**LIGJ**
**Nr.10 383, datë 24.2.2011**

# PËR SIGURIMIN E DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË

Në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 të Kushtetutës, me propozimin e Këshillit të Ministrave,

KUVENDI
I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

VENDOSI:

## KREU I
## DISPOZITA TË PËRGJITHSHME

### Neni 1
### **Qëllimi i ligjit**

Qëllimi i këtij ligji është vendosja dhe zbatimi i skemës së sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

### Neni 2
### **Objekti i ligjit**

Ky ligj përcakton statusin ligjor, strukturën, funksionet dhe veprimtarinë e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (më poshtë i quajtur Fondi), i cili menaxhon financimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në skemën e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor.

### Neni 3
### **Përkufizime**

Në këtë ligj termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

1. “Fondi” është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë, i krijuar sipas këtij ligji.
2. “Persona ekonomikisht aktivë” janë të gjithë personat e punësuar, të vetëpunësuar, punëdhënësit dhe persona me të ardhura të rregullta nga pasuritë e luajtshme e të paluajtshme dhe burime të tjera të krahasueshme.
3. “Persona ekonomikisht joaktivë” janë të gjithë personat, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga buxheti i shtetit ose burime të tjera, të përcaktuara me ligj.
4. “Persona të punësuar” janë të gjithë personat e punësuar nga një punëdhënës.
5. “Punëdhënës” janë të gjithë personat, fizikë ose juridikë, që punësojnë persona të tjerë dhe u paguajnë atyre shpërblimin për punën e kryer, sipas legjislacionit të punës.
6. “Të vetëpunësuar” janë të gjithë personat që punojnë për llogari të tyre, si artizanë, biznesmenë të vegjël, konsulentë, pronarët e vetëm të një biznesi, fermerë dhe të tjerë të ngjashëm me ta, sipas legjislacionit të punës.
7. “Kontribues” janë të gjithë personat, fizikë dhe juridikë, të detyruar t’i paguajnë kontribute Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, sipas këtij ligji, si punëdhënësit, punëmarrësit, të vetëpunësuarit dhe shteti.

8. “Përfitues” është personi, i cili ka të drejtë të përdorë shërbimet e kujdesit shëndetësor nën skemën e sigurimit të detyrueshëm ose të përfitojë rimbursimin e kostove të shërbimeve shëndetësore, sipas një kontrate sigurimesh shëndetësore të detyrueshme.

9. “Pagesat e drejtpërdrejta” janë pagesa që bëjnë përfituesit e sigurimeve shëndetësore të detyrueshme për paketat e shërbimeve shëndetësore, pavarësisht nga pagesat e kontributeve të skemës së sigurimeve shëndetësore të detyrueshme.

10. “Përjashtime nga përfitimet” janë shërbime shëndetësore, barna, pajisje mjekësore, që nuk financohen nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor, por tërësisht nga pacienti.

11. “Çmim” është pagesa monetare për dhënien e shërbimit të kujdesit shëndetësor.

12. “Paketa e përfitimit nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor”, paketa standarde e përfitimit të shërbimeve shëndetësore, e cila përfshin shërbime shëndetësore të kujdesit shëndetësor parësor, të kujdesit spitalor, barna të rimbursueshme dhe për përdorim spitalor dhe materialet e konsumit mjekësor.

13. “Punonjës i papaguar i familjes” është anëtari i familjes që punon e bashkëjeton me të vetëpunësuarin dhe nuk ka ndonjë punësim tjetër.

## KREU II
## SIGURIMI I DETYRUESHËM I KUJDESIT SHËNDETËSOR

### Neni 4
### **Sigurimi i detyrueshëm i kujdesit shëndetësor**

1. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor bazohet në kontributet e të punësuarve e të punëdhënësve të shtetit dhe në burime të tjera për persona të tjerë, siç parashikohet në këtë ligj, bazuar në parimin e solidaritetit.

2. Skema e sigurimeve të detyrueshme shëndetësore synon në mbulimin e popullsisë në përfitimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, të financuara nga sektori publik dhe privat, në bazë të këtij ligji.

### Neni 5
### **Personat e siguruar**

1. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor dhe pagesa e kontributeve përkatëse janë të detyrueshme për të gjithë personat ekonomikisht aktivë, me banim të përhershëm në Shqipëri, si:

a) të punësuarit;

b) personat e vetëpunësuar;

c) punonjësit e papaguar të familjes;

ç) persona të tjerë ekonomikisht aktivë.

2. Sigurimi i detyrueshëm shëndetësor mbulon, gjithashtu, kategoritë e mëposhtme të personave ekonomikisht joaktivë, pagesa e kontributeve të të cilëve financohet nga Buxheti i Shtetit ose burime të tjera të përcaktuara me ligj:

a) personat që përfitojnë nga Instituti i Sigurimeve Shoqërore;

b) personat që përfitojnë ndihmë ekonomike ose pagesën për aftësinë e kufizuar, në përputhje me legjislacionin përkatës;

c) personat e regjistruar si të papunë-punëkërkues në Shërbimin Kombëtar të Punësimit;

ç) shtetasit e huaj azilkërkues në Republikën e Shqipërisë;

d) fëmijët nën moshën 18 vjeç;

dh) nxënësit e studentët nën moshën 25 vjeç, me kusht që të mos kenë të ardhura nga veprimtari ekonomike;

e) kategori personash që përcaktohen me ligje të veçanta.

3. Personat, që nuk përfshihen në pikat 1 e 2 të këtij neni, kanë të drejtë të bashkohen vullnetarisht me skemën e detyrueshme. Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjtat të drejta dhe detyrime si personat, subjekte të sigurimit të detyruar, nëse përmbushin kushtin e periudhës pritëse 6-mujore nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit deri në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar.

4. Pas përfundimit të periudhës së sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, personat që nuk përfshihen në kategoritë, për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda 3 muajve. Për regjistrime të vonuara, periudha pritëse do të jetë 1 vit nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor.

5. Këshilli administrativ, me propozim të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, miraton rregulloren e sigurimit vullnetar, si dhe kushtet dhe përmbajtjen e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar.

Neni 6

**Detyrimi për të paguar kontributet**

1. Punëdhënësit, për vete dhe të punësuarit e tyre, personat e vetëpunësuar dhe punonjësit e papaguar të familjes janë përgjegjës për llogaritjen e saktë dhe për pagesën e kontributeve, sipas afateve të përcaktuara në legjislacionin për mbledhjen e kontributeve të detyrueshme të sigurimeve shoqërore e shëndetësore.

2. Sigurimi shëndetësor vullnetar paguhet nga vetë personi, i cili lidh me Fondin kontratë sigurimi shëndetësor vullnetar.

3. Kontributet për personat e parashikuar në pikën 2 të nenit 5 të këtij ligji paguhen nga shteti.

4. Rregullat për mbledhjen e kontributeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor përcaktohen në aktet ligjore dhe nënligjore përkatëse.

Neni 7

**Baza për llogaritjen e kontributeve**

1. Baza për llogaritjen e kontributit është paga bruto e personit të siguruar deri në maksimumin e pesëfishit të pagës minimale për efekt të llogaritjes së kontributeve në shkallë vendi.

2. Kontributi i shtetit për personat ekonomikisht joaktivë bazohet në konsumin për frymë të shërbimit shëndetësor, indeksuar me koeficientin e inflacionit. Konsumi për frymë për shërbimin shëndetësor përcaktohet nga Fondi dhe miratohet nga Kuvendi së bashku me miratimin e buxhetit vjetor.

3. Baza për llogaritjen e kontributit për punonjësit e vetëpunësuar është mesatarja ndërmjet pagës minimale dhe maksimale për efekt të llogaritjes së kontributeve.

4. Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është mesatarja ndërmjet pagës minimale dhe maksimale për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Neni 8

**Masa e kontributit**

1. Masa e kontributit të sigurimit të detyruar shëndetësor është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributeve sipas pikave 1, 3 dhe 4 të nenit 7 të këtij ligji.

2. Për të punësuarit, kontributet paguhen, në masën 50 për qind nga punëdhënësi dhe në masën 50 për qind nga i punësuari.

Neni 9
**Mbledhja e kontributeve**

1. Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve mbledh kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor nga punëdhënësit, për punonjësit dhe të vetëpunësuarit dhe ia transferon ato Fondit, në përputhje me legjislacionin përkatës në fuqi.

2. Instituti i Sigurimeve Shoqërore mbledh dhe i transferon Fondit kontributet për sigurimin e detyrueshëm shëndetësor të të vetëpunësuarve në bujqësi (fermerëve).

3. Fondi është përgjegjës për llogaritjen dhe mbledhjen e kontributeve të sigurimeve shëndetësore vullnetare.

4. Fondi mbledh kontributin nga Buxheti i Shtetit për popullsinë ekonomikisht joaktive.

Neni 10
**Paketa e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm**

1. Sigurimi i detyrueshëm financon paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, ku përfshihen:

a) vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor publik dhe në spitalet publike;

b) vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në dhënës privat të kujdesit parësor dhe spitale private;

c) barnat, produktet dhe trajtimet mjekësore nga dhënës të kontraktuar shërbimesh shëndetësore.

2. Paketat e shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm hartohen duke përcaktuar:

a) vizitat, ekzaminimet dhe trajtimet mjekësore në qendrat shëndetësore të kujdesit parësor dhe spitalet publike, të cilat paguhen për këtë shërbim nga sigurimi i detyrueshëm;

b) listën e barnave të rimbursueshme, si dhe masën e mbulimit të barnave të saj. Struktura e listës së barnave përcaktohet në bazë të listës së barnave themelore, sipas klasifikimit INN (principit aktiv të barit), të përcaktuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, si dhe në mbulimin e alternativës më të lirë;

c) listën e pajisjeve mjekësore, si dhe masën e mbulimit të tyre.

3. Përfshirja e shërbimeve shëndetësore në paketën e sigurimit të detyrueshëm mbështetet në kriteret e mëposhtme:

a) mjekësore: shkalla në të cilën shërbimi ndikon në përmirësimin e cilësisë së jetës në shmangien e përkeqësimit të mëtejshëm të shëndetit dhe në rritjen e jetëgjatësisë;

b) ekonomike: raporti i kostos së efektivitetit të shërbimit dhe disponueshmëria e burimeve financiare të Fondit;

c) sociale: aftësia paguese e pacientit, disponueshmëria e shërbimeve dhe numri i përfituesve në raport me popullsinë.

4. Hartimi i paketave të shërbimeve bëhet nga komisione teknike, të përbëra nga ekspertë, të cilët përfaqësojnë, në mënyrë të barabartë, ndarjen e kritereve në mjekësore, ekonomike dhe sociale. Përbërja nominative e komisioneve teknike caktohet nga këshilli administrativ i Fondit, sipas rregullave të përcaktuara në statutin e Fondit.

5. Këshilli administrativ i Fondit miraton projektin e paketave të propozuara nga komisionet teknike dhe ia dërgon Ministrit të Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave. Paketa e propozuar shoqërohet nga një raport financiar i Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit për mundësitë e mbulimit financiar nga Fondi të shërbimeve të paketave të propozuara.

6. Miratimi i paketave të shërbimeve të sigurimit të detyrueshëm, paraqitur nga Ministri i Shëndetësisë dhe shoqëruar me raportin financiar të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, bëhet me vendim të Këshillit të Ministrave.

Neni 11
**Pagesat e drejtpërdrejta**

1. Personat e siguruar marrin pjesë në pagesën e një pjese të çmimit të shërbimit shëndetësor që u jepet. Masa, shërbimet dhe mënyra e pagesës së drejtpërdrejtë vendoset në çdo rast nga Këshilli i Ministrave.

2. Këshilli i Ministrave, në bazë të politikave sociale të Qeverisë, mund të përjashtojë nga pagesat e drejtpërdrejta kategori të veçanta të individëve, duke u bazuar në aftësinë e tyre për të paguar.

Në këto raste, Këshilli i Ministrave jep fonde ekstra (subvencione) për t'u financuar dhënësve të shërbimeve shëndetësore koston e pagesave të drejtpërdrejta.

Neni 12
**Shërbimet shëndetësore të cilat nuk mbulohen nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor**

1. Fondi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor ndaj personave që nuk janë të siguruar, në përputhje me dispozitat e këtij ligji, me përjashtim të rasteve të urgjencës mjekësore.

2. Fondi i sigurimit të detyrueshëm shëndetësor nuk financon shërbime të kujdesit shëndetësor që nuk bëjnë pjesë në paketat e shërbimeve të përcaktuara sipas këtij ligji.

KREU III
DREJTIMI I FONDIT DHE FUNKSIONET E ORGANEVE DREJTUESE

Neni 13
**Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor**

1. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor është i vetmi person juridik, publik, autonom, i cili ofron dhe administron sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

2. Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor menaxhon skemën e sigurimit të detyrueshëm të kujdesit shëndetësor, në përputhje me politikat kombëtare të kujdesit shëndetësor, të vendosura nga Ministria e Shëndetësisë.

3. Buxheti i Fondit miratohet si pjesë përbërëse e pandarë e Buxhetit vjetor të Shtetit.

Neni 14
**Statuti i Fondit**

1. Fondi organizohet dhe funksionon në bazë të statutit të Fondit, i cili miratohet nga Këshilli i Ministrave.

2. Statuti i Fondit përcakton, ndërmjet të tjerave:

a) strukturën e përgjithshme organizative të Fondit, funksionet dhe përgjegjësitë përkatëse;

b) procedurat e miratimit e të ndryshimit të rregullave procedurale për veprimtarinë e këshillit administrativ, Drejtorinë e Përgjithshme dhe zyrat vendore;

c) marrëdhëniet ndërmjet këshillit administrativ, Drejtorit të Përgjithshëm dhe zyrave vendore;

ç) procedurat për hartimin, ndryshimin dhe zbatimin e rregulloreve administrative, rregulloreve të organizimit dhe të personelit, rregulloret ekonomike, të auditimit dhe të kontabilitetit, si dhe procedura e rregullore të tjera, të nevojshme për veprimtarinë e Fondit;

d) masën e shpërblimit për pjesëmarrjen e anëtarëve në këshillin administrativ;
dh) marrëdhëniet ndërinstitucionale brenda dhe jashtë vendit;
e) kriteret ligjore dhe profesionale të përzgjedhjes së Drejtorit të Përgjithshëm.

Neni 15
**Organet drejtuese**

Fondi drejtohet nga:
a) këshilli administrativ;
b) Drejtori i Përgjithshëm.

Neni 16
**Këshilli administrativ**

1. Këshilli adminstrativ është organi më i lartë vendimmarrës i Fondit dhe ka në përbërje 9 anëtarë, si më poshtë:
a) Ministrin e Shëndetësisë ose përfaqësuesin e tij;
b) Ministrin e Financave ose përfaqësuesin e tij;
c) Ministrin e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta ose përfaqësuesin e tij;
ç) Drejtorin e Përgjithshëm të Fondit ose përfaqësuesin e tij;
d) Drejtorin e Institutit të Sigurimeve Shoqërore ose përfaqësuesin e tij;
dh) një përfaqësues të sindikatës së të punësuarve;
e) një përfaqësues të dhënësve të kujdesit shëndetësor, i caktuar nga Urdhri i Mjekut;
ë) një përfaqësues të shoqatës së punëdhënësve privatë dhe të të vetëpunësuarve;
f) një përfaqësues të organizatës së konsumatorëve, të cilët përfaqësojnë përfituesit e Fondit.
2. Koha e shërbimit të anëtarëve të këshillit administrativ është 4 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje, ose për aq kohë sa anëtari është përfaqësues i organit përkatës.
3. Këshilli i Ministrave përcakton se cila sindikatë, organizatë e personave të vetëpunësuar dhe punëdhënësve, organizatë konsumatore është përfaqësuesja më e madhe dhe që do të emërojnë përfaqësuesit e tyre në këshillin administrativ.

Neni 17
**Drejtimi i këshillit administrativ**

1. Këshilli administrativ zgjedh me votim të fshehtë kryetarin ndërmjet përfaqësuesve të Këshillit të Ministrave.
2. Mandati i kryetarit të këshillit administrativ është njëvjeçar dhe bazohet në parimin e rotacionit.
3. Këshilli administrativ zgjedh nënkryetarin ndërmjet përfaqësuesve të kontribuesve joqeveritarë.
4. Kryetari ose, në mungesë të tij, nënkryetari drejton këshillin administrativ.

Neni 18
**Mbledhjet dhe vendimet e këshillit administrativ**

1. Mbledhjet e zakonshme të këshillit administrativ thirren nga Drejtori i Përgjithshëm, jo më pak se një herë në dy muaj.
2. Rendi i ditës propozohet nga Drejtori i Përgjithshëm dhe miratohet nga këshilli administrativ.

3. Këshilli administrativ mblidhet në mënyrë të jashtëzakonshme nga kryetari, me kërkesën e të paktën 3 anëtarëve të këshillit ose të Drejtorit të Përgjithshëm.

4. Kuorumi i mbledhjeve të zakonshme është 2/3 e anëtarëve të këshillit. Vendimet miratohen me shumicën e anëtarëve të pranishëm. Gjatë votimeve në këshillin administrativ nuk lejohet abstenimi.

5. Në raste të jashtëzakonshme, sipas rregullave të brendshme të këshillit, kryetari mund të mbledhë këshillin dhe mbledhjet mund të zhvillohen me një kuorum prej 5 anëtarësh. Në këto raste, vendimi merret në mënyrë unanime nga të gjithë anëtarët e pranishëm.

6. Kryetari i relaton këshillit administrativ dhe paraqet për miratim vendimet e marra në raste të jashtëzakonshme, në mbledhjen më të parë të radhës.

Neni 19

**Drejtori i Përgjithshëm**

1. Këshilli administrativ emëron Drejtorin e Përgjithshëm pas një procedure konkurrimi të hapur, në bazë të kritereve të përcaktuara në statutin e Fondit. Kandidatët duhet të demonstrojnë se kanë njohuritë dhe përvojën profesionale për të menaxhuar Fondin.

2. Drejtori i Përgjithshëm përzgjidhet nga këshilli administrativ nga një listë me jo më pak se tre kandidatë, që plotësojnë kriteret.

3. Këshilli zgjedh Drejtorin e Përgjithshëm, me votim të fshehtë, me 2/3 e votave të të gjithë anëtarëve të këshillit administrativ.

4. Koha e ushtrimit të detyrës së Drejtorit të Përgjithshëm është 5 vjet.

5. Paga e Drejtorit të Përgjithshëm caktohet me vendim të Këshillit të Ministrave.

6. Drejtori i Përgjithshëm raporton para këshillit administrativ.

7. Këshilli administrativ vendos për shkarkimin e Drejtorit të Përgjithshëm në këto raste:

a) nëse dënohet me vendim të formës së prerë, për kryerjen e një vepre penale;

b) nëse shkel dispozitat e statutit, vendimet e këshillit administrativ dhe legjislacionin në fuqi.

Neni 20

**Funksionet e këshillit administrativ**

Këshilli administrativ kryen funksionet e mëposhtme:

a) zgjedh, emëron dhe shkarkon Drejtorin e Përgjithshëm për shkaqe të parashikuara në këtë ligj;

b) cakton anëtaret e komisionit teknik, sipas nenit 10 të këtij ligji, për hartimin e paketës së shërbimeve shëndetësore dhe të listës së barnave të rimbursueshme;

c) miraton paketat e shërbimit që financohen nga skema e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, të hartuara nga komisioni teknik, të cilat i dërgon në Ministrinë e Shëndetësisë për procedim pranë Këshillit të Ministrave;

ç) miraton rregullat ekonomike e financiare, procedurale, të kontrollit, strukturën e përgjithshme organizative dhe rregullat e personelit, si dhe rregulla të tjera të brendshme, që ai i gjykon të nevojshme gjatë veprimtarisë së Fondit, në zbatim të këtij ligji;

d) miraton kriteret e lidhjes së kontratave, si dhe kontratat me dhënësit e shërbimeve shëndetësore publike dhe private;

dh) miraton raportin vjetor, raportin financiar dhe bilancin vjetor, të paraqitur nga Drejtori i Përgjithshëm;

e) miraton projektbuxhetin vjetor të Fondit dhe parashikimin për tre vitet e ardhshme;

ë) miraton sistemin e pagave të punonjësve të Fondit;

f) miraton hapjen ose mbylljen dhe shpërndarjen e zyrave vendore të Fondit;

g) përcakton numrin e përgjithshëm të punonjësve të Fondit, të cilin e dërgon për miratim në Këshillin e Ministrave;

gj) rekomandon ndryshime në legjislacionin e sigurimeve të detyrueshme të kujdesit shëndetësor dhe ia propozon Ministrit të Shëndetësisë;

h) vendos për çështje të tjera, të parashikuara me ligj.

Neni 21

**Funksionet e Drejtorit të Përgjithshëm**

1. Drejtori i Përgjithshëm kryen funksionet mëposhtme:

a) propozon për miratim në këshillin administrativ statutin, rregulloren organizative, rregulloren e personelit, rregulloret ekonomike, rregulloret procedurale, raportin vjetor dhe projektbuxhetin vjetor;

b) drejton veprimtarinë e Fondit, në përputhje me statutin dhe rregulloret e miratuara nga këshilli administrativ;

c) propozon në këshillin administrativ numrin e përgjithshëm të punonjësve dhe miraton strukturën e brendshme dhe përshkrimet e punës të Drejtorisë së Përgjithshme e të zyrave vendore;

ç) emëron e shkarkon personelin dhe i propozon këshillit administrativ pagat e tyre;

d) propozon në këshillin administrativ politikat e zhvillimit të skemës së sigurimeve shëndetësore;

dh) përfaqëson Fondin në marrëdhëniet juridike me të tretët, mediat, si dhe në komunikimin me personat e siguruar dhe dhënësit e shërbimit shëndetësor;

e) zbaton vendimet e këshillit administrativ dhe raporton para tij për veprimtarinë e vet;

ë) u delegon kompetencat zyrave vendore të Fondit;

f) zbaton detyra të tjera që i ngarkon këshilli administrativ.

2. Drejtori i Përgjithshëm mund të kërkojë këshillime nga specialistë të jashtëm për çështje që kanë të bëjnë me njohuri të veçanta.

Neni 22

**Raportimi**

1. Drejtori i Përgjithshëm përgatit raportin vjetor për financën, administrimin, kontraktimin, paketën e shërbimeve shëndetësore dhe popullsinë e mbuluar nga sigurimi i detyrueshëm shëndetësor, të cilin e paraqit në këshillin administrativ.

2. Këshilli administrativ përgatit një raport vjetor për Ministrin e Shëndetësisë.

3. Drejtori i Përgjithshëm i përgjigjet kërkesave specifike të informacionit për pjesën e buxhetit, që financohet nga Buxheti i Shtetit, që mund të kërkojë Ministria e Financave gjatë vitit.

KREU IV

FINANCIMI I FONDIT

Neni 23

**Burimet e financimit**

Fondi ka burimet e financimit si më poshtë:

a) kontributet e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor, sipas pikës 1 të nenit 5 të këtij ligji;

b) kontributin e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor prej Buxhetit të Shtetit nga personat ekonomikisht joaktivë, sipas pikës 2 të nenit 5 të këtij ligji;

c) kontributet e sigurimit shëndetësor vullnetar, sipas pikës 3 të nenit 5 të këtij ligji;

ç) transfertat nga Ministria e Shëndetësisë për subvencionimin e një pjese të pagesave të drejtpërdrejta, sipas pikës 2 të nenit 11 të këtij ligji;

d) transfertat nga Ministria e Shëndetësisë për shërbimet e kërkuara nga ajo, përtej atyre të buxhetuara ose të kontraktuara nga Fondi;

dh) transfertat e miratuara në Buxhetin e Shtetit për balancimin e buxhetit të Fondit ose për kompensimin e mosrealizimit të kontributeve në procesin e zbatimit të buxhetit.

e) burime të tjera, dhurime, grante nga burime kombëtare dhe ndërkombëtare.

Neni 24

**Struktura financiare e Fondit**

1. Struktura financiare e Fondit është si më poshtë:

a) sigurimi i detyrueshëm shëndetësor përfshin të gjitha të ardhurat nga kontributet, burimet e tjera, sipas nenit 23 të këtij ligji, të ardhurat nga fondi rezervë, si dhe shpenzimet për pagesën e paketave të shërbimeve të kujdesit shëndetësor nën skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor;

b) fondi rezervë i sigurimeve të detyrueshme përbëhet nga tepricat e akumulueshme të të ardhurave ndaj shpenzimeve. Fondi rezervë është një fond emergjence për mbulimin e lëvizjeve të përkohshme dhe të deficiteve operative në sigurimin e detyrueshëm shëndetësor, në përputhje me rregullat e përcaktuara për këtë qëllim me vendim të Këshillit të Ministrave. Fondi rezervë nuk duhet të kalojë 10 për qind të shpenzimeve vjetore të Fondit;

c) administrimi përfshin shpenzimet korrente dhe kapitale për menaxhimin e Fondit;

ç) sigurimi shëndetësor vullnetar, i cili konsiston në të ardhurat dhe shpenzimet nën kontratat e sigurimeve shëndetësore.

2. Mjetet monetare të Fondit depozitohen në banka të licencuara dhe të regjistruara në Republikën e Shqipërisë.

Neni 25

**Aftësia paguese e Fondit**

1. Fondi menaxhon veprimtaritë e tij brenda burimeve të vlefshme financiare dhe nuk hyn në borxhe.

2. Fondi nuk mbulon shërbime të kujdesit shëndetësor jashtë paketës së sigurimit të detyrueshëm dhe jashtë kontraktimeve përkatëse.

Neni 26

**Kontabiliteti dhe auditimi**

Mbajtja e kontabilitetit dhe auditimi bëhen në përputhje me legjislacionin shqiptar në fuqi.

KREU V

PROCEDURAT

Neni 27

**Regjistrimi dhe identifikimi i personave të siguruar**

1. Të gjithë personat e përmendur në nenin 5 të këtij ligji janë të detyruar të regjistrohen

te Fondi.

2. Punëdhënësit janë përgjegjës për regjistrimin te Fondi të punëmarrësve të tyre dhe për informimin e Fondit për:

a) numrin e personave që kanë siguruar;

b) emrat e personave të siguruar dhe numrin e sigurimit;

c) pagat e personave të siguruar;

ç) masën e kontributit të personave të siguruar;

d) periudhën e punësimit.

3. Të gjithë personat e regjistruar kanë një numër të sigurimit shëndetësor të detyrueshëm dhe një dokument që vërteton regjistrimin e tyre në Fond e që identifikon personin e siguruar.

4. Personat, subjekt i sigurimit shëndetësor të detyrueshëm, regjistrohen në Fond brenda 30 ditëve nga data që bëhen subjekt i detyrimit për të paguar kontribute. Ndryshimet në statusin e personave të siguruar regjistrohen dhe evidentohen nga Fondi.

5. Këshilli i Ministrave përcakton institucionet publike përgjegjëse dhe periudhën gjatë së cilës kanë detyrim për të informuar Fondin për numrin dhe identitetin e personave, sipas kategorive të përmendura në nenin 5 të këtij ligji.

6. Këshilli i Ministrave vendos rregullat për regjistrimin dhe identifikimin e të siguruarve dhe mënyrën e paraqitjes së informacionit.

Neni 28

**Identifikimi i të siguruarve**

Identifikimi i personave të siguruar bëhet nëpërmjet dokumentit të identifikimit të sigurimit shëndetësor, të lëshuar nga Fondi.

Neni 29

**Kontratat**

1. Fondi paguan dhënësit e shërbimeve shëndetësore vetëm për shërbimet e ofruara ndaj personave të siguruar dhe në bazë të termave e të kushteve të përcaktuara në kontratat përkatëse.

2. Këshilli administrativ miraton procedurat dhe kriteret për lidhjen e kontratave dhe për pagesat, duke synuar në stimulimin e aksesit ndaj shërbimeve, kostos së efektivitetit dhe rritjes së cilësisë së shërbimeve të ofruara prej dhënësve privatë dhe publikë ndaj komunitetit.

3. Fondi lidh kontratë me dhënësit publikë të shërbimit shëndetësor, të licencuar nga autoriteti kompetent, dhe mbulon të gjitha shërbimet e ofruara nga dhënësi, të cilat janë të përfshira në paketën e shërbimeve, sipas nenit 10 të këtij ligji.

4. Fondi mund të lidhë kontratë me dhënësit privatë të shërbimit shëndetësor, të licencuar nga autoriteti kompetent. Kontrata përcakton shërbimet shëndetësore, që do të mbulohen nga Fondi. Kontratat lidhen për një kohëzgjatje të caktuar dhe mund të rinovohen.

5. Fondi ndërpret kontratën me një dhënës shërbimi në rastet kur analiza e performancës tregon se ky dhënës nuk përmbush kriteret, sipas pikës 2 të këtij neni. Përpara ndërprerjes së kontratës, Fondi duhet të informojë Ministrinë e Shëndetësisë, si dhe t'i caktojë ofruesit të shërbimit një afat të caktuar kohe, brenda të cilit ai duhet të plotësojë kriteret.

6. Fondi krijon Regjistrin e Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore, në të cilin regjistrohen dhënësit e shërbimeve publike, si dhe ato private, të cilët plotësojnë kriteret e përmendura në pikën 2 të këtij neni.

Regjistri i Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore miratohet nga këshilli administrativ dhe bëhet publik në faqen zyrtare të Fondit.

Neni 30

**Pagesat ndaj dhënësve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor**

1. Këshilli administrativ përcakton dhe vendos format e ndryshme të pagesave ndaj dhënësve të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe institucioneve të kujdesit shëndetësor, duke garantuar aksesin e popullatës ndaj shërbimeve, koston e efektivitetit të shërbimeve dhe rritjen e cilësisë së tyre.

2. Fondi paguan dhënës shërbimi të kontraktuar, për shërbime shëndetësore dhe barna e produkte mjekësore, të përfshira në paketat e sigurimeve të detyrueshme shëndetësore, të dhëna në përputhje me termat dhe kushtet e kontratave të nënshkruara prej tyre me Fondin.

3. Fondi rimburson personat e siguruar, që marrin shërbime nga dhënësit e shërbimit shëndetësor brenda vendit, që nuk kanë kontratë me Fondin, vetëm në mungesë të dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore, pas verifikimit përkatës nga Fondi. Këshilli administrativ specifikon rastet e rimbursimit të personave të siguruar, si dhe rregullat e procedurat e rimbursimit.

4. Fondi ka të drejtë dhe detyrë të verifikojë çdo pagesë të dhënë në përputhje me termat dhe kushtet e kontratave dhe të refuzojë çdo kërkesë për pagesë në rastet e parashikuara në rregulloret financiare, të miratuara nga këshilli administrativ.

5. Pagesa e shërbimeve të dhënësve të shërbimit shëndetësor bëhet vetëm nëpërmjet llogarive bankare.

6. Zyrat vendore të Fondit paguajnë rregullisht, në përputhje me termat dhe kushtet në kontratat përkatëse, kërkesat e pagesave të dërguara prej dhënësve të kontraktuar të shërbimeve shëndetësore, pas verifikimit përkatës.

7. Procedura për paraqitjen e kërkesës për pagesë dhe verifikimi i tyre përcaktohen në rregulloret e hartuara nga Drejtori i Përgjithshëm dhe të miratuara nga këshilli administrativ.

Neni 31

**Verifikimi i kërkesave për pagesë**

1. Fondi ka të drejtë dhe detyrë të verifikojë vërtetësinë dhe rregullsinë e çdo kërkese për pagesë të dhënësit të shërbimit shëndetësor, përpara se të kryejë pagesën.

2. Në rast të kërkesave për pagesë, që konsiderohen të tepërta apo jo të rregullta, pagesa pezullohet deri në qartësimin ose korrigjimin e tyre. Në të kundërtën pagesa refuzohet.

3. Procedurat e verifikimit dhe të kontrollit të kërkesave për pagesë përcaktohen në rregulloret e hartuara nga Drejtori i Përgjithshëm dhe të miratuara nga këshilli administrativ.

KREU VI

SISTEMI I INFORMACIONIT

Neni 32

**Detyrimi i autoriteteve publike për të dhënë informacion**

1. Fondi merr informacion nga Ministria e Financave për treguesit e zhvillimit makroekonomik, të dhënat për prodhimin e përgjithshëm bruto dhe informacione të tjera financiare për funksionimin e Fondit.

2. Fondi merr informacion nga Ministria e Shëndetësisë për politikat, strategjitë që kanë lidhje me sistemin shëndetësor, për të dhënat e gjendjes shëndetësore, si dhe informacione të tjera shëndetësore që kanë lidhje me funksionimin e Fondit.

3. Drejtoria e Përgjithshme e Tatimeve i jep informacion periodik Fondit për shumën e kontributeve të mbledhura të sigurimeve shëndetësore nga të gjitha subjektet që janë të detyruara të derdhin kontribute pranë kësaj drejtorie, për numrin e kontribuesve dhe listëpagesat përkatëse.

4. Këshilli i Ministrave përcakton institucionet ose organizmat e tjerë që duhet të ofrojnë të dhëna rregullisht, sipas nevojave të Fondit.

5. Fondi lidh marrëveshje ndërinstitucionale për shkëmbimin, në mënyrë të

vazhdueshme, të informacionit të hollësishëm me entet private dhe publike, sipas pikave të mësipërme të këtij neni, duke marrë dhe duke analizuar informacionin e tyre.

Neni 33
**Detyrimi i raportimit të dhënësve të kontraktuar të kujdesit shëndetësor**

1. Dhënësit e shërbimit shëndetësor janë të detyruar t'u dorëzojnë Ministrisë së Shëndetësisë dhe Fondit, peridiokisht, informacion për veprimtarinë e tyre, sipas detyrimeve për raportim, të parashikuara në kontratat me Fondin.

2. Mosraportimi i pajustifikuar si më sipër përbën shkak për zgjidhjen e kontratës dhe heqjen e dhënësit të shërbimit shëndetësor nga Regjistri i Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore për një periudhë kohe të caktuar, nga këshilli administrativ, me propozimin e Drejtorit të Përgjithshëm.

Neni 34
**Konfidencialiteti i informacionit**

I gjithë informacioni për shëndetin e një personi të siguruar, i mbledhur dhe i transferuar në Fond, është konfidencial. Fondi administron informacionin e krijuar sipas këtij ligji, në përputhje me rregullat e parashikuara në legjislacionin në fuqi, veçanërisht legjislacioni për mbrojtjen e të dhënave personale.

Neni 35
**Informimi publik**

1. Fondi ka detyrim ligjor të informojë publikun e gjerë periodikisht nëpërmjet mjeteve të shtypit, website-eve, revistave e broshurave, të publikuara prej tij, dhe mjeteve të tjera të komunikimit publik, për:

a) vendimet e marra, në zbatim të këtij ligji;

b) veprimtarinë e Fondit;

c) paketat e përfitimit;

ç) pagesat e drejtpërdrejta dhe tarifat.

2. Fondi përgatit dhe publikon një raport vjetor të veprimtarive të tij të përgjithshme, për popullsinë dhe shërbimet e mbuluara, si dhe financat e tij.

Neni 36
**Statistikat**

1. Fondi përpilon statistikat e nevojshme për sa i përket zhvillimit të shpenzimeve të sigurimeve shëndetësore. Ofruesit janë të detyruar t'i shpërndajnë informacionin e nevojshëm Fondit. Fondi respekton legjislacionin përkatës për mbrojtjen e të dhënave.

2. Fondi publikon një raport statistikor vjetor.

KREU VII
SANKSIONE

Neni 37
**Sanksionet lidhur me kontributet**

1. Shkeljet e mëposhtme, kur nuk përbëjnë vepër penale, janë kundërvajtje administrative dhe dënohen si më poshtë:

a) mosregjistrimi ndëshkohet me gjobë me 25 000 lekë për çdo shkelje;

b) vonesat e punëdhënësve në pagesën e kontributeve ndëshkohen me gjobë të barabartë me 5 për qind të shumës së kontributeve të papaguara. Në asnjë rast shuma nuk mund të jetë më e vogël se 10 000 lekë;

c) evazioni për pagesën e kontributeve, deklarimi i kontributeve më të ulëta dhe vërtetimi i rremë, kur nuk përbëjnë vepër penale, dënohen me gjobë të barabartë me 100 për qind të diferencës së shumës së përllogaritur nga ajo që duhet të ishte në fakt;

ç) refuzimi për dhënien e informacionit, në përputhje me dispozitat e këtij ligji dënohet me gjobë 10 000 - 50 000 lekë për çdo shkelje.

2. Gjobat vendosen në përputhje me ligjin nr.9920, datë 19.5.2008 "Për procedurat tatimore në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.

3. Mospagesat e kontributeve i heqin të drejtën shtetasve për përfitim të shërbimeve shëndetësore të rimbursuara nga Fondi për periudhën e mospagimit të kontributit.

Neni 38

**Sanksionet për skemën e sigurimit të detyruar**

1. Dhënësit e shërbimit shëndetësor ndëshkohen për shkelje të dispozitave të këtij ligji dhe të kontratës me Fondin e Sigurimeve Shëndetësore. Penalitetet parashikohen në kontratat e veçanta dhe mund të variojnë nga gjoba në lekë deri në përqindje të shumës së kontratës.

2. Shkeljet serioze, të përsëritura të detyrimeve kontraktore nga dhënësit e shërbimeve shëndetësore dhe refuzimi për t'iu nënshtruar kontrollit dhe inspektimit nga Fondi përbëjnë një shkak për prishjen e kontratës dhe heqjen e dhënësit nga Regjistri i Dhënësve të Përzgjedhur të Shërbimeve Shëndetësore. Në të tilla raste, dhënësi i kujdesit shëndetësor mund të riaplikojë për t'u përfshirë në regjistër, pasi ka kaluar një periudhë kohore njëvjeçare.

3. Kërkimi i rimbursimeve për shërbime në bazë të kërkesave të rreme nga të siguruarit, kur nuk përbën vepër penale, përbën kundërvajtje administrative dhe dënohet me gjobë në masën 50 000 lekë. Vendimi merret nga Fondi, në përputhje me ligjin nr.10 279, datë 20.5.2010 "Për kundërvajtjet administrative".

4. Në rast të përsëritjes së kërkesave për rimbursim për shërbime në bazë të kërkesave të rreme, i siguruari ndëshkohet me pezullimin e së drejtës për të përfituar shërbime shëndetësore të rimbursueshme nga 1 deri në 3 muaj.

Neni 39

**Apelimet kundër vendimeve**

1. Personat e siguruar, kontribuesit dhe dhënësit e kujdesit shëndetësor kanë të drejtën e apelimit të vendimit të gjobës ose të pezullimit të përfitimit, në Drejtorinë e Përgjithshme dhe më pas në gjykatën e shkallës së parë.

2. Këshilli administrativ, me propozimin e Drejtorit të Përgjithshëm, miraton rregullat dhe procedurën e Komitetit të Shqyrtimit Administrativ në zyrën qendrore ose vendore të Fondit.

KREU VIII

DISPOZITA KALIMTARE

Neni 40

**Përfituesit e sigurimit shoqëror**

1. Derisa Fondi të vendosë regjistrimin, në përputhje me nenin 27 të këtij ligji, të gjithë personat e siguruar me anë të Institutit të Sigurimeve Shoqërore, janë automatikisht të regjistruar te Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor dhe janë të detyruar për të paguar

kontributet për sigurimin shëndetësor të detyrueshëm.

2. Instituti i Sigurimeve Shoqërore do të transferojë kontributet e sigurimit të detyruar shëndetësor te Fondi nëpërmjet Drejtorisë së Përgjithshme të Tatimeve për të gjithë personat e regjistruar te sigurimet shoqërore.

Neni 41

Ngarkohet Këshilli i Ministrave për nxjerrjen e akteve nënligjore në zbatim të neneve 6 pika 4, 10 pika 6, 11 pika 2, 14 pika 1, 16 pika 3, 19 pika 5, 24 pika 1 shkronja “b”, 27 pikat 5 e 6 dhe 32 pika 4 të këtij ligji.

Neni 42

Ligji nr.7870, datë 13.10.1994 “Për sigurimet shëndetësore në Republikën e Shqipërisë”, i ndryshuar, shfuqizohet me hyrjen në fuqi të këtij ligji.

Neni 43

Ky ligj hyn në fuqi 2 vjet pas botimit në Fletoren Zyrtare.

**Shpallur me dekretin nr.6920, datë 8.3.2011 të Presidentit të Republikës së Shqipërisë, Bamir Topi**