снова под контролем, и снова возвращение домой. Казалось бы, после всех передрыг, рекомендации врача должны быть наконец принятыми, но... Не смотря на то, что легкие уже не выносят такой нагрузки, человек и не думает бросать курение. Теперь уже после двух недель мужчина снова попадает в местную больницу, и, опять же, из-за того, что на автотранспорте уже не успеть к мехатронной системе, доставляется на вертолете в столичную клинику (очередные 30 000 крон). В одной столичной больнице его спасают от смерти и стабилизируют (48 000 крон). При содействии специалистов из Региональной больницы пациент получает на дом кислородный аппарат и аппарат для циркуляции воздуха. Домой теперь можно

ехать только с подключенным аппаратом для искусственного дыхания. Международный опыт, уровень и слаженность медицинской реанимационной помощи совместно с современной мехатронной техникой дает нам надежду и может продолжить нашу жизнь еще на десятки лет, но все это только если сам пациент следует рекомендациям врача. По правилам пациент должен пользоваться аппаратом чуть больше чем половина дня, и в то же время у него есть возможность продолжить свою повседневную деятельность и чувствовать радость от жизни. Ежедневная домашняя помощь аппаратов обходится застрахованному в 300 крон. Мужчина работал всю жизнь и его как налогоплательщика, вклад в здравоохранение составляет около полмиллиона, в течение же двух лет стоимость всех медицинских услуг для него составила 620 000 крон.

Не все из нас попадают в описанные ситуации, но случится это может с каждым десятым из нас. Систему здравоохранения Эстонии международные эксперты считают одной из самых эффективных. Сохранность этой успешно внедренной системы уже зависит от финансовых вложений со стороны застрахованных лиц, образа жизни, сохраняющего здоровье и эффективной работы медицинских учреждений. С одной стороны, Ваш здоровый образ жизни уменьшает опасность заболеть. С другой стороны годы, прожитые без болезней, вносят большой вклад в систему медицинского здравоохранения и создают для Вас финансовый резерв в случае заболевания.



Действительно ли ожидание в очереди к ортопеду составляет 3 недели?



Майви Парв

Директор Тартуского отделения

Я заболел некоторое время назад, время от времени страдая от болей в коленях. Когда домашние методы уже не помогли, решил обратиться к семейному врачу. На следующий день попал на прием. Семейный врач сделал несколько обследований, назначил лечение, но сказал, что нужно обратиться и к ортопеду. На визит к ортопеду я попал только через 3 недели. Почему так долго нужно дожидаться приема врача-специалиста?

В Эстонии очередь на лечение определяется самим медицинским учреждением. По договору между Больничной кассой и медицинским учреждением, они должны регулярно информировать об очередях в Больничную кассу.

ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЮТ ОЧЕРЕДИ?

Очереди могут возникнуть по разным причинам:

- нехватка денег в Больничной кассе;
- из-за недостаточности резервов клиники, т.е. если не хватает врачей, кабинетов, операционных;
- если пациент сам выбирает конкретного врача или время приема;
- в связи с проведением какой-то конкретной процедуры, например, при повторном вызове пациента к врачу после проведения лечения или получения результатов обследования.

ЧЕМ В ТАКИХ СЛУЧАЯХ МОЖЕТ ПОМОЧЬ БОЛЬНИЧНАЯ КАССА?

Больничная касса следит за соблюдением договоров всех медицинских учреждений. И если очередь по причине нехватки денег превышает время ожидания, которое было установлено в договоре со стороны Правления Больничной кассы, то необходимо заключение еще одного договора. Так, например, по причине нехватки денег очередь к врачу-специалисту не может составлять более чем 4 недели. Значит в упомянутом

вопросе случае время ожидания в очереди было в пределах установленных правил.

Больничная касса также обязана следить за очередями, увеличившимися из-за нехватки резервов в клинике. В этом случае конечно невозможно заменить врача, но можно проинформировать семейного врача о других клиниках, где также оказывают медицинскую помощь нужной специальности. Также стараемся заключить договора с новыми партнерами-клиниками.

ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ?

У семейного врача есть возможность экстренного пациента направить на консультацию во внеочередном порядке. Семейные врачи знают, какие медицинские учреждения оказывают конкретные услуги, и тут важно донести эту информацию до пациента. Есть семейные врачи, которые сами помогают пациентам регистрироваться в очереди.

ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ САМПАЦИЕНТ?

Пациент должен знать свои права. При визите к семейному врачу нужно по возможности точно объяснить причину своего обращения. При остром заболевании врач-специалист должен принять Вас в тот же день. При хроническом заболевании очередь не должна быть больше чем 3 дня.

При регистрации визита к семейному врачу необходимо спросить первое свободное время. Если очередь превышает четыре недели, тогда необходимо спросить о причине такого долгого ожидания. Если зарегистрироваться невозможно или время ожидания слишком большое, то нужно об-

ратиться за объяснением такой ситуации к руководству учреждения. Если Вам в регистратуре объяснили, что причиной длинных очередей является нехватка денег, сообщите, пожалуйста, об этом Больничной кассе.

Всегда информируйте врача, если Вы не можете прийти в назначенное время.

Обычно мы всегда сообщаем своему парикмахеру или знакомым, если мы по какой-то причине не можем встретиться в назначенное время. И почему-то врачам часто забывают сообщить о невозможности сделать визит... Пожалуйста, не забывая об этом, тогда врач не будет ожидать напрасно и сможет в освободившееся время пригласить другого ожидающего пациента. Возможно, что таким способом и Вы в следующий раз сможете быстрее попасть к врачу.

Больничной кассой Эстонии установлено и зафиксировано максимальное время ожидания визита, которое составляет

•• В СЛУЖБЕ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ:

- На амбулаторную помощь не дольше **4 недель**
- На стационарное лечение и хирургическое одностороннее лечение **8 месяцев**
- На операцию по удалению катаракты **1,5 года**
- На операцию по установке эндопротеза **2,5 года**
- На отоларингологическую операцию для взрослых **2 года**

•• В СЛУЖБЕ ПО МЕДИЦИНСКОМУ УХОДУ:

- Поддерживающее лечение для больных раком на дому **2 недели**
- На домашний визит медсестер **1 месяц**
- На больничное лечение **6 месяцев**

•• В ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ:

- на планированное лечение **2 месяца**
- на ортодонтологическое лечение **9 месяцев**

Очереди на лечение в странах Европейского Союза в июне 2006 (по данным конференции в Италии, Hope Exchange Programm 2006)

	Очередь на амбулаторное лечение (до)	Очередь на стационарное лечение (до)
Австрия		9 мес
Испания	2 мес	Операция по удалению катаракты 12 мес
Голландия	2,5–3,5 мес	6 мес
Ирландия		9–10 мес
Италия	15 дней – 6 мес	2–5 мес
Греция	1–2 мес;	10 дней – 12 мес
	Часть специалистов 5–6 мес	6 мес;
Кипр	6 мес	Сердечно-сосудистая хирургия 7,5 месяцев
Латвия	1 мес	4 мес
Швеция	3 мес	неделя- 1 год
Финляндия		3–6 мес
Дания		(больше) 6 месяцев
Чехия		2 мес
Венгрия		ортопедические операции 12 месяцев
		2–3 мес

СКОЛЬКО СТОИТ ВИЗИТ К ВРАЧУ?

Закон о медицинском страховании устанавливает случаи, когда нужно оплачивать плату за визит и когда у врача нет права спрашивать плату за визит



НА ВИЗИТЕ У СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

При посещении своего семейного врача по региону регистра его пациентов, Вы не должны оплачивать плату за визит. Даже в тех случаях, когда плату за визит спрашивают в завуалированной форме, называя ее плату за тапочки, канцелярию, аренду или что-либо другое. Также у врача нет права спрашивать так называемую добровольную плату. Рекомендуем пациентам стоять за свои права и не оплачивать такие взносы. Врач не имеет права также взимать плату за выписывание рецептов, больничных листов, документы оценки годности к срочной военной службе, оценки нетрудоспособности и назначение группы инвалидности и в других описанных в законах случаях. За выписывание других документов у семейного врача есть право спрашивать плату в разумных размерах. Если же семейному врачу приходится делать домашние визиты, то у него есть право спрашивать за визит до 50 крон, независимо от количества людей, которых он навещает. За домашний визит не должны платить беременные начиная с 12 недели беременности, также бесплатны визиты к детям до двух лет.

Плату за визит семейный врач может брать, когда у человека нет медицинской

страховки или он находится в регистре пациентов другого семейного врача.

НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

Врач-специалист имеет право спрашивать плату за визит в размере до 50 крон, если пациент обратился с направлением от семейного врача или обратился по следующим причинам: травма, хроническое заболевание, туберкулез, глазное заболевание, дерматоневрологическое заболевание, за гинекологическую или психиатрическую помощь.

Плату за визит не нужно платить, если помощь оказывается застрахованным беременным начиная с 12 недели или ребенку младше 2 лет; непосредственно за неотложной амбулаторной помощью следует госпитализация; если к врачу-специалисту пациента направил врач того же учреждения или врач той же специальности из другого медицинского учреждения.

Плату за койко-день можно спрашивать в размере до 25 крон в день на период до 10 дней в случае одного лечебного случая. Эту плату не имеют право взимать за пребывание в реанимации, за стационарное лечение, связанное с беременностью и родами и за стационарное лечение несовершеннолетних. Большую плату можно спраши-

вать, если условия в палате лучше обычных (например, в случае семейных родов). В то же время у человека должна быть возможность выбрать обычные условия. Если же у медицинского учреждения нет договора с Больничной кассой (по данной специальности), если данной медицинской услуги нет с «Перечне медицинских услуг, оплачиваемых Больничной кассой» или если пациент оплачивает свое продвижение в очереди за услугой, то плата за визит может быть больше. Это касается и случаев, когда медицинской страховки нет.

ЕСЛИ ЖЕ ВРАЧ ВСЕ-ТАКИ СПРАШИВАЕТ ПЛАТУ, КОГДА ОН ЭТОГО ДЕЛАТЬ НЕ ДОЛЖЕН...

Всегда спрашивайте чек за оплату визита или других услуг. В каждом случае, когда Вы оплачиваете что-либо, Вам должен выдаваться чек. Если Вам кажется, что данную плату не нужно было платить, или ее сумма не была правильной, предъявите, пожалуйста, региональному отделению Больничной кассы чек и заявление, где описан случай. Если Вы сомневаетесь, нужно в данном случае писать заявление, Вы всегда сможете обратиться за советом в Больничную кассу по справочному телефону 16363.



Работодателю: Краткое руководство по заполнению и предъявлению листа временной нетрудоспособности

Кадри Клеттенберг-Паас

Главный специалист отдела по связи с общественностью

ЕСЛИ РАБОТНИК ПРИНОСИТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

При получении больничного листа в первую очередь проконтролируйте, заполнил ли работник свою часть («Заполняет работник»). Если он не сделал это, верните ему лист и попросите заполнить. Эту часть имеет право заполнять только сам работник!

ЗАПОЛНЕНИЕ ЛИСТА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Работодатель обязан заполнить на листе соответствующую часть (отмеченную как «заполняет работодатель») и предоставить лист в течение 7 календарных дней Больничной кассе (документ можно послать по почте или принести самому). На листе временной нетрудоспособности работодатель отмечает личный код (в случае предпринимателя-физического лица его личный код), имя, заработную плату работника и другие необходимые данные. Чаще всего проблемы возникают при заполнении размера заработной платы. В случае предпринимателя-физического лица, человека работающего по договору найма, а также для членов правления/совета заработная плата не указывается.

НА ЛИСТЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УКАЗЫВАЕТСЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА, ЕСЛИ:

- Застрахованный не получал доход в календарный год, предшествующий первому нерабочему дню (по причине временной нетрудоспособности) или
- частное от деления размера заработной платы и числа 30 больше, чем средний доход от предыдущего календарного года, но при этом не превышает частного от деления нижней границы месячной заработной платы и числа 30 или
- у работодателя отсутствуют данные, указанные в предыдущих пунктах.

Во всех других случаях указание заработной платы не является обязательным. Данные заработной платы Больничная касса использует только в случаях, если служащий общественного сектора и служащий по трудовому договору в предыдущем первом нерабочему дню календарном году доход или он был слишком маленьким.

В этих случаях пособие рассчитывается из официальной минимальной зарплаты (если зарплата больше чем минимальная зарплата) или с самой заплаты (если зарплата меньше чем минимальной зарплаты).

На листе временной нетрудоспособности отмечается размер месячной зарплаты в кронах. В случае если расчет зарплаты почасовой, посуточной или недельной - рассчитывается размер зарплаты исходя из рабочей нормы месяца, приходящегося на больничный лист.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К предъявляемым листам обязательно необходимо приложить и сопроводительное письмо. Другие документы прикладывается только по необходимости:

- справка от работодателя – она предъявляется в случае, если больничный лист/справка от врача приходит из-за рубежа и в случае, если у работника два работодателя
- свидетельство о праве на наследство – в случае смерти застрахованного лица предъявляется данное свидетельство или документы, подтверждающие статус вместе проживавших членов семьи. Эти документы должны предъявлять наследники.
- заявление о получении компенсации в случае смерти застрахованного – предъявляется для получения компенсации по временной нетрудоспособности в случае смерти застрахованного лица вместе с копией свидетельства о смерти.
- для выплаты компенсации по временной нетрудоспособности подается заявление о наличии банковского счета – 1) его работодатель прилагает к больничному листу/справке от врача; 2) прилагается, если уже предъявленном больничном листе в соответствующем графе случайно заполнен неправильными данными или остался незаполненным.

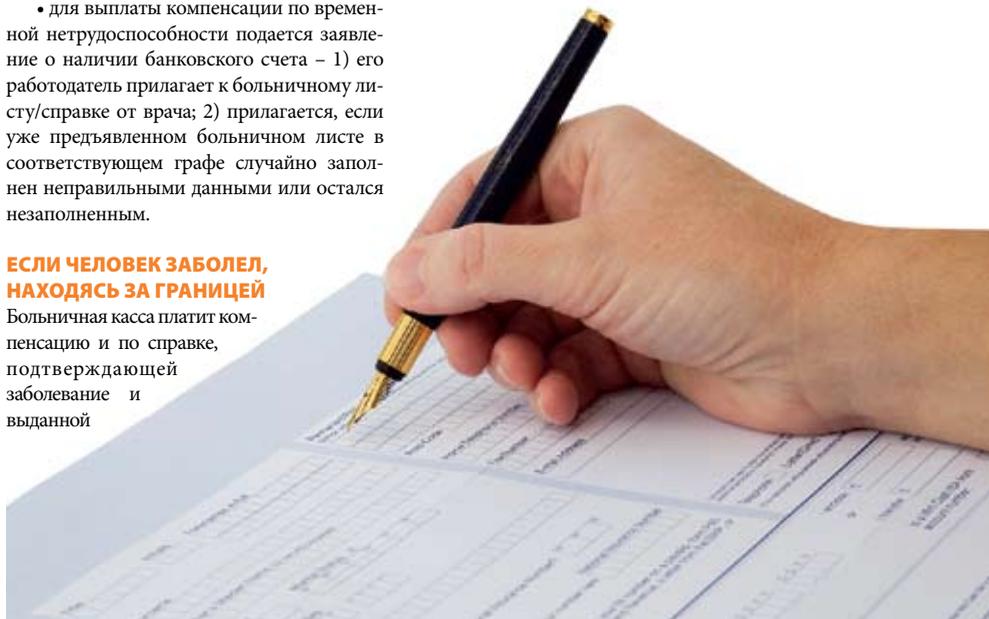
ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАБОЛЕЛ, НАХОДЯСЬ ЗА ГРАНИЦЕЙ

Больничная касса платит компенсацию и по справке, подтверждающей заболевание и выданной

врачом в другой стране. Работодателю необходимо представить эту справку, дополнительно к ней работодатель прилагает справку от себя и предъявляет документы вместе с сопроводительным письмом Больничной кассе. Кроме этого, человек, находящийся на листе временной нетрудоспособности, должен приложить заявление, где указано, на какой банковский счет нужно перевести компенсацию. По требованию Больничной кассы необходимо к справке от врача приложить перевод на эстонский язык и заверить его у нотариального переводчика. Расходы на перевод несет застрахованный.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Чаще всего возникают проблемы с указанием заработной платы. Если в документе есть неточности, региональное отделение Больничной кассы извещает предъявителя этого документа по телефону или письменно, и по необходимости указывает срок внесения исправлений. Проблемы создает и то, что иногда работодатели сами заполняют данные банковского счета человека, в то время как это должен делать сам работник. Иногда работодатели забывают приложить сопроводительное письмо (особенно это касается предпринимателей-физических лиц, которые часто не знают об этой обязанности). Если при заполнении листа временной нетрудоспособности или его предъявлении возникают вопросы, всегда можно обратиться по справочному телефону 16363.





Напоминание работодателю!

Каждый работодатель обязан поставить своего работника на учет в Больничной кассе, а также при необходимости вовремя приостановить/закончить его медицинское страхование.

Работодатель обязан зарегистрировать в Больничной кассе всех работников с трудовым договором (если он заключен более чем на один месяц) и служащих общественного сектора в течение семи календарных дней после того, как работник заступил на рабочий пост или начал общественную службу. При этом нельзя забывать обновлять страховку при продлении временного договора или переводе его на постоянный, а также для вернувшихся с отпуска по уходу за ребенком или срочной военной службы, если их страховка была приостановлена работодателем. Сама по себе выплата социальных налогов не создает Вашему работнику статус застрахованного в Больничной кассе!

В случае, если с человеком, кто не является предпринимателем-физическим лицом, заключен временный договор на 3 месяца или бессрочный договор найма (например, договор маклера, агента и т.д.) и на основании этого договора ему каждый месяц выплачивается зарплата, равная или большая, чем средняя ежемесячная зарплата, установленную государственным бюджетом (в 2008 году – 2700 крон) работодатель-платательщик социальных налогов должен поставить работника на учет в Больничной кассе.

НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ РАБОТНИКОВ ДАННЫЕ МОЖНО ПОДАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ СПОСОБАМИ:

- электронным путем через Портал предпринимателя <https://portaal.riik.ee/x/eit/>;
- через электронную почту, посылв электронно подписанный документ в бюро обслуживания Больничной кассы;
- по обычной почте, послав документы в бюро обслуживания Больничной кассы;
- лично доставив документы в бюро обслуживания Больничной кассы.

Если работодатель вовремя не поставил на учет своего работника, он должен возместить работнику возникший вследствие этого ущерб (например, не полученные вследствие этого медицинские услуги, денежные компенсации и т.д.). Если страховка работника по вине работодателя не была закончена (в течение 10 дней после окончания трудового договора), и вследствие этого человек бесосновательно получил медицинские услуги, льготы на лекарства, компенсацию по временной нетрудоспособности и т.д., тогда работодатель должен возместить эти расходы Больничной кассе.

Необходимую информацию о медицинском страховании можно получить по справочному телефону 16363 или на интернет-странице www.haigekassa.ee.

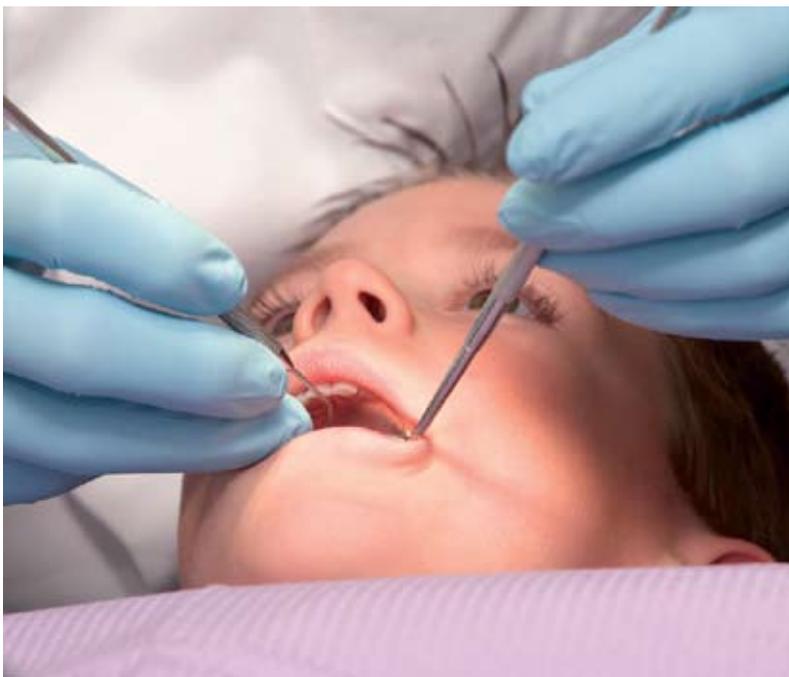




Кто имеет право на получение компенсации за лечение зубов?

Авели Райд-Лелов

Руководитель бюро обслуживания клиентов Пярнуского отделения



В Эстонии дети (до 19 лет) получают услуги по лечению зубов бесплатно, если медицинское учреждение заключило с Больничной кассой соответствующий договор, и если конкретная услуга включена в «Перечень медицинских услуг, компенсируемых Больничной кассой». За ортодонтологическое лечение (в том числе брекететы) Больничная касса платит только в определенных серьезных случаях.

Внимание! Если ребенок лечится у врача, с которым у Больничной кассы не заключен договор, тогда его лечение не компенсируется. В клиниках, которые заключили договор с Больничной кассой, соответствующие документы вывешены для ознакомления.

КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Если взрослый человек посещает зубного врача, у него есть возможность ходатайствовать о получении компенсации за прошлый период. В этом году компенсация составляет в общем случае 300 крон. Беременные, матери детей в возрасте до одного года и люди с повышенной потребностью в лечении зубов получают 450 крон в год. Для получения компенсации нужно послать или принести заявление вместе с документом от зубного врача, подтверждающим оплату услуги (чеком) в региональное отделение Больничной кассы. Необходимые контакты Вы сможете найти в данном Вестнике Больничной кассы. Беременные и люди с повышенной потребностью в лечении зубов обязательно должны предъявить справку от врача. У лица, ходатайствующего о получении

компенсации, должна быть действующая медицинская страховка в Больничной кассе на момент оказания услуги. Запомните – в данном случае речь идет именно о компенсации – человек должен получить медицинскую услугу по лечению зубов и заплатить за нее. Без подтверждения этого Больничная касса не может перечислить компенсацию на счет пациента.

ПОСОБИЕ ЗА ПРОШЛЫЕ ГОДЫ

Пособие за лечение зубов можно получить и за прошлые годы, но не более чем за 3 прошедших года. Например, если Вы посетили зубного врача в 2006 году, но заявление вместе с документом, подтверждающим оплату, не было предъявлено Больничной кассе, то можно подать заявление в текущем 2008 году.

Есть много примеров, когда Больничной кассе подается заявление, где год оказания услуги указан 2008 и приложен чек за 2007 год. В объяснении указано, что в 2008 зубного врача человек не посещал, но был много раз у зубного врача в 2007 году, расходы на это лечение были большие и теперь пытаются таким образом получить компенсацию в 2008 с чеком прошлого года. К сожалению, по таким документам получение компенсации невозможно. Год оказания услуги должен точно совпадать с годом получения компенсации.

КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ

Пенсионеры по старости и люди старше 63 лет могут получить дополнительно отдельную компенсацию за зубные протезы в размере 4000 крон в течение трех лет. Если при изготовлении протезов использована не вся сумма, то можно использовать эту сумму на ремонт протезов. Дополнительно к компенсации за зубные протезы можно ходатайствовать о получении компенсации за лечение зубов (в случае если протезы дороже 4000 крон), предъявив для этого соответствующие документы. Подать документы можно как самому, так и через зубного врача (выбрав один способ из них). Если зубной врач сам предоставляет после изготовления зубных протезов необходимые документы Больничной кассе, тогда Вы оплачиваете услуги зубного врача в меньшем размере. Этот способ более удобен для пациентов. В случае возникновения дополнительных вопросов по поводу зубного лечения или компенсации за зубные протезы совет можно получить по рабочим дням по справочному телефону 16363. Информацию Вы всегда найдете и на интернет-странице Больничной кассы. Необходимые бланки можно получить и бюро обслуживания клиентов или в почтовых отделениях. В тех уездах, где отсутствуют отделения Больничной кассы, дают рекомендации и принимают заявления местные уездные управы.



Больничная касса приглашает на раннее диагностирование

Сирье Вааск

главный специалист
отдела здравоохранения



В Эстонии раком груди каждый год заболевает 550 женщин и 140-150 женщин заболевает раком шейки матки. В последнее время увеличилась заболеваемость этой злокачественной опухолью среди молодых женщин.

Рак шейки матки возможно предотвратить. Состояние, предвещающее развитие рака можно продолжаться 10-15 лет, таким образом, рака шейки матки можно избежать при своевременном диагностировании. Для этого все женщины, начавшие половую жизнь, должны с 2-3 летним интервалом проходить PАП-тест, с помощью которого изменения в шейке матки находятся раньше, чем развивается рак. В случае рака груди самое главное – это обнаружение его на ранних стадиях, когда у женщины еще нет больших изменений в груди и лучший способ для этого – маммографическое обследование.

В Эстонии внедрены **систематические контрольные обследования** на обнаружение рака груди и рака шейки матки, главная задача которых диагностировать злокачественные опухоли на ранних стадиях, когда заболевание еще излечимо. Контрольные исследования на обнаружение рака груди и рака шейки матки являются частью государственной стратегии по борьбе с раком, которая финансирует-

ся как из государственного бюджета, так и из бюджета Больничной кассы.

ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИНЫ ОПОВЕЩАЮТСЯ ПИСЬМЕННЫМИ ПРИГЛАШЕНИЯМИ

В Эстонии на обследование по раннему обнаружению рака женщины приглашаются лично. В Больничной кассе составляется список приглашенных на основе базы данных застрахованных и приглашения высылаются по почте. В этом приглашении отмечены время и место проведения обследования. Для раннего диагностирования рака груди приглашаются 50-65-летние женщины через каждые 2 года, для диагностирования рака шейки матки 30-59 летние женщины через каждые 5 лет. Приглашения не рассылаются женщинам, которые уже проходили обследование в прошлом году или у кого в базе данных адрес представлен не полностью. Если женщина находится в списке приглашенных, но из-за смены адреса или по другим причинам не получила приглашение, она сможет зарегистрировать себя на обследование с помощью удостоверяющего личность документа. Свой адрес в базе данных застрахованных лиц всегда можно проверить на Портале гражданина или уточнить по справочному телефону Больничной кассы 16363.



ЖЕНЩИН рака



В 2008 году приглашения на участие в обследовании **по раннему обнаружению рака груди** высылаются застрахованным в Больничной кассе женщинам, рожденным в 1945., 1948., 1949., 1951., 1952., 1956. и 1958 году.

Приглашения на участие в обследовании **по раннему обнаружению рака шейки матки** высылаются в этом году застрахованным в Больничной кассе женщинам, рожденным в 1953, 1958, 1963, 1968, 1973 и 1978. году.

В 2009 году приглашения на участие в обследовании по раннему обнаружению рака груди высылаются застрахованным в Больничной кассе женщинам, рожденным в 1946, 1947, 1950, 1953, 1954, 1955, 1957 и 1959 году.

В 2009 году приглашения на участие в обследовании по раннему обнаружению рака шейки матки высылаются застрахованным в Больничной кассе женщинам, рожденным в 1954., 1959., 1964., 1969., 1974. ja 1979 году.

АВТОБУС С МАММОГРАФОМ ВЫЕЗЖАЕТ В РЕГИОНЫ

Для обеспечения лучшей доступности обследования на обнаружение рака груди

работает и передвижной автобус с маммографом. С помощью него обследование становится легко доступным и для тех женщин, кому добираться до Таллинна, Тарту, Пярну или Кохтла-Ярве слишком трудно и дорого. По прибытию передвижного маммографа в уезд на обследование приглашаются все местные женщины вышеприведенных годов рождения. Большинство обследуемых женщин получают подтверждение, что у них проблем со здоровьем нет. Только у приблизительно 0,6% участвующих в обследовании женщин обнаруживаются признаки болезни. В большинстве случаев злокачественная опухоль находится на ранней стадии, на которых возможно успешное лечение. При обследовании на обнаружение рака шейки матки возможно диагностировать и предраковые изменения и состояния болезни, которые также легко излечимы. При обследовании болезненные изменения диагностируются у 6% женщин. Участие в обследовании на раннее обнаружение рака является добровольным, но желательным в интересах своего же здоровья. Получить информацию о проведении контрольных обследований легче всего у своего семейного врача или на интернет-странице Больничной кассы <http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/2007/>.

Программа передвижения автобуса с маммографом в 2008 году

Город	Дата	Место
Нарва	3 марта – 18 апреля	Автобус с маммографом / Клиника г. Нарва. Aasa 4, Narva
Выру	29 апреля – 9 мая	Автобус с маммографом/Поликлиника больницы г. Выру. Jüri 19A, Võru
Валга	12–30 мая	Автобус с маммографом /Больница г. Валга. Peetri 2, Valga
Вильянди	2–4 июня	Автобус с маммографом / Больница г. Вильянди А-корпус. Pärsti vald, Viljandi maakond
Курессааре	21 июля – 8 августа	Автобус с маммографом/ Центр семейной медицины г. Курессааре. Tallinna mnt 23, Kuressaare
Кярдла	11–15 августа	Автобус с маммографом / Больница Хийумаа. Rahu 2, Kärdla
Хаапсалу	18 августа – 5 сентября	Автобус с маммографом/ Больница Ляэнемаа. Vaba 6, Haapsalu
Пайде	8 сентября – 3 октября	Автобус с маммографом/Поликлиника больницы Ярмаа. Tiigi 8, Paide
Раквере	6 октября – 14 ноября	Автобус с маммографом/Поликлиника больницы г. Раквере. Tuleviku 1, Rakvere

Восстановительное лечение

Яника Виилуп

Специалист отдела здравоохранения

Большинство жителей Эстонии не имеют медицинского образования и не работают в учреждениях здравоохранения. Поэтому, когда речь заходит о восстановительном лечении и помощи по уходу, многие приходят в замешательство. Означают ли эти понятия одно и то же? Где можно получить самому и своим близким помощь и лечение? К кому нужно обратиться за помощью? Сколько это стоит? Здесь мы рассмотрим все эти вопросы.

ЧТО ТАКОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ? ГДЕ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ ПО ПОВОДУ ПОСОБИЙ?

Восстановительное лечение направлено на восстановление и нарушенных функций или их поддержание, а также на адаптацию. Здесь мы имеем дело с восстановлением трудоспособности или дееспособности. Восстановительное лечение проводят как амбулаторно (вне клиники), так и стационарно (в клинике). Лечение финансируется как со стороны Больничной кассы так и в некоторых случаях со стороны Пенсионного департамента. К последнему можно обратиться за дополнительной информацией, если пациент является инвалидом или репрессированным лицом. Обоим группам полагаются свои пособия и компенсации. Связаться с Пенсионным департаментом можно по телефону 16106 или с помощью электронной почты sk@ensib.ee. Дополнительную информацию можно получить и на интернет-странице Пенсионного департамента (Департамента социального страхования) www.ensib.ee.

Часто спрашивают и о санаторном лечении. **Санаторное лечение** Больничная касса не оплачивает, так как у санаториев отсутствует действующая лицензия на оказание стационарного восстановительного лечения. У Больничной кассы заключены договоры с отдельными санаториями на оказание амбулаторного восстановительного лечения, но эти услуги оказываются и в других медицинских учреждениях.

ЗА ЧТО ПЛАТИТ БОЛЬНИЧНАЯ КАССА?

Больничная касса платит за восстановительное лечение, если оно было оказано застрахованному по медицинским показаниям. Обычно к врачу восстановительного лечения направляет (дает лист направления) семейный врач пациента, но это могут сделать и другие врачи (например невролог или травматолог). Врач восстановительного лечения решает, показано ли восстано-



вительное лечение и какие процедуры необходимы пациенту.

Для того, чтобы Больничная касса заплатила за восстановительное лечение, необходимо наличие направления к врачу восстановительного лечения. Врач восстановительного лечения выписывает направление на стационарное интенсивное восстановительное лечение.

Больничная касса платит только за те медицинские услуги, которые включены в «Перечень медицинских услуг, оплачиваемых Больничной кассой», и по описанным в этом перечне условиям. Это значит, что условием оплаты медицинской услуги может быть наличие конкретного диагноза или состояния.

В стационарном восстановительном лечении нуждаются, как правило, пациенты после тяжелого заболевания или травмы.

При проведении **интенсивного восстановительного лечения** Больничная касса платит за один койко-день 702 кроны. Количество дней лечения ограничено, в зависимости от заболевания или состояния это может быть от 14 до 24 дней. Доля самофинансирования составляет при этом 0%. При этом медицинское учреждение может брать, как и при оказании любых стационарных услуг, плату за койко-день 25 крон, которую можно взимать только за 10 дней (если же пациент находится в больнице дольше, за эти дни платить не нужно).

Интенсивное восстановительное лечение оказывают в больницах в следующих случаях:

- в случае острого повреждения спинного или головного мозга, произошедшего



вследствие болезни, травмы или операции, сопровождающегося умеренным или тяжелым нарушением функции.

- в случае острого периферического паралича, произошедшего вследствие болезни, травмы или операции, и сопровождающегося умеренным или тяжелым нарушением функции.

- в случае умеренного или сильного нарушения двигательной функции, сопровождающегося множественное повреждение таза или нестабильные переломы позвоночника.

- в случае острого состояния, возникшего вследствие инфаркта или операции аорто-коронарного шунтирования, сопровождающегося умеренным или тяжелым нарушением функции.

- в случае посттравматического повреждения спинного мозга, сопровождающегося умеренным или тяжелым нарушением функции, и при направлении врача восстановительного лечения.

- развивающееся и восстановительное лечение для пациентов с нарушениями функции младше 19 лет.

Во всех вышеперечисленных случаях (за исключением восстановительного лечения лиц младше 19 лет) ограничительным периодом оплаты является 6 месяцев с начала острого заболевания, в последнем случае – 18 месяцев с начала острого заболевания.

Процедуры восстановительного лечения (сумма, компенсируемая Больничной кассой):

- физиотерапия 272 кроны (60 мин: включает дополнительно к оценке состояния пациента несколько процедур, например, упражнения, массаж);



И УХОД



- функциональная терапия 320 крон (60 мин: включает обучению ежедневным действиям, развитие навыков, рекомендации по медицинским вспомогательным средствам, изготовление индивидуальных ортозов и т.д.);
- психологическое комплексное обследование 666 крон;
- сеанс психотерапии и/или логопедические процедуры 353 кроны.

Также есть возможность назначить и соответствующие одиночные процедуры (цена за одну процедуру):

- массаж больным с травмой (103 кроны);
- лечебное лечение для больных с нарушениями движения (124 кроны);
- лечебная гимнастика (67 кроны);
- индивидуальная лечебная гимнастика в бассейне (124 кроны);
- сеанс грязевого лечения для больных с нестигаемостью суставов, ревматоидным артритом или болезнью Бехтерева (87 крон);
- лечебный сеанс гимнастики в холодной камере (91 крона).

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ПРОЦЕДУРЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАЗНАЧАЮТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ.

В случае стационарного восстановительного лечения Больничная касса платит дополнительно к оплате койко-дней и за лабораторные анализы и/или радиологические и/или за функционально-диагностические обследования. Детям до 7 лет или детям до 14 лет при наличии глубоком/тяжелом нарушении двигательной функции нахождение на восстановительном лечении Больничная касса оплачивает вместе с расходами по прожива-

нию в больнице сопровождающего лица – родителя или опекуна ребенка.

В случае амбулаторного восстановительного лечения врач восстановительного лечения может назначить больному такие же процедуры (физиотерапия, трудотерапия и т.д.), которые были перечислены выше, только с количественными ограничениями – на один случай лечения может приходиться не больше 12 медицинских восстановительных услуг.

ЕСЛИ БОЛЬНОЙ НУЖДАЕТСЯ В УХОДЕ

Медицинская помощь по уходу часто занимает пограничное положение между здравоохранением и попечительском социальном уходом. Поэтому в каждом отдельном случае нужно взвесить и обдумать, что лучше для больного, так как есть несколько видов медицинского ухода и попечительских социальных услуг. Информацию по поводу попечительского социального ухода можно получить в местных органах самоуправления.

Медицинская помощь по уходу по существу является помощью медицинской сестры, которую оказывают пациентам как в больнице, так и на дому. **Направительный лист на медицинский уход выдает семейный врач или врач-специалист.**

В медицинском уходе нуждаются пациенты, возраст большинства из которых составляет более 65 лет. На основании исследований сделанных в Эстонии можно сказать, что в постоянной помощи медицинской сестры с определенным периодом нуждаются по крайней мере 16% больных хроническими заболеваниями.

СТАЦИОНАРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УХОД

Один койко-день медицинского ухода включает уход за пациентом, услуги сиделок, оплату медицинских процедур и лекарств.

За один день стационарного ухода-лечения Больничная касса выплачивает 636 кроны. Для одного случая лечения максимальная длительность лечения составляет 60 дней, в определенных случаях его можно продлить еще на 60 дней.

Плата для пациента за один койко-день составляет 25 крон в день за 10 дней, и за последующие дни пребывания в больнице платить за койко-день не нужно.

УСЛУГИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ДОМУ

Медицинская сестра может обслуживать больного и на дому. Такая помощь необходима для неподвижных пациентов с серьезными физическими проблемами, больных хроническими заболеваниями, больных с ограниченной двигательной способностью и для больных, у кого есть потребность в сложном уходе медицинской сестры, которую не способны оказать социальный работник и/или члены семьи.

Домашние медицинские сестры консультируют пациентов и оказывают разные услуги по уходу (например, уход за глаза-

ми и полостью рта, уход за ногами, услуги сиделки для тяжелобольных) и различные медицинские процедуры (измерение кровяного давления, профилактика пролежней). Также делается по назначению врача различные процедуры (кислородное лечение, перевязка ран, проведение уколов и установка капельниц, промывание мочевого пузыря и т.д.). Больничная касса платит за один домашний визит 275 крон.

Услуги домашней медицинской сестры может оказывать общая медицинская сестра, которая получила соответствующую подготовку и работает в каком-либо медицинском учреждении или предпринимателем-физическим лицом.

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Домашнее поддерживающее уход-лечение для больных раком – это один из видов медицинского ухода медсестры на дому, которое направлено на конкретную группу больных раком. Поддерживающее лечение проводится больным раком на тяжелых стадиях и главная его задача – максимально облегчить последние дни больного.

Предельная цена этой услуги включает несколько процедур, проведенных в ходе домашнего визита врача-специалиста или медицинской сестры вместе с необходимыми материалами – такими как промывание мочевого пузыря и смена катетера, перевязка хронических ран, смена пластырей, профилактика пролежней, капельницы, постоянное обезболивание (обезболивающая насосная система), питание через зонд, проведение пункций и постпункционное наблюдение, по необходимости наблюдение за больным без сознания, составление плана дежурства сиделок и ухода на первичном визите и обучение близких больного, изменение плана ухода и обучение близких при смене состояния здоровья, клистирование, промывание ротовой полости при раке ротовой полости, гигиенические прокладки и психологическое консультирование больного и его близких с учетом характера заболевания. За один день поддерживающего лечения больных раком на дому Больничная касса платит 180 крон, к чему добавляется и цена домашнего визита врача или медсестры (соответственно 227 и 134 кроны).

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Гериатрическую оценку проводят прежде всего в проблемных случаях, например, если больной направляется прямо из стационарного лечения на медицинский уход, или в случаях, когда вынесение решения о направлении больного на домашний, попечительский социальный или медицинский уход затруднительно (например, пациент/его представитель не согласен с решением врача). В комиссии для проведения гериатрической оценки входит врач, сестра, социальный работник и, при необходимости, консультанты. Больничная касса платит за гериатрическую оценку в размере 929 крон.



Консультирует семейный врач

В 2005 году по заказу и при финансировании Больничной кассы начал свою деятельность консультационный телефон семейного врача 1220. По этому номеру могут позвонить все, независимо от того, застрахован человек или нет.

Врачи и медсестры отвечают на звонки в течение 24 часов в сутки и на двух языках – как на эстонском, так и на русском. Подробнее о службе консультационного телефона рассказывает руководитель проекта доктор Лаури Лаас.

Помощь при разрешении каких проблем можно получить с помощью консультационного телефона семейного врача?

В течение уже почти трех лет, как существуют наши медицинские консультации по телефону 1220, мы встречались с очень разными проблемами. Бывают очень простые вопросы, на которые медикам очень легко ответить, бывают и очень сложные и серьезные случаи. Или, например, был однажды задан вопрос о том, что делать, если собака съела мухомор... Конечно же отражают вопросы и слабые места нашего здравоохранения, которые беспокоят людей. В 97% случаев звонки к нам все-таки связаны с медицинским консультированием, общую информацию о здравоохранении всегда можно получить и по справочному телефону Больничной кассы.

Совместно с центром экстренной помощи в начале этого года мы начали электронную переадресацию звонков. Это значит, что в центре экстренной помощи оператору не нужно повторять звонящему те же самые вопросы о состоянии здоровья, которые уже были заданы при обращении на телефон 1220. Таким образом, и звонок будет проработан быстрее, и звонящий быстрее получит помощь. Если Вы сомневаетесь, нужно ли в данный момент вызывать скорую помощь, Вы можете сначала набрать 1220, чтобы посоветоваться об этом с медиком.

В целом проблема со здоровьем может быть любой, и вместе мы стараемся довести ее до разрешения.

С какими проблемами чаще всего обращаются по телефону 1220?

Чаще всего встречаются проблемы с кровяным давлением, будь оно слишком низкое или слишком высокое. Также нам часто звонят и по поводу маленьких детей, если неожиданно повышается температура или случается какая-то другая проблема. Часто звонят и родители, находящиеся первые дни с малышом дома.

Сколько людей уже получили помощь?

Начиная с момента, когда мы открыли службу – с 1 августа 2005 – мы приняли звонки от более чем 400 000 человек.

Что можно сказать о среднем звонящем человеке?



Средний звонящий по нашей статистике – это 46-летняя женщина, говорящая на эстонском. В то же время увеличилось число звонящих мужчин, что касается и звонков от родителей – часто нам звонят именно отцы маленьких детей. Звонки на русском языке составляют примерно треть.

Был ли какой-нибудь запоминающийся случай в связи со звонками?

К счастью, надо признать, что по номеру 1220 не было звонков шутников. Действительно приятно, когда мы получаем от звонящего обратную связь о том, что наши советы помогли ему справиться со своими проблемами со здоровьем. К сожалению не редкость, когда человек годами страдал, но не мог набраться смелости или не считал возможным обратиться к врачу. После советов нашего консультанта они наконец-то обращаются к врачу и получают долгожданную помощь. Тогда они звонят нам и благодарят за то, что их жизнь стала теперь намного легче! Искренняя радость – это именно то, что помогает делать нашу работу 24 часа в сутки.

1220
Perearsti nõuanne
Üterigiline pereearsti nõuandetelefon

- при звонке с настольного телефона первые 5 минут звонящему бесплатно, последующие минуты по договорному тарифу местных звонков.
- при звонке с мобильного телефона сразу с первой минуты звонок оплачивается по обычным договорным тарифам мобильного телефона
- никакой дополнительной платы при звонке с настольного или мобильного телефона консультационная служба не берет
- при звонке из-за границы набирайте +372 630 4107
- звонить могут все, независимо от наличия медицинской страховки
- все звонки остаются анонимными
- консультации проводятся на эстонском и на русском языке



Если медицинской страховки нет

Если Вы обнаружили, что у Вас нет медицинской страховки, в первую очередь нужно установить, есть ли у Вас право на ее получение. Все случаи, когда у человека есть право на получение медицинской страховки, описаны на интернет-странице Больничной кассы. Если доступа к интернету нет, всегда можно воспользоваться справочным телефоном Больничной кассы 16363.

Если, не смотря на то, что Вы работаете, медицинская страховка отсутствует, причиной может то, что Ваш работодатель не известил Больничную кассу о том, что Вы поступили на к нему работу. В этом случае нужно напомнить работодателю, чтобы он сделал его как можно быстрее. В некоторых случаях у работника может отсутствовать право на получение медицинской страховки на основании закона об обязательствах (или например на основании договора о найме).

Если Вы не работаете, то нужно узнать, какие еще есть возможности для получения медицинской страховки. В одних случаях человек должен сам обратиться в Больничную кассу (как, например, незастрахованные беременные, учащиеся за рубежом и студенты), в других случаях в департамент социального страхования (Пенсионный департамент). Поэтому, прежде всего, нужно выяснить точно все свои возможности на получение медицинской страховки. Если же других возможностей нет, то всегда можно заключить с Больничной кассой договор добровольного страхования. Это можно сделать в региональных бюро обслуживания Больничной кассы.

ВОЗМОЖНОСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В БОЛЬНИЧНОЙ КАССЕ

При заключении договора у человека возникает такие же возможности для получения медицинской помощи, как и у других застрахованных лиц – это действительно и для услуг семейного врача, врача-специалиста, льготных лекарств, так и для возможности лечения за рубежом. Единственное пособие, которое в этом случае нельзя получить – это пособие по больничному листу, так как это компенсация за неполученную заработную плату.

Договор может заключить человек, у которого была медицинская страховка, и он:

- на протяжении двух лет до заключения договора по крайней мере в течение 12 месяцев работал по постоянному до-

говору, был служащим общественного сектора, предпринимателем-физическим лицом, застрахованным со стороны государства, членом совета или правления, получателем пособия по безработице из Кассы Безработных Эстонии, студентом или школьником, или человеком, находящимся под опекой вышеназванных лиц;

- лицом, получающим пенсию в другом государстве, если международным договором не установлено по-другому. Пенсионер другого государства не должен быть предварительно застрахованным.

Договор добровольного страхования можно заключить с Больничной кассой можно со стороны вышеперечисленных лиц, так и в их пользу.

На основании договора добровольного страхования у человека возникает право на медицинское страхование спустя один месяц после заключения договора. Если договор заключается во время, когда у человека уже действует медицинская страховка, она не приостанавливается. Страховка заканчивается при наступлении последней даты ее действия или если у человека начинается медицинская страховка по другой причине. Застрахованное лицо может и само прервать свой договор.

Если человек не внес плату за страхование в нужный срок, и не сделал в полном размере в течение последующих 14 дней, у Больничной кассы есть право расторгнуть договор в одностороннем порядке. В этом случае человек, заключивший договор должен возместить Больничной кассе страховые суммы, оставшиеся неполученными вследствие преждевременного прекращения договора.

ОБЯЗАННОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ДОБРОВОЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ

Максимальный срок договора - один год и выплаты по нему нужно делать после каждых трех месяцев. В основе расчета суммы страховых выплат лежит обнародованная Департаментом Социального страхования средняя заработная плата (брутто) за прошлый год, помноженная на 0,13. Размер выплаты изменяется в каждом году после того, как Департамент Социального страхования опубликовывает размер средней заработной платы за прошлый год. Сейчас ее размер составляет 1 223 кроны, следовательно, плата за один квартал (3 месяца) составляет 3 669 кроны.

Берегите свое здоровье!



Тиина Тьеметс

Специалист отдела здравоохранения

Во время визита у врача или медицинской сестры у пациентов не всегда хватает времени, чтобы рассказать о всех связанных со здоровьем темах. Также часто случается, что часть этой важной информации забывается после визита. Поэтому Больничная касса Эстонии уже третий год поддерживает проект, цель которого сделать информацию о здоровье более доступной.

При поддержке Больничной кассы в апреле увидят свет руководства на следующие темы:

- Движение во имя здоровья. *Начать не трудно!*
- Сбалансированное питание. *Рекомендации по питанию в случае лишнего веса, высокого давления и высокого уровня холестерина.*
- Питание и вес ребенка
- Ранняя диагностика рака груди и шейки матки. *Не прости болезнь, позаботься о себе!*

Издания помогут Вам вспомнить полученные от врача или медсестры советы на каждый день. И прежде всего касающиеся того, что может сделать каждый из нас для поддержания своего здоровья. Руководства будут рассылаться по центрам семейных врачей. Бесплатное распространение будет также и в центрах врачей-специалистов.

Также можно будет получить информацию и на Портале здоровья www.terviseportalee и на интернет-странице Больничной кассы в рубрике <http://www.haigekassa.ee/rus/juhendid/>. На этих порталах уже в прошлые годы были доступны руководства, посвященные детскому здоровью, профилактике заболеваний сердца, ранней диагностике рака, а также руководства для больных хроническими заболеваниями и их близким.

Редакцией изданий, посвященных здоровью, а также их распространением руководит OÜ Lege Artis при участии заслуженных медицинских экспертов.



Примеры из жизни

Линда Сассиан

Главный специалист отдела международных отношений

Лиина Кяртнер

Специалист отдела международных отношений



Границы постепенно становятся все более открытыми и люди путешествуют все больше и больше. Увеличивается также количество тех, у кого за границей может пострадать здоровье – вследствие несчастного случая или же по болезни.

Застрахованные в Больничной кассе лица, которые находятся на территории других стран Европейского Союза, получают такие же права на неотложную медицинскую помощь, как и застрахованные жители страны пребывания. Это означает, что если жители страны должны оплачивать медицинскую помощь (например, плата за визит или за койко-день, лекарства, транспорт в клинику и т.д.), тогда это должен делать и человек, застрахованный в Больничной кассе. Является ли медицинская помощь неотложной, определяет врач.

В это определение не входят случаи, когда в другое государство направляются с конкретной целью лечения. Необходимость в медицинской помощи должна возникнуть непосредственно во время пребывания в другой стране и должна быть обоснованной с медицинской точки зрения. Врач должен учитывать предполагаемое время пребывания в стране и наличие конкретной медицинской услуги. Для получения в другой стране планового лечения необходимо предварительно ходатайствовать о разрешении на это у Больничной кассы. Больничная касса компенсирует расходы на лечение только лицам, получившим на это предварительное разрешение от Больничной кассы. Если человек предьявляет ходатайство о компенсации или счет на лечение позже, без предварительной договоренности, тогда Больничная касса не может компенсировать расходы на лечение.

Для получения медицинской помощи в клинике нужно предьявить Европейскую карточку медицинского страхования или ее заменяющий сертификат, а также документ, удостоверяющий личность.

Наиболее часто встречающиеся ситуации, которые могут случиться в путешествии.

ЕСТЬ КАК ЕВРОПЕЙСКАЯ КАРТОЧКА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ТАК И СТРАХОВКА ЧАСТНОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

Тыну (35) отдыхал в Италии. У него есть как карточка Европейского страхования, так и страховка частной страховой компании. Он растянул ногу и обратился за врачебной помощью. Он узнал, где находится государственная клиника и обратился туда. Тыну предьявил в клинике карточку Европейского страхования. После этого при составлении счета на лечение учитывались те же правила, что и для застрахованного в Италии пациента, и в счете была только сумма самофинансирования пациента.

Если Вы застрахованы в Больничной кассе и временно находитесь в другой стране ЕС, у Вас есть такие же права на получение неотложной медицинской помощи, как и у других застрахованных в этой стране лиц. В это определение не входят случаи, когда в другое государство направляются с конкретной целью лечения. Нужно иметь в виду, что и неотложная медицинская помощь не является бесплатной – необходимо оплачивать сумму самофинансирования (плату за визит, за койко-день и т.д.) по тарифам страны пребывания. Эти расходы на самофинансирование не компенсируются. Также Европейская карточка медицинского страхования не компенсирует транспорт между странами. Поэтому перед поездкой рекомендуется всегда оформлять медицинскую страховку и в частной страховой компании. При вышеописанных условиях клиника выписывает счет на сумму самофинансирования, который в свою очередь можно будет предьявить частной страховой компании.

КОМПЕНСАЦИЯ СЧЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ЕГО ОПЛАТЫ

Виктор (42) находился в Финляндии. У него не было с собой Европейской карточки медицинского страхования. Во время путешествия он повредил руку и обратился к врачу. Так как у него не было карточки, ему предоставили счет на полную сумму. После оплаты счета Виктор предьявил Больничной кассе необходимые документы (счет и документ, подтверждающий оплату) вместе с заявлением «Ходатайство о компенсации расходов на медицинскую помощь в Европейском Союзе».

После получения подтверждения из Финляндии Больничная касса компенсировала Виктору сумму, обозначенную Финляндией в качестве суммы возврата.

У лиц, застрахованных в Больничной кассе, есть возможность ходатайствовать о компенсации расходов на медицинское лечение/рецепты, имевших место в странах ЕС. Это возможно в случае, если Вы вынуждены были в стране ЕС выплатить за медицинское лечение/рецепты сумму, большую чем плата за визит или доля самофинансирования. Больничная касса обращается с запросом в страну, где Вам понадобилась медицинская помощь, и в соответствии с полученной оттуда информацией перечисляет сумму компенсации на Ваш счет в эстонских кронах. Поскольку запрос делается в другую страну, на процедуру может уйти больше чем 2 месяца.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ С СОБОЙ НЕТ ЕВРОПЕЙСКОЙ КАРТОЧКИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И СУММА В ПРЕДЪЯВЛЕННОМ СЧЕТЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ОЧЕНЬ БОЛЬШАЯ?

Каупо (23) был на соревнованиях в Люксембурге. У него не было ни карточки Европейского страхования, ни частной медицинской страховки. На соревнованиях с Каупо случился несчастный случай и он попал в больницу в реанимацию. По-



сле приезда из больницы домой он получил по почте счет, который составлял несколько сотен тысяч крон. У Каупо не было возможности оплатить его, а Больничная касса не могла принять неоплаченные счета. По совету Больничной кассы он выслал в больницу Люксембурга сертификат, заменяющий Европейскую карточку медицинского страхования, для подтверждения того, что он был на тот момент застрахован. Сертификат выписали на период, когда он был в больнице. После этого Каупо связался с больницей еще раз и попросил выписать новый счет, только с долей самофинансирования.

Для того, чтобы ходатайствовать о компенсации счета на лечение и рецепты, они должны быть оплачены. Неоплаченные счета Больничная касса не принимает. Если счет невозможно оплатить, то можно попробовать связаться с больницей и предъявить сертификат, заменяющий Европейскую карточку медицинского страхования, выписанный на период времени пребывания в больнице.

МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ КОМПЕНСИРУЕТ ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА

Сергей (57) был по работе в Венгрии. С собой у него была Европейская карточка медицинского страхования. У Сергея возникла аллергическая реакция и его отвезли в больницу. Это была частная клиника и поэтому Европейскую карточку медицинского страхования там не акцентировали и предъявили Сергею полный счет. Больничная касса не смогла компенсировать расходы на лечение, так как это была частная клиника. Но благодаря тому, что у Сергея была оформлена и частная медицинская страховка, он смог обратиться в застраховавшую его частную страховую компанию.

Больничная касса компенсирует только те медицинские расходы, которые произошли в лечебных учреждениях, имеющих договор с государственной системой, расходы в частных клиниках компенсации не подлежат. Поэтому необходимо оформить и частную медицинскую страховку. В общем случае частная медицинская страховка покрывает не только Ваши расходы, возникшие в частных клиниках, но и долю самофинансирования и транспорт между странами. Вышеупомянутые расходы могут достигать нескольких сотен тысяч крон.

КОМПЕНСАЦИЯ РАСХОДОВ, СДЕЛАННЫХ В ИСПАНИИ

Лейли (62) отдыхала в Испании. У нее не было с собой Европейской карточки медицинского страхования. С ней случился сердечный приступ и она попала в больницу. Из-за того что у нее не было карточки, ей пришлось оплатить счет самой. Вернувшись в Эстонию, она предъявила

Больничной кассе заявление и получила компенсацию на основании тарифов на медицинские услуги в Эстонии.

В случае с Испанией имеется дело с исключением, так как возникшие в Испании медицинские расходы компенсируются по тарифам на медицинские услуги в Эстонии. (на основании постановления Европейского Совета 574/72).

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВНЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Лена (6) была вместе с родителями в Египте. Родители оформили на ребенка Европейскую карточку медицинского страхования. Плавая, Лена повредила ногу и ее отвезли к врачу, который после оказания медицинской помощи, предъявил родителям счет. Так как дело было в стране, которая не принадлежит Европейскому Союзу, Больничная касса не смогла компенсировать этот медицинский счет.

Если Вы путешествуете вне Европейского Союза, рекомендуется оформить медицинскую страховку в частной страховой компании. В этих регионах покрытие расходов со стороны Больничной кассы невозможно.

ПЕРЕСЫЛКА ПО ФАКСУ СЕРТИФИКАТА, ЗАМЕНЯЮЩЕГО ЕВРОПЕЙСКУЮ КАРТОЧКУ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В СТРАНУ ПРЕБЫВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Кайя (68) посещала родственников в Швеции. У нее не было с собой Европейской карточки медицинского страхования. Кайя попала к врачу с повышенным давлением. Врач попросил предъявить Европейскую карточку медицинского страхования. Кайя забыла взять с собой карточку, но была проинформирована о возможности получения ее заменяющего сертификата и связалась с Больничной кассой, которая выслала врачу сертификат факсом. Благодаря этому счет был оформлен только на долю самофинансирования.

Сертификат, заменяющий Европейскую карточку медицинского страхования, выписывается Больничной кассой в общем случае тогда, когда у человека, ходатайствующего о карточке, страховка Больничной кассы действует меньше 3 месяцев. Заменяющий сертификат рекомендуется оформить и в случае, если путешествие начинается меньше чем за 10 дней. Именно столько времени уходит на оформление и доставку Европейской карточки медицинского страхования. Самый быстрый способ для получения заменяющего сертификата – это обратиться в бюро обслуживания клиентов Больничной кассы. Также всегда возможно заказать заменяющий сертификат на домашний адрес, позвонив по справочному телефону Больничной кассы 16363. Заказанный по телефону сертификат посылается по по-

чте в тот же день. День доставки сертификата будет уже зависеть от скорости пересылки по почте. Если же Вы уже находитесь за рубежом и забыли заменяющий сертификат, то Больничная касса сможет переслать сертификат по факсу. При звонке из-за границы номер справочного телефона +372 669 6630. Европейскую карточку медицинского страхования нельзя выпустить на уже прошедший период.

НЕЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО НЕ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЕВРОПЕЙСКУЮ КАРТОЧКУ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мария (28) навещала подругу во Франции. У нее не было Европейской карточки медицинского страхования, и не было медицинской страховки в Больничной кассе. Мария попала в больницу с болями в животе и получила счет за медицинские услуги. Из-за того, что у нее не было действующей медицинской страховки, Больничная касса не смогла компенсировать эти расходы.

Человек не может использовать свою Европейскую карточку медицинского страхования, если реальная медицинская страховка в Больничной кассе уже приостановлена. В случае если карточка всё-таки используется, у Больничной кассы есть право требовать возмещение убытков на основании закона о медицинском страховании и закона об обязательных ставах.

Исходя из законных актов Европейского Союза, каждая страна-участница выпускает свой e-формуляр. Европейскую карточку медицинского страхования и заменяющий его сертификат на своем государственном языке. Поэтому информация на Европейской карточке медицинского страхования, выпускаемой в Эстонии, а также на заменяющем сертификате печатается на эстонском языке. Европейская карточка медицинского страхования и заменяющий ее сертификат действуют только вместе с удостоверяющим личность документом.

Страны, где можно получить медицинскую помощь с Европейской карточкой медицинского страхования:

Австрия, Бельгия, Болгария, Испания, Голландия, Ирландия, Исландия, Италия, Греция, Кипр, Литва, Лихтенштейн, Люксембург, Латвия, Мальта, Норвегия, Польша, Португалия, Франция, Швеция, Румыния, Германия, Словакия, Словения, Финляндия, Великобритания, Швейцария, Дания, Чешская Республика, Венгрия.



Застрахованные спрашивают

На интернет-странице

Больничной кассы www.haigekassa.ee/kyisi все желающие могут задать свои вопросы. На вопросы отвечает Кристи Пыдер.

ДВА РАБОТОДАТЕЛЯ И КОМПЕНСАЦИЯ ПО БОЛЬНИЧНОМУ ЛИСТУ

У работника есть два работодателя и он был на больничном листе. У обоих работодателей есть право предоставить Больничной кассе для ходатайства на компенсацию можно предоставлять только один оригинал.

Ирина

Если у человека несколько работодателей, то Больничной кассе подается только один лист нетрудоспособности - со стороны основного места работы. Работник может предъявить оригинал листа нетрудоспособности работодателю основного места работы после того, как он показал его другому работодателю. Если другой работодатель желает, он может сделать себе копию с оригинала или просто переписать с него данные. Работник может для предоставления другому работодателю попросить у врача копию листа нетрудоспособности, но тогда на листе должна быть отметка «Копия». Больничной кассе для ходатайства на компенсацию можно предоставлять только один оригинал.

ЕСЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ УДЕРЖИВАЕТ БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

Как долго может удерживать работодатель мой больничный лист? На сегодняшний момент это длится уже 3 недели. Есть ли у меня право требовать возмещение ущерба?

Аннели

Больничный лист и другие документы, необходимые для начисления компенсации, работодатель обязан предоставить Больничной кассе в течение 7 календарных дней, начиная с первого дня получения листа от работника.

Если работодатель не выполняет определенных законом обязанностей, в связи с чем работник терпит материальный ущерб, работник имеет право подать своему работодателю претензию на возмещение ущерба на основании пункта 7 главы 1 §1045 Закона об обязательствах.



ЕЩЕ РАЗ О ДЕКРЕТЕ

Как будет рассчитывается моё пособие на декрет, если я была в прошлом году в отпуске по уходу за первым ребенком и новый декрет начался у меня в начале марта этого года? Прошлый декретный отпуск я вынуждена закончить из-за этого пару месяцев раньше.

Елена

В общем случае пособие рассчитывается из количества социальных выплат за предыдущий календарный год. Если их не было или они были меньше частного от деления минимальной зарплаты и числа 30, и человек работает по трудовому договору или является служащим в общественном секторе, и его базовая зарплата больше минимальной зарплаты, тогда компенсацию рассчитывают на основании минимальной зарплаты. Информацию о компенсации разница пособия по родам и родительского пособия можно получить в Департаменте социального страхования (www.ensib.ee, справочный телефон 16106).

БРЕКЕТЫ

Компенсируются ли детям зубное лечение с брекетами, если это не только косметическая проблема?

Имби

Больничная касса оплачивает ортодонтическое лечение (в том числе и брекеты) только в случае определенных диагнозов. Врач сможет оповестить Вас о том, имеет ли дело с диагнозом, в случае которого

Больничная касса оплачивает зубное лечение. В других случаях Больничная касса не компенсирует ортодонтическое лечение.

Даже в случае, если диагноз входит в вышеназванную группу, у врача должен быть заключен договор с Больничной кассой, чтобы она могла заплатить за лечение. То же самое правило действует и в случае любой медицинской услуги: если она есть в «Перечне медицинских услуг, оплачиваемых Больничной кассой», то Больничная касса оплачивает ее.

МОЖЕТ ЛИ БАБУШКА ПОЛУЧИТЬ ЛИСТ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ?

Мать-одиночка работает за границей. Может ли ее мама взять в случае болезни ребенка лист по уходу?

Алексей

Если бабушка ребенка имеет медицинскую страховку со стороны работодателя и если она во время болезни ребенка является его действительным опекуном, тогда она имеет право на листе по уходу. Необходимость получения листа по уходу определяет врач.

ПЕНСИОНЕР ПО ИНВАЛИДНОСТИ И БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ

На сколько дней в календарном году я могу уйти на больничный лист, если я являюсь пенсионером по инвалидности? Или это количество определяется текущим годом, а не календарным годом?

Мерике

Работающим людям, получающим пенсию по инвалидности, которые уходят на больничный лист из-за болезни или травмы (являющихся причиной назначения пенсии по инвалидности), имеют право на пособие по больничному листу в целом за 90 календарных дней в течение календарного года или однократно до 60 календарных дней подряд. Больничный лист врач может при необходимости выписать лист и на более длинный период, чем время, когда выплачивается пособие. Ограничение распространяется только на период выплаты пособия, а не на период действия самого больничного листа.

Е-Больничная касса

Для того, чтобы Вам было легче связаться с Больничной кассой, была создана система электронных услуг.

Они теперь доступны через интернет Портал Гражданина или X-портал (<https://portaal.riik.ee/x/kodanik/>), где можно зарегистрироваться как с помощью ID карты, так и через портал Вашего интернет-банка.

На портале можно:

- проконтролировать состояние своей медицинской страховки;
- проконтролировать информацию о своем семейном враче;
- получить информацию о выплате компенсации по листу временной нетрудоспособности;
- заказать себе, своим детям в возрасте до 19 лет или законным представителям карточку Европейского страхования;

- подать заявление о дополнительной компенсации за лекарства.

Работодатель через Портал Предпринимателя (<http://x-tee.riik.ee/eit/>) может:

- предъявить данные своих работников для начала регистрации их медицинского страхования, ее приостановления или прекращения;
- получать текущую информацию о медицинском страховании своих работников.

**Справочный телефон
Больничной кассы**

16363

При звонке из-за границы
+372 669 6630

На звонки отвечают
в рабочие дни с 8.30 до 16.30.
Звонки на справочный телефон
оплачиваются по действующим
в договоре телефонным тарифам.

Бюро обслуживания клиентов Больничной кассы:

Харьюское отделение

(Харьюмаа и Таллинн)
Пн, Вт, Чт, Пт 8.30–16.30
Ср 8.30–18.00
Lastekodu 48, 10144 Tallinn
harju@haigekassa.ee

Пярнуское отделение

(Пярну- Ляэне, Сааре-, Хийу- и Рапламаа)
Пн, Вт, Чт, Пт 8.30–16.30
Ср 8.30–18.00
Rüütli 40a, 80010 Pärnu
Почтовый адрес Lai 14, 80010 Pärnu
parnu@haigekassa.ee

Тартуское отделение

(Тарту-, Вильянди-, Йыгева-, Выру-, Пылва- и Валгамаа)
Пн, Вт, Чт, Пт 8.30–16.30
Ср 8.30–18.00
Põllu 1a, 50303 Tartu
tartu@haigekassa.ee

Вирусное отделение

(Ида- и Ляэне-Вирумаа, Ярвамаа)
Пн, Вт, Чт, Пт R 8.30–16.30
Ср 8.30–18.00
Nooruse 5, 41597 Jõhvi
viru@haigekassa.ee