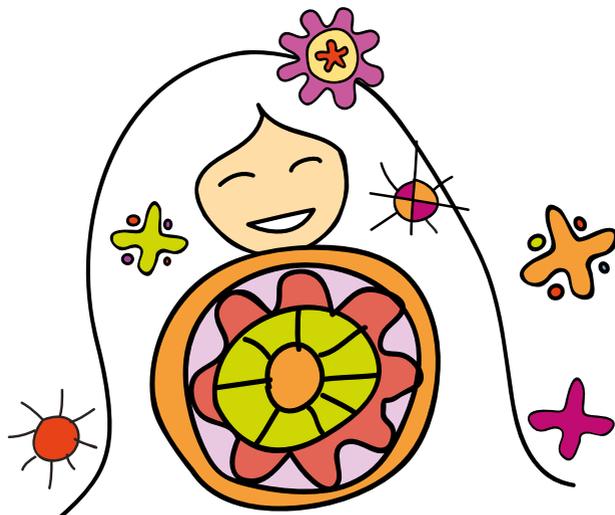




Eesti
Haigekassa

ИНФОРМАЦИОННЫЙ СПРАВОЧНИК 2016





Содержание

Предисловие	4
Медицинское страхование	5
Возможности получения медицинской страховки	8
Врачебная помощь в Эстонии	15
Семейный врач и семейная медсестра	16
Консультационный телефон семейного врача 1220	18
Э-консультация	20
Люди с хроническими заболеваниями	20
Развитие здоровья детей	21
Школьное здравоохранение	26
Специальная врачебная помощь	27
Медсестринская помощь	29
Денежные компенсации	31
Скрининговые обследования	38
Льготные лекарства	40
Медицинские устройства	44
Медицинская помощь и возможности лечения за границей	45

Предисловие

Больничная касса Эстонии – это учреждение, организующее государственное медицинское страхование. Целью нашей деятельности является компенсация расходов на здравоохранение застрахованных лиц, финансирование покупки лекарств и медицинских вспомогательных средств, а также выплата разных компенсаций.

У нас более 1,2 миллиона клиентов, чтобы обеспечить для них доступность услуг здравоохранения, льготных лекарств и медицинских устройств, мы сотрудничаем со многими договорными партнерами по всей Эстонии. Мы относимся к своим обязанностям с большой ответственностью и хотим гарантировать людям доступность своевременных и необходимых услуг здравоохранения. Важную роль в этом играет осведомленность людей о возможностях системы здравоохранения и о принципах компенсации услуг.

В Ваших руках информационный справочник больничной кассы. В него включена информация о медицинской страховке, о том, как работает система здравоохранения, а также сведения о важнейших нововведениях.

Мы подробно ознакомим Вас с системой здравоохранения Эстонии, в т. ч. с услугами семейного врача и семейной медсестры, с ролью врача-специалиста и с принципами компенсации льготных препаратов и медицинских устройств. Будет дан подробный обзор, какие компенсации можно получить от больничной кассы. В справочнике делимся советами о том, что делать, если необходимость в медицинской помощи возникает во время пребывания в другом государстве Европы. Кроме того говорим также об обследованиях по выявлению рака.

Здравоохранение – это область, которая касается каждого. Мы надеемся, что информация, предоставленная в данном справочнике, будет для Вас важной и полезной. Если во время чтения возникнут дополнительные вопросы, ответы Вы можете получить по информационному телефону больничной кассы 16 363 или +372 669 6630.

Желаем приятного и полезного чтения,

Больничная касса Эстонии

Медицинское страхование

В Эстонии действует солидарная система медицинского страхования. Солидарность в медицинском страховании означает, что платежи любого застрахованного в систему медицинского страхования, то есть вклад в систему, а также его доступ к необходимой помощи, не зависят от возраста, доходов или рисков здоровья. У всех жителей Эстонии, имеющих медицинскую страховку, есть право на получение одинаково качественной медицинской услуги независимо от того, платят они налог на медицинское страхование или нет.

Налог на медицинское страхование платит основная часть трудоспособного населения. Из социального налога, отчисляемого из брутто-зарплаты работающего человека, компенсируются медицинские услуги также тех групп населения, которые в данный момент не платят налога на медицинское страхование. В эту группу входят дети, пенсионеры, женщины, воспитывающие дома маленьких детей, безработные и беременные. Между собой солидарны старые и молодые, бедные и богатые, а также больные и здоровые люди. Трудоспособные в настоящее время люди сравнительно мало используют услуги, но выплаченные из их брутто-зарплаты налоги на медицинское страхование покрывают также расходы на врачебную помощь детям и пожилым людям. Также трудоспособные на данный момент люди будут больше использовать медицинские услуги в будущем, когда они уже не будут вносить платежи в систему медицинского страхования. Имеющиеся деньги постоянно используются для лечения всех нуждающихся в помощи, личного счета нет ни у кого.

Медицинская страховка похожа на любой другой тип страхования. В случае страховки дома или дорожного страхования человек платит страховые взносы, чтобы при возникновении несчастного случая была гарантирована необходимая финансовая поддержка для покрытия неожиданно возникших и очень часто существенных расходов. Медицинская страховка действует похожим образом, но с той разницей, что вклад человека в систему зависит не от его оцененного риска здоровья, а от того, платит ли он социальный налог и от того, какой у него доход. Из социального налога работающего человека делаются выплаты на медицинскую страховку, и при необходимости страховка покрывает расходы на услуги здравоохранения.

Медицинское страхование необходимо всем нам, поскольку никто не защищён от заболеваний, а медицинские услуги и лекарства дорогие.



БОЛЬНИЧНАЯ КАССА КОМПЕНСИРУЕТ УСЛУГИ, ОКАЗАННЫЕ ДОГОВОРНЫМ ПАРТНЁРОМ

Перечень компенсируемых больничной кассой услуг здравоохранения утвержден постановлением правительства Эстонии. Данный перечень обновляют ежегодно. Медицинское страхование покрывает преимущественную часть связанных с медициной расходов, однако в определённой части предусмотрена также доля обязательного самофинансирования пациента. В него входят, например, платы за визит и койко-день. Из бюджета медицинского страхования платят также не за все существующие услуги здравоохранения, а лишь за те, которые имеются в перечне услуг здравоохранения и медицински показаны людям.

Также следует учитывать, что больничная касса компенсирует только те услуги здравоохранения, об оказании которых заключен договор с лечебным учреждением. При заключении договора у лечебного учреждения есть право лечить пациентов, используя деньги больничной кассы, и соответствующая информация должна быть размещена на видном для всех пациентов месте. Заключая договор с боль-

ничной кассой, лечебное учреждение обязано соблюдать условленную длину очередей, оказывать услуги здравоохранения в соответствии с международными стандартами и др.

ПОДДЕРЖИВАЕМ ПРОФИЛАКТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В дополнение к необходимым лечебным услугам, компенсации лекарств и медицинских устройств и денежным компенсациям, больничная касса отвечает за формирование и утверждение цен на услуги здравоохранения, а также за составление перечня услуг здравоохранения.

Цель профилактики болезней – путем вовлечения населения по возможности как можно раньше и таким образом успешнее предотвращать заболевания.

Также мы занимаемся предупреждением заболеваний и укреплением здоровья, организуем для этого информационные кампании и финансируем разные проекты по укреплению здоровья. **Целью предупреждения заболеваний является как можно более раннее** обнаружение предболезненного состояния человека и принятие всех необходимых мер, чтобы избежать заболевания.

При предупреждении заболевания больничная касса финансирует услугу школьного здравоохранения, женщинам – исследования для раннего обнаружения рака, дородовую (пренатальную) диагностику наследственных заболеваний и скрининговые обследования новорожденных, а также консультирование молодежи о сексуальном здоровье и контроль здоровья молодых спортсменов. Финансируемые больничной кассой проекты по укреплению здоровья охватывают обучение работников сфер образования и здравоохранения по следующим темам: здоровье детей; деятельность, связанная со здоровьем зубов у детей; предупреждение травм, а также кампании и проекты по повышению сознательности людей.

Кроме того, больничная касса оказывает содействие при составлении стандартов медицинских услуг, медицинской помощи и лечения, мотивируя лечебные учреждения развивать качество услуг здравоохранения, контролирует качество и обоснованность медицинской ус-

луги, занимается организацией медицинского страхования и выполняет внешние договоры, касающиеся больничной кассы, участвует в планировании здравоохранения, высказывает мнение о связанных с больничной кассой и медицинским страхованием правовых актах и проектах внешних договоров, а также дает рекомендации по вопросам медицинского страхования.

Возможности получения медицинской страховки

Лечебные расходы человека с медицинской страховкой оплачивает больничная касса. Без медицинской страховки люди не получили бы льготных препаратов и денежных компенсаций, а также оплата лечебных услуг могла бы оказаться слишком дорогой. Право на медицинскую страховку имеет каждый постоянный житель Эстонии, а также все находящиеся в стране на основании срочного разрешения на жительство или права на проживание, если за них платят социальный налог. Кроме того, государство гарантирует право на медицинское страхование детям в возрасте до 19 лет, учащимся и студентам, военнослужащим срочной службы, беременным, безработным, находящимся в отпуске по уходу за ребенком, супругам-иждивенцам, пенсионерам, опекунам людей с инвалидностью и заключившим с больничной кассой договор о добровольном страховании.

1 января 2016 года изменили положения закона о медицинском страховании, которые регулируют условия страховой защиты члена руководящего и контрольного органа юридического лица и лица, получающего плату за работу и услуги на основании договора, заключенного по обязательственно-правовому закону (ОПЗ).

Получение страховки членами правления и лицами, работающими с договором, заключенном по ОПЗ, основано на декларировании налогов. **Если заключаете договор на основании ОПЗ, то, пожалуйста, обратите внимание на то, что для наличия ежемесячной страховки необходимо, чтобы заключающий договор платил Вам платы ежемесячно и декларировал налоги в срок!** При этом важно знать, что страховая защита возникает в случае, если социальный налог декларирован в одном месяце одним или несколькими плательщиками всего по крайней мере в

размере минимального обязательства социального налога.

Более подробную информацию об изменениях закона о медицинском страховании найдёте на www.haigekassa.ee.

РАБОТАЮЩИЕ ВЗРОСЛЫЕ

В Эстонии медицинскую страховку имеют все застрахованные работники, которые платят социальный налог. Право на медицинскую страховку есть у работников, с которыми заключен трудовой договор, у лиц, получающих оплату за работу или услуги на основании обязательственно-правового договора, членов руководящего и контрольного органа юридического лица, а также у предпринимателей-физических лиц и участвующих в их деятельности супругов.

Медицинская страховка действует для работающих людей, за которых платят или которые сами платят за себя социальный налог. Это:

- работники, с которыми заключен трудовой договор;
- лица, получающие оплату за работу или услуги на основании обязательственно-правового договора;
- члены руководящего и контрольного органа юридического лица;
- предприниматели-физические лица (ПФЛ) и участвующие в их деятельности супруги.

У работников с трудовым договором сроком более 1 месяца, по закону есть право на медицинскую страховку. О действительности медицинской страховки работника должен позаботиться работодатель. С 1 июля 2014 года в налогово-таможенном департаменте был создан рабочий регистр, в котором работодатель обязан регистрировать все данные о трудовых отношениях со своими работниками (начало, приостановление и окончание трудовых отношений). Данные для медицинского страхования работников или для окончания страховки налогово-таможенный департамент передает больничной кассе.

Возможна ситуация, когда при смене рабочего места работодатель забывает передать в регистр данные нового работника. То, что работодатель не предоставил необходимые для страхования данные, может выясниться неожиданно, например, при продлении своего обычного рецепта у семейного врача. Поэтому при начале работы на новом рабочем месте следует через некоторое время **самому проверить**

действительность своей страховки. Это можно сделать на государственном портале www.eesti.ee или позвонив по информационному телефону больничной кассы 16 363 или +372 669 6630.

Медицинская страховка действительна в течение двух месяцев после окончания трудового договора.

ДЕТИ

У всех детей в возрасте до 19 лет, живущих в Эстонии с основным местожительством по регистру народонаселения, есть медицинская страховка. Страховка действует до дня 19-летия.

УЧАЩИЕСЯ И СТУДЕНТЫ

Во время учебы в Эстонии медицинскую страховку от государства получают:

- учащиеся, получающие основное образование;
- учащиеся, получающие общее среднее образование;
- учащиеся профессионального обучения на разряд;
- студенты из числа постоянных жителей Эстонии, за исключением докторантов, получающих пособие докторанта.



Возникновение и окончание медицинской страховки

Данные об учащихся и студентах предоставляет больничной кассе министерство науки и образования, которое отвечает также за достоверность переданных данных и их своевременное предоставление.

- **Медицинская страховая защита получающего основное образование учащегося** заканчивается по прошествии трёх месяцев после окончания учебного заведения.
- **Медицинская страховая защита получающего общее среднее образование учащегося** заканчивается по прошествии трёх месяцев после окончания учебного заведения. Однако, если учащийся в течение трёх лет с момента начала учёбы был исключён и не закончил учебного заведения, страховая защита заканчивается по прошествии одного месяца после исключения.
- **Медицинская страховка студента и получающего профессиональное обучение** заканчивается по прошествии трёх месяцев после окончания учебного заведения. Если студент не закончил учебное заведение по прошествии одного года после окончания номинального срока учебной программы или исключён или исключён из учебного заведения, его медицинская страховка заканчивается по прошествии 1 месяца после исключения.

Во время академического отпуска медицинская страховка приостанавливается, за исключением случая, если отпуск берется по медицинским причинам.

Данные об учащихся и студентах в больничную кассу подает министерство науки и образования.

Учащимся и студентам, отправляющимся на обучение за границу, необходимо предоставить в больничную кассу документ, подтверждающий обучение за границей, для продолжения медицинской страховки Эстонии. На его основании медицинская страховка оформляется максимально на **12 месяцев**. Поэтому справку об обучении нужно предоставлять в больничную кассу **каждый учебный год**.

БЕЗРАБОТНЫЕ

Медицинская страховка распространяется также на всех безработных, зарегистрированных в кассе по безработице:

- получателей компенсации по страхованию от безработицы со дня, когда возникает право на компенсацию;
- получателей пособия по безработице со дня, когда возникает право на компенсацию;
- безработных, не получающих пособия по безработице, с 31 дня нахождения на учете в качестве безработного;
- безработных, участвующих в трудовой практике, трудовом обучении или в длящихся по меньшей мере 80 часов курсах от рынка труда, и не получающих пособия по безработице, с первого дня участия;
- неработающих лиц, которые участвовали в устранении последствий Чернобыльской ядерной катастрофы, со дня подачи заявления.

Для получения медицинской страховки человек сам не должен подавать документы в Больничную кассу. **Данные для начала, прекращения или приостановки страховки подает касса по безработице.**

Когда период нахождения на учете в кассе по безработице заканчивается, медицинская страховка действует еще в течение одного месяца. Исключением являются получатели компенсации по страхованию от безработицы, чья медицинская страховка заканчивается через два месяца.

Информация о регистрации в качестве безработного, пособиях и компенсациях по безработице, заявлениях и необходимых бланках доступна на домашней странице кассы по безработице www.tootukassa.ee или в представительствах.

ВОЕННОСЛУЖАЩИЕ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

Для получения медицинской страховки данные военнослужащего срочной службы подает в больничную кассу **департамент оборонных ресурсов**. Медицинская страховка действует в течение **одного месяца** после окончания срочной службы.

БЕРЕМЕННЫЕ

Если у беременной нет медицинской страховки, то для получения медицинской страховки она должна предоставить в бюро обслуживания клиентов выданную врачом или акушером справку об определении беременности. Страховка заканчивается через **три месяца** после назначенной врачом предполагаемой даты родов.

РОДИТЕЛИ

Застраховано лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком и воспитывающее ребенка в возрасте до 3 лет (мать, отец или опекун).

Также застрахован:

- один проживающий в Эстонии неработающий родитель, воспитывающий троих или более детей младше 19 лет, из которых по крайней мере один младше 8 лет;
- один проживающий в Эстонии родитель, попечитель или опекун, с которым заключен договор об уходе в семье, который воспитывает семерых или более живущих в Эстонии детей младше 19 лет.

Данные для получения медицинской страховки подает в больничную кассу **департамент социального страхования**.

СУПРУГИ-ИЖДИВЕНЦЫ

Супруг-иждивенец, которому осталось меньше 5 лет до пенсии по старости

Право на медицинское страхование от государства имеет находящийся в законном браке супруг-иждивенец застрахованного лица, которому осталось меньше **пяти лет** до пенсионного возраста по старости. Для получения страховки желающий получить страховку должен **подать заявление в больничную кассу**. Страховка заканчивается, если иждивенец достигает пенсионного возраста, расторгается брак или заканчивается страховка кормильца. Когда иждивенец достигает пенсионного возраста, страховка обычно продолжается в виде страховки пенсионера по старости.

Супруг-иждивенец, который воспитывает детей

Право на медицинское страхование от государства также имеет находящийся в законном браке супруг-иждивенец застрахованного лица, который воспитывает:

- по крайней мере одного ребенка младше 8 лет;
- 8-летнего ребенка до окончания 1-го класса;
- по крайней мере троих детей младше 16 лет.

В этом случае кормилец должен быть застрахован в качестве работника, лица, получающего оплату за работу или услуги на основании обязатель-

ственно-правового договора, члена руководящего или контрольного органа юридического лица, или предпринимателя-физического лица.

Для получения медицинской страховки нужно **подать документы в департамент социального страхования**, который передает необходимые для оформления страхования данные в больничную кассу. Более подробную информацию о документах можно получить по телефону департамента социального страхования 16106 или по адресу www.sotsiaalkindlustusamet.ee.

Если условия, дающие право на медицинскую страховку, уже не выполняются, департамент социального страхования передает в больничную кассу данные для прекращения страховки.

ПЕНСИОНЕРЫ

Все получатели назначенной в Эстонии государственной пенсии застрахованы. Их данные для получения страховки подает в больничную кассу **департамент социального страхования**.

ОПЕКУНЫ ЛИЦА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Право на государственное медицинское страхование также есть у людей, за которых волостная или городская управа платит социальный налог с пособия по уходу за лицом с ограниченными возможностями.

Данные для получения страховки, переданные из местного самоуправления, подает в больничную кассу **министерство социальных дел**.

ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

В случае, если лицо не принадлежит ни к одной из вышеописанных групп, у него есть возможность заключить с больничной кассой добровольный договор о страховании. При заключении договора страховые платежи нужно будет платить в больничную кассу.

Право на заключение договора имеют:

- люди, которые в два предшествующих заключению договора года были не менее 12 месяцев застрахованы через работодателя, в качестве человека, получающего платы за работу или услугу на ос-

новании обязательственно-правового договора, в качестве члена руководящего или контрольного органа юридического лица, ПФЛ, учащегося или студента;

- люди, которые сами платили за себя или за которых платили социальный налог на основании трудового или должностного договора, на основании обязательственно-правового договора, на основании договора члена руководящего или контрольного органа юридического лица, в качестве ПФЛ или супруга ПФЛ в предшествующем заключению договора календарном году не менее чем двенадцатикратно в размере, рассчитанном от месячной ставки, установленной госбюджетом на бюджетный год;
- получатели пенсии из иностранного государства, в случае которых не требуется предыдущая медицинская страховка в Эстонии.

Эти люди могут заключить договор страхования самого себя или своего иждивенца. Обычно договор добровольного страхования заключается на один год.

Информацию о наличии медицинской страховки можно проверить на государственном портале www.eesti.ee, отправив запрос с цифровой подписью на info@haigekassa.ee или позвонив на инфо-телефон больничной кассы 16 363 или +372 669 6630.

Врачебная помощь в Эстонии

В Эстонии врачебная помощь разделена на три уровня: помощь первичного уровня или **помощь семейного врача, специальная врачебная помощь и медсестринская помощь**.

Для получения врачебной помощи сначала, как правило, следует обратиться на прием к семейному врачу, который гарантирует пациенту быстрое консультирование, необходимые исследования и лечение, а при необходимости направляет на следующий уровень здравоохранения.

Если необходима неотложная медицинская помощь, можно самому обратиться в отделение экстренной медицины больницы или вызвать скорую помощь.

Более подробную информацию (контактные данные, местоположение, услуги) о договорных партнёрах, предлагающих услуги семейной врачебной помощи, специальной врачебной помощи, лечения зубов, найдёте на домашней интернет-странице больничной кассы www.haigekassa.ee.

Семейный врач и семейная медсестра

Когда у человека возникает проблема со здоровьем, он в первую очередь обращается к семейному врачу или семейной медсестре.

В случаях, требующих быстрого медицинского вмешательства, конечно, следует обращаться в скорую помощь или в отделение экстренной медицины, но во всех других случаях семейный врач и его команда являются первыми советчиками по здоровью. Семейный врач – это врач, имеющий высокую квалификацию, который может диагностировать и лечить большинство болезней. Если требуется консультация врача-специалиста, семейный врач направляет пациента к соответствующему специалисту.

Имя своего семейного врача можно узнать в интернет-банке в ссылке э-услуг, на государственном портале www.eesti.ee или по инфо-телефону больничной кассы 16 363 или +372 669 6630



Семейный врач в сотрудничестве с семейной медсестрой диагностирует и лечит большинство болезней, следит за развитием ребенка и хроническими заболеваниями, проводит небольшие хирургические процедуры, направляет пациента на исследования и берет анализы, вакцинирует, при необходимости осуществляет домашние визиты, дает советы по уходу, при получении травм или отравлениях, а также о профилактических действиях всем внесенным в его список людям.

Человек с острым заболеванием должен попасть на прием семейного врача или сестры в тот же день. В случае хронических заболеваний и др., не требующих такого быстрого вмешательства проблем семейный врач принимает в течение пяти рабочих дней.

У семейной медсестры есть самостоятельные приемы, на которых она обучает, консультирует и отвечает на вопросы пациентов, касающиеся сохранения здоровья, а также профилактики заболеваний.

Семейная медсестра также оказывает помощь в случае заболеваний и составляет документы о здоровье, кроме того ее обязанностью является наблюдение за людьми с хроническими заболеваниями. При необходимости семейная медсестра консультируется с семейным врачом или направляет человека на визит к семейному врачу. У каждого человека есть право самостоятельно выбрать себе семейного врача. Если он этого не сделает, семейного врача назначит департамент здоровья и сообщит об этом в больничную кассу.

Для регистрации в список семейного врача или смены семейного врача следует подать заявление принятия в список выбранного человеком семейного врача. Бланк заявления есть у семейного врача или на домашней странице больничной кассы. Также новорожденного нужно зарегистрировать в список семейного врача, подав заявление. Если семейный врач не сообщил об отказе принять его в список в течение 7 дней в письменном виде, то податель заявления вносится в его список не позднее первого числа месяца, следующего за месяцем подачи заявления. В Эстонии работает примерно 800 семейных врачей, информация о которых доступна на домашней странице Департамента Здоровья www.terviseamet.ee.

У семейного врача есть право отказаться принять человека в свой список, если превышена установленная максимальная величина списка семейного врача. В Эстонии максимальная величина списка семейного врача составляет 2000 человек (или 2400, если у семейного врача работает также врач-помощник).

Визит семейного врача к застрахованному человеку бесплатный. За домашний визит семейный врач может взимать до 5 евро независимо от того, сколько больных он осмотрел во время одного визита. Домашний визит бесплатный для беременных и детей младше двух лет.

Развитие системы семейной медицины и увеличение роли семейного врача и семейной сестры в нашей системе здравоохранения является важной стратегической задачей больничной кассы.

Новые возможности постоянно добавляются в пакет услуг, оказываемых семейным врачом. В прошлом году больничная касса отдельно финансировала вечерние приёмы и приёмы в выходные дни в случае, если семейный врач был готов это делать. К концу 2015 года около 300 семейных врачей предлагали своим застрахованным возможность прийти на приём к врачу после окончания рабочего дня.

С прошлого года для семейного врача добавилась также возможность напрямую направлять своих пациентов на приём логопеда или клинического психолога. Начиная с 2016 года добавляется возможность направлять людей своего списка напрямую на приём физиотерапевта. Ранее для этого было необходимо предварительное посещение врача восстановительного лечения.

КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ТЕЛЕФОН СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 1220*

Консультационный телефон семейного врача 1220 или +372 634 66 30 – общегосударственный телефон, по которому профессиональный медицинский совет можно получать 24 часа в сутки на эстонском и русском языках.

По телефону 1220 можно получить консультацию в случае более простых проблем со здоровьем, руководства по первичной помощи и, при необходимости, также информацию по вопросам, касающимся организации здравоохранения.



Консультационный телефон семейного врача 1220 при звонке с настольного телефона является бесплатным в течение первых 5 минут, далее включается обычная для выбранного телефонного тарифа плата. При звонке с мобильного телефона звонящий платит сразу по выбранному тарифу мобильного оператора.

Звонок на консультационную службу семейных врачей может помочь, если:

- Ваш семейный врач недоступен
- считаете, что проблема со здоровьем не так серьезна, что нуждаетесь в обращении к семейному врачу
- находитесь далеко от семейного врача (например, в другом уезде)
- находитесь за границей и не можете сразу обратиться к своему семейному врачу (при звонке из-за границы набирайте +372 634 66 30)
- нуждаетесь в консультации насчёт здоровья кого-нибудь другого (ребёнка, близкого).

На номер экстренной помощи 112 нужно звонить в первую очередь в случае, если проблема со здоровьем или несчастный случай нуждается в вызове скорой помощи. Если при звонке на консультационную службу семейных врачей выясняется, что нужна неотложная врачебная помощь, звонок перенаправляют в центр тревоги на номер 112 для вызова скорой помощи.

Э-КОНСУЛЬТАЦИЯ – БОЛЕЕ БЫСТРАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

В оказании своевременной и качественной врачебной помощи и предложении консультаций очень важно **сотрудничество семейных врачей с врачами-специалистами**. Чтобы сотрудничество было более эффективным, в 2013 году семейным врачам была создана возможность консультироваться с врачами-специалистами через инфосистему здоровья для уточнения диагноза своего пациента и назначения лечения. Услуга э-консультации экономит время пациентов, потому что им больше не нужно каждый раз самому обращаться к врачу-специалисту – **семейный врач консультируется с врачом-специалистом электронным способом и всё лечение происходит под наблюдением семейного врача**. Если в ходе э-консультации врач-специалист решит, что пациенту все-таки нужна его помощь или дополнительные исследования, у врача-специалиста есть возможность пригласить пациента на прием. Э-консультация также улучшает скорость и качество передачи информации от семейного врача к врачу-специалисту и на основании этого помогает принять лучшее решение о том, насколько срочно пациент нуждается в помощи врача-специалиста.

По состоянию на 2016 год больничная касса финансирует услугу э-консультации по специальностям: урология, эндокринология, лёгочные болезни, ревматология, болезни ухо-горло-носа, педиатрия, неврология, гематология, аллергология-иммунология, гастроэнтерология, кардиология, онкология и ортопедия.

Присоединение врача к услуге является добровольным.

ЛЮДИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С возрастом растёт также вероятность возникновения хронических болезней, которые требуют регулярного наблюдения специалиста здравоохранения. Хроническими болезнями (напр. болезни сердечно-сосудистой системы, сахарная болезнь, болезни дыхательных путей, болезни суставов, почечные болезни) болевают всё больше людей как в мире так и в Эстонии. **Семейный врач и семейная сестра являются для человека первичным контактом в случае всех проблем со здоровьем, они занимаются также ранним выявлением, лечением болезней и предотвращением осложнений**. При необходимости семейный врач направляет человека для диагностирования болезни и назначения лечения на консультацию к врачу-специалисту или использует услугу э-консультации.

В наблюдении лечения хронических болезней важная роль принадлежит первичному уровню или системе семейного врача. Исходя из этого, наблюдение хронических болезней является также одним из критериев качества работы семейного врача, за которым больничная касса следит в работе семейных врачей. Целью критерия является раннее выявление хронической болезни и применение эффективного лечения, чтобы уменьшить осложнения болезней и смертность. Для того, чтобы лечение, назначенное врачом было качественным, в сотрудничестве с обществами по специальности составлены многие руководства по диагностированию и лечению болезней (с лечебными руководствами можно ознакомиться www.ravijuhend.ee).

Семейная медсестра ждёт людей с хронической болезнью на свой приём по крайней мере раз в году, тогда она может проверить важные показатели здоровья, обсудить с пациентом его возможность справляться с болезнью и повседневной жизнью и образ жизни, влияющий на течение болезни. В случае некоторых хронических болезней можно улучшить качество жизни человека и отдалить обусловленное усугублением болезни возникновение осложнений даже небольшими изменениями в повседневной жизни (напр. здоровое питание, увеличение физической активности, корректировка дневного расписания). Если у человека возникли новые жалобы на здоровье, результаты анализов не вполне в порядке или нужно сделать изменения в лечении, семейная медсестра направляет пациента с хронической болезнью на приём к семейному врачу. Если страдающий хронической болезнью человек не ходил регулярно на проверку в центр семейной врачебной помощи, семейный врач или семейная медсестра могут сами с ним связаться. В подобном случае нужно всегда приходить на приём, так можно успешно держать под контролем хроническую болезнь.

РАЗВИТИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

В интересах хорошего здоровья и развития ребенка были установлены определенные возрастные периоды, в течение которых необходимо посетить семейного врача для проверки здоровья. На них отслеживается развитие ребенка, рост, вес, слух, зрение и речь. Также на них можно получить

Целью проведения контрольных обследований здоровья является слежение за развитием ребенка, и обеспечение соответствующей медицинской помощи путем раннего обнаружения нарушений здоровья.



совет по формированию здоровых привычек в питании и физической активности, и по поводу всех других аспектов здоровья. Для профилактики инфекционных заболеваний проводится вакцинация.

План проведения проверок здоровья и государственной вакцинации

Возраст ребенка	Визит	Вакцинация против инфекционных заболеваний и скрининговые тесты
Послеродовой контроль	Детский врач в родильном доме	Вакцинация против туберкулеза, В-гепатита – первая вакцинация. Скрининговые тесты на состояние слуха и заболевания обмена веществ.
1 неделя	Семейная медсестра	
2 неделя	Семейный врач	
1 месяца	Семейный врач	Вакцинация против В-гепатита, вторая вакцинация
2 месяца	Семейная медсестра	Вакцинация против ротавируса, первый прием
3 месяца	Семейный врач	Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, инфекция, вызываемая <i>H. Influenzae</i> – первая вакцинация. Вакцинация против ротавируса, второй прием
4,5 месяца	Семейная медсестра	Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, инфекция, вызываемая <i>H. Influenzae</i> – вторая вакцинация. Вакцинация против ротавируса, третий прием

6 месяцев	Семейный врач	Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, инфекция, вызываемая H. Influenzae – третья вакцинация. Вакцинация против В-гепатита, третья вакцинация
7 месяцев	Семейная медсестра	
9 месяцев	Семейный врач	Анализ крови на выявление малокровия
12 месяцев	Семейный врач	Вакцинация против кори, свинки, краснухи – первая вакцинация
18 месяцев	Семейный врач	
2 года	Семейная медсестра	Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, инфекция, вызываемая H. Influenzae – четвертая вакцинация.
3 года	Семейный врач, глазной врач, зубной врач	
4 года	Семейная медсестра	
5 лет	Семейный врач	
6–7 лет, проверка здоровья перед школой	Семейный врач, зубной врач	Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит – пятая вакцинация
8–9 лет	Семейный врач	
9–10 лет	Семейная медсестра, зубной врач	
11–12 лет	Семейный врач, зубной врач	Вакцина против гепатита В (1,2,3 – с 1-месячным интервалом)
13–14 лет	Семейная медсестра, зубной врач	Вакцина против кори, свинки, краснухи, вторая вакцинация
15–16 лет	Семейный врач, зубной врач	Вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша ацеллюлярная, шестая вакцинация
17–18 лет	Семейная медсестра	Вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша ацеллюлярная, седьмая вакцинация

В течение первой недели жизни грудничка каждому предлагается скрининговое обследование для новорожденных Эстонии по поводу 20 разных врожденных заболеваний:

- Врожденный гипотиреоз
- 19 излечимых наследственных заболеваний обмена веществ
- кроме этого проводят проверку слуха новорожденных

Скрининговую проверку для всех новорожденных Эстонии обязательно проводят в родильных отделениях (в том числе и в частных клиниках) или в отделениях новорожденных или интенсивного ухода для новорожденных в детских больницах. **Скрининговая проверка для застрахованных в больничной кассе Эстонии детей является бесплатной.**

В течение первого года жизни здорового младенца профилактически наблюдают раз в месяц. Три раза нужно посетить семейную медсестру. На этих визитах ребёнка взвешивают и измеряют. Задачей семейной медсестры является также обучение родителей кормлению ребёнка, гигиене, уходу, предупреждению несчастных случаев и др. п. Посещение педиатра не предусмотрено для здорового младенца. При необходимости семейный врач направляет ребёнка к врачу-специалисту, например, на приём к неврологу или ортопеду.

С 6–7-летним ребёнком нужно побывать у семейного врача на дошкольной проверке здоровья. Врач оценивает его развитие и готовность к школе. В числе прочего проверяют остроту зрения и слуха и развитие речи. В случае отклонений врач может направить ребёнка на дополнительные обследования, к логопеду или к главному врачу. **На проверку здоровья стоит отправляться заблаговременно до школы, уже весной.** Тогда хватит времени для решения проблем. Например, можно приобрести очки, или если ребёнок нуждается в какой-нибудь дополнительной помощи или особых условиях, это можно заблаговременно организовать. Хорошо внедрен проект по включению в школьную жизнь больного диабетом ребёнка, когда болезнь распознётся до школы и специалисты предлагают персоналу школы поддержку и необходимое обучение.

ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ

Зубы нужно беречь уже смолоду. До прорезывания первых зубов полость рта младенца нужно регулярно очищать. **Первое посещение**

зубного врача желательно провести при появлении у ребёнка первого зуба или с ребёнком в возрасте примерно одного года. Первые рекомендации в части здоровья полости рта получите уже от акушерки или от семейной медсестры в первый год жизни ребёнка.

Школьные медсестры сотрудничают также с зубными врачами для направления на детские профилактические осмотры 7, 9 и 12-летних. Если ребёнку необходимо лечение зубов, это несомненно должно происходить с ведением и одобрения семьи. Следует однако следить, есть ли у зубного врача договор с больничной кассой. Только в таком случае для родителей услуга бесплатная.

Исследования показывают, что если к концу подросткового возраста зубы крепкие и здоровые, лечение не понадобится ещё несколько десятков лет. Тем самым с помощью правильных гигиенических навыков детей и профилактического контроля возможно избежать ситуации, когда в зрелом возрасте большую часть сбережений поглощает лечение зубов.

Помни!

Кариес зубов легко держать под контролем при благоприятном к зубам питании – в случае жажды пить воду и соблюдать более длительные паузы между приемами пищи и избегать частых перекусов.



Больничная касса платит за лечение зубов детей в возрасте до 19 лет у своих договорных партнёров, контактные данные договорных партнёров Вы найдёте на странице www.haigekassa.ee.

ШКОЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

К зачислению в школу нужно предоставить официально заверенную выписку из карты здоровья ученика. В ней отмечены прежние вакцинации, хронические болезни, постоянно используемые лекарства, а также лекарственные или пищевые аллергии. В первую очередь информация важна для наблюдения здоровья ребёнка в школе, а также для приспособления к учебной нагрузке и образу жизни.

При поступлении в школу спрашивают согласие родителя для оказания услуги школьного здравоохранения в общем, в том числе на проверки здоровья в 1, 3, 7 и 9 классах.

Понятие согласия исходит из закона о долговом праве. На его основании пациента можно осматривать и оказывать ему услугу здравоохранения только с его согласия. Наряду с письменным согласием равноценно действует также устное согласие. Согласие родителя важно в ситуации, если ученик, например, на перемене просит помощи от школьной медсестры.

До каждой вакцинации школьная медсестра должна спрашивать у родителя письменное согласие даже в случае, если в начале учёбы оно однажды уже дано. Согласие родителя помогает исключать возможные противопоказания. Если семья не желает вакцинировать своего ребёнка, нужно подтвердить это письменно.

Какую помощь здоровью оказывают в школе?

В школе лечебная работа не проводится. Лечение больного ребёнка назначает и координирует семейный врач или врач-специалист. Если ребёнок заболел в школе или случилась травма, школьная медсестра должна оказать ему первую помощь и информировать родителей. Школьная медсестра не назначает ни исследований, ни лечения и не может также выдать справку об отсутствии. В случае заболевания нужно обратиться к семейному врачу. Школьная медсестра может помочь в случае, если ученик из-за здоровья нуждается в особенностях школьного распорядка, например, в период после болезни. Медсестра должна знать об аллергиях или других болезнях ребёнка. Лишь тогда можно срочно оказать целесообразную помощь.

В небольших школах медсестра не всегда на месте, но время её при-

ёмов и номер телефона должны быть доступны.

Больничная касса поддержала публикацию вспомогательных материалов по наблюдению здоровья детей. Изданы «**Дневник здоровья ребёнка**» и «**Дневник здоровья ученика**». При рождении ребёнка или начале школьной жизни каждая семья должна получить их в больнице, от семейного врача или в школе. С материалами можно также ознакомиться здесь – www.haigekassa.ee.

Специальная врачебная помощь

Если, по мнению семейного врача, проблема со здоровьем пациента требует вмешательства специалиста более узкой специальности, он выписывает направление. Без направления можно обратиться к окулисту, дермато-венерологу, гинекологу и психиатру. У застрахованного человека есть право выбора подходящего врача-специалиста и времени приема в любом лечебном учреждении, у которого есть договор с больничной кассой.

Договорных партнёров больничной кассы по специальной врачебной помощи можно найти на странице больничной кассы

www.haigekassa.ee ► *Человеку* ► *Врачебная и сестринская помощь*
► *Специальная врачебная помощь* ► *Договорные партнёры.*

Врачебная помощь врачей-специалистов в свою очередь делится на три вида: амбулаторное, дневное и стационарное лечение.

Амбулаторное лечение означает прием врача, в ходе которого пациент осматривается, проводится какая-либо процедура (анализ крови, кардиограмма и др.) на месте и при необходимости назначается дальнейшее лечение. Пациент не остается в больнице на более длительное время.

В случае **дневного лечения** пациент находится в лечебном учреждении дольше, чем на простом приеме, но не остается в больнице на ночь.

Стационарная врачебная помощь оказывается в больнице, и пациент должен переночевать там или находиться более длительное время.

Совет Больничной кассы установил период времени, в течение которого человек должен попасть к врачу, или максимальные пределы. При

За визит к врачу-специалисту лечебное учреждение имеет право взимать с пациента плату в размере до 5 евро, кроме беременных, детей младше 2 лет и в случаях, если пациента направляют к другому врачу того же лечебного учреждения, а также при оказании неотложной помощи с последующей госпитализацией. Во время пребывания в больнице за койко-день с пациента могут взимать плату 2,50 евро в день, максимум до 25 евро за одну госпитализацию.

установлении максимальных пределов времени ожидания исходили из принципа, что **человек должен получить необходимую услугу здравоохранения в течение такого времени, за которое его состояние здоровья значительно не ухудшится.**

Нуждающихся в помощи врача-специалиста записывают в очередь на лечение на основании того, насколько серьезны проблемы со здоровьем. С серьезной проблемой попадают к врачу-специалисту быстрее.

Начиная с 2014 года, больничная касса заключила с лечебными учреждениями соглашение, согласно которому учреждения должны **держаться очереди открытыми в специальностях с направлением в течение по крайней мере четырех месяцев, а в специальностях без направления (дерматолог, окулист, гинеколог, психиатры) в течение по крайней мере трех месяцев.** Целью данного соглашения является уменьшение случаев, в которых человек звонит в лечебное учреждение, а ему говорят, что свободных мест нет, и что ему нужно позвонить через какое-то время. Мы регулярно проверяем исполнение требований.

Максимальное время ожидания амбулаторного визита – 6 недель, планового стационарного лечения и процедур дневной хирургии – до 8 месяцев. Время ожидания может удлиниться, если человек предпочитает какого-либо врача или лечебное учреждение, если в лечебном учреждении мало врачей или других ресурсов (аппаратура, помещения), если пациент ждет повторного визита и т. д.

Медсестринская помощь

Целью услуги медсестринской помощи является сохранение состояния здоровья и возможности справляться с повседневной деятельностью и, при возможности, улучшения, краткосрочное или длительное лечение и поддержка пациента в стабильном состоянии и, при необходимости, облегчение страданий, подготовка человека к отправлению в учреждение по уходу или домой. Услугу сестринской помощи оказывают в соответствии с потребностями пациента либо на дому, в больнице или в учреждении по уходу.

Вопрос о необходимости медсестринской помощи решает врач и для получения услуги необходимо направление.

МЕДСЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В БОЛЬНИЦЕ

Самостоятельная стационарная медсестринская помощь или оказание медсестринской помощи в больнице – это услуга пациенту, который находится в стабильном состоянии и не нуждается в постоянной врачебной помощи, однако который нуждается в сестринской помощи и в оказании назначенных врачом лечебных процедур в объёме, который превышает возможности домашнего медсестринства.

Самостоятельная стационарная медсестринская помощь может быть необходима после травмы, после перенесённой болезни в тяжёлой форме или обострения хронической болезни, для облегчения обусловленных тяжёлой болезнью страданий. Необходимость направления пациента в медсестринскую больницу решает семейный врач, либо сам врач-специалист или вместе с медсестрой.

Доля обязательного самофинансирования находящего на стационарной медсестринской помощи пациента составляет 15% от установленной больничной кассой цены койко-дня. 85% платит за застрахованного человека больничная касса. Больница может отдельно брать плату за койко-день за первые 10 дней пребывания в больнице (2,50 евро/в день). Амбулаторные услуги лечения по уходу, в т. ч. услуга домашнего сестринства, бесплатны для человека.

Стационарную медсестринскую помощь оказывают в медсестринской больнице или в отделении медсестринской помощи, где решение об осуществлении действий и их необходимости находится в компетенции врача и медсестры.

Время пребывания в медсестринской больнице и оказываемые услуги зависят от состояния здоровья пациента и необходимости медсестринской помощи.

ДОМАШНЕЕ МЕДСЕСТРИНСТВО

Услуга домашнего медсестринства предназначена для пациента, состояние здоровья которого не требует пребывания в больнице, однако который всё же нуждается в компетентной медицинской помощи. В домашней медсестринской помощи может также нуждаться человек с ограниченной двигательной возможностью, который в силу исходящих из своей болезни проблем не может сам отправиться к врачу – тем самым домашняя сестра является также важным связующим звеном между семейным врачом или лечащим врачом и нуждающимся в помощи.

Необходимость направления пациента на услугу домашнего медсестринства решает семейный врач или врач-специалист. Основанием для получения услуги является получение направления, на котором врач отмечает проблемы пациента со здоровьем, необходимое лечение и сестра отмечает необходимость медсестринской помощи.

Услуга домашнего медсестринства бесплатна для человека с медицинской страховкой, за неё платит больничная касса.

В осуществляемые в ходе визита домашнего медсестринства действия в число прочих входят:

- консультирование в области медсестринства – обучение пользованию вспомогательными средствами, руководство и обучение членов семьи и консультирование в области питания;
- осуществление медсестринских действий – профилактика и лечение пролежней, измерение кровяного давления, замещающее лечение; катетеризация мочевого пузыря, уход за постоянным катетером; уход за эпицистостомой и её замена; уход за стомами; лечение ран и язв; уход за трахеостомой; установка периферической венозной канюли и уход за ней; установка назогастрального зонда; обучение питанию через зонд; осуществление ингаляций; измере-

- ние уровня сахара в крови глюкометром;
- проведение лечебных процедур на основании решения врача – удаление швов с раны; кислородное лечение; введение лекарств внутримышечно, внутривенно, подкожно, перорально, ректально, введение питательных растворов; лечение боли; перитонеальный диализ и, при необходимости, осуществление определённых лабораторных исследований;
- симптоматическое лечение и облегчение страданий ракового больного.

В случае вопросов, касающихся услуг сестринской помощи, обращайтесь к своему семейному врачу или на инфо-телефон больничной кассы 16 363 или +372 669 6630.

Денежные компенсации

Кроме платы за оказанные людям услуги здравоохранения, финансирования лекарств и медицинских устройств, **больничная касса выплачивает также многие денежные компенсации.** В их число входят различные компенсации по нетрудоспособности, дополнительная компенсация за лекарства и компенсации за услуги лечения зубов и искусственного оплодотворения.

КОМПЕНСАЦИИ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Компенсацию по временной нетрудоспособности платят на основании листа нетрудоспособности работающему застрахованному лицу, у которого из-за временного освобождения от работы остаётся неполученным облагаемый социальным налогом доход. Компенсацию платят

Связанную с выплатой компенсации по нетрудоспособности информацию можно посмотреть на государственном портале www.eesti.ee. Там можно посмотреть также переданные врачом данные, номер своего расчётного счёта, на который больничная касса переводит компенсацию по нетрудоспособности и данные, являющиеся основанием для вычисления компенсации. Дополнительную информацию можно получить также по инфо-телефону больничной кассы 16 363 или +372 669 6630 или по э-почте info@haigekassa.ee

работающему застрахованному.

Основанием для начисления компенсации по нетрудоспособности являются данные налогово-таможенного департамента о рассчитанном или уплаченном за получателя компенсации социальном налоге в предыдущем календарном году. Работодатель рассчитывает компенсацию по болезни на основании средней зарплаты работника за последние шесть месяцев.

Выплата компенсации зависит от вида листа нетрудоспособности и причины нетрудоспособности:

Причина освобождения от работы	Вид листа	Порядок компенсации	Компенсацию платят
Заболевание	Больничный лист	Работодатель платит компенсацию с 4 по 8 день заболевания. Больничная касса платит с 9 дня, размер компенсации 70%.	До 182 дней (в случае туберкулёза до 240 дней)
Бытовая травма	Больничный лист	Работодатель платит компенсацию с 4 по 8 день заболевания. Больничная касса платит с 9 дня, размер компенсации 70%.	До 182 дней
Дорожно-транспортная травма Возникшее вследствие дорожно-транспортной травмы осложнение/заболевание	Больничный лист	Работодатель платит компенсацию с 4 по 8 день заболевания. Больничная касса платит с 9 дня, размер компенсации 70%.	До 182 дней
Карантин	Больничный лист	Работодатель платит компенсацию с 4 по 7 день, размер компенсации 70%.	До 7 дней
Профессиональное заболевание	Больничный лист	Больничная касса платит компенсацию со 2 дня болезни, размер компенсации 100%.	До 182 дней
Несчастный случай на производстве Дорожно-транспортный несчастный случай на производстве Возникшее вследствие несчастного случая на производстве осложнение/заболевание	Больничный лист	Больничная касса платит компенсацию со 2 дня болезни, размер компенсации 100%.	До 182 дней
Травма при защите интересов государства или при предотвращении преступления	Больничный лист	Больничная касса платит компенсацию со 2 дня болезни, размер компенсации 100%.	До 182 дней

Перевод на более лёгкую работу	Больничный лист	Больничная касса платит сопутствующую переводу на более лёгкую работу разницу в зарплате в размере 100%. Если лицо освобождается от работы при отсутствии более лёгкой работы, то ему платят компенсацию в размере 70%. Компенсацию можно получить только в случае беременности и до отпуска по беременности и родам.	До отпуска по беременности и родам
Заболевание или травма во время беременности	Больничный лист	Больничная касса платит компенсацию со 2 дня болезни, размер компенсации 70%.	До 182 дней
Уход за больным ребёнком в возрасте до 12 лет	Лист по уходу	Больничная касса платит компенсацию с первого дня освобождения от работы, размер компенсации 80%. NB! Начиная с 1.07.2015 застрахованный человек имеет право получать компенсацию по уходу на основании листа по уходу в случае ухода за ребёнком в возрасте до 12 лет за период до 60 календарных дней, если причиной болезни является злокачественная опухоль и лечение ребёнка начинается в больнице.	До 14 дней
Уход за больным членом семьи дома	Лист по уходу	Больничная касса платит компенсацию с первого дня освобождения от работы, размер компенсации 80%.	До 7 дней
Уход за ребёнком в возрасте до 3 лет или за ребёнком с недостатком в возрасте до 16 лет в случае болезни матери ребёнка или оказания ей родовспоможения	Лист по уходу	Больничная касса платит компенсацию с первого дня освобождения от работы, размер компенсации 80%.	До 10 дней
Отпуск по беременности и родам	Лист по родам	Больничная касса платит компенсацию с первого дня освобождения от работы, размер компенсации 100%.	140 дней
Отпуск усыновителя ребёнка в возрасте до 10 лет	Лист по усыновлению/удочерению	Больничная касса платит компенсацию с первого дня освобождения от работы, размер компенсации 100%.	70 дней
Пожертвование органа или стволовых клеток кроветворения	Больничный лист	Больничный лист	До 182 дней

Как получить компенсацию по временной нетрудоспособности?

1. По окончании периода освобождения от работы врач выписывает Вам электронный лист нетрудоспособности в своём компьютере и передаёт его в базу данных больничной кассы;
2. Переданные врачом данные можете посмотреть на государственном портале

www.eesti.ee (*Услуги ► Гражданину ► Здоровье и охрана здоровья ► Компенсации лица по нетрудоспособности*);

3. Чтобы знать, на какой расчётный счёт больничная касса осуществит Вам платёж, проверьте, пожалуйста, данные своего расчётного счёта на государственном портале

www.eesti.ee (*Услуги ► Гражданину ► Здоровье и здравоохранение ► Мои данные в регистре Больничной кассы*)

или позвоните на инфо-телефон больничной кассы 16 363 или +372 669 6630;

4. Информировать работодателя об окончании листа нетрудоспособности в соответствии с обоюдной договорённостью либо устно, или письменно;
5. Работодатель передаст данные листа нетрудоспособности по государственному portalу www.eesti.ee;
6. Компенсация по нетрудоспособности поступит на Ваш расчётный счёт в течение пары рабочих дней после передачи данных работодателю;
7. Связанную с выплатой своей компенсации информацию можете посмотреть на государственном портале

www.eesti.ee (*Услуги ► Гражданину ► Здоровье и здравоохранение ► Компенсации по нетрудоспособности*).

КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ

Кто получает?

Люди с медицинской страховкой в возрасте не менее 63-х лет, пенсионеры по старости и нетрудоспособности, беременные, мамы детей в возрасте до года и люди с повышенной потребностью лечения зубов.

Больничная касса платит за лечение зубов застрахованных в возрасте до 19 лет. Для получения бесплатного лечения зубов нужно обращаться к договорному партнёру.

Сколько платят?

Люди в возрасте не менее 63-х лет и пенсионеры по старости и нетрудоспособности до 19,18 евро в году; беременные, мамы детей в возрасте до года и люди* с повышенной потребностью лечения зубов до 28,77 евро в году.

Подайте в больничную кассу заявление вместе с выданным зубным врачом документом, подтверждающим оплату услуги. Услуга может быть оказана как в Эстонии, так и в другой стране. Беременные и люди с повышенной потребностью лечения зубов должны приложить врачебную справку.

Когда можно получить деньги?

Не позднее чем в течение 6 месяцев после поступления в больничную кассу корректных документов.

NB! *О компенсации могут ходатайствовать люди с медицинской страховкой, у которых повышенная потребность лечения зубов возникла в результате следующих услуг здравоохранения (напр. хирургическое и радиологическое лечение опухолей в области головы-шеи, хирургическое лечение травм решётчатых костей лица; процедура, в ходе которой возникла травма; пересадка тканей и органов и др. п.). Более подробный перечень смотри www.haigekassa.ee.

КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ

Кто получает?

Люди с медицинской страховкой в возрасте не менее 63-х лет, пенсионеры по старости и нетрудоспособности.

Сколько платят?

В течение трёх лет до 255,65 евро.

Как ходатайствовать?

Для этого есть две возможности:

- a) Подайте изготовителю протезов заявление, в котором ходатайствуете о перечислении расходов в размере компенсации напрямую изготовителю протезов.
- b) Подайте заявление вместе с подтверждающим оплату документом в больничную кассу.

Когда можно получить деньги?

В случае подачи заявления в больничную кассу в течение 90 дней после поступления заявления и счёта в больничную кассу.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВА

Кто получает?

Застрахованный, который в календарном году платит за льготные рецепты не менее 300 евро.

Сколько платят?

Зависит от потраченной на лекарства суммы.



В случае выкупленных после 01.01.2015 льготных рецептов действуют следующие принципы вычисления:

- если сумма менее 300 евро, то дополнительную компенсацию не платят
- начиная с 300–500 евро компенсацию платят в размере 50% от превышающей 300 евро части
- если сумма превышает 500 евро, то компенсируют 90% от превышающей части.

Более подробную информацию о компенсациях можно получить на интернет-странице больничной кассы www.haigekassa.ee, на государственном портале www.eesti.ee или по телефону больничной кассы 16 363 или +372 669 6630.

Как ходатайствовать?

Заявление можете предоставить через услугу государственного портала www.eesti.ee или передать заявление в региональное отделение больничной кассы или дигитально подписанным на адрес info@haigekassa.ee.

Когда можно получить деньги?

Компенсацию платят в январе, апреле, июле и октябре. После подачи заявления больничная касса проверяет, было ли у ходатайствующего право на компенсацию также в предыдущие два года. Если право было, то застрахованный получит компенсацию и за эти годы. Подробную информацию о вычислении своей компенсации можно посмотреть на портале гражданина www.eesti.ee в рубрике "Компенсация расходов на лекарства (Больничная касса)".

Скрининговые обследования

Профилактика и раннее выявление болезней помогают продлить качественно прожитые людьми годы, поскольку выявленная на ранней стадии болезнь обычно излечима, и человек сохраняет активность и трудоспособность.

Многие финансируемые больничной кассой профилактические виды деятельности интегрированы в услуги здравоохранения и их предлагают людям на протяжении всей жизни, например, предназначенные для беременных и новорожденных скрининги, осуществляемые семейным врачом проверки здоровья детей и людей с хронической болезнью.

Скрининговые обследования – это обследования здоровья, в ходе которых в государстве обследуют определённые возрастные группы населения или группы риска, которые считаются наиболее подверженными в отношении исследуемой болезни. Скрининговые обследования предназначены прежде всего для обследования здоровых, без жалоб и выраженных симптомов групп населения.

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ГРУДИ

В Эстонии на скрининговое обследование по выявлению рака груди с интервалом в 2 года приглашаются женщин в возрасте 50–62 лет. **В 2016 г. на скрининговое обследование по выявлению рака груди приглашаются женщин, родившихся в 1956, 1958, 1960, 1962, 1964 и 1966 гг.**

Рак груди можно обнаружить раньше, чем опухоль даст о себе знать и начнёт распространяться в организме. Возможностью раннего выявления рака груди является радиологическое исследование молочной железы или маммография. Маммография является исследованием с безопасной для здоровья дозой радиации.

Заблаговременно выявленный рак груди лучше лечится, позволяет использовать щадящие грудь операционные методы и является условием общего выздоровления.

Места расположения передвижных автобусов маммографии и расписание Вы найдёте на странице www.haigekassa.ee.

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В Эстонии на скрининговое обследование по выявлению рака шейки матки с пятилетним интервалом приглашаются женщины в возрасте 30–55 лет. **В 2016 г. на скрининговое обследование по выявлению рака шейки матки приглашаются женщины, родившиеся в 1961, 1966, 1971, 1976, 1981 и 1986 гг.**

Основным возбудителем рака шейки матки является вирус Папилломы человека (HPV) в основном сексуальным путём. Если женщина заражается определёнными типами HPV, в росте клеток шейки матки могут возникнуть изменения, далее от этого предраковые состояния и рак шейки матки. Этот процесс обычно длительный, продолжаясь даже до 10–25 лет. Изменение клеток можно выявить цитологическим (диагностирование по клеткам) исследованием, которое известно под названием PAP исследование и которое является признанным в мире методом раннего выявления клеточных изменений шейки матки. **Регулярное участие в скрининговом обследовании способствует выявлению возможных клеточных изменений и предраковых состояний своевременно, когда они излечимы.**

КАК ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ?

Для участия в скрининговых обследованиях по выявлению рака Вам высылают приглашение по имеющемуся в регистре народонаселения адресу. Параллельно с отправляемым на дом приглашением на Вашей странице портала пациента <http://www.e-tervis.ee> также появится электронное приглашение. Но не все приглашения по той или иной причине попадают к адресату. Чаще всего причиной становятся неточные данные в регистре народонаселения.

Однако если Ваш год рождения имеется в списке нынешних получателей приглашения и Вы знаете, что в течение последних 12 месяцев Вы не делали соответствующего теста или обследования, то и не обязательно ждать приглашения. Нужно просто позвонить в самое подходящее для Вас учреждение здравоохранения. При регистрации прежде всего проверят год рождения и действительность медицинской страховки. Отправляясь на обследование, необходимо иметь при себе удостоверяющий личность документ.

Контакты медицинских учреждений, осуществляющих обследования по раннему выявлению рака груди и шейки матки, Вы найдёте на странице www.haigekassa.ee.

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Скрининговое обследование по выявлению рака толстой кишки – вводимое с 2016 года скрининговое обследование, в ходе которого первый раз обследуют, кроме женщин, также мужчин. Скрининговое обследование по выявлению рака толстой кишки доказательно эффективный способ выявить болезнь на начальной стадии и уменьшить обусловленную ею смертность. Рак толстой кишки протекает медленно и ступенчато, но в то же время является относительно частым заболеванием (в Эстонии в году выявляют примерно 750 первичных случаев). В Эстонии будут обследовать 60–69-летних людей. Во второй половине 2016 года участвовать в скрининговом обследовании по выявлению рака толстой кишки пригласят женщин и мужчин 1956 года рождения.

Для участия в скрининговом обследовании необходимо посетить своего семейного врача.

Льготные лекарства

Поскольку лекарства в наше время очень дорогие, часть их стоимости помогает оплачивать больничная касса. Льготы на лекарства, то есть полная или частичная оплата лекарств, – это одно из средств для гарантии доступности приемлемых по цене лекарств, которое помогает избежать ситуации, в которой пациент не может начать необходимое лечение из-за слишком высокой цены на лекарство.

Изменения в перечень льготных лекарств вносятся регулярно раз в квартале (1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября). Об обновлении перечня информируют на домашней странице министерства социальных дел <http://www.sm.ee/et/ravimid>

ВЫЧИСЛЕНИЕ ЦЕНЫ ЛЕКАРСТВА С 75%-НОЙ ЛЬГОТОЙ



* В случае детей в возрасте 4–16 лет, пенсионеров по старости и нетрудоспособности и застрахованных в возрасте не менее 63 лет, при продаже лекарств, внесённых в перечень с льготой 75%, действует льгота 90%.

Пациент платит долю обязательного самофинансирования 1,27 евро, 25% от суммы разницы между предельной ценой и суммой доли договорной ценой и суммой обязательного самофинансирования и сумму, превышающую предельную или договорную цену.

Больничная касса компенсирует 75% от суммы разницы между предельной ценой или договорной ценой и суммой доли обязательного самофинансирования пациента.

Больничная касса частично или полностью оплачивает лекарства, стоимость которых предварительно была определена, и на основании этого было вынесено решение о внесении их в перечень льготных лекарств. На эти лекарства действует льготная ставка 50, 75, 90, или 100%. Более высокая ставка у основных лекарств, необходимых для лечения тяжелых или хронических заболеваний, а также большие льготы действуют для определенных групп населения (пенсионеры по старости и нетрудоспособности).

За каждый рецепт покупателю лекарства нужно всегда платить обязательную долю самофинансирования, которая, в зависимости от процента скидки рецепта, ориентировочно равна 1–3 евро.

На оставшуюся часть цены лекарства применяется льгота больничной кассы в соответствии с назначенным процентом, и пациент в виде обязательного самофинансирования платит оставшуюся от льготы часть. В случае, если на лекарство установлена предельная цена, и цена покупа-

емого лекарства превышает предельную цену, в дополнение к базовой ставке и обязательному самофинансированию в аптеке нужно также заплатить превышающую предельную цену часть. Это можно назвать избегаемой частью оплаты, и сознательный выбор покупателя лекарства часто дает возможность значительно сэкономить.

ЧТО ТАКОЕ ПРЕДЕЛЬНАЯ ЦЕНА?

Предельные цены устанавливаются в группе лекарств с одинаковым действующим веществом и способом приёма, внесённых в перечень льготных лекарств. При вычислении предельной цены в первую очередь группируются все упаковки лекарств с одинаковым действующим веществом и способом приёма, находят их средние цены дневных доз и, исходя из цены другой упаковки по дешевизне, рассчитывают предельные цены на все упаковки группы. При установлении льготы на лекарство больничная касса берёт за основу установленную на упаковку лекарства предельную цену; и если пациенту выписано лекарство или он хочет купить лекарство, стоимость которого выше предельной цены, разницу между действующей предельной ценой на упаковку и продажной ценой оплачивает пациент.

Больше информации о компенсации лекарств Вы найдёте на интернет-странице

www.haigekassa.ee ► *Человеку* ► *Лекарства и медицинские устройства*
► *Кампания "Различие в цене лекарства"*

ЧТО ТАКОЕ РЕЦЕПТ НА ОСНОВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА?

Все врачи обязаны выписывать рецепты на основе действующего вещества. На них врач пишет название действующего вещества лекарства, а не торговое наименование лекарства. Это дает человеку возможность выбрать в аптеке наиболее подходящее по цене лекарство из числа лекарств с одинаковым действующим веществом.

Врач может написать на рецепте торговое наименование конкретного лекарства только тогда, когда для этого есть медицинская необходимость. В этом случае у пациента нет возможности выбора в аптеке, нужно будет выкупить указанное на рецепте лекарство.



Все данные о своих рецептах можно проверить на государственном портале www.eesti.ee в услуге Рецепты.

ЧТО ТАКОЕ ОРИГИНАЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВО И ЧТО ТАКОЕ ЛЕКАРСТВО-ГЕНЕРИК?

Путь лекарства от его создания до попадания в аптеку – это дорогостоящий и длительный процесс. Поэтому у фирмы, которая изобрела и выпустила лекарство на рынок, есть право на патентное время, или право единоличной продажи лекарства, чтобы получить прибыль от продажи своего т. н. оригинального лекарства и сохранить мотивацию для разработки новых препаратов в дальнейшем. После окончания патентного времени другие фирмы могут начать производить лекарство, которое содержит то же самое действующее вещество, что и оригинальный препарат, и которое предназначено для лечения тех же заболеваний. Их называют препаратами-генериками, иногда также используются названия лекарства-копии или генерики.

Лекарства-генерики так же эффективны, как и оригинальное лекарство, поскольку содержат то же самое действующее вещество в том же количестве, что и оригинальное лекарство.

В дополнение к покупаемым в аптеке льготным лекарствам больничная касса также платит за используемые в больнице лекарства.

Именно действующее вещество лечит и облегчает симптомы заболевания, а не торговый знак!

Лекарство состоит из действующего и вспомогательных веществ. Действующее вещество – дает эффект. Вспомогательные вещества удерживают препарат, формируют подходящую форму, дают цвет, вкус и др.

Медицинские устройства

Больничная касса компенсирует своим застрахованным такие самостоятельно используемые дома медицинские устройства, с помощью которых можно лечить болезни или травмы или использование которых предупреждает обострение болезни.

К числу компенсируемых медицинских устройств относятся, например, необходимые диабетикам тестовые полоски глюкометра для измерения уровня сахара в крови, ланцеты, инсулиновые иглы, средства по уходу за разными стомами, ортозы, катетеры для мочевого пузыря, бинты и пластыри для ран в лечении различных ран, используемые в лечении нарушений сна устройства и маски для них.

Больничная касса компенсирует медицинские устройства с льготной ставкой либо 90%, или 50%. Соответственно, 10% или 50% от стоимости устройства нужно заплатить самому пациенту.

Необходимость медицинского устройства определяет лечащий врач и оформляет необходимую для его покупки на льготных условиях дигитальную карту медицинского устройства. Для покупки устройства пациент должен обратиться в аптеку или к продавцу, заключившему договор с больничной кассой, и предъявить удостоверяющий личность документ. Если Вы покупаете устройство кому-то другому, то нужен личный код того человека, которому покупается устройство.

Перечень медицинских устройств обновляется каждый год исходя из предложений производителей и профессиональных ассоциаций и заключенных с производителями ценовых предложений. Действующий перечень медицинских устройств размещен на интернет-странице больничной кассы.

Начиная с 1 января 2016 г. в перечень медицинских устройств больничной кассы добавляются многие обновления. По сравнению с действующим перечнем, **в новый перечень добавлены 174 новых устройств**. Кроме того больничная касса начнёт компенсировать медицинские устройства к трём новым диагнозам, на которые ранее льготы отсутствовали; и расширятся условия компенсации устройств, уже подлежащих перечню.

С нового года улучшается доступность и выбор медицинских устройств для пациентов с различными стомами, травмами шеи, болеющих тяжё-

лым ихтиозом, редко наблюдающейся болезнью *Epidermolysis Bullosa* и для пациентов, нуждающихся в компрессионных изделиях для лечения лимфатического отёка.

Новые медицинские устройства добавляются также в нижеследующие группы:

- тестовые полоски глюкометра;
- ланцеты;
- средства по уходу за холостомой, илеостомой и уростомой (кольца и мешки для стомы);
- ортозы, предназначенные для использования после травмы и операции;
- повязки и пластыри для ран;
- используемые в лечении нарушений сна устройства и маски для них.

Медицинская помощь и возможности лечения за границей

НЕОБХОДИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ОСНОВАНИИ ЕВРОПЕЙСКОЙ КАРТОЧКИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

На основании карточки люди, застрахованные в Больничной кассе Эстонии, в течение временного пребывания в государстве-участнике, получают необходимую врачебную помощь на равных условиях с живущими в этом государстве застрахованными людьми. Для этого необходимость во врачебной помощи должна возникнуть во время пребывания в другом государстве и необходимость услуги здравоохранения должна быть медицински обоснована. Необходимость оказания врачебной помощи решает врач.

Европейская карточка медицинского страхования дает право на необходимую врачебную помощь на территории Европейского Союза и во время пребывания в Европейской экономической зоне и в Швейцарии. Необходимая врачебная помощь не бесплатна – нужно долю обязательного самофинансирования пациента (плата за визит, плата за койко-день и т. д.) по тарифам страны пребывания.

- Европейскую карточку медицинского страхования легко заказать в Интернете через портал www.eesti.ee. Карточку можно заказать на свой домашний адрес, она бесплатная.
- Европейскую карточку медицинского страхования нельзя использовать, если медицинская страховка закончилась. Если медицинская страховка не действует, а карточку все же используют, у больничной кассы есть право потребовать причиненный ущерб по закону о медицинском страховании и по закону о долговом праве.
- Европейская карточка медицинского страхования действует 3 года и ее можно использовать только вместе с удостоверяющим личность документом с фотографией.
- Если Вы путешествуете за пределами Европейского Союза, то дополнительно оформите и туристическую страховку, которая покроет расходы, совершенные за собственный счет.
- При звонке из другой страны инфо-телефон больничной кассы +372 669 6630.

Платы доли обязательного самофинансирования не возмещаются пациентам. Также карта не покрывает расходы на путешествия между странами. Поэтому при путешествиях в другую страну рекомендуем оформить туристическую страховку с защитой рисков здоровья, которая покроет расходы пациента, сделанные за собственный счет. Учитывая предыдущее, больница должна выдавать счет только на оплату доли обязательного самофинансирования, который можно будет предоставить частной страховой компании.

Обязательно нужно следить за тем, чтобы для получения медицинской услуги обращались в государственное медицинское учреждение, а не к частному врачу, потому что Европейскую карточку медицинского страхования принимают только в принадлежащих к государственной системе лечебных учреждениях.

ПЛАНОВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ЗА ГРАНИЦЕЙ

Плановое лечение означает ситуацию, в которой человек едет в другую страну с целью получить там лечение. Для компенсации больничной кассой планового лечения за границей есть две возможности. Первая возможность – это ходатайствовать о разрешении больничной кассы на покрытие необходимых трат на лечение в зарубежном лечебном учреждении (критерии разрешения смотрите на www.haigekassa.ee). Эта возможность создана для тех застрахованных, кому медицински показана такая услуга здравоохранения, которую не оказывают в Эстонии. Больничная касса принимает решение на мере из двух врачей-специалистов, один из которых является лечащим врачом пациента. В случае положительного решения больничная касса выдает документ, подтверждающий передачу оплаты, и оплачивает медицинские траты, возникшие за границей.

Другая возможность для получения плановой врачебной помощи в иностранном государстве – **на основании директивы свободного перемещения пациентов Европейского Союза.** Она означает, что имеющий направление от врача пациент может выбрать принадлежащее к любой государственной системе лечебное учреждение или врача в рамках Европейского Союза, и после получения лечения ходатайствовать о компенсации больничной кассой.

Важное различие при обращении к врачу-специалисту по направлению в Эстонии и направлению для лечения за границей состоит в том, что **за границей все лечение нужно сначала оплатить самому, а затем, вернувшись домой, ходатайствовать о компенсации расходов в больничной кассе.** Следует иметь в виду, что больничная касса платит только за те услуги здравоохранения, которые у пациента было право получить и в Эстонии за счет больничной кассы. Невозможно компенсировать услуги здравоохранения, которые не оказывают или не компенсируют в Эстонии (напр. лечение зубов взрослым) или не показанные человеку медицинские услуги. Если цена полученной за границей услуги выше, чем цена в перечне услуг здравоохранения нашей больничной кассы, пациент должен сам оплатить разницу в цене. **Также пациенты должны сами оплатить визит к врачу и оплату самофинансирования, а также транспортные расходы.**

Для получения компенсации нужно подать заявление, бланк которого доступен на интернет-странице больничной кассы или в бюро obsługi

живания клиентов, а также нужно подать оригинальные счета за услугу лечения, подтверждающие оплату документы, направление к врачу-специалисту и резюме истории лечения.

РАБОТА В СТРАНЕ-УЧАСТНИЦЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Командированный работник

Временные направления работника в иностранное государство (командировку) работодатель должен предварительно зарегистрировать в **департаменте социального страхования**. Департамент социального страхования выдаёт отдельно на каждого работника справку А1 (данная справка подтверждает факт того, законодательство какой страны применяют в отношении застрахованного лица), которая не является основанием для получения медицинских услуг.

Работник, командировка которого краткосрочная (менее шести месяцев), должен заказать себе Европейскую карточку медицинского страхования, на основании которой он имеет право получать в стране командировки необходимую медицинскую помощь.

В случае долгосрочных командировок работника, которые **длятся дольше чем 6 (шесть) месяцев**, сам работник или его работодатель может ходатайствовать о получении от больничной кассы формы E106. Эта форма даёт работнику право зарегистрировать себя в системе медицинского страхования страны командировки, и после регистрации формы у командированного работника появляется **право получать в стране командировки медицинскую помощь на равных условиях с застрахованными жителями данной страны**.

Если в иностранное государство отправляются на жительство также члены семьи, то при регистрации справки необходимо сообщить о них и они также получают страховку в стране командировки. Медицинские расходы компенсирует стране командировки Больничная касса Эстонии.

Бланк заявления Вы найдёте на домашней странице больничной кассы www.haigekassa.ee ► *Человеку* ► *Бланки и э-услуги*

NB! Заявления для заполнения разные для работодателя и работника!

УЧЁБА В СТРАНЕ-УЧАСТНИЦЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Для того, чтобы с началом обучения за границей продолжалась медицинская страховка в Эстонии, нужно предоставить в Больничную кассу Эстонии подтверждающий обучение в иностранном государстве документ вместе с заявлением-ходатайством о медицинской страховке. Документ, подтверждающий обучение, учащийся получает в своём учебном заведении и он должен содержать контакты учебного заведения (название, адрес); данные обучающегося (имя и фамилия, личный код); продолжительность учебного периода; имя и фамилию представителя учебного заведения, данные средств связи и подпись.

Справку об обучении можно отправлять в больничную кассу по почте или на электронный адрес. Можно также лично доставить её в бюро обслуживания клиентов больничной кассы.

Для компенсации больничной кассой полученных за границей услуг лечения есть три возможности:

- на основании Европейской карточки медицинского страхования;
- на основании предварительного разрешения больничной кассы (плановое зарубежное лечение);
- а также на основании директивы свободного перемещения пациентов ЕС.



Если у Вас возникли вопросы по поводу услуг здравоохранения или медицинской страховки, обращайтесь, пожалуйста, в Больничную кассу!

ИНФОТЕЛЕФОН БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ 16 363* ИЛИ +372 669 6630

- Информация о времени действия страховки и ее ходатайстве
- Информация о льготных лекарствах и денежных компенсациях
- Информация об очередях на лечение
- Информация о медицинских услугах и многое другое

** При звонке на короткий пятизначный инфотелефон Больничной кассы действует тариф выбранного пакета оператора.*

info@haigekassa.ee
www.haigekassa.ee

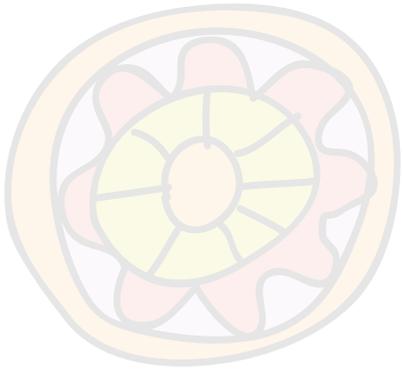
КОНСУЛЬТАЦИЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА 1220* ИЛИ +372 634 66 30

Круглосуточные медицинские рекомендации на эстонском и русском языках

** Консультационный телефон семейного врача 1220 при звонке с настольного телефона является бесплатным в течение первых 5 минут, далее включается обычная для выбранного телефонного тарифа плата. При звонке с мобильного телефона звонящий платит сразу по выбранному тарифу мобильного оператора.*

Э-УСЛУГИ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ НА ПОРТАЛЕ WWW.EESTI.EE

- Информация о семейных врачах и времени действия медицинской страховки
- Заказ Европейской карточки медицинского страхования
- Ходатайство о медицинской страховке
- Информация о рецептах и компенсациях по больничным листам
- Информация о компенсациях за протезы и зубное лечение
- Проверка и изменение данных расчетного счета и контактных данных в базе данных Больничной кассы



ИНФОТЕЛЕФОН

16 363 или +372 669 6630

Для звонка действует обычный тариф телефонного оператора.

По рабочим дням 8:30–16:30

Электронная почта info@haigekassa.ee

www.haigekassa.ee

Консультация семейного врача 1220 или +372 634 66 30

Круглосуточная медицинская консультация на эстонском и русском языках

БЮРО ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТОВ БОЛЬНИЧНОЙ КАССЫ ЭСТОНИИ:

Таллинн

Lastekodu 48, 10144 Таллинн

Пн., Вт., Чт., Пт. 8.30–16.30

Ср. 8.30–18.00

Йыхви

Nooruse 5, 41597 Йыхви

Пн., Вт., Чт., Пт. 8.30–16.30

Ср. 8.30–18.00

Пярну

Rüütli 40a, 80010 Пярну

NB! Почтовый адрес Lai 14,

80010 Пярну

Пн., Вт., Чт., Пт. 8.30–16.30

Ср. 8.30–18.00

Тарту

Põllu 1a, 50303 Тарту

Пн., Вт, Ср., Пт. 8.30–16.30

Чт. 8.30–18.00



Eesti
Haigekassa