

ОПУБЛИКОВАН: ПАЭ, 2003, 10, 377.

Внесены изменения согласно:

1. RT I 2003, 20, 116, принят 29.01.2003, в действии с 10.03.2003 – перевод изменений – ПАЭ, 2003, 10.
2. RT I 2003, 88, 591, принят 17.12.2003, в действии с 01.01.2004 - перевод изменений - Лиза Таммерик.
3. RT I 2004, 37, 253, принят 20.04.2004 в действии с 01.05.2004 – перевод изменений - Лиза Таммерик.
4. RT I 2004, 49, 342, принят 02.06.2004 в действии с 01.07.2004 – перевод изменений - ESTLEX.
5. RT I 2004, 37, 253, принят 20.04.2004 в действии с 01.08.2004 – перевод изменений - Лиза Таммерик.
6. RT I 2004, 56, 400, принят 28.06.2004 в действии с 01.08.2004 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
7. RT I 2004, 75, 520, принят 13.10.2004 в действии с 01.12.2004 – перевод изменений - ESTLEX.
8. RT I 2004, 56, 400, принят 28.06.2004 в действии с 01.01.2005 – перевод изменений - Лиза Таммерик.
9. RT I 2004, 89, 614, принят 16.12.2004 в действии с 01.01.2005 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
10. RT I 2004, 56, 400, принят 28.06.2004 в действии с 01.04.2005 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
11. RT I 2004, 89, 604, принят 08.12.2004 в действии с 01.04.2005 – перевод изменений - Лиза Таммерик.
12. RT I 2005, 57, 451, принят 12.10.2005 в действии с 18.11.2005 – перевод изменений - ESTLEX.
13. RT I 2005, 22, 148, принят 06.04.2005 в действии с 01.01.2006 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
14. RT I 2005, 39, 308, принят 15.06.2005 в действии с 01.01.2006 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
15. RT I 2005, 65, 498, принят 24.11.2005 в действии с 01.01.2006 – перевод изменений – Ирина Савиаук.

16. RT I 2005, 71, 546, принят 15.12.2005 в действии с 01.01.2006 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
17. RT I 2005, 71, 546, принят 15.12.2005 в действии с 01.04.2006 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
18. RT I 2006, 26, 191, принят 17.05.2006 в действии с 01.08.2006 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
19. RT I 2007, 4, 17, принят 21.12.2006 в действии с 29.01.2007 – перевод изменений – Кристина Ноор.
20. RT I 2007, 24, 127, принят 15.02.2007 в действии с 01.01.2008 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
21. RT I 2008, 34, 210, принят 19.06.2008 в действии с 01.08.2008 – перевод изменений – OÜ Juris Peritus.
22. RT I 2008, 3, 22, принят 20.12.2007 в действии с 01.09.2008 – перевод изменений – OÜ Juris Peritus.
23. RT I 2008, 34, 210, принят 19.06.2008 в действии с 01.09.2008 – перевод изменений – OÜ Juris Peritus.
24. RT I 2007, 71, 437, принят 19.12.2007 в действии с 01.10.2008 – перевод изменений – OÜ Juris Peritus.
25. RT I 2008, 56, 313, принят 09.12.2008 в действии с 01.01.2009 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
26. RT I 2008, 60, 331, принят 11.12.2008 в действии с 01.01.2009 – перевод изменений - OÜ Juris Peritus.
27. RT I 2009, 29, 176, принят 21.05.2009 в действии с 19.06.2009 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
28. RT I 2009, 5, 35, принят 17.12.2008 в действии с 01.07.2009 – перевод изменений – Лиза Таммерик.
29. RT I 2009, 15, 93, принят 20.02.2009 в действии с 01.07.2009 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
30. RT I 2009, 29, 176, принят 21.05.2009 в действии с 01.07.2009 – перевод изменений – Мария Силина.
31. RT I 2009, 35, 232, принят 18.06.2009 в действии с 01.07.2009 – перевод изменений – Ирина Савиаук.
32. RT I 2008, 34, 210, принят 19.06.2009 в действии с 01.08.2009 – перевод изменений – OÜ Juris Peritus.

# **ЗАКОН О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

**Принят 19 июня 2002 года**

(RT I, 2002, 62, 377)

## **Глава 1. Общие положения**

### **Статья 1. Сфера регулирования закона**

(1) Настоящий Закон регулирует солидарное медицинское страхование (далее - медицинское страхование).

(2) В случаях противоречия между настоящим Законом и ратифицированным Рийгикогу международным договором применяются положения международного договора.

### **Статья 2. Понятие, принципы и форма медицинского страхования**

(1) Медицинское страхование - это система покрытия расходов на здравоохранение с целью финансирования профилактики и лечения заболеваний застрахованных лиц, приобретения лекарственных и медицинских устройств, а также выплаты компенсаций по временной нетрудоспособности и иных возмещений на условиях и в порядке, установленных настоящим Законом.  
(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

(2) Медицинское страхование основывается на солидарности и ограниченном собственном участии застрахованных лиц и исходит из принципов оказания услуг, соответствующих потребностям застрахованных лиц, равной доступности лечения по регионам и целесообразного использования сумм медицинского страхования.

(3) Медицинское страхование является обязательным страхованием, за исключением медицинского страхования, установленного статьями 22-24 настоящего Закона.

### **Статья 3. Страховщик**

(1) Страховщиком по медицинскому страхованию является Эстонская больничная касса (далее - больничная касса).

(2) Застрахованное лицо выбирает региональное структурное подразделение больничной кассы, в список застрахованных лиц которого оно вносится.

(3) Лица, внесенные в списки застрахованных лиц региональных структурных подразделений больничной кассы, имеют равные права и возможности для

получения возмещений по медицинскому страхованию, если иное не предусматривается настоящим Законом.

#### **Статья 4. Укрепление здоровья**

В финансировании целевых проектов укрепления здоровья больничная касса участвует по согласованию с Министерством социальных вопросов и в пределах сумм, предусмотренных для этой цели в бюджете больничной кассы.

### **Глава 2. Условия страхования**

#### **Раздел 1. Застрахованное лицо**

#### **Статья 5. Застрахованное лицо**

(1) Застрахованным лицом по смыслу настоящего Закона является постоянный житель Эстонии, или лицо, проживающее в Эстонии на основании срочного вида на жительство либо права на проживание, за которые плательщик социального налога обязан платить социальный налог либо которые сами платят за себя социальный налог в порядке, размере и сроки, установленные Законом о социальном налоге, а также лицо, приравненное к этим лицам на основании настоящего Закона или договора, указанного в части 1 статьи 22 настоящего Закона.

(RK s 17.05.2006, в действии с 01.08.2006)

(2) Застрахованным лицом, за которое плательщик социального налога обязан платить социальный налог, является:

1) лицо, работающее на основании заключенного на срок более одного месяца или бессрочного трудового договора, за которое социальный налог обязан платить работодатель;

(RK s 28.06.2004, в действии с 01.08.2004)

2) лицо, состоящее на публичной службе, а также лицо, принятое на службу по контракту в качестве кадрового военнослужащего, член Рийгикогу, Президент Республики и член Правительства Республики, за которых социальный налог обязаны платить через свои учреждения государство или местные самоуправления;

(RK s 10.12.2008, в действии с 02.01.2009)

3) лицо, за которое государство или местное самоуправление обязано платить социальный налог на основании статьи 6 Закона о социальном налоге;

(RK s 08.12.2004 в действии с 01.04.2005)

4) член органа управления или контроля юридического лица по смыслу статьи 9 Закона о подоходном налоге (ПАЭ, 2000, 9, 903; 2001, 15, 49; 21, 69; 37, 359; 43, 480; 44, 283; RT I, 2001, 91, 544; 2002, 23, 131; 41, 253; 44, 284; 47, 297), за которого юридическое лицо на основании пункта 2 части 1 статьи 9 Закона о

социальном налоге обязано ежемесячно платить социальный налог как минимум в размере, исчисленном из суммы месячной ставки, установленной государственным бюджетом на бюджетный год;

5) лицо, получающее заработную плату или плату за услуги на основании заключенного на срок более трех месяцев либо бессрочного договора подряда или поручения либо иного обязательственно-правового договора об оказании услуг, но не включено в коммерческий регистр в качестве предпринимателя - физического лица и за которое на основании пункта 2 части 1 статьи 9 Закона о социальном налоге другая сторона договора обязана ежемесячно платить социальный налог как минимум в размере, исчисленном из суммы месячной ставки, установленной государственным бюджетом на бюджетный год.

(RK s 17.12.2003, в действии с 01.01.2004);

RK s 12.10.2005, в действии с 18.11.2005;

RK s 06.04.2005, в действии с 01.01.2006;

RK s 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

6) лицо, получающее компенсацию по страхованию от безработицы на основании Закона о страховании от безработицы (RT I 2001, 59, 359; 82, 488; 2002, 44, 284; 57, 357; 61, 375; 89, 511; 111, 663; 2003, 17, 95; 88, 591), за которое социальный налог обязана платить Касса по безработице Эстонии на основании пункта 8 части 1 статьи 2 Закона о социальном налоге.

(RK s 28.06.2004, в действии с 01.08.2004)

(3) Застрахованными лицами, которые сами платят за себя социальный налог, являются лица, зарегистрированные в коммерческом регистре в качестве предпринимателей – физических лиц, а также зарегистрированные в региональных структурных подразделениях Налогово-таможенного департамента нотариусы, присяжные переводчики и судебные исполнители, которые в соответствии с Законом о социальном налоге платят социальный налог с дохода от предпринимательской деятельности.

(RK s 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

(4) Приравненным к застрахованным лицам на основании настоящего Закона лицом, за которое не уплачивается социальный налог, является:

1) беременная женщина, чья беременность установлена врачом;

(RK s 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

2) лицо, не достигшее возраста 19 лет;

3) лицо, получающее государственную пенсию, назначенную в Эстонии;

4) находящийся на иждивении застрахованного лица супруг, которому до достижения пенсионного возраста осталось менее пяти лет;

5) обучающиеся в учрежденных и действующих на основе правовых актов эстонских учебных заведениях или равноценных иностранных учебных заведениях учащиеся в возрасте до 21 года, получающие основное образование, учащиеся в возрасте до 24 лет, получающие общее среднее образование, лица, проходящие профессиональное обучение, не требующее наличия основного образования, учащиеся, получающие профессиональное образование на базе основного или среднего образования, и студенты, являющиеся постоянными жителями Эстонии.

(rk s, 24.11.2005 в действии с 01.01.2006;

rk s, 21.12.2006 в действии с 29.01.2007)

## **Раздел 2. Действие страховой защиты**

### **Статья 6. Действие страховой защиты работников и публичных служащих**

(1) Страховая защита лиц, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, наступает по истечении четырнадцатидневного выжидательного периода со дня поступления на работу или службу, если работодатель в течение семи календарных дней со дня поступления лица на работу или службу представляет больничной кассе документы, необходимые для внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты лица. В случае представления работодателем необходимых документов после указанного семидневного срока страховая защита наступает со дня внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, но не ранее чем по истечении четырнадцатидневного выжидательного периода, исчисляемого со дня поступления на работу или службу.

(RK s 15.12.2005 в действии с 01.01.2006)

(2) В случае представления больничной кассе документов, необходимых для внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, в течение действующего срока страховой защиты лица страховая защита продолжается без перерыва на новых основаниях.

(3) Страховая защита лиц, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев после прекращения трудовых или служебных отношений. Работодатель обязан уведомить больничную кассу о прекращении трудовых или служебных отношений в течение десяти календарных дней.

(4) Страховая защита приостанавливается по истечении двух месяцев со дня прекращения уплаты социального налога работодателем, или по истечении двух месяцев со дня приостановления служебных отношений, если работодатель не платит за период приостановления служебных отношений социальный налог. Работодатель обязан уведомить больничную кассу о приостановлении служебных отношений в течение десяти календарных дней. После прекращения приостановления страховая защита продолжается без выжидательного периода.

(RK s 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(5) Положения части 4 настоящей статьи не применяются, если застрахованное лицо вправе получить компенсацию по временной нетрудоспособности.  
(RK s 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

### **Статья 7. Действие страховой защиты лиц, за которых социальный налог платит государство или местное самоуправление**

(1) Страховая защита лица, указанного в пункте 3 части 2 статьи 5 настоящего Закона, наступает со дня внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для включения лица в банк данных медицинского страхования, обязано представить больничной кассе учреждение, через которое государство или местное самоуправление платит за лицо социальный налог.

(2) Страховая защита лица, указанного в пункте 3 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении одного месяца со дня прекращения обязанности уплаты социального налога государством или местным самоуправлением. Учреждение, через которое государство или местное самоуправление платило за лицо социальный налог, обязано уведомить больничную кассу о прекращении обязанности уплаты социального налога в течение десяти календарных дней.

(RK s 08.12.2004 в действии с 01.04.2005)

### **Статья 8. Действие страховой защиты членов органов управления и контроля юридических лиц**

(1) Страховая защита лица, указанного в пункте 4 части 2 статьи 5 настоящего Закона, наступает по истечении трехмесячного выжидательного срока со дня включения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для включения лица в банк данных медицинского страхования, обязано представить больничной кассе юридическое лицо.

(2) В случае представления больничной кассе документов, необходимых для внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, в течение действующего срока страховой защиты лица страховая защита продолжается без перерыва на новых основаниях.

(3) Страховая защита лица, указанного в пункте 4 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев со дня прекращения полномочий члена органа управления или контроля юридического лица. Юридическое лицо обязано представить справку о прекращении полномочий лица в качестве члена органа управления или контроля одновременно с подачей заявления в регистр, регистрирующий членов органов управления или контроля, а больничной кассе не позднее десяти календарных дней со дня принятия решения, служащего основанием для прекращения полномочий лица в качестве члена органа управления или контроля.

(4) Страхование лица, указанного в пункте 4 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается в случае просрочки уплаты социального налога по истечении четырнадцати календарных дней со срока платежа, если обязанность уплаты социального налога не исполнена к указанному сроку надлежащим образом и в полном объеме.

### **Статья 9. Действие страховой защиты лиц, получающих заработную плату и плату за услуги на основании обязательственно-правового договора**

(1) Страхование лица, указанного в пункте 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона, наступает по истечении трехмесячного выжидательного срока со дня внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для включения лица в банк данных медицинского страхования, обязан представить больничной кассе плательщик социального налога.

(2) В случае представления больничной кассе документов, необходимых для внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, в течение действующего срока страховой защиты лица страховая защита продолжается без перерыва на новых основаниях.

(3) Страхование лица, указанного в пункте 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев после прекращения у лица, заключившего с ним договор, обязанности уплаты социального налога. Плательщик социального налога в течение десяти календарных дней обязан уведомить больничную кассу о прекращении обязанности уплаты социального налога.

(4) Страхование лица, указанного в пункте 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается в случае просрочки уплаты социального налога по истечении четырнадцати календарных дней со срока платежа, если обязанность уплаты социального налога не исполнена к указанному сроку надлежащим образом и в полном объеме.

(5) (часть недействительна)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

(6) (часть недействительна)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

### **Статья 9<sup>1</sup>. Период действия страхования лица, получающего компенсацию по безработице**

(1) Действие страхования лица, указанного в пункте 6 части 2 статьи 5 настоящего Закона, начинается с момента внесения в базу данных по медицинскому страхованию записи о начале страхования. Документы, необходимые для внесения лица в базу данных по медицинскому страхованию, в больничную кассу обязана представить Касса по безработице Эстонии.

(2) Страхование лица, указанного в пункте 6 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев с момента прекращения обязанности по уплате социального налога кассой по безработице Эстонии. Касса по безработице Эстонии обязана сообщить в больничную кассу о прекращении обязанности по уплате социального налога в течение десяти календарных дней.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

#### **Статья 10. Действие страховой защиты включенных в регистр предпринимателей-физических лиц**

(1) Страховая защита лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, наступает по истечении четырнадцатидневного выжидательного периода, исчисляемого со дня регистрации лица в коммерческом регистре или регистре субъектов налога. Держатель центральной базы данных регистровых отделов уездных судов или Налогово-таможенный департамент обязан представить в больничную кассу данные, необходимые для включения лица в банк данных медицинского страхования, в течение семи календарных дней со дня регистрации в коммерческом регистре или регистре субъектов налога.

(rk s, 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

(2) В случае представления в больничную кассу документов, необходимых для внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, в течение действующего срока страховой защиты лица страховая защита продолжается без перерыва на новых основаниях.

(3) Страховая защита лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев со дня внесения в коммерческий регистр или регистр субъектов налога записи об исключении. Держатель центральной базы данных регистровых отделов уездных судов и Налогово-таможенный департамент обязаны известить больничную кассу о прекращении деятельности лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, в течение 10 календарных дней со дня внесения записи об исключении.

(rk s, 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

(4) Страховая защита приостанавливается по истечении двух месяцев со дня внесения в коммерческий регистр или регистр субъектов налога записи о приостановлении деятельности лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, в том числе о приостановлении деятельности, имеющей сезонный характер. Держатель центральной базы данных регистровых отделов уездных судов и Налогово-таможенный департамент обязаны известить больничную кассу о приостановлении деятельности предприятий или служебной деятельности лиц в течение 10 календарных дней со дня внесения записи о приостановлении деятельности в коммерческий регистр или регистр субъектов налога.

(rk s, 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

(5) В случае продолжения лицом предпринимательской деятельности после ее приостановления Налогово-таможенный департамент обязан в течение 10

календарных дней представить в больничную кассу сведения об окончании приостановления предпринимательской деятельности. В случае получения сведений страховая защита продолжается без выжидательного периода.

(6) Положения части 4 настоящей статьи не применяются в случае приостановления предпринимательской деятельности на время, когда застрахованное лицо имело право на получение возмещения по временной нетрудоспособности.

(rk s, 15.12.2005 в действии с 01.04.2006)

### **Статья 11. Действие страховой защиты лиц, приравненных к застрахованным лицам**

(1) Страховая защита лица, указанного в части 4 статьи 5 настоящего Закона, наступает со дня внесения в банк данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для включения лица в банк данных медицинского страхования, должно представить больничной кассе само лицо или его законный представитель, либо в случае договоренности с работодателем - работодатель.

(2) Документы, необходимые для включения в банк данных медицинского страхования лица, указанного в пункте 3 части 4 статьи 5 настоящего Закона, обязан представить Департамент социального страхования и в установленных Законом случаях – Канцелярия Рийгикогу.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) Документы, необходимые для включения в банк данных медицинского страхования обучающегося в Эстонии лица, указанного в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, обязано представить Министерство образования и науки. Обучающееся в иностранном государстве лицо, названное в пункте 5 части 4 статьи 5, обязано само представить документы, необходимые для начала действия страхования.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(4) Страховая защита лиц, указанных в пунктах 1-5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, прекращается, если лица не соответствуют условиям, установленным соответствующим пунктом части 4 статьи 5 настоящего Закона, с учетом особенностей, установленных в статье 12 настоящего Закона.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) Лица, представляющие документы, указанные в частях 2 и 3 настоящей статьи, обязаны уведомить в течение десяти календарных дней больничную кассу о прекращении страховой защиты лиц, указанных в пунктах 3 и 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

## **Статья 12. Особенности действия страховой защиты лиц, приравненных к застрахованным лицам**

(1) Страховая защита лица, признанного имеющим стойкую нетрудоспособность, прекращается по истечении трех месяцев со дня прекращения стойкой нетрудоспособности.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(1<sup>1</sup>) Страховая защита лица, указанного в пункте 1 части 4 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении трех месяцев после установления врачом предполагаемой даты родов.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) Страховая защита лица, указанного в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении трех месяцев со дня окончания учебного заведения. Если учащемуся, указанному в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, который получает общее среднее образование, исполняется в течение трех последовательных учебных лет с начала получения общего среднего образования 24 года, то его страховая защита прекращается по истечении трех месяцев со дня окончания учебного заведения.

(rk s, 24.11.2005 в действии с 01.01.2006)

(2<sup>1</sup>) Если достигший возраста 19 лет учащийся, указанный в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, который получает общее среднее образование, в течение трех последовательных учебных лет с начала получения общего среднего образования был исключен из учебного заведения до его окончания, то страховая защита прекращается по истечении с этого момента одного месяца. Если достигший возраста 19 лет учащийся, указанный в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, который получает профессиональное образование, не окончил учебное заведение в течение номинальной продолжительности учебной программы (за исключением случаев, когда это имело место по медицинским показаниям) либо был исключен из учебного заведения до его окончания, то страховая защита прекращается по истечении с этого момента одного месяца. Если указанный в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона студент не окончил учебное заведение в течение года после окончания номинальной продолжительности учебной программы (за исключением случаев, когда это имело место по медицинским показаниям) либо был исключен из учебного заведения до его окончания, то страховая защита прекращается по истечении с этого момента одного месяца.

(RK s 24.11.2005 в действии с 01.01.2006)

(3) Страховая защита приостанавливается на период академического отпуска. Министр социальных вопросов устанавливает своим постановлением условия, при которых страховая защита не приостанавливается на период академического отпуска. После прекращения приостановления страховая защита продолжается без выжидательного периода.

## **Статья 13. Представление документов и данных**

(1) Данные, необходимые для наступления, приостановления или прекращения страховой защиты, представляются в простой письменной форме или приравненной к ней электронной форме.

(2) Документы и данные, необходимые для наступления, приостановления или прекращения страховой защиты, может представлять помимо обязанных представить их лиц также лицо, ходатайствующее о страховой защите, или застрахованное лицо.

(3) Лицо, обязанное представить документы и данные, необходимые для наступления страховой защиты, должно выполнить свою обязанность в течение семи календарных дней со дня возникновения обязанности.

(4) Уведомление больничной кассы о прекращении срочной страховой защиты не требуется, если страховая защита прекращается в связи с истечением срока ее действия. Если лицо, работающее на основании заключенного на определенный срок договора, указанного в пункте 1, 2 или 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона, или принятое на службу на определенный срок, продолжает работу или публичную службу у того же работодателя либо в государственном или муниципальном учреждении после окончания заключенного на определенный срок договора или истечения срока службы, то плательщик социального налога обязан сообщить о продолжении работы или службы в больничную кассу в течение семи календарных дней.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(5) Больничная касса выдает по требованию лица, представляющего документы или данные, справку об их получении.

(6) Министр социальных вопросов устанавливает своим постановлением:

1) перечень документов, необходимых для наступления, прекращения и приостановления страховой защиты, а также состав содержащихся в них данных;

2) в случае необходимости - порядок признания документов, выданных в иностранном государстве.

#### **Статья 14. Ответственность лица, представляющего документы**

(1) Если в случае надлежащего выполнения своей обязанности лицом, обязанным представить документы, необходимые для наступления страховой защиты, у лица, ходатайствующего о получении страховой защиты, могло возникнуть право на получение возмещения по медицинскому страхованию, то вред, причиненный лицу, ходатайствующему о получении страховой защиты, в связи с неполучением возмещений по медицинскому страхованию, обязано возместить лицо, нарушившее обязанность.

(2) (часть недействительна - RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

(3) (часть недействительна - RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

### **Раздел 3. Банк данных медицинского страхования и защита данных**

#### **Статья 15. Банк данных медицинского страхования**

(1) Больничная касса учреждает банк данных в целях выполнения своих задач по медицинскому страхованию.

(2) Официальное наименование банка данных: «Банк данных медицинского страхования».

#### **Статья 16. Ответственный и уполномоченный обработчики банка данных медицинского страхования**

(1) Ответственным обработчиком банка данных медицинского страхования является больничная касса.

(2) Уполномоченным обработчиком банка данных медицинского страхования является больничная касса.

#### **Статья 17. Данные, вносимые в банк данных медицинского страхования**

(1) В банк данных медицинского страхования вносятся следующие данные:

1) персональные данные;

2) данные, служащие основанием для наступления, прекращения и приостановления страховой защиты;

3) данные, служащие основанием для оплаты неденежных возмещений по медицинскому страхованию;

4) данные, служащие основанием для выплаты денежных возмещений по медицинскому страхованию.

(2) Уточненный состав данных, вносимых в банк данных медицинского страхования, устанавливается в положении о ведении банка данных.

(3) Банком данных медицинского страхования в части персональных данных могут пользоваться также суды и судебные исполнители.

(RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

#### **Статья 18. Право на сбор данных**

(1) Больничная касса вправе затребовать от застрахованных лиц или лиц, ходатайствующих о получении страховой защиты, в установленных правовыми актами случаях данные, в том числе персональные данные деликатного характера в той мере, в какой они необходимы для выполнения задач, возложенных законом на больничную кассу.

(2) Больничная касса вправе затребовать от заключивших с ней договор лиц, а также от других лиц, государственных и муниципальных учреждений в установленных правовыми актами случаях данные о застрахованных лицах, в том числе персональные данные деликатного характера, и иные данные, в той мере, в какой они необходимы для выполнения возложенных на больничную кассу задач.

(3) Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, не вправе требовать вознаграждения за представление данных больничной кассе.

(4) Данные могут представляться больничной кассе без ведома и согласия застрахованного лица.

(5) Лица, обязанные представлять данные, должны выполнять свою обязанность незамедлительно, но не позднее срока, сообщенного больничной кассой при затребовании данных, или же в письменной форме мотивировать больничной кассе невозможность надлежащего выполнения указанной обязанности.

(6) Лица, обязанные представлять данные, могут отказаться от их представления путем оспаривания в суде требования о представлении данных или инициирования производства по рассмотрению возражения в соответствии с Законом об административном производстве (ПАЭ, 2002, 5, 354).

## **Статья 19. Внесение записи в банк данных медицинского страхования**

(1) Запись в банк данных медицинского страхования вносится в течение пяти календарных дней со дня поступления в больничную кассу оформленных надлежащим образом документов, служащих основанием для внесения записи.

(2) Обстоятельства, указанные в записи в банке данных медицинского страхования, приобретают правовое значение с момента внесения записи, если законом не предусмотрен иной срок.

(2<sup>1</sup>) Больничная касса вносит запись о возникновении страховой защиты лиц, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, в случае, если Налогово-таможенный департамент представил в больничную кассу данные, подтверждающие уплату социального налога за лицо. Больничная касса обязана сообщить застрахованному лицу и его работодателю о внесении записи в сроки и в порядке, предусмотренные частью 3 настоящей статьи.  
(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2009)

(3) Запись о прекращении или приостановлении страховой защиты может быть внесена больничной кассой по собственной инициативе при наличии у нее достаточных данных о том, что условия страхования лица не выполнены и, по возможности, после предварительного выяснения мнения застрахованного лица. Больничная касса обязана в тот же день в письменной форме уведомить застрахованное лицо о внесении записи. Застрахованное лицо вправе в течение 10 дней со дня получения уведомления представить возражения относительно внесения записи.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

## **Статья 20. Положение о ведении банка данных медицинского страхования**

(1) Положение о ведении банка данных медицинского страхования устанавливается советом больничной кассы.

(2) В положении о ведении банка данных медицинского страхования устанавливаются:

- 1) построение и организационная структура банка данных;
- 2) срок хранения данных в банке данных;
- 3) перечень базовых документов, необходимых для внесения данных в банк данных;
- 4) порядок ведения учета приема и выдачи данных;
- 5) порядок ознакомления с данными и их выдачи, а также размер платы за выдачу данных с Закона о защите персональных данных и Законом о публичной информации и другими правовыми актами;  
(RK s 15.02.2007 в действии с 01.08.2008)
- 6) порядок исправления неправильных данных и уведомления об этом;
- 7) условия и порядок закрытия доступа к данным;
- 8) основы и порядок расширения, ликвидации банка данных и объединения его с другим банком данных;
- 9) иные условия, необходимые для ведения банка данных.

## **Статья 21. Подтверждение наличия страховой защиты**

(1) Лицо, внесенное в банк данных медицинского страхования, в Эстонии для подтверждения наличия страховой защиты представляет документ, удостоверяющий личность. Для подтверждения наличия страховой защиты в других государствах членах Европейского Союза лицо, внесенное в банк данных медицинского страхования, представляет карточку медицинского страхования Европейского Союза или сертификат, заменяющий карточку медицинского страхования Европейского Союза (далее – заменяющий сертификат).

(2) Внесенное в банк данных медицинского страхования лицо, не достигшее пятнадцатилетнего возраста, в Эстонии для подтверждения наличия страховой защиты может представить вместо документа, удостоверяющего личность, карточку медицинского страхования Европейского Союза или, до ее выдачи, карточку больничной кассы.

(3) Условия и порядок выдачи карточку медицинского страхования Европейского Союза и заменяющего сертификата устанавливается постановлением министра социальных вопросов.

(4) Лицо, страховая защита которого приостановлена или прекращена, не имеет права пользоваться карточкой медицинского страхования Европейского союза или замещающим сертификатом.  
(RK s 19.06.2008 в действии с 01.08.2008)

#### **Раздел 4. Приравнение к застрахованным лицам на основании договора**

##### **Статья 22. Приравнение к застрахованным лицам на основании договора**

(1) К застрахованным лицам приравнивается на основании договора:

1) лицо, застрахованное на основаниях, указанных в части 2 или 3 или в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, не менее двенадцати месяцев в течение двух лет, предшествующих месяцу заключения договора, либо лицо, находящееся на его иждивении;

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

2) лицо, получающее пенсию от иностранного государства, если иное не установлено международными договорами.

(2) Указанный в части 1 настоящей статьи договор заключается с больничной кассой лицом или лицами, указанными в пункте 1 или 2 части 1 настоящей статьи, либо в их пользу.

(3) Больничная касса вправе мотивированно отказаться от заключения указанного в части 1 настоящей статьи договора, если лицом надлежащим образом не выполнены ранее заключенные с больничной кассой договоры или положения правовых актов, регулирующих медицинское страхование, либо им представлены больничной кассе заведомо ложные данные.

##### **Статья 23. Применение законов**

(1) На лиц, приравненных к застрахованным лицам на основании договора, указанного в части 1 статьи 22 настоящего Закона, распространяются все предусмотренные настоящим Законом права и обязанности застрахованных лиц, если иное не вытекает из настоящего Закона.

(2) К договору, указанному в части 1 статьи 22 настоящего Закона, применяются положения Обязательственно-правового закона, регулирующие договор страхования, только постольку, поскольку они не противоречат положениям настоящего Закона. К этим договорам не применяются положения Закона о страховой деятельности.

(RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

## **Статья 24. Условия приравнивания к застрахованным лицам на основании договора**

(1) Совет больничной кассы утверждает по предложению правления типовые условия договора, указанного в части 1 статьи 22 настоящего Закона.

(2) Срок действия договора составляет не менее одного года.

(3) Размер страхового взноса, уплачиваемого в календарном месяце на основании договора, составляет произведение последней обнародованной Департаментом статистики суммы средней месячной заработной платы брутто по Эстонии за предыдущий календарный год на 0,13, округленное до полных крон. Больничная касса вправе один раз в год после обнародования Департаментом статистики суммы средней месячной заработной платы брутто за предыдущий календарный год вносить изменения в размер страхового взноса, уплачиваемого в календарном месяце.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(4) Страховая защита наступает по истечении одного месяца со дня заключения договора. В случае заключения договора страхования в период действия страховой защиты по принудительному страхованию страховая защита лица начинается без перерыва с момента прекращения действия страховой защиты по принудительному страхованию.

(5) (часть недействительна - RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

(6) (часть недействительна - RK s 15.06.2005, в действии с 01.01.2006).

(7) Договор прекращается в случае наступления страховой защиты по принудительному страхованию на основании настоящего Закона.

## **Глава 3. Возмещение по медицинскому страхованию**

### **Раздел 1. Общие условия**

## **Статья 25. Понятие и виды возмещения по медицинскому страхованию**

(1) Возмещение по медицинскому страхованию - это качественная и своевременная медицинская услуга, необходимое лекарственное и медицинское устройство, которые предоставляют застрахованному лицу на установленных настоящим Законом условиях больничная касса и лица, заключившие с ней соответствующий договор (неденежное возмещение), а также денежная сумма, которую больничная касса обязана на установленных настоящим Законом условиях выплатить застрахованному лицу за расходы, произведенные им на охрану своего здоровья, и в случае временной нетрудоспособности (денежное возмещение).

(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

(2) Неденежное возмещение по медицинскому страхованию это полностью или частично финансируемые больничной кассой:

1) медицинские услуги, оказанные с целью профилактики или лечения заболеваний (возмещение за медицинские услуги);

2) лекарственные или медицинские устройства (возмещение за лекарственные средства и возмещение за медицинские устройства).

(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

(3) Расходы больничной кассы на возмещение за лекарственные средства не должны превышать 20 процентов от расходов на возмещение за медицинские услуги, предусмотренных в годовом бюджете медицинского страхования. Для покрытия дополнительных расходов на возмещение за лекарственные средства, связанных с непрогнозируемым ростом заболеваний, разрешается по решению совета больничной кассы использовать средства резерва для покрытия риска, предусмотренного статьей 39<sup>1</sup> Закона об Эстонской больничной кассе.

(4) Денежное возмещение по медицинскому страхованию - это выплачиваемые застрахованному лицу больничной кассой:

1) компенсация по временной нетрудоспособности;

2) возмещение за стоматологические услуги, оказываемые совершеннолетним;

3) (пункт недействителен)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

4) дополнительное возмещение за лекарственные средства.

(4<sup>1</sup>) Денежная компенсация медицинского страхования выплачивается за счет больничной кассы на счет получателя компенсации или на основании письменного заявления получателя компенсации на счет третьего лица в Эстонии. На счет получателя компенсации в иностранном государстве денежная компенсация медицинского страхования выплачивается за счет получателя компенсации.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(5) Застрахованное лицо не имеет права требовать обратно от больничной кассы денежные суммы или иное имущество, затраченные на получение услуг либо лекарственных средств или медицинских устройств, входящих в число неденежных возмещений по медицинскому страхованию.

(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

## **Статья 26. Право больничной кассы на обратное требование**

(1) Больничная касса имеет право обратного требования в отношении лиц, ответственных за наступление страхового случая, в связи с которым застрахованные лица получили возмещения по медицинскому страхованию, а

также в отношении страховщиков, обязанных предоставлять возмещения в рамках того же страхового случая.

(2) Больничная касса имеет право обратного требования в отношении ущерба, возникшего в связи с причинением носителем публичной власти вреда здоровью застрахованного лица или нанесением ему телесного повреждения, в размере выплаченного больничной кассой возмещения по медицинскому страхованию в порядке, установленном Законом об ответственности государства (ПАЭ, 2001, 41, 260).

(3) Больничная касса имеет право обратного требования на основании статьи 1041 Обязательственно-правового закона в размере компенсации медицинского страхования, выплаченной больничной кассой в отношении лица, пользовавшегося карточкой медицинского страхования Европейского союза или замещающим сертификатом после приостановления или прекращения страховой защиты.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

## **Статья 27. Территориальность возмещения по медицинскому страхованию**

(1) Застрахованное лицо вправе получать неденежное возмещение по медицинскому страхованию только в Эстонии, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 настоящей статьи и частью 3 статьи 36 настоящего Закона.

(2) Застрахованное лицо может получать возмещение за медицинские услуги в иностранном государстве на основании письменного договора, предварительно заключенного между застрахованным лицом или его законным представителем и больничной кассой, если иное не установлено международными договорами.

(3) Больничная касса может заключить договор о предоставлении застрахованному лицу возмещения за медицинские услуги, оказываемые в иностранном государстве, по ходатайству застрахованного лица или его законного представителя, если:

1) заявленная медицинская услуга и альтернативные ей медицинские услуги в Эстонии не оказываются;

2) застрахованное лицо имеет показания к оказанию заявленной медицинской услуги;

3) доказана медицинская эффективность заявленной медицинской услуги;

4) средняя вероятность достижения цели заявленной медицинской услуги составляет не менее 50 процентов.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(3<sup>1</sup>) Оценка соответствия застрахованного лица критериям, указанным в части 3 настоящей статьи, дается как минимум двумя врачами-специалистами, один из которых является врачом-специалистом, оказывающим застрахованному лицу медицинскую услугу.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(4) Возмещения за стоматологические услуги, оказываемые совершеннолетним, выплачиваются на установленных настоящим Законом условиях независимо от места производства расходов.

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

## **Статья 28. Ограничения на получение возмещения по медицинскому страхованию**

(1) В случае игнорирования застрахованным лицом назначенного врачом обоснованного с медицинской точки зрения лечения оно лишается права на получение возмещения по медицинскому страхованию в связи со случаем заболевания, для профилактики которого или против которого было непосредственно направлено назначенное лечение.

(2) Больничная касса принимает в предусмотренных частью 1 настоящей статьи случаях решение о лишении права на получение возмещения по медицинскому страхованию в порядке, установленном Законом об административном производстве, с учетом особенностей, предусмотренных настоящим Законом.

(3) Застрахованное лицо вправе в течение десяти календарных дней возбудить в порядке, установленном Законом об административном производстве, производство по оспариванию решения больничной кассы, принятого на основании части 2 настоящей статьи.

(4) Положения части 1 настоящей статьи не применяются, если:

1) денежная стоимость возмещения по медицинскому страхованию не оправдывает ограничения застрахованного лица в праве на телесное самоопределение;

2) имеет место существенное вмешательство в право застрахованного лица на телесное самоопределение;

3) у застрахованного лица или его законного представителя имеется уважительная причина для отказа от дачи согласия или прохождения назначенного врачом курса лечения;

4) в результате назначенной медицинской услуги возникает серьезный риск получения застрахованным лицом тяжкого вреда для здоровья или его смерти;

5) назначенная медицинская услуга связана с сильными болями у застрахованного лица или опасностью возникновения постоянных болей.

(5) Застрахованное лицо не имеет права на получение возмещения по медицинскому страхованию, если потребность в получении данного возмещения связана с участием в научных исследованиях, в том числе в клинических исследованиях лекарственных средств.

(6) Право на получение возмещения по медицинскому страхованию теряет силу за давностью по истечении трех лет со дня его возникновения, если иное не установлено настоящим Законом.

## **Раздел 2. Возмещение за медицинские услуги**

### **Подраздел 1. Медицинские услуги**

#### **Статья 29. Объем страховой защиты**

(1) Больничная касса перенимает от застрахованного лица обязанность оплаты медицинских услуг, внесенных в перечень медицинских услуг больничной кассы и оказанных по медицинским показаниям.

(2) Больничная касса не перенимает от совершеннолетнего застрахованного лица обязанность оплаты стоматологических услуг, за исключением случаев, указанных в статье 33 настоящего Закона.

(3) Больничная касса обязана перенять обязанность оплаты медицинских услуг также тогда, когда страховой случай, имевший место в течение периода действия страховой защиты, непосредственно обуславливает необходимость оказания лицу неотложной медицинской помощи после прекращения страховой защиты.

#### **Статья 30. Перечень медицинских услуг больничной кассы**

(1) Перечень медицинских услуг больничной кассы (далее - перечень медицинских услуг) устанавливается постановлением Правительства Республики по предложению министра социальных вопросов, к которому прилагается письменное мнение совета больничной кассы относительно предложения.

(2) В перечне медицинских услуг указываются:

1) наименование медицинской услуги;

2) код медицинской услуги;

3) предельная цена медицинской услуги;

4) максимальный размер перенимаемой от застрахованного лица обязанности по оплате;

5) размер собственного участия застрахованного лица;

6) условия применения предельной цены медицинской услуги, максимального размера перенимаемой от застрахованного лица обязанности по оплате и размера собственного участия застрахованного лица.

(3) Размер собственного участия застрахованного лица - это часть предельной цены медицинской услуги, обязанность оплаты которой не перенимает больничная касса. Размер собственного участия для всех застрахованных лиц является одинаковым и не должен превышать 50 процентов от предельной цены медицинской услуги.

(4) Предельная цена, указанная в перечне медицинских услуг, охватывает все расходы, необходимые для оказания медицинской услуги, за исключением расходов на научную деятельность и на обучение учащихся и студентов.

### **Статья 31. Внесение изменений в перечень медицинских услуг**

(1) При внесении услуги в перечень медицинских услуг учитываются следующие критерии:

- 1) доказанная медицинская эффективность медицинской услуги;
- 2) эффективность расходов на медицинскую услугу;
- 3) необходимость медицинской услуги для общества и ее согласованность с государственной политикой здравоохранения;
- 4) соответствие финансовым возможностям медицинского страхования.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(1<sup>1</sup>) При внесении комплексной услуги в перечень медицинских услуг и внесении изменений в данные, указанные в пунктах 2, 4, 5 и 6 части 2 статьи 30, а также при исключении услуги из перечня медицинских услуг учитываются как минимум критерии, установленные пунктами 3 и 4 части 1 статьи 31 настоящего Закона.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(1<sup>2</sup>) При изменении предельной цены медицинской услуги как минимум учитываются критерии, установленные пунктами 2, 3 и 4 части 1 статьи 31 настоящего Закона.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(2) Уточненное содержание критериев, установленных частью 1 настоящей статьи, лица, оценивающие соответствие критериям, а также условия и порядок оценки устанавливаются постановлением Правительства Республики.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) Медицинская услуга может быть внесена в перечень медицинских услуг с собственным участием застрахованного лица, если:

1) цель оказания медицинской услуги может быть достигнута другими, более дешевыми методами, не связанными с существенно более крупными рисками и в существенной мере не ухудшающими иным образом положение застрахованного лица;

2) медицинская услуга скорее направлена на улучшение качества жизни, чем на лечение заболевания или облегчение его течения;

3) застрахованное лицо, как правило, готово само оплатить медицинскую услугу, а решение застрахованного лица заключить договор об оказании медицинских услуг зависит в первую очередь от перенятия больничной кассой обязанности оплаты медицинских услуг или от размера перенимаемой части обязанности.

(4) Медицинская услуга может быть внесена в перечень медицинских услуг на определенных условиях.

(5) Предложения о внесении изменений в перечень медицинских услуг могут инициировать заинтересованные объединения лиц, оказывающих медицинские услуги, и профессиональные объединения путем переговоров с больничной кассой. Предложение о внесении изменений в перечень медицинских услуг может инициировать больничная касса путем переговоров с объединениями или объединениями по специальностям лиц, оказывающих медицинские услуги.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(6) К представляемому министру социальных вопросов ходатайству о внесении изменения в перечень медицинских услуг прилагаются мнения инициатора внесения изменения и другой стороны переговоров.

### **Статья 32. Плата лицу, оказывающему медицинские услуги**

Порядок перенятия больничной кассой от застрахованного лица обязанности оплаты медицинских услуг и методика исчисления размера платы лицу, оказывающему медицинские услуги, устанавливаются постановлением министра социальных вопросов по предложению совета больничной кассы.

### **Статья 33. Возмещение за стоматологические услуги застрахованному лицу, не достигшему возраста 19 лет**

(1) Больничная касса перенимает обязанность оплаты, вытекающую из договора об оказании стоматологических услуг, заключенного застрахованным лицом, не достигшим возраста 19 лет, или в его пользу, при условии, что оказанная стоматологическая услуга внесена в перечень медицинских услуг.

(2) В отношении застрахованного лица, не достигшего возраста 19 лет, применяются положения части 1 настоящей статьи, а лицо, оказывающее стоматологические услуги, обязано заключить с застрахованным лицом договор об оказании стоматологических услуг, если:

1) застрахованное лицо имеет показания к оказанию стоматологических услуг в течение одного года после достижения им возраста 19 лет, и эти показания были или должны были быть очевидными во время последнего визита застрахованного лица до достижения им возраста 19 лет к лицу, оказывающему стоматологические услуги;  
(RK s 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

2) застрахованное лицо имеет показания к оказанию стоматологических услуг, вытекающие из необходимости исправить последствия стоматологических услуг, оказанных ему до достижения им возраста 19 лет, или обусловленных тем, что ожидаемое выздоровление не наступило в течение одного года после достижения лицом возраста 19 лет.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

### **Статья 34. Профилактика заболеваний**

Больничная касса участвует по согласованию с Министерством социальных вопросов в финансировании целевых проектов профилактики заболеваний в размере сумм, предусмотренных на эти цели в бюджете больничной кассы.

## **Подраздел 2. Договор финансирования лечения**

### **Статья 35. Договор финансирования лечения**

(1) По договору финансирования лечения больничная касса перенимает от застрахованных лиц обязанность оплаты медицинских услуг согласно условиям, предусмотренным договором и правовыми актами.

(2) Договор финансирования лечения является административным договором. К договору финансирования лечения применяются положения главы 7 Закона об административном производстве с учетом особенностей, установленных настоящим Законом.

### **Статья 36. Заключение договора финансирования лечения**

(1) Договор финансирования лечения заключается больничной кассой с лицом или лицами, оказывающими медицинские услуги.

(2) Больничная касса не обязана заключать договоры финансирования лечения со всеми лицами, оказывающими медицинские услуги.

(3) Больничная касса вправе заключать договор финансирования лечения с находящимся в иностранном государстве лицом, оказывающим медицинские услуги. К договору, заключенному с находящимся в иностранном государстве лицом, оказывающим медицинские услуги, применяются предельные цены и максимальные размеры, предусмотренные перечнем медицинских услуг, если больничная касса обязывается перенять обязанность оплаты медицинских услуг, внесенных в перечень медицинских услуг.

(4) При принятии решения относительно заключения договора финансирования лечения и срока действия договора больничная касса оценивает следующие обстоятельства:

- 1) потребность застрахованного лица в услугах и их доступность;
- 2) качество и условия оказания услуг;
- 3) цены услуг;
- 4) возможности оказания услуг в соответствии со стандартными условиями размещения;
- 5) предельное количество лиц, оказывающих медицинские услуги;
- 6) показатели средней нагрузки по оказанию медицинских услуг;
- 7) направления развития государственной политики здравоохранения;
- 8) надлежащее выполнение лицом, оказывающим медицинские услуги, ранее заключенных договоров финансирования лечения или аналогичных договоров;
- 9) наличие или отсутствие задолженности по налоговым платежам и общее экономическое положение лица, оказывающего медицинские услуги;
- 10) надлежащее выполнение лицом, оказывающим медицинские услуги, или его работодателем правовых актов, регулирующих медицинское страхование и здравоохранение.

(4<sup>1</sup>) Больничная касса заключает договор финансирования лечения с учетом обстоятельств, указанных в части 4 настоящей статьи, сроком действия не менее трех лет.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.04.2005)

(4<sup>2</sup>) Если больничная касса с учетом обстоятельств, указанных в части 4 настоящей статьи, впервые заключает договор финансирования лечения с лицом, оказывающим медицинские услуги, то договор заключается сроком действия до трех лет.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.04.2005)

(5) Больничная касса заключает с лицом, содержащим больницу, указанную в программе развития больничной сети, установленной постановлением Правительства Республики на основании части 1 статьи 55 Закона об организации оказания медицинских услуг, договор о финансировании лечения сроком действия не менее пяти лет.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5<sup>1</sup>) Больничная касса заключает с лицом, оказывающим врачебную помощь общего профиля, договор о финансировании лечения на основании утверждения списка семейного врача на срок не менее пяти лет.

(RK s 21.05.2009, в действии с 19.06.2009)

(6) (Часть недействительна - гk s, 28.06.2004 в действии с 01.04.2005)

### **Статья 37. Условия договора финансирования лечения**

В договоре финансирования лечения оговариваются следующие условия:

- 1) срок действия договора;
- 2) сумма перенимаемых больничной кассой от застрахованных лиц обязанностей за единицу времени и общая сумма обязательств, а в случае необходимости - суммы в зависимости от врачебных специальностей или иных оснований, установленных министром социальных вопросов;
- 3) цена, подлежащая уплате за оказание медицинских услуг, с учетом предельной цены и максимального размера, установленных перечнем медицинских услуг;
- 4) минимальный объем оказываемых медицинских услуг;
- 5) список медицинских работников, обязанность оплаты медицинских услуг которых перенимается, а также порядок уведомления о вносимых в указанный список изменениях и согласования их с больничной кассой;
- 6) количество часов в единицу времени, в течение которых лицо, оказывающее медицинские услуги, обязано оказывать застрахованным лицам медицинские услуги;
- 7) срок, в течение которого лицо, оказывающее медицинские услуги, должно представить больничной кассе информацию о перенятии обязанности оплаты медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам;
- 8) случаи, когда условием перенятия от застрахованных лиц обязанности оплаты является предварительное письменное согласование с больничной кассой;
- 9) случаи, когда стороны договора вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор, внести в него изменения либо полностью или частично приостановить его выполнение;
- 10) периодичность представления больничной кассе данных об очередях на лечение и состав представляемых данных;
- 11) порядок и сроки уведомления о медицинских услугах, оказанных застрахованным лицам вне очереди на лечение;

12) объем обязанности представления лицом, оказывающим медицинские услуги, отчетности и данных о застрахованных лицах, а также состав данных;

13) показатели качества и эффективности медицинских услуг;

14) ответственность сторон договора за нарушение договора;

15) иные условия, необходимые для обеспечения эффективного и целесообразного использования сумм медицинского страхования.

### **Статья 38. Очередь на лечение**

(1) Очередь на лечение - это часть ведущегося лицом, оказывающим медицинские услуги, банка данных об ожидающих планового возмещения за медицинские услуги застрахованных лицах, данные которой служат для больничной кассы основанием при перенятии обязанности оплаты.

(2) Больничная касса может заключить договор финансирования лечения только с таким оказывающим медицинские услуги лицом, которое ведет очередь на лечение в соответствии с требованиями, установленными на основании пункта 4 части 1 статьи 56 Закона об организации оказания медицинских услуг, и посредством информационной системы здоровья предоставляет возможность заключить договор об оказании медицинских услуг.

(RK s 20.12.2007 в действии с 01.09.2008)

(3) Максимальная продолжительность пребывания в очереди на лечение утверждается советом больничной кассы. Увеличение максимальной продолжительности пребывания в очереди на лечение не действует в отношении застрахованных лиц, включенных в указанную очередь.

(4) Продолжительность пребывания в очереди на лечение может различаться по региональным структурным подразделениям больничной кассы, однако она не должна превышать максимальную продолжительность пребывания в очереди на лечение.

(5) В очередь на лечение может быть включено только застрахованное лицо, имеющее при включении в очередь доказанную медицинскую потребность в получении медицинской услуги. Из очереди на лечение должно быть незамедлительно исключено застрахованное лицо, которое утратило доказанную медицинскую потребность в получении медицинской услуги. Больничная касса вправе в любое время ознакомиться с очередью на лечение или потребовать ее представления для ознакомления.

(6) Застрахованное лицо вправе получать медицинские услуги вне очереди на лечение при условии, что это не ухудшает возможности для получения медицинских услуг застрахованными лицами, состоящими в очереди на лечение.

### **Статья 39. Перенятие обязанности**

(1) Обязанность оплаты медицинских услуг считается перенятой больничной кассой в случае, если больничная касса в течение 30 календарных дней со дня поступления документов, служащих основанием для перенятия обязанности, в письменной форме не уведомила лицо, оказывающее медицинские услуги, об отказе в перенятии обязанности.

(2) При наличии очереди на лечение больничная касса обязана перенять обязанность оплаты медицинских услуг в случае, если застрахованное лицо ожидало в очереди оказания данной медицинской услуги с перенятием больничной кассой обязанности оплаты до наступления его очереди или свыше предусмотренной максимальной продолжительности пребывания в очереди на лечение.

(3) При наличии очереди на лечение больничная касса не перенимает обязанности оплаты медицинских услуг, оказанных вне очереди на лечение.

(4) Основанием для отказа в перенятии обязанности оплаты медицинских услуг могут являться:

- 1) необоснованность оказания медицинской услуги или недостаточность показаний;
- 2) оказание медицинской услуги по качеству ниже общего уровня медицинской науки;
- 3) несоответствие оказания медицинской услуги условиям, предусмотренным правовыми актами или договором финансирования лечения;
- 4) нарушение прав пациента при оказании медицинской услуги;
- 5) некорректность документов, служащих основанием для перенятия обязанности, не устраненная оказывающим медицинские услуги лицом в течение срока, оговоренного договором финансирования лечения для устранения недостатков;
- 6) допущение лицом, оказывающим медицинскую услугу, при оказании услуги нарушений настоящего Закона или иных правовых актов либо договора, заключенного с больничной кассой.

(5) Больничная касса вправе, а лицо, оказывающее медицинские услуги, обязано в течение одного месяца в письменной форме уведомить застрахованное лицо об отказе больничной кассы в перенятии обязанности оплаты и о причинах отказа. В случае нарушения обязанности уведомления лицо, оказывающее медицинские услуги, лишается права требования от застрахованного лица оплаты медицинских услуг.

(6) Застрахованное лицо вправе предъявлять на требование оплаты, предъявляемое лицом, оказывающим медицинские услуги, такие же возражения, как и больничная касса.

### **Раздел 3. Другое мнение**

#### **Статья 40. Предоставление возможности для получения другого мнения**

(1) Больничная касса перенимает от застрахованного лица обязанность оплаты получения другого мнения в соответствии с перечнем медицинских услуг больничной кассы, если целями получения другого мнения являются выявление правильности диагноза, потребности в лекарственном средстве или медицинской услуге, наличия альтернатив и ожидаемого эффекта, а также рисков, связанных с оказанием услуги.

(2) Застрахованное лицо вправе получить согласно порядку, предусмотренному частью 2 статьи 27 настоящего Закона, другое мнение также в иностранном государстве или от оказывающего медицинские услуги лица, находящегося в иностранном государстве.

(3) Условия и порядок перенятия больничной кассой от застрахованных лиц обязанности оплаты получения другого мнения устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

#### **Раздел 4. Возмещение за лекарственные средства, дополнительное возмещение за лекарственные средства и возмещение за медицинские устройства**

(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

#### **Статья 41. Объем страховой защиты при возмещении за лекарственные средства**

(1) Больничная касса перенимает в объеме и порядке, установленных правовыми актами, обязанность оплаты при розничной продаже лекарственных средств, питательных смесей для грудных младенцев и питательных веществ, не содержащих феноланина (далее – лекарственные средства), необходимых для амбулаторного лечения застрахованных лиц и внесенных в перечень лекарственных средств больничной кассы (далее - перечень лекарственных средств).

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) Больничная касса перенимает обязанность оплаты только в отношении таких лекарственных средств, выданные на которые рецепты соответствуют условиям и форме, установленным постановлением министра социальных вопросов на основании Закона о лекарствах (ПАЭ, 1996, 8, 56; 50/51, 954; 1997, 68-70, 1564; 1998, 21, 554; 1999, 60, 608; 2001, 42, 308; RT I, 2002, 18, 97; 53, 336; 62, 377; 63, 387; 82, 480, 2003, 26, 156; 88, 591). Право на выписывание рецепта имеют семейные врачи, осуществляющие деятельность на основании списка пациентов семейного врача, имеющие лицензию врачи-специалисты и стоматологи, врачи и стоматологи, работающие у лиц, оказывающих медицинские услуги (за исключением оказания скорой медицинской помощи) и имеющих лицензию на оказание специализированной врачебной помощи, а также врачи и стоматологи, работающие в Оборонительных войсках и зарегистрированные в Департаменте

охраны здоровья. Врачи и стоматологи, выдающие рецепты, несут ответственность за обоснованность выдачи рецептов и их соответствие правовым актам.

(rk s, 02.06.2004 в действии с 01.07.2004;

rk s, 10.12.2008 в действии с 02.01.2009)

(3) Больничная касса не перенимает обязанности оплаты при продаже лекарственных средств в отношении следующих составных частей цены:

1) базовая ставка собственного участия на один рецепт, и

2) в отношении лекарственных средств, указанных в части 3 статьи 44 настоящего Закона, - сумма, превышающая максимальный размер возмещения за лекарственные средства на одно указанное в рецепте лекарственное средство, а при наличии предельной цены - также сумма, превышающая предельную цену, или

3) в отношении лекарственных средств, предназначенных для лечения или облегчения течения заболеваний, внесенных в перечень заболеваний, установленный на основании части 1 или 2 статьи 44 настоящего Закона, - сумма, превышающая предельную цену или цену, предусмотренную соглашением о ценах.

4) в отношении лекарственных средств, указанных в части 4<sup>1</sup> статьи 44 настоящего Закона, - сумма платы, превышающая предельную цену или цену, установленную соглашением о ценах.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(4) Сумма, подлежащая оплате на основании перенимаемой больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется в отношении лекарственных средств, указанных в части 3 статьи 44 настоящего Закона, в соответствии с указанным в перечне лекарственных средств льготным процентом из разницы между предельной ценой или розничной ценой лекарственных средств и базовой ставкой собственного участия, с учетом ограничения, установленного пунктом 2 части 3 настоящей статьи.

(5) Сумма, подлежащая оплате на основании перенимаемой больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется в отношении лекарственных средств, указанных в частях 1 и 2 статьи 44 настоящего Закона, в соответствии с указанным в перечне лекарственных средств льготным процентом из разницы между предельной ценой или ценой, указанной в соглашении о ценах, и базовой ставкой собственного участия, с учетом ограничения, установленного пунктом 3 части 3 настоящей статьи.

(6) Сумма, подлежащая оплате на основании перенимаемой больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется в отношении лекарственных средств, перечисленных в части 4 статьи 44 настоящего Закона, в соответствии с указанным в части 4 статьи 44 настоящего Закона льготным процентом из разницы между предельной ценой или ценой, указанной в соглашении о ценах,

и базовой ставкой собственного участия, с учетом ограничения, установленного пунктом 3 части 3 настоящей статьи.

(6<sup>1</sup>) Сумма, подлежащая оплате на основании перенимаемой больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется в отношении лекарственных средств, указанных в части 4<sup>1</sup> статьи 44 настоящего Закона, в соответствии с указанным в части 4<sup>1</sup> статьи 44 настоящего Закона льготным процентом из разницы между предельной ценой или ценой, указанной в соглашении о ценах, или розничной ценой лекарственного средства и базовой ставкой собственного участия, с учетом ограничения, установленного пунктом 4 части 3 настоящей статьи.

(РК s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(7) Если розничная цена лекарственных средств ниже предельной цены или цены, указанной в соглашении о ценах, то сумма, подлежащая оплате на основании перенимаемой больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется из разницы между розничной ценой и базовой ставкой собственного участия.

(8) Больничная касса может по письменному ходатайству застрахованного лица или его законного представителя с приложением к ходатайству письменного заключения врача, лечившего данное лицо, по уважительным причинам и с учетом критериев, приведенных в части 2 статьи 43 и частях 5 и 6 статьи 44 настоящего Закона, перенять в случае продажи лекарственных средств, необходимого для амбулаторного лечения застрахованного лица и внесенного в перечень лекарственных средств, либо лекарственных средств, на импорт и использование которого выдано разовое разрешение, оплату части розничной цены лекарственного средства, за исключением базовой ставки собственного участия.

#### **Статья 42. Предельная цена, соглашение о ценах, базовая ставка собственного участия и максимальный размер возмещения за лекарственные средства**

(1) Предельная цена - это внесенная в перечень лекарственных средств цена, служащая основанием для возмещения за лекарственные средства, содержащие то же действующее вещество и вводимые тем же способом.

(РК s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(1<sup>1</sup>) Предельная цена устанавливается на лекарственные средства в том случае, если в перечень лекарственных средств льгота по которым составляет 100 или 75 процентов, вносится другое содержащее то же действующее вещество и вводимое тем же способом лекарственное средство другого изготовителя лекарственных средств или лица, имеющего торговую лицензию на лекарственные средства либо в перечень одновременно вносятся не менее двух лекарственных средств, содержащих то же действующее вещество и вводимых тем же способом как минимум от двух производителей.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(1<sup>2</sup>) Основанием исчисления предельной цены является покупная цена лекарственного средства в оптовой торговле, на которую начисляются максимальные действующие наценки при оптовой и розничной торговле, а также налог с оборота (далее – максимальная розничная цена). При исчислении предельных цен двух лекарственных средств следует исходить из цены более дешевого лекарственного средства. При наличии не менее двух лекарственных средств предельные цены исчисляются на основании цены лекарственного средства, следующего за самым дешевым по цене лекарственным средством.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(1<sup>3</sup>) Владельцы лицензией на оптовую торговлю лекарственными средствами и владельцы лицензий на производство лекарственных средств, осуществляющие оптовую торговлю лекарственными средствами, обязаны направлять в Министерство социальных дел оптовые покупные цены на все лекарственные средства. Лица, направляющие покупные цены при оптовой торговле лекарственными средствами, условия и порядок направления цен устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) Методика исчисления предельных цен, сроки установления предельных цен, а также условия и сроки их изменения устанавливаются постановлением министра социальных вопросов с учетом положений части 3 статьи 25 настоящего Закона.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(2<sup>1</sup>) Предельные цены лекарственных средств устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(3) На лекарственное средство, уровень цены которого ниже предельной цены или находится на уровне предельной цены, и в случае, когда в Эстонии действительная торговая лицензия имеется только на одно лекарственное средство, содержащее то же действующее вещество и вводимое тем же способом, цена устанавливается соглашением о ценах.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(4) Соглашение о ценах - это регулирующий отдельный случай административный договор относительно лекарственных средств, розничная цена которых ниже или равна предельной цене либо относительно оптовой покупной цены на лекарственные средства, не охваченных предельной ценой, льгота по которым составляет 100 или 75 процентов, заключенный между министром социальных вопросов и производителем лекарственного средства

или лицом, имеющим выданную торговую лицензию на лекарственное средство.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.01.2005)

(5) Основная ставка собственного участия и максимальный размер возмещения за лекарственные средства устанавливаются постановлением министра социальных вопросов с учетом в числе прочего принципа, указанного в части 3 статьи 25 настоящего Закона.

(6) Информация о действующих предельных ценах и ценах, указанных в соглашении о ценах, должна быть доступна для потребителей медицинских услуг на сайтах Министерства социальных вопросов и больничной кассы, в аптеках и у выписывающих рецепты лиц, оказывающих медицинские услуги.

### **Статья 43. Перечень лекарственных средств**

(1) Перечень лекарственных средств устанавливается постановлением министра социальных вопросов.

(2) При установлении перечня лекарственных средств учитываются следующие критерии:

1) потребность застрахованного лица в получении лекарственных средств, вытекающая из оказания медицинских услуг;

2) доказанная медицинская эффективность лекарственных средств и потребность застрахованного лица в получении в ходе лечения других лекарственных средств;

3) экономическая обоснованность использования лекарственных средств;

4) наличие альтернативных лекарственных средств или способов лечения;

5) соответствие денежным средствам медицинского страхования, в том числе принципу, указанному в части 3 статьи 25 настоящего Закона.

(3) Министр социальных вопросов устанавливает своим постановлением порядок составления перечня лекарственных средств и внесения в него изменений, а также уточненное содержание указанных в части 2 настоящей статьи критериев и список лиц, оценивающих соответствие критериям.

(4) В перечень лекарственных средств разрешается вносить только лекарственные средства, на которые в Эстонии имеется действительная торговая лицензия.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) В перечне лекарственных средств указываются:

- 1) действующее вещество и анатомотерапевтический химический код лекарственных средств (код АТС - The Anatomical Therapeutic Chemical Classification);
- 2) лекарственный препарат;
- 3) производитель лекарственных средств;
- 4) заболевания, при которых в случае продажи лекарственных средств, содержащих действующие вещества, предназначенные для лечения или облегчения течения указанных заболеваний, льгота по лекарственному средству составляет 100 процентов;
- 5) заболевания, при которых в случае продажи лекарственных средств, содержащих действующие вещества, предназначенные для лечения или облегчения течения указанных заболеваний, льгота по лекарственному средству составляет 75 процентов.

(РК с 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

б) процентная льгота в зависимости от лекарственных форм, а также силы действия и упаковки лекарственных средств.

(б) Лекарственное средство может быть внесено в перечень лекарственных средств с условием, цель которого:

- 1) обеспечение вступления в силу записи, вносимой в перечень лекарственных средств после заключения соглашения о ценах или установления предельной цены;
- 2) обеспечение исключения лекарственного средства из перечня лекарственных средств по прекращении действия соглашения о ценах;
- 3) установление сниженного льготного процента в отношении лекарственной формы, силы действия или упаковки одного лекарственного средства;
- 4) ограничение права на выписывание лекарственных средств в интересах здоровья застрахованного лица или с целью обеспечения обоснованности выписывания лекарственных средств;
- 5) обеспечение эффективного и целесообразного использования сумм медицинского страхования.

#### **Статья 44. Льготные проценты по лекарственным средствам**

(1) Правительство Республики устанавливает по предложению министра социальных вопросов своим постановлением перечень заболеваний, предназначенные для лечения или облегчения течения которых лекарственные средства вносятся при наличии предельной цены или соглашения о ценах в перечень лекарственных средств со 100-процентной льготой.

(2) Правительство Республики устанавливает по предложению министра социальных вопросов своим постановлением перечень заболеваний, предназначенные для лечения или облегчения течения которых лекарственные средства вносятся при наличии предельной цены или соглашения о ценах в перечень лекарственных средств с 75-процентной льготой. Для детей в возрасте от четырех до шестнадцати лет, лиц, получающих пенсию по нетрудоспособности или по старости на основании Закона о государственном пенсионном страховании ([RT I 2001, 100, 648](#); [2002, 53, 336](#) и [338](#); [61, 375](#); [2003, 20, 116](#); [48, 343](#); [82, 549](#); [88, 589](#); [2004, 16, 120](#)), и застрахованных лиц в возрасте не менее 63 лет применяется 90-процентная льгота при продаже лекарственных средств, внесенных в перечень лекарственных средств с 75-процентной льготой.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) Лекарственные средства, не предназначенные для лечения или облегчения течения заболеваний, указанных в перечне, установленном на основании части 1 или 2 настоящей статьи, вносятся в перечень лекарственных средств с 50-процентной льготой.

(4) Если льгота по лекарственному средству, внесенному в перечень лекарственных средств, составляет 100 или 75 процентов, однако лекарственное средство не используется для лечения или облегчения течения заболеваний, указанных в перечне, установленном на основании части 1 или 2 настоящей статьи, то льготой по лекарственному средству считается 50 процентов.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(4<sup>1</sup>) В случае детей в возрасте до четырех лет к лекарственным средствам, внесенным в перечень лекарственных средств, применяется 100-процентная льгота.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) Правительство Республики руководствуется при установлении перечня заболеваний, указанного в части 1 настоящей статьи, следующими критериями:

- 1) тяжесть заболевания и его опасность для жизни;
- 2) возможность эпидемического распространения заболевания;
- 3) сопряженная с заболеванием необходимость снятия боли и другие гуманные соображения;
- 4) соответствие денежным средствам медицинского страхования, в том числе принципу, указанному в части 3 статьи 25 настоящего Закона.

(6) Правительство Республики руководствуется при установлении перечня заболеваний, указанного в части 2 настоящей статьи, помимо установленных частью 5 настоящей статьи критериев целью обеспечения лечения или

облегчения течения хронических заболеваний, значительно ухудшающих качество жизни.

(7) Заболевание не вносится в перечень заболеваний, указанный в части 1 или 2 настоящего Закона, если его лечение возможно другими более дешевыми способами, которые не связаны с существенно более крупными рисками и не ухудшают иным образом состояние застрахованных лиц.

(8) Заболевание может быть внесено в перечень заболеваний при условии, цель которого заключается в учете необходимости, обусловленной полом, возрастом или медицинскими причинами.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

#### **Статья 45. Заключение соглашения о ценах**

(1) При заключении соглашения о ценах исходят из заинтересованности застрахованных лиц в получении необходимых лекарственных средств по разумной цене, из средств бюджета больничной кассы, предусмотренных для перенятия обязанности оплаты при продаже лекарственных средств, а также из принципа, указанного в части 3 статьи 25 настоящего Закона.

(2) В соглашении о ценах оговариваются следующие условия:

1) оптовая покупная цена лекарственного средства в кронах в отношении всех имеющих 100- и 75-процентную льготу лекарственных форм, силы действия и упаковки лекарственных средств, льгота по которым составляет 100 и 75 процентов;

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

2) предполагаемый объем розничной продажи лекарственного средства в период действия соглашения по ценам в случае, если лекарственное средство является единственным внесенным в перечень лекарственных средств лекарственным средством, содержащее то же действующее вещество и вводимые тем же способом, льгота по которому составляет 100 или 75 процентов;

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

3) срок, в течение которого сторонам запрещается вносить изменения в соглашение о ценах;

4) условия, при наличии которых одна из сторон вправе требовать внесения изменений в соглашение о ценах;

5) срок, к которому стороны должны с целью предотвращения автоматического продления срока действия соглашения о ценах подать ходатайства о внесении изменений в соглашение о ценах;

6) если стороны не приходят к согласию относительно изменения цен - срок, в течение которого производители лекарственных средств обязаны продавать лекарственные средства на эстонском рынке, а больничная касса обязана перенять от застрахованных лиц обязанность оплаты лекарственных средств на прежних основаниях;

7) иные условия и обязанности, необходимые для обеспечения эффективного и целесообразного использования сумм медицинского страхования и выполнения условий соглашения о ценах.

(3) Предложение о заключении соглашения о ценах вносит в Министерство социальных вопросов производитель лекарственных средств или лицо, которому выдано разрешение на продажу лекарственных средств.

(4) Министерство социальных вопросов может делать производителю лекарственных средств или лицу, которому выдана торговая лицензия на лекарственное средство, предписание о заключении соглашения о ценах, если лекарственное средство внесено в перечень лекарственных средств с льготой в размере 100 или 75 процентов.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) В случае неисполнения в срок предписания о заключении соглашения о ценах Министерство социальных вопросов вправе применять штраф в порядке, установленном Законом о субститутивном исполнении и о штрафах. Максимальный размер штрафа составляет 100 000 крон.

(5<sup>1</sup>) Если в течение разумного срока не будет достигнуто соглашение относительно условий заключения или изменения соглашения о ценах, то Министерство социальных вопросов вправе в порядке, установленном на основании части 3 статьи 43 настоящего Закона, инициировать производство по уменьшению процента льготы на лекарственное средство.

(RK s 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(6) Порядок заключения соглашения о ценах устанавливается постановлением министра социальных вопросов.

#### **Статья 46. Перенятие обязанности вносить плату за продажу лекарственных средств**

(1) Обязанность оплаты при продаже лекарственных средств считается перенятой больничной кассой в объеме и на условиях, установленных настоящим Законом, если больничная касса в течение 30 календарных дней со дня поступления документов, служащих основанием для перенятия обязанности, не уведомила розничного продавца лекарственных средств об отказе в перенятии обязанности через Центральный реестр рецептов, установленный статьей 81 Закона о лекарственных средствах.

(2) Больничная касса может отказаться от перенятия обязанности по внесению платы за продажу лекарственных средств, если при продаже лекарственных средств нарушены требования к продаже лекарственных средств.

(RK s 20.12.2007 в действии с 01.09.2008)

#### **Статья 47. Дополнительное возмещение за лекарственные средства**

(1) Суммы в пределах от 6000 до 20 000 крон, уплата которых при покупке в течение календарного года лекарственных средств, необходимых для амбулаторного лечения застрахованного лица и внесенных в перечень лекарственных средств, обоснована и доказана, возмещаются больничной кассой дополнительно (дополнительное возмещение за лекарственные средства).

(2) Размер дополнительного возмещения за лекарственные средства исчисляется больничной кассой на основании заявления застрахованного лица или его законного представителя в соответствии с данными банка данных медицинского страхования.

(3) При исчислении размера дополнительного возмещения за лекарственные средства в расчет не принимаются суммы, уплаченные больничной кассой, а также базовая ставка собственного участия и суммы, превышающие предельную цену или цену, указанную в соглашении о ценах.

(4) Если сумма, исчисленная согласно части 3 настоящей статьи, составляет от 6000 до 10 000 крон, то больничная касса возмещает из части, превышающей 6000 крон, 50 процентов.

(5) Если сумма, исчисленная согласно части 3 настоящей статьи, составляет от 10 000 до 20 000 крон, то больничная касса возмещает помимо суммы, исчисленной согласно части 4 настоящей статьи, 75 процентов от части, превышающей 10 000 крон.

(6) Суммы, исчисленные согласно части 3 настоящей статьи из части, превышающей 20 000 крон, больничной кассой дополнительно не возмещаются.

(7) Уточненный порядок подачи ходатайства и выплаты дополнительного возмещения за лекарственные средства устанавливается постановлением министра социальных вопросов.

#### **Статья 48. Объем страховой защиты при возмещении за медицинские устройства**

(1) Больничная касса принимает в установленных правовыми актами объеме и порядке обязанность оплаты необходимых для застрахованного лица медицинских устройств, внесенных в перечень медицинских устройств больничной кассы (далее – перечень медицинских устройств).

(2) Медицинским устройством в значении настоящего Закона является инструмент, аппарат или прибор, а равно материал или иное изделие, которым застрахованное лицо может пользоваться в качестве обычного пользователя отдельно или комбинированно, по одному или более назначениям, предусмотренным производителем, и основное запланированное действие которого на застрахованное лицо не является фармакологическим, иммунологическим или обменным и является необходимым:

- 1) для наблюдения за ходом болезни, облегчения ее течения или лечения;
- 2) для облегчения течения или лечения травмы.

(3) Медицинским устройством в значении настоящего Закона не является:

- 1) хирургически инвазивное медицинское устройство;
- 2) имплантируемое медицинское устройство;
- 3) активное диагностическое медицинское устройство.

(4) Перечень медицинских устройств и порядок принятия обязанности оплаты медицинских устройств, внесенных в перечень медицинских устройств, устанавливаются постановлением министра социальных вопросов по предложению совета больничной кассы.

(5) В перечне медицинских устройств указывается:

- 1) наименование группы медицинских устройств;
- 2) код медицинского устройства;
- 3) наименование медицинского устройства;
- 4) количество медицинских устройств в торговой упаковке;
- 5) предельная цена медицинского устройства или торговой упаковки медицинских устройств, каковой является розничная цена, оговоренная в ценовом соглашении;
- 6) предельный размер обязанности оплаты, принимаемой от застрахованного лица;
- 7) размер собственного участия застрахованного лица;
- 8) условия применения предельной цены медицинского устройства или торговой упаковки медицинских устройств, предельного размера обязанности оплаты, принимаемой от застрахованного лица, и размера собственного участия застрахованного лица.

(6) Предельный размер обязанности оплаты медицинского устройства, принимаемой больничной кассой от застрахованного лица, составляет 90 или 50 процентов предельной цены медицинского устройства, внесенного в перечень медицинских устройств, или торговой упаковки медицинских устройств, за исключением случая, предусмотренного частью 3 статьи 48<sup>1</sup> настоящего Закона. Предельный размер обязанности оплаты медицинского устройства, принимаемой больничной кассой от застрахованного лица, составляет 50 процентов, если пользованию медицинским устройством существует более дешевый, чем предельная цена медицинского устройства или торговой упаковки медицинских устройств, альтернативный способ лечения или более дешевое медицинское устройство из другой группы медицинских устройств или другое доступное в Эстонии медицинское устройство.

(7) Группа медицинских устройств в значении настоящего Закона объединяет в перечне медицинских устройств медицинские устройства того же действия и назначения.

(8) В перечень медицинских устройств может быть внесено медицинское устройство, в отношении которого больничная касса и производитель или его представитель заключили ценовое соглашение.

(9) Медицинское устройство может быть внесено в перечень медицинских устройств на условиях, целью которых является регулирование выписки медицинского устройства с учетом критериев, установленных частью 1 статьи 48<sup>1</sup> настоящего Закона.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.09.2008)

### **Статья 48<sup>1</sup>. Внесение изменений в перечень медицинских устройств**

(1) При внесении медицинского устройства в перечень медицинских устройств или при исключении его из перечня медицинских устройств учитываются следующие критерии:

- 1) наличие обоснованных с медицинской точки зрения показаний к обычному применению медицинского устройства и наличие альтернативных медицинских устройств или способов лечения;
- 2) оптимальное количество необходимых для лечения медицинских устройств с учетом диагноза, степени тяжести заболевания или других обстоятельств, влияющих на ход лечения;
- 3) соответствие денежным средствам медицинского страхования, в том числе наличие другого публичного источника финансирования;
- 4) расходная эффективность медицинского устройства;
- 5) соответствие медицинского устройства Закону о медицинских устройствах.

(2) При изменении предельной цены, принимаемой за основу в случае принятия больничной кассой обязанности оплаты медицинского устройства, учитываются критерии, установленные пунктами 2 и 3 части 1 настоящей статьи.

(3) Если в перечне медицинских устройств в одну группу медицинских устройств входят два сравнимых медицинских устройства, то, начиная с третьего медицинского устройства, внесенного в перечень медицинских устройств, за основу при принятии больничной кассой обязанности оплаты принимается предельная цена второго по предельной цене сравнимого медицинского устройства, включенного в перечень медицинских устройств.

(4) Возможность применения альтернативного применению медицинского устройства более дешевого, чем предельная цена, способа лечения, более дешевого медицинского устройства из другой группы медицинских устройств или другого доступного в Эстонии более дешевого медицинского устройства оценивается соответствующим объединением врачей-специалистов.

(5) Более точное содержание критериев, установленных частью 1 настоящей статьи, оценщики соответствия критериям и порядок оценки устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

(6) Предложение о внесении изменений в перечень медицинских устройств может быть инициировано производителем медицинских устройств или уполномоченным им представителем путем вступления в переговоры с больничной кассой. Предложение о внесении изменений в перечень медицинских устройств может быть инициировано Департаментом лекарственных средств или больничной кассой путем вступления в переговоры с производителем или уполномоченным им представителем. Ходатайствующий должен сообщить обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для переговоров.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.09.2008)

#### **Статья 49. Принятие обязанности оплаты продажи медицинского устройства и заключаемый с продавцом договор**

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.09.2008)

(1) Обязанность оплаты при продаже медицинских устройств считается перенятой больничной кассой в объеме и на условиях, установленных настоящим Законом, если больничная касса в течение 45 календарных дней со дня поступления документов, служащих основанием для перенятия обязанности, не уведомила розничного продавца медицинских устройств об отказе в перенятии обязанности через Центральный реестр рецептов, установленный статьей 81 Закона о лекарственных средствах.

(RK s 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

(2) Продавец медицинских устройств, за исключением аптеки, заключает с больничной кассой договор, в котором оговариваются следующие условия:

- 1) срок договора;
- 2) обстоятельства, при наличии которых стороны имеют право расторгнуть договор в одностороннем порядке;
- 3) более короткий, чем указанный в части 1 настоящей статьи, срок;
- 4) обстоятельства, при наличии которых условием принятия обязанности является предварительное письменное согласование с больничной кассой;
- 5) объем обязанности продавца медицинских устройств по представлению отчетности и обязанности по представлению больничной кассе сведений о застрахованных лицах, а также состав сведений;
- 6) прочие условия, необходимые для обеспечения эффективного и целесообразного использования денежных средств медицинского страхования.

(RK s 19.06.2008, в действии с 01.09.2008)

(3) За основу при отказе от принятия обязанности оплаты продажи медицинского устройства может быть принято несоответствие продажи медицинского устройства положениям правовых актов или заключенного с

больничной кассой договора.  
(RK s 19.06.2008, в действии с 01.09.2008)

## **Раздел 5. Денежные возмещения**

### **Подраздел 1. Компенсация по временной нетрудоспособности**

#### **Статья 50. Понятие и виды компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Компенсация по временной нетрудоспособности - это денежная компенсация, выплачиваемая больничной кассой на основании листка нетрудоспособности застрахованному лицу, которое в связи с временным освобождением от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо от хозяйственной или профессиональной деятельности не получает дохода, облагаемого персонифицированным социальным налогом.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) Компенсация по временной нетрудоспособности не выплачивается лицам, застрахованным на основаниях, указанных в пункте 3 и 6 части 2 и в части 4 статьи 5 настоящего Закона, а также лицам, приравненным на основании договора к застрахованным лицам.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) Видами компенсации по временной нетрудоспособности являются:

- 1) возмещение по болезни;
- 2) возмещение по родам;
- 3) возмещение по усыновлению (удочерению);
- 4) возмещение по уходу.

#### **Статья 51. Страховой случай по временной нетрудоспособности**

(1) Страховым случаем, при наличии которого застрахованному лицу выплачивается компенсация по временной нетрудоспособности, является:

- 1) заболевание или увечье застрахованного лица, при котором лечащий врач или стоматолог определил, что застрахованное лицо в связи с заболеванием или увечьем временно не способно трудиться на месте своей работы или службы либо продолжать выполнение своих обязанностей или хозяйственную либо профессиональную деятельность;
- 2) карантин, установленный в отношении застрахованного лица;
- 3) предоставление работы, соответствующей состоянию здоровья застрахованного лица на основании части 1 статьи 18 Закона о трудовом

договоре либо временное облегчение условий службы или временный перевод на другую должность на основании статьи 51 Закона о публичной службе; (rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

4) отказ застрахованного лица от работы на основании части 2 статьи 18 Закона о трудовом договоре и его временное освобождение от выполнения служебных обязанностей на основании статьи 51 Закона о публичной службе. (rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(2) Страховым случаем, при котором застрахованному лицу выплачивается возмещение по родам, является отпуск застрахованного лица по беременности и родам. Возмещение по родам выплачивается лицам, указанным в пунктах 4 и 5 части 2 и в части 3 статьи 5 настоящего Закона, без нахождения их в отпуске по беременности и родам.

(3) Страховым случаем, при котором застрахованному лицу выплачивается возмещение по усыновлению (удочерению), является отпуск застрахованного лица по усыновлению (удочерению). Возмещение по усыновлению (удочерению) выплачивается лицам, указанным в пунктах 4 и 5 части 2 и в части 3 статьи 5 настоящего Закона, без нахождения их в отпуске по усыновлению (удочерению).

(4) Страховыми случаями, при которых застрахованным лицам выплачивается возмещение по уходу, являются:

1) уход за больным ребенком в возрасте до 12 лет;

2) уход за больным членом семьи на дому;

3) уход за ребенком в возрасте до трех лет или дефективным ребенком в возрасте до 16 лет, если лицо, осуществляющее уход, само болеет или получает акушерскую помощь.

## **Статья 52. Листок нетрудоспособности**

(1) Листок нетрудоспособности - это удостоверяющий временную нетрудоспособность застрахованного лица и его освобождение от выполнения трудовых или служебных обязанностей документ, который выдается застрахованному лицу его лечащим врачом или стоматологом.

(2) Право на выдачу листков нетрудоспособности имеют семейные врачи, осуществляющие деятельность на основании списка пациентов семейного врача, имеющие лицензию врач-специалист и стоматолог, а также врач и стоматолог, работающие у лица, оказывающего медицинские услуги (за исключением оказания скорой медицинской помощи) и имеющего лицензию на оказание специализированной врачебной помощи. Лица, выдающие листки нетрудоспособности, несут ответственность за правильное определение страхового случая по временной нетрудоспособности и за обоснованность временной нетрудоспособности.

(3) Видами листка нетрудоспособности являются больничный листок, листок нетрудоспособности по родам, листок нетрудоспособности по усыновлению (удочерению) и листок нетрудоспособности по уходу.

(4) Условия и порядок регистрации и выдачи листков нетрудоспособности, а также формы листков нетрудоспособности устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

### **Статья 53. Порядок назначения и выплаты компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Компенсация по временной нетрудоспособности выплачивается на основании листка нетрудоспособности. Если страховой случай, указанный в пункте 1 части 1 или в частях 2 – 4 статьи 51 настоящего Закона, имеет место во время пребывания застрахованного лица в иностранном государстве, то листок нетрудоспособности заменяет справка врача или стоматолога, лечившего лицо в иностранном государстве. По требованию больничной кассы к справке необходимо приложить заверенный лицом, указанным в части 1 статьи 2 Закона о присяжных переводчиках (ПАЭ 2001, 23, 70; 2002, 17, 375; RT I 2002, 102, 600; 2003, 18, 100; 2004, 14, 91) перевод на эстонский язык, связанные с которым расходы несет застрахованное лицо.

(rk s, 20.04.2004, в действии с 01.05.2004;

rk s, 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(1<sup>1</sup>) При страховом случае, указанном в пункте 1 части 1 статьи 51 настоящего Закона, когда застрахованному лицу выплачивается возмещение по болезни на основании части 1<sup>2</sup> статьи 56 настоящего Закона, дополнительным условием назначения и выплаты возмещения является наличие выданной врачом справки.

(rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(2) (Часть недействительна - rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(3) При страховых случаях, указанных в пунктах 3 и 4 части 1 статьи 51 настоящего Закона, дополнительным условием назначения и выплаты возмещения является заключение врача, в котором указывается на необходимость предоставления застрахованному лицу соответствующей состоянию его здоровья работы на основании части 1 статьи 18 Закона о трудовом договоре или перевода его на более легкую должность и описываются рекомендательные условия труда или службы.

(rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(4) Компенсация назначается и выплачивается, если листок нетрудоспособности застрахованного лица и иные документы, необходимые для назначения и выплаты возмещения, представляются больничной кассе не позднее 90-го календарного дня с указанного в листке нетрудоспособности дня, в который лицо приступило к исполнению трудовых или служебных обязанностей либо возобновило трудовую или профессиональную деятельность. Компенсация не назначается и не выплачивается, если листок нетрудоспособности представлен позже срока, установленного в настоящей части.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) Листок нетрудоспособности и иные документы, необходимые для назначения и выплаты возмещения, представляются больничной кассе работодателем застрахованного лица в течение семи календарных дней со дня получения от застрахованного лица листка нетрудоспособности. Застрахованное лицо может само представить листок нетрудоспособности и иные документы, необходимые для назначения и выплаты возмещения.

(6) Компенсация по временной нетрудоспособности перечисляется в течение 30 календарных дней со дня поступления в больничную кассу надлежащим образом оформленных документов. В случае просрочки выплаты больничная касса обязана платить пеню в соответствии с законом.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(7) Состав необходимых для назначения и выплаты компенсации по временной нетрудоспособности документов и данных, а также порядок назначения и выплаты компенсации устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

#### **Статья 54. Размер компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Больничная касса выплачивает застрахованному лицу за один календарный день компенсацию по временной нетрудоспособности, исчисленную из среднего дохода за один календарный день, в следующих размерах:

1) в случаях оказания стационарных и амбулаторных медицинских услуг, отказа от выполнения работы, не соответствующей состоянию здоровья, временного освобождения от исполнения служебных обязанностей и объявления карантина - 70 процентов;

(rk s, 18.06.2009, в действии с 01.07.2009)

1<sup>1</sup>) в случаях осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет или за дефективным ребенком в возрасте до 16 лет, если лицо, осуществляющее уход, само болеет или ему оказывается медицинская помощь при родах, осуществления ухода за больным членом семьи в домашних условиях и осуществления ухода за больным ребенком в возрасте до 12 лет в стационаре или в домашних условиях - 80 процентов;

(rk s, 18.06.2009, в действии с 01.07.2009)

2) (Пункт недействителен - rk s, 18.06.2009, в действии с 01.07.2009)

3) (Пункт недействителен - rk s, 18.06.2009, в действии с 01.07.2009)

4) в случае нахождения в отпуске по беременности и родам - 100 процентов;

5) в случае нахождения в отпуске по усыновлению (удочерению) - 100 процентов;

б) в случае заболевания или травмы, обусловленными профессиональным заболеванием или возникшими вследствие несчастного случая на производстве - 100 процентов;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

7) в случае пресечения преступления либо защиты государственных и общественных интересов, а также спасания человеческой жизни - 100 процентов.

(2) При исчислении суммы компенсации 50 и более центов округляются до одной кроны, а сумма менее 50 центов в расчет не принимается.

(3) В случае предоставления работнику соответствующей состоянию его здоровья работы на основании части 1 статьи 18 Закона о трудовом договоре или временного перевода служащего на другую должность либо временного облегчения условий его службы больничная касса выплачивает застрахованному лицу возмещение в такой сумме, чтобы возмещение вместе с получаемой за данный период заработной платой после деления на количество календарных дней в данном периоде равнялись среднему доходу застрахованного лица за один календарный день.

(rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

## **Статья 55. Исчисление среднего дохода за один календарный день**

(1) Средний доход за один календарный день исчисляется исходя из представленных Налогово-таможенным департаментом данных о доходах, вычисленных на основании начисленного или уплаченного за застрахованное лицо социального налога, и из представленных указанными в пунктах 1, 2, 4 и 5 части 2 и в части 3 статьи 5 настоящего Закона лицами данных, подтверждающих право на получение возмещения. При исчислении среднего дохода за один календарный день не учитывается социальный налог, уплаченный государством, волостью или городом на основании пунктов 1–3 и 6–13 части 1 и части 1<sup>1</sup> статьи 6 Закона о социальном налоге.

(21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

(2) Средний доход за один календарный день лица, застрахованного на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, определяется путем деления суммы доходов, вычисленных на основании социального налога, начисленного за застрахованное лицо за календарный год, предшествовавший календарному году указанного в листке нетрудоспособности первого дня освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей, на 365.

(rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

(3) Если в календарном году, принятом за основу при исчислении среднего дохода за один календарный день, за лицо, застрахованное на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, не уплачивался социальный налог, то средний доход за один календарный день исчисляется путем деления суммы оговоренной с работником заработной платы на 30, но он не должен превышать показателя, полученного путем деления установленной Правительством

Республики минимальной месячной ставки заработной платы на 30. Исчисление среднего дохода за один календарный день производится на основании оговоренной с работником заработной платы по состоянию на день, предшествующий указанному в листке нетрудоспособности первому дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей, или установленной Правительством Республики минимальной месячной ставки заработной платы. (rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(4) Если средний доход за один календарный день, исчисленный в установленном частью 2 настоящей статьи порядке, меньше среднего дохода за один календарный день, исчисленного в установленном частью 3 настоящей статьи порядке, то средний доход за один календарный день исчисляется в порядке, установленном частью 3 настоящей статьи.

(5) Средний доход за один календарный день лиц, застрахованных на основании пункта 4 или 5 части 2 или части 3 статьи 5 настоящего Закона, исчисляется путем деления суммы дохода, исчисленного на основании социального налога, уплаченного за застрахованное лицо или им самим в календарном году, предшествовавшем календарному году указанного в листке нетрудоспособности первого дня освобождения от выполнения трудовых обязанностей, вытекающих из указанного в пунктах 4 и 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона договора, либо от хозяйственной или профессиональной деятельности, на 365.  
(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004;  
rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(6) Если за лицо, застрахованное на основании пункта 4 или 5 части 2 или части 3 статьи 5 настоящего Закона, в календарном году, принятом за основу при исчислении среднего дохода за один календарный день, не уплачивался социальный налог, то средний доход за календарный день исчисляется путем деления месячной ставки, указанной в части 5 статьи 2 Закона о социальном налоге, на 30. При исчислении среднего дохода за один календарный день исходят из указанной в части 5 статьи 2 Закона о социальном налоге месячной ставки по состоянию на день, предшествовавший дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей либо от хозяйственной или профессиональной деятельности.

(7) Положения части 6 настоящей статьи не применяются, если в день, предшествовавший указанному в листке нетрудоспособности первому дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей, застрахованное лицо не имело обязанности уплаты авансовых платежей по социальному налогу.

(8) Если застрахованное лицо одновременно имеет право на компенсацию по временной нетрудоспособности на основании частей 2 и 5 настоящей статьи, то средний доход за один календарный день исчисляется на наиболее выгодном для застрахованного лица основании.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

## **Статья 56. Право на получение компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Право на получение возмещения по болезни возникает с девятого дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей.

(rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(1<sup>1</sup>) Если основанием обязанности выплаты возмещения по болезни является временный отказ работника от выполнения трудовых заданий на основании части 2 статьи 18 Закона о трудовом договоре или временное освобождение от выполнения служебных обязанностей, то возмещение по болезни исчисляется со второго дня временного отказа или временного освобождения работника или служащего от выполнения трудовых заданий или служебных обязанностей.

(rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

(1<sup>2</sup>) При страховом случае, предусмотренном пунктом 1 части 1 статьи 51 настоящего Закона, у указанных в пунктах 1,2,4 и 5 части 2 и в части 3 статьи 5 настоящего Закона лиц в связи с беременностью возникает право на получение возмещения по болезни со второго дня освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности, указанного в листке нетрудоспособности.

(rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009;

rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

(1<sup>3</sup>) Если основанием выплаты возмещения по болезни являются пункты 6 и 7 части 1 статьи 54 настоящего Закона, то при наступлении страхового случая, указанного в пункте 1 части 1 статьи 51 настоящего Закона, право на получение возмещения по болезни возникает со второго дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности.

(rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

(2) Если основанием обязанности выплаты возмещения по болезни является предоставление работы, соответствующей состоянию здоровья работника, временный перевод служащего на другую должность либо облегчение условий службы, то возмещение исчисляется с первого дня поступления работника или служащего на новую работу или должность, либо на работу или должность с облегченными условиями службы.

(rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(3) Право на получение возмещения по уходу, по родам или по усыновлению (удочерению) возникает с первого дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей.

## **Статья 57. Период, принимаемый за основу при исчислении возмещения по болезни**

(1) В случае заболевания или увечья застрахованное лицо имеет право на получение возмещения по болезни до указанного в листке нетрудоспособности дня восстановления трудоспособности или дня установления стойкой нетрудоспособности, но не более чем за 240 календарных дней подряд при туберкулезе или 182 календарных дней подряд при каком-либо ином заболевании.

(2) В случае длительной временной нетрудоспособности лечащий врач застрахованного лица направляет необходимые для проведения экспертизы документы не позднее 121-го дня, а при заболевании туберкулезом - не позднее 178-го дня со дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей в Департамент социального страхования, продленный на основании решения которого больничный листок служит основанием для продолжения выплаты возмещения по болезни после наступления указанного в настоящей части срока.

(rk s, 19.12.2007 в действии с 01.10.2008)

(3) В случае карантина застрахованное лицо имеет право на получение возмещения по болезни до дня прекращения установленного уездным старейшиной карантина, но не более чем за семь календарных дней.

(4) (Часть недействительна - rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(5) Застрахованное лицо имеет право на получение возмещения по болезни не более чем за 250 календарных дней в календарном году.

(6) Застрахованные лица, получающие пенсию по нетрудоспособности на основании Закона о государственном пенсионном страховании, и застрахованные лица, достигшие возраста 65 лет, в случае заболевания или травмы имеют право на получение возмещения по болезни по одному заболеванию не более чем за 60 календарных дней подряд и в общей сложности не более чем за 90 календарных дней в календарном году.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(7) Если причиной временной нетрудоспособности застрахованного лица, получающего государственную пенсию по нетрудоспособности, является заболевание или травма, которые не являются причиной для назначения ему пенсии по нетрудоспособности, то положения частей 2 и 6 настоящей статьи не применяются при назначении ему возмещения по болезни.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

### **Статья 58. Период, принимаемый за основу при исчислении возмещения по родам и возмещения по усыновлению (удочерению)**

(1) Беременная имеет на основании листка нетрудоспособности по родам право на получение возмещения по родам за 140 календарных дней, если она ушла в отпуск по беременности и родам не позднее чем за 30 календарных дней до определенного врачом предполагаемого дня родов. Право беременной на получение возмещения по родам сокращается на количество дней, на которое она ушла в отпуск по беременности и родам позднее указанного в настоящей

части срока.

(rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(2) Если беременной предоставлена работа, соответствующая состоянию ее здоровья, или служебные обязанности облегчены во время беременности, то она имеет право на получение возмещения по родам за 140 календарных дней, если она вышла в отпуск по беременности и родам не позднее чем за 70 календарных дней до определенной врачом предполагаемой даты родов. Право беременной на получение возмещения по родам сокращается на количество дней, на которое она ушла в отпуск по беременности и родам позднее указанного в настоящей части срока.

(rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009;

rk s, 20.02.2009, в действии с 01.07.2009)

(3) Лица, указанные в пунктах 4 и 5 части 2 и в части 3 статьи 5 настоящего Закона, имеют на основании листка нетрудоспособности по родам право на получение возмещения по родам за 140 календарных дней. Право беременной на получение возмещения по родам уменьшается на количество дней, на которые листок по родам был выписан позже срока, установленного частью 1 настоящей статьи.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004;

rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(4) На основании листка нетрудоспособности по усыновлению (удочерению) один усыновитель (удочеритель) ребенка в возрасте до десяти лет имеет право на получение возмещения по усыновлению (удочерению) за 70 календарных дней.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

### **Статья 59. Период, принимаемый за основу при исчислении возмещения по уходу**

(1) Застрахованное лицо имеет на основании листка нетрудоспособности по уходу право на получение возмещения по уходу в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 12 лет не более чем за 14 календарных дней и в случае ухода за другими больными членами семьи на дому - не более чем за семь календарных дней.

(2) Застрахованное лицо имеет на основании листка нетрудоспособности по уходу право на получение возмещения по уходу не более чем за десять календарных дней в случае ухода за ребенком в возрасте до трех лет или ухода за дефективным ребенком в возрасте до 16 лет, если лицо, осуществляющее уход, само болеет или получает акушерскую помощь.

(3) На основании листка нетрудоспособности по уходу, выданного по одному случаю ухода нескольким лицам, осуществляющим уход, указанные лица имеют право на получение возмещения по уходу в общей сложности за календарные дни, число которых не превышает указанное в частях 1 и 2 настоящей статьи количество.

## **Статья 60. Ограничение права на получение компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Застрахованное лицо не имеет права на получение компенсации по временной нетрудоспособности, если:

1) заболевание или увечье застрахованного лица или лица, за которым осуществляется уход, обусловлены его умыслом;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

2) заболевание или увечье застрахованного лица или лица, за которым осуществляется уход, обусловлено состоянием опьянения, установленным в порядке, предусмотренном Законом о дорожном движении (ПАЭ, 2001, 12, 6; 2003, 6; RT I 2003, 32, справка; 78, 522; 2004, 30, 208; 46, 329), или в ходе проведенной врачом экспертизы;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

3) застрахованное лицо или лицо, за которым осуществляется уход, игнорирует назначенное врачом обоснованное с медицинской точки зрения лечение, что препятствует выздоровлению;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

4) застрахованное лицо не является без уважительной причины на прием к врачу в назначенное время;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

5) застрахованное лицо получает за период временной нетрудоспособности облагаемый социальным налогом доход, указанный в пункте 1 или 3 части 1 статьи 2 Закона о социальном налоге;

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

б) (пункт недействителен)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

(2) Если застрахованное лицо или лицо, за которым осуществляется уход, выполняет в период временной нетрудоспособности трудовые или служебные обязанности либо занимается предпринимательской деятельностью, то оно лишается права на получение компенсации по временной нетрудоспособности со дня выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления предпринимательской деятельности.

(3) Если застрахованное лицо или лицо, за которым осуществляется уход, не является без уважительной причины на прием к врачу в назначенное время, то

оно лишается права на получение компенсации по временной нетрудоспособности со дня неявки на прием к врачу.

(4) Застрахованное лицо не имеет права на получение компенсации по временной нетрудоспособности, если в момент наступления временной нетрудоспособности застрахованное лицо находится:

- 1) в отпуске;
- 2) во время отпуска на основании листка нетрудоспособности по уходу.

(rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(5) В случаях, перечисленных в части 4 настоящей статьи, у застрахованного лица возникает право на получение возмещения со дня, когда оно прерывает отпуск и приступает или обязано приступить к выполнению трудовых или служебных обязанностей.

(rk s, 17.12.2008, в действии с 01.07.2009)

(6) Застрахованное лицо, имеющее право на получение возмещения по родам или усыновлению (удочерению), не имеет права на получение за тот же период возмещения по болезни или уходу. Застрахованное лицо, имеющее право на получение возмещения по болезни, не имеет права на получение за тот же период возмещения по уходу.

#### **Статья 61. Запрет на допуск временно нетрудоспособного застрахованного лица к работе или службе**

(1) Работодатель не должен допускать застрахованное лицо, указанное в пункте 1 или 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, к выполнению трудовых или служебных обязанностей в течение указанного в листке нетрудоспособности периода освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей.

(2) В случае нарушения указанного в части 1 настоящей статьи запрета застрахованное лицо лишается права на получение компенсации по временной нетрудоспособности со дня нарушения.

#### **Статья 62. Права больничной кассы при выплате компенсации по временной нетрудоспособности**

(1) Больничная касса может своим решением продлить срок выплаты компенсации по временной нетрудоспособности на срок до 30 календарных дней, если имеется обоснованное сомнение в том, что лицо не имеет права на получение компенсации. Если сомнение окажется необоснованным, то больничная касса обязана платить пеню со дня, указанного в части 6 статьи 53 настоящего Закона.

(2) Больничная касса обязана до принятия указанного в части 1 настоящей статьи решения предоставить застрахованному лицу срок не менее пяти календарных дней для представления своего мнения и возражений по делу.

(3) Больничная касса может сделать о неосновательно выплаченной компенсации по временной нетрудоспособности предписание с предупреждением и востребовать от застрахованного лица неосновательно выплаченную компенсацию по временной нетрудоспособности или удержать ее из выплат за последующие периоды.

(4) Если неосновательная выплата компенсации по временной нетрудоспособности имела место вследствие представления работодателем застрахованного лица неправильных данных либо в связи с нарушением запрета, указанного в части 1 статьи 61 настоящего Закона, то больничная касса может сделать предписание с предупреждением и востребовать от работодателя застрахованного лица неосновательно выплаченную компенсацию.

(5) Больничная касса должна востребовать от работодателя разницу между возмещением в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, выплаченным на основании пункта 6 части 1 статьи 54 настоящего Закона в размере 100 процентов, и, в зависимости от режима лечения, возмещением, исчисленным на основании пункта 1 или 2 части 1 указанной статьи в размере 80 процентов.

(6) В случае невыполнения предписания в течение срока, указанного в предупреждениях, названных в частях 3 и 4 настоящей статьи, больничная касса вправе передать предписание для принудительного исполнения в порядке, предусмотренном Кодексом об исполнительном производстве.  
(РК с 15.06.2005, в действии с 01.01.2006)

## **Подраздел 2. Иные денежные возмещения**

### **Статья 63. Возмещение за стоматологические услуги совершеннолетнему**

(1) Больничная касса возмещает лицам, которым на основании Закона о государственном пенсионном страховании назначена пенсия по нетрудоспособности или пенсия по старости, а также застрахованным лицам в возрасте старше 63 лет, беременным женщинам, матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, лицам, у которых вследствие оказанной им медицинской услуги возникла повышенная потребность в получении стоматологической услуги, сумму, уплаченную в течение одного календарного года за стоматологические услуги, в размере, на условиях и в порядке, установленных постановлением министра социальных вопросов.  
(РК с 09.12.2008, в действии с 01.01.2009)

(2) Министр социальных вопросов устанавливает своим постановлением повышенный размер возмещения для беременных, матерей, имеющих детей в возрасте до одного года, и лиц, у которых в результате оказанных им медицинских услуг возникла повышенная потребность в получении стоматологических услуг.

(3) Больничная касса возмещает лицам, которым на основании Закона о государственном пенсионном страховании назначена пенсия по нетрудоспособности или пенсия по старости, и застрахованным лицам, достигшим возраста 63 лет, один раз в три года сумму, уплаченную за зубные протезы, в размере, на условиях и в порядке, установленных постановлением министра социальных вопросов.

(rk s, 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

(4) (Часть недействительна - rk s, 19.06.2008, в действии с 01.08.2008)

**Статья 64.** (статья недействительна)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

**Статья 65. Документы, служащие основанием для выплаты совершеннолетнему возмещения за стоматологическую помощь**

Перечень документов, необходимых для получения совершеннолетним возмещения за стоматологическую помощь, состав содержащихся в них данных и порядок представления документов устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

**Статья 66. Привязка возмещения за стоматологические услуги совершеннолетнему к определенному временному периоду**

Если у застрахованного лица не возникло в течение календарного года права на получение возмещения за стоматологические услуги совершеннолетним частично или в полном размере в связи с тем, что застрахованное лицо не понесло возмещаемых расходов или понесло их в меньшем возмещаемом размере, то выплачиваемое в следующем календарном году возмещение не увеличивается на сумму неполученного возмещения или на неполученную часть возмещения.

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

## **Раздел 6. Дополнительная плата и дополнительное собственное участие застрахованных лиц**

### **Подраздел 1. Общие условия**

**Статья 67. Дополнительная плата и запрет на ее расширение**

(1) Дополнительная плата по смыслу настоящего Закона - это расходы, покрываемые застрахованным лицом помимо собственного участия с целью получения возмещения по медицинскому страхованию, обязанность оплаты которых не перенимается больничной кассой. Дополнительными платами являются плата за визит и плата за койко-день.

(2) Дополнительная плата не возмещается больничной кассой.

(3) Лицо, оказывающее медицинские услуги и заключившее с больничной кассой договор финансирования лечения, не вправе требовать от застрахованного лица участия в оплате медицинских услуг, внесенных в перечень медицинских услуг, помимо оплаты собственного участия, указанного в перечне медицинских услуг, перечне лекарственных средств и перечне медицинских устройств, иным образом, кроме как на основаниях и в объемах, предусмотренных настоящим разделом.

(РК с 20.12.2007, в действии с 01.09.2008)

### **Статья 68. Обязанность оказания медицинских услуг в стандартных условиях размещения**

(1) Оказывающее медицинские услуги лицо, с которым больничной кассой заключен договор финансирования лечения, обязано обеспечить для застрахованного лица на время получения стационарных медицинских услуг размещение в стандартных условиях.

(2) Стандартные условия размещения устанавливаются постановлением министра социальных вопросов.

(3) При оказании медицинских услуг в условиях, улучшенных по сравнению со стандартными условиями размещения, лицо, оказывающее услуги, может потребовать от застрахованного лица в соответствии с прейскурантом, установленным лицом, оказывающим услуги, оплаты стоимости предлагаемых дополнительных удобств. Лицо, оказывающее медицинские услуги, обязано при заключении договора финансирования лечения представить больничной кассе указанный прейскурант и ознакомить с ним застрахованное лицо до оказания медицинских услуг.

(4) Застрахованное лицо вправе потребовать от лица, оказывающего медицинские услуги, оказания услуг в стандартных условиях размещения. Если лицо, оказывающее медицинские услуги и заключившее с больничной кассой договор финансирования лечения, может оказывать медицинские услуги только в условиях, улучшенных по сравнению со стандартными условиями размещения, то оно не вправе потребовать от застрахованного лица внесения платы, указанной в части 3 настоящей статьи.

### **Подраздел 2. Плата за визит, дополнительное собственное участие, плата за койко-день и плата за выдачу документа**

#### **Статья 69. Плата за визит на дом**

(1) Лицо, оказывающее врачебную помощь общего профиля, может потребовать от застрахованного лица внесения платы за визит на дом.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) В случае одного визита на дом плата за визит не может превышать максимального размера платы за визит, приведенного в части 1 статьи 72

настоящего Закона, независимо от числа застрахованных лиц из расчета на один визит на дом.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) Не разрешается требовать плату за визит на дом у беременной женщины и у застрахованного лица, не достигшего возраста двух лет.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004;

rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

#### **Статья 70. Плата за визит и дополнительное собственное участие при оплате амбулаторной специализированной врачебной помощи**

(1) В случае оказания амбулаторной специализированной врачебной помощи на основании направления, выданного лицом, оказывающим врачебную помощь общего профиля или лицом, оказывающим специализированную врачебную помощь, либо без направления в случае, предусмотренном частью 3 настоящей статьи, лицо, оказывающее специализированную врачебную помощь, вправе требовать от застрахованного лица внесения платы за визит.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(2) В случае оказания амбулаторной специализированной врачебной помощи без направления лица, оказывающего врачебную помощь общего профиля или лица, оказывающего специализированную врачебную помощь, больничной кассой не перенимается обязанность оплаты медицинских услуг (дополнительное собственное участие), за исключением случаев, указанных в части 3 настоящей статьи.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(3) В случае оказания амбулаторной специализированной врачебной помощи без направления лица, оказывающего врачебную помощь общего профиля, или лица, оказывающего специализированную врачебную помощь, больничной кассой перенимается обязанность оплаты медицинских услуг у застрахованного лица в случае оказания специализированной врачебной помощи в связи с травмой, хроническим заболеванием, туберкулезом, глазным, кожным или венерологическим заболеванием либо в случае оказания ему гинекологической или психиатрической помощи. Хроническим заболеванием по смыслу настоящего Закона является заболевание, при котором требуются постоянное наблюдение за пациентом в соответствии с общепризнанными рекомендациями по лечению и корректировка лечения врачом-специалистом.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(4) Не разрешается требовать от застрахованного лица платы при направлении застрахованного лица к лицу, оказывающему амбулаторную специализированную врачебную помощь, то есть, к другому медицинскому работнику, работающему у того же лица, оказывающего медицинские услуги, либо к медицинскому работнику, оказывающему эту же медицинскую услугу, но работающему у другого лица, оказывающего медицинские услуги.

(rk s, 28.06.2004 в действии с 01.08.2004)

(5) Не разрешается требовать плату за визит, если:

1) амбулаторная специализированная врачебная помощь оказывается беременной женщине;

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005;  
rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

2) амбулаторная специализированная врачебная помощь оказывается застрахованному лицу, не достигшему возраста двух лет;  
(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

3) непосредственно за оказанием неотложной амбулаторной специализированной врачебной помощи следует оказание стационарных медицинских услуг.

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)

(6) Если пациент откажется от договора оказания медицинской услуги менее чем за 24 часа до оговоренного времени оказания услуги или не явится в оговоренное для оказания услуги время в место исполнения договора, то при выполнении следующего договора об оказании медицинской услуги лицо, оказывающее медицинские услуги, вправе потребовать от пациента внесения платы за визит в двойном размере.

(RK s 20.12.2007 в действии с 01.09.2008)

### **Статья 71. Плата за койко-день**

(1) Лицо, оказывающее стационарную специализированную врачебную помощь, может требовать от застрахованного лица за услуги, оказанные в стандартных условиях размещения, внесения платы за койко-день. Плату за койко-день можно требовать за каждый календарный день пребывания в больнице, за исключением дня поступления, но не более чем за десять календарных дней на один случай заболевания.

(2) Плату за койко-день не разрешается требовать за период интенсивного лечения, в случае оказания стационарной специализированной врачебной помощи, связанной с беременностью и родами, а также оказания стационарной специализированной врачебной помощи несовершеннолетнему.

(3) Право на установление платы за койко-день имеет совет лица, оказывающего медицинские услуги.

### **Статья 72. Максимальный размер платы за визит и платы за койко-день**

(1) Максимальный размер платы за визит на дом и платы за визит в случае оказания амбулаторной специализированной врачебной помощи составляет 50 крон.

(2) Максимальный размер платы за койко-день составляет 25 крон.

(3) Максимальный размер платы за визит и платы за койко-день умножается к 1 марта каждого календарного года на индекс, значение которого равняется изменению индекса потребительских цен за год.

(4) Ежегодное изменение индекса потребительских цен выводится путем деления значения индекса потребительских цен за предыдущий календарный год на значение индекса потребительских цен за предшествовавший ему календарный год, исходя из значений индекса потребительских цен, официально обнародованных Департаментом статистики.

(5) Министр социальных вопросов утверждает своим постановлением максимальные размеры платы за визит и платы за койко-день не позднее 20 февраля текущего года.

### **Статья 73. Плата за выдачу документа**

(1) Лицо, оказывающее медицинские услуги, может потребовать от застрахованного лица за выдачу документов разумную плату.

(1<sup>1</sup>) Порядок и размер оплаты лицу, оказывающему медицинские услуги, за выдачу документов о пригодности к военной службе устанавливает Правительство Республики.

(rk s, 02.06.2004 в действии с 01.07.2004)

(2) Лицо, оказывающее медицинские услуги, не вправе требовать от застрахованного лица платы за выдачу листка нетрудоспособности и рецепта.

(3) Лицо, оказывающее медицинские услуги, не вправе требовать от застрахованного лица платы за выдачу документа, который требуется больничной кассе, правоохранительному органу или другим лицам, оказывающим медицинские услуги, в связи с выполнением договора об оказании медицинских услуг, для проведения экспертизы нетрудоспособности или определения степени тяжести дефекта, а также в иных случаях, установленных законом.

(4) Лицо, оказывающее медицинские услуги, вправе потребовать за выдачу документа о несовершеннолетнем пациенте плату, не превышающую средние расходы, произведенные на выдачу документа.

**Глава 4** [в настоящем тексте не приводится]

**Глава 5. Применение и вступление закона в силу**

**Статьи 88 и 89** [в настоящем тексте не приводятся]

**Статья 89 часть 13**

(13) После 1 января 2009 года страховая защита предпринимателя – физического лица, зарегистрированного в региональном структурном

подразделении Налогово-таможенного департамента, прекращается по истечении двух месяцев со дня извещения Налогово-таможенного департамента о прекращении предпринимательской деятельности или со дня исключения предпринимателя – физического лица из регистра субъектов налога после 31 декабря 2009 года по той причине, что лицо либо не ходатайствовало о регистрации в коммерческом регистре в качестве предпринимателя – физического лица, либо его заявление о внесении записи о регистрации в коммерческом регистре оставлено без удовлетворения. Налогово-таможенный департамент обязан известить больничную кассу о приостановлении предпринимательской деятельности или исключении из регистра в течение 10 календарных дней.

(rk s, 11.12.2008, в действии с 01.01.2009)

#### **Статья 89 часть 14**

(14) В отношении лица, в листке нетрудоспособности которого началом освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности указана дата до 1 июля 2009 года, до конца освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности применяются положения Закона о медицинском страховании, действовавшие до 1 июля 2009 года.

(rk s, 21.05.2009, в действии с 01.07.2009)

#### **Статья 90. Вступление закона в силу**

(1) Настоящий Закон вступает в силу 1 октября 2002 года.

(2) Часть 3 статьи 25 и статьи 47 и 63 настоящего Закона вступают в силу 1 января 2003 года.

(3) Пункт 1 части 1 статьи 54 и статья 55 настоящего Закона вступают в силу 1 апреля 2003 года.

(4) Часть 4 статьи 30 настоящего Закона вступает в силу 1 июля 2003 года.

(5) (часть недействительна)

(RK s 16.12.2004 в действии с 01.01.2005)