

LIGJI NR. 04/L -249**PËR SIGURIMIN SHËNDETËSOR**

Kuvendi i Republikës së Kosovës;

Në bazë të nenit 65 (1) të Kushtetutës së Republikës së Kosovës,

Miraton

LIGJ PËR SIGURIMIN SHËNDETËSOR**KREU I
DISPOZITAT E PËRGJITHSHME****Neni 1
Qëllimi**

Qëllim i këtij ligji është sigurimi i qasjes universale të qytetarëve dhe banorëve të Republikës së Kosovës ndaj shërbimeve kualitative të kujdesit themelore shëndetësore, me qëllim të përmirësimit të indikatorëve shëndetësor dhe sigurimit të mbrojtjes financiare nga varfërimi për shkak të shpenzimeve të mëdha për kujdesin shëndetësor, nëpërmjet themelimit dhe rregullimit të sistemit publik të sigurimit shëndetësor.

**Neni 2
Fushëveprimi**

Ky ligj rregullon themelimin, organizimin, funksionimin, dhe financimin e sistemit publik të sigurimeve shëndetësore; si dhe të drejtat dhe obligimet e palëve të përfshira.

**Neni 3
Përkufizimet**

1. Shprehjet e përdorura në këtë ligj kanë këtë kuptim:

1.1. **Qytetar** - personi me shtetësi të Republikës së Kosovës sipas Ligjit mbi Shtetësinë e Kosovës, dhe personin e kualifikuar si refugjat në pajtim me ligjin;

1.2. **Banor** - bartësi i lejes së qëndrimit të lëshuar nga autoriteti kompetent për territorin e Republikës së Kosovës dhe personin që ka aplikuar për njohjen e statusit të refugjatit;

1.3. **Fondi i Sigurimeve Shëndetësore (në tekstin e mëtejme Fondi)**- institucionin publik të sigurimit shëndetësor me statusin e personit juridik me të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të veçanta për zbatim të këtij ligji në emër të siguruarve përfshirë mbledhjen efektive të mjeteve financiare për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga institucionet shëndetësore në të gjitha format e pronësisë;

1.4. **I siguruari** - personi i cili mund të dëshmojë se që është i përfshirë me sigurim shëndetësor;

1.5. **Anëtarë të familjes së ngushtë** - në kuptim të këtij ligji konsiderohen: bashkëshorti/ja, prindërit, fëmijët deri në moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare përfshirë fëmijët e adoptuar, thjeshtri/a, njerku/a;

1.6. **I punësuar** – personi fizik që kryen punë ose shërbime me pagesë për punëdhënësin;

1.7. **Punëdhënës** - personi fizik ose juridik i cili i siguron punë të punësuarit dhe i paguan pagën për punën ose për shërbimet e kryera;

1.8. **Kujdesi shëndetësor** - masat dhe veprimet që ndërmerren nga organizatat, institucionet, dhe profesionistët shëndetësorë, që për qëllim parësor kanë përmirësimin e shëndetit të qytetarëve dhe të banorëve;

1.9. **Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor** - Listat e formave dhe llojeve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor që mbulohen me sigurimin e obligueshëm shëndetësor nëpërmjet Fondit duke përfshi barnat dhe materialin harxhues që rimbursohet;

1.10. **Lista e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Plotësues** - Listat e shërbimeve shëndetësore që nuk janë pjesë e Listës së shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor;

1.11. **Shërbimi emergjent shëndetësor** - shërbimin shëndetësor që ofrohet në rrethanat e ndryshimit të përnjëhershëm të gjendjes shëndetësore të qytetarit ose të banorit, në mungesë të cilit rrezikohet jeta ose dëmtohet seriozisht shëndeti i tij;

1.12. **Rimbursimi** - pagesa nga Fondi për shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor të dedikuara për të siguruarit të regjistruar në të, sipas akteve normative të nxjerra nga Fondi;

1.13. **Bashkë-financimi** - bashkë-sigurimin ose pagesën e kryer në formë të pjesëmarrjes në çmimin e shërbimit shëndetësor të mbuluar me sigurim nga bartësi i policës së sigurimit shëndetësor i cili sipas ligjit nuk është i liruar nga bashkë-financimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor;

1.14. **Pagesa e premiumit** - shuma mujore, tre (3) mujore ose vjetore për sigurim shëndetësor që paguhet në Fond;

1.15. **Agjensioni i Financimit Shëndetësor** - Agjencioni ekzekutiv nën autoritetin e Ministrisë së Shëndetësisë, para-ardhës i Fondit publik të Kosovës për sigurime shëndetësore, që në emër të shtetit realizon të drejtat, obligimet, përgjegjësitë, dhe autorizimet përkitazi me kontraktimin dhe blerjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor nga institucionet shëndetësore në të gjitha format e pronësisë, si edhe grumbullimin e të gjitha mjeteve financiare të Fondit për këtë qëllim, deri në themelimin e Fondit me këtë ligj;

1.16. **Periudha e pritjes** - periudha gjatë të cilës qytetari ose banori nuk arrin të paguaj premiumin e sigurimit shëndetësor gjatë tre (3) muajve radhazi;

1.17. **Emërtimi gjenerik** - emërtimi i pambrojtur ndërkombëtar i barit ose materialit shpenzues medicinal.

Neni 4 Parimet

1. Parimet themelore mbi të cilat ky ligj do të zbatohet janë:

- 1.1. transparenca e marrëdhënieve kontraktuale;
- 1.2. qëndrueshmëria e shërbimeve të kontraktuara shëndetësore;
- 1.3. barazia e qytetarëve dhe banorëve;
- 1.4. llogaridhënia e bartësve të institucioneve të kontraktuara shëndetësore dhe autoriteteve të fondit;
- 1.5. qasja universale ndaj shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor;
- 1.6. solidariteti i qytetarëve dhe banorëve si dhe punëdhënësve;
- 1.7. reciprociteti në marrëdhëniet bilaterale me shtetet dhe fondet tjera;

- 1.8. përgjegjësia individuale me rastin e vendosjes së marrëdhënieve kontraktuale;
- 1.9. qasja e lehtë deri të institucionet e kontraktuara shëndetësore;
- 1.10. efikasiteti i funksionimit të fondit;
- 1.11. mbrojtja nga rreziku financiar i qytetarëve dhe banorëve gjatë shfrytëzimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Neni 5 **Format e sigurimeve shëndetësore**

Sigurimet shëndetësore në Republikën e Kosovës organizohen dhe zbatohen si sigurime shëndetësore të obligueshme dhe sigurime shëndetësore vullnetare.

Neni 6 **Sigurimi shëndetësor i obligueshëm**

1. Sigurimi shëndetësor i obligueshëm është e drejtë dhe detyrim për të gjithë qytetarët dhe banorët e Republikës së Kosovës.
2. Sigurimi shëndetësor i obligueshëm përfshin shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor të ofruara në bazë të parimeve nga neni 4 i këtij ligji.
3. Sigurimi shëndetësor i obligueshëm ofrohet vetëm nga Fondi.

Neni 7 **Shërbimet e garantuara shëndetësore**

1. Pavarësisht nga statusi i sigurimit shëndetësor do të ofrohen:
 - 1.1. shërbimet emergjente të kujdesit shëndetësor;
 - 1.2. shërbimet e kujdesit shëndetësor për fëmijët nën moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare nga Lista e shërbimeve të kujdesit themelor shëndetësor; si dhe,
 - 1.3. shërbimet esenciale shëndetësore për shtatzënat dhe lehonat;
 - 1.4. shërbimet e tjera esenciale të kujdesit shëndetësor të përcaktuara nga Fondi.

Neni 8 **Sigurimi shëndetësor vullnetar**

1. Qytetarët dhe banorët e Republikës së Kosovës, punonjësit e huaj në Republikën e Kosovës, si dhe të gjithë të tjerët, kanë të drejtë të kenë sigurim shëndetësor vullnetar plotësues.
2. Sigurimi shëndetësor vullnetar plotësues nuk mund të zbatojë politika komplementare e dispozita që rregullojnë bashkë-financimin e sigurimit të obligueshëm shëndetësor.
3. Sigurimi shëndetësor vullnetar plotësues realizohet nëpërmjet kontratës individuale në mes të siguruarit vullnetar ose/dhe përfaqësuesit të tij të emëruar ligjor, dhe kompanisë private të sigurimeve shëndetësore, në pajtim me ligjin.
4. Regjistrimi në sigurimin shëndetësor vullnetar plotësues për shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor në agjencionet private të sigurimeve shëndetësore nuk e hjek detyrimin e obligueshëm të qytetarit, banorit, punëdhënësit dhe të punësuarit, për pagesën detyimore të premiumit për sigurimin e obligueshëm shëndetësor në Fond, në pajtim me këtë ligj.

Neni 9 Bartja e të drejtës

E drejta në sigurim shëndetësor të obligueshëm nuk mund të bartet të personi tjetër fizik dhe entiteti juridik; nuk mund të ndryshohet me kontratë, dhe nuk mund të tjetërsohet.

Neni 10 Pjesëmarrja në shpenzime

Të siguruarit, marrin pjesë në shpenzimet e kujdesit shëndetësor themelor nëpërmjet bashkë-financimit dhe premieeve, në pajtim me ligjin.

KREU II

Neni 11 Të siguruarit e obliguar

1. Sipas këtij ligji, të siguar në mënyrë të obligueshme janë:

1.1. të gjithë qytetarët dhe banorët, të cilët kanë bërë pagesën e premiumit për sigurimin shëndetësor të obligueshëm;

1.2. anëtarët e familjes së ngushtë të qytetarëve ose banorëve të cilët kanë paguar premiumet e sigurimit të obligueshëm shëndetësor dhe të cilët janë të punësuar në sektorin publik ose janë të punësuar në sektorin privat ose publiko-private në kompanitë e regjistruara për TVSH me qarkullim vjetor prej pesëdhjetë mijë (50.000) Euro ose më shumë;

1.3. qytetarëve ose banorëve të cilët janë të liruar nga obligimi për të paguar këtë premium, në pajtim me këtë ligj.

2. Personat e liruar nga pagesa e premiumit dhe bashkë-financimi janë qytetarët dhe banorët, si në vijim:

2.1. familjet e varfra nën asistencë sociale - të gjithë anëtarët e familjes;

2.2. të burgosurit të cilët janë dënuar;

2.3. individët të cilët janë duke jetuar në institucione shtetërore -fëmijët nën kujdes të sforcuar dhe nën kujdestari, të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuara të strehuar në shtëpitë për persona të moshuar si dhe në shtëpitë për integrim në komunitet;

2.4. personat e ri-atdhesuar bazuar në marrëveshjet bilaterale të Republikës së Kosovës me shtetet e tjera, në vitin e parë pas ri-atdhesimit;

2.5. invalidët e luftës, bashkëshorti/ja dhe fëmijët e tyre nën tetëmbëdhjetë (18) vjet në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi;

2.6. viktimat e trafikimit gjatë vitit të parë pas regjistrimit zyrtar, në pajtim me ligjin;

2.7. banorët e përhershëm të vend-banimeve joformale në Kosovë të cilët nuk janë të regjistruar ose të cilët janë në proces të regjistrimit deri në fund të procesit të regjistrimit, ose deri në një (1) vit pas hyrjes në fuqi të këtij ligji, çfarëdo realizohet e para;

2.8. viktimat e dhunës në familje gjatë vitit të parë pas regjistrimit zyrtar në Ministrinë e Punës dhe Mirëqenies Sociale, në pajtim me ligjin.

3. Qytetarët dhe banorët nga kategoritë në vijim do të lirohen nga pagesa e premiumit, bashkë-pagesave, dhe detyrimeve të tjera të bashkë-financimit vetëm nëse identifikohen si të varfër sipas kriteriumeve të testit zyrtar, të përcaktuara me aktin nën-ligjor të nxjerr bashkërisht nga Ministria e Shëndetësisë, Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale, dhe Ministria e Financave, përveç në rastet kur zbatohen konventat ndërkombëtare:

- 3.1. pensionistët e moshës dhe ata kontribut-dhënës;
- 3.2. pensionistët e kompanisë "Trepça";
- 3.3. pensionistët e Trupave Mbrojtëse të Kosovës dhe Forcës së Sigurisë së Kosovës;
- 3.4. anëtarët e ngushtë të familjeve të dëshmorëve;
- 3.5. veteranët e luftës si dhe bashkëshortja/i dhe fëmijët e tyre;
- 3.6. ish të burgosurit politik si dhe bashkëshortja/i dhe fëmijët e tyre;
- 3.7. anëtarët e ngushtë të familjeve të viktimave civile të luftës;
- 3.8. viktimat e dhunës seksuale gjatë luftës, në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi;
- 3.9. personat me aftësi të kufizuar;
- 3.10. studentët.

Neni 12 Pagesa e premiumeve

1. Premiumet në Fond do të fillojnë të paguhen në datën që do të përcaktohet me akt nën-ligjor të nxjerr nga Ministria e Shëndetësisë, pasi që të jenë plotësuar parakushtet për zbatimin e sigurimit shëndetësor të specifikuar në nenin 38 të Dispozitave Kalimtare të këtij ligji.
2. Personi i cili nuk arrin të paguaj premiumin gjatë tre (3) muajve radhazi - "periudha e pritjes", i ndërpritet mbulesa me sigurim shëndetësor nga Fondi.
3. Për të ripërtëri mbulimin me sigurim, para se të fillohet shfrytëzimi i të drejtave nga sigurimi shëndetësor i obligueshëm, premiumi duhet të paguhet me kohë për të paktën tre (3) muaj radhazi pa ndërprerje ose për gjashtë (6) muaj me ndërprerje brenda dymbëdhjetë (12) muajve të fundit.
4. Personi i cili e shfrytëzon periudhën e pritjes më shumë se tri (3) herë në pesë (5) vitet e fundit do të ndërpritet mbulimi me sigurim shëndetësor menjëherë pas dështimit për të paguar edhe një këst të vetëm.
5. Shërbimet nga neni 7 i këtij ligji nuk janë subjekt i kushteve të përcaktuara me paragrafët 2., 3. dhe 4. të këtij neni.

KREU III

Neni 13 Të drejtat nga sigurimi shëndetësor i obligueshëm

1. Qytetarët dhe banorët me sigurim shëndetësor të obligueshëm kanë të drejtë në shërbimet shëndetësore nga Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor me kusht që të kenë paguar premiumin në pajtim me këtë ligj ose të jenë të përjashtuar nga ky obligim. Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor e miratuar nga Qeveria sipas nenit 14 të këtij ligji, nuk mund të reduktohet gjatë vitit fiskal.
2. Pavarësisht nga dispozitat e tjera të këtij ligji, obligimi për pagesën e ndonjërit apo të gjitha benefiteve nga Fondi të siguruara me këtë ligj do të mund të bëhet vetëm nëse:

- 2.1. fondet janë parashikuar në mënyrë specifike për atë qëllim me ligjin në fuqi për buxhetin vjetor;
- 2.2. ka fonde te mjaftueshme për këto pagesa, dhe
- 2.3. Qeveria nuk ka marrë vendim sipas paragrafit 3. të këtij neni për reduktimin ose eliminimin e obligimit të tillë.

3. Vështirësitë e paparashikuara për gjendjen financiare të Fondit do të menaxhohen nga rezervat e Fondit ose do të zgjidhen në vitin pasues nëpërmjet procesit të përcaktimit të premiumit në pajtim me këtë ligj, megjithatë, nëse në çfarëdo kohe gjatë vitit fiskal balansi fiskal i Fondit bëhet negativ, Qeveria do të rivendos këtë ekuilibër nëpërmjet restriksioneve në pagesën e ofruesve të shërbimeve, dhe/ose rritjen e bashkë-financimit.

Neni 14

Shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor

1. Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor që mbulohen nga Fondi përcaktohet nga Qeveria bazuar në propozimin e Bordit Drejtues të Fondit në fillim të çdo viti fiskal.
2. Lista nga paragrafi 1. i këtij neni përpilohet nga komisioni teknik bazuar në politikat e Ministrisë Shëndetësisë dhe mbi parimet e kosto-efektivitetit, mundësive dhe ndikimit në shëndet dhe produktivitetit.
3. Lista i dërgohet për miratim Bordit Drejtues të Fondit së bashku me deklaratën financiare të shpenzimeve për pakon e propozuar të shërbimeve; në pajtim me Kornizën Afat-mesme të Shpenzimeve, tre (3) muaj para fillimit të çdo viti fiskal.
4. Premiumet për vitin fiskal do të miratohen nga Qeveria dhe Kuvendi nëpërmjet procesit të buxhetit.
5. Lista nga paragrafi 1. i këtij neni do të miratohet në Qeveri deri më 31 Janar të atij viti fiskal, deri në miratim zbatohet Lista nga viti paraprak.
6. Shërbimet nga paragrafi 1. i këtij neni përfshirë shërbimet nga neni 7 i këtij ligji, ofrohen në kuadër të:
 - 6.1. kujdesit shëndetësor parësor;
 - 6.2. kujdesit shëndetësor specialistik jashtë-spitalor, dytësor dhe tretësor;
 - 6.3. kujdesit shëndetësor specialistik spitalor, dytësor dhe tretësor, përfshirë kujdesin shëndetësor emergjent;
 - 6.4. trajtimit mjekësor jashtë institucioneve publike shëndetësore, në vend dhe jasht tij, në përputhje me aktin nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria e Shëndetësisë.
7. Kujdesi shëndetësor themelor nga paragrafi 1. i këtij neni përfshirë shërbimet nga neni 7 i këtij ligji, përfshijnë:
 - 7.1. ruajtjen dhe përparimin e gjendjes shëndetësore të popullatës nëpërmjet parandalimit dhe zbulimit të hershëm të sëmundjeve dhe të çrregullimeve shëndetësore; përveç programeve të shëndetit publik nën autoritetin e Ministrisë së Shëndetësisë;
 - 7.2. procedurat mjekësore me qëllim të zbulimit të hershëm të sëmundjeve, diagnostikimit, mjekimit dhe përcjelljes së gjendjes shëndetësore të qytetarit dhe banorit;
 - 7.3. trajtimin dhe mjekimin e sëmundjeve specifike, lëndimeve, dhe çrregullimeve të tjera të veçanta shëndetësore;
 - 7.4. rehabilitimin mjekësor spitalor dhe jashtë spitalor;
 - 7.5. shfrytëzimin e barërave dhe materialit shpenzues medicinal nga Lista esenciale e përcaktuar nga Fondi;

7.6. shfrytëzimin e shërbimeve funksionale stomatologjike, sipas Listës së përcaktuar nga Fondi;

7.7. shfrytëzimin e pajisjeve ortopedike, ndihmesave ortoprotetike dhe materialeve shpenzuese si dhe ndihmesave të tjera, sipas Listës së përcaktuar nga Fondi;

7.8. shërbimet shëndetësore për shtatzëna dhe fëmijë.

Neni 15

Zbatimi i kujdesit shëndetësor themelor

1. Shërbimet e kujdesit themelor shëndetësor ofrohen nga institucionet e licencuara shëndetësore, publike, publiko-private dhe private, me të cilat Fondi ka lidhur kontratë.

2. Reimbursimi i barërave dhe materialit shpenzues nga neni 14 paragrafi 7.5 i këtij ligji bëhet vetëm atëherë kur bari ose materiali harxhues ka qenë i përshkruar nga ana e mjekut të licencuar, në institucionin e kontraktuar shëndetësor, në recetë zyrtare me emërtim gjenerik, dhe është dhënë në barnatore private të kontraktuar nga ana e Fondit.

3. Kontraktimi i shërbimeve nga neni 14 i këtij ligji do të fillojë në datën e përcaktuar me akt nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria e Shëndetësisë.

Neni 16

Barazia

1. Shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor zbatohen në kushte të njëjta për të gjithë personat e siguruar.

2. Shërbimet nga neni 7 i këtij ligji, si pjesë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor do të sigurohen pa pagesë për të gjithë qytetarët dhe banorët pavarësisht nga statusi i tyre i sigurimit shëndetësor.

Neni 17

Shërbimet e përjashtuara nga Sigurimi Shëndetësor i Obligueshëm

1. Sigurimi shëndetësor i obligueshëm nuk përfshinë:

1.1. trajtimet eksperimentale;

1.2. ndihmesat dhe barnat në fazën e hulumtimeve klinike;

1.3. intervenimet estetike dhe rekonstruktive kirurgjike nëse rekonstrukcioni nuk është i domosdoshëm për përmirësimin e funksionit vital;

1.4. frytnimin e asistuar, përveç për qytetarët dhe banorët e liruar nga pagesa e kontributeve të premiumit dhe bashkë-financimi të cilëve u lejohet një procedurë si çift martesor në pajtim me ligjin, ndërsa për kategorinë e të siguruarve, kushtet dhe mbulueshmëria e përfituesve do të përcaktohen me akt nënligjor të propozuar nga Bordi Drejtues dhe të miratuar nga Qeveria;

1.5. ekzaminimin mjekësor dhe laboratorik që ka për qëllim sigurimin e librezave sanitare;

1.6. ekzaminimin mjekësor me qëllim të marrjes së certifikatave mjekësore me kërkesë të personave fizik ose juridik;

1.7. kujdesin shëndetësor me rastin e udhëtimeve private të të siguruarve, jashtë Kosovës, përveç gjendjeve emergjente sipas aktit nën-ligjor të nxjerrë nga Ministria e Shëndetësisë;

1.8. ekzaminimet mjekësore, me rastin e kontesteve gjyqësore dhe procedurave të tjera juridike, kur ekzaminimi mjekësor nuk është në funksion të zbatimit të kujdesit themelor shëndetësor.

Neni 18 **Evidentimi i të Siguarve**

1. Qytetarët dhe banorët si edhe institucionet dhe organizatat publike dhe private që janë të obliguara ta paguajnë premiumin për sigurim shëndetësor të obligueshëm sipas këtij ligji, duhet t'i paraqesin në Fond të dhënat detaje për regjistrimin dhe çregjistrimin e të gjitha kategorive të siguarve, në afat prej nëntëdhjetë (90) ditëve nga dita kur ata bëhen të obliguar të bëjnë pagesën e premiumit.
2. Fondi, përcakton me akt normativ për procedurat e evidencës së të siguarve.

Neni 19 **Kategoritë e të Siguarve**

1. Kategoritë e të siguarve i përcakton Fondi, në pajtim me këtë ligj.
2. Statusi i sigurimit shëndetësor të personit të siguar vërtetohet me kartelën e sigurimit ose në mënyrë tjetër të përcaktuar nga Fondi.
3. Vlefshmëria e statusit të sigurimit shëndetësor nga paragrafi 2. i këtij neni, kushtëzohet me pagesat me kohë dhe të rregullta të premieeve në Fond, sipas nenit 12 të këtij ligji.
4. Vlefshmëria e statusit të sigurimit shëndetësor nga paragrafi 2. i këtij neni, ndërpritet nga dita kur Fondi merr informacionin për çregjistrimin nga lista e personave të siguar.

Neni 20 **E Drejta e Ankesës**

1. Procedurat e realizimit të të drejtave për sigurimin shëndetësor të obligueshëm, sigurohen në pajtim me ligjet në fuqi.
2. Çdo i siguar ka të drejtë ankese lidhur me pretendimet e tij që kanë të bëjnë me të drejtat për sigurimin shëndetësor të obligueshëm.
3. Ankesa parashtrohet brenda afatit tridhjetë (30) ditor të komisioni për shqyrtimin e Ankesave lidhur me Sigurimin Shëndetësor të Obligueshëm.
4. Komisioni për shqyrtimin e Ankesave lidhur me Sigurimin Shëndetësor të Obligueshëm themelohet me vendim nga Bordi Drejtues i Fondit.
5. Komisioni brenda afatit tridhjetë (30) ditë, shqyrton dhe vendos lidhur me Ankesën, sipas dispozitave ligjore në fuqi.
6. Kundër vendimit të komisionit i siguari mund të hapë kontest administrativ në gjykatën kompetente, në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi.
7. Përbërja, Kompetenca, Mandati dhe Puna e komisionit përcaktohet me akt normativ të cilin e nxjerr Fondi.

KREU IV

Neni 21

Financimi i Sigurimit Shëndetësor të Obligueshëm

1. Mjetet financiare për sigurimin shëndetësor të obligueshëm paguhen në Fond ose në organizatën e përcaktuar nga ai, si bashkëfinancim dhe si:

1.1. premiume për sigurimin shëndetësor të obligueshëm bazuar në të ardhurat personale dhe kompensimet e të punësuarve në sektorin publik, të ndarë në mënyrë të barabartë ndërmjet të punësuarve dhe punëdhënësve;

1.2. premiume për sigurimin shëndetësor të obligueshëm bazuar në të ardhurat personale dhe kompensimet e të punësuarve në sektorin privat dhe publiko-privat në ndërmarrjet e regjistruara me qarkullim pesëdhjetë mijë (50.000) Euro dhe më shumë në vit, të ndara në mënyrë të barabartë ndërmjet të punësuarve dhe punëdhënësve;

1.3. premiume për sigurim shëndetësor të obligueshëm nga të gjithë qytetarët dhe banorët e tjerë, përveç anëtarëve të familjes së ngushtë të qytetarëve dhe banorëve nga nën-paragrafët 1.1. dhe 1.2. të këtij paragrafi;

1.4. transfere financiare nga Buxheti i Kosovës në Fond në emër të pagesës së premiumeve të sigurimit shëndetësor për personat nga neni 11 paragrafi 2. i këtij ligji; për shërbimet e rregullta të kujdesit shëndetësor në nivelin dytësor dhe tretësor; si dhe për shërbimet esenciale të kujdesit shëndetësor nga neni 7 i këtij ligji, në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor; sipas buxhetit vjetor për sektorin e shëndetësisë në pajtim me kornizën afat-mesme të shpenzimeve;

1.5. pagesa nga shtetet e tjera, sipas marrëveshjeve ndërshtetërore dhe fondet e sigurimeve shëndetësore të shteteve të tjera në bazë të marrëveshjeve bilaterale;

1.6. donacione dhe burime të tjera;

1.7. fitime nga Fondi Rezerv.

2. Nëse dy ose më shumë anëtarë të familjes janë të punësuar në institucionet nga nën-paragrafi 1.1. dhe 1.2. i këtij neni, të gjithë të punësuarit janë të obliguar që të bëjnë pagesën e premiumit të obligueshëm të sigurimit shëndetësor.

3. Fondi zbaton aktivitetet e tij brenda mundësive financiare në dispozicion.

4. Fondi nuk mund të merr hua dhe nuk ka të drejtë që të krijoj obligime të papaguara sipas ligjit.

5. Rregullorja për menaxhimin Financiar të Fondit miratohet nga Qeveria .

Neni 22

Shkallët e premiumeve për sigurimin shëndetësor të obligueshëm

1. Kontributi për sigurimin shëndetësor të obligueshëm për të punësuarit nga neni 21 paragrafi 1.1. dhe paragrafi 1.2. i këtij ligji do të paguhet si përqindje në të ardhurat personale para pagesës së tatimit në të ardhura e ndarë në pjesë të barabarta ndërmjet punëdhënësit dhe të punësuarit. Premiumet bazohen në koston e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor të propozuar nga Fondi dhe të miratuar nga Qeveria dhe Kuvendi, në shkallën e miratuar nga Qeveria dhe Kuvendi si pjesë e procesit buxhetor.

2. Premiumi për sigurimin shëndetësor të obligueshëm për qytetarët dhe banorët e tjerë sipas nenit 21 paragrafi 1.3. i këtij ligji mund të bazohet në koston e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor të propozuar nga Fondi dhe të miratuar nga Qeveria dhe Kuvendi; dhe llogaritet në baza vjetore si vlerë fikse e miratuar nga Qeveria dhe Kuvendi në kuadër të procesit buxhetor.

3. Fondi i propozon Qeverisë ndryshimin e premiumit nga paragrafi 1. dhe paragrafi 2. i këtij neni gjatë vitit fiskal në pajtim me indeksin e çmimeve për konsumator dhe faktorëve të tjerë relevant siç janë rrethanat e veçanta shëndetësore.

Neni 23

Pagesa e premiumeve për sigurimin e obligueshëm shëndetësor

1. Premiumi për sigurimin shëndetësor të obligueshëm për të punësuarit dhe punëdhënësit në sektorin publik, publik-privat dhe privat nga neni 21 paragrafi 1.1. dhe paragrafi 1.2. i këtij ligji duhet të paguhet nëpërmjet sistemit të pagave dhe thesarit të shtetit, çdo muaj.

2. Pagesat e premiumeve për sigurimin shëndetësor të obligueshëm nga qytetarët dhe banorët e përcaktuar me nenin 21 paragrafin 1.3. të këtij ligji do të bëhen përmes bankave komerciale në xhirrollogarinë e Fondit, në pajtim me Ligjin mbi Menaxhimin e Financave Publike dhe Përgjegjësitë.

3. Mbikëqyrja e pagesave nga paragrafi 1. dhe paragrafi 2. i këtij neni do të bëhet nga Banka Qendrore të Kosovës.

4. Pagesa e premiumeve nga neni 21 paragrafi 1.3. i këtij Ligji të bëhet në llogarinë e Fondit si pagesë vjetore, tre-mujore ose mujore (për person ose për anëtarë të familjes), jo më vonë se dita e 15^{te} e muajit që i paraprin muajit prej të cilit personi është mbuluar me sigurim.

5. Pagesa e premiumeve nga neni 21 paragrafi 1.4. i këtij ligji do të barten në llogarinë e Fondit nga Ministria e Financave, çdo tre (3) muaj.

6. Fondi përcakton kushtet e pagesës, me akt normativ.

Neni 24

Fondi Rezervë dhe Obligimet e Pagesave

1. Fondi krijon rezervën financiare në Bankën Qendrore të Kosovës që duhet të mirëmbahet në çdo kohë. Rregullat për kalkulimin dhe shfrytëzimin e kësaj rezerve do të specifikohen në Rregulloren për Menaxhimin Financiar të Fondit.

2. Në rastet kur mesatarja e rezervës financiare gjatë gjashtëdhjetë (60) ditëve paraprake është në nivel më të ulët se sa ajo e përcaktuar me Rregulloren për Menaxhimin Financiar të Fondit, ose në rastet kur obligimet e paguara të Fondit e tejkalojnë këtë nivel, ose në të dyja rastet, atëherë çmimet e shërbimeve shëndetësore, dhe/ose nivelet e bashkë-financimit, do të përshtaten përderisa rezerva të arrij nivelin adekuat. Në pajtim me nenin 22 paragrafi 3. i këtij ligji Fondi mundet po ashtu të kërkojë përshtatjen e niveleve të premiumit.

Neni 25

Pagesa për shërbimet e kujdesit shëndetësor

1. Personat e siguruar në mënyrë të obligueshme do të kenë qasje pa pagesë në shërbimet nga Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor sipas nenit 14 dhe nenit 15 të këtij ligji.

2. Ofruesit e shërbimeve shëndetësore të kontraktuar nga Fondi e kanë të ndaluar ngarkesën me pagesë plotësuese të personave të siguruar për shërbimet nga Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor, mbi vlerat e përcaktuara me çmimoren e Fondit.

3. Shkalla e pjesëmarrjes në kostot nga paragrafi 1. i këtij neni përcaktohen nga Bordi Drejtues i Fondit bazuar në rekomandimin e komitetit teknik të emëruar nga Bordi.

4. Bashkë-financimet për shërbimet nga Lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor do të mbledhen në institucionet shëndetësore dhe do të shfrytëzohen në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi.

5. Vetëm qytetarët dhe banorët nga paragrafët 2. dhe 3. të nenit 11 të këtij ligji përjashtohen nga obligimi për të paguar premiumin dhe llojet e tjera të bashkë-financimit.

6. Qytetarët që nuk regjistrohen në skemën e sigurimit të obligueshëm shëndetësor, do të paguajnë çmimin e shërbimit shëndetësor të ofruar, në bazë të çmimorës së miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në propozim të Fondit.

7. Banorët që nuk regjistrohen në skemën e sigurimit të obligueshëm shëndetësor, qytetaret ose banoret e Kosovës që janë të siguruar jashtë vendit dhe shtetasit e huaj, nëse nuk ka marrëveshje Bilaterale do të paguajnë çmimin e shërbimit shëndetësor të ofruar, në bazë të çmimorës së veçantë të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në propozim të Fondit.

KREU V FONDI

Neni 26 Akti themelor

1. Akti themelor i Fondit është Statuti, të cilin e miraton Qeveria.
2. Me Statut të Fondit përcaktohen: organizimi, të drejtat, detyrat, përgjegjësitë dhe mënyra e kryerjes së veprimtarisë, sipas këtij ligji.

Neni 27 Organizimi dhe Drejtimi i Fondit

1. Fondi është institucion publik me interes të posaçëm, me autonomi ligjore të personit juridik, me të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të veçanta, për zbatim të këtij ligji.
2. Fondi autorizohet për përcaktimin e të drejtave dhe obligimeve të të siguruarve, lidhur me sigurimin shëndetësor të obligueshëm, si dhe përcaktimin e Listës së shërbimeve të kujdesit themelor shëndetësor.
3. Të punësuarit në Fond nuk i takojnë shërbimit civil të Kosovës dhe statusi i tyre rregullohet me akt nënligjor të propozuar nga Bordi Drejtues dhe të miratuar nga Qeveria.
4. Fondi i nënshtrohet legjislacionit dhe rregullave të menaxhimit financiar në sektorin publik.
5. Organizimi i shërbimit administrativ të Fondit përcaktohet me aktet e tij normative.

Neni 28 Organet Drejtuese të Fondit

1. Fondi drejtohet nga Bordi Drejtues.
2. Bordi Drejtues është organi më i lartë vendim-marrës i Fondit.
3. Bordi Drejtues përbëhet nga tetë (8) anëtarë:
 - 3.1. Ministri i Shëndetësisë ose përfaqësuesi i tij;
 - 3.2. Ministri i Financave ose përfaqësuesi i tij;
 - 3.3. Ministri i Punës dhe Mirëqenies Sociale ose përfaqësuesi i tij;
 - 3.4. Kryetari ose Përfaqësuesi i Odës së profesionistëve shëndetësorë;
 - 3.5. Kryetari i Bordit ose Përfaqësuesi i Shërbimit Spitalor dhe Klinik Universitar të Kosovës;
 - 3.6. Kryesuesi ose përfaqësuesi i drejtorateve të Shëndetësisë të Asociacionit të Komunave të Kosovës;

- 3.7. përfaqësuesi i Shoqatave të Pacientëve;
- 3.8. Drejtori i Fondit ose përfaqësuesi i tij, në rolin e Sekretarit të Bordit Drejtues, pa të drejtë vote.
4. Bordi Drejtues mund të emërojë ekspertë vendor dhe ndërkombëtar në cilësinë e anëtarëve vëzhgues të Bordit Drejtues për mbështetjen e punës së tij përkitazi me çështje specifike.
5. Anëtarët e Bordit Drejtues, mund të ri-zgjidhen për deri sa përfaqësuesi është anëtarë i organit përkatës.
6. Bordi Drejtues zbaton detyrat si vijon:
 - 6.1. propozon Statutin e Fondit për miratim në Qeveri;
 - 6.2. zgjedhë dhe emëron Drejtorin e Fondit bazuar në konkursin publik;
 - 6.3. shkarkon Drejtorin e Fondit për shkaqet e përcaktuara me dispozitat ligjore në fuqi;
 - 6.4. nxjerr Deklaratën Vjetore Financiare.
7. Të drejtat dhe përgjegjësitë e tjera të Bordit Mbikëqyrës, përcaktohen me Statutin e Fondit.
8. Anëtarët e Bordit Drejtues i emëron Qeveria në bazë të propozimit të institucioneve relevante nga paragrafi 3. i këtij neni.
9. Bordi Drejtues ka mandat tre (3) vjeçar.
10. Bordi Drejtues kryesohet nga Kryesuesi me mandat një (1) vjeçar i cili zgjidhet në bazë të parimit të rotacionit.
11. Bordi Drejtues funksionon sipas legjislacionit që rregullon funksionimin e Bordeve Ekzekutive të Ndërmarrjeve Publike në nivel qendror sipas ligjit.
12. Bordi Drejtues i delegon funksionet dhe autorizimet operative te Drejtori i Fondit.
13. Drejtori i Fondit emëron komisionin teknik për elaborimin dhe ripërtëritjen e Listës së shërbimeve të kujdesit themelor duke përfshirë Listën e barnave që reimburohen;
14. Të drejtat dhe përgjegjësitë e Drejtorit përcaktohen me Statutin e Fondit.

Neni 29 **Detyrat e Fondit**

1. Fondi ka detyrat, si vijon:
 - 1.1. zbaton politikat për përmirësimin e gjendjes shëndetësore dhe mbrojtjes nga rreziku financiar i popullatës, të përcaktuara nga Ministria e Shëndetësisë;
 - 1.2. siguron zbatimin e të drejtave të siguruarve në pajtim me ligjin;
 - 1.3. organizon administratë profesionale që siguron zbatimin efikas dhe efektiv të të drejtave dhe obligimeve nga sigurimi shëndetësor i obligueshëm;
 - 1.4. propozon për miratim në Qeveri, premiumet, bashkë-pagesat, bashkë-sigurimin, pagesat shtesë, dhe mjetet e tjera financiare për sigurimin shëndetësor të obligueshëm;
 - 1.5. siguron grumbullimin efikas dhe transparent të mjeteve financiare për sigurimin shëndetësor të obligueshëm, në pajtim me këtë ligj;
 - 1.6. përcakton kushtet e kontratës me institucionet shëndetësore për shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor përfshirë standardet e cilësisë që duhet të përmbushen;

- 1.7. negocion dhe kontrakton shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor, përfshirë kushtet për ofrimin dhe kompensimin e shërbimeve cilësore shëndetësore që qojnë në produktivitet të shtuar dhe performancë më të lartë;
- 1.8. zbaton kompensimin efektiv dhe me kohë të shërbimeve të kujdesit themelor shëndetësor të ofruara nga institucionet e kujdesit shëndetësor, bazuar në kontrata;
- 1.9. shqyrton dhe propozon për Bordin Mbikëqyrës, çmimoren e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor;
- 1.10. mbikëqyr zbatimin e të gjitha kontratave të lidhura nga Fondi dhe raporton përkitazi me to. Bordit Drejtues i raporton Drejtori i Fondit në lidhje me zbatimin e të gjitha kontratave për shërbime shëndetësore;
- 1.11. organizon dhe zbaton sistemin e informimit për sigurime të obligueshme shëndetësore në kuadër të sistemit unik të informimit shëndetësor;
- 1.12. kërkon dhe shfrytëzon vlerësimin profesional të punës së institucioneve shëndetësore nga institucionet e autorizuara;
- 1.13. rregullon çështjet e tjera përkitazi me sigurimin shëndetësor në pajtim me aktet ligjore në fuqi;
- 1.14. kërkon auditim të jashtëm financiar të institucioneve shëndetësore që janë në marrëdhënie kontraktuale me Fondin.

Neni 30 Mbikëqyrja

Mbikëqyrjen e veprimtarisë së Fondit e bënë Qeveria dhe raporton para Kuvendit së paku një herë në vit.

Neni 31 Kontraktimi i shërbimeve shëndetësore

1. Fondi negocion dhe kontrakton shërbimet e kujdesit shëndetësor themelor vetëm me institucionet shëndetësore të licencuara nga Ministria e Shëndetësisë.
2. Prioritet për kontraktim të shërbimeve do tu jepet institucioneve shëndetësore.
3. Me kontratat nga paragrafi 1. i këtij neni, rregullohen çështjet, si në vijim:
 - 3.1. llojet e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor që kontraktohen;
 - 3.2. kushtet e ofrimit të shërbimeve përfshirë standardet e cilësisë, produktivitetit, dhe performancës së institucioneve shëndetësore;
 - 3.3. niveli i bashkë-pagesave, bashkë-sigurimit dhe pagesave shtesë për shërbimet shëndetësore që do të paguhen nga shfrytëzuesit;
 - 3.4. mënyra e llogaritjes dhe kushtet e pagesës së institucioneve shëndetësore për shërbimet e ofruara;
 - 3.5. kërkesat administrative dhe të raportimit;
 - 3.6. mekanizmi i mbikëqyrjes së zbatimit të kontratës;
 - 3.7. masat stimuluese;
 - 3.8. masat ndëshkuese;

3.9. mekanizmi i arbitrazhit dhe përgjegjësisë juridike për mos-zbatim të kontratës, në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi.

4. Deri në fillimin e funksionimit të Fondit, rregullat e detajuara për kontraktimin e kujdesit shëndetësor themelor në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësori përcakton Ministria e Shëndetësisë.

5. Fondi realizon marrëdhënie kontraktuale me institucionet e kujdesit parësor shëndetësor nëpërmjet Drejtorive Komunale të Shëndetësisë, në bazë të rregullores së veçantë të miratuar nga Qeveria.

Neni 32 **Mbikëqyrja e Fondit**

1. Mbikëqyrja e Fondit bëhet nga:

1.1. Bordi Drejtues:

1.1.1. mbikëqyrë veprimtarinë dhe ligjshmërinë e punëve të Fondit;

1.1.2. shqyrton raportet e rregullta vjetore dhe tre (3) mujore me deklaratën financiare, raportet e auditimit; si dhe raportet plotësuese mbi aktivitetin e Fondit;

1.1.3. siguron transparencën e kontabilitetit dhe likuiditetin e vazhdueshëm të pagesave;

1.1.4. siguron themelimin e sistemeve adekuate të kontrollit të brendshëm, në pajtim me parimet e Menaxhimit të Financave Publike në sektorin publik;

1.1.5. aprovon Pasqyrat Vjetore të Llogarive Financiare, raportet vjetore dhe raportet mujore përkitazi me aktivitetet dhe operacionet e tij për Ministrinë e Shëndetësisë, Ministrinë e Financave, dhe Qeverinë, si dhe i prezanton aktivitetet e tij dhe raportet shtesë të kërkuara nga Ministria e Financave dhe Kuvendi i Kosovës.

1.2. Drejtori i Fondit:

1.2.1. përgatitë raporte periodike për Bordin Mbikëqyrës;

1.2.2. siguron zbatimin efikas dhe efektiv të mekanizmave të kontrollit të brendshëm;

1.2.3. menaxhon aktivitetet operative të Fondit në baza ditore;

1.2.4. përgatitë informata të rregullta individuale vjetore për të siguruarit përkitazi me Listën e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor, rezultatet menaxheriale, si dhe informatat e tjera me rëndësi.

Neni 33 **Kompensimi i dëmeve**

1. Fondi mund të kërkojë kompensimin e dëmit që personat fizik dhe juridik i kanë shkaktuar shëndetit të të siguarit gjatë ofrimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, në rast se ky dëmtim është shkaktuar nga mos-kujdesi.

2. Sipas paragrafit 1. të këtij neni, Fondi ka të drejtë që të kërkojë kompensimin e dëmeve nga shkaktuesit e tyre sa u përket shpenzimeve të lidhura me shërbimet e kujdesit shëndetësor, sipas çmimoreve të vet.

3. Kompensimi nga paragrafi 2. i këtij neni, zbatohet në pajtim me ligjet në fuqi.

Neni 34 Kontrolli dhe Auditimi

Fondi u nënshtrohet procedurave të auditimit të brendshëm dhe të jashtëm, në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi.

Neni 35 Shpenzimet administrative dhe Pagat

Kufiri maksimal i shpenzimeve administrative dhe i shpenzimeve për paga të punëtorëve të Fondit do të specifikohen në Rregulloren për Menaxhimin Financiar të Fondit të cilën e miraton Qeveria.

KREU VI

Neni 36 Sanksionet administrative

1. Çdo person përgjegjës fizik do të dënohet me gjobë në vlerën shtatë (7) herë më të lartë, dhe çdo person përgjegjës juridik në vlerën njëzet (20) herë më të lartë, se sa vlera e pagës minimale në Republikën e Kosovës, në rast se personi fizik ose juridik:

1.1. nuk i mban shënimet e rregullta për të siguruarit;

1.2. nuk i paraqet në Fond të dhënat e plota dhe me kohë, për regjistrimin dhe çregjistrimin e të siguruarve;

1.3. refuzon dhënien e informatave ose jep informata të pasakta për regjistrimin dhe çregjistrimin e të siguruarve;

1.4. nuk i përmirëson të dhënat e pasakta pas urdhëresës së Fondit ose pengon kontrollimin e të dhënave zyrtare lidhur me të siguruarin përkritazi me sigurimin shëndetësor të obligueshëm, në përputhje me këtë ligj.

2. Sanksionet administrative nga paragrafi 1. i këtij neni shqiptohen nga Inspektorati Shëndetësor i Ministrisë së Shëndetësisë.

KREU VII

Neni 37 Dispozitat Kalimtare dhe Përfundimtare

1. Premiumet për sigurimin shëndetësor të obligueshëm për të punësuarit dhe punëdhënësit nga neni 21 paragrafi 1.1. dhe paragrafi 1.2. i këtij ligji, do të llogaritet fillimisht për tridhjetegjashtë (36) muajt e parë të mbledhjes së premiumeve si përqindje prej shtatë (7) % nga të ardhurat bruto të ndarë në pjesë të barabarta ndërmjet punëdhënësit dhe të punësuarit (çdonjëri 3.5%) dhe më vonë kjo përqindje do të përcaktohet dhe aprovohet nga Qeveria dhe Kuvendi sipas nenit 22 të këtij ligji.

2. Premiumi për sigurimin shëndetësor të obligueshëm nga neni 21 paragrafi 1.3. i këtij ligji do të llogaritet për dymbëdhjetë (12) muajt e parë të mbledhjes së premiumeve në vlerë prej dy (2) Euro për person, dhe më pastaj kjo vlerë do të përcaktohet dhe aprovohet nga Qeveria dhe Kuvendi sipas nenit 22 të këtij ligji.

3. Ministria e Shëndetësisë, në afat prej tre (3) muajsh, nga dita e hyrjes në fuqi të këtij ligji, duhet të themelojë Këshillin Përgatitor për themelimin e Fondit.

4. Këshilli, nga paragrafi 3. i këtij neni, ka tetë (8) anëtarë, me përfaqësim të subjekteve nga neni 31, paragrafi 3. i këtij ligji, ku pozita e Drejtorit të Fondit është e përfaqësuar me Kryeshefin e Agjencionit të Finansimit Shëndetësor.

5. Këshilli kryen punët dhe detyrat e Bordit Mbikëqyrës të Fondit deri në themelimin e tij, në bazë të Rregullores së Punës të miratuar nga Qeveria në propozim të Ministrisë së Shëndetësisë, në pajtim me këtë ligj.

6. Agjencioni i Financimit Shëndetësor në Ministrinë e Shëndetësisë do të bartë gradualisht të drejtat dhe përgjegjësitë e përcaktuara me këtë ligj dhe Ligjin për Shëndetësi, në Fond në pajtim me vendimet e Këshillit nga paragrafi 3. i këtij neni.

7. Në pajtim me nenin 24. paragrafi 1. të këtij ligji rezerva financiare e Fondit në Bankën Qendrore të Kosovës në fund të vitit të parë pas themelimit duhet të jetë në vlerën e përcaktuar në Rregulloren e nxjerrë nga Qeveria.

8. Ministria e Shëndetësisë dhe Ministria e Financave, obligohen të përgatisin aktet e përgjithshme, infrastrukturën dhe të gjitha kushtet e tjera të nevojshme për mbarëvajtjen e punëve të Fondit.

9. Fondi do të fillojë me funksionimin e tij të plotë atëherë kur të plotësohen parakushtet për zbatimin e sigurimit shëndetësor të specifikuar në paragrafin 10. të këtij neni.

10. Grumbullimi i premieeve do të fillojë vetëm pasi që:

10.1. lista e shërbimeve të kujdesit shëndetësor themelor së bashku me deklaratën përkatëse financiare për atë vit fiskal të jetë miratuar sipas nenit 14 të këtij ligji;

10.2. lista e shërbimeve pa pagesë nga neni 7 i këtij ligji të jetë e definuar;

10.3. çmimi i çdo shërbimi të kujdesit shëndetësor për atë vit fiskal të jetë i dakorduar;

10.4. bashkëpagesat dhe nivelet e tjera të bashkë-financimit të jenë të dakorduara;

10.5. së paku 75% e të punësuarve në sektorin publik dhe në ndërmarrjet e regjistruara private dhe publiko-private me TVSH të deklaruar dhe me qarkullim më të madhe se pesëdhjetë mijë (50.000) Euro të kanë marrë kartelë të sigurimit shëndetësor ose mjet tjetër të verifikimit të statusit të regjistrimit në sigurimin shëndetësor;

10.6. së paku 75% të individëve që u përkasin kategorive të liruara u është dhënë kartela e sigurimit shëndetësor ose mjet tjetër i verifikimit të statusit të regjistrimit në sigurimin shëndetësor.

11. Data e fillimit të mbledhjes së premieeve do të specifikohet në aktin nën – ligjor të nxjerrë nga Ministria e Shëndetësisë.

Neni 38

Deri në fillimin e funksionimit të Fondit sektori publik shëndetësor do të vazhdojë të financohet nga burimet e përcaktuara me Ligjin e Shëndetësisë.

Neni 39

Agjencioni i Financimit Shëndetësor dhe Këshilli përgatitor nga neni 37 paragrafi 3. i këtij ligji nxjerrë akte të brendshme për zbatimin e këtij ligji.

Neni 40 **Hyrja në fuqi**

Ky ligj hyn në fuqi pesëmbëdhjetë (15) ditë pas publikimit në Gazetën Zyrtare të Republikës së Kosovës.

Ligji Nr. 04/L -249
10 prill 2014

Shpallur me dekretin Nr. DL-018-2014, datë 25.04.2014 nga Presidentja e Republikës së Kosovës Atifete Jahjaga