

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
FONDI I SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR  
KËSHILLI ADMINISTRATIV

V E N D I M

Nr. 8, datë 11.02.2014

“PËR MIRATIMIN E RREGULLORES DHE KONTRATËS SË SIGURIMIT  
SHËNDETËSOR VULLNETAR”

Në mbështetje të pikës 5, neni 5, të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, “Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, me propozim të Drejtorit të Përgjithshëm të Fondit, Këshilli Administrativ

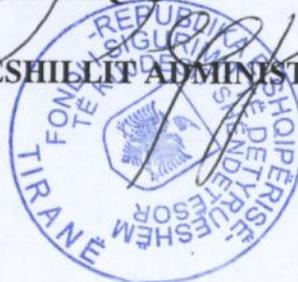
V E N D O S I:

1. Të miratojë rregulloren e sigurimit vullnetar si dhe kontratën e sigurimit shëndetësor vullnetar.
2. Vendimi i Këshillit Administrativ nr. 18, datë 30.09.2003, “Për sigurimin vullnetar në Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor”, si dhe të gjitha aktet që bien në kundërshtim me këtë vendim, shfuqizohen.
3. Ngarkohet Fondi dhe Drejtoritë Rajonale të Fondit për zbatimin e këtij vendimi.

Ky vendim hyn në fuqi menjëherë.

Ilir BEQAJ

KRYETARI I KËSHILLIT ADMINISTRATIV



## RREGULLORE

Nr. 1, datë 11.02.2014.

### PËR

## SIGURIMIN VULLNETAR NË FONDIN E SIGURIMIT TË DETYRUESHËM TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Në zbatim të nenit 5, pika 5, të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, me propozim të Drejtorit të Përgjithshëm, Këshilli Administrativ i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, miraton këtë rregullore:

### 1. Qëllimi

Qëllimi i Rregullores është përcaktimi i rregullave dhe procedurave për mbulimin me sigurim vullnetar të kujdesit shëndetësor, për personat të cilët nuk janë të siguruar në mënyrë të detyrueshme, në përputhje me ligjin nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.

### 2. Përkufizime

Në këtë rregullore termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

1. "Ligj" do të kuptohet ligji nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar.
2. "Rregullore" do të kuptohet rregullorja "Për sigurimin vullnetar të kujdesit shëndetësor".
3. "Fond" është Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.
4. "Drejtoritë Rajonale të Fondit" janë subjekte juridike në varësi të Fondit, që e ushtrojnë veprimtarinë e Fondit në nivelin e qarkut.
5. "Degët" janë njësi në varësi të Drejtorisë Rajonale të Fondit. Ato ushtrojnë veprimtarinë e Fondit në nivelin e rrethit.
6. "Dokumenti i identifikimit të sigurimit shëndetësor" i referohet librezës/kartës së shëndetit të lëshuar nga Fondi, që identifikon personin e siguruar vullnetarisht.
7. "Sigurim vullnetar" i referohet sigurimit individual që bëhet me vullnetin e lirë të personave kundrejt pagesës së kontributeve sipas kushteve të parashikuara në nenin 5, të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar.
8. "Kontributi i sigurimit vullnetar" do t'i referohet kontributit për sigurimet vullnetare të kujdesit shëndetësor.
9. "Kontrata e sigurimit shëndetësor vullnetar" do t'i referohet kontratës së sigurimit vullnetar të lidhur me Fondin, nëpërmjet Drejtorive Rajonale/Degëve të Fondit dhe personave të interesuar për sigurim vullnetar shëndetësor.

10. "Person i siguruar vullnetarisht" do t'i referohet personave që kanë nënshkruar një kontratë për sigurimin vullnetar sipas kushteve të Ligjit dhe Rregullores.

### **3. Fusha e mbulimit**

Në fushën e mbulimit të kësaj rregulloreje bëjnë pjesë të gjithë personat të cilët nuk përfshihen në kategoritë e përshkruara në pikat 1 dhe 2 të nenit 5 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, dhe që mund të kërkojnë të mbuloen me sigurim shëndetësor.

Personi i siguruar në mënyrë të detyrueshme, kur për një kohë dhe shkaqe të arsyeshme nuk mund të sigurohet detyrimisht, ka të drejtën e vazhdimit të sigurimit sipas rregullores së sigurimit vullnetar.

Në fushën e mbulimit do të bëjnë pjesë emigrantët dhe familjarët e tyre që kërkojnë të kenë vazhdimësinë e sigurimit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

Mund t'i nënshtrohen sigurimit vullnetar edhe anëtarët e familjes së shtetasve të huaj, të siguruar në mënyrë të detyrueshme në Shqipëri kur nuk janë të parashikuara ndryshe me marrëveshje bilaterale.

### **4. Afatet dhe periudha pritëse**

Personat që dëshirojnë të sigurohen vullnetarisht për kujdesin shëndetësor, për herë të parë, e fillojnë procedurën duke u regjistruar pranë zyrave të Drejtorive Rajonale/Degëve të Fondit, me dokumentacionin përkatës dhe duke nënshkruar kontratën e sigurimit vullnetar. E drejta për të përfituar në këto raste lind pas 6 (gjashtë) muajve të njëpasnjëshëm nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit. Periudha 6 (gjashtë) mujore konsiderohet si periudhë pritëse.

Personat që kanë përfunduar periudhën e sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar dhe nuk përfshihen më në kategoritë e përshkruara në pikat 1 dhe 2 të nenit 5 të ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, duhet të regjistrohen pranë Fondit për sigurim vullnetar brenda 3 (tre) muajve nga data e përfundimit të periudhës së sigurimit. Në këto raste e drejta për të përfituar lind nga data e nënshkrimit të kontratës, por personi i siguruar duhet të derdh kontributin edhe për periudhën që ka mbetur pa mbulim. Sigurimi shëndetësor në këto raste do të konsiderohet i pandërprerë.

Kur personat që kanë përfunduar periudhën e sigurimit të detyrueshëm ose sigurimit vullnetar, nuk përfshihen në kategoritë për të cilat kontribuon shteti, duhet të regjistrohen për sigurim vullnetar brenda 3 (tre) muajve. Për regjistrime të vonuara, procedura e sigurimit vullnetar do të zbatohet si në kushtet e personave që regjistrohen për herë të parë, por e drejta për të përfituar lind pas 1 (një) viti nga data e regjistrimit dhe e derdhjes së kontributit vjetor. Në këtë rast, periudha pritëse do të jetë 1 (një) vit.

## **5. Përfitimet e personave të siguruar vullnetarisht**

Personat e siguruar vullnetarisht kanë të njëjta të drejta dhe përfitime si personat e siguruar në mënyrë të detyrueshme, në skemën e sigurimit të detyrueshëm shëndetësor.

Personat e siguruar vullnetarisht përfitojnë 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.

## **6. Kohëzgjatja**

Kohëzgjatja e sigurimit vullnetar mund të jetë për një periudhë të përcaktuar ose të papërcaktuar, por jo më pak se 1 (një) vit. Periudha duhet të përcaktohet saktësisht në kontratën e sigurimit vullnetar. Në të gjitha rastet, llogaritja e afateve fillon në datën e lindjes së të drejtës për të përfituar.

## **7. Kontributet**

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

Masa e kontributit të sigurimit shëndetësor vullnetar është 3,4 për qind e bazës për llogaritjen e kontributit. Për sigurimet shëndetësore vullnetare baza e llogaritjes së kontributit është dyfishi i pagës minimale, për efekt të llogaritjes së kontributeve.

Ndryshimi i masës së kontributit të sigurimit vullnetar si edhe/ose ndryshimi i bazës së llogaritjes së kontributit, do të sjell ndryshimin e kontributit mujor për periudhën në vazhdim të kontratës së sigurimit shëndetësor vullnetar. Ky ndryshim nuk shtrin efektet financiare vetëm në rastet e pagesave të kontributeve të parapaguara.

Masa e kontributit dhe baza e llogaritjes për periudhën e mëparshme, do të jetë sa masa e kontributeve në momentin e lidhjes së Kontratës.

## **8. Pagesa e kontributeve**

Personi që sigurohet vullnetarisht, paguan kontributet e sigurimit shëndetësor vullnetar me këste tremujore, gjashtëmujore ose vjetore, sipas marrëveshjes së arritur në kontratë. Pagesa do të bëhet në formën e parapagimit në fillim të periudhës, në datat e përcaktuara në kontratë.

Derdhja e kontributeve do të bëhet në numrin e llogarisë bankare, që vihet në dispozicion nga Drejtoritë Rajonale/Degët e Fondit.

Kontributet që nuk paguhen brenda afateve të caktuara, do të mblidhen si borxhe së bashku me një interes prej 0.5 për qind të madhësisë së papaguar për çdo ditë vonesë.

Mospagesat e kontributeve i heqin të drejtën personave të siguruar vullnetarisht për përfitim të shërbimeve shëndetësore të rimbursuara nga Fondi për periudhën e mospagimit të kontributit.

## **9. Dokumentacioni**

Personat që kërkojnë të përfshihen në sigurimin vullnetar të kujdesit shëndetësor duhet të paraqesin pranë Drejtorive Rajonale/Degëve të Fondit këtë dokumentacion:

- Kërkesë me shkrim.
- Fotokopje e Kartës së identitetit ose pasaportës.
- Vërtetim vendbanimi.
- Fotokopje e lejes së qëndrimit të lëshuar për shtetasit e huaj.
- Mandati bankar i pagesës së shumës së kontributeve.
- Deklarimi nga mjeku i përgjithshëm ose i familjes ku personi duhet të regjistrohet, për gjendjen shëndetësore, sëmundjet prej të cilave vuan, mbështetur në kartelën individuale, ekzaminimin e mjekut, ose kur nuk ka kartelë një përshkrim pas vizitës tek mjeku i përgjithshëm.

## **10. Kontrata e Sigurimit Vullnetar**

Kontrata e sigurimit shëndetësor vullnetar lidhet midis personit të interesuar dhe Drejtorisë Rajonale/Degës së Fondit, ku ka banimin personi i siguruar vullnetarisht.

Kushtet dhe përmbajtja e kontratave të sigurimit shëndetësor vullnetar janë në përputhje me dispozitat e ligjit nr. 10 383, datë 24.2.2011, "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", të ndryshuar, dhe kërkesat e kësaj rregulloreje.

## **11. Regjistrimi i personave subjekte të sigurimit shëndetësor vullnetar**

Me lidhjen e kontratës së sigurimit shëndetësor vullnetar, Drejtoritë Rajonale/Degët e Fondit bëjnë regjistrimin e personave të përfshirë në sigurimin shëndetësor vullnetar.

Regjistrimi bëhet në një regjistër të veçantë, në bazë të formateve të miratuara me udhëzim të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

## **12. Pajisja me dokumentin e identifikimit të sigurimit shëndetësor**

Pajisja me dokumentin e identifikimit të sigurimit shëndetësor bëhet nga Drejtoritë Rajonale/Degët e Fondit, ku është bërë regjistrimi dhe është nënshkruar kontrata e sigurimit vullnetar.

Ky dokument lëshohet pasi ka kaluar periudha pritëse gjashtëmujore, ose 1 (një) vjeçare sipas rastit dhe është parapaguar kontributi për vazhdimin e sigurimit shëndetësor sipas afateve të përcaktuara në kontratën e lidhur mes palëve. Vlefshmëria e këtij dokumenti do të jetë e njëjtë me periudhën, për të cilën personi ka parapaguar kontributet.

Pas pagesës së kësteve sipas mënyrës së përcaktuar në kontratë, i siguruari ka të drejtë të kërkojë nga Drejtoria Rajonale/Dega e Fondit, vazhdimësinë e vlefshmërisë së dokumentit të identifikimit të sigurimit shëndetësor vullnetar.

Forma, përmbajtja si dhe mënyra e përdorimit të dokumentit të identifikimit të sigurimit shëndetësor përcaktohen me udhëzimin e veçantë të Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor.

Ngarkohet Fondi të nxjerrë udhëzime të hollësishme për procedurat financiare dhe administrative për zbatim të kësaj rregulloreje.

Rregullorja nr. 2, datë 30.09.2003, "Për sigurimin vullnetar në Institutin e Sigurimeve të Kujdesit Shëndetësor", shfuqizohet.

Kjo rregullore hyn në fuqi menjëherë.

**KRYETARI KËSHILLIT ADMINISTRATIV**

**ILIR BEQAJ**

