

**LIGJI NR. 10/L-028**

**PËR SIGURIMIN E DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR**

**Kuvendi i Republikës së Kosovës:**

Në mbështetje të nenit 51 të Kushtetutës së Republikës së Kosovës,

Miraton:

**LIGJI PËR SIGURIMIN E DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR**

**KAPITULLI I  
DISPOZITAT E PËRGJITHSHME**

**Neni 1  
Qëllimi**

1. Me këtë Ligj rregullohet sistemi i sigurimit të kujdesit shëndetësor të detyrueshëm, duke përfshirë parimet, funksionet, të drejtat e përgjegjësitë e palëve të përfshira, personat e siguruar, modalitetet e kontributit, pakoja e përfitimeve që mbulohet nga sigurimi shëndetësor i detyrueshëm, marrëdhëniet kontraktuale me institucionet e kujdesit shëndetësor dhe barnatoret, në lidhje me ofrimin, përdorimin dhe pagesën e shërbimeve shëndetësore dhe produkteve të dispensuara.

2. Me këtë ligj themelohet Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor i Republikës së Kosovës.

3. Me këtë ligj rregullohet funksionimi dhe financimi i Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor të Republikës së Kosovës.

**Neni 2  
Fushëveprimi**

Ky ligj do të zbatohet nga të gjithë shtetasit dhe banorët e Republikës së Kosovës, personat juridikë të themeluar dhe të regjistruar në Kosovë, personat përgjegjës të personave juridik, institucionet e kujdesit shëndetësor dhe barnatoret e kontraktuara nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, nga vetë Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe institucionet e licencuara që ofrojnë sigurim shëndetësor privat vullnetar.

### **Neni 3** **Përkufizimet**

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

1.1. **Analiza aktuariale** - një rishikim nga një aktuar, që tregon situatën aktuale dhe të pritshme financiare dhe zhvillimet e fondit të sigurimeve shëndetësore që rrjedhin nga shuma totale e pritur e të hyrave (kontributet që duhen paguar dhe të tjera) Fondi ka të drejtën e ligjshme të pranojë edhe kostot e pakos së përfitimit, që Fondi ofron dhe paguan për të siguruarit në bazë të marrëdhënieve kontraktuale me institucionet e kujdesit shëndetësor dhe barnatoret.

1.2. **Anëtari i varur i familjes** – në kuptim të këtij ligji konsiderohen si anëtarë ekonomikisht të varur të familjes të të siguruarit aktiv si më poshtë: bashkëshorti/ja, që nuk është vetë i/e siguruar, fëmijët deri në moshën tetëmbëdhjetë (18), përkatësisht njëzet e tetë (28) vjeçare, nëse ofrojnë dëshmi përkatëse për ndjekjen e arsimit të rregullt universitar, duke përfshirë fëmijët e adoptuar;

1.3. **ARC** - Agjencia e Regjistrimit Civil;

1.4. **ATK** - Administrata Tatimore e Kosovës - njësi në Ministrinë e Financave, përgjegjëse për mbledhjen e tatimeve, kontributeve pensionale dhe sigurimeve shëndetësore në Kosovë.

1.5. **Banor** - bartësi i lejes së qëndrimit të lëshuar nga autoriteti kompetent për territorin e Republikës së Kosovës dhe personi që ka mbrojtje ndërkombëtare apo ka aplikuar për këtë status.

1.6. **Bashkë pagesë** – shuma ose përqindja e kostove të një shërbimi shëndetësor ose një pakoje të shërbimit të caktuar që duhet paguar nga i siguruari për ndarjen e koston së atij shërbimi të dhënë.

1.7. **Baza e kontributit** – Shuma e përcaktuar mbi të cilën duhen paguar normat e kontributeve, të tilla si shuma e të gjitha fitimeve që rrjedhin nga pagat, pagesat e pensioneve ose, në rastin e të vetë punësuarve, të ardhurat bruto minus zbritjet e lejuara. Paga minimale përdoret si vlerë referente për të përcaktuar kufijtë e sipërm dhe të poshtëm si dhe kontributet me normë të sheshtë për të siguruarit aktiv, ku baza e kontributit nuk mund të identifikohet në mënyrë unike.

1.8. **Fondi** – emër alternativ për Fondin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor (FSDKSh), siç përcaktohet në këtë nen.

1.9. **FSDKSh** – Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor - (në tekstin e mëtejshëm: Fondi) institucion publik i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor me statusin

e personit juridik me të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të veçanta për zbatim të këtij ligji në emër të të siguarit, i autorizuar për mbledhjen e ligjshme të kontributeve ose mjeteve tjera financiare, për të mbuluar kostot për përfitimet e kujdesit shëndetësor në të cilat ka të drejtë i siguruari, të ofruar nga institucionet e kontraktuara shëndetësore dhe barnatoret dhe të gjitha shpenzimet e tjera që lidhen me sigurimin shëndetësor;

1.10. **I siguruari** - personi i përfshirë nga fushëveprimi i nenit 9 të këtij ligji dhe për të cilin pagesa e kontributeve për sigurimin shëndetësor është në pajtim me dispozitat e këtij ligji, nga vetë personi dhe nga personi i tretë përgjegjës për të paguar të gjitha ose një pjesë të kontributeve për këtë person.

1.11. **I siguruari aktiv** – personi i cili është i detyruar të paguajë kontributet e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe paguan me rregull në pajtim me dispozitat e këtij ligji.

1.12. **I siguruari joaktiv** –

1.12.1. personi për të cilin pala e tretë paguan të gjitha kontributet për sigurim shëndetësor;

1.12.2. personi i mbuluar si anëtar i familjes ekonomikisht i varur, i bashkë siguar përmes të siguarit aktiv.

1.13. **Indeksi** - rregullimi i çmimeve dhe tarifave për të reflektuar rritjen e kostos së ofrimit të teknologjive dhe shërbimeve shëndetësore.

1.14. **Input** - në kuptimin e këtij ligji janë informatat, mekanizmat dhe burimet të cilat mundësojnë funksionimin e financimit të shëndetësisë; brenda një afati kohor;

1.15. **Institucion shëndetësor** - institucioni shëndetësor publik, privat, publiko-privat, institucioni shëndetësor humanitar, institucionet shëndetësore dhe subjektet që kanë leje nga Ministria përgjegjëse për ofrimin e kujdesit shëndetësor.

1.16. **Kontribut për sigurim të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor** - shuma e parave që duhet paguar për mbulimin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor sipas dispozitave të këtij ligji;

1.17. **Kujdesi afatgjatë** – nënkupton mbështetjen dhe shërbimet që përfshijnë kujdesin mjekësor dhe jo mjekësor të cilat ju ofrohen personave të cilët nuk janë në gjendje të kryejnë aktivitetet bazë të jetës së përditshme;

1.18. **Lista e barnave dhe pajisjeve medicinale jashtë spitalore të rimbursueshme** – është Lista me artikuj që janë të rimbursueshëm.

1.19. **Mekanizmi i pagesës së ofruesit** – mënyra përmes së cilës institucionet e kujdesit shëndetësor paguhen për shërbimet e ofruara të të siguarit, që mbulohen nga sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor.

1.20. **Marrëveshje e menaxhuar e hyrjes** - është marrëveshja midis prodhuesit/distributorit dhe paguesve të kujdesit shëndetësor që lejojnë mbulimin e barnave duke menaxhuar pasigurinë rreth ndikimit ose performancës së paguesit të kujdesit shëndetësor.

1.21. **Norma e sheshtë** - është përqindje fikse dhe e saktë mujore ose vjetore, që mundëson planifikimin e shpenzimeve për kujdesin shëndetësor;

1.22. **Output** - në kuptimin e këtij ligji janë tërësia e vlerave, të mirave dhe shërbimeve të prodhuara;

1.23. **Paga** - çfarëdo shume që punëdhënësi paguan në para ose në mall si kompensim për shërbimet e ofruara të punonjësit gjatë kohës së punësimit, në bazë të kontratës së punës, të formuluar ose të nënkuptuar, me gojë ose me shkrim. Paga përfshin rrogën, shtesat, ose ndonjë formë tjetër të pagesës lidhur me punësimin.

1.24. **Paga minimale** - pagesa minimale për orar të plotë pune gjatë muajit, siç është e caktuar me legjislacionin në fuqi.

1.25. **Pagesa buxhetore** - Një pagesë e shumës fikse të paracaktuar për t'u transferuar tek institucionet shëndetësore, për një periudhë të caktuar. Mund të aplikohet ose si linjë/zë buxhetor, për të mbuluar shpenzimet hyrëse (p.sh. personeli, barnat, shërbimet komunale), ose si buxhet global në formën e një shume të paracaktuar, brenda së cilës duhet të përmbahen shpenzimet operative për shërbimet e dakorduara të institucionit shëndetësor.

1.26. **Pagesa e bazuar në rast** - pagesë spitalore me një tarifë fikse pagese për pranimin ose lëshimin për çdo rast të trajtuar që bie në një nga grupet e kategorive të përcaktuara të rasteve me karakteristika pothuajse të ngjashme klinike dhe kërkesa për burime për diagnostikimin dhe trajtimin. Grupimi i rasteve mund të bëhet duke përcaktuar kostot mesatare për rast për departament sipas specialitetit të tij klinik ose sipas diagnozës së pacientit dhe procedurave kryesore (Grupet diagnostike), të cilat si minimum kërkojnë të përcaktojnë një kosto mesatare globale për rast, të referuara gjithashtu si "norma bazë", dhe pesha të caktuara të grupeve të rasteve për të diferencuar rastet me intensitet të ndryshëm burimesh.

1.27. **Pagesa e tarifës për shërbim** - pagesa në bazë të një plani tarifash të paracaktuara, të përcaktuar dhe paguar për çdo individ ose për një grup shërbimesh të paracaktuara, të cilat mund të përfshijnë barna, pajisje mjekësore, dhe materiale të tjera që kanë për qëllim përdorimin për shërbime shëndetësore.

1.28. **Pagesa për ditë qëndrimi në spital** - pagesë e një shumë fikse në ditë për çdo pacient të pranuar, e cila mund të ndryshojë sipas departamentit, pacientit, karakteristikave klinike ose faktorëve të tjerë.

1.29. **Pagesa për kokë banori** - e referuar gjithashtu si "pagesa e kapitacionit", pagesë me shumë fikse për një grup të caktuar shërbimesh në nivelin e kujdesit parësor shëndetësor, për një periudhë të caktuar kohe, për çdo të siguruar.

1.30. **Pako e përfitimit** – pako që përmban shërbimet shëndetësore dhe produktet në të cilat kanë të drejtë të siguruarit në rast nevoje, e cila shërben si bazë për kontratat e Fondit me institucionet e përzgjedhura të kujdesit shëndetësor dhe barnatoret.

1.31. **Periudha e pritjes** - periudha kohore midis fillimit të detyrimit të sigurimit ose ripërtëritjes e statusit valid të sigurimit dhe datës për të marrë të drejtën për një shërbim të caktuar.

1.32. **Person i vetëpunësuar** - personi i cili fiton të ardhura nga shitja e mallrave (duke përfshirë edhe mallrat teknologjike, komerciale, bujqësore, artistike, arsimore ose pronën intelektuale) apo nga ofrimi i shërbimeve dhe (b) bëjnë shitje të tilla apo ofrojnë shërbime, të cilat nuk janë nën kontrollin apo mbikëqyrjen e punëdhënësit dhe kështu nuk konsiderohet i punësuar.

1.33. **Personat që përfitojnë pension** - personat që përfitojnë pagesa për pension pleqërie që i nënshtrohen tatimit në të ardhura personale në Republikën e Kosovës, me përjashtim të pensionit bazë të pleqërisë ose pensionit invalidor të paguar nga Qeveria e Kosovës.

1.34. **Personi i papunë** - Personi në moshë pune pa punë që është pjesëtar aktiv i fuqisë punëtore dhe është në kërkim aktiv të punës me pagesë, të dëshmuar nga Zyra e Punësimit.

1.35. **Personi me status pa shtetësi** – Personi pa asnjë shtetësi dhe që banon ligjërisht në Republikën e Kosovës, për qëllimet e këtij ligji përvetësohet me banor, nëse nuk mbulohet nga statusi i mbrojtjes plotësuese.

1.36. **Përfitues** – Një person që ka të drejtë të marrë shërbime të kujdesit shëndetësor të mbuluara nga sigurimi shëndetësor sipas nenit 16 të këtij ligji ose shërbime të garantuara shëndetësore të renditura në nenin 7 të këtij ligji, pavarësisht nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor.

1.37. **Procedurat administrative** - aktivitetet që financohen nga kontributet dhe të hyrat e tjera dhe që përdoren për mbajtjen e funksioneve operative të Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

1.38. **Punëdhënës** - personi fizik ose juridik i cili i siguron punë të punësuarit dhe i paguan pagën për punën ose për shërbimet e kryera. Punëdhënësi mund të jetë në pronësi shtetërore ose shoqërore e kontrolluar nga shteti, në pronësi private ose mund të jetë një kombinim i pronësisë dhe i kontrollit shtetëror shoqëror dhe privat, si dhe mund të jetë person juridik me ose pa përfitim.

1.39. **Punonjës** - personi fizik që punon te një punëdhënës me pagesë dhe me orar të plotë ose me gjysmë orari, nën kontrollin dhe mbikëqyrjen e punëdhënësit, pa marrë parasysh nëse marrëveshja e kontraktuar midis tyre është kontratë pune, kontratë shërbimesh, kontratë civile, ndonjë marrëveshje tjetër komerciale, ose nëse është marrëveshje e shkruar ose e pashkruar.

1.40. **Raste të jashtëzakonshme** - në kuptimin e këtij ligji konsiderohen: ndryshimi i statusit të sigurimit ose të statusit të diskutueshëm të sigurimit, humbjes së policës së sigurimit ose të letërnjoftimit, pamundësisë së qasjes në dosjen shëndetësore në SIS.

1.41. **Regres (kthim)** – e drejta e Fondit për kërkesë ose padi për kthimin e mjeteve ose kompensim financiar nga personi fizik ose juridik, i cili me ose pa vetëdije në mënyrë jo të drejtë i ka krijuar shpenzim Fondit.

1.42. **Rezerva** - shuma e parave, e krijuar nga fondi për të përmbushur detyrimet financiare që rrjedhin nga sistemi i sigurimeve shëndetësore në periudhat e rënies së të ardhurave ose rritjes së shpenzimeve, duke përfshirë shpenzimet e shkaktuara në situata të paparashikueshme ose pandemitë.

1.43. **Sistemi i informimit të sigurimit të kujdesit shëndetësor** - sistemi i digjitalizuar që ruan, përpunon ose transmeton të dhënat dhe informacionet lidhur me statusin civil, të punësimit dhe të të ardhurave të qytetarëve, banorëve dhe punëdhënësve të Republikës së Kosovës, për të identifikuar detyrimet dhe të drejtat e individëve në lidhje me sigurimin shëndetësor, si dhe të dhënat në lidhje me shëndetin e individëve dhe të gjitha shërbimet e ofruara dhe produktet e dispensuara nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe barnatoret për të cilat sigurimi shëndetësor është përgjegjës që t'i paguaj nëse i ofrohen në mënyrë të ligjshme një përfituesi.

1.44. **Sistemi i referimit** – Një sistem në të cilin pacienti dërgohet me anë të kërkesës me shkrim ose digjitale nga niveli i kujdesit shëndetësor parësor ose cilido nivel tjetër i shërbimit të kujdesit shëndetësor që ka ekspertizë ose pajisje mjekësore të pamjaftueshme për diagnozën ose trajtimin e nevojshëm të një pacienti që do të trajtohet në nivelin e ardhshëm më të lartë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, ose, për të garantuar vazhdimin e kujdesit prapa tek ofruesi i nivelit më të ulët, gjë që konsiderohet si një ri-referim.

1.45. **SISH** - Sistemi Informativ Shëndetësor- i referohet një sistemi të krijuar për të menaxhuar të dhënat e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë mbledhjen, ruajtjen, përpunimin, menaxhimin, transmetimin dhe raportimin e të dhënave të nevojshme elektronike në të gjitha nivelet e shërbimeve shëndetësore dhe për çdo qytetar dhe banor.

1.46. **Shërbime shëndetësore të përjashtuara** – shërbimet shëndetësore të cilat nuk përfshihen në pakon e përfitimeve të Fondit;

1.47. **Shërbimet e garantuara shëndetësore** – një listë e kufizuar e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, që mbulohen nga Buxheti i Republikës së Kosovës, dhe që ofrohen pa pagesë për një grup specifik të qytetarëve dhe banorëve pavarësisht nga statusi i tyre ligjor dhe i sigurimit shëndetësor;

1.48. **Shërbimet e kujdesit shëndetësor** – shërbimet e ofruara nga institucionet shëndetësore, barnatoret dhe profesionistët shëndetësor për të ofruar trajtim dhe kujdes mjekësor, ose për të dispensuar produkte mjekësore siç përcaktohet me legjislacionin për shëndetësi.

1.49. **SHSKUK** - Shërbimi Spitalor dhe Klinik Universitar i Kosovës - organizatë e pavarur shëndetësore publike në nivelin e kujdesit dytësor dhe tretësor të kujdesit shëndetësor, me cilësi të personit juridik publik, që ka të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të përcaktuara me legjislacionin për shëndetësi.

1.50. **Shtetas** – personi me shtetësi të Republikës së Kosovës sipas legjislacionit për shtetësinë e Kosovës dhe personi të cilit i është dhënë statusi i refugjatit ose statusi i mbrojtjes plotësuese, në pajtim me ligjin përkatës në fuqi.

1.51. **Vlerësimi i teknologjive shëndetësore** – aktivitet i realizuar nga Fondi me mbështetjen e ekspertëve të pavarur që ndjekin një metodë të sintezës së dëshmimeve për të marrë parasysh dëshmitë e efektivitetit klinik, sigurisë dhe kosto-efektivitetit të të gjithë teknologjisë së kujdesit shëndetësor, duke përfshirë testet, barnat, vaksinat, pajisjet, procedurat dhe programet, që shërbejnë si informacione të bazuara në dëshmi për përcaktimin e vendimeve të mbulueshmërisë dhe rimbursimit të pakos përfituese të mbuluar nga sigurimet shëndetësore.

1.52. **Zyra e Punësimit** – struktura organizative e Agjencisë së Punësimit të Republikës së Kosovës (APRK) që është përgjegjëse për lëshimin e deklaratës së papunësisë.

2. Në këtë ligj, përveç nëse konteksti e kërkon ndryshe, njëjësi përfshin shumësin dhe shumësi përfshin njëjësin; dhe "ai" përfshin "ajo" dhe "i tij" përfshin "i asaj".

## **Neni 4 Parimet**

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

- 1.1. Solidariteti në mesin e qytetarëve, banorëve, punëdhënësve dhe institucioneve publike;
- 1.2. Transparenca në të drejtat dhe obligimet e të gjitha palëve të përfshira;
- 1.3. Qasje universale dhe e barabartë për të gjithë të siguarit në shërbimet e kujdesit shëndetësor të përfshira në pakon e përfitimit të mbuluar nga Fondi, sipas kushteve të barabarta;
- 1.4. Qëndrueshmëria e sistemit të kujdesit shëndetësor dhe financimit të tij;
- 1.5. Mbrojtja e të siguarve nga rreziqet e vështirësisë financiare të lidhur me shëndetin;
- 1.6. Përgjegjësia dhe profesionalizmi i menaxhmentit dhe anëtarëve të stafit në institucionet shëndetësore dhe autoritetet e fondeve;
- 1.7. Efektiviteti i kostos dhe kosto-efikasiteti i funksionimit të Fondit;
- 1.8. Përcaktimi i informuar me pacientin në qendër, i bazuar në dëshmi dhe me kosto efektive dhe rishikimi i rregullt i pakos së përfitimeve.
- 1.9. Promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve si interes parësor.

## **Neni 5 Format e sigurimeve shëndetësore**

1. Sigurimet shëndetësore në Republikën e Kosovës organizohen dhe aplikohen si sigurime të detyrueshme të kujdesit shëndetësor të bazuara në kontribute.
2. Sigurimi shëndetësor privat dhe plotësues vullnetar mund të ofrohet nga FSDKSh dhe nga çdo institucion tjetër i licencuar.

## **Neni 6 Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor**

1. Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor është e drejtë dhe detyrim për të gjithë banorët e Republikës së Kosovës. Statusi i sigurimit caktohet si i siguruar aktiv ose joaktiv.

2. Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor përfshin pakon e shërbimit shëndetësor të ofruar nga ofruesit e kontraktuar shëndetësor bazuar në parimet e përcaktuara në nenin 4 të këtij Ligji.

3. Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor ofrohet vetëm nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

## **Neni 7**

### **Shërbimet e garantuara shëndetësore**

1. Pavarësisht nga statusi i sigurimit të kujdesit shëndetësor dhe statusi juridik i personave që jetojnë në Republikën e Kosovës, shërbimet në vijim ofrohen pa pagesë për personat në nevojë, të cilët nuk janë të mbuluar nga sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor në asnjë cilësi tjetër si të siguruar aktiv apo joaktiv, sipas nenit 9 të këtij ligji, as nga një skemë tjetër e huaj ose private e sigurimit të kujdesit shëndetësor dhe statusi i pasiguruar i të cilit nuk është përgjegjësi e atij personi, nëse ofrohen në institucionet publike shëndetësore:

1.1. shërbimet emergjente të kujdesit shëndetësor;

1.2. përjashtimisht paragrafit 1 të këtij neni, shërbimet e tjera përcaktohen me marrëveshje ndërshtetërore ose me akt nënligjor të Qeverisë.

2. Fondi zbaton dispozitat e këtij neni dhe kryen pagesën për shërbimet e garantuara shëndetësore, për të cilat financohet nga Buxheti i Kosovës sipas nenit 19 të këtij ligji.

## **Neni 8**

### **Sigurimi shëndetësor vullnetar plotësues**

1. Banori i Republikës së Kosovës, punonjësi i huaj në Republikën e Kosovës, si dhe të gjithë të tjerët, mund të lidhin mbulueshmëri të sigurimit të kujdesit shëndetësor plotësues me shpenzimet e tyre, të ofruara nga Fondi, institucionet jofitimprurëse dhe institucionet tjera të licencuara, sipas legjislacionit në fuqi.

2. Sigurimi shëndetësor vullnetar plotësues nuk zbaton politika dhe dispozita të ndryshme nga ato që rregullojnë bashkëfinancimin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.

3. Përfshirja në sigurimin shëndetësor vullnetar për shërbimet e kujdesit shëndetësor, nuk e përjashton obligimin e detyrueshëm të banorit, pensionistit, punëdhënësit dhe të punësuarit nga pagesa detyrimore e kontributeve për mbulueshmërinë e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Fond, sipas nenit 22 të këtij ligji.

## KAPITULLI II I SIGURUARI

### Neni 9

#### Personat me sigurim të obliguar

##### 1. Personat me sigurim aktiv të obliguar:

1.1. Të punësuarit, që kanë së paku 18 vjet, që ushtrojnë veprimtari profesionale në Republikën e Kosovës me pagë ose çfarëdo lloj tjetër pagese në emër të një personi apo subjekti tjetër juridik;

1.2. Të vetë punësuarit, që kanë së paku moshën 18 vjeçare, që ushtrojnë për llogari të tyre veprimtari profesionale në Republikën e Kosovës.

1.3. Personat që marrin pagesa pensioni që jepen nga Trusti i kursimeve pensionale të Kosovës ose çfarëdo lloj pensioni plotësues ndaj të cilave është i detyrueshëm tatimi mbi të ardhurat personale nëse banojnë në Republikën e Kosovës.

1.4. Të gjithë banorët tjerë të Republikës së Kosovës që kanë së paku 18 vjet, që nuk janë të lidhur detyrimisht në asnjë cilësi tjetër me sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe të cilët nuk i plotësojnë kriteret si i siguruar joaktiv sipas paragrafit 2 të këtij neni.

##### 2. Personat me sigurim joaktiv të obliguar:

###### 2.1. Mbulimi i anëtarëve të varur të familjes

2.1.1. Anëtarët e varur të familjes, në kuptimin e nenit 3, nën paragrafi 1.2 të këtij ligji, të të siguruarit aktiv në kuptim të këtij ligji, mbulohen nga anëtarësia familjare.

2.1.2. Nëse një familje ka më shumë se një të siguar aktiv, bashkë sigurimi i fëmijëve do të regjistrohet me të siguarin aktiv, i cili ka bazën më të lartë të kontributeve në kohën kur duhet të merret ky vendim, në lidhje me bashkë sigurimin. Regjistrimi me këtë prind ndryshohen te prindi tjetër vetëm nëse i pari do të humbasë statusin e të siguruarit aktiv.

2.1.3. Përgjashtimisht nga rregulli i përcaktuar në nën nën-paragrafin 2.1.2. të këtij neni, i jepet përparësi regjistrimit të fëmijëve të varur me prindin e siguar aktiv, i cili është i regjistruar në të njëjtën adresë si fëmijët.

2.2. Personat në emër të të cilëve kontributet e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor i paguan shteti:

2.2.1. Individët që marrin benefite të ndihmës sociale sipas legjislacionit për ndihmë sociale në fuqi në Kosovë;

2.2.2. Të burgosurit të cilët janë dënuar;

2.2.3. Individët të cilët jetojnë në institucione shtetërore apo strehim rezidencial të përkujdesjes sociale, në strehim familjar dhe në kujdestari, të moshuarit dhe personat me aftësi të kufizuar në institucione publike dhe jo publike me karakter jo profitabil të licencuara nga Ministria përkatëse, si dhe në shtëpitë për integrim me bazë në komunitet.

2.2.4. Personat e riadhesuar bazuar në marrëveshjet bilaterale të Republikës së Kosovës me shtetet e tjera, në vitin e parë pas riadhesimit;

2.2.5. Invalidët e luftës, bashkëshorti/ja dhe fëmijët e tyre nën moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi;

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

2.2.7. Viktimat e dhunës në familje gjatë vitit të parë pas regjistrimit zyrtar në Ministrinë përgjegjëse, në pajtim me ligjin;

2.2.8. Fëmijët nën moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare me banim në Republikën e Kosovës, të cilët nuk janë të siguruar në asnjë cilësi tjetër.

2.2.9. Personat mbi moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare deri në moshën njëzet e tetë (28) vjeçare të cilët vazhdojnë studimet ose aftësimin profesional në Republikën e Kosovës pa kompensim dhe të cilët nuk janë të siguruar në asnjë cilësi tjetër.

2.2.10. Aplikantët për mbrojtje ndërkombëtare;

2.2.11. Personat me mbrojtje ndërkombëtare;

2.2.12. Personat me status pa shtetësi;

2.2.13. Viktimat e dhunës seksuale gjatë luftës, të cilave u njihet statusi me ligj.

2.3. Personat, në emër të të cilëve pagesa e kontributit nga shteti kushtëzohet nga statusi i varfërisë së individit.

2.3.1. Shteti paguan kontributet për personat siç përshkruhet në nën nën-paragrafin 2.3.2. të këtij neni vetëm me kërkesë me shkrim të personit ose të

Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe të kushtëzuar me përmbushjen e testit të varfërisë, që zbatohet nga Ministria përgjegjëse për mirëqenien sociale, ose kritereve të përcaktuara nga kjo Ministri.

2.3.2. Personat që bien në kuadër të dispozitës së nën paragrafit 2.3 të këtij neni, janë:

2.3.2.1. Personat mbi moshën gjashtëdhjetë e pesë (65) vjeçare që përfitojnë vetëm pensionin bazik;

2.3.2.2. Anëtarët e familjes së ngushtë të dëshmorëve, sipas legjislacionit në fuqi;

2.3.2.3. Veteranët e luftës, si dhe bashkëshortët dhe fëmijët e tyre deri në moshën tetëmbëdhjetë (18) vjeçare;

2.3.2.4. Anëtarët e familjes së ngushtë të viktimave civile të luftës;

2.3.2.5. Personat me aftësi të kufizuara (me një shkallë paaftësie minimale prej pesëdhjetë përqind (50%));

2.3.2.6. Personat me status pa shtetësi në kuptimin e nenit 3, nën paragrafit 1.35. të këtij ligji;

2.3.2.7. Personat e papunë sipas nenit 3, nën paragrafit 1.34. të këtij ligji;

### **Neni 10**

#### **Kategoritë dhe statusi i të siguruarit**

1. Kategoritë e të siguruarit caktohen nga Fondi në pajtim me nenin 9 të këtij ligji.
2. Statusi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor të personit të siguar, siç përcaktohet në nenin 9 të këtij ligji, regjistrohet në sistemin informativ të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe është i verifikueshëm në të gjitha institucionet shëndetësore në ditën e anëtarësimit.
3. I siguruari dhe punëdhënësi njoftojnë Fondin e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor për të gjitha ndryshimet në lidhje me kërkesat e sigurimit të detyrueshëm brenda tridhjetë (30) ditëve.
4. Vlefshmëria e statusit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor nga paragrafi 2 i këtij neni kushtëzohet nga pajtueshmëria me pagesat e kontributeve sipas nenit 22 të këtij ligji.

5. E drejta për përfitime të mbuluara nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor i ndërpritet personit që ai/ajo ose një palë e tretë që paguan në emër të tij/saj nuk ka paguar kontributet në pajtim me nenin 22 të këtij ligji për tre (3) muajt e fundit para asaj date.

6. Për të ripërtirë të drejtat për përfitim nga mbulimi me sigurim shëndetësor, nëse nevojitet zbatohet një periudhë pritjeje, kriteret për të cilën vendosen me akt nënligjor të propozuar nga Bordi i Fondit dhe miratuar nga Qeveria.

7. Vlefshmëria e statusit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor të përmendur në nenin 9 të këtij ligji ndryshohet ose ndërpritet për të gjithë personat e siguruar dhe, nëse është e aplikueshme, statusi i bashkë sigurimit të anëtarëve të familjes, nga dita kur ka ndodhur ndryshimi në statusin e sigurimit.

8. Në rast të ndryshimit të statusit të sigurimit, Fondi lejon një periudhë të vullnetit të mirë të mbulueshmërisë me sigurim sipas statusit të vjetër, kriteret dhe procedurat përkatëse rregullohen me akt nënligjor të propozuar nga Bordi i Fondit dhe miratuar nga Qeveria.

## **Neni 11**

### **Të drejtat e të siguruarit dhe detyrimet e të pasiguruarit**

1. I siguruari me mbulueshmëri të vlefshme të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në pajtim me nenin 10, paragrafi 4 të këtij ligji kanë të drejtë, në rast nevoje, në pakon e përfitimit të shërbimeve shëndetësore, të mbuluar nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, të përcaktuar në nenet 16 dhe 17 të këtij ligji.

2. Shtetasit dhe banorët që nuk regjistrohen në skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor ose të cilëve u është ndërprerë statusi i regjistrimit në përputhje me nenin 10 të këtij ligji, do të paguajnë çmimin e shërbimit shëndetësor të ofruar, në bazë të çmimoreve të miratuar nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi, me propozim nga Fondi.

3. Banorët e Republikës së Kosovës që janë të siguar jashtë vendit, detyrimisht do të përfshihen në sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe do të detyrohen të paguajnë kontribute, përveç nëse ka marrëveshje dypalëshe apo shumëpalëshe të lidhur nga Republika e Kosovës që përcakton diçka të kundërtën.

4. Qytetarët e Republikës së Kosovës por pa vendbanim në Republikën e Kosovës, që janë të siguar jashtë vendit, detyrohen të paguajnë çmimin e shërbimit shëndetësor të ofruar, në bazë të çmimorës së veçantë të miratuar nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi me propozim nga Fondi, përveç nëse ka marrëveshje dypalëshe ose shumëpalëshe të lidhur nga Republika e Kosovës që përcakton diçka të kundërtën.

5. Në raste të jashtëzakonshme kur personi i siguar, i cili ka marrë kujdes shëndetësor nga një institucion shëndetësor i kontraktuar nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit

shëndetësor, për të cilin kujdes shëndetësor ligjërisht ka pasur të drejtë në pajtim me paragrafin 1 të këtij neni, dhe i cili është dashur t'ia paguajë personalisht këto shërbime ofruesit të kujdesit shëndetësor, mund të kërkojë rimbursim nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor për kostot e arsyetuara të kujdesit shëndetësor të pranueshëm, duke paraqitur dosjen e plotë të kërkesës për pagesë, duke përfshirë faturat origjinale dhe shpjegimin e kontekstit.

### **Neni 12** **Pjesëmarrja në shpenzime**

1. I siguruari merr pjesë në shpenzimet e kujdesit shëndetësor nëpërmjet bashkë pagesave dhe kontributeve të tjera financiare.
2. Bashkë pagesat për shërbimet nga paragrafi 1 i këtij neni do të propozohen nga Bordi Drejtues i Fondit dhe miratohen me akt nënligjor nga Qeveria.

### **Neni 13** **Regjistrimi i të siguarve dhe përfituesve dhe punëdhënësve për qëllim të sigurimit shëndetësor**

1. Të gjithë të siguarit aktiv dhe joaktiv si dhe të gjithë punëdhënësit dhe përfituesit tjerë të shërbimeve të Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, regjistrohen në sistemin informativ të sigurimit të kujdesit shëndetësor në kuptimin e nenit 3, nën paragrafi 1.43. të këtij ligji, që përfaqëson regjistrin e vetëm të sigurimeve shëndetësore.
2. Fondi përcakton përmbajtjen, qasjen e të dhënave dhe procedurat e përpunimit të të dhënave individuale të të siguarve, përfituesve dhe punëdhënësve të ruajtura në regjistrin e sigurimeve shëndetësore, në akt normativ, në pajtim me legjislacionin në fuqi për mbrojtjen e të dhënave personale.
3. Fondi është pronar i regjistrit të sigurimit shëndetësor.
4. Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor nuk duhet të ndajë informacione personale të mbledhura nga të siguarit dhe punëdhënësit me asnjë organizatë ose autoritet tjetër, përveç për qëllime të verifikimit të të dhënave të aplikimit, zbulimit të mashtrimit dhe korrupsionit. Për këto qëllime, informacionet mund të ndahet me organe të tjera publike të bazuara në statut, në përputhje me legjislacionin në fuqi për mbrojtjen e të dhënave personale.
5. Përrjashtimisht dispozitave në paragrafin 4. të këtij neni, regjistri i sigurimit të kujdesit shëndetësor përditësohet në bashkëpunim dhe me anë të shkëmbimit dhe pajtimit elektronik të të dhënave me ARC-në, ATK-në, Bankën Qendrore të Kosovës, Ministrinë përgjegjëse për financa, punë dhe mirëqenie sociale, Agjencinë e Punësimit të Republikës së Kosovës, në pajtim me legjislacionin në fuqi për mbrojtjen e të dhënave personale.

## **Neni 14**

### **Ndalimi i bartjes së të drejtave**

E drejta në mbulueshmërinë e sigurimit të kujdesit shëndetësor të detyrueshëm nuk duhet të bartet te personi tjetër fizik, nuk mund të ndryshohet me kontratë ose të tjetërsohet.

## **Neni 15**

### **E drejta e ankesës**

1. Procedurat për realizimin e të drejtave për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor sigurohen në pajtim me legjislacionin për procedurën administrative në fuqi.
2. Çdo i siguruar ka të drejtë ankese lidhur me kërkesat e tij/saj lidhur me të drejtat dhe detyrimet lidhur me sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor dhe është i autorizuar të njoftojë për shkeljet e pretenduara të këtij ligji.
3. E drejta për ankese zbatohet edhe për veprimet dhe mosveprimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor në lidhje me ofrimin e pakos përfutuese, duke i lejuar të siguarit të paraqesin ankesa të tilla për t'u shqyrtuar nga Komisioni i ankesave i Fondit.
4. Ankesa me shkrim parashtrohet në afat prej tridhjetë (30) ditësh nga data e marrjes së vendimit, lidhur me sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në pajtim me legjislacionin për procedurën administrative në fuqi.
5. Komisioni i Fondit për ankesa, në shkallë të parë për shqyrtim të ankesave lidhur me sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor themelohet me vendim të Bordit Drejtues të Fondit, në pajtim me nenin 29, paragrafi 15 të këtij ligji.
6. Komisioni i Fondit për Ankesa në afat prej tridhjetë (30) ditësh, shqyrton dhe vendos lidhur me ankesën, sipas dispozitave ligjore në fuqi.
7. Komisioni i Fondit për Ankesa mund ti propozojë Bordit Drejtues ndërmarrjen e veprimeve të nevojshme për subjektet e kontraktuara nga Fondi në pajtim me nenin 34 të këtij ligji.
8. Komisioni për ankesa në shkallë të dytë për shqyrtim të ankesave lidhur me sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor themelohet me vendim të Qeverisë së Republikës së Kosovës, me propozim të Ministrit përgjegjës për shëndetësi; dhe përbëhet prej:

8.1. Përfaqësuesit nga Ministria e Shëndetësisë;

8.2. Një profesionisti shëndetësor;

8.3. Përfaqësuesit nga Departamenti për punë sociale në Ministrinë përkatëse;

- 8.4. Një juristi;
  - 8.5. Një ekonomisti;
  - 8.6. Sekretari teknike nga Departamenti për shërbime shëndetësore nga FSDKSh pa të drejt vote;
9. Detyrat dhe përgjegjësitë e këtij Komisioni janë pjesë e Vendimit të Qeverisë;
  10. Mandati i këtij Komisioni është dy (2) vjeçar dhe kompensohet sipas dispozitave ligjore në fuqi;
  11. Komisioni i Ankesave në shkallë të dytë, në afat prej tridhjetë (30) ditësh, shqyrton dhe vendos lidhur me ankesën, sipas dispozitave ligjore në fuqi.

### **KAPITULLI III PAKOJA E PËRFITIMIT**

#### **Neni 16 Shërbimet e kujdesit shëndetësor**

1. Për shërbimet e kujdesit shëndetësor që mbulohen nga Fondi dhe rregullimet e përkufizuara në nenin 12 të këtij ligji Ministria e Shëndetësisë harton një akt nënligjor që miratohet nga Qeveria.
2. Shërbimet e kujdesit shëndetësor përcaktohen në Ligjin për shëndetësi si praktika mjekësore, praktika profesionale të profesionistëve të kujdesit shëndetësor, masat e kujdesit shëndetësor, ose të drejtat e personave në mbrojtjen e kujdesit shëndetësor, ofrimi ose përshkrimi i të cilave përcaktohet në kujdesin parësor shëndetësor, kujdesin shëndetësor specialistik jashtë-spitalor, dytësor e tretësor, si dhe kujdesin shëndetësor specialistik spitalor, dytësor e tretësor, përfshirë kujdesin shëndetësor emergjent.
3. Përjashtimisht nga paragrafi 2 i këtij neni, sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor mund të mbulojë shpenzimet për trajtim mjekësor jashtë institucioneve shëndetësore të kontraktuara nga Fondi, brenda vendit dhe jashtë vendit, nëse trajtimi i tillë dëshmohet të jetë i domosdoshëm për të shmangur dëmtimin e rëndë të shëndetit të të siguruarit, në përputhje me procedurën e përcaktuar nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë, bazuar në propozimin e Bordit drejtues të Fondit, për të cilin specifikohen hollësitë përmes një akti nënligjor të nxjerrë nga Ministri përgjegjës për Shëndetësi.
4. Pakoja e përfitimit e mbuluar nga Fondi dhe të gjithë propozimet pasuese për rregullime hartohen nga një komision teknik, i specifikuar më tej në nenin 29, paragrafi 13 të këtij ligji, bazuar në politikat e Ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë dhe në parimet e efektivitetit

linik, cilësisë, sigurisë dhe kosto-efektivitetit në aplikimin e udhëzimeve dhe protokolleve përkatëse të shërbimit si dhe standardeve për vlerësimin e teknologjive shëndetësore.

5. Përfitimet e kujdesit shëndetësor sigurohen që nga dita e parë e anëtarësimit, pa cenuar dispozitat e nenit 12, paragrafi 2, dhe nenit 10, paragrafët 5 deri në paragrafin 9 të këtij ligji.

### **Neni 17**

#### **Zbatimi i pakos së përfitimit të kujdesit shëndetësor**

1. Pakoja e përfitimit të shërbimeve shëndetësore ofrohet nga institucionet shëndetësore me të cilat Fondi ka marrëdhënie kontraktuale në fuqi.

2. Përveç rasteve emergjente dhe urgjente, mbulueshmëria financiare nga Fondi për çdo përdorim të zakonshëm të ofrimit të shërbimit shëndetësor përtej nivelit të kujdesit parësor shëndetësor kushtëzohet me respektimin e sistemit të referimit.

3. Programet parandaluese si dhe shërbimet e vizitat mjekësore sistematike e periodike, janë pjesë e pakos së përfitimit të shërbimeve shëndetësore dhe rregullimeve të nenit 12 të këtij ligji.

4. Për krijimin e skemës së programeve parandaluese nga paragrafi 3 i këtij neni Ministri i Shëndetësisë emëron një komision teknik që harton listën e tyre.

5. Për krijimin e skemës përfituese të barnave dhe të pajisjeve medicinale për pacient jashtëspitalor, komiteti teknik harton Listën e rimbursueshme të barnave dhe të pajisjeve medicinale, aprovohet me akt nënligjor të nxjerrë nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi.

6. Lista e rimbursueshme e barnave dhe pajisjeve medicinale nga paragrafi 5 i këtij neni përfshin barnat dhe pajisjet medicinale, të cilat janë të disponueshme me recetë sipas Ligjit përkatës për Shëndetësi, përcaktohet nga Ministria e Shëndetësisë.

7. Ministri i Shëndetësisë emëron Komisionin teknik përgjegjës për Listën e barnave dhe pajisjeve medicinale të rimbursueshme.

8. Përshkrimi i barnave të përfshira në Listën e rimbursueshme të barnave dhe materialeve shpenzuese nga paragrafi 5 i këtij neni ka përdorim ekskluziv të emrave gjenerik për identifikimin e përbërësve aktiv të një bari, së bashku me dozën e përshtatshme dhe të disponueshme, si dhe si orarin dhe periudhën e marrjes së barnave.

9. Përjashtim nga paragrafi 8 të këtij neni bëjnë produktet farmaceutike të përbëra dhe barnave të veçanta për sëmundjet komplekse dhe kronike, që mund të përshkruhen me emrin e markës së patentuar, për rimbursimin e të cilave kërkohet autorizimi paraprak nga Fondi.

10. Përveç rasteve kur mjeku i autorizuar, sipas paragrafit 6 të këtij neni që përshkruan një bar, në mënyrë specifike udhëzon ndryshe, farmacisti që shpërndan barin ose produktin medikamentoz, mund të zgjedhë dhe të dispenzojë një produkt farmaceutik të zëvendësueshëm me kosto më të ulët.

11. Barnat nga lista e rimbursueshme e barnave dhe pajisjeve mjekësore i ofrohen të siguruarit pa pagesë.

12. Gjatë vizitave spitalore në spital, barërat dhe materialet shpenzuese përfshihen në pagesën për spital.

13. Në raste të jashtëzakonshme, në bazë të rekomandimeve nga mjeku specialist, Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në bazë të propozimit nga Komisioni Teknik, mund të lejojë përjashtim nga Lista e Barnave dhe pajisjeve medicinale të rimbursueshme si dhe nga kushtet e bashkë pagesës të përcaktuara në të, pa cenuar dispozitat e këtij neni dhe nenit 12 të këtij ligji lidhur me bashkë pagesat dhe përjashtimet prej tyre.

14. Institucionet e kujdesit shëndetësor të kontraktuara nga Fondi duhet të zbatojnë mekanizmat e tyre të ankesave, sipas nenit 15 të këtij Ligji, prej të cilave, ankesat në lidhje me sigurimin shëndetësor të detyrueshëm do t'i dërgohen Komisionit të Fondit për Ankesa për komente ose përgjigje, brenda afateve të përcaktuara kohore.

15. Kontraktimi i shërbimeve nga neni 24, paragrafi 5 i këtij Ligji, fillon në datën e përcaktuar me akt nënligjor të nxjerrë nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi.

### **Neni 18**

#### **Shërbimet e përjashtuara nga mbulueshmëria nga Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor**

1. Shërbimet e parashikuara në nenin 7 të këtij ligji si “shërbimet e garantuara shëndetësore” paguhën nga qeveria përmes buxhetit të shtetit.

2. Në plotësim të dispozitave të paragrafit 1 të këtij neni, sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor nuk përfshin masat që sipas legjislacionit për shëndetësi i parashikon Qeveria duke shfrytëzuar buxhetin e shtetit, si në vijim:

2.1. Trajtimet eksperimentale;

2.2. Ndhimesat dhe barnat në fazën e hulumtimit klinik;

2.3. Masat e programeve kombëtare për përmirësimin e shëndetit të popullatës;

2.4. Mbikëqyrja epidemiologjike, parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve ngjitëse, sëmundjeve kronike në masë, duke përfshirë alkoolizmin, duhan pirjen, varësinë nga droga dhe varësitë e tjera;

2.5. Financimin e kërkimeve shkencore;

2.6. Statistikat shëndetësore dhe veprimtari të tjera mjeko-sociale;

2.7. Grumbullimi i gjakut dhe transplantimi i indeve dhe qelizave;

2.8. Zbatimi i masave për shëndetin e mjedisit;

## **KAPITULLI IV FINANCIMI**

### **Neni 19**

#### **Financimi i Sigurimit të kujdesit shëndetësor të detyrueshëm**

1. Burimet financiare për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor janë:

1.1. Kontributet financiare për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor që paguhen në Fond ose në organizatën e përcaktuar nga punëdhënësit, punëmarrësit, të vetë punësuarit dhe personat që marrin pension sipas nenit 3, nën paragrafi 1.33 të këtij Ligji.

1.2. Pagesa nga shtetet e tjera, sipas marrëveshjeve dypalëshe dhe shumëpalëshe për sigurimet shoqërore duke përfshirë sigurimin shëndetësor;

1.3. Donacione dhe burime të tjera;

1.4. Të ardhurat nga fondi rezervë, që burojnë nga shumat e interesit, investime apo nga diku tjetër;

1.5. Alokime të njëhershme nga buxheti i shtetit;

1.6. Pagesat për kompensimin e dëmeve sipas nenit 33 të këtij ligji;

1.7. Fondi i dedikuar nga buxheti i konsoliduar i Kosovës për pagesën e shërbimeve të garantuara shëndetësore, siç përcaktohet në nenin 7 të këtij ligji.

### **Neni 20**

#### **Menaxhimi financiar**

1. Fondi nuk mund të merr hua dhe të grumbullojë obligime të papaguara sipas ligjit.

2. Rregullat dhe procedurat financiare të Fondit përcaktohen me Rregulloren për menaxhimin financiar të Fondit, e cila miratohet nga Qeveria, me propozim të Ministrisë së Shëndetësisë.

### **Neni 21**

#### **Nivelet e kontributeve për sigurim shëndetësor të detyrueshëm**

1. Ministria përkatëse për Financa rishikon normën e kontributeve në rast të disbalancave mes të hyrave dhe shpenzimeve.
2. Kontributet janë të pagueshme mbi totalin e të ardhurave e që rrjedhin nga pagat, pagesat e pensioneve ose, në rastin e të vetë punësuarve, të ardhurat bruto minus zbritjet e lejuara në masën e përcaktuar në nenin 22 të këtij ligji.
3. Paga minimale përdoret si vlerë referente për të përcaktuar normën e sheshtë për ata të siguruar aktivë të detyrueshëm, për të cilët nuk mund të identifikohet në mënyrë unike një bazë kontributi në kuptimin e paragrafit 2 të këtij neni.
4. Pa cenuar dispozitat e nenit 22, paragrafi 6 të këtij ligji, baza e kontributit mujor për të gjithë të siguruarit aktiv nuk duhet të jetë më e vogël se paga minimale për punësimin e barasvlershëm me orar të plotë.
5. Kontributet e pagueshme nga çdo grup sigurimesh nga neni 9 i këtij Ligji për vitin e ardhshëm fiskal miratohen nga Qeveria dhe Kuvendi përmes procesit buxhetor.
6. Procedurat për zbatimin e këtij neni përcaktohen me akt nënligjor të nxjerrë nga Ministri përgjegjës për shëndetësi.

### **Neni 22**

#### **Shkallët e kontributeve për sigurim shëndetësor të detyrueshëm dhe arkëtimi i tyre**

1. Shkalla e kontributit për llogari të fondit për sigurim të detyruar të kujdesit shëndetësor është 7% e pagës bruto, nga e cila 3.5% mbulohet nga punëdhënësi dhe 3.5% nga punëmarrësi.
2. Kontributi i punonjësit zbritet nga paga e punonjësit nga punëdhënësi dhe transferohet në llogarinë e specifikuar të Fondit të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor së bashku me kontributin e punëdhënësit në kohën e duhur, në pajtim me rregullat që do të nxirren dhe në një mënyrë të përcaktuar nga Administrata Tatimore e Kosovës.
3. Autorizohen Administrata Tatimore e Kosovës dhe Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, për mbledhjen e kontributeve në pajtim me këtë nen, me miratimin e Qeverisë pas konsultimeve me Bankën Qendrore të Kosovës.

4. Në rastet kur paga me orar të plotë është më e vogël se paga minimale, punëdhënësi paguan tre pikë pesë për qind (3,5%) të pagës minimale dhe punonjësi paguan tre pikë pesë për qind (3,5%). të pagës së tij/saj me kohë të plotë.

5. Administrata Tatimore e Kosovës ka të njëjtat përgjegjësi dhe të drejta në lidhje me inspektimin, vlerësimin dhe zbatimin e pagesave të kontributeve të sigurimit të kujdesit shëndetësor të detyrueshëm sikurse që ka në lidhje me mbledhjen e tatimit në të ardhura. Kjo përfshin pa kufizim të drejtën për të vlerësuar gjokat, për të korigjuar bazën e kontributit, për të ekzaminuar të dhënat dhe të gjitha kompetencat e tjera zbatuese që i janë dhënë në pajtim me ligjin në fuqi.

6. Kontributet e mbledhura nga bankat komerciale dhe institucionet e tjera të licencuara financiare transferohen në llogarinë e Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në BQK.

7. Fondi i sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor duhet të barazojë kontributet e mbledhura me llogaritë e tij të brendshme në lidhje me deficitin dhe tepricën e bilancit të pagesave për secilin përfitues.

8. Punëdhënësi duhet të dorëzojë listën e të gjithë punonjësve në Administratën Tatimore të Kosovës në formën e përcaktuar nga Administrata Tatimore e Kosovës. Punëdhënësi do të listojë të gjithë punonjësit e tij me numrat e tyre personal identifikues, si dhe shumat e kontributeve të punëdhënësit dhe punonjësit që duhet të paguhet. Një raportim i tillë do të bëhet para pagesës së kontributeve. Personat e vetëpunësuar duhet ta paraqesin këtë informacion në emër të tyre.

9. Për periudhën gjatë së cilës punonjësi është i regjistruar në listën e pagave pa pagë të paguar, kontributet e pagueshme do të pezullohen dhe do të inkasohen më vonë pasi të bëhet pagesa në mënyrë retroaktive, përveç rasteve kur punëdhënësi ka njoftuar Fondin për ndryshimin e statusit të punonjësit në të papunë, qoftë edhe përkohësisht, sipas nenit 10, paragrafi 3, të këtij ligji.

10. Personi i vetëpunësuar që paguan tatimin mbi të ardhurat në bazë të të ardhurave bruto minus zbritjet e lejuara (para zbritjes së kontributeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor), paguan shtatë (7%) për qind të të ardhurave të tatueshme.

11. Personi i vetëpunësuar që paguan tatimin mbi të ardhura në bazë të paragjykuar paguan kontribute të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor prej njëzet e tre (23%) për qind të shumës së tatimit të paragjykuar, por jo më pak se njëzet e një për qind (21%) të pagës minimale.

12. Për personin e vetëpunësuar, kontributi minimal për sigurim të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor është njëzetë e një për qind (21%) të pagës minimale për periudhën tremujore, edhe nëse ai/ajo e deklaron zero (0) euro obligimin tatimor për atë periudhë tremujore.

13. Administrata Tatimore e Kosovës autorizohet të nxjerrë rregullore në lidhje me kohën dhe mënyrën e kontributeve nga personat e vetëpunësuar.

14. Personi që marrë pension sipas nenit 3, nën paragrafi 1.33 paguan kontributet e sigurimit shëndetësor prej tre pikë pesë përqind (3.5%) të të hyrave të tij/saj bruto nga pensioni, të cilat zbriten nga pagesi i pensionit dhe i barten Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor përmes Administratës Tatimore të Kosovës.

15. Përjashtimisht paragrafit 16 të këtij neni, për të ardhurat e pranuar nga tërheqja e njëhershme e pensionit, kontributi për sigurim shëndetësor prej tre pikë pesë përqind (3.5%) nuk duhet të jetë më i madh se shuma e barabartë me tre pikë pesë (3.5) fishin e pagës minimale.

16. Për të ardhurat nga pagesat e pensioneve, nuk paguhen kontribute nga shteti.

17. Administrata Tatimore e Kosovës brenda dyzet e tetë (48) orëve ia bartë Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor të gjitha informatat për raportimin dhe kontributet e mbledhura.

18. Pagesa e kontributeve për personin e siguruar të detyrueshëm, i cili nuk është pjesë e sigurimit të kujdesit shëndetësor në mënyrë të detyrueshme në asnjë cilësi tjetër, dhe që nuk i plotëson ose ka reshtur së plotësuari kriteret si i siguruar joaktivë sipas nenit 9, paragrafit 2 të këtij ligji paguan kontribut mujor prej shtatë (7%) të bazës kontributive të dyfishit (2) të pagës minimale në llogarinë e Fondit.

19. Për personin e liruar nga detyrimi për të paguar vetë kontributet sipas nenit 9, nën paragrafëve 2.2. dhe 2.3 të këtij ligji, Qeveria transferon nga buxheti i konsoliduar i Kosovës përmes transferimit të një shume vjetore të barabartë me shtatë (7%) përqind të bazës së kontributit prej njëfishit (1) të pagës minimale për person në muaj, e cila duhet të transferohet në llogarinë e Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor në BQK, në pajtim me legjislacionin për ndarje buxhetore në fuqi.

20. Ndarjet nga buxheti i konsoliduar i Kosovës për shërbimet e përmendura në nenin 19, nën paragrafi 1.7 të këtij ligji, përcaktohen dhe transferohen në përputhje me legjislacionin në fuqi për menaxhimin e financave publike.

21. Procedurat për zbatimin e nenit përcaktohen me akt nënligjor të nxjerrë nga Qeveria e Republikës së Kosovës, bazuar në propozimin nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi dhe Ministria përgjegjëse për financa.

### **Neni 23**

#### **Fondi rezervë dhe obligimet e pagesave të paparashikuara**

1. Fondi krijon rezervën financiare në Bankën Qendrore të Kosovës që nuk duhet të jetë më pak se dhjetë (10%) përqind e buxhetit vjetor të Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor dhe duhet të mirëmbahet në çdo kohë. Rregullat për kalkulimin dhe shfrytëzimin e kësaj rezerve do të specifikohen në Rregulloren për Menaxhimin Financiar të Fondit, sipas Neneve 19 dhe 20 të këtij Ligji.
2. Vështirësitë e paparashikuara për gjendjen financiare të Fondit mund të bëhen shkas për përdorimin e rezervave të Fondit dhe të trajtohen brenda vitit pasues përmes procesit të përcaktimit të kontributeve në pajtim me këtë ligj.

## **KAPITULLI V**

### **MARËDHËNIET ME INSTITUCIONET SHËNDETËSORE**

#### **Neni 24**

#### **Kontraktimi dhe pagesa e ofruesve**

1. Fondi negocion dhe kontraktin ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor të përfshirë në pakon e përfitimit nga neni 16 dhe 17 të këtij ligji me institucionet shëndetësore.
2. Institucionet shëndetësore përveç barnatoreve paguhen për ofrimin e shërbimeve shëndetësore të mbuluara nga sigurimet shëndetësore me mënyrat e mëposhtme të pagesës, siç përcaktohet në nenin 3, nën paragrafët 1.29., 1.27., 1.26., 1.28., dhe 1.25., të këtij ligji, qoftë veçmas ose në çfarëdo kombinimi të tyre.
  - 2.1. Pagesa për kokë banori, zbatohet si metoda dominuese pageve për shërbimet e kujdesit parësor shëndetësor në terma të një shume fikse për të siguruarin të regjistruar tek mjeku familjar ose KPSH si ofruesi i tij/saj i qasjes së parë për kujdesin shëndetësor, duke lejuar rregullime sipas legjislacionit përkatës në fuqi;
  - 2.2. Pagesa e tarifës për shërbim, realizohet në bazë të outputit pas planit të parapërcaktuar të tarifave, pavarësisht nga kostot reale që shkaktohen për ofrimin.
    - 2.2.1. Në raste të jashtëzakonshme, autorizohet tarifa për shërbim të bazuar në input në bazë të një autorizimi paraprak të lejuar nga Bordi drejtues i Fondit me miratim nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë.
  - 2.3. Pagesa e bazuar në rast, realizohet vetëm për nivelin terciar (kujdes spitalor), dhe në disa raste (si specifikohet se në cilat raste) kombinohet me nivelin dytësor (kujdes ambulator i specializuar).

2.4. Pagesa për ditë qëndrimi në spital. Zbatohet vetëm si mekanizëm pagese për një numër të kufizuar rastesh, duke lejuar variacione nëpër spitale dhe tarifa të ndryshme për ditët e mëhershme dhe të mëvonshme të qëndrimit në spital.

2.4.1. Pagesa për ditë qëndrimi në spital, pagesë e një shumë fikse në ditë për çdo pacient të pranuar, e cila mund të ndryshojë sipas departamentit, pacientit, karakteristikave klinike ose faktorëve të tjerë.

2.5. Pagesa, mund të aplikohet në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor si pagesë për të gjitha ose për një pjesë të shërbimeve të ofruara nga një institucion i vetëm ose një grup institucionesh të kujdesit shëndetësor, dhe paraqet: (Buxheti duhet të transferohet në fond, e pastaj fondi merret me të gjitha pagesat. Përrjashtim do te mund te paraqiste një provizion që thotë se shteti merr përsipër investimet kapitale, porse kjo paraqet problem përderisa fondi negocion edhe me sektorin privat. Ne këtë rast, do të mund të potencohet që skema e financimit favorizon sektorin publik).

2.5.1. Një pagesë fikse të paracaktuar për institucionet shëndetësore, për një periudhë të caktuar.

3. Kontratat nga paragrafi 1 i këtij neni, përmbajnë elementet si në vijim:

3.1. Llojet dhe volumi i shërbimeve që kontrahohen;

3.2. Kushtet e ofrimit të shërbimeve përfshirë standardet e sigurisë, cilësisë, produktivitetit, dhe performancës së ofrimit të institucioneve shëndetësore;

3.3. Kërkesat e dokumentacionit, kodimit dhe raportimit për shërbimet e kryera;

3.4. Rregullimi i zbatueshëm për bashkë-pagesat dhe pagesat shtesë për shërbimet shëndetësore që do të paguhet nga të siguruarit;

3.5. Mekanizmi i pagesës i referuar në paragrafin 2 të këtij neni i zbatueshëm për shërbimet e ofruara;

3.6. Kërkesat administrative dhe kushtet e pagesës;

3.7. Mekanizmi i mbikëqyrjes së zbatimit të kontratës;

3.8. Treguesit e performancës për matjen dhe vlerësimin e performancës së outputeve, rezultateve përfundimtare dhe saktësinë e dokumentacionit mjekësor;

3.9. Masat stimuluese; në bazë të treguesve të performancës dhe shëndetit;

3.10. Masat ndëshkuese;

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

4. Fondi negocion dhe kontraktin shërbimet e kujdesit shëndetësor me institucionet e kujdesit parësor shëndetësor, në bazë të rregullores së veçantë të miratuar nga Qeveria, me propozim të Ministrisë së Shëndetësisë.

5. Fondi kontraktin barnatoret, për të zbatuar shërbimin e dispensimit të barnave të përshkruara, pajisjeve medicinale dhe ndihmesave tjera shëndetësore eventuale për qytetarët, nga neni 17 i këtij ligji, që janë të rimbursueshme për të siguruarit, me çmim të rënë dakord ndërmjet Fondit dhe institucioneve shëndetësore.

6. Fondi ka të drejtë të negociojë dhe të furnizohet me barna dhe pajisje medicinale drejtpërdrejtë nga prodhuesi i barnave dhe pajisjeve medicinale (marrëveshja e menaxhuar e hyrjes),

6.1. Fondi ka të drejtë të negociojë dhe të furnizohet me barna dhe pajisje medicinale drejtpërdrejtë nga përfaqësuesi i autorizuar i prodhuesit, i cili posedon Autorizim Marketingun, sipas legjislacionit në fuqi.

7. Në bazë të propozimit të Bordit drejtues të Fondit, modalitetet e kushteve të përgjithshme për kontraktimin, caktimin e çmimit dhe pagesën e shërbimeve shëndetësore nga paragrafi 1, paragrafi 2, paragrafi 3 dhe paragrafi 5 të këtij neni, specifikohen më në detaje dhe ndryshohen ose plotësohen me akt nënligjor të nxjerrë nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë.

8. Pavarësisht nga dispozitat e tjera të këtij ligji, detyrimi i Fondit për t'i rimbursuar ofruesit tarifat ose kostot për ndonjë ose të gjitha përfitimet e ofruara për pacientët lindë vetëm nëse:

8.1. Pagesat e kontributeve për të siguruarit janë në pajtim me nenin 22 të këtij ligji.

8.2. Shërbimet përfshihen konkretisht në pakon e përfitimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor në fuqi në kohën e ofrimit, sipas nenit 16 të këtij ligji ose shifrat në listën e shërbimeve të garantuara të renditura në nenin 7 të këtij ligji.

8.3. Shërbimet e paguara në fakt janë ofruar deri në masën e nevojshme sipas paragrafit 4 të nenit 16 të këtij ligji, dhe se ato janë koduar dhe dokumentuar sipas legjislacionit në fuqi.

9. Fondi nuk merr përsipër asnjë përgjegjësi për mos rimbursim të çfarëdo tarife për shumat e ngarkuara në mënyrë jo të drejtë nga ofruesit, sipas paragrafit 8 të këtij neni.

10. Ofruesve të shërbimeve shëndetësore të kontraktuar nga Fondi u ndalohet të ngarkojnë pagesë shtesë për personat e siguruar për shërbimet nga pakoja e përfitimeve të mbuluara

nga Fondi sipas neneve 12, 16 dhe 17 të këtij ligji, mbi shumën e përcaktuar me çmimoren e Fondit.

11. Bashkë pagesa për shërbimet nga pakoja e përfitimit të mbuluar nga Fondi do të inkasohet në institucionet shëndetësore dhe do të përdoret në pajtim me dispozitat ligjore në fuqi.

12. Në bazë të propozimit të Bordit drejtues të Fondit, kushtet e përgjithshme për pagesën e performancës të mjekëve që punojnë në institucionet e kontraktuara nga Fondi, nga ky nen, specifikohen më në detaje dhe ndryshohen ose plotësohen me akt nënligjor të nxjerrë nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë.

## **KAPITULLI VI FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR**

### **Neni 25 Akti Themelor**

1. Qeveria e Republikës së Kosovës, me propozim të Ministrisë së Shëndetësisë, nxjerr Vendim për themelimin e Fondit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor.
2. Akti bazik i Fondit është Statuti, të cilin e miraton Qeveria, me propozim të Ministrisë së Shëndetësisë.
3. Me Statut të Fondit përcaktohet organizimi, të drejtat, detyrat, përgjegjësitë dhe mënyra e realizimit të veprimtarisë, sipas këtij ligji.

### **Neni 26 Organizimi dhe drejtimi i Fondit**

1. Fondi është institucion publik me interes të veçantë me autonomi ligjore të personit juridik, me të drejta, obligime, përgjegjësi dhe autorizime të veçanta për zbatim të këtij ligji.
2. Fondi autorizohet për sigurimin dhe zbatimin e të drejtave dhe obligimeve të të siguruarve, institucioneve të kujdesit shëndetësor, barnatoreve dhe akterëve të tjerë, lidhur me sigurimin shëndetësor të detyrueshëm, si dhe përcaktimin, përdorimin dhe pagesën e Pakos së përfitimeve të mbuluar nga sigurimi detyrueshëm i kujdesit shëndetësor, në pajtim me politikat e Ministrisë përgjegjëse për shëndetësi.
3. Të punësuarit në Fond nuk janë zyrtarë publikë.
4. Fondi i nënshtrohet legjislacionit dhe rregullave të menaxhimit financiar publik.

5. Struktura e organizimit të brendshëm për funksionimin e Fondit, përcaktohet me Rregulloren e brendshme, e cila miratohet nga Bordi drejtues i Fondit.

## **Neni 27** **Roli dhe detyrat e Fondit**

1. Detyrat dhe përgjegjësitë e Fondit janë:

1.1. Zbaton politikat e sigurimit shëndetësor, të përcaktuara nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi;

1.2. Siguron zbatimin e këtij Ligji;

1.3. Propozon nivelin ose shumën e kontributeve për tu paguar, bashkë-pagesat, pagesat shtesë, dhe mjetet e tjera financiare për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në bazë të vlerësimit të situatës së të hyrave dhe shpenzimeve, gjatë një periudhe afatmesme për miratim në Bordin drejtues;

1.4. Siguron qëndrueshmërinë afatgjatë të sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, përmes parashikimit të ndryshimeve demografike, evoluimit të nevojave të kujdesit shëndetësor, përparimeve në teknologjinë mjekësore dhe zhvillimeve të kostove për ofrimin e kujdesit shëndetësor.

1.5. Përcakton dhe operon një kornizë gjithëpërfshirëse të menaxhimit të rrezikut dhe një sistem kontrolli të brendshëm.

1.6. Mbikëqyr pajtueshmërinë me këtë ligj nga të gjithë personat fizik dhe juridik, që i nënshtrohen atij, me anë të informimit të inspektoratit shëndetësor të Ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë dhe thirrjes për veprim në rast dyshimi.

1.7. Siguron grumbullimin në kohë të kontributeve të pagueshme dhe transfereve dhe mjeteve tjera financiare për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në pajtim me këtë ligj;

1.8. Përcakton kushtet e kontratës me institucionet shëndetësore dhe barnatoret për shërbimet dhe produktet e pakos së përfitimit, përfshirë sigurinë, cilësinë, efektivitetin e kostos, dokumentacionin dhe standardet procedurale që duhet të përmbushen;

1.9. Negocion dhe kontraktin shërbimet e kujdesit shëndetësor, përfshirë kriteret e cilësisë dhe treguesit e performancës për matjen e outputeve, rezultateve dhe performancës së dokumentacionit mjekësor të institucioneve të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë stimuljt për arritjen e objektivave të përcaktuara.

1.10. Me mbështetje të Komisionit teknik në Ministri të Shëndetësisë, institucioneve kompetente dhe ekspertëve, fondi shqyrton e përshtat pakon e përfitimit.

1.11. Siguron pagesë efektive dhe me kohë të shërbimeve të kujdesit shëndetësor të ofruara nga institucionet e kujdesit shëndetësor, bazuar në kontrata;

1.12. Në bashkëpunim me Komisionin teknik përgjegjës në Ministri të Shëndetësisë, shqyrton dhe propozon pakon e përfitimit të mbuluar nga Fondi te Bordi drejtues duke përfshirë vlerësimin e kostove;

1.13. Mbikëqyr zbatimin e kontratave të lidhura nga Fondi dhe raporton te Bordi drejtues.

1.14. Organizon dhe zbaton sistemin e informimit për sigurim shëndetësor të Fondit, dhe siguron ndërveprimin me sistemin e informimit shëndetësor dhe me sistemet tjera relevante të informimit të Qeverisë;

1.15. Siguron informata për publikun për detajet e pakos së përfitimeve në versionin zyrtar përfshirë pasqyrat vjetore financiare, në faqet zyrtare të Fondit, Ministrisë së Shëndetësisë dhe në portalin e Kosova.

1.16. Kërkon analizë aktuariale dhe auditim financiar të institucioneve shëndetësore që janë në marrëdhënie kontraktuale me Fondin.

1.17. Mbron interesat e të siguruarit; zgjidh sipas kompetencës së tij kërkesat dhe ankesat për çështje të sigurimit shëndetësor;

1.18. Regjistron dhe arkivon dosjet dhe të dhënat e sigurimeve shëndetësore në lidhje me statusin e sigurimit, kontributet dhe përdorimin e shërbimeve në pajtim me ligjin përkatës në fuqi;

1.19. Përpilon statistika dhe harton raporte.

1.20. Organizon trajnime profesionale dhe kërkime shkencore dhe angazhohet në bashkëpunim ndërkombëtar për sigurimet shëndetësore.

1.21. Lidh marrëveshje të sigurimeve shëndetësore në nivel kombëtar apo ndërkombëtar, të cilat janë subjekt i miratimit nga Ministria përgjegjëse për shëndetësi, sipas legjisllacionit në fuqi.

1.22. Zbaton vendimet dhe rekomandimet e propozuara nga Komisionet e ankesave të Fondit.

1.23. Ushtron të drejtën e tij për kthim të mjeteve, merr masa dhe inicioni padë me qëllim për rikuperimin e dëmeve financiare ose për shqiptimin e sanksioneve në pajtim me nenet 33 dhe 34 të këtij ligji.

1.24. Rregullon çështjet e tjera që kanë të bëjnë me sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, në pajtim me aktet ligjore në fuqi.

### **Neni 28**

#### **Shpenzimet administrative**

Kufiri maksimal i shpenzimeve administrative të Fondit do të specifikohet në Rregulloren për Menaxhimin Financiar të Fondit, të përcaktuar në Nenin 20 të këtij Ligji.

### **Neni 29**

#### **Bordi drejtues i Fondit**

1. Fondi udhëhiqet nga Bordi drejtues si organi më i lartë vendimmarrës.
2. Bordi drejtues raporton në Qeveri përmes Ministrit përgjegjës për shëndetësi.
3. Bordi drejtues përbëhet nga pesë (5) anëtarë:
  - 3.1. Ministri përgjegjës për shëndetësi ose përfaqësuesi i tij/saj - Kryesues;
  - 3.2. Përfaqësuesi ekspert i Ministrisë për shëndetësi - anëtar;
  - 3.3. Ministri përgjegjës për financa ose përfaqësuesi i tij/saj - anëtar;
  - 3.4. Përfaqësuesi ekspert i Ministrit përgjegjës për financa - anëtar;
  - 3.5. Ministri përgjegjës për Pushtet lokal ose përfaqësuesi i tij/saj - anëtar;
4. Drejtori i Fondit merr pjesë në takimet e Bordit, përveç nëse Bordi drejtues vendos ndryshe, dhe nuk ka të drejtë vote.
5. Sekretariati i Bordit drejtues zgjidhet nga Bordi drejtues.
6. Bordi Drejtues angazhon ekspertë vendor dhe ndërkombëtar për mbështetjen e punës së tij për çështje specifike.
7. Anëtarët e Bordit drejtues emërohen me vendim nga Qeveria në bazë të propozimit të Ministrit përgjegjës për shëndetësi, sipas paragrafit 3 të këtij neni, dhe kompensohen sipas legjislacionit në fuqi.

8. Bordi drejtues kryesohet nga Ministri përgjegjës për shëndetësi ose përfaqësuesi i tij/saj.
9. Bordi drejtues ka detyrat dhe përgjegjësitë si në vijim:
  - 9.1. Propozon, përmes Ministrisë përgjegjëse për shëndetësi Statutin e Fondit për miratim në Qeveri;
  - 9.2. Zgjedhë Drejtorin e Fondit për një mandat katër (4) vjeçar, bazuar në shpalljen e konkursit publik.
  - 9.3. Shkarkon Drejtorin e Fondit për shkaqet e përcaktuara me dispozitat ligjore në fuqi;
  - 9.4. Mbikëqyr veprimtarinë dhe ligjshmërinë e punëve të Fondit;
  - 9.5. Miraton planet vjetore të punës së Fondit;
  - 9.6. Miraton Rregulloren për sistematizimin e vendeve të punës të Fondit.
  - 9.7. Siguron transparencën e kontabilitetit dhe likuiditetin e vazhdueshëm të pagesave;
  - 9.8. Siguron themelimin e sistemeve adekuate të kontrollit të brendshëm që do të dizajnohen në pajtim me parimet e Menaxhimit të Financave Publike në sektorin publik;
  - 9.9. Siguron zbatimin dhe ekzekutimin e një kornize gjithëpërfshirëse për menaxhim të rrezikut për rreziqet fiduciare në sigurimet shëndetësore.
  - 9.10. Shqyrton dhe aprovon Pasqyrat Vjetore Financiare, raportet vjetore për aktivitetet e tij për Ministrinë përgjegjëse për shëndetësi, Ministrinë përgjegjëse për financa dhe Qeverinë, si dhe raporte shtesë, sipas nevojës.
10. Detyrat dhe përgjegjësitë e tjera të Bordit drejtues përcaktohen në Statutin e Fondit.
11. Bordi Drejtues themelon Komitete teknike;
  - 11.1. Për themelimin dhe përditësimin e rregullt të pakos së përfitimit të mbuluar nga Fondi;
  - 11.2. Për çdo çështje tjetër me rëndësi për Fondin.

12. Përbërja, funksionimi, profilet e anëtarëve, kohëzgjatja e mandatit dhe financimi i çdo komiteti do të përcaktohen me terma specifik të referencës në pajtim me këtë nen dhe me Statutin e Fondit.

13. Bordi Drejtues themelon Komisionin e Fondit për Ankesa siç parashihet me nenin 15, paragrafin 5 të këtij ligji.

### **Neni 30 Drejtori i Fondit**

1. Drejtori i Fondit është përgjegjës për punën e Fondit të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor:

1.1. Përfaqëson Fondin;

1.2. Përgatitë raporte të rregullta dhe sipas kërkesës, për Bordin drejtues;

1.3. Siguron zbatimin efikas dhe efektiv të mekanizmave të menaxhimit të rrezikut dhe të kontrollit të brendshëm;

1.4. Kërkon, së paku, çdo pesë (5) vite një Analizë Aktuariale dhe ia paraqet Bordit drejtues.

1.5. Propozon anëtarët e komiteteve teknike për miratim nga Bordi drejtues.

2. Të drejtat dhe përgjegjësitë shtesë të Drejtorit përcaktohen me Statutin e Fondit.

### **Neni 31 Kontrolli dhe Auditimi**

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

### **Neni 32 Mbikëqyrja**

Mbikëqyrjen e performancës së Fondit e bën Qeveria, përmes Ministrit përgjegjës për shëndetësi.

## **KAPITULLI VII KOMPENSIMI I DËMEVE DHE SANKSIONET**

### **Neni 33 Kompensimi i dëmeve**

1. Përrjashtimisht nga legjislacioni në fuqi për kundërvajtje, legjislacionin në fuqi për administratën tatimore dhe procedurat dhe nenin 10 të këtij ligji, personi fizik ose juridik që shkel këtë ligj, nëse i shkakton dëm fondit ose të siguruarit në Fond, detyrohet të paguajë kompensimin për atë dëm.

2. Personi fizik ose juridik, i cili shpallet fajtor për shkelje të këtij ligji, është përgjegjës për:

2.1. Shumën e kontributeve të pagueshme të papaguara, plus interesin nga data kur duhet të paguhet deri në datën e pagesës, me një tarifë të përcaktuar në baza vjetore nga Ministri përgjegjës për financa sipas legjislacionit në fuqi për Administratën Tatimore, në rastet kur punëdhënësi ose i siguruari aktiv nuk paguan ose nuk paguan plotësisht kontributet;

2.2. Shumën e dëmeve për Fondin që rrjedhin nga pretendimet e pajustificuara nga institucionet shëndetësore dhe profesionistët që shkaktohet nga shpërdorimi, mashtrimi ose abuzimi në lidhje me servisimin, kodimin dhe faturimin,

2.3. Shumën e çdo dëmi tjetër të matshëm për Fondin ose për të siguruarin.

2.4. Shpenzimet e paraqitjes së veprimit ligjor ose padisë për rikuperimin e dëmit.

3. Fondi kërkon kompensim për dëmet ndaj Fondit, të shkaktuara nga kostot për të mbuluar dëmet shëndetësore të cilat i ka pësuar i siguruari të shkaktuara nga trajtimi joadekuat, gabimet e trajtimit, neglizhencës profesionale ose të pajisjeve mjekësore në defekt.

### **Neni 34 Kundërvajtjet që sanksionohen me gjobë**

1. Sipas këtij ligji kundërvajtjet klasifikohen në shkelje të lehta dhe të rënda.

2. Shkeljet e lehta janë si në vijim:

2.1. Nuk mban evidencë të rregullt për personat e siguruar;

2.2. Nuk paraqet në Fond të dhëna të plota dhe në kohë për regjistrimin e personave të siguruar;

- 2.3. Për kundërvajtjen e listuar si shkelje e lehtë, personi fizik dënohet me gjobë prej gjashtëdhjetë (60) euro;
- 2.4. Për kundërvajtjen e listuar si shkelje e lehtë, personi përgjegjës në subjektin juridik dënohet me gjobë prej katërmijë (4.000) euro.
- 2.5. Për kundërvajtjen e listuar si shkelje e lehtë, personi juridik dënohet me gjobë prej njëzetmijë (20.000) euro.
3. Gjohet për kundërvajtjet nga nën paragrafi 2.3, 2.4 dhe 2.5. i këtij neni i shqipton Inspektorati Qendror për Shëndetësi i Ministrisë përgjegjëse për shëndetësi, në përputhje me legjislacionin në fuqi për kundërvajtje.
4. Shkeljet e rënda janë si në vijim:
- 4.1. Refuzon të japë informacion ose jep informacion të pasaktë për regjistrimin dhe çregjistrimin ose për statusin e sigurimit të të siguarit sipas neneve 9 dhe 10 të këtij ligji;
- 4.2. Nuk korrigjon të dhënat e pasakta me urdhër të Fondit ose pengon kontrollin e të dhënave zyrtare në lidhje me personin e siguar për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me këtë ligj.
- 4.3. Nuk e paguan plotësisht ose pjesërisht kontributin e pagueshëm sipas këtij ligji deri në datën e caktuar.
- 4.4. Nuk zbaton mekanizmin e ankesave në përputhje me nenin 17, paragrafi 12 të këtij ligji.
- 4.5. Qëllimisht ofron informacione të rreme ose mashtruese në përpjekje për të tarifuar Fondin shuma më të larta se sa ato të dakorduara ose për shërbimet e pa realizuara ose vetëm pjesërisht të realizuara ose ato të paautorizuara si pjesë e pakos së përfitimeve.
- 4.6. Për kundërvajtjen e listuar si shkelje e rëndë, sipas nenit 22, paragrafët 12 deri në paragrafin 16, nenit 9 dhe nenit 10 të këtij Ligji, personi juridik dënohet me gjobë në shumën prej njëzetmijë (20.000) euro.
5. Gjohet për kundërvajtjet nga paragrafi 4 i këtij neni i shqipton Inspektorati Qendror për Shëndetësi i Ministrisë përgjegjëse për shëndetësi, në përputhje me legjislacionin në fuqi për kundërvajtje.
6. Përgjashtimisht nga nën paragrafët 2.1., 2.3. dhe paragrafit 4 të këtij neni, çdo person fizik dhe juridik i cili i nënshtrohet rregullave dhe legjislacionit tatimor në Republikën e Kosovës, i

cili nuk përmbushë obligimin për t'u regjistruar, deklaruar dhe paguar kontributin për sigurimin shëndetësor të detyrueshëm të përcaktuar me këtë Ligj, ndëshkohet në bazë të legjislacionit në fuqi për Administratën Tatimore dhe Procedurat.

7. Për personin fizik dhe juridik i cili kryen veprë penale zbatohet Kodi Penal i Republikës së Kosovës.

## **KAPITULLI VIII DISPOZITAT KALIMTARE DHE PËRFUNDIMTARE**

### **Neni 35 Dispozitat Kalimtare**

1. Pakoja e benefiteve të mbuluara nga sigurimi i kujdesit shëndetësor të detyrueshëm nga neni 16 i këtij ligji mund të jetë me faza në një periudhë maksimale prej pesë (5) vjetësh. Pakoja e përfitimeve të fazës së parë dhe fillestare do të përfshijë si minimum shërbimet e kujdesit shëndetësor në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor nga neni 16, nën paragrafi 2.1. të këtij ligji, dhe, nëse përmbushen dispozitat e nenit 17, paragrafi 13 të këtij ligji, gjithashtu dhe skemën e rimbursimit të barnave dhe materialeve shpenzuese për pacientë jashtëspitalor nga neni 17, paragrafi 4 i këtij Ligji.

2. Kontributet e pagueshme për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor nga secili grup sigurimesh nga neni 9 i këtij ligji llogariten dhe shkallët përcaktohen për secilën fazë hyrëse të pakos së përfitimeve nga paragrafi 1 i këtij neni për tridhjetë e gjashtë (36) muaj, në pajtim me nenin 21 të këtij ligji dhe miratohen nga Qeveria dhe Kuvendi sipas nenit 21 paragrafi 6 të këtij ligji. Gjatë pesë (5) viteve të para të funksionimit, shkallët e kontributeve mund të ndryshojnë nga ato të përcaktuara në nenin 22 të këtij ligji.

3. Përrjashtimisht nga neni 23, paragrafi 1 dhe në pajtim me nenin 21, paragrafi 6 të këtij ligji, për pesë (5) vitet e para të operimit, vlera e rezervës financiare të Fondit në fund të vitit të ardhshëm fiskal mund të përcaktohen ndarazi.

4. Ministria përgjegjëse për shëndetësi dhe Ministria përgjegjëse për financa përgatisin aktet e përgjithshme, infrastrukturën dhe burimet njerëzore.

### **Neni 36 Shfuqizimi**

Me hyrjen në fuqi të këtij Ligji shfuqizohet Ligji nr. 04/L-249 për sigurimin shëndetësor, Ligji nr. 08/L-042 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit nr. 04/L-249 për sigurimin shëndetësor dhe aktet tjera nënligjore që kanë derivuar nga ky Ligj.

**Neni 37**  
**Hyrja në fuqi**

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

**Ligji Nr. 10/L-028**  
**23 prill 2026**

**Shpallur me dekretin Nr. DL-56/2026, datë 05.05.2026 nga u.d. Presidentes së Republikës së Kosovës Albulena Haxhiu**