ZAKON BR.10/L-028

O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Skupština Republike Kosovo,

Na osnovu člana 51. Ustava Republike Kosovo,

Usvaja:

ZAKON O OBAVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

POGLAVLJE I.
OPŠTE ODREDBE

Član 1.
Cilj

1. Ovim zakonom uređuje se sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući načela, funkcije, prava i odgovornosti uključenih strana, osiguranika, modaliteti doprinosa, paket beneficija koje su obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ugovorni odnosi sa zdravstvenim ustanovama i apotekama, u vezi sa pružanjem, korišćenjem i plaćanjem zdravstvenih usluga i izdatih proizvoda.

2. Ovim zakonom osniva se Fond za obavezno zdravstveno osiguranje Republike Kosovo.

3. Ovaj zakon uređuje rad i finansiranje Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje Republike Kosovo.

Član 2.
Delokrug primene

Ovaj zakon primenjuju svi državljani i stanovnici Republike Kosovo, pravna lica osnovana i registrovana na Kosovu, odgovorna lica pravnih lica, zdravstvene ustanove i apoteke koje ugovara Fond za obavezno zdravstveno osiguranje, od strane samog Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje i licencirane ustanove koje pružaju dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje.

Član 3.
Definicije

1. Izrazi upotrebljeni u ovom zakonu imaju sledeće značenje:

1.1. **Aktuarska analiza** – aktuarski pregled, koji pokazuje trenutnu i očekivanu finansijsku situaciju i razvoj Fonda za zdravstveno osiguranje koji proizilazi iz očekivanog ukupnog iznosa prihoda (doprinosi koji se plaćaju i drugo). Fond ima zakonsko pravo da prihvati i troškove paketa beneficija koje Fond nudi i isplaćuje

osiguranicima na osnovu ugovornih odnosa sa zdravstvenim ustanovama i apotekama;

1.2. **Izdržavani član porodice** – u smislu ovog zakona, ekonomski zavisnim članovima porodice aktivnog osiguranika smatraju se: supružnik, koji sam nije osiguranik, deca do osamnaest (18), odnosno dvadeset i osam (28) godina, ako pruže relevantan dokaz o pohađanju redovnog univerzitetskog obrazovanja, uključujući i usvojenu decu;

1.3. **ACR** – Agencija za civilnu registraciju;

1.4. **PUK** – Poreska uprava Kosova – jedinica u Ministarstvu finansija, odgovorna za naplatu poreza, penzijskih doprinosa i zdravstvenog osiguranja na Kosovu;

1.5. **Stanovnik** – nosilac boravišne dozvole izdate od nadležnog organa za teritoriju Republike Kosovo i lice koje ima međunarodnu zaštitu ili je podnelo zahtev za ovaj status;

1.6. **Participacija** – iznos ili procenat troškova zdravstvene usluge ili određenog paketa usluga koji mora platiti osiguranik za podelu troškova te pružene usluge;

1.7. **Osnovica doprinosa** – utvrđeni iznos na koji se moraju plaćati stope doprinosa, kao što su zbir svih zarada dobijenih od plata, isplata penzija ili, u slučaju samozaposlenih radnika, bruto dohotka minus dozvoljeni odbici. Minimalna zarada se koristi kao referentna vrednost za određivanje gornje i donje granice, kao i paušalnih doprinosa za aktivne osiguranike, pri čemu se osnovica doprinosa ne može jedinstveno utvrditi;

1.8. **Fond** – alternativni naziv za Fond za obavezno zdravstveno osiguranje (FOZO), kao što je utvrđeno u ovom članu;

1.9. **FOZO** – Fond za obavezno zdravstveno osiguranje – (u daljem tekstu: Fond) javna ustanova obaveznog zdravstvenog osiguranja sa svojstvom pravnog lica sa posebnim pravima, obavezama, odgovornostima i ovlašćenjima za sprovođenje ovog zakona u ime osiguranika, ovlašćena za zakonitu naplatu doprinosa ili drugih finansijskih sredstava, za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite na koje osiguranik ima pravo, koje obezbeđuju ugovorne zdravstvene ustanove i apoteke i svih drugih troškovi u vezi sa zdravstvenim osiguranjem;

1.10. **Osiguranik** – lice koje je obuhvaćeno članom 9. ovog zakona i za koje je uplata doprinosa za zdravstveno osiguranje u skladu sa odredbama ovog zakona, od strane samog lica i trećeg lica odgovornog za plaćanje svih ili dela doprinosa za ovo lice;

1.11. **Aktivni osiguranik** – lice koje je dužno da uplati doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje i iste redovno uplaćuje u skladu sa odredbama ovog zakona;

1.12. **Neaktivni osiguranik** –

1.12.1. lice za koje treća lice plaća sve doprinose za zdravstveno osiguranje;

1.12.2. lice koje je pokriveno kao ekonomski zavisni član porodice, suosigurano preko aktivnog osiguranika.

1.13. **Indeksiranje** – prilagođavanje cena i tarifa kako bi se odrazile rastuće cene pružanja zdravstvenih tehnologija i usluga;

1.14. **Input** – u smislu ovog zakona su informacije, mehanizmi i resursi koji omogućavaju funkcionisanje finansiranja zdravstva, u određenom vremenskom roku;

1.15. **Zdravstvena ustanova** – javna, privatna, javno-privatna zdravstvena ustanova, humanitarna zdravstvena ustanova, zdravstvene ustanove i subjekti koji imaju dozvolu ministarstva nadležnog za poslove pružanja zdravstvene zaštite;

1.16. **Doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje** – novčani iznos koji se mora uplatiti za pokrivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa odredbama ovog zakona;

1.17. **Dugotrajna nega** – podrazumeva podršku i usluge uključujući medicinsku i nemedicinsku negu koja se pruža osobama koje nisu u stanju da obavljaju osnovne aktivnosti svakodnevnog života;

1.18. **Lista lekova i vanbolničkih medicinskih sredstava koja se nadoknađuju** – je Lista artikala koji se nadoknađuju;

1.19. **Mehanizam plaćanja pružaoca** – način na koji se zdravstvenim ustanovama plaćaju usluge pružene osiguranicima, a koje su pokrivene obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

1.20. **Ugovor o upravljanom pristupu** – je sporazum između proizvođača/distributera i obveznika zdravstvene zaštite koji dozvoljava pokriće za lekove upravljanjem neizvesnošću u pogledu uticaja ili učinka obveznika zdravstvene zaštite;

1.21. **Paušal** – je fiksni i tačan mesečni ili godišnji procenat, koji omogućava planiranje troškova zdravstvene zaštite;

1.22. **Output** – u smislu ovog zakona podrazumeva ukupnost proizvedenih vrednosti, dobra i usluga;

1.23. **Plata** – svaki iznos koji poslodavac isplaćuje u novcu ili naturi kao nadoknadu za usluge koje je zaposleni pružio tokom radnog odnosa, na osnovu ugovora o

radu, izričito ili podrazumevano, usmeno ili pismeno. Plata uključuje zaradu, dodatke ili bilo koji drugi oblik plaćanja koji se odnosi na zaposlenje;

1.24. **Minimalna zarada** – minimalna isplata za puno radno vreme u toku meseca, u skladu sa važećim zakonodavstvom;

1.25. **Budžetska isplata** – unapred određen fiksni iznos uplate koji se prenosi zdravstvenim ustanovama, za određeni period. Može se primeniti ili kao budžetska linija/stavka, za pokrivanje ulaznih troškova (npr. osoblje, lekovi, komunalije), ili kao globalni budžet u obliku unapred određenog iznosa, u okviru kojeg moraju biti sadržani operativni troškovi za dogovorene usluge zdravstvene ustanove;

1.26. **Plaćanje na osnovu slučaja** – bolničko plaćanje po fiksnoj tarifi za prijem ili otpust za svaki lečeni slučaj koji spada u jednu od skupa definisanih kategorija slučajeva sa skoro sličnim kliničkim karakteristikama i zahtevima za resursima za dijagnozu i lečenje. Grupisanje slučajeva se može izvršiti određivanjem prosečnih troškova po slučaju po odeljenju prema njegovoj kliničkoj specijalnosti ili dijagnozom pacijenata i glavnim postupcima (Dijagnostičke grupe), koje kao minimum nastoje da odrede globalni prosečni trošak po slučaju, koji se takođe naziva „osnovna stopa“, i određene težine grupe slučajeva da bi se razlikovali slučajevi sa različitim intenzitetom resursa;

1.27. **Plaćanje tarife za uslugu** – plaćanje po unapred utvrđenom tarifnom planu, koji se utvrđuje i plaća za svakog pojedinca ili za unapred određenu grupu usluga, koja može uključivati lekove, medicinska sredstva i druge materijale namenjene za korišćenje zdravstvenih usluga;

1.28. **Plaćanje po bolničkom danu** – plaćanje fiksnog iznosa po danu za svakog primljenog pacijenta, koji može varirati u zavisnosti od odeljenja, pacijenta, kliničkih karakteristika ili drugih faktora;

1.29. **Plaćanje po glavi stanovnika** – poznato i kao „kapitacija“, plaćanje u fiksnom iznosu za određeni skup usluga na nivou primarne zdravstvene zaštite, za određeni vremenski period, za svako osigurano lice;

1.30. **Paket beneficija** – paket koji sadrži zdravstvene usluge i proizvode na koje osiguranici imaju pravo u slučaju potrebe, a koji služi kao osnov za sklapanje ugovora Fonda sa odabranim zdravstvenim ustanovama i apotekama;

1.31. **Karenca** – vremenski period između početka obaveze osiguranja ili obnavljanja važećeg statusa osiguranja i datuma sticanja prava na određenu uslugu;

1.32. **Samozaposleno lice** – lice koje ostvaruje prihod od prodaje dobara (uključujući tehnološka, komercijalna, poljoprivredna, umetnička, obrazovna dobra ili intelektualnu svojinu) ili od pružanja usluga i (b) vrši takvu prodaju ili pruža usluge, koje nisu pod kontrolom ili nadzorom poslodavca i stoga se ne smatra zaposlenim;

1.33. **Lica koja primaju penziju** – lica koja primaju starosnu penziju koja podleže porezu na lični dohodak u Republici Kosovo, izuzev osnovne starosne ili invalidske penzije koju isplaćuje Vlada Kosova;

1.34. **Nezaposleno lice** – nezaposleno radno sposobno lice koje je aktivan član radne snage i aktivno traži plaćeni posao, overeno od Kancelarije za zapošljavanje;

1.35. **Lice sa statusom bez državljanstva** – lice bez državljanstva koje zakonito boravi u Republici Kosovo, u smislu ovog zakona, smatra se stanovnikom, ako nije obuhvaćeno statusom dodatne zaštite;

1.36. **Korisnik** – lice koje ima pravo na zdravstvenu zaštitu koja se pokriva zdravstvenim osiguranjem u skladu sa članom 16. ovog zakona ili garantovane zdravstvene usluge navedene u članu 7. ovog zakona, bez obzira na obavezno zdravstveno osiguranje;

1.37. **Administrativni postupci** – poslovi koji se finansiraju iz doprinosa i drugih prihoda i koji se koriste za održavanje operativnih funkcija Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje;

1.38. **Poslodavac** – fizičko ili pravno lice koje zaposlenom obezbeđuje posao i isplaćuje zaradu za rad ili usluge. Poslodavac može biti u državnom ili društvenom vlasništvu pod kontrolom države, u privatnom vlasništvu ili može biti kombinacija državno-društvenog i privatnog vlasništva i kontrole, a može biti pravno lice sa ili bez dobiti;

1.39. **Zaposleni** – fizičko lice koje radi kod poslodavca sa plaćenim i punim ili nepunim radnim vremenom, pod kontrolom i nadzorom poslodavca, bez obzira da li je ugovor zaključen između njih ugovor o radu, ugovor o delu, građanski ugovor, bilo koji drugi komercijalni ugovor, bilo da se radi o pismenom ili nepisanom ugovoru;

1.40. **Vanredni slučajevi** – u smislu ovog zakona smatraju se: promena statusa osiguranja ili sumnjivo stanje osiguranja, gubitak polise osiguranja ili lične karte, nemogućnost uvida u zdravstveni karton u ZIS;

1.41. **Regres (povrat)** – pravo Fonda na zahtev ili tužbu za povraćaj sredstava ili novčanu naknadu od fizičkog ili pravnog lica, koje je svesno ili nesvesno nepravedno napravilo troškove za Fond;

1.42. **Rezerva** – iznos novca koji Fond stvara za izmirenje finansijskih obaveza koje proističu iz sistema zdravstvenog osiguranja u periodima smanjenih prihoda ili povećanih rashoda, uključujući i troškove nastale u nepredvidivim situacijama ili pandemijama;

1.43. **Informacioni sistem zdravstvenog osiguranja** – digitalizovani sistem koji čuva, obrađuje ili prenosi podatke i informacije u vezi sa građanskim, radnim i

imovinskim statusom građana, stanovnika i poslodavaca Republike Kosovo, za utvrđivanje obaveza i prava pojedinaca u vezi sa zdravstvenim osiguranjem, kao i podatke koji se odnose na zdravlje pojedinaca i sve pružene usluge i proizvode koje izdaju pružaoci zdravstvenih usluga i apoteke za koje je zdravstveno osiguranje dužno da plati ako su zakonito ponuđeni korisniku;

1.44. **Sistem upućivanja** – sistem u kome se pacijent upućuje pismenim ili digitalnim zahtevom sa nivoa primarne zdravstvene zaštite ili bilo kog drugog nivoa zdravstvene službe koji nema dovoljno stručnosti ili medicinske opreme za neophodnu dijagnozu ili lečenje pacijenta koji se leči na sledećem višem nivou zdravstvenih usluga, ili, da se obezbedi nastavak nege nazad do pružaoca nižeg nivoa, što se smatra ponovnim upućivanjem;

1.45. **ZIS** – Zdravstveni informacioni sistem – odnosi se na sistem osmišljen za upravljanje podacima zdravstvene zaštite, uključujući prikupljanje, čuvanje, obradu, upravljanje, prenos i izveštavanje potrebnih elektronskih podataka na svim nivoima zdravstvenih usluga i za svakog građanina i stanovnika;

1.46. **Izuzete zdravstvene usluge** – zdravstvene usluge koje nisu uključene u paket beneficija Fonda;

1.47. **Garantovane zdravstvene usluge** – ograničena lista zdravstvenih usluga, koje su pokrivene budžetom Republike Kosovo, a koje se pružaju besplatno određenoj grupi građana i stanovnika bez obzira na njihov pravni status i status zdravstvenog osiguranja;

1.48. **Usluge zdravstvene zaštite** – usluge koje pružaju zdravstvene ustanove, apoteke i zdravstveni radnici radi pružanja medicinskog lečenja i nege ili izdavanja medicinskih proizvoda kao što je utvrđeno zdravstvenim zakonodavstvom;

1.49. **UBKSK** – Univerzitetska bolnička i klinička služba Kosova – nezavisna javna zdravstvena organizacija na nivou sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, u svojstvu javnog pravnog lica, koja ima prava, obaveze, odgovornosti i ovlašćenja utvrđena zdravstvenim zakonodavstvom;

1.50. **Državljanin** – lice koje ima državljanstvo Republike Kosovo u skladu sa zakonodavstvom o državljanstvu Kosova i lice kome je dodeljen status izbeglice ili status komplementarne zaštite, u skladu sa relevantnim zakonom na snazi;

1.51. **Procena zdravstvenih tehnologija** – aktivnost koju sprovodi Fond uz podršku nezavisnih eksperata koji prate metod sinteze dokaza kako bi uzeli u obzir dokaze o kliničkoj efikasnosti, bezbednosti i isplativosti svih zdravstvenih tehnologija, uključujući testove, lekove, vakcine, uređaje, procedure i programe koji služe kao informacije zasnovane na dokazima za određivanje pokrića i odluka o nadoknadi paketa beneficija zdravstvenog osiguranja;

1.52. **Kancelarija za zapošljavanje** – organizaciona struktura Agencije za zapošljavanje Republike Kosovo (AZRK) koja je odgovorna za izdavanje uverenja o nezaposlenosti.

2. U ovom zakonu, jednina uključuje množinu, a množina uključuje jedninu; a lična zamenica „on“ uključuje ličnu zamenicu „ona“, a „njega“ uključuje „nju“, osim ako kontekst ne zahteva drugačije.

Član 4.
Načela

1. Osnovna načela na kojima će se primenjivati ovaj zakon su:

1.1. solidarnost građana, stanovnika, poslodavaca i javnih institucija;

1.2. transparentnost u pravima i obavezama svih uključenih strana;

1.3. univerzalni i jednak pristup svim osiguranicima zdravstvenim uslugama uključenim u paket beneficija koje pokriva Fond, pod jednakim uslovima;

1.4. održivost zdravstvenog sistema i njegovo finansiranje;

1.5. zaštita osiguranika od rizika finansijskih teškoća u vezi sa zdravljem;

1.6. odgovornost i profesionalnost rukovodstva i osoblja u zdravstvenim ustanovama i organima finansiranja;

1.7. isplativost i ekonomičnost rada Fonda;

1.8. informisana opredeljenost usredsređena na pacijenta, zasnovana na dokazima i isplativo i redovno preispitivanje paketa beneficija;

1.9. promocija zdravlja i prevencija bolesti kao primarni interes.

Član 5.
Oblici zdravstvenog osiguranja

1. Zdravstveno osiguranje u Republici Kosovo se organizuje i primenjuje kao obavezno zdravstveno osiguranje na osnovu doprinosa.

2. Privatno i dobrovoljno dopunsko zdravstveno osiguranje može obezbediti FOZO i bilo koja druga licencirana institucija.

Član 6.
Obavezno zdravstveno osiguranje

1. Obavezno zdravstveno osiguranje je pravo i obaveza svih stanovnika Republike Kosovo. Status osiguranja se određuje kao aktivan ili neaktivan osiguranik.

2. Obavezno zdravstveno osiguranje obuhvata paket zdravstvenih usluga koje pružaju ugovorni pružaoci zdravstvenih usluga na osnovu načela iz člana 4. ovog zakona.

3. Obavezno zdravstveno osiguranje vrši samo Fond za obavezno zdravstveno osiguranje.

Član 7.
Zagarantovane zdravstvene usluge

1. Bez obzira na status zdravstvenog osiguranja i pravni status lica koja žive u Republici Kosovo, sledeće usluge se pružaju besplatno za lica u potrebi koja nisu pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem u bilo kom svojstvu osim aktivnog ili neaktivnog osiguranika, prema članu 9. ovog zakona, niti po drugom stranom ili privatnom zdravstvenom osiguranju i čiji neosigurani status nije u nadležnosti tog lica, ako se nude u javnim zdravstvenim ustanovama:

1.1. usluge hitne zdravstvene zaštite;

1.2. izuzetno od stava 1. ovog člana druge usluge utvrđuju se međudržavnim sporazumom ili podzakonskim aktom Vlade.

2. Fond sprovodi odredbe ovog člana i vrši plaćanje zagarantovanih zdravstvenih usluga, za koje se finansira iz Budžeta Kosova u skladu sa članom 19. ovog zakona.

Član 8.
Dobrovoljno dopunsko zdravstveno osiguranje

1. Stanovnik Republike Kosovo, strani zaposleni u Republici Kosovo, kao i svi ostali, mogu o svom trošku ugovoriti dopunsko pokriće zdravstveno osiguranje koje obezbeđuje Fond, neprofitne institucije i druge licencirane institucije, prema važećem zakonodavstvo.

2. Dobrovoljno dopunsko zdravstveno osiguranje ne primenjuje drugačije politike i odredbe od onih koje uređuju sufinansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja.

3. Uključenje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za zdravstvene usluge ne isključuje obavezujuću dužnost stanovnika, penzionera, poslodavca i zaposlenog obaveznog plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje u Fondu, shodno članu 22. ovog zakona.

POGLAVLJE II.
OSIGURANIK

Član 9.
Lica sa obaveznim osiguranjem

1. Lica sa aktivnim obaveznim osiguranjem:

1.1. zaposleni koji imaju najmanje 18 godina, koji obavljaju profesionalnu delatnost u Republici Kosovo sa platom ili bilo kojom drugom vrstom zarade u ime lica ili drugog pravnog lica;

1.2. samozaposleni, koji imaju najmanje 18 godina, koji obavljaju profesionalnu delatnost za svoj račun u Republici Kosovo;

1.3. lica koja primaju penziju iz Kosovskog penzionog štednog fonda ili bilo koju vrstu dodatne penzije na koju se plaća porez na dohodak ako borave u Republici Kosovo;

1.4. svi ostali stanovnici Republike Kosovo koji imaju najmanje 18 godina, koji nisu obavezno povezani u bilo kom drugom svojstvu sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem i koji ne ispunjavaju kriterijume kao neaktivni osiguranici prema stavu 2. ovog člana.

2. Lica sa neaktivnim obaveznim osiguranjem:

2.1. pokrivanje izdržavanih članova porodice:

2.1.1. izdržavani članovi porodice, u smislu člana 3. podstav 1.2. ovog zakona, aktivnih osiguranika u smislu ovog zakona, su obuhvaćeni porodičnim članstvom;

2.1.2. ako porodica ima više aktivnih osiguranika, dečje suosiguranje će se registrovati kod aktivnog osiguranika koji ima najveću osnovicu doprinosa u trenutku donošenja ove odluke o suosiguranju. Prijavljivanje kod ovog roditelja menja se na drugog roditelja samo ako prvi izgubi status aktivnog osiguranika;

2.1.3. izuzetno od pravila iz podstava 2.1.2. ovog člana, prednost ima prijavljivanje izdržavane dece kod roditelja aktivnog osiguranika, koji je prijavljen na istoj adresi kao i deca.

2.2. lica na čije ime država plaća doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje:

2.2.1. pojedinci koji primaju beneficije socijalne pomoći u skladu sa zakonima o socijalnoj pomoći koji su na snazi na Kosovu;

2.2.2. zatvorenici koji su osuđeni;

2.2.3. lica koja žive u državnim ustanovama ili stambenim objektima socijalnog zbrinjavanja, u porodičnom smeštaju i u hraniteljstvu, stara lica i osobe sa invaliditetom u javnim i nejavnim ustanovama neprofitnog karaktera sa licencom nadležnog ministarstva, kao i u domovima za integraciju u zajednici;

2.2.4. repatrirana lica na osnovu bilateralnih sporazuma Republike Kosovo sa drugim zemljama, u prvoj godini nakon repatrijacije;

2.2.5. ratni vojni invalidi, njihovi supružnici i deca mlađa od osamnaest (18) godina u skladu sa zakonskim odredbama na snazi;

2.2.6. žrtve trgovine ljudima tokom prve godine nakon zvanične registracije, u skladu sa zakonom;

2.2.7. žrtve nasilja u porodici tokom prve godine nakon zvanične registracije u nadležnom ministarstvu, u skladu sa zakonom;

2.2.8. deca mlađa od osamnaest (18) godina sa prebivalištem u Republici Kosovo, koja nisu osigurana u bilo kom drugom svojstvu;

2.2.9. lica starija od osamnaest (18) do dvadeset osam (28) godina koja nastavljaju svoje studije ili stručnu obuku u Republici Kosovo bez naknade i koja nisu osigurana u bilo kom drugom svojstvu;

2.2.10. podnosioci zahteva za međunarodnu zaštitu;

2.2.11. lica sa međunarodnom zaštitom;

2.2.12. lica sa statusom bez državljanstva;

2.2.13. žrtve seksualnog nasilja tokom rata, čiji je status priznat zakonom.

2.3. Lica na čije ime je plaćanje doprinosa od strane države uslovljeno statusom siromaštva pojedinca:

2.3.1. država plaća doprinose licima kako je opisano u podstavu 2.3.2. ovog člana samo na pismeni zahtev lica ili Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje i pod uslovom ispunjenja testa siromaštva, koji sprovodi ministarstvo nadležno za poslove socijalne zaštite, ili kriterijuma koje utvrđuje ovo ministarstvo;

2.3.2. lica koja potpadaju pod odredbu podstava 2.3. ovog člana su:

2.3.2.1. lica starija od šezdeset pet (65) godina koja koriste samo osnovnu penziju;

2.3.2.2. članovi uže porodice palih boraca, prema važećem zakonodavstvu;

2.3.2.3. ratni veterani, kao i njihovi supružnici i deca do osamnaeste (18) godine života;

2.3.2.4. članovi uže porodice civilnih žrtava rata;

2.3.2.5. osobe sa invaliditetom (sa minimalnim stepenom invaliditeta od pedeset odsto (50%);

2.3.2.6. lica sa statusom bez državljanstva u smislu člana 3. podstav 1.35. ovog zakona;

2.3.2.7. nezaposlena lica prema članu 3. podstav 1.34. ovog zakona.

Član 10.
Kategorije i status osiguranika

1. Kategorije osiguranika utvrđuje Fond u skladu sa članom 9. ovog zakona.

2. Status obaveznog zdravstvenog osiguranja osiguranog lica, kao što je utvrđeno članom 9. ovog zakona, upisuje se u informacioni sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja i može se proveriti u svim zdravstvenim ustanovama na dan učlanjenja.

3. Osiguranik i poslodavac obaveštavaju Fond za obavezno zdravstveno osiguranje o svim promenama u vezi sa uslovima obaveznog osiguranja u roku od trideset (30) dana.

4. Važenje statusa obaveznog zdravstvenog osiguranja iz stava 2. ovog člana uslovljeno je saglasnošću plaćanja doprinosa iz člana 22. ovog zakona.

5. Pravo na naknade koje pokriva Fond za obavezno zdravstveno osiguranje prestaje licu koje ono ili treće lice koje u njegovo ime uplaćuje nije uplatilo doprinose u skladu sa članom 22. ovog zakona za poslednja tri (3) meseca pre tog datuma.

6. Za obnavljanje prava na korišćenje zdravstvenog osiguranja, po potrebi, primenjuje se karenca za koju se kriterijumi utvrđuju podzakonskim aktom koje predlaže Upravni odbor Fonda, a usvaja Vlada.

7. Važenje statusa obaveznog zdravstvenog osiguranja iz člana 9. ovog zakona menja se ili prestaje za sva osigurana lica i, ako je primenjivo, status suosiguranja članova porodice, od dana kada je došlo do promene statusa osiguranja.

8. U slučaju promene statusa osiguranja, Fond dozvoljava period dobre volje pokrivanja osiguranjem po starom statusu, relevantni kriterijumi i postupci uređuju se podzakonskim aktom koji predlaže Upravni odbor Fonda, a usvaja Vlada.

Član 11.
Prava osiguranika i obaveze neosiguranih

1. Osiguranici sa važećim obaveznim zdravstvenim osiguranjem u skladu sa članom 10. stav 4. ovog zakona imaju pravo, u slučaju potrebe, na paket beneficija zdravstvenih usluga, koji pokriva Fond za obavezno zdravstveno osiguranje, utvrđene u čl. 16. i 17. ovog zakona.

2. Državljani i stanovnici koji nisu upisani u sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja ili kojima je prestao status registracije u skladu sa članom 10. ovog zakona, platiće cenu pružene zdravstvene usluge na osnovu cenovnika koji usvaja ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, na predlog Fonda.

3. Stanovnici Republike Kosovo koji su osigurani u inostranstvu obavezno će biti obuhvaćeni u obavezno zdravstveno osiguranje i biće prinuđeni da plaćaju doprinose, osim ako ne postoji bilateralni ili multilateralni sporazum zaključen od strane Republike Kosovo koji određuje nešto suprotno.

4. Građani Republike Kosovo bez prebivališta u Republici Kosovo koji su osigurani u inostranstvu, dužni su da plate cenu pružene zdravstvene usluge, na osnovu posebnog cenovnika koji usvaja ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, na predlog Fonda, osim ako ne postoje bilateralni ili multilateralni sporazum zaključen od strane Republika Kosovo koji određuje nešto suprotno.

5. U izuzetnim slučajevima kada osigurano lice, koje je zdravstvenu zaštitu ostvarilo u zdravstvenoj ustanovi ugovorenoj od Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje, na koju je zdravstvenu zaštitu imalo zakonsko pravo u skladu sa stavom 1. ovog člana, a koje je moralo lično platiti ove usluge pružaocu zdravstvene zaštite, može zatražiti refundaciju od Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje za obrazložene troškove kvalifikovane zdravstvene zaštite, podnošenjem kompletnog dosijea zahteva za plaćanje, uključujući originalne račune i objašnjenje konteksta.

Član 12.
Učešće u troškovima

1. Osiguranik učestvuje u troškovima zdravstvene zaštite putem participaciju i drugih novčanih doprinosa.

2. Participaciju za usluge iz stava 1. ovog člana predlaže Upravni odbor Fonda, a usvaja podzakonskim aktom Vlada.

Član 13.
Registracija osiguranika i korisnika i poslodavaca radi zdravstvenog osiguranja

1. Svi aktivni i neaktivni osiguranici, kao i svi poslodavci i drugi korisnici usluga Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje, upisuju se u informacioni sistem zdravstvenog osiguranja u smislu člana 3. podstav 1.43. ovog zakona, koji predstavlja jedini registar zdravstvenog osiguranja.

2. Fond normativnim aktom utvrđuje sadržaj, pristup podacima i postupke obrade pojedinačnih podataka osiguranika, korisnika i poslodavaca koji se čuvaju u registru zdravstvenog osiguranja, u skladu sa važećem zakonodavstvom o zaštiti ličnih podataka.

3. Fond je vlasnik registra zdravstvenog osiguranja.

4. Fond za obavezno zdravstveno osiguranje ne sme da deli lične informacije prikupljene od osiguranika i poslodavaca sa bilo kojom drugom organizacijom ili organom, osim u svrhu provere podataka iz prijave, otkrivanja prevare i korupcije. U ove svrhe, informacije se mogu deliti sa drugim javnim organima na osnovu statuta, u skladu sa važećim zakonodavstvom o zaštiti ličnih podataka.

5. Izuzetno od m odredaba iz stava 4. ovog člana, registar zdravstvenog osiguranja se ažurira u saradnji i putem elektronske razmene podataka i usaglašavanja sa ACR-om, PUK-om, Centralnom bankom Kosova, ministarstvom nadležnim za poslove finansija, rada i socijalne zaštite, Agencijom za zapošljavanje Republike Kosovo, u skladu sa važećem zakonodavstvom o zaštiti ličnih podataka.

Član 14.
Zabrana prenosa prava

Pravo na pokrivanje obaveznog zdravstvenog osiguranja ne može se preneti na drugo fizičko lice, ne može se promeniti ugovorom ili otuđiti.

Član 15.
Pravo na žalbu

1. Postupci za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja obezbeđuju se u skladu sa važećem zakonodavstvu o upravnom postupku.

2. Svaki osiguranik ima pravo žalbe na svoja zahteve u vezi sa pravima i obavezama iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i ovlašćeno je da obavesti o navodnim povredama ovog zakona.

3. Pravo na žalbu takođe se odnosi na činjenje i nečinjenje pružaoca zdravstvene zaštite u vezi sa pružanjem paketa beneficija, omogućavajući osiguranicima da podnesu takve žalbe na razmatranje Komisiji za žalbe Fonda.

4. Pismena žalba se podnosi u roku od trideset (30) dana od dana donošenja odluke o obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa važećem zakonodavstvu o upravnom postupku.

5. Komisija za žalbe Fonda, u prvom stepenu za razmatranje žalbi na obavezno zdravstveno osiguranje, obrazuje se odlukom Upravnog odbora Fonda, u skladu sa članom 29. stav 15. ovog zakona.

6. Komisija za žalbe Fonda, u roku od trideset (30) dana, razmatra i odlučuje o žalbi, u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

7. Komisija za žalbe Fonda može predložiti Upravnom odboru preduzimanje potrebnih radnji za subjekte koje Fond ugovorio u skladu sa članom 34. ovog zakona.

8. Komisija za žalbe u drugom stepenu za razmatranje žalbi u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem obrazuje se odlukom Vlade Republike Kosovo, na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja; i istu čine:

8.1 predstavnici Ministarstva zdravlja;

8.2 zdravstveni radnik;

8.3 predstavnici Odeljenja za socijalni rad u resornom ministarstvu;

8.4 pravnik;

8.5 ekonomista;

8.6 tehnički sekretar iz Odeljenja za zdravstvene usluge iz FOZO, bez prava glasa.

9. Dužnosti i odgovornosti ove Komisije su deo odluke Vlade.

10. Mandat ove Komisije je dve (2) godine i naknađuje se u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

11. Komisija za žalbe u drugom stepenu, u roku od trideset (30) dana, razmatra i odlučuje o žalbi, u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

POGLAVLJE III.
PAKET BENEFICIJA

Član 16.
Zdravstvene usluge

1. Za zdravstvene usluge koje pokriva Fond i uređenja utvrđena članom 12. ovog zakona, Ministarstvo zdravlja izrađuje podzakonski akt koji usvaja Vlada.

2. Zdravstvene usluge utvrđuju se u Zakonu o zdravstvu kao lekarska praksa, stručna praksa zdravstvenih radnika, mere zdravstvene zaštite ili prava lica u zaštiti zdravstvene zaštite, čije je pružanje ili opis utvrđen u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, vanbolnička specijalistička zdravstvena zaštita, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita kao i bolnička specijalistička, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita, uključujući hitnu zdravstvenu zaštitu.

3. Izuzetno od stava 2. ovog člana, obavezno zdravstveno osiguranje može pokriti troškove lečenja van zdravstvenih ustanova ugovorenih od strane Fonda, u zemlji i inostranstvu, ako se takvo lečenje pokaže neophodnim da bi se izbegla ozbiljno povreda zdravlja osiguranika u skladu sa postupkom koji utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, na predlog Upravnog odbora Fonda, čiji se detalji utvrđuju podzakonskim aktom koji donosi ministar nadležan za poslove zdravlja.

4. Paket beneficija koji pokriva Fond i sve naknadne predloge za uređivanja sačinjava tehnička komisija, dalje propisana u članu 29. stav 13. ovog zakona, na osnovu politike ministarstva nadležnog za poslove zdravlja i načela kliničke efikasnosti, kvaliteta, bezbednosti i isplativosti u primeni relevantnih smernica i protokola ua usluge kao i standarda za procenu zdravstvenih tehnologija.

5. Zdravstvene beneficije se obezbeđuju od prvog dana članstva, ne dovodeći u pitanje odredbe člana 12. stav 2. i člana 10. st. 5. do 9. ovog zakona.

Član 17.
Sprovođenje paketa zdravstvenih beneficija

1. Paket beneficija zdravstvenih usluga obezbeđuju zdravstvene ustanove sa kojima Fond ima ugovorne odnose.

2. Osim za hitne i urgentne slučajeve, finansijsko pokrivanje Fonda za svako uobičajeno korišćenje pružanja zdravstvenih usluga van nivoa primarne zdravstvene zaštite uslovljeno je poštovanjem sistema upućivanja.

3. Preventivni programi, kao i sistematske i periodične medicinske usluge i lekarske posete, deo su paketa beneficija zdravstvenih usluga i uređenja člana 12. ovog zakona.

4. Za izradu šeme preventivnih programa iz stava 3. ovog člana, ministar zdravlja imenuje tehničku komisiju koja sačinjava listu istih.

5. Za izradu beneficirane šeme lekova i medicinskih sredstava za vanbolničke pacijente, tehnička komisija sačinjava Listu nadoknadljivih lekova i medicinskih sredstava, koja se usvaja podzakonskim aktom ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

6. Lista nadoknadljivih lekova i medicinskih sredstava iz stava 5. ovog člana sadrži lekove i medicinska sredstva koja se izdaju na recept u skladu sa relevantnim Zakonom o zdravstvu, koji utvrđuje Ministarstvo zdravlja.

7. Ministar zdravlja imenuje tehničku komisiju nadležnu za Listu nadoknadljivih lekova i medicinskih sredstava.

8. Opis lekova koji se nalaze na Listi nadoknadljivih lekova i potrošnog materijala iz stava 5. ovog člana ima isključivu upotrebu generičkih naziva za utvrđivanje aktivnih sastojaka leka uz odgovarajuću i dostupnu dozu, kao i raspored i period uzimanja lekova.

9. Izuzetak od stava 8. ovog člana čine složeni farmaceutski proizvodi i specijalni lekovi za složena i hronična oboljenja koji se mogu propisivati pod nazivom patentirane marke, za čiju nadoknadu je potrebno prethodno odobrenje Fonda.

10. Osim ako ovlašćeni lekar, prema stavu 6. ovog člana, koji propisuje lek, izričito ne naloži drugačije, apotekar koji izdaje lek ili medicinski proizvod može izabrati i izdati zamenljivi farmaceutski proizvod po nižoj ceni.

11. Lekovi sa Liste nadoknadljivih lekova i medicinskih sredstava osiguranicima se obezbeđuju besplatno.

12. Tokom bolničkih poseta bolnici, lekovi i potrošni materijal su obuhvaćeni u bolničku naplatu.

13. U izuzetnim slučajevima, na osnovu preporuka lekara specijaliste, Fond za obavezno zdravstveno osiguranje, na predlog Tehničke komisije, može dozvoliti izuzeće sa Liste nadoknadljivih lekova i medicinskih sredstava kao i od uslova participacije utvrđenih u istu, ne dovodeći u pitanje odredbe ovog člana i člana 12. ovog zakona u vezi sa participacijama i njihovim izuzecima.

14. Zdravstvene ustanove koje Fond ugovora dužne su da sprovode svoje mehanizme žalbi iz člana 15. ovog zakona, od kojih će žalbe koje se odnose na obavezno zdravstveno osiguranje biti upućene Komisiji za žalbe Fonda na komentare ili odgovor, u predviđenim vremenskim rokovima.

15. Ugovaranje usluga iz člana 24. stav 5. ovog zakona počinje danom utvrđenim podzakonskim aktom ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

Član 18.
Usluge koje ne pokriva Fond za obavezno zdravstveno osiguranje

1. Usluge propisane članom 7. ovog zakona kao „zagarantovane zdravstvene usluge“ plaća Vlada preko državnog budžeta.

2. Pored odredaba stava 1. ovog člana, obavezno zdravstveno osiguranje ne obuhvata mere koje, u skladu sa zdravstvenim zakonodavstvom, Vlada predviđa za korišćenje državnog budžeta, i to:

2.1. eksperimentalna lečenja;

2.2. pomagala i lekovi u fazi kliničkog istraživanja;

2.3. mere nacionalnih programa za unapređenje zdravlja stanovništva;

2.4. epidemiološki nadzor, prevencija i kontrola zaraznih bolesti, masovnih hroničnih bolesti, uključujući alkoholizam, pušenje, narkomaniju i druge zavisnosti;

2.5. finansiranje naučnih istraživanja;

2.6. zdravstvena statistika i druge medicinsko-socijalne delatnosti;

2.7. prikupljanje krvi i transplantacija tkiva i ćelija;

2.8. sprovođenje mera zaštite životne sredine.

POGLAVLJE IV.
FINANSIRANJE

Član 19.
Finansiranje obaveznog zdravstvenog osiguranja

1. Finansijski izvori za obavezno zdravstveno osiguranje su:

1.1. finansijski doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje koji se uplaćuju u Fond ili organizaciju koju su odredili poslodavci, zaposleni, samozaposleni i lica koja primaju penziju u skladu sa članom 3. podstav 1.33. ovog zakona;

1.2. uplate iz drugih zemalja, prema bilateralnim i multilateralnim sporazumima za socijalno osiguranje uključujući zdravstveno osiguranje;

1.3. donacije i drugi izvori;

1.4. prihodi iz rezervnog fonda, koji potiču od iznosa kamata, ulaganja ili sa drugog mesta;

1.5. jednokratna izdvajanja iz državnog budžeta;

1.6. isplate za naknadu štete prema članu 33. ovog zakona;

1.7. namenski fond iz konsolidovanog budžeta Kosova za plaćanje garantovanih zdravstvenih usluga, kao što je utvrđeno u članu 7. ovog zakona.

Član 20.
Finansijsko upravljanje

1. Fond ne može da se zadužuje i naplaćuje neizmirene obaveze po zakonu.

2. Finansijska pravila i postupci Fonda utvrđuju se Uredbom o finansijskom upravljanju Fondom, koju usvaja Vlada, na predlog Ministarstva zdravlja.

Član 21.
Visine doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje

1. Ministarstvo nadležno za poslove finansija revidira stopu doprinosa u slučaju disbalansa između prihoda i rashoda.

2. Doprinosi se plaćaju na ukupan prihod po osnovu zarada, isplate penzije ili u slučaju samozaposlenih, na bruto prihod umanjen za dozvoljene odbitke u obimu utvrđenom članom 22. ovog zakona.

3. Minimalna zarada se koristi kao referentna vrednost za utvrđivanje paušalne stope za aktivne obavezne osiguranike, za koje se osnovica doprinosa ne može jedinstveno utvrditi u smislu stava 2. ovog člana.

4. Ne dovodeći u pitanje odredbe člana 22. stav 6. ovog zakona, osnovica mesečnog doprinosa za sve aktivne osiguranike ne sme biti manja od minimalne zarade za ekvivalentno zaposlenje sa punim radnim vremenom.

5. Doprinose koje plaća svaka grupa osiguranja iz člana 9. ovog zakona za narednu fiskalnu godinu odobravaju Vlada i Skupština kroz budžetski proces.

6. Postupci za sprovođenje ovog člana utvrđuju se podzakonskim aktom koji donosi ministar nadležan za poslove zdravlja.

Član 22.
Stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i njihova naplata

1. Stopa doprinosa za račun Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje iznosi 7% od bruto zarade, od kojih 3,5% pokriva poslodavac, a 3,5% zaposleni.

2. Doprinos zaposlenom poslodavac odbija od plate zaposlenog i u odgovarajuće vreme uplaćuje na navedeni račun Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje zajedno sa doprinosom poslodavca, u skladu sa propisima koje donosi i na način koji utvrđuje Poreska uprava Kosova.

3. Poreska uprava Kosova i Fond za obavezno zdravstveno osiguranje su ovlašćeni da prikupljaju doprinose u skladu sa ovim članom, uz odobrenje Vlade nakon konsultacija sa Centralnom bankom Kosova.

4. U slučajevima kada je plata za puno radno vreme manja od minimalne zarade, poslodavac uplaćuje tri zarez pet odsto (3,5%) od minimalne zarade, a zaposleni tri zarez pet odsto (3,5%) od njegove plate za puno radno vreme.

5. Poreska uprava Kosova ima iste odgovornosti i prava u vezi sa inspekcijskim nadzorom, procenom i sprovođenjem plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje, kao i one u vezi sa prikupljanjem poreza na dohodak. Ovo obuhvata bez ograničenja pravo na procenu novčanih kazni, ispravku osnovice doprinosa, ispitivanje podataka i sva druga izvršna ovlašćenja koja su joj data u skladu sa važećim zakonom.

6. Doprinosi prikupljeni od komercijalnih banaka i drugih licenciranih finansijskih institucija prenose se na račun Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje u CBK.

7. Fond za obavezno zdravstveno osiguranje mora da uskladi naplaćene doprinose sa svojim unutrašnjim računima u pogledu deficita i suficita platnog bilansa za svakog korisnika.

8. Poslodavac mora da dostavi spisak svih zaposlenih Poreskoj upravi Kosova u formi koju odredi Poreske uprava Kosova. Poslodavac će navesti sve svoje zaposlene sa njihovim ličnim brojem, kao i iznose doprinosa poslodavca i zaposlenih koji moraju biti uplaćeni. Takvo izveštavanje se vrši pre uplate doprinosa. Samozaposlena lica moraju da dostave ove podatke u svoje ime.

9. Za period u kome je zaposleni prijavljen na platni spisak bez isplaćene zarade, naplativi doprinosi se obustavljaju i naplaćuju naknadno nakon uplate retroaktivno, osim ako poslodavac nije obavestio Fond o promeni statusa zaposlenog u status nezaposlenog, čak i privremeno, shodno članu 10. stav 3. ovog zakona.

10. Samozaposleno lice koje plaća porez na dohodak po osnovu bruto prihoda umanjenog za dozvoljene odbitke (pre odbitka doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje), plaća sedam odsto (7%) oporezivog prihoda.

11. Samozaposleno lice koje paušalno plaća porez na dohodak, plaća doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje u iznosu od dvadeset tri odsto (23%) od iznosa paušalnog poreza, ali ne manje od dvadeset jedan odsto (21%) minimalne zarade.

12. Za samozaposleno lice, minimalni doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje iznosi dvadeset jedan odsto (21%) minimalne zarade za tromesečni period, čak i ako prijavi poresku obavezu od nula (0) evra za taj tromesečni period.

13. Poreska uprava Kosova je ovlašćena da donosi propise u vezi sa vremenom i načinom uplate doprinosa od strane samozaposlenih lica.

14. Lice koje prima penziju prema članu 3. podstav 1.33. ovog zakona plaća doprinose za zdravstveno osiguranje u iznosu od tri zarez pet odsto (3,5%) svog bruto prihoda od penzije, iznos koji odbija platilac penzije i prenose se u Fond za obavezno zdravstveno osiguranje preko Poreske uprave Kosova.

15. Izuzetno od stava 16. ovog člana, za prihode ostvarene po osnovu jednokratnog povlačenja penzije, doprinos za zdravstveno osiguranje od tri zarez pet odsto (3,5%) ne sme biti veći od iznosa koji je jednak tri zarez pet (3,5) puta minimalne zarade.

16. Za prihode od penzija države ne uplaćuje doprinose.

17. Poreska uprava Kosova dostavlja Fondu za obavezno zdravstveno osiguranje sve informacije o prijavljivanju i naplaćenim doprinosima u roku od četrdeset osam (48) sati.

18. Uplata doprinosa obaveznom obavezniku ,koji u drugom svojstvu nije deo obaveznog osiguranja, a ne ispunjava ili je prestao da ispunjava kriterijume kao neaktivni osiguranik iz člana 9. stav 2. ovog zakona, na račun Fonda uplaćuje mesečni doprinos od sedam odsto (7%) osnovice doprinosa od dvostruke (2) minimalne zarade.

19. Za lice oslobođeno obaveze plaćanja samo-doprinosa iz člana 9. podstavovi 2.2. i 2.3. ovog zakona, Vlada vrši prenos iz konsolidovanog budžeta Kosova putem prenosa godišnjeg iznosa jednakog sedam odsto (7%) osnovice doprinosa jedne (1) minimalne zarade po licu mesečno, koji se mora preneti na račun Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje u CBK, u skladu sa važećim o raspodeli budžeta.

20. Izdvajanja iz konsolidovanog budžeta Kosova za usluge navedene u članu 19. podstav 1.7. ovog zakona, utvrđuju se i prenose u skladu sa važećim zakonodavstvom o upravljanju javnim finansijama.

21. Postupci za sprovođenje ovog člana utvrđuju se podzakonskim aktom koji donosi Vlada Republike Kosovo, na predlog ministarstva nadležnog za poslove zdravlja i ministarstva nadležnog za poslove finansija.

Član 23.
Rezervni fond i obaveze nepredviđenih plaćanja

1. Fond stvara finansijsku rezervu u Centralnoj banci Kosova koja ne sme biti manja od deset odsto (10%) godišnjeg budžeta Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje i mora se održavati u svakom trenutku. Pravila za obračun i korišćenje ove rezerve bliže se uređuju Uredbom o finansijskom upravljanju Fondom, u skladu sa čl. 19. i 20. ovog zakona.

2. Nepredviđene poteškoće za finansijsku situaciju Fonda mogu biti povod za korišćenje rezervi Fonda i tretirati u narednoj godini kroz postupak utvrđivanja doprinosa u skladu sa ovim zakonom.

POGLAVLJE V.
ODNOSI SA ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA

Član 24.
Ugovaranje i plaćanje pružalaca

1. Fond pregovara i ugovara sa zdravstvenim ustanovama pružanje zdravstvenih usluga obuhvaćenih paketom beneficija iz čl. 16. i 17. ovog zakona.

2. Zdravstvene ustanove, osim apoteka, plaćaju za pružanje zdravstvenih usluga obuhvaćenih zdravstvenim osiguranjem sledećim načinima plaćanja, kao što je utvrđeno u članu 3. podstavovi 1.29, 1.27, 1.26, 1.28. i 1.25. ovog zakona, ili odvojeno ili u bilo kojoj njihovoj kombinaciji.

2.1. plaćanje po glavi stanovnika se primenjuje kao dominantan način plaćanja za usluge primarne zdravstvene zaštite u smislu fiksnog iznosa za osiguranika registrovanog kod porodičnog lekara ili PZZ-a kao njegov/njen pružalac prvog pristupa zdravstvene zaštite, omogućavajući prilagođavanja u skladu sa relevantnim zakonodavstvom na snazi;

2.2. plaćanje naknade za uslugu vrši se na osnovu rezultata po unapred utvrđenom tarifnom planu, bez obzira na stvarne troškove koji nastaju za pružanje;

2.2.1. u izuzetnim slučajevima, tarifa za uslugu zasnovana na inputu odobrava se na osnovu prethodnog odobrenja Upravnog borda Fonda uz saglasnost ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

2.3. plaćanje na osnovu slučaja se ostvaruje samo za tercijarni nivo (bolnička nega), i u nekim slučajevima (kao što se naznačuje u kojim slučajevima) se kombinuje sa sekundarnim nivoom (specijalizovana ambulantna nega);

2.4. plaćanje po dana boravka u bolnici. Primenjuje samo kao mehanizam plaćanja za ograničen broj slučajeva, dozvoljavajući varijacije među bolnicama i različite tarife za ranije i kasnije dane boravka u bolnici;

2.4.1. plaćanje po danu boravka u bolnici, plaćanje fiksnog iznosa po danu za svakog primljenog pacijenta, koji može varirati u zavisnosti od odeljenja, pacijenta, kliničkih karakteristika ili drugih faktora.

2.5. plaćanje se može primeniti na svim nivoima zdravstvene zaštite kao plaćanje za sve ili deo usluga koje pruža jedna ustanova ili grupa zdravstvenih ustanova i predstavlja: (Budžet se mora preneti u Fond, a zatim se Fond obavlja sva plaćanja. Izuzetak bi bila odredba da država preuzima kapitalna ulaganja, ali to je problem sve dok Fond pregovara sa privatnim sektorom. U ovom slučaju bi se moglo naglasiti da šema finansiranja favorizuje javni sektor).

2.5.1. unapred određena fiksnu tarifa za zdravstvene ustanove, na određeni period.

3. Ugovori iz stava 1. ovog člana sadrže sledeće elemente:

3.1 vrste i obim ugovorenih usluga;

3.2 uslove pružanja usluga, uključujući standarde bezbednosti, kvaliteta, produktivnosti i učinka pružanja zdravstvenih ustanova;

3.3 zahtevi za dokumentaciju, kodiranje i izveštavanje za pružene usluge;

3.4 primenljivo uređenje za participacije i doplate za zdravstvene usluge koje plaća osiguranik;

3.5 mehanizam plaćanja iz stava 2. ovog člana koji se primenjuje na pružene usluge;

3.6 administrativni zahtevi i uslovi plaćanja;

3.7 mehanizam nadzora sprovođenja ugovora;

3.8. pokazatelji učinka za merenje i ocenjivanje učinka outputa, konačnih rezultata i tačnosti medicinske dokumentacije;

3.9. stimulativne mere; na osnovu pokazatelja učinka i zdravlja;

3.10. kaznene mere;

3.11. mehanizam arbitraže i pravne odgovornosti za nesprovođenje ugovora, u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

4. Fond pregovara i ugovara usluge zdravstvene zaštite sa ustanovama primarne zdravstvene zaštite, na osnovu posebne uredbe koju donosi Vlada, na predlog Ministarstva zdravlja.

5. Fond ugovara apoteke da realizuju uslugu izdavanja propisanih lekova, medicinske opreme i drugih eventualnih zdravstvenih pomagala za građane iz člana 17. ovog zakona, koja se nadoknađuju osiguranicima, po ceni ugovorenoj između Fonda i zdravstvenih ustanova.

6. Fond ima pravo da pregovara i snabdeva lekove i medicinsku opremu direktno od proizvođača lekova i medicinskih sredstava (ugovor o upravljanom pristupu),

6.1. Fond ima pravo da pregovara i isporučuje lekove i medicinsku opremu direktno od ovlašćenog predstavnika proizvođača, koji ima dozvolu za promet, u skladu sa važećim zakonodavstvom.

7. Na predlog Upravnog borda Fonda bliže se preciziraju modaliteti opštih uslova za ugovaranje, cene i plaćanje zdravstvenih usluga iz stava 1, stava 2, stava 3. i stava 5. ovog člana, te menjaju se ili dopunjuju podzakonskim aktom koji donosi ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

8. Bez obzira na druge odredbe ovog zakona, obaveza Fonda da nadoknadi pružaocu tarife ili troškove za bilo koju ili sve beneficije koje se pružaju pacijentima nastaje samo ako:

8.1. uplate doprinosa osiguranicima su u skladu sa članom 22. ovog zakona;

8.2. usluge su posebno uključene u paket beneficija zdravstvenih usluga koji je na snazi u vreme isporuke, shodno članu 16. ovog zakona ili brojevima u listi garantovanih usluga iz člana 7. ovog zakona;

8.3. plaćene usluge su u stvari pružene u obimu potrebnom prema stavu 4. člana 16. ovog zakona, i da su kodirane i dokumentovane u skladu sa važećim zakonodavstvom.

9. Fond ne preuzima nikakvu odgovornost za nenadoknadu bilo koje tarife za nepravedno naplaćene iznose od strane pružaoca, u skladu sa stavom 8. ovog člana.

10. Pružaocima zdravstvenih usluga ugovorenih od strane Fonda zabranjeno je da osiguranim licima naplaćuju doplatu za usluge iz paketa beneficija koje pokriva Fond u skladu sa čl. 12, 16. i 17. ovog zakona, iznad iznosa utvrđenog cenovnikom Fonda.

11. Participacija za usluge iz paketa beneficija koje pokriva Fond naplaćivaće se u zdravstvenim ustanovama i koristiće se u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

12. Na predlog Upravnog borda Fonda, opšti uslovi za isplatu radnog učinka lekara koji rade u ustanovama ugovorenim od strane Fonda, iz ovog člana, bliže se utvrđuju i menjaju ili dopunjuju podzakonskim aktom koga donosi ministarstvo nadležno za poslove zdravlja.

POGLAVLJE VI.
FOND ZA OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Član 25.
Osnovački akt

1. Vlada Republike Kosovo, na predlog Ministarstva zdravlja, donosi Odluku o osnivanju Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje.

2. Osnivački akt Fonda je Statut, koji usvaja Vlada, na predlog Ministarstva zdravlja.

3. Statutom Fonda uređuju se organizacija, prava, dužnosti, odgovornosti i način obavljanja delatnosti, u skladu sa ovim zakonom.

Član 26.
Organizacija i upravljanje Fondom

1. Fond je javna ustanova od posebnog interesa sa zakonskom samostalnošću pravnog lica, sa posebnim pravima, obavezama, odgovornostima i ovlašćenjima za sprovođenje ovog zakona.

2. Fond je ovlašćen da obezbeđuje i sprovodi prava i obaveze osiguranika, zdravstvenih ustanova, apoteka i drugih subjekata u vezi sa obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i utvrđivanje, korišćenje i isplatu Paketa beneficija pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa politikom ministarstva nadležnog za poslove zdravlja.

3. Zaposleni u Fondu nisu javni službenici.

4. Fond podleže zakonima i pravilima upravljanja javnim finansijama.

5. Struktura unutrašnje organizacije rada Fonda utvrđuje se Unutrašnjom uredbom koju usvaja Upravni odbor Fonda.

Član 27.
Uloga i dužnosti Fonda

1. Dužnosti i odgovornosti Fonda su:

1.1. sprovodi politike zdravstvenog osiguranja, koje utvrđuje ministarstvo nadležno za poslove zdravlja;

1.2. obezbeđuje sprovođenje ovog zakona;

1.3. predlaže visinu ili iznose doprinosa za uplatu, participacije, doplate i druga finansijska sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje na osnovu procene stanja prihoda i rashoda, tokom srednjoročnog perioda na usvajanje Upravnom odboru;

1.4. obezbeđuje dugoročnu održivost obaveznog zdravstvenog osiguranja e predviđanjem demografskih promena, razvojem potreba zdravstvene zaštite, napretkom medicinske tehnologije i razvojem troškova za pružanje zdravstvene zaštite;

1.5. utvrđuje i upravlja sveobuhvatnim okvirom upravljanja rizikom i sistemom unutrašnje kontrole;

1.6. vrši nadzor nad poštovanjem ovog zakona od strane svih fizičkih i pravnih lica koja su mu podređena, tako što o tome obaveštava zdravstvenu inspekciju ministarstva nadležnog za poslove zdravlja i poziva na postupanje u slučaju sumnje;

1.7. obezbeđuje blagovremenu naplatu doprinosa i transfera i drugih finansijskih sredstava za obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;

1.8. utvrđuje uslove ugovora sa zdravstvenim ustanovama i apotekama za usluge i proizvode paketa beneficija, uključujući bezbednost, kvalitet, isplativost, dokumentaciju i proceduralne standarde koji moraju biti ispunjeni;

1.9. pregovara i ugovara usluge zdravstvene zaštite, uključujući kriterijume kvaliteta i pokazatelje učinka za merenje outputa, rezultata i učinka medicinske dokumentacije zdravstvenih ustanova, uključujući podsticaje za postizanje utvrđenih ciljeva;

1.10. uz podršku Tehničke komisije u Ministarstvu zdravlja, nadležnih institucija i stručnjaka, Fond ispituje i prilagođava paket beneficija;

1.11. obezbeđuje efektivno i blagovremeno plaćanje usluga zdravstvene zaštite koje pružaju zdravstvene ustanove, na osnovu ugovora;

1.12. u saradnji sa nadležnom Tehničkom komisijom u Ministarstvu zdravlja, ispituje i predlaže Upravnom odboru paket beneficija koje pokriva Fond, uključujući procenu troškova;

1.13. vrši nadzor nad sprovođenjem ugovora koje zaključuje Fond i o tome izveštava Upravni odbor;

1.14. organizuje i sprovodi informacioni sistem zdravstvenog osiguranja Fonda i obezbeđuje interakciju sa zdravstvenim informacionim sistemom i drugim relevantnim informacionim sistemima Vlade;

1.15. pruža informacije javnosti o detaljima paketa beneficija u zvaničnoj verziji, uključujući godišnje finansijske izveštaje, na zvaničnim veb-sajtovima Fonda, Ministarstva zdravlja i portala eKosova;

1.16. zahteva aktuarsku analizu i finansijsku reviziju zdravstvenih ustanova koje su u ugovornom odnosu sa Fondom;

1.17. štiti interese osiguranika, prema svojoj nadležnosti rešava zahteve i pritužbe koje se odnose na zdravstveno osiguranje;

1.18. evidentira i arhivira dosijee zdravstvenog osiguranja i podatke koji se odnose na status osiguranja, doprinose i korišćenje usluga u skladu sa relevantnim zakonom na snazi;

1.19. sastavlja statistiku i sačinjava izveštaje;

1.20. organizuje stručno usavršavanje i naučno-istraživački rad i angažuje se na međunarodnoj saradnji o zdravstvenom osiguranju;

1.21. zaključuje ugovore o zdravstvenom osiguranju na nacionalnom ili međunarodnom nivou, koji podležu odobrenju ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, u skladu sa važećim zakonodavstvom;

1.22. sprovodi odluke i preporuke koje predlažu Komisije za žalbe Fonda;

1.23. ostvaruje pravo na povraćaj sredstava, preduzima mere i podnosi tužbe u cilju naplate novčane štete ili izricanja sankcija u skladu sa čl. 33. i 34. ovog zakona;

1.24. uređuje druga pitanja obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa važećim zakonskim aktima.

Član 28.
Administrativni troškovi

Maksimalni limit administrativnih troškova Fonda biće određen Uredbom o finansijskom upravljanju Fondom iz člana 20. ovog zakona.

Član 29.
Upravni odbor Fonda

1. Fondom upravlja Upravni odbor kao najviši organ odlučivanja.

2. Upravni odbor izveštava Vladu preko ministra nadležnog za poslove zdravlja.

3. Upravni odbor se sastoji od pet (5) članova:

3.1. ministar nadležan za poslove zdravlja ili njegov predstavnik – predsedavajući;

3.2. stručni predstavnik Ministarstva zdravlja – član;

3.3. ministar nadležan za poslove finansija ili njegov predstavnik – član;

3.4. stručni predstavnik ministra nadležnog za poslove finansija – član;

3.5. ministar nadležan za poslove lokalne samouprave ili njegov predstavnik – član.

4. Direktor Fonda učestvuje na sednicama Odbora, osim ako Upravni odbor ne odluči drugačije, i nema pravo glasa.

5. Sekretarijat Upravnog odbora bira Upravni odbor.

6. Upravni odbor angažuje domaće i međunarodne stručnjake u cilju podrške radu na konkretnim pitanjima.

7. Članovi Upravnog odbora imenuju se odlukom Vlade na predlog ministra nadležnog za poslove zdravlja, shodno stavu 3. ovog člana, te primaju naknadu u skladu sa važećim zakonodavstvom.

8. Upravnim odborom predsedava ministar nadležan za poslove zdravlja ili njegov predstavnik.

9. Upravni odbor ima sledeće dužnosti i odgovornosti:

9.1. predlaže, preko ministra nadležnog za poslove zdravlja, Statut Fonda na usvajanje od strane Vlade;

9.2. bira direktora Fonda na mandat od četiri (4) godine, po osnovu raspisanog javnog konkursa;

9.3. razrešava direktora Fonda iz razloga utvrđenih važećim zakonskim odredbama;

9.4. vrši nadzor nad radom i zakonitošću rada Fonda;

9.5. usvaja godišnje planove rada Fonda;

9.6. usvaja Pravilnik o sistematizaciji radnih mesta Fonda;

9.7. obezbeđuje transparentnost računovodstva i kontinuiranu likvidnost plaćanja;

9.8. obezbeđuje uspostavljanje adekvatnih sistema unutrašnje kontrole koji će biti dizajnirani u skladu sa načelima upravljanja javnim finansijama u javnom sektoru;

9.9. obezbeđuje sprovođenje i izvršenje sveobuhvatnog okvira za upravljanje rizika o fiducijarnim rizicima u zdravstvenom osiguranju;

9.10. razmatra i usvaja godišnje finansijske izveštaje, godišnje izveštaje o svom radu za ministarstvo nadležno za poslove zdravlja, ministarstvo nadležno za poslove finansija i Vladu, kao i dodatne izveštaje po potrebi.

10. Ostale dužnosti i odgovornosti Upravnog odbor utvrđuju se Statutom Fonda.

11. Upravni odbor osniva tehničke odbore:

11.1. za uspostavljanje i redovno ažuriranje paketa beneficija koje pokriva Fond;

11.2. za bilo koje drugo pitanje od značaja za Fond.

12. Sastav, funkcionisanje, profili članova, mandat i finansiranje svakog odbora utvrđuju se posebnim projektnim zadatkom u skladu sa ovim članom i Statutom Fonda.

13. Upravni odbor osniva Komisiju Fonda za žalbe u skladu sa članom 15. stav 5. ovog zakona.

Član 30.
Direktor Fonda

1. Direktor Fonda je odgovoran za rad Fonda za obavezno zdravstveno osiguranje:

1.1. predstavlja Fond;

1.2. priprema redovne izveštaje i na zahtev, za Upravni odbor;

1.3. obezbeđuje efikasnu i efektivnu primenu mehanizama upravljanja rizicima i unutrašnje kontrole;

1.4. zahteva, najmanje svakih pet (5) godina, aktuarsku analizu i podnosi je Upravnom odboru;

1.5. predlaže članove tehničkih odbora na usvajanje saglasnost Upravnom odboru.

2. Dodatna prava i odgovornosti direktora utvrđuju se Statutom Fonda.

Član 31.
Kontrola i revizija

Fond podleže postupcima unutrašnje i spoljne revizije, u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

Član 32.
Nadzor

Nadzor nad učinkom rada Fonda vrši Vlada, preko ministra nadležnog za poslove zdravlja.

POGLAVLJE VII.
NAKNADA ŠTETE I SANKCIJE

Član 33.
Naknada štete

1. Izuzetno od važećeg zakonodavstva o prekršaju, važećeg zakonodavstva o poreskoj upravi i postupcima i člana 10. ovog zakona, fizičko ili pravno lice koje prekrši ovaj zakon, ako nanese štetu Fondu ili osiguraniku Fonda, dužan je da plati naknadu te štete.

2. Fizičko ili pravno lice koje je oglašeno krivim za povredu ovog zakona odgovorno je za:

2.1. iznos neuplaćenih doprinosa, uvećan za kamatu od dana kada se mora uplatiti do dana uplate, uz naknadu koju na godišnjem nivou utvrđuje ministar nadležan za poslove finansija u skladu sa važećim zakonodavstvom o Poreskoj upravi, u slučajevima kada poslodavac ili osiguranik ne uplaćuje ili ne uplaćuje u celosti doprinose;

2.2. iznos naknade štete Fondu po osnovu neopravdanih potraživanja zdravstvenih ustanova i stručnjaka prouzrokovanih traćenjem, prevarom ili zloupotrebom u vezi sa servisiranjem, kodiranjem i naplatom;

2.3. iznos bilo koje druge merljive štete po Fond ili osiguranika;

2.4. troškovi podnošenja zakonske radnje ili tužbe za naknadu štete.

3. Fond traži naknadu štete Fondu prouzrokovane troškovima za pokriće zdravstvenih šteta koje je osiguranik pretrpeo neadekvatnim lečenjem, greškama u lečenju, stručnim nemarom ili neispravnom medicinskom opremom.

Član 34.
Prekršaji koji se sankcionišu novčanom kaznom

1. Prema ovom zakonu, prekršaji se razvrstavaju na lake i teže prekršaje.

2. Manji prekršaji su sledeći:

2.1. ne vodi redovnu evidenciju o osiguranicima;

2.2. ne dostavlja Fondu potpune i blagovremene podatke o registraciji osiguranika;

2.3. za prekršaj naveden kao lakši prekršaj, fizičko lice se kažnjava novčanom kaznom od šezdeset (60) evra;

2.4. za prekršaj naveden kao lakši prekršaj, odgovorno lice u pravnom licu kažnjava se novčanom kaznom od četiri hiljade (4.000) evra;

2.5. za prekršaj naveden kao lakši prekršaj, pravno lice se kažnjava novčanom kaznom od dvadeset hiljada (20.000) evra.

3. Kazne za prekršaje iz podstavova 2.3, 2.4. i 2.5. ovog člana izriče Centralna zdravstvena inspekcija ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, u skladu sa važećim zakonodavstvom o prekršajima.

4. Teški prekršaji su sledeći:

4.1. odbija da pruži informacije ili daje netačne informacije o registraciji i odjavi ili o status osiguranja osiguranika prema čl. 9. i 10. ovog zakona;

4.2. ne ispravi netačne podatke po nalogu Fonda ili onemogući kontrolu službenih podataka o osiguraniku za obavezno zdravstveno osiguranje, u skladu sa ovim zakonom;

4.3. ne uplati u potpunosti ili delimično doprinos koji se plaća po ovom zakonu do navedenog datuma;

4.4. ne sprovodi žalbeni mehanizam u skladu sa članom 17. stav 12. ovog zakona;

4.5. namerno daje lažne ili obmanjujuće informacije u pokušaju da od Fonda naplati veće iznose od ugovorenih ili za usluge koje nisu izvršene ili su samo delimično izvršene ili one koje nisu ovlašćene kao deo paketa beneficija;

4.6. za prekršaj naveden kao teži prekršaj prema članu 22. st. 12. do 16., članu 9. i članu 10. ovog zakona, pravno lice se kažnjava novčanom kaznom u iznosu od dvadeset hiljada (20.000) evra.

5. Novčane kazne za prekršaje iz stava 4. ovog člana izriče Centralna zdravstvena inspekcija ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, u skladu sa važećim zakonodavstvom o prekršajima.

6. Izuzetno od podstavova 2.1, 2.3. i stava 4. ovog člana, svako fizičko i pravno lice koje podleže poreskim propisima i zakonima u Republici Kosovo, koje ne ispunjava obavezu registracije, deklarisanja i plaćanja doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje utvrđeno ovim zakonom, kažnjava se na osnovu važećeg zakonodavstva o poreskoj upravim i postupcima.

7. Na fizičko i pravno lice koje izvrši krivično delo primenjuje se Krivični zakonik Republike Kosovo.

POGLAVLJE VIII.
PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 35.
Prelazne odredbe

1. Paket beneficija koji se pokriva zdravstvenim osiguranjem propisan članom 16. ovog zakona može se postepeno odvijati u periodu od najviše pet (5) godina. Paket beneficija prve i početne faze obuhvataće minimalno zdravstvene usluge na nivou primarne zdravstvene zaštite iz člana 16. podstav 2.1. ovog zakona, te, ako su ispunjene odredbe člana 17. stav 13. ovog zakona, i šemu nadoknade za lekove i potrošni materijal za vanbolničke pacijente iz člana 17. stav 4. ovog zakona.

2. Obračunavaju se doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje iz svake grupe osiguranja iz člana 9. ovog zakona i utvrđuju se stope za svaku uvodnu fazu paketa beneficija iz stava 1. ovog člana u trajanju od trideset šest (36) meseci, u skladu sa članom 21. ovog zakona i usvaja ih Vlada i Skupština u skladu sa članom 21. stav 6. ovog zakona. Tokom prvih pet (5) godina rada, stope doprinosa mogu se menjati od onih utvrđenih u članu 22. ovog zakona.

3. Izuzetno od člana 23. stav 1. i u skladu sa članom 21. stav 6. ovog zakona, za prvih pet (5) godina rada, vrednost finansijske rezerve Fonda na kraju naredne fiskalne godine može se utvrditi odvojeno.

4. Ministarstvo nadležno za poslove zdravlja i ministarstvo nadležno za poslove finansija pripremaju opšte akte, infrastrukturu i ljudske resurse.

Član 36.
Stavljanje van snage

Stupanjem na snagu ovog zakona stavlja se van snage Zakon br.04/L-249 o zdravstvenom osiguranju, Zakon br.08/L-042 o izmeni i dopuni Zakona br.04/L-249 o zdravstvenom osiguranju i drugi podzakonski akti koji proizilaze iz tog zakona.

Član 37.
Stupanje na snagu

Ovaj zakon stupa na snagu petnaest (15) dana od dana objavljivanja u Službenom listu Republike Kosovo.

Zakon br.10/L-028
23. april 2026. godine

Proglašeno ukazom Br. DL-56/2026, dana 05.05.2026, od strane v.d. Predsednika Republike Kosova Albulena Haxhiu