

Издатель: Рийгикогу  
Вид акта: закон  
Вид текста: полный текст  
Дата вступления редакции в силу: 17.12.2018  
Дата окончания действия редакции: 31.12.2018  
Отметка о публикации: RT I, 07.12.2018, 16

## ЗАКОН О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ<sup>1</sup>

Принят 19.06.2002  
RT I 2002, 62, 377  
Вступил в силу согласно статье 90

Изменения внесены следующими нормативно-правовыми актами:

Принятие	Публикация	Вступление в силу
29.01.2003	RT I 2003, 20, 116	10.03.2003
17.12.2003	RT I 2003, 88, 591	01.01.2004
20.04.2004	RT I 2004, 37, 253	01.05.2004, частично 01.08.2004
02.06.2004	RT I 2004, 49, 342	01.07.2004
28.06.2004	RT I 2004, 56, 400	01.08.2004, частично 01.01.2005 и 01.04.2005
13.10.2004	RT I 2004, 75, 520	01.12.2004
08.12.2004	RT I 2004, 89, 604	01.04.2005
16.12.2004	RT I 2004, 89, 614	01.01.2005
06.04.2005	RT I 2005, 22, 148	01.01.2006
15.06.2005	RT I 2005, 39, 308	01.01.2006
12.10.2005	RT I 2005, 57, 451	18.11.2005
24.11.2005	RT I 2005, 65, 498	01.01.2006
15.12.2005	RT I 2005, 71, 546	01.01.2006, 01.04.2006
17.05.2006	RT I 2006, 26, 191	01.08.2006
21.12.2006	RT I 2007, 4, 17	29.01.2007
15.02.2007	RT I 2007, 24, 127	01.01.2008
19.12.2007	RT I 2007, 71, 437	01.10.2008
20.12.2007	RT I 2008, 3, 22	01.09.2008
19.06.2008	RT I 2008, 34, 210	01.08.2008
19.06.2008	RT I 2008, 34, 210	01.09.2008
19.06.2008	RT I 2008, 34, 210	01.08.2009
09.12.2008	RT I 2008, 56, 313	01.01.2009
10.12.2008	RT I 2008, 58, 327	02.01.2009
11.12.2008	RT I 2008, 60, 331	01.01.2009
17.12.2008	RT I 2009, 5, 35	01.07.2009
20.02.2009	RT I 2009, 15, 93	01.07.2009
21.05.2009	RT I 2009, 29, 176	01.04.2010, частично 19.06.2009 и 01.07.2009
18.06.2009	RT I 2009, 35, 232	01.07.2009
30.09.2009	RT I 2009, 49, 331	01.01.2010, частично 01.04.2010
17.12.2009	RT I 2009, 67, 461	01.01.2010

18.03.2010	RT I 2010, 15, 77	18.04.2010, частично 01.07.2010
22.04.2010	RT I 2010, 22, 108	01.01.2011 вступает в силу в день, установленный решением Совета Европейского Союза о признании недействительным исключения, введенного в отношении Эстонской Республики, на основании положений части 2 статьи 140 Договора о функционировании Европейского Союза, решение Совета Европейского Союза от 13.07.2010 г. № 2010/416/ЕС (Официальный журнал ЕС L 196, 28.07.2010, с. 24-26).
26.01.2011	RT I, 17.02.2011, 1	27.02.2011
07.06.2011	RT I, 10.06.2011, 7	07.06.2011 Решение общего собрания Государственного суда признает часть текста части 6 статьи 57 Закона о медицинском страховании в формулировке «и застрахованного лица в возрасте, по меньшей мере, 65 лет» противоречащей конституции и недействительной.
14.06.2012	RT I, 02.07.2012, 8	01.08.2012
14.06.2012	RT I, 05.07.2012, 14	01.10.2012
13.06.2012	RT I, 06.07.2012, 1	01.04.2013
13.06.2012	RT I, 10.07.2012, 2	01.04.2013
10.10.2012	RT I, 25.10.2012, 1	01.12.2012
20.12.2012	RT I, 31.12.2012, 6	10.01.2013
12.06.2013	RT I, 02.07.2013, 1	01.09.2013, частично 01.01.2014
15.11.2013	RT I, 29.11.2013, 1	09.12.2013
18.12.2013	RT I, 10.01.2014, 2	20.01.2014, частично 01.01.2015
19.02.2014	RT I, 13.03.2014, 2	23.03.2014, частично 01.01.2015, 01.01.2017 и 01.01.2019
26.03.2014	RT I, 16.04.2014, 4	26.04.2014
26.03.2014	RT I, 16.04.2014, 3	01.07.2014
11.06.2014	RT I, 21.06.2014, 8	01.01.2015
19.06.2014	RT I, 29.06.2014, 109	01.07.2014, на основании части 4 статьи 107 <sup>3</sup> Закона Республики заменены наименования должностей министров.
17.09.2014	RT I, 08.10.2014, 1	18.10.2014, частично 01.01.2015
19.11.2014	RT I, 05.12.2014, 2	01.09.2015
19.11.2014	RT I, 13.12.2014, 1	01.01.2016, частично 01.01.2015 и 01.07.2016; время вступления в силу частично изменено 01.07.2016 и 01.01.2017 [RT I, 17.12.2015, 1]
29.01.2015	RT I, 26.02.2015, 1	01.03.2015
18.02.2015	RT I, 11.03.2015, 2	21.03.2015, частично 01.07.2015 и 01.01.2016
11.02.2015	RT I, 12.03.2015, 1	01.01.2016
18.02.2015	RT I, 23.03.2015, 1	02.04.2015
18.02.2015	RT I, 23.03.2015, 5	01.07.2015
25.11.2015	RT I, 17.12.2015, 1	20.12.2015, частично 01.01.2016 и 01.07.2016
09.12.2015	RT I, 30.12.2015, 2	09.01.2016, частично 01.01.2016 и 01.03.2016
16.03.2016	RT I, 06.04.2016, 1	01.05.2016
20.04.2016	RT I, 04.05.2016, 1	14.05.2016
13.12.2016	RT I, 27.12.2016, 4	01.07.2017, частично 01.01.2018
13.12.2016	RT I, 27.12.2016, 4	01.07.2017, частично 01.01.2018
14.06.2017	RT I, 29.06.2017, 1	09.07.2017, частично 01.01.2018

14.06.2017	RT I, 04.07.2017, 1	01.01.2018
19.06.2017	RT I, 07.07.2017, 2	01.01.2018
06.12.2017	RT I, 28.12.2017, 4	01.01.2018
06.12.2017	RT I, 28.12.2017, 5	01.01.2018
13.06.2018	RT I, 22.06.2018, 4	01.09.2018, частично 01.07.2018
21.11.2018	RT I, 07.12.2018, 1	21.11.2018

## **Статья 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **Статья 1. Сфера регулирования Закона**

(1) Настоящий Закон регулирует солидарное медицинское страхование (далее — *медицинское страхование*).

(2) В случае 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 компенсаций на условиях и в порядке, установленных настоящим Законом.

[RT I 2008, 3, 22 – в силе с 01.09.2008]

(2) Медицинское страхование основывается на солидарности и ограниченном собственном участии, а также исходит из принципа оказания соответствующих потребностям застрахованного лица услуг, равной региональной доступности лечения и целесообразного использования выделенных денежных средств медицинского страхования.

(3) Медицинское страхование является обязательным страхованием, за исключением медицинского страхования, установленного в статьях 22–24 настоящего Закона.

### **Статья 3. Страховщик**

(1) Страховщиком медицинского страхования является Эстонская Больничная касса (далее — *Больничная касса*).

(2) [часть недействительна – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

(3) Застрахованные лица обладают равными правами и возможностями для получения компенсаций медицинского страхования, если в настоящем Законе не установлено иначе.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

### **Статья 4. Развитие услуг здравоохранения и укрепление здоровья**

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(1) Больничная касса может использовать средства медицинского страхования и средства, выделенные больничной кассе из государственного бюджета на оплату деятельности или проектов по развитию качества, доступности и эффективности оказания услуг здравоохранения,

а также оплату деятельности по развитию системы здоровья по согласованию с Министерством социальных дел

(2) Больничная касса принимает участие в финансировании целевых проектов по укреплению здоровья в пределах, предусмотренных для этого сумм и по согласованию с Министерством социальных дел.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

## Глава 2 УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

### Раздел 1 ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

#### Статья 5. Застрахованное лицо

(1) В значении настоящего Закона застрахованным лицом является постоянный житель Эстонии, лицо, проживающее в Эстонии на основании срочного вида на жительства или права на проживание, лицо, на законных основаниях пребывающее и работающее в Эстонии по временному основанию для пребывания, за которого плательщик социального налога обязан платить социальный налог или которое платит социальный налог само за себя, согласно порядку, размеру и срокам, установленным в Законе о социальном налоге, а также лицо, приравненное в этим лицам на основании настоящего Закона или договора, указанного в частях 1 и 2 статьи 22 настоящего Закона.

[RT I, 23.03.2015, 1 – в силе с 02.04.2015]

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

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

2) чиновник, кадровый военнослужащий, член Рийгикогу, Президент Республики, член Правительства Республики, судья, канцлер юстиции, государственный контролер, государственный примиритель, член собрания единицы местного самоуправления, член городской и волостной управы, старейшина волости или части города, за которых социальный налог посредством своих учреждений обязано платить государство или местное самоуправление;

[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

3) лицо, за которое на основании статьи 6 Закона о социальном налоге социальный налог обязано платить государство, местное самоуправление или творческий союз, признанный на основании Закона о творческих личностях и творческих союзах (далее — *творческий союз*);

[RT I, 10.01.2014, 2 – в силе с 20.01.2014]

4) член органа управления или контроля юридического лица в значении статьи 9 Закона о подоходном налоге, за которого юридическое лицо платит или юридические лица платят социальный налог на основании пункта 2 части 1 статьи 9 Закона о социальном налоге в месяц всего по меньшей мере в размере, исчисленном из суммы месячной ставки, установленной государственным бюджетом на бюджетный год (далее *минимальная обязанность социального налога*)

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

5) лицо, получающее вознаграждение за труд или плату за услугу на основании заключенного на срок более 1 месяца или бессрочного договора подряда, поручения либо иного одного или нескольких обязательственно-правовых договоров об оказании услуг, которое не занесено в коммерческий регистр в качестве предпринимателя – физического лица, или за которое вторая сторона или вторые стороны платят социальный налог на основании пункта 2 части 1 статьи 9 Закона о социальном налоге в месяц всего по меньшей мере, в размере минимальной обязанности социального налога.

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

5<sup>1</sup>) плательщик налога с дохода от предпринимательства, который на основании Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства в месяц платит социальный налог в размере не менее минимальной обязанности по социальному налогу, установленной пунктом 4 части 2 настоящей статьи, или который на основании указанного закона платит и за которого на основании пункта 5 части 2 настоящей статьи в месяц оплачивается социальный налог в общей сложности в размере не менее минимальной обязанности по социальному налогу;

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

б) лицо, получающее компенсацию по страхованию от безработицы на основании Закона о страховании от безработицы, за которое социальный налог обязана платить Эстонская Касса по безработице на основании пункта 8 части 1 статьи 2 Закона о социальном налоге.

(3) Застрахованным лицом, которое платит социальный налог само за себя, является занесенным в коммерческий регистр в качестве предпринимателя – физического лица, а также зарегистрированный в Налогово-таможенном департаменте нотариус, присяжный переводчик и судебный исполнитель, который платит социальный налог с получаемого от предпринимательства дохода в соответствии с Законом о социальном налоге.

[RT I, 25.10.2012, 1 – в силе с 01.12.2012]

(3<sup>1</sup>) Застрахованным лицом, за которое социальный налог платит занесенное в коммерческий регистр предприниматель – физическое лицо, является его/её супругом(-ой), который(-ая) внесен(а) в регистр трудовых отношений в качестве принимающего участие в деятельности предприятия предпринимателя на основании статьи 20<sup>2</sup> Закона о налогообложении (далее — *супруг, участвующий в деятельности предприятия предпринимателя – физического лица*).

[RT I, 07.12.2018, 1 – в силе с 17.12.2018]

(4) Лицом, приравненным к застрахованному лицу на основании настоящего Закона, за которое не оплачивается социальный налог, является:

1) беременная женщина, чья беременность установлена врачом или акушеркой;

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.04.2010]

2) лицо, не достигшее 19 лет;

3) лицо, получающее назначенную в Эстонии государственную пенсию;

3<sup>1</sup>) лицо, у которого была установлена частичная трудоспособность или отсутствие трудоспособности на основании Закона о пособии по трудоспособности;

[RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

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

5) лицо, получающее основное или общее среднее образование в основанном на правовых актах и действующем в Эстонии учебном заведении или иностранном равноценном учебном заведении, лицо, получающее профессиональное уровневое образование, и студент, являющийся постоянным жителем Эстонии.

[RT I, 23.03.2015, 5 – в силе с 01.07.2015]

б) принадлежащие к общине внесенного в реестр религиозных объединений монастыря монахи и монахини.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

Исправление ошибки – Исправлена явная неточность, изменение добавлено RT I, 5.12.2014, 2, на основании части 4 статьи 10 Закона о "Riigi Teataja" ("Государственном вестнике").

[RT I, 05.12.2014, 2– в силе с 01.09.2015]

## Раздел 2

### ДЕЙСТВИЕ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

**Статья 6. Действие страховой защиты работника, чиновника, кадрового военнослужащего, члена Рийгикогу, Президента Республики, члена Правительства**

**Республики, судьи, канцлера юстиции, государственного контролера, государственного примирителя, члена собрания подразделения местного самоуправления, члена городской управы и местного самоуправления, старейшины волости или части города**

(1) Страховая защита названных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона лиц возникает по истечении установленного в статье 25<sup>1</sup> Закона о налогообложении четырнадцатидневного выжидательного периода со дня занесения даты начала трудовых отношений в регистр трудовых отношений (далее — *регистр трудовых отношений*).

(2) Если занесенный в регистр трудовых отношений день начала трудовых отношений входит в период действия страховой защиты, страховая защита продолжает действовать на новом основании без перерыва.

(3) Страховая защита названных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона прекращается по истечении двух месяцев со дня прекращения трудовых отношений, занесенного в регистр трудовых отношений.

(4) Страховая защита лиц, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, приостанавливается по истечении двух месяцев с начальной даты приостановления трудовых отношений, занесенной в регистр трудовых отношений, за исключением в случае предоставленного по соглашению сторон неоплачиваемого отпуска, если за лицо продолжают платить социальный налог в соответствии с Законом о социальном налоге, и продолжается со дня, следующего за внесенной в регистр трудовых отношений конечной датой приостановления трудовых отношений.

(5) Часть 4 настоящей статьи не применяется в промежуток времени, когда застрахованное лицо имеет право получать компенсацию по временной нетрудоспособности.

[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

**Статья 7. Действие страховой защиты в случае лица, за которое социальный налог платит государство, местное самоуправление или творческий союз**

(1) Страховая защита названного в пункте 3 части 2 статьи 5 настоящего Закона возникает с момента внесения в базу данных о медицинском страховании записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для внесения записи в базу данных о медицинском страховании лица, Больничной кассе обязано предоставить учреждение, посредством которого государство или местное самоуправление платит социальный налог или творческий союз.

(2) Страховая защита лица, указанного в пункте 3 части 2 статьи 5 настоящего Закона, наступает по истечении одного месяца с момента прекращения обязанности по уплате социального налога со стороны государства, местного самоуправления или творческого союза. Учреждение, посредством которого государство или местное самоуправление платит социальный налог, и творческий союз обязаны сообщить Больничной кассе о прекращении обязанности по уплате социального налога в течение десяти календарных дней.

[RT I, 10.01.2014, 2 – в силе с 20.01.2014]

**Статья 8. Продолжительность страховой защиты члена руководящего и контрольного органа юридического лица, получающего вознаграждение за труд и плату за услуги на основании обязательственно-правового договора лица и плательщика налога с дохода от предпринимательства**

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(1) Страховая защита лица, указанного в пунктах 4 и 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона, возникает с момента внесения записи в базу данных медицинского страхования, если в отношении лица на основании пункта 4 части 1 статьи 9 Закона о социальном налоге

задекларирован социальный налог в размере минимальной обязанности социального налога. Больничная касса вносит запись относительно декларирования социального налога за это лицо в Налогово-таможенным департаменте на следующий день после дня, когда были получены данные.

(1<sup>1</sup>) Страхование лица, указанного в пункте 5<sup>1</sup> части 2 статьи 5 настоящего Закона, возникает с момента внесения записи в базу данных медицинского страхования после поступления социального налога, установленного пунктом 2 части 2 или пунктом 2 части 3 статьи 8 Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства, и декларирования социального налога, оплачиваемого за вознаграждение за труд или плату за услуги, установленного пунктом 5 части 2 статьи 5 настоящего Закона в объеме не минимальной обязанности по социальному налогу. Больничная касса вносит запись на следующий день после дня получения данных от Налогово-таможенного департаamenta. [RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(2) Налогово-таможенный департамент незамедлительно предоставляет больничной кассе данные относительно лиц, за которых в месяц задекларирован социальный налог в объеме минимальной обязанности по социальному налогу либо поступил социальный налог на основании Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства либо задекларирован социальный налог в объеме минимальной обязанности по социальному налогу и он поступил на основании Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства. [RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(3) Страхование застрахованного лица приостанавливается по истечении одного месяца с даты, установленной пунктом 4 части 1 статьи 9 Закона о социальном налоге, если согласно полученным от Налогово-таможенного департаamenta данным к указанной дате за лицо не задекларирован социальный налог в объеме минимальной обязанности по социальному налогу, либо не поступил социальный налог от плательщика налога с дохода от предпринимательства, либо не задекларирован социальный налог в объеме минимальной обязанности по социальному налогу и он не поступил на основании Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства. [RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(4) Страхование, приостановленная на основании части 3 настоящей статьи, возобновляется на следующий день после получения от Налогово-таможенного департаamenta данных, подтверждающих исполнение задекларированной или оплаченной плательщиком налога с дохода от предпринимательства, либо задекларированной и оплаченной плательщиком налога с дохода от предпринимательства минимальной обязанности по социальному налогу. [RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(5) Часть 3 данной статьи не применяется в промежуток времени, когда застрахованное лицо имеет право получать пособие по временной нетрудоспособности. [RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

## **Статья 9.**

[Статья недействительна – RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

## **Статья 9<sup>1</sup>. Действие страховой защиты лица, получающего компенсацию по страхованию от безработицы**

(1) Страхование лица, указанного в пункте 6 части 2 статьи 5 настоящего Закона, возникает с момента внесения в базу данных о медицинском страховании записи о начале

страховой защиты. Документы, необходимые для внесения записи о начале страховой защиты, обязана предоставить Больничной кассе Эстонская Касса по безработице.

(2) Страховая защита лица, указанного в пункте 6 части 2 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев со дня прекращения обязанности по уплате социального налога Эстонской Кассой по безработице. Эстонская касса по безработице обязана уведомить Больничную кассу о прекращении обязанности по уплате социального налога в течение десяти календарных дней.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

#### **Статья 10. Действие страховой защиты внесенного в регистр предпринимателя – физического лица**

[RT I 2005, 71, 546 – в силе с 01.04.2006]

(1) Страховая защита лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, возникает по истечении четырнадцатидневного выжидательного периода со дня внесения записи в коммерческий регистр или регистр налогообязанных лиц. Данные, необходимые для внесения лица в базу данных медицинского страхования, Больничной кассе обязан предоставить держатель центральной базы данных регистрационного отдела Тартуского уездного суда или Налогово-таможенный департамент в течение семи календарных дней, начиная со дня внесения записи в коммерческий регистр или регистр налогообязанных лиц.

[RT I, 21.06.2014, 8 – в силе с 01.01.2015]

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

[RT I 2005, 71, 546 – в силе с 01.04.2006]

(3) Страховая защита лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении двух месяцев со дня внесения записи об удалении в коммерческий регистр или регистр налогообязанных лиц. Держатель центральной базы данных регистрационного отдела Тартуского уездного суда и Налогово-таможенный департамент обязаны уведомить Больничную кассу о прекращении деятельности лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона, в течение десяти дней, начиная с момента внесения записи об удалении.

[RT I, 21.06.2014, 8 – в силе с 01.01.2015]

(4) Страховая защита приостанавливается по истечении двух месяцев с момента внесения в коммерческий регистр или регистр налогообязанных лиц записи о приостановлении деятельности, в том числе приостановления сезонной деятельности, лица, указанного в части 3 статьи 5 настоящего Закона. Держатель центральной базы данных регистрационного отдела Тартуского уездного суда и Налогово-таможенный департамент обязаны уведомить Больничную кассу о прекращении деятельности предприятия или профессиональной деятельности лица в течение десяти календарных дней, начиная с момента внесения в коммерческий регистр или регистр налогообязанных лиц записи о приостановлении деятельности.

[RT I, 21.06.2014, 8 – в силе с 01.01.2015]

(5) При продолжении лицом предпринимательской деятельности после приостановления держатель центральной базы данных регистрационного отдела Тартуского уездного суда и Налогово-таможенный департамент обязаны представить Больничной кассе данные о продолжении предпринимательской деятельности в течение десяти календарных дней. В случае получения данных страховая защита продолжается без выжидательного периода.

[RT I, 21.06.2014, 8 – в силе с 01.01.2015]



(6) Положения части 4 настоящей статьи не применяются в случае приостановления предпринимательской деятельности на время, когда застрахованное лицо имеет право получать компенсацию по временной нетрудоспособности.  
[RT I 2005, 71, 546 – в силе с 01.04.2006]

#### **Статья 10<sup>1</sup>. Действие страховой защиты участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица**

(1) Страховая защита участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица возникает по истечении четырнадцатидневного выжидательного периода со дня его внесения в регистр трудовых отношений.  
[RT I, 07.12.2018, 1 – в силе с 17.12.2018]

(2) В случае представления в Больничную кассу документов, необходимых для внесения в базу данных медицинского страхования записи о начале страховой защиты, в течение действующего срока страховой защиты участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица страховая защита продолжается на новом основании без перерыва.

(3) Страховая защита участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица прекращается по истечении двух месяцев, начиная со дня окончания участия в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица, внесенного в регистр трудовой занятости, или внесения записи об удалении предпринимателя – физического лица в коммерческий регистр.  
[RT I, 07.12.2018, 1 – в силе с 17.12.2018]

(4) Страховая защита участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица приостанавливается по истечении двух месяцев с момента внесения в коммерческий регистр записи о приостановлении деятельности, в том числе приостановлении сезонной деятельности, предпринимателя – физического лица.

(5) Начиная со дня получения данных о продолжении предпринимателем – физическим лицом своей деятельности страховая защита участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица продолжает действовать без перерыва.

(6) Часть 4 настоящей статьи не применяется в случае приостановления деятельности предпринимателя – физического лица в промежуток времени, когда его супруг(а) имеет право получать компенсацию по временной нетрудоспособности.  
[RT I, 02.07.2012, 8 – в силе с 01.08.2012]

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

(1) Страховая защита лиц, указанных в части 4 статьи 5 настоящего Закона, возникает с момента внесения в базу данных о медицинском страховании записи о начале страховой защиты. Документы, необходимые для внесения записи о начале страховой защиты, обязано предоставить лицо или его законный представитель.  
[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(2) Документы, необходимые для включения в базу 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.

(2<sup>1</sup>) Документы, необходимые для включения в базу данных медицинского страхования лица, указанного в пункте 3<sup>1</sup> части 4 статьи 5 настоящего Закона, обязана представить Эстонская Касса по безработице.  
[RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(3) Документы, необходимые для включения в базу 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, указанное в пункте 5 части 4 статьи 5, обязано само представить документы, необходимые для начала действия страховой защиты.

(3<sup>1</sup>) Документы, необходимые для включения в базу данных медицинского страхования лица, указанного в пункте 6 части 4 статьи 5 настоящего Закона, представляет монастырь, членом общины которого является лицо. Министерство внутренних дел подтверждает больничной кассе право монастыря на представление указанных данных в течение семи календарных дней, считая с момента получения от больничной кассы соответствующего запроса.  
[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(4) Страховая защита лиц, указанных в пунктах 1-6 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.  
[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(5) Лица, представляющие документы, указанные в частях 2 и 3<sup>1</sup> настоящей статьи, обязаны уведомить Больничную кассу о прекращении страховой защиты лиц, указанных в пунктах 3, 3<sup>1</sup>, 5 и 6 части 4 статьи 5 настоящего Закона, в течение десяти календарных дней, считая с момента ее прекращения.  
[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

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

(1) Страховая защита лица, признанного имеющим стойкую нетрудоспособность или обладающим частичной нетрудоспособностью либо отсутствием трудоспособности, прекращается по прошествии трех месяцев с момента истечения срока действия стойкой нетрудоспособности или частичной нетрудоспособности, либо отсутствия трудоспособности.  
[RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(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.  
[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.04.2010]

(2) Страховая защита лица, указанного в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении трех месяцев со дня окончания учебного заведения.  
[RT I, 23.03.2015, 5 – в силе с 01.07.2015]

(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 или эксматрикулирован 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 или эксматрикулирован из учебного заведения до его окончания, то страховая защита прекращается по истечении с этого момента одного месяца.

[RT I, 02.07.2013, 1 – в силе с 01.09.2013]

(3) Страховая защита приостанавливается на время академического отпуска. Ответчающий за данную сферу министр устанавливает своим постановлением условия, при которых страховая защита не приостанавливается на время академического отпуска. После прекращения приостановления страховая защита продолжается без выжидательного периода.

[RT I 2005, 65, 498 – в силе с 01.01.2006]

(4) Страховая защита лиц, указанных в пункте 6 части 4 статьи 5 настоящего Закона, прекращается по истечении одного месяца с момента выхода из членства общины монастыря, в том числе, считая с даты пребывания в монастыре, расположенном в иностранном государстве.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

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

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

[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(1<sup>1</sup>) Лицо, предоставляющее работу лицам, указанным в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, представляет данные, являющиеся основанием для внесения записи о наступлении, приостановлении или прекращении страховой защиты указанного в этих положениях лица, на установленных в Законе о налогообложении основаниях и порядке регистру трудовых отношений, который передает их Больничной кассе.

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

(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. Регистр трудовых отношений передает данные после того, как лицо, подлежащее регистрации, внесло их в регистр трудовых отношений.

[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(4) [Часть недействительна – RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(5) Больничная касса выдает по требованию лица, представляющего документы или данные, справку о получении документов и данных.

(6) Ответчающий за данную сферу министр 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 компенсации по медицинскому страхованию, то вред, причиненный лицу, ходатайствующему о получении страховой защиты, в связи с неполучением компенсаций по медицинскому страхованию, обязано возместить лицо, нарушившее обязанность.

(1<sup>1</sup>) Если в случае надлежащего выполнения своей обязанности, установленной в части 1<sup>1</sup> статьи 13 настоящего Закона, лицом, ходатайствующим о получении страховой защиты, могло возникнуть право на получение компенсации по медицинскому страхованию, то вред, причиненный лицу, ходатайствующему о получении страховой защиты, обязано возместить лицо, нарушившее обязанность.

[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(2) [Часть недействительна – RT I 2005, 39, 308 – в силе с 01.01.2006]

(3) [Часть недействительна – RT I 2005, 39, 308 – в силе с 01.01.2006]

(4) В случае нарушения обязанности, установленной в части 1<sup>1</sup> статьи 13 настоящего Закона, Больничная касса имеет право потребовать от лица, нарушившего обязанность, компенсация по медицинскому страхованию, которое Больничная касса уплатила за лицо или лицу, чья страховая защита была не прекращена или не приостановлена к нужному времени.

[RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

### **Раздел 3**

## **БАЗА ДАННЫХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЗАЩИТА ДАННЫХ**

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

(1) Больничная касса учреждает свою базу данных в целях выполнения задач, связанных с медицинским страхованием.

(2) Официальное название базы данных — «База данных медицинского страхования».

### **Статья 16. Ответственный и уполномоченный обработчик базы данных медицинского страхования**

(1) Ответственным обработчиком базы данных медицинского страхования является Больничная касса.

(2) Уполномоченным обработчиком базы данных медицинского страхования является Больничная касса.

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

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

- 1) личные данные;
- 2) данные, являющиеся основанием для возникновения, прекращения и приостановления страховой защиты;
- 3) данные, являющиеся основанием для оплаты неденежных компенсаций по медицинскому страхованию;
- 4) данные, являющиеся основанием для выплаты денежных компенсаций по медицинскому страхованию.

(2) Уточненный состав данных, вносимых в базу данных медицинского страхования, устанавливается в уставе ведения базы данных.

(3) Пользоваться базой данных медицинского страхования в части личных данных могут также суды и судебные исполнители.

[RT I 2005, 39, 308 – в силе 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 личные 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 прочих лиц, государственных и муниципальных учреждений в установленных правовыми актами случаях данные о застрахованных лицах, в том числе личные 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 в письменной форме обосновать Больничной кассе невозможность надлежащего выполнения указанной обязанности.

(6) Лицо, обязанное представлять данные, может 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.

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

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

(1<sup>1</sup>) Записи о наступлении, приостановлении или прекращении страховой защиты лиц, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 статьи 5, вносятся на основании данных регистра трудовых отношений.

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

(2) Обстоятельство, указанное в записи в базе данных медицинского страхования, приобретает правовое значение с момента внесения записи, если законом не предусмотрен иной срок.

(2<sup>1</sup>) [Часть недействительна – RT I, 16.04.2014, 3 – в силе с 01.07.2014]

(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.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

## **Статья 20. Устав ведения базы данных медицинского страхования**

(1) Устав ведения базы данных медицинского страхования устанавливается советом Больничной кассы.

(2) В уставе ведения базы данных медицинского страхования устанавливаются:

- 1) построение и организационная структура базы данных;
- 2) срок хранения данных в базе данных;
- 3) перечень базовых документов, необходимых для внесения данных в базу данных;
- 4) порядок ведения учета приема и выдачи данных;
- 5) порядок ознакомления с данными и их выдачи, а также размер платы за выдачу данных согласно Закону о защите личных данных и Закону о публичной информации и другим правовым актам;

[RT I 2007, 24, 127 – в силе с 01.01.2008]

- 6) порядок исправления неправильных данных и уведомления об этом;
- 7) условия и порядок закрытия доступа к данным;
- 8) основы и порядок расширения, ликвидации базы данных и объединения её с другой базой данных;
- 9) иные условия, необходимые для ведения базы данных.

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

(1) Лицо, внесенное в базу данных о медицинском страховании, для подтверждения наличия страховой защиты представляет в Эстонии документ, удостоверяющий личность. Для подтверждения наличия страховой защиты в других государствах-членах Европейского союза, Европейской экономической зоны и Швейцарии лицо, внесенное в базу данных медицинского страхования, представляет карточку медицинского страхования Европейского союза или сертификат, заменяющий карточку медицинского страхования Европейского союза (далее — *заменяющий сертификат*).

[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 09.01.2016]

(2) Внесенное в базу 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 его выдачи, карточку Больничной кассы.

[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 09.01.2016]

(3) Условия и порядок выдачи карточки медицинского страхования Европейского союза и заменяющего сертификата устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра.

[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 09.01.2016]

(4) Лицо, страховая защита которого приостановлена или прекращена, не имеет права пользоваться карточкой медицинского страхования Европейского союза или замещающим сертификатом.

[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 09.01.2016]

## **Раздел 4**

### **ПРИРАВНИВАНИЕ К ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ НА ОСНОВАНИИ ДОГОВОРА**

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

(1) На основании договора к застрахованным лицам приравнивается постоянный житель Эстонии и проживающее в Эстонии на основании срочного вида на жительство и права на проживание лицо, которое:

1) в течение двух предшествующих месяцу заключения договора лет было застраховано, по меньшей мере, на двенадцать месяцев на основаниях, указанных в части 2, 3, 3<sup>1</sup> или пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона, или

1<sup>1</sup>) платило за себя или за него выплачивался социальный налог в течение календарного года, предшествующего заключению договора, как минимум в двенадцатикратном размере месячной ставки, установленной государственным бюджетом на бюджетный год на основаниях, предусмотренных пунктами 1, 2, 4, 5 или 5<sup>1</sup> части 2 или части 3 или 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, или

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

2) получает пенсию от иностранного государства, если международными договорами не предусмотрено иначе.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(2) Лицо, соответствующее требованиям, указанным в пункте 1 части 1 настоящей статьи, может заключать указанный в части 1 договор в пользу своего иждивенца, который является постоянным жителем Эстонии или лицом, проживающим в Эстонии на основании срочного вида на жительство или права на проживание.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(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 оно представило 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.

[RT I 2005, 39, 308 – в силе 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, по меньшей мере, один год.

(3) Размер страхового взноса, уплачиваемого в календарном месяце на основании договора, составляет произведение 0,13 на опубликованную Департаментом статистики сумму среднего месячного брутто-вознаграждения за труд за предыдущий календарный год, округленное с точностью до 10 центов. Больничная касса вправе один раз в год после опубликования Департаментом статистики суммы среднего месячного брутто-вознаграждения за труд за предыдущий календарный год вносить изменения в размер страхового взноса, уплачиваемого в календарном месяце.

[RT I 2010, 22, 108 – в силе с 01.01.2011]

(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, то страховая защита лица наступает с момента прекращения действия страховой защиты по принудительному страхованию без выжидательного периода.

(5) [Часть недействительна – RT I 2005, 39, 308 – в силе с 01.01.2006]

(5) [Часть недействительна – RT I 2005, 39, 308 – в силе с 01.01.2006]

(7) Договор прекращается в случае наступления страховой защиты по принудительному страхованию на основании настоящего Закона или переезда на постоянное место жительства за границу лица, приравненного на основании договора, или в случае, указанном в части 2 статьи 22 настоящего Закона, его иждивенца.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

### **Глава 3** **КОМПЕНСАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

#### **Раздел 1** **ОБЩИЕ УСЛОВИЯ**

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

(1) Компенсация 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 (неденежная компенсация), 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 (денежная компенсация).  
[RT I 2008, 3, 22 – в силе с 01.09.2008]

(2) Неденежная компенсация по медицинскому страхованию — это полностью или частично финансируемые Больничной кассой:

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

2) лекарственные или медицинские устройства (компенсация за лекарственные средства, дополнительная компенсация за лекарственные средства и компенсация за медицинские устройства).

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

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

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(4) Денежная компенсация по медицинскому страхованию — это выплачиваемые застрахованному лицу Больничной кассой:

1) компенсация по временной нетрудоспособности;

2) [пункт недействителен – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

3) [пункт недействителен – RT I 2004, 89, 614 – в силе с 01.01.2005]

4) [пункт недействителен – RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]



5) компенсация за услуги здравоохранения, оказанные вне очереди на лечение;  
[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

6) компенсация за услуги здравоохранения, оказанные за границей.  
[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

(4<sup>1</sup>) Денежная компенсация по медицинскому страхованию выплачивается на расчетный счет получателя пособия, данные которого занесены в базу данных о медицинском страховании, или на расчетный счет третьего лица на основании письменного заявления получателя пособия. Данные о расчетном счете, занесенные в базу данных о медицинском страховании, застрахованное лицо может изменить посредством интерфейса канала обмена данными информационной системы (далее — *портал X-tee*), либо на основании письменного заявления.  
[RT I, 08.10.2014, 1 – в силе с 18.10.2014]

(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 компенсаций по медицинскому страхованию.  
[RT I 2008, 3, 22 – в силе с 01.09.2008]

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

(1) Больничная касса имеет право обратного требования в отношении лица, ответственного за наступление страхового случая, в связи с которым застрахованное лицо получило компенсации по медицинскому страхованию, а также в отношении страховщиков, обязанных предоставлять компенсации 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 выплаченной Больничной кассой компенсации по медицинскому страхованию в порядке, установленном Законом об ответственности государства.

(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.  
[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 09.01.2016]

(4) [Часть недействительна – RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

(5) [Часть недействительна – RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

(6) [Часть недействительна – RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

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

(1) Застрахованное лицо вправе получать неденежную компенсацию 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 компенсацию за медицинскую услугу в установленном в статье 27<sup>1</sup> настоящего Закона порядке на основании соответствующего разрешения Больничной кассы или письменного договора, ранее заключенного между застрахованным

лицом или его законным представителем и Больничной кассой, если ему была оказана медицинская услуга в иностранном государстве.

(3) Больничная касса отказывается от предоставления указанного в части 2 настоящей статьи разрешения или заключения договора, если запрашиваемую медицинскую услугу можно оказать застрахованному лицу в Эстонии, однако в случае оказания запрашиваемой медицинской услуги застрахованному лицу в Эстонии Больничная касса не предоставляет денежные или неденежные компенсации.

(4) [Часть недействительна – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

### **Статья 27<sup>1</sup>. Компенсация за медицинские услуги в случае их оказания в иностранном государстве**

(1) Больничная касса может дать согласие, указанное в части 2 статьи 27 настоящего Закона, или заключить указанный в той же части договор на основании ходатайства застрахованного лица или его законного представителя, если:

- 1) заявленная медицинская услуга и альтернативные ей медицинские услуги нельзя оказать застрахованному лицу в Эстонии;
- 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.

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

(3) По требованию Больничной кассы застрахованное лицо обязано пройти дополнительное оценивание состояния здоровья, которое проводит назначенный Больничной кассой врач, с целью выяснения соответствия состояния здоровья лица критериям, указанным в части 1 настоящей статьи.

(4) При предоставлении указанного в части 2 статьи 27 разрешения или при заключении договора Больничная касса может предпочесть оказание заявленной услуги в государстве-члене Европейского союза.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

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

(1) Если застрахованное лицо не выполняет назначенное врачом или семейной медсестрой обоснованное с медицинской точки зрения лечение, оно лишается права на получение компенсации по медицинскому страхованию в связи со случаем заболевания, для профилактики которого или против которого было непосредственно направлено назначенное лечение.

[RT I 2009, 67, 461 – в силе с 01.01.2010]

(2) Больничная касса принимает в предусмотренных частью 1 настоящей статьи случаях решение о лишении права на получение компенсации 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) речь идет о компенсации по медицинскому страхованию, денежная стоимость которого не оправдывает ограничения застрахованного лица в праве на телесное самоопределение;

2) речь идет о существенном вмешательстве 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 или семейной медсестрой лечения;

[RT I 2009, 67, 461 – в силе с 01.01.2010]

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 компенсации по медицинскому страхованию, если потребность в получении данной компенсации связана с участием в научных исследованиях, в том числе в клинических исследованиях лекарственных средств.

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

## **Раздел 2 КОМПЕНСАЦИЯ 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 перенимает от застрахованного лица не моложе 19 лет обязанность оплаты стоматологических услуг в объеме установленной для одного календарного года предельной нормы. Указанная предельная норма не применяется в случаях, указанных в части 2 статьи 33 настоящего Закона.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(2<sup>1</sup>) Дополнительно к установленному в части 2 Больничная касса перенимает от застрахованного лица не моложе 19 лет обязанность оплаты стоматологических услуг за услугу анестезии, необходимую при оказании стоматологических услуг по медицинским показаниям, в соответствии с условиями, установленными в перечне услуг здравоохранения.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(2<sup>2</sup>) Больничная касса перенимает обязанность оплаты услуг протезирования зубов в объеме, установленном для трех лет предельной нормы:

1) от застрахованного лица не моложе 19 лет, которому на основании Закона о государственном пенсионном страховании назначена пенсия по нетрудоспособности или пенсия по старости, и установлена частичная или отсутствующая трудоспособность;

2) от застрахованного лица старше 63 лет.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(2<sup>3</sup>) Установленные в части 2<sup>2</sup> настоящей статьи ограничения не применяются в случаях, установленных в части 2 статьи 33 настоящего Закона.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(2<sup>4</sup>) Больничная касса перенимает обязанность оплаты услуг здравоохранения по экстракорпоральному оплодотворению и имплантации эмбриона от застрахованного лица женского пола старше 40 лет, имеющих медицинские показания к экстракорпоральному оплодотворению и имплантации эмбриона в порядке, установленном в статье 33<sup>3</sup> настоящего Закона.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(3) Больничная касса обязана перенимать 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 отвечающего за данную сферу министра, 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) доля собственного участия застрахованного лица;
- 6) условия применения предельной цены медицинской услуги, максимального размера перенимаемой от застрахованного лица обязанности по оплате и доли собственного участия застрахованного лица.

(3) Размер доли самофинансирования застрахованного лица — это часть предельной цены медицинской услуги, обязанность оплаты которой Больничная касса не перенимает. Доля самофинансирования для всех застрахованных лиц является одинаковой и не должна превышать 50 процентов от предельной цены услуги здравоохранения, если в настоящем Законе не установлено иное. При оказании неотложной помощи самофинансирование не применяется.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

(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.

(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.

(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.

(1<sup>3</sup>) Больничная касса формирует консультационную комиссию по перечню медицинских услуг, которая предоставляет правлению Больничной кассы мнение касательно внесения изменений в перечень медицинских услуг в соответствии с указанным в части 2 настоящей статьи постановлением Правительства Республики.

[RT I, 22.06.2018, 4 — в силе с 01.07.2018]

(2) Правительство Республики устанавливает своим постановлением:

1) уточненное содержание указанных в части 1 настоящей статьи критериев предусмотренного перечня медицинских услуг, а также список лиц, оценивающих соответствие критериям;

2) условия и порядок оценки перечня медицинских услуг;

3) порядок формирования комиссии по перечню медицинских услуг, порядок ее работы, а также порядок предоставления мнения.

[RT I, 22.06.2018, 4 — в силе с 01.07.2018]

(3) Медицинская услуга может быть внесена в перечень медицинских услуг с долей собственного участия 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 направлена скорее 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 по оплате медицинских услуг или от размера перенимаемой части обязанности.

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

(5) Предложение о внесении изменений в перечень медицинских услуг могут инициировать заинтересованные объединения лиц, оказывающих услуги здравоохранения, и профессиональные объединения путем переговоров с Больничной кассой. Предложение о внесении изменений в перечень услуг здравоохранения может инициировать Больничная касса путем переговоров с объединениями лиц, или профессиональными объединениями, оказывающими услуги здравоохранения. Министерство социальных дел имеет право сделать Больничной кассе предложение начать переговоры с заинтересованными объединениями лиц, или профессиональными объединениями, оказывающими услуги здравоохранения, чтобы инициировать внесение изменений в перечень медицинских услуг, если это необходимо для претворения в жизнь политики здравоохранения государства.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(6) К представляемому отвечающему за данную сферу министру ходатайству о внесении изменения в перечень медицинских услуг прилагаются мнения инициатора внесения изменения и другой стороны переговоров.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004; 01.01.2005]

## **Статья 32. Оплата лица, оказывающего медицинские услуги**

Порядок перенятия Больничной кассой от застрахованного лица обязанности по оплате медицинских услуг и методика расчета размера платы лицу, оказывающему медицинские услуги, устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра по предложению совета Больничной кассы.

### **Статья 33. Компенсация 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;

[RT I 2008, 34, 210 – в силе 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.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

(3) В отношении лиц, от которых Больничная касса перенимает обязанность оплаты стоматологических услуг согласно части 1 и 2 настоящей статьи, не применяется размер доли самофинансирования застрахованного лица, установленного в перечне услуг здравоохранения.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

### **Статья 33<sup>1</sup>. Компенсация за стоматологические услуги застрахованному лицу в возрасте от 19 лет**

(1) Правительство Республики устанавливает постановлением:

1) перечень тех стоматологических услуг, обязанность оплаты которых перенимает Больничная касса в ином, чем установленном в части 2 статьи 33 настоящего Закона случае с застрахованным лицом, достигшим возраста 19 лет;

2) предельную норму обязанности оплаты перенимаемой от застрахованного лица в возрасте от 19 лет за оказанную ему в течение календарного года стоматологическую услугу;

3) повышенную предельную норму обязанности оплаты перенимаемой от застрахованного лица в возрасте от 19 лет, которому на основании Закона о государственном пенсионном страховании назначена пенсия по нетрудоспособности или пенсия по старости, у которых была установлена частичная трудоспособность или отсутствие трудоспособности на основании Закона о пособиях по трудоспособности, лицам в возрасте старше 63 лет, беременным женщинам, матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, или лицам, у которых вследствие оказанной им услуги здравоохранения или диагностированной у них болезни возникла повышенная потребность в получении стоматологической услуги за оказанную ему в течение календарного года стоматологическую услугу;

[RT I, 29.06.2017, 1 – в силе с 01.01.2018]

4) перечень медицинских услуг и диагностированных заболеваний, указанных в пункте 3 данной части.

[RT I, 29.06.2017, 1 – в силе с 01.01.2018]

5) предельную норму обязанности оплаты, перенимаемой от указанного в части 2<sup>2</sup> статьи 29 настоящего Закона застрахованного лица за оказанную ему услугу протезирования зубов в объеме, установленном для трех лет предельной нормы.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(2) При оказании стоматологической услуги лицу, от которого Больничная касса перенимает обязанность оплаты стоматологических услуг на основании пункта 3 части 1 данной статьи в объеме повышенной предельной нормы, применяется установленная в перечне медицинских услуг доля собственного участия застрахованного лица в размере до 15%.

(3) Если Больничная касса не переняла обязанность оплаты стоматологических услуг в календарный год от застрахованного лица в возрасте от 19 лет в объеме предельной нормы или повышенной предельной нормы, то в следующем календарном году предельная норма обязанности оплаты перенимаемых Больничной кассой услуг не увеличивается.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

(4) Если Больничная касса не переняла от застрахованного лица в течение трех лет обязанность оплаты услуг протезирования зубов в объеме, установленном для трех лет предельной нормы, то в течение последующего трехлетнего промежутка времени предельная норма перенимаемой Больничной кассой обязанности оплаты не увеличивается.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

### **Статья 33<sup>2</sup>. Права Больничной кассы при перенимании обязанности оплаты стоматологических услуг и услуг протезирования у застрахованного лица в возрасте не менее 19 лет**

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(1) На основании пунктов 2 и 3 части 1 статьи 33<sup>1</sup> настоящего Закона относительно календарного года в части превышающей предельную норму, установленную для застрахованного лица в возрасте от 19 лет, при перенимании обязанности оплаты стоматологических услуг, Больничная касса может сделать застрахованному лицу предписание вместе с предупреждением и потребовать возврата в части превышающей предельную норму.

(2) На основании пункта 5 части 1 статьи 33<sup>1</sup> настоящего Закона относительно трех лет в части превышающей предельную норму, установленную для застрахованного лица в возрасте от 19 лет, при перенимании обязанности оплаты услуг протезирования зубов, Больничная касса может сделать застрахованному лицу предписание вместе с предупреждением и потребовать возврата в части превышающей предельную норму

(3) В случае невыполнения предписания в течении отмеченного в названном в частях 1 и 2 настоящей статьи предупреждении срока, Больничная касса вправе передать предписание для принудительного исполнения в порядке, установленном Кодексом об исполнительном производстве.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

### **Статья 33<sup>3</sup>. Перенимание обязанности оплаты услуги здравоохранения по экстракорпоральному оплодотворению и имплантации эмбриона**

(1) Больничная касса перенимает у указанного в части 24 статьи 29 настоящего закона лица обязанность оплаты в случае следующих услуг здравоохранения:

1) внесенные в перечень услуг здравоохранения услуги здравоохранения по экстракорпоральному оплодотворению и имплантации эмбриона;

2) услуги здравоохранения, которые оказывались в течение 90 дней до экстракорпорального оплодотворения и имплантации эмбриона, которые были оказаны в связи с экстракорпоральным оплодотворением и имплантацией эмбриона.

(2) Расходы на указанные в части 1 настоящей статьи услуги здравоохранения компенсируются оказывающему услуги здравоохранения лицу, если Больничной кассе будет представлен на основании договора о финансировании лечения счет за лечение.

(3) При оказании указанных в части 1 настоящей статьи услуг здравоохранения вне Эстонии применяется установленное в частях 2 и 3 статьи 27 настоящего Закона.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

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

По согласованию с Министерством социальных дел Больничная касса участвует 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 услуге и её доступность;
- 2) качество и условия оказания услуги;
- 3) цена услуги;
- 4) возможность оказания услуги 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.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе 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 на срок до трех лет.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе 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 на срок не менее пяти лет.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.04.2005]

(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.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 19.06.2009]

(6) [Часть недействительна – RT I 2004, 56, 400 – в силе 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 отвечающим за данную сферу министром;
- 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 37<sup>1</sup>. Условия заключения договора финансирования лечения с лицом, оказывающим стоматологические услуги и услуги протезирования зубов застрахованному лицу в возрасте от 19 лет**

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(1) Больничная касса для перенимания от застрахованного лица установленной в части 2 и 2<sup>2</sup> статьи 29 настоящего Закона обязанности оплаты стоматологических услуг заключает для осуществления стоматологических услуг с имеющим разрешение на деятельность оказывающим медицинские услуги лицом договор финансирования лечения сроком на три года.

(2) Если у Больничной кассы отсутствует действующий договор финансирования лечения с лицом, оказывающим стоматологические услуги или услуги протезирования зубов, то с ним заключается договор, указанный в части 1 настоящей статьи сроком на один год. Срок договора финансирования лечения продлевается не менее, чем на два года, если оказывающее услуги здравоохранения лицо в течение первого года действия договора не нарушило условий договора.

(3) В указанном в части 1 настоящей статьи договоре финансирования лечения договариваются о следующих условиях:

- 1) срок договора;
- 2) условия обеспечения качества услуг здравоохранения и порядок осуществления Больничной кассой надзора за ними;
- 3) список оказывающих услуги здравоохранения работников, за осуществленные услуги здравоохранения которых перенимается обязанность оплаты, и порядок уведомления об изменении этого списка и согласования с Больничной кассой;
- 4) срок, в течении которого оказывающее услуги здравоохранения лицо должно представить Больничной кассе информацию о перенимании обязанности оплаты за оказанные застрахованному лицу услуги здравоохранения;
- 5) случаи, когда стороны вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, изменить договор или частично, или полностью приостановить выполнение договора;
- 6) состав представляемых данных и частота представления Больничной кассе данных относительно очередей на лечение и оказанных услугах;
- 7) объем обязанности отчетности оказывающего услуги здравоохранения лица и обязанности представления данных относительно застрахованных лиц, состав данных, а также порядок и срок представления данных;
- 8) ответственность сторон договора в случае нарушения договора;
- 9) другие условия, необходимые для обеспечения эффективного и целесообразного использования денег медицинского страхования.

(4) К установленному в настоящей статье договору финансирования лечения не применяются части 4–4<sup>2</sup> статьи 36 и статьи 37 настоящего Закона.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

**Статья 38. Очередь на лечение**

(1) Очередь на лечение — это часть ведущейся лицом, оказывающим медицинские услуги, базы данных об ожидающих плановой компенсации 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 инфосистемы здоровья предоставляет возможность заключить договор об оказании медицинских услуг.

[РТ I 2008, 3, 22 – в силе 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) [часть недействительна – РТ I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(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, если в настоящем Законе или установленных на его основании правовых актах не указано иначе.

[РТ I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

(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 ВТОРИЧНОЕ МНЕНИЕ**

#### **Статья 40. Предоставление возможности получения вторичного мнения**

(1) Вторичное мнение в значении настоящего Закона - это независимое мнение другого врача-специалиста лица, оказывающего медицинские услуги, или врача-специалиста, работающего у другого лица, оказывающего медицинские услуги (далее — *лицо, выражающее вторичное мнение*), цель которого заключается в предоставлении оценки правильности диагноза, поставленного застрахованному лицу врачом-специалистом, выразившим первичное мнение о необходимости назначенных ему лекарств и медицинских услуг, разъясненных альтернативах и ожидаемом влиянии, а также о связанных с оказанием медицинской услуги рисках.

(2) Врач, выразивший первичное мнение, застрахованному лицу при оказании медицинской услуги обязан передать лицу, выражающему вторичное мнение, все документы, отражающие медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, или их копии, а также выдать застрахованному лицу направление к лицу, выражающему вторичное мнение.

(3) Больничная касса перенимает от застрахованного лица обязанность оплаты за получение вторичного мнения один раз за один медицинский случай в пределах установленного в перечне медицинских услуг Больничной кассы.

(4) Расходы на получение вторичного мнения действующего в ином государстве-члене Европейского союза лица, оказывающего медицинскую услугу, Больничная касса возмещает застрахованному лицу на установленных в статье 66<sup>2</sup> условиях и порядке.

(5) Расходы на получение вторичного мнения действующего вне Европейского союза лица, оказывающего медицинскую услугу, Больничная касса возмещает застрахованному лицу на установленных в статье 66<sup>2</sup> условиях и порядке.

(6) Для получения вторичного мнения у действующего в Эстонии лица, оказывающего медицинскую услугу, у которого отсутствует договор с Больничной кассой о финансировании лечения, и у указанного в части 5 настоящей статьи лица, оказывающего медицинскую услугу, застрахованное лицо или его законный представитель и Больничная касса предварительно заключают договор.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

### **Раздел 4 КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И КОМПЕНСАЦИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСТРОЙСТВА**

[RT I 2008, 3, 22 – в силе с 01.09.2008]

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

(1) Больничная касса перенимает в объеме и порядке, установленными 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*).

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(1<sup>1</sup>) Сумма, подлежащая уплате на основании перенимаемой Больничной кассой обязанности оплаты, исчисляется по розничной цене лекарственного средства. Розничной ценой лекарственного средства в значении настоящего Закона является конечная цена продажи одной упаковки лекарственного средства для потребителя, которая формируется после вычета наценки при оптовой и розничной торговле и применении налога с оборота, а также льгот и скидок производителя лекарственного средства или обладателя право на продажу, совершаемых со стороны оптового и розничного торговца льгот и скидок.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(2) Больничная касса перенимает обязанность оплаты только в отношении таких лекарственных средств, рецепты, выданные на которые, соответствуют условиям и форме, установленным постановлением отвечающего за данную сферу министра на основании Закона о лекарствах. Право на выписывание рецепта имеют семейные врачи, осуществляющие деятельность на основании списка пациентов семейного врача, и работающие вместе с ними медсестры, а также имеющие лицензию врачи-специалисты, стоматологи и акушерки, врачи, стоматологи и акушерки, работающие у лиц, оказывающих специализированные медицинские услуги (за исключением оказания скорой медицинской помощи), а также врачи и стоматологи, работающие в Оборонительных войсках и зарегистрированные в Департаменте охраны здоровья. Начиная с третьего года резидентуры, врачи-резиденты имеют право выписывать рецепты наравне с врачами, получившими соответствующую профессию в сфере оказания специализированной медицинской помощи.

[RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 01.03.2016]

(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 компенсации за лекарственные средства или цену, установленную соглашением о ценах

[RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

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, установленную 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.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе 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.

[RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

(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.

[RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

(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.

[RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

(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.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(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 приложенным к ходатайству письменным заключением 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, в случае продажи лекарственного средства, необходимого для амбулаторного лечения застрахованного лица и внесенного в перечень лекарственного средства, либо лекарственного средства, на импорт и использование которого выдано разовое разрешение, перенять оплату части розничной цены лекарственного средства, за исключением базовой ставки собственного участия.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

## **Статья 42. Предельная цена, соглашение о ценах и базовая ставка собственного участия**

[RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

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

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]

(1<sup>1</sup>) Предельные цены устанавливаются на лекарственные средства в том случае, если в перечень лекарственных средств льгота по которым составляет 100, 75 или 50 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.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(1<sup>2</sup>) Основанием расчета 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

расчете предельных цен двух лекарственных средств следует исходить из цены более дешевого лекарственного средства. При расчете предельных цен лекарственных средств в количестве более трех, предельные цены исчисляются на основании цены лекарственного средства, следующего за самым дешевым по цене лекарственным средством.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе 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 Больничную кассу оптовые покупные цены на все лекарственные средства. Лица, направляющие покупные цены при оптовой торговле лекарственными средствами, условия и порядок направления цен устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(2) Методика расчета предельных цен, сроки установления предельных цен, а также условия и сроки их изменения устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра с учетом положений части 3 статьи 25 настоящего Закона.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.01.2005]

(2<sup>1</sup>) Предельные цены лекарственных средств устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра по предложению совета больничной кассы

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(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.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(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, 75 или 50 процентов, заключенный между Больничной кассой и производителем лекарственного средства или лицом, имеющим выданную торговую лицензию на лекарственное средство.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(5) При выдаче лекарственного средства из аптеки базовая ставка собственного участия составляет 2.5 евро относительно каждого рецепта. Базовая ставка собственного участия применяется только в отношении застрахованного в Больничной кассе лица в случае амбулаторного лечения.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(6) Информация о действующих предельных ценах и ценах, указанных в соглашении о ценах, должна быть доступна для потребителей медицинских услуг на сайте Больничной кассы, в аптеке и у выписывающего рецепты лица, оказывающего услуги здравоохранения.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

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

(1) Перечень лекарственных средств устанавливается постановлением отвечающего за данную сферу министра по предложению совета Больничной кассы.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(2) При вынесении предложения о внесении лекарственного средства в перечень лекарственных средств и установлении перечня лекарственных средств учитываются следующие критерии:  
[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

- 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) Отвечающий за данную сферу министр 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.

(3<sup>1</sup>) Больничная касса проводит установленное на основании части 3 настоящей статьи административное производство для составления перечня лекарственных средств и его изменения. Для проведения производства Больничная касса формирует консультационную комиссию по лекарственным средствам, назначение членов которой и порядок работы устанавливает своим постановлением указанный в части 3 настоящей статьи, отвечающий за данную сферу министр.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(3<sup>2</sup>) Представленное производителем лекарственных средств ходатайство о внесении лекарственного средства в перечень лекарственных средств или изменении перечня является публичной информацией, за исключением приложения к ходатайству или иной информации, которая может причинить ущерб беспристрастности проведения производства.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

(5) В перечне лекарственных средств указываются:

- 1) действующее вещество и анатомо-терапевтический 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.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

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

7) код упаковки.

[RT I, 04.05.2016, 1 – в силе с 14.05.2016]

(5<sup>1</sup>) Данные, указанные в пунктах 4–7 части 5 настоящей статьи, являются связующими, данные, указанные в пунктах 1–3 носят пояснительный характер.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]



(6) Лекарственное средство может быть внесено в перечень лекарственных средств с условием, целью которого является:

- 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 отвечающего за данную сферу министра своим постановлением перечень заболеваний лекарственные средства, предназначенные для лечения или облегчения течения которых, вносятся при наличии предельной цены или соглашения о ценах в перечень лекарственных средств со 100-процентной льготой.

(2) Правительство Республики устанавливает по предложению отвечающего за данную сферу министра своим постановлением перечень заболеваний, лекарственные средства, предназначенные для лечения или облегчения течения которых, вносятся при наличии предельной цены или соглашения о ценах в перечень лекарственных средств со 75-процентной льготой. В отношении детей в возрасте от 4 до 16 лет и лиц, которым на основании Закона о государственном пенсионном страховании назначена пенсия по нетрудоспособности или по старости, а также лиц, у которых была определена частичная нетрудоспособность либо отсутствие трудоспособности на основании Закона о пособии по трудоспособности, 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. [RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(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. [RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

(4) Если льгота по лекарственному средству, внесенному в перечень лекарственных средств, составляет 50 и 100 или 50 и 75 процентов, однако лекарственное средство выписано по иным показаниям, чем 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, с учетом условий, указанных в части 6 статьи 43 настоящего Закона. [RT I, 05.07.2012, 14 – в силе с 01.10.2012]

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

(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) сопутствующая заболеванию 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 можно осуществлять другими, более дешевыми способами, которые не связаны с существенно более крупными рисками и не ухудшают иным образом состояние застрахованного лица.

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

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

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(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.  
[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(2) В соглашении о ценах оговариваются следующие условия:

1) оптовая торговая цена лекарственного средства в евро в отношении всех имеющих 100-, 75- и 50-процентную льготу лекарственных форм, силы действия и упаковки лекарственных средств;  
[RT I 2010, 22, 108 – в силе с 01.01.2011]

2) предполагаемый объем розничной продажи лекарственного средства в период действия соглашения о ценах в случае, если лекарственное средство является единственным внесенным в перечень лекарственных средств лекарственным средством, содержащим то же действующее вещество и вводимое тем же способом, льгота по которому составляет 100, 75 или 50 процентов;

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

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, помимо установленного в части 3<sup>1</sup> настоящей статьи;

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

5) срок, к которому стороны должны подать ходатайства о внесении изменений в соглашение о ценах с целью предотвращения автоматического продления срока действия соглашения 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 Больничную кассу производитель лекарственных средств или лицо, которому выдано разрешение на продажу лекарственных средств. Производство по заключению соглашения о ценах может инициировать Больничная касса.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(3<sup>1</sup>) Если лекарственное средство является единственным внесенным в перечень лекарственным средством с тем же действующим средством или способом дозировки, и если установленная в соглашении о ценах цена превышает наивысшую цену, указанную в постановлении, установленном на основании части 6 статьи 45 настоящего Закона, действующую в государствах-членах Европейского союза наивысшую цену, Больничная касса или производитель лекарственного средства с целью изменения цены представляет ходатайство об изменении соглашения о ценах.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(4) [Часть недействительна – RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]

(5) [Часть недействительна – RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]

(5<sup>1</sup>) Если в течение разумного срока не будет достигнуто соглашение относительно условий заключения или изменения соглашения о ценах, то Больничная касса вправе в порядке, установленном на основании части 3 статьи 43 настоящего Закона, инициировать производство по исключению лекарственного средства из перечня лекарственных средств.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(5<sup>2</sup>) Начиная с завершения соглашения о ценах, учитывая указанный в пункте 6 части 2 настоящей статьи срок, или с момента признания предельной цены лекарственного средства недействительной до момента исключения лекарственного средства из перечня или заключения соглашения о ценах при перенятии Больничной кассой обязанности оплаты за продажу лекарственного средства ценой соглашения о ценах лекарственного средства во время ходатайства об изменении или представления предложения о заключении считается указанная в постановлении, установленном на основании части 6 статьи 45 настоящего Закона, действующая в государствах-членах Европейского союза наивысшая розничная цена, вычисленная на основании самой низкой оптовой покупной цены.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(6) Порядок заключения соглашения о ценах устанавливается постановлением отвечающего за данную сферу министра.

#### **Статья 46. Перенятие обязанности платы за продажу лекарственных средств**

(1) Розничный продавец лекарственного средства представляет Больничной кассе счет для перенятия обязанности платы за продажу лекарственных средств в установленном в настоящем Законе объеме и условиях через установленный статьей 81 Закона о лекарственных средствах Центральный реестр рецептов. Обязанность оплаты при продаже лекарственных средств считается перенятой Больничной кассой, если Больничная касса в течение 30 календарных дней со дня поступления документов не уведомила указанного на счете продавца лекарственных средств об отказе в перенятии обязанности.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]

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

#### **Статья 47. Дополнительная компенсация за лекарственные средства**

(1) Больничная касса перенимает обязанность уплаты дополнительной компенсации, если сумма, уплаченная при покупке в течение календарного года лекарственных средств, необходимых для амбулаторного лечения застрахованного лица и внесенных в перечень

лекарственных средств превышает в календарном году 100 евро (далее - дополнительная компенсация за лекарственные средства).

(2) Размер дополнительной компенсации за лекарственные средства рассчитывает Центральный реестр рецептов в момент выкупа застрахованным лицом лекарственного средства, учитывая данные, имеющиеся в Центральном реестре рецептов.

(3) Если в отношении застрахованного лица по объективным причинам невозможно применить льготу в размере дополнительной компенсации на лекарственные средства, то эта возможность предоставляется ему при следующей покупке, или по ходатайству застрахованного лица компенсируется оставшаяся неполученная дополнительная компенсация на лекарственные средства.

(4) Порядок, установленный в части 3 настоящей статьи, устанавливается постановлением отвечающего за данную сферу министра

(5) Если застрахованное лицо не совершает в текущем календарном году следующей покупки или не представляет указанное в части 3 настоящей статьи ходатайство, то неполученная на момент последней покупки лица дополнительная компенсация на лекарственные средства переносится в следующий календарный год.

(6) При расчете размера дополнительной компенсации за лекарственные средства в расчет не принимаются суммы, уплаченные Больничной кассой, а также суммы, превышающие предельную цену или цену, указанную в соглашении о ценах

(7) Если сумма, исчисленная согласно части 2 настоящей статьи, составляет от 100 до 300 евро, то Больничная касса возмещает из части, превышающей 100 евро, 50 процентов.

(8) Если сумма, исчисленная согласно части 2 настоящей статьи, превышает 300 евро, то Больничная касса возмещает помимо суммы, исчисленной согласно части 7 настоящей статьи, 90 процентов от части, превышающей 300 евро.  
[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

#### **Статья 48. Объем страховой защиты при компенсации 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 также материал или иное изделие, которым застрахованное лицо может пользоваться в качестве обычного пользователя отдельно или в комбинации, 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.

(2<sup>1</sup>) В значении настоящего Закона медицинским устройством является также средство для ухода за кожей, используемое для лечения врожденного заболевания ороговения кожи.  
[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(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 отвечающего за данную сферу министра по предложению совета Больничной кассы.

(5) В перечень медицинских устройств вносится:

- 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 соглашении о ценах;
- 6) предельный размер обязанности оплаты, принимаемой от застрахованного лица;
- 7) размер доли собственного участия застрахованного лица;
- 8) условия применения предельной цены медицинского устройства или торговой упаковки медицинского устройства, предельного размера обязанности оплаты, принимаемой от застрахованного лица, и доли собственного участия застрахованного лица.

(6) Предельный размер обязанности оплаты медицинского устройства, перенимаемой Больничной кассой от застрахованного лица, составляет 90% или 50% 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, перенимаемой Больничной кассой от застрахованного лица, составляет 50%, 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.

[RT I 2008, 34, 210 – в силе 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, за исключением медицинских данных, перечисленных в части 2<sup>1</sup> статьи 48 настоящего Закона.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(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, при принятии Больничной кассой обязанности оплаты за основу принимается предельная цена второго сравнимого по предельной цене 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 отвечающего за данную сферу министра.

(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.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

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

[RT I 2008, 34, 210 – в силе с 01.09.2008]

(1) Продавец медицинского устройства предъявляет Больничной кассе счет за продажу медицинского устройства для перенятия обязанности оплаты в объеме и на условиях, установленных настоящим Законом, через установленный статьей 81 Закона о лекарственных средствах Центральный реестр рецептов. Обязанность считается перенятой Больничной кассой, если Больничная касса в течение 45 календарных дней со дня предъявления счета не отказалась от перенятия обязанности оплаты продажи указанного в счете медицинского устройства.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 18.04.2010]

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

1) срок действия 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;

б) прочие условия, необходимые для обеспечения эффективного и целесообразного использования денежных средств медицинского страхования.

[RT I 2008, 34, 210 – в силе с 01.09.2008]

(3) При отказе от перенятия обязанности оплаты продажи медицинского устройства за основу может быть принято несоответствие продажи медицинского устройства положениям правовых актов или заключенного с Больничной кассой договора.

[RT I 2008, 34, 210 – в силе с 01.09.2008]

## **Раздел 5 ДЕНЕЖНЫЕ КОМПЕНСАЦИИ**

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

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

[RT I, 02.07.2012, 8 – в силе с 01.08.2012]

(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.

(1<sup>1</sup>) Компенсация по временной нетрудоспособности выплачивается также лицу, застрахованному на основании части 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, если по состоянию на день, указанный в его листке нетрудоспособности в качестве дня начала освобождения от выполнения трудовых обязанностей, в отношении оплачивающего за него социальный налог предпринимателя – физического лица в коммерческий регистр не внесена запись об удалении или прекращении деятельности, либо в отношении участвующего в деятельности предприятия супруга предпринимателя – физического лица в регистр трудовой занятости не внесена запись о регистр трудовой занятости.

[RT I, 07.12.2018, 1 – в силе с 17.12.2018]

(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.

(3) Видами компенсации по временной нетрудоспособности являются:

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

#### **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 на основании части 1 статьи 48 Закона о публичной службе;  
[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

4) отказ застрахованного лица от работы на основании части 2 статьи 18 Закона о трудовом договоре или его временное освобождение от выполнения служебных обязанностей на основании части 2 статьи 48 Закона о публичной службе.  
[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

5) выделение стволовых клеток из органа или крови застрахованного лица для их трансплантации другому лицу в лечебных целях, и в этом случае лечащий врач определил, что застрахованное лицо по этой причине временно не способно трудиться на месте своей работы или службы либо продолжать выполнение своих обязанностей или хозяйственную либо профессиональную деятельность.  
[RT I, 26.02.2015, 1 – в силе с 01.03.2015]

(2) Страховым случаем, при котором застрахованному лицу выплачивается компенсация по родам, является отпуск застрахованного лица по беременности и родам. Компенсация по родам выплачивается лицам, указанным в пунктах 4, 5 и 5<sup>1</sup> части 2 и в части 3 и 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, без нахождения их в отпуске по беременности и родам.  
[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(3) Страховым случаем, при котором застрахованному лицу выплачивается компенсация по усыновлению (удочерению), является отпуск застрахованного лица по усыновлению (удочерению). Компенсация по усыновлению (удочерению) выплачивается лицам, указанным в пунктах 4, 5 и 5<sup>1</sup> части 2 и в части 3 и 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, без нахождения их в отпуске по усыновлению (удочерению).  
[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

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

1) уход за больным ребенком в возрасте до 12 лет или за застрахованным лицом-инвалидом в возрасте до 19 лет;

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

2) уход за больным членом семьи на дому;

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

## **Статья 52. Листок нетрудоспособности**

(1) Листок нетрудоспособности — это документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность застрахованного лица и его освобождение от выполнения трудовых или служебных обязанностей, который выдается застрахованному лицу его лечащим врачом или стоматологом или оказывающей услугу акушеркой в электронном виде, и который по окончании своего срока действия незамедлительно передается через портал X-tee в базу данных о медицинском страховании.

[RT I, 08.10.2014, 1 – в силе с 18.10.2014]

(1<sup>1</sup>) Листок нетрудоспособности может быть выписан в бумажном виде, если по техническим причинам невозможно занести данные через портал X-tee в базу данных о медицинском страховании. В этом случае лицо, выписывающее листок нетрудоспособности, при первой возможности заносит данные о листке нетрудоспособности в базу данных о медицинском страховании через портал X-tee.

[RT I, 08.10.2014, 1 – в силе с 18.10.2014]



(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.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(2<sup>1</sup>) Акушерка имеет право на выдачу листка нетрудоспособности только с целью временного облегчения условий труда или временного перевода на другую работу беременной на основании части 1 и 2 статьи 18 и временного облегчения условий службы на основании статьи 48 Закона о публичной службе, а также в случае отпуска по беременности и родам.

[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

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

(4) Условия и порядок регистрации и выдачи листков нетрудоспособности, а также формы листков нетрудоспособности устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

### **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 перевод на эстонский язык заверенный лицом, указанным в части 1 статьи 2 Закона о присяжных переводчиках. Расходы на перевод несет застрахованное лицо.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(1<sup>1</sup>) [Часть недействительна – RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(2) [Часть недействительна – RT I 2009, 15, 93– в силе с 01.07.2009]

(3) [Часть недействительна – RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(3<sup>1</sup>) Застрахованное лицо при первой возможности оповещает работодателя об окончании листка нетрудоспособности.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(4) Работодатель застрахованного лица или частное лицо-предприниматель вносит в лист нетрудоспособности свои записи в течение семи календарных дней, начиная со дня получения сообщения от застрахованного лица об окончании листка нетрудоспособности.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(4<sup>1</sup>) Плательщик налога с дохода от предпринимательства вносит со своей стороны записи в листки нетрудоспособности в течение семи календарных дней с момента прекращения листка нетрудоспособности, но не позднее чем к дате и в порядке, установленным частями 5 и 5<sup>2</sup>

настоящей статьи. Больничная касса выплачивает возмещение по временной нетрудоспособности в соответствии с частью 6 настоящей статьи.

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(5) Компенсация назначается и выплачивается, если работодатель застрахованного лица или частное лицо-предприниматель внесли в электронный лист нетрудоспособности застрахованного лица через портал X-tee свои записи не позднее, чем после 90 календарных дней после отмеченного на листе нетрудоспособности дня, когда застрахованное лицо приступило к выполнению рабочих или служебных обязательств или возобновило хозяйственную или профессиональную деятельность или участие предпринимателя – физического лица в деятельности предприятия. Компенсация не назначается и не выплачивается, если на листе нетрудоспособности не сделаны записи в течение срока, указанного в настоящей части.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

(5<sup>1</sup>) Если застрахованное лицо предоставляет работодателю или предпринимателю – физическому лицу листок нетрудоспособности в бумажном виде, то работодатель или предприниматель – физическое лицо в течение семи календарных дней со дня получения листа нетрудоспособности от застрахованного лица вносят свои отметки в электронный лист нетрудоспособности застрахованного лица того же содержания через портал X-tee.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 01.01.2015]

(5<sup>2</sup>) Если застрахованное лицо предоставляет работодателю или предпринимателю – физическому лицу справку в бумажном виде, выписанную лечившим его за границей врачом или стоматологом (далее — *справка*), то работодатель или предприниматель – физическое лицо предоставляют в Больничную кассу справку и прочие документы, необходимые для назначения и выплаты компенсации, в течение семи календарных дней со дня получения справки от застрахованного лица.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 01.01.2015]

(5<sup>3</sup>) Застрахованное лицо может самостоятельно подать в Больничную кассу справку и прочие документы, необходимые для назначения и выплаты компенсации.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 01.01.2015]

(5<sup>4</sup>) Компенсация на основании справки назначается и выплачивается в случае, если:

1) справка застрахованного лица вместе с прочими документами, необходимыми для назначения и выплаты компенсации, предоставлена Больничной кассе не позднее 90 календарных дней с указанного в справке дня приступления к выполнению рабочих или служебных обязанностей или дня начала возобновления хозяйственной или профессиональной деятельности;

2) справка застрахованного лица вместе с прочими документами, необходимыми для назначения и выплаты компенсации, предоставлена Больничной кассе не позднее 90 календарных дней с указанного в справке дня возобновления участия предпринимателя – физического лица в деятельности предприятия.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 01.01.2015]

(5<sup>5</sup>) Компенсация не назначается и не выплачивается, если справка не была предоставлена в течение срока, указанного в части 5<sup>4</sup> настоящей статьи.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 01.01.2015]

(6) Компенсация по временной нетрудоспособности перечисляется в течение 30 календарных дней со дня, когда работодатель застрахованного лица или частное лицо-предприниматель внесли соответствующие записи в электронный лист нетрудоспособности, либо, в случае справки, если оформленные надлежащим образом документы поступили в Больничную кассу. В

случае с задержкой оплаты Больничная касса обязана оплатить неустойку в соответствии с законом.

[RT I, 08.10.2014, 1 – в силе с 01.01.2015]

(7) Состав необходимых для назначения и выплаты компенсации по временной нетрудоспособности документов и данных, а также порядок назначения и выплаты компенсации устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра.

#### **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;

[RT I 2009, 35, 232 – в силе с 01.07.2009]

1<sup>1</sup>) в случаях осуществления ухода за ребенком в возрасте до 3 лет или за ребенком-инвалидом 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 или застрахованным лицом-инвалидом в возрасте до 19 лет — 80 процентов;

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

2) [пункт недействителен – RT I 2009, 35, 232 – в силе с 01.07.2009]

3) [пункт недействителен – RT I 2009, 35, 232 – в силе 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;

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

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

8) в случае выделения стволовых клеток из органа или крови для трансплантации другому лицу в лечебных целях – 100 процентов.

[RT I, 26.02.2015, 1 – в силе с 01.03.2015]

(2) При расчете суммы компенсации сумма округляется с точностью до цента.

[RT I 2010, 22, 108 – в силе с 01.01.2011]

(3) В случае предоставления работнику соответствующей состоянию его здоровья работы на основании части 1 статьи 18 Закона о трудовом договоре, или временного облегчения условий службы служащего на основании части 1 статьи 48, Больничная касса выплачивает застрахованному лицу компенсацию в такой сумме, чтобы компенсация вместе с получаемым за данный период окладом или вознаграждением за труд (далее — *вознаграждение за труд*) после деления на количество календарных дней в данном периоде равнялись среднему доходу застрахованного лица за один календарный день.

[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

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

(1) Средний доход за один календарный день рассчитывается 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, 5 и 5<sup>1</sup> части 2 и в частях 3 и 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона лицами данных, подтверждающих право на получение компенсации. При

расчете среднего дохода за один календарный день не учитывается социальный налог, уплаченный государством, волостью, городом или творческим союзом на основании пунктов 1–3, 33 и 6–15 части 1 и частей 1<sup>1</sup> и 1<sup>2</sup> статьи 6 Закона о социальном налоге.  
[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(1<sup>1</sup>) В случае социального налога, оплаченного с предпринимательского счета, средний доход за календарный день рассчитывается на основании ставки налога, установленной Законом о социальном налоге.  
[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(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.  
[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.07.2009]

(3) Если в календарном году, принятом за основу при расчете 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 вычисляется путем деления суммы оговоренного с работником вознаграждения за труд на 30, но результат не должен превышать показателя, полученного путем деления установленной Правительством Республики минимальной месячной ставки вознаграждения за труд на 30. Расчет среднего дохода за один календарный день производится на основании оговоренного с работником вознаграждения за труд по состоянию на день, предшествующий указанному в листке нетрудоспособности первому дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей, или установленной Правительством Республики минимальной месячной ставки вознаграждения за труд.  
[RT I 2009, 15, 93 – в силе 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, 5 или 5<sup>1</sup> части 2 или части 3 статьи 5 настоящего Закона, вычисляется путем деления суммы дохода, вычисленной 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 или от хозяйственной или профессиональной деятельности, вытекающей из указанного в пунктах 4, 5 и 5<sup>1</sup> части 2 статьи 5 настоящего Закона договора, на 365.  
[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(5<sup>1</sup>) Средний доход за один календарный день лица, застрахованного на основании части 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, вычисляется путем деления суммы дохода, вычисленного на основании социального налога, уплаченного за застрахованное лицо в календарном году, предшествовавшем календарному году указанного в листке нетрудоспособности первого дня освобождения от участия в деятельности предприятия предпринимателя – физического лица, на 365.  
[RT I, 02.07.2012, 8 – в силе с 01.08.2012]

(6) Если за лицо, застрахованное на основании пункта 4, 5 или 5<sup>1</sup> части 2 или части 3 или 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, в календарном году, принятом за основу при расчете среднего дохода за один календарный день, не уплачивался социальный налог, то средний доход за календарный день исчисляется путем деления месячной ставки, указанной в статье 2<sup>1</sup> Закона о социальном налоге, на 30. При расчете среднего дохода за один календарный день исходят из указанной в статье 2<sup>1</sup> Закона о социальном налоге месячной ставки по состоянию на день, предшествовавший дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей либо от хозяйственной или профессиональной деятельности.

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(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.

(7<sup>1</sup>) В отношении застрахованного лица, указанного в части 3<sup>1</sup> статьи 5 настоящего Закона, не применяется установленное в части 7 настоящей статьи.

[RT I, 02.07.2012, 8 – в силе с 01.08.2012]

(8) Если застрахованное лицо одновременно имеет право на компенсацию по временной нетрудоспособности на основании частей 2, 5 и 5<sup>1</sup> настоящей статьи, то средний доход за один календарный день исчисляется на наиболее выгодном для застрахованного лица основании.

[RT I, 02.07.2012, 8 – в силе с 01.08.2012]

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

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

[RT I 2009, 15, 93 – в силе с 01.07.2009]

(1<sup>1</sup>) Если основанием обязанности выплаты компенсации 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 на основании части 2 статьи 48 Закона о публичной службе лица, указанного в пункте 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, то компенсация по болезни исчисляется со второго дня, когда работник или лицо, указанное в пункте 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, временно отказалось от выполнения трудовых заданий или было временно освобождено от выполнения служебных обязанностей.

[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

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

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

(1<sup>3</sup>) Если основанием выплаты компенсации 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 компенсации по болезни возникает со второго дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.07.2009]

(1<sup>4</sup>) Если основанием выплаты компенсации по болезни является пункт 8 части 1 статьи 54 настоящего Закона, то при наступлении страхового случая, указанного в пункте 5 части 1 статьи 51 настоящего Закона, право на получение компенсации по болезни возникает с первого дня указанного в листке нетрудоспособности освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей либо осуществления хозяйственной или профессиональной деятельности.

[RT I, 26.02.2015, 1 – в силе с 01.03.2015]

(2) Если основанием обязанности выплаты компенсации по болезни является предоставление работы, соответствующей состоянию здоровья работника на основании части 1 статьи 18 или временное облегчение условий службы служащего на основании части 1 статьи 48, то компенсация исчисляется с первого дня поступления работника на новую работу либо служащего на должность с облегченными условиями службы.

[RT I, 06.07.2012, 1 – в силе с 01.04.2013]

(3) Право на получение компенсации 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 компенсации по болезни до указанного в листке нетрудоспособности дня восстановления трудоспособности, но не более чем за 240 календарных дней подряд при туберкулезе или 182 календарных дней подряд при каком-либо ином заболевании.

[RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(2) [Часть недействительна – RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

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

[RT I, 04.07.2017, 1 – в силе с 01.01.2018]

(4) [Часть недействительна – RT I 2009, 5, 35 – в силе с 01.07.2009]

(5) [Часть недействительна – RT I, 30.12.2015, 2 – в силе с 01.01.2016]

(6) [Часть недействительна – RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(7) [Часть недействительна – RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.07.2016 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

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

(1) Беременная на основании листка нетрудоспособности по родам имеет право на получение компенсации 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 предполагаемой даты родов. Право беременной на получение компенсации по родам сокращается на количество дней, на которое она ушла в отпуск по беременности и родам позднее указанного в настоящей части срока.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.04.2010]

(2) Если беременной предоставлена работа, соответствующая состоянию ее здоровья, или служебные обязанности облегчены во время беременности, то она имеет право на получение компенсации 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 компенсации по родам сокращается на количество дней, на которое она ушла в отпуск по беременности и родам позднее указанного в настоящей части срока.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.04.2010]

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

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

#### **Статья 59. Период, принимаемый за основу при расчете компенсации по уходу**

(1) Застрахованное лицо на основании листка нетрудоспособности по уходу имеет право на получение компенсации по уходу в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 12 лет или застрахованным лицом-инвалидом в возрасте до 19 лет не более чем за 14 календарных дней и в случае ухода за другими больными членами семьи на дому — не более чем за 7 календарных дней.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.07.2017]

(1<sup>1</sup>) Застрахованное лицо на основании листка нетрудоспособности по уходу имеет право на получение компенсации по уходу в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 12 лет не более чем за 60 календарных дней, если причиной заболевания является злокачественная опухоль, и лечение ребенка начинается в больнице.

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.07.2015]

(2) Застрахованное лицо на основании листка нетрудоспособности по уходу имеет право на получение компенсации по уходу не более чем за 10 календарных дней в случае ухода за ребенком в возрасте до 3 лет или ухода за ребенком-инвалидом 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 компенсации по уходу в общей сложности за календарные дни, число которых не превышает количество, указанное в частях 1 и 2 настоящей статьи.

[RT I, 11.03.2015, 2 – в силе с 01.07.2015]

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

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

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

- 1) заболевание или увечье застрахованного лица или лица, за которым осуществляется уход, обусловлены его умыслом;
- 2) заболевание или увечье застрахованного лица или лица, за которым осуществляется уход, обусловлено состоянием опьянения, установленным в порядке, предусмотренном Законом о дорожном движении, или в ходе проведенной врачом экспертизы;
- 3) застрахованное лицо или лицо, за которым осуществляется уход, игнорирует назначенное врачом обоснованное с медицинской точки зрения лечение, что препятствует выздоровлению;
- 4) застрахованное лицо не является без уважительной причины на прием к врачу в назначенное время;
- 5) застрахованное лицо за период временной нетрудоспособности получает доход, облагаемый социальным налогом, указанный в пунктах 1 или 3 части 1 статьи 2 Закона о социальном налоге, или доход, облагаемый налогом на основании Закона об упрощенном налогообложении дохода от предпринимательства.

[RT I, 07.07.2017, 2 – в силе с 01.01.2018]

- 6) [пункт недействителен – RT I 2004, 89, 614 – в силе 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:

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

1) в отпуске;

2) во время отпуска на основании листка нетрудоспособности по уходу.

[RT I 2009, 5, 35 – в силе с 01.07.2009]

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

[RT I 2009, 5, 35 – в силе с 01.07.2009]

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

## **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 оплатить пеню со дня, указанного в части 6 статьи 53 настоящего Закона.

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

(3) Больничная касса может сделать предписание с предупреждением в отношении неосновательно выплаченной компенсации по временной нетрудоспособности и истребовать 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 истребовать от работодателя застрахованного лица безосновательно выплаченную компенсацию.

(5) Больничная касса истребует от работодателя разницу между компенсацией в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, выплаченной на основании пункта 6 части 1 статьи 54 настоящего Закона в размере 100 процентов, и, компенсацией, исчисленной на основании пункта 1 части 1 указанной статьи в размере 70 процентов.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(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.

[RT I 2005, 39, 308 – в силе с 01.01.2006]

## **Подраздел 2 ИНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ КОМПЕНСАЦИИ**

**Статья 63.** [Статья недействительна – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

**Статья 64.** [Статья недействительна – RT I 2004, 89, 614 – в силе с 01.01.2005]

**Статья 65.** [Статья недействительна – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

**Статья 66.** [Статья недействительна – RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

### **Статья 66<sup>1</sup>. Компенсация за медицинскую услугу, оказанную вне очереди на лечение**

(1) Отвечающий за данную сферу министр может по предложению совета Больничной кассы установить своим постановлением перечень медицинских услуг, за исключением стоматологических услуг, и порядок возмещения таких медицинских услуг, которые оказало застрахованному лицу действующее в Эстонии лицо, оказывающее медицинские услуги, вне

очереди на лечение, которое на момент оказания медицинской услуги имеет действующий договор финансирования лечения с Больничной кассой (далее — *договорной партнер Больничной кассы*).

(2) Основанием для предложения совета Больничной кассы может служить:

- 1) потребность в оказании достаточного доступа к качественной медицинской услуге или
- 2) потребность в проверке расходов и избежание траты денежных, технических и человеческих ресурсов.

(3) В постановлении, указанном в части 1 настоящей статьи, можно устанавливать медицинские услуги, которые:

- 1) оказывают существенное влияние на качество жизни пациента, исключая формирование инвалидности или стойкого нарушения здоровья;
- 2) являются причиной помещения пациента в больницу по меньшей мере на одну ночь или
- 3) требуют использования специализированной медицинской инфраструктуры или оборудования.

(4) Больничная касса возмещает застрахованному лицу, внесенному лицом, оказывающим медицинскую услугу, в очередь на лечение, расход на оказание медицинской услуги, оказанной по медицинским показаниям и на основании направления договорным партнером Больничной кассы вне очереди на лечение, на основании условий и предельных цен, установленных на основании части 1 статьи 30 настоящего Закона, не превышая уплаченную застрахованным лицом сумму за медицинскую услугу.

(5) При выплате компенсации за оказание медицинской услуги, оказанной вне очереди на лечение, застрахованному лицу не компенсируется установленная в настоящем Законе или на его основании доплата или дополнительная доля собственного участия.

(6) Компенсация за медицинскую услугу, оказанную вне очереди на лечение, на очередь на оказание которой в Эстонии на основании части 3 статьи 38 Закона о медицинском страховании установлен срок максимальной продолжительности пребывания в очереди не менее одного года, выплачивается в день, установленный Больничной кассой в решении о выплате компенсации, но не позднее чем в последний день указанного срока максимальной продолжительности пребывания в очереди на оказание медицинской услуги.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

## **Статья 66<sup>2</sup>. Компенсация за медицинские услуги, оказанные за границей**

(1) Застрахованное лицо вправе получать предусмотренные в настоящем Законе компенсации по медицинскому страхованию в связи с получением оказанной за границей медицинской услугой, указанной в статье 50<sup>3</sup> Закона об организации медицинских услуг в государстве-члене Европейского союза, за исключением Эстонии.

(2) Больничная касса возмещает застрахованному лицу расход на оказание трансграничных медицинских услуг, оказанных по медицинским показаниям, на основании условий и предельных цен, установленных на основании части 1 статьи 30 настоящего Закона, не превышая уплаченную застрахованным лицом сумму за трансграничную медицинскую услугу.

(3) Больничная касса возмещает застрахованному лицу сумму, уплаченную за выписанные и внесенные на основании части 1 статьи 43 настоящего Закона в перечень лекарственных средства, использованные в ходе оказания трансграничной медицинской услуги, оказанной по медицинским показаниям, на установленных в названном перечне условиях, по установленным на основании части 2<sup>1</sup> статьи 42 предельным ценам и на основании цен на лекарственные средства, назначенных соглашениями о ценах, заключенными на основании части 4 статьи 42, не превышая уплаченную застрахованным лицом сумму за лекарственное средство.

(4) Больничная касса возмещает застрахованному лицу сумму, уплаченную за выписанные медицинские устройства, использованные в ходе оказания трансграничной медицинской услуги, на зафиксированных в перечне, установленном на основании части 4 статьи 48 настоящего Закона, условиях и по установленным предельным ценам, не превышая уплаченную застрахованным лицом сумму за лекарственное средство.

(5) При рассмотрении ходатайства о возмещении за трансграничную медицинскую услугу Больничная касса вправе для проверки счетов за лечение воспользоваться информационной системой внутреннего рынка, созданной на основании Постановления Европейского Парламента и Совета (ЕС) № 1024/2012, рассматривающего административное сотрудничество, осуществляемое посредством информационной системы внутреннего рынка (Официальный журнал ЕС L 316, 14.11.2012 г., стр. 1–11).

(6) При выплате компенсации за трансграничную медицинскую услугу для застрахованного лица не возмещаются установленные в настоящем Законе или на его основании доплата и дополнительная доля собственного участия.

(7) Порядок подачи ходатайства, рассмотрения ходатайства и выплаты компенсации за трансграничную медицинскую услугу устанавливает своим постановлением отвечающий за данную сферу министр.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

### **Статья 66<sup>3</sup>. Предварительное разрешение на получение трансграничной медицинской услуги**

(1) Отвечающий за данную сферу министр может по предложению совета Больничной кассы установить своим постановлением требование о предварительном разрешении в государственном члене Европейского союза для получения трансграничной медицинской услуги в целях:

- 1) обеспечения достаточного и постоянного доступа к выбору качественных и сбалансированных медицинских услуг
- 2) проверки расходов и избегания траты денежных, технических и человеческих ресурсов.

(2) Требование о предварительном разрешении, указанном в части 1 настоящей статьи, можно устанавливать для получения медицинских услуг, которые:

- 1) зависят от потребностей планирования;
- 2) требуют помещения пациента в больницу по меньшей мере на одну ночь;
- 3) требуют использования специализированной и затратной медицинской инфраструктуры или оборудования;
- 4) представляют собой особенный риск для пациента или населения.

(3) В постановлении, указанном в части 1 настоящей статьи, фиксируется медицинская услуга, для получения которой устанавливается требование о предварительном разрешении, цель установления требования о предварительном разрешении и период для переоценки потребности установления требования о предварительном разрешении.

(4) Требование о предварительном разрешении может быть установлено по всему государству или для получения медицинской услуги определенного лица, оказывающего медицинские услуги.

(5) В случае медицинской услуги, для получения которой установлено требование о предварительном разрешении, Больничная касса выплачивает компенсацию за трансграничную медицинскую услугу только в случае, если застрахованное лицо получило соответствующее предварительное разрешение.

(6) Установленное требование о предварительном разрешении публикуется на веб-странице Министерства социальных дел, Больничной кассы и государственного контактного пункта трансграничных медицинских услуг.

(7) Министерство социальных дел сообщает об установлении требования о предварительном разрешении Европейской комиссии, а также о её применении и прекращении применения.

(8) Предварительное разрешение выдает застрахованному лицу Больничная касса.

(9) Больничная касса не может отказать в выдаче предварительного разрешения, если застрахованное лицо имеет право на медицинские услуги в Эстонии, для получения которых ходатайствуют о предварительном разрешении, а также если эту медицинскую услугу нельзя оказать в Эстонии в течение оправданного с медицинской точки зрения срока, учитывая объективную медицинскую оценку состояния здоровья лица, его историю болезни и возможное течение болезни, силу боли и род дефекта во время представления ходатайства.

(10) Больничная касса может отказать в выдаче предварительного разрешения по следующим причинам:

1) согласно клинической оценке в разумной степени уверенности обнаружено, что существует угроза здоровью, которую нельзя считать приемлемой, учитывая возможную пользу от получаемой лицом трансграничной медицинской услуги;

2) в разумной степени уверенности обнаружено, что из трансграничной медицинской услуги вытекает угроза общей безопасности;

3) медицинскую услугу оказывает лицо, оказывающее медицинскую услугу, в случае которого возникло серьезное и конкретное подозрение относительно качества медицинской услуги и связанных с пациентом стандартов и инструкций, в том числе относительно положений, связанных с уходом, если эти стандарты и инструкции предусмотрены правовыми нормами и система аккредитации государства-члена, оказывающего медицинские услуги.

4) медицинскую услугу можно оказать в Эстонии в течение оправданного с медицинской точки зрения срока, учитывая состояние здоровья и возможное течение болезни конкретного лица.

(11) Если застрахованное лицо ходатайствует о предварительном разрешении на получение трансграничной медицинской услуги Больничная касса устанавливает, выполнены ли условия для получения предварительного разрешения, установленные постановлением (ЕС) № 883/2004 Европейского Парламента и совета о координировании систем социального страхования (Официальный журнал ЕС L 166, 30.04.2004, стр. 1–123). Если эти условия выполнены, предварительное разрешение выдается, согласно данному постановлению, за исключением в случае, если лицо ясно выражает иное желание.

(12) При рассмотрении ходатайства о предварительном разрешении Больничная касса вправе в целях проверки обстоятельств, связанных с лицами, оказывающими медицинские услуги, и медицинскими работниками, действующими в иных государствах-членах Европейского союза, использовать инфосистему внутреннего рынка, созданного постановлением (ЕС) № 1024/2012 Европейского парламента и совета.

(13) При рассмотрении ходатайства о предварительном разрешении Больничная касса вправе обращаться за экспертной оценкой в целях того, чтобы выяснить потребность оказания заявленной медицинской услуги и срок оказания медицинской услуги.

(14) В государстве-члене Европейского союза, за исключением Эстонии, условия и порядок установления требования, а также ходатайствования и выдачи предварительного разрешения на получение трансграничной медицинской услуги устанавливает своим постановлением отвечающий за данную сферу министр.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

## **Статья 66<sup>4</sup>. Ограничения получения компенсации за трансграничную медицинскую услугу**

(1) При оказании трансграничной медицинской услуги без направления обладающего правом на деятельность лица, оказывающего врачебную помощь общего профиля или специальную медицинскую помощь, Больничная касса не выплачивает компенсацию за трансграничную медицинскую услугу, за исключением случаев, указанных в части 3 статьи 70, и застрахованных лиц, указанных в пункте 5 части 4 статьи 5 настоящего Закона.

(2) Застрахованному лицу, которое обладает страховой защитой на основании постановления (ЕС) № 883/2004 статьи 17, 24 или 26 Европейского парламента и совета или чья потребность в получении трансграничной медицинской услуги возникла в государстве-члене Европейского союза, за исключением в Эстонии, во время его нахождения там, компенсация за трансграничную медицинскую услугу выплачивается на основании направления, выданного лицом, оказывающим медицинские услуги, государства-члена Европейского союза.  
[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

## **Раздел 6 ДОПЛАТА И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДОЛЯ СОБСТВЕННОГО УЧАСТИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**

### **Подраздел 1 ОБЩИЕ УСЛОВИЯ**

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

(1) Дополнительная плата в значении настоящего Закона — это расходы, покрываемые застрахованным лицом, помимо доли собственного участия, с целью получения компенсации 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 доли 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.  
[RT I 2008, 3, 22 – в силе с 01.09.2008]

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

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

(2) Стандартные условия размещения устанавливаются постановлением отвечающего за данную сферу министра.

(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 преискурант 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 требовать 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.

(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.

(3) Не разрешается требовать плату за визит на дом у беременной женщины и у застрахованного лица, не достигшего возраста 2 лет.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.07.2009]

#### **Статья 70. Плата за визит и дополнительная доля собственного участия 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.

(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 (дополнительная доля собственного участия), за исключением случаев, указанных в части 3 настоящей статьи.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

(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, туберкулезом, глазным, кожным или венерологическим заболеванием, в случае оказания ему гинекологической или психиатрической помощи либо если лицо, оказывающее специализированную врачебную помощь, оставляет пациента по причине его состояния здоровья на наблюдение или лечение у лица, оказывающего специализированную врачебную помощь.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

(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.

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

- 1) амбулаторная специализированная врачебная помощь оказывается беременной женщине; [RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.07.2009]
- 2) амбулаторная специализированная врачебная помощь оказывается застрахованному лицу, не достигшему возраста двух лет;
- 3) непосредственно за оказанием неотложной амбулаторной специализированной врачебной помощи следует оказание стационарных медицинских услуг.

(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.

[RT I 2008, 3, 22 – в силе 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.

[RT I, 16.04.2014, 4 – в силе с 26.04.2014]

(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 5 евро.

[RT I, 31.12.2012, 6 – в силе с 10.01.2013]

(2) Максимальный размер платы за койко-день составляет 2,50 евро.

[RT I, 31.12.2012, 6 – в силе с 10.01.2013]

(3) Максимальный размер платы за визит и платы за койко-день к 1 марта каждого календарного года умножается 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 предшествующий ему календарный год, исходя из значений индекса потребительских цен, официально обнародованных Департаментом статистики.

(5) Отвечающий за данную сферу министр 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 разумную плату за выдачу документов.

(1<sup>1</sup>) [Часть недействительна – RT I, 10.07.2012, 2 – в силе с 01.04.2013]

(2) Лицо, оказывающее медицинские услуги, не вправе требовать от застрахованного лица плату за выдачу листка нетрудоспособности и рецепта.  
[RT I, 08.10.2014, 1 – в силе с 18.10.2014]

(3) Лицо, оказывающее медицинские услуги, не вправе требовать от застрахованного лица плату за выдачу документа, если этот документ требуется Больничной кассе, правоохранительному органу или другому лицу, оказывающему медицинские услуги, в связи с выполнением договора об оказании медицинских услуг, для оценки трудоспособности или определения степени тяжести дефекта, а также в иных случаях, установленных законом.  
[RT I, 13.12.2014, 1 – в силе с 01.01.2017 (вступление в силу изменено – RT I, 17.12.2015, 1)]

(4) Лицо, оказывающее медицинские услуги, вправе потребовать за выдачу документа от несовершеннолетнего пациента плату, не превышающую средние расходы, произведенные на выдачу документа.  
[RT I 2004, 49, 342 – в силе с 01.07.2004]

## **Глава 4 ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНАХ**

**Статья 74. – Статья 87.** [Исключены из настоящего текста.]

## **Глава 5 ПРИМЕНЕНИЕ И ВСТУПЛЕНИЕ ЗАКОНА В СИЛУ**

### **Статья 88. Расчет среднего дохода за один календарный день до вступления в силу статьи 55 настоящего Закона**

(1) Средний доход за один календарный день лиц, застрахованных на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, определяется путем деления суммы доходов, исчисленных на основании социального налога, начисленного за застрахованное лицо за шесть календарных месяцев, предшествовавших указанному в листке нетрудоспособности первому дню освобождения от выполнения трудовых или служебных обязанностей, на количество календарных дней шести месяцев, предшествовавших первому дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей. Из количества календарных дней шести месяцев вычитается количество дней, когда застрахованное лицо было временно освобождено от выполнения трудовых и служебных обязанностей на основании листка нетрудоспособности или пребывало в отпуске на основании пунктов 1 и 2 части 2 статьи 9 продолжительностью более 28 календарных дней или на основании статьи 30 Закона об отпуске.

(2) Если лицо, застрахованное на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 5 настоящего Закона, в промежуток времени, принятом за основу при расчете среднего дохода за один календарный день, не получало облагаемого социальным налогом дохода, то средний доход работника за календарный день вычисляется путем деления основного вознаграждения за труд работника на 30, но результат не должен превышать число, полученное путем деления установленной



Правительством Республики минимальной ставки вознаграждения за труд на 30. При расчете среднего дохода за один календарный день исходят из вознаграждения за труд, действовавшей по состоянию на день, предшествующий указанному в листке нетрудоспособности первому дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей, или установленной Правительством Республики минимальной месячной ставки вознаграждения за труд.

(3) Если средний доход за один календарный день, исчисленный в установленном частью 1 настоящей статьи порядке, меньше среднего дохода за один календарный день, исчисленного в установленном частью 2 настоящей статьи порядке, то средний доход за один календарный день исчисляется в порядке, установленном частью 2 настоящей статьи.

(4) Средний доход за один календарный день лица, застрахованного на основании пункта 4 или 5 части 2 и части 3 статьи 5 настоящего Закона, определяется путем деления суммы дохода, вычисленного на основании социального налога, уплаченного за застрахованное лицо или им самим за календарный год (с 1 января по 31 декабря), предшествовавший в случае начавшегося в период с 1 июля по 30 июня следующего календарного года освобождения от трудовых обязанностей указанному промежутку времени, на 365. Перед делением из числа 365 вычитается количество дней, когда застрахованное лицо на основании листка нетрудоспособности было временно освобождено от выполнения трудовых обязанностей либо хозяйственной или профессиональной деятельности.

(5) 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 расчете 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 расчете среднего дохода за один календарный день исходят из установленной в части 5 статьи 2 Закона о социальном налоге месячной ставки, действовавшей по состоянию на день, предшествующий указанному в листке нетрудоспособности дню освобождения от выполнения трудовых обязанностей либо хозяйственной и профессиональной деятельности.

(6) Положения части 5 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 социального налога или авансовых платежей по социальному налогу.

(7) Если застрахованное лицо одновременно имеет право на компенсацию по временной нетрудоспособности на основании частей 1 и 4 настоящей статьи, то средний доход за один календарный день исчисляется на одном, выбранном застрахованным лицом, установленном в настоящей статье основании.

(8) При расчете среднего дохода лиц, застрахованных на основании пункта 1 и 2 части 2 статьи 5 исходят из представленных плательщиком социального налога данных, подтверждающих его право на получение компенсации.

(9) При расчете среднего дохода за один календарный день лиц, застрахованных на основании пунктов 4 и 5 части 2 и части 3 статьи 5 настоящего Закона, исходят из представленных Налогово-таможенному департаменту данных об облагаемом социальным налогом доходе. [RT I 2003, 88, 591 — в силе с 01.01.2004]

## **Статья 89. Положения о переходе**

(1) Если указанное в листке нетрудоспособности освобождение от выполнения трудовых обязанностей начинается до 1 октября 2002 года, а представляется для назначения и выплаты

компенсации за временную нетрудоспособность после 1 октября 2002 года, в отношении назначения и выплаты компенсации применяются положения настоящего Закона.

(2) Если отпуск по беременности и родам лица, застрахованного на основании Закона о медицинском страховании Эстонской Республики, заканчивается во время действия настоящего Закона, застрахованное лицо вправе требовать его продления в соответствии с настоящим Законом.

(3) До 1 января 2003 года Больничная касса может заключать договор с лицом, указанным в пункте 1 части 1 статьи 22 и без ограничения его состояния страхования в Больничной кассе.

(4) До 1 января 2003 года лицом, приравненным к застрахованному лицу на основании закона, считается лицо, за которое не уплачивается социальный налог, а также находящийся на иждивении супруг застрахованного лица.

(5) До вступления в силу 1 июля 2003 года части 4 статьи 30 настоящего Закона предельная цена, указанная в перечне медицинских услуг, охватывает все расходы, необходимые для оказания медицинской услуги, за исключением расходов на научную деятельность, обучение учащихся и студентов, а также строительство и реновацию зданий.

(6) К договорам между Больничной кассой и лицами, оказывающими медицинские услуги, заключенным до вступления в силу настоящего Закона не применяются положения подраздела 2 раздела 2 главы 3 настоящего Закона.

(7) До заключения соглашения о ценах ценой соглашения о ценах лекарственного средства считается максимальная розничная торговая цена, действовавшая по состоянию на 31 декабря 2008 года.

[RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(8) [Часть недействительна – RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(9) [Часть недействительна – RT I 2010, 15, 77 – в силе с 01.07.2010]

(10) До вступления в силу 1 апреля 2003 года пункта 1 части 1 статьи 54 настоящего Закона Больничная касса выплачивает застрахованному лицу компенсацию за временную нетрудоспособность за один календарный день в размере 60 процентов от среднего дохода за один календарный день в случае оказания стационарной медицинской услуги и больничного ухода за ребенком в возрасте младше 10 лет.

(11) Лицом, приравненным к застрахованному лицу, на основании настоящего Закона не считается принятый в учебное заведение до 2003/04 учебного года:

1) студент, учащийся на заочной форме обучения (за исключением по медицинским показаниям);

2) учащийся в возрасте старше 24 лет, получающий профессиональное среднее образование на базе среднего образования, на вечерней или заочной форме обучения (за исключением случая, когда ему исполняется 24 года в течение номинальной продолжительности учебной программы).

(12) Часть 7 статьи 57 настоящего Закона применяется в отношении лица, чье указанное на листке нетрудоспособности освобождение от трудовых или служебных обязанностей либо от хозяйственной или профессиональной деятельности начинается после 31 июля 2004 года.

[RT I 2004, 56, 400 – в силе с 01.08.2004]

(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 налогоплательщиков после 31 декабря 2009 года по той причине, что лицо не ходатайствовало о регистрации в коммерческом регистре в качестве предпринимателя – физического лица либо его заявление о внесении записи о регистрации в коммерческом регистре было оставлено без удовлетворения. Налогово-таможенный департамент обязан известить Больничную кассу о приостановлении предпринимательской деятельности или исключении из регистра в течение десяти календарных дней.

[RT I 2008, 60, 331 – в силе с 01.01.2009]

(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.

[RT I 2009, 29, 176 – в силе с 01.07.2009]

(15) Застрахованным лицом в значении настоящего Закона считается также лицо, проходящее профессиональное обучение без требования основного образования, и учащийся, приобретающий профессиональное образование на базе среднего образования, на условиях, установленных в настоящем Законе для лица, проходящего уровневое профессиональное обучение.

[RT I, 02.07.2013, 1 – в силе с 01.09.2013]

(16) Больничная касса выплачивает застрахованному лицу компенсацию за трансграничную медицинскую услугу за медицинские услуги и выписанные в ходе их оказания рецептурные лекарственные средства и медицинские устройства, которые были оказаны или выписаны начиная с 25 октября 2013 года.

[RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]

(17) В случае лекарственных средств, выданных лицу до 1 января 2015 года, при вычислении дополнительной компенсации за лекарственные средства Больничная касса применяет установленное в статье 47 настоящего Закона, действовавшее до 31 декабря 2014 года.

[RT I, 13.12.2014, 1 — вступил в силу 01.01.2015]

(18) В случае лекарственных средств, выданных застрахованному лицу до 1 июля 2017 года, при вычислении дополнительной компенсации за лекарственные средства Больничная касса применяет действовавшую до 30 июня 2017 года редакцию Закона о медицинском страховании.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(19) Компенсация за стоматологические услуги, оказанные совершеннолетнему лицу до 1 июля 2017 года, выплачивается на основании действовавшей до 30 июня 2017 года редакции Закона о медицинском страховании в случае, если заявление о получении компенсации представлено не позднее, чем к 1 октября 2017 года. Предоставляемая в 2017 году застрахованному лицу сумма компенсации за стоматологические услуги вместе не превышает повышенную предельную норму, установленную на основании части 3 статьи 33<sup>1</sup> настоящего Закона. Больничная касса перечисляет компенсацию на расчетный счет застрахованного лица или назначенного им третьего лица не позднее, чем к 25 января 2018 года.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе 01.07.2017]

(20) Компенсация за услугу протезирование зубов, оказанная совершеннолетнему до 1 января 2018 года, выплачивается на основании действовавшей до 31 декабря 2017 года редакции Закона о медицинском страховании в случае, если оказывающее услугу лицо представит

сводный счет или застрахованное лицо представит заявление не позднее, чем к 31 января 2018 года.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(21) В случае перенимания установленной в части 2<sup>2</sup> статьи 29 настоящего Закона обязанности оплаты услуг протезирования зубов, Больничная касса учитывает установленную действовавшей до 31 декабря 2017 года редакции Закона о медицинском страховании выплачиваемую совершеннолетнему лицу за три года компенсацию за услугу протезирования зубов, которая уже выплачена лицу или о которой он ходатайствует в соответствии с частью 20 настоящей статьи. Начавшийся в отношении застрахованного лица до 1 января 2018 года учет трехлетнего промежутка времени продолжается до конца этого промежутка времени.

[RT I, 27.12.2016, 4 – в силе с 01.01.2018]

(22) Оказанные до 1 января 2018 года услуги здравоохранения по экстракорпоральному оплодотворению и имплантации эмбриона, а также расходы на рецептурные лекарственные средства, возмещаются согласно установленному в статье 35<sup>1</sup> действовавшей до 31 декабря 2017 года редакции Закона об искусственном оплодотворении и защите эмбриона.

[RT I, 28.12.2017, 4 – в силе с 01.01.2018]

(23) Установленные в заключенном на основании части 4 статьи 42 действовавшей до 31 декабря 2017 года редакции Закона о медицинском страховании между отвечающим за данную сферу министром и производителем лекарственного средства административном договоре права и обязанности отвечающего за данную сферу министра переходят к Больничной кассе начиная с 1 января 2018 года.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(24) При компенсации обоснованно и доказано уплаченных за покупку лекарственных средств, необходимых для амбулаторного лечения застрахованного до 31 декабря 2017 года лица и внесенных в перечень лекарственных средств сумм, Больничная касса применяет при расчете и рассмотрении размера дополнительной компенсации за лекарственные средства действовавшую до 31 декабря 2017 года редакцию настоящего Закона.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

(25) При производстве представленных до 1 января 2018 года на основании части 3 статьи 43 Закона о медицинском страховании ходатайств Больничная касса применяет вступившую в силу 1 января 2018 года редакцию настоящего Закона.

[RT I, 28.12.2017, 5 – в силе с 01.01.2018]

### **Статья 89<sup>1</sup>. Выписка листа нетрудоспособности в бумажном виде**

(1) До 31 декабря 2014 года врач, стоматолог или акушерка, имеющие право выписывать лист нетрудоспособности, могут выписывать лист нетрудоспособности застрахованному лицу в бумажном виде.

(2) С 1 января 2015 года врач, стоматолог или акушерка, имеющие право выписывать лист нетрудоспособности, могут выписывать лист нетрудоспособности застрахованному лицу в бумажном виде только в случаях, установленных в части 1<sup>1</sup> статьи 52 настоящего закона.

[RT I, 08.10.2014, 1– в силе с 18.10.2014]

### **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 – RT I 2004, 89, 614 – в силе с 01.01.2005]

<sup>1</sup> Директива Европейского парламента и Совета 2010/41/ЕС о применении принципа равного обращения в отношении действующих в качестве предпринимателей – физических лиц мужчин и женщин, которой признается недействительной директива 86/613/ЕЭС (Официальный журнал ЕС L 180, 15.07.2010, стр. 1-6)

Директива Европейского парламента и Совета 2011/24/ЕС о применении прав пациента в трансграничном здравоохранении (Официальный журнал ЕС L 88, 04.04.2011, стр. 45–65). [RT I, 29.11.2013, 1 – в силе с 09.12.2013]