



REPUBLIKA E KOSOVËS/REPUBLIKA KOSOVA

GJYKATA THEMELORE PEJË

C.nr. 91/21

GJYKATA THEMELORE NË PEJË, Departamenti i Përgjithshëm, Divizioni Civil, me gjyqtarin Haxhi Xhemajli, në çështjen juridike kontestimore të paditësit, I.H nga Peja, të cilin e përfaqëson i autorizuari B.M , avokat në Pejë, kundër të paditurës, K.S “.....” me seli në Prishtinë, rruga ..., nr. ..., të cilën e përfaqëson sipas autorizimit Sh.R, me objekt kontesti: Kompensim i dëmit, me vlerë të kontestit: ... euro, në prezencën e të autorizuarve të palëve ndërgjyqëse, në seancën e mbajtur më datë 05.03.2025 mori këtë:

A K T G J Y K I M

APROVOHET NË TËRESI E BAZUAR kërkesëpadija e paditësit I.H nga Peja, dhe DETYROHET e paditura, K.S “...” me seli në Prishtinë, që paditësit I.H nga Peja, në emër të kompensimit të dëmit – shpenzimeve të mjekimit të bëra në klinikën “ZH. M” në M.V, në bazë të policës së sigurimit të shëndetit me numër, të lëshuar me datë, t’ia paguajë shumën në vlerë prej ... euro, me kamatë ligjore prej 8%, nga dita e parashtrimit të kërkesës për kompensimin e demit me datë, e deri në pagesën e plotë, si dhe shpenzimet e procedurës kontestimore në lartësi prej, të gjitha këto në afat prej 15 ditësh, nga dita e pranimit të këtij aktgjykimi.

A r s y e t i m

Paditësi I.H ka parashtruar padi në këtë gjykatë me datë, kundër të paditurës K.S “.....” me objekt kontesti, kompensim i dëmit, me vlerë të kontestit euro.

Pala paditëse përmes të autorizuarit të tij, në padi, dhe precizimin e kërkesës së saj më datë, gjatë shqyrtimeve kryesore dhe në fjalën përfundimtare ka kërkuar që të APROVOHET në tërësi kërkesëpadija, dhe të DETYROHET e paditura K.S “...” me seli në Prishtinë, që paditësit,

në emër të kompensimit të dëmit – shpenzimeve të mjekimit, t’ia paguaj shumën e të hollave në lartësi prej ... euro, me kamatë ligjore prej 8%, nga dita e lëshimit të faturave të shpenzimeve të mjekimit e deri në pagesën përfundimtare. Gjithashtu ka deklaruar se, paditësi pas disa viteve me radhe që ka qenë i siguruar, ju kishte përkeqësuar gjendja shëndetësore dhe kishte kërkuar ndihme mjekësore në institucionet shëndetësore të vendit, mirëpo të njëjtit e kishin sugjeruar që këtë ndihme ta kërkoj në klinikën ZH.M në R.M. Pra, paditësi kishte qëndruar në këtë klinikë ku i ishte nënshtruar një operacioni mjekësor në zemër dhe kishte qëndruar nga data ..., e deri me datën ..., dhe operacionin e dytë e kishte bërë dhe kishte qëndruar në spital nga data ..., e gjerë me datën, dhe për këtë trajtim kishte krijuar shpenzime të mëdha të shërimit, dhe pasi që del nga spitali dhe pas rehabilitimit kishte ushtruar kërkesë tek e paditura që t’ia kompensoj shpenzimet e mjekimit sipas kontratës së sigurimit shëndetësor, mirëpo e njëjta ia kishte refuzuar me arsyetim se tani paditësi ka pasur sëmundje para ekzistuese për çka paditësi është detyruar që kërkesën e tij ta realizoj përmes gjykatës. Me tej ka shtuar se, me provat e propozuara dhe të administruara nga ana e gjykatës u vërtetua në tërësi baza juridike dhe lartësia e kërkesë padisë së paditësit, duke kërkuar nga gjykata që me rastin e vendosjes lidhur me këtë çështje juridike – kontestimore, t’i merr parasysh të gjitha provat e propozuara e në veçanti mendimin dhe konstatimin e ekspertit financiar të datës, përmes të cilit është bërë edhe konvertimi i faturave të shpenzimeve të mjekimit nga denar maqedon në valutën euro. Po ashtu ka theksuar se, me provat të cilat gjinden në shkresat e lëndës dhe atë policën e sigurimit të shëndetit familjar, planin e pagesës me këste të datës, ku paditësi me të paditurën e kanë bërë planin e pagesës së policës së sigurimit të shëndetit familjar, vërtetohet se të gjitha pagesat janë bërë sipas këtij plani dhe se paditësi e ka paguar në tërësi primin e sigurimit të shëndetit familjar për çka vërtetohet se kjo policë e sigurimit ka qenë në fuqi nga dita e kontraktimit dhe asnjëherë nuk është anuluar as nga pala e paditur e as nga paditësi. Pra, gjykatës i propozoj që kërkesë padinë e paditësit ta aprovoj në tërësi të bazuar, përkatësisht si në parashtrësën e datës

Shpenzimet e procedurës kontestimore i ka kërkuar – specifikuar sipas vlerës së kontestit mbi 10,000.00 euro, në bazë të Rregullores për Tarifat e Avokatëve, si në vijim: për taksën gjyqësore shumë prej 21 euro, për përpilimin e padisë shumë prej 208 euro, për përfaqësim për tri seanca gjyqësore të mbajtura për secilën nga 270 ($270 \times 3 = 810$) euro, për një seancë të shtyrë 135 euro, dhe për ekspertizën financiare shumë prej 150 euro.

Pala e paditur me përgjigje në padi, gjatë shqyrtimeve kryesore dhe në fjalën përfundimtare nëpërmes të autorizuarit të saj, e ka kontestuar në tërësi padinë dhe kërkesën e saj si të pabazuar, duke theksuar se, kontrata e sigurimit numër është lidhur me datë, për të cilën palët ndërgjyqëse janë dakorduar që kjo kontratë të paguhet në 12 këste mujore – plani i të cilave këste është dorëzuar përmes përgjigjes në padi, përkatësisht duke filluar nga kësti i parë me datë, e për të vazhduar me datën 1 të secilit muaj vijues. Ka shtuar se, paditësi këstin e parë të kësaj kontrate e ka paguar me datë, ndërsa një ditë pas me datë, pranë te paditurës ka parashtruar kërkesën për rimbursim të shpenzimeve mjekësore që i janë shkaktuar në janar të vitit Po ashtu

deklaroj se, palët ndërgjyqëse në nenin 34 pika 2, të kushteve të kontratës (faqe 37) kanë paraparë se pagesa e primit është element thelbësor i kontratës, duke përcaktuar se, “Polica e Sigurimit hyn në fuqi me ditën e pagesës së primit apo nëse palët janë dakorduar që pagesa e primit të behet me këste atëherë me pagesën e kështit të parë.” Gjithashtu ka theksuar se, me nenin 107 paragrafi 1 të Ligjit për Marrëdhëniet e Detyrimeve parashihet se kur përmbushet detyrimi brenda afatit të caktuar është element thelbësor i kontratës, ndërsa kur debitori nuk e përmbush detyrimin brenda këtij afati, kontrata zgjidhet sipas vete ligjit. Pra në rastin konkret paditësit shpenzimet i janë shkaktuar në janar të vitit ..., kështin e parë që është dashur ta paguaj me datën, e ka paguar me datë, për të cilin fakt përmes transaksionit shihen datat e pagesave nga paditësi – e në bazë të kushteve të lartcekura dhe nenit 107 paragrafi 1 të Ligjit për Marrëdhëniet e Detyrimeve, kontrata e sigurimit numër është zgjidhur sipas vete ligjit, por edhe sikur të ishte një fuqi atëherë ajo ka hyrë në fuqi në ditën e pagesës së kështit të parë, e që ka qene data pas datës së krijimit të shpenzimeve mjekësore e që rrjedhimisht për ato shpenzime të shkaktuara në janar nuk ka mbulesë siguroese. Për me tepër, ka theksuar se, me datë, paditësi ka kryer Koronarografinë dhe është konstatuar se vuan nga angina pectoris, hipertensioni dhe hiperlipidemia, kurse datë, është lëshuar polica e sigurimit nr., dhe paditësi e ka plotësuar aplikacionin-pyetësorin dhe në të gjitha pyetjet është përgjigjur me "Jo" ("aplikacioni - pyetësori" i dorëzuar në seancën e datës), pra paditësi është përgjigjur me "Jo". Pra, paditësi për këtë gjendje nuk e ka njoftuar asnjëherë të paditurën e as nuk e ka pohuar në aplikacion. Mirëpo, këtë rrethanë të fshehur nga paditësi, e paditura e ka kuptuar në mars të vitit ..., kur paditësi e ka dorëzuar kërkesën për rimbursim në të cilën ka qenë ky raport i Koronarografisë, e të cilën gjendje paditësi nuk e ka lajmëruar saktë dhe me dashje e ka lënë në heshtje këtë rrethanë sa që siguroesi, këtu e paditura nuk do të lidhte kontratën po të kishte ditur për gjendjen e vërtetë. Tutje ka shtuar se, e gjitha kjo e hedh poshtë edhe pretendimin e të autorizuarit të palës paditëse të dhënë gjatë këtij shqyrtimi se kinse paditësi nuk është deklaruar se ka probleme shëndetësore, ngase i njëjti ka mundur që mos të dijë për problemet e tij shëndetësore, mirëpo paditësi për problemet e tij shëndetësore e ka ditur qysh kur e ka bërë koronarografinë me datë, Në fund deklaroj se, argumentet e të paditurës janë të bazuara në ligj dhe në kushtet e kontratës, andaj gjykatës i propozoj që padia dhe kërkesëpadia e paditësit të refuzohen si të pabazuara.

Shpenzimet e procedurës kontestimore nuk i ka kërkuar – specifikuar.

Gjykata për vlerësimin e drejtë dhe të plotë të gjendjes faktike në këtë çështje juridike në procedurën e të provuarit i ka administruar këto prova: Policën e sigurimit të shëndetit – sigurimi familjar, lëshuar nga KS. ... me numër, të datës; Fletë lëshimin nga klinika “Zh.M” në gjuhën maqedone me numër, e datës; Faturën e lëshuar nga klinika “Zh.M,” me numër, e datës; Faturën e lëshuar nga klinika “Zh.M,” me numër, e datës; Kopjen e letërnjoftimit për I.H ; Planin e pagesës me këste – sigurimi i shëndetit e lëshuar nga KS ... e datës, Faturën e lëshuar nga TEB Bank me numër serik ..., e datës; Urdhrin për pagesë ndërkombëtare nga TEB Bank, i datës; Konfirmimin për transfer nga TEB Bank, i datës; Faturën e lëshuar nga

klinika Zh.M, e datës; Aplikacion pyetësor i sigurimit të shëndetit familjar, i datës; Fletë pagesën – transaksionet nga KS ..., të datës; Ekspertizën financiare të datës ; Kushtet e përgjithshme sigurimi i shëndetit familjar dhe aksidenteve personale me numër ..., të datës, si dhe deklaratimet e të autorizuarve të palëve ndërgjyqës.

Pasi që gjykata e bëri vlerësimin e secilës provë veç e veç dhe të gjithave së bashku, mbështetur në nenin 8 të Ligjit për Procedurën Kontestimore (në vijim: LPK), arriti në përfundimin se në këtë çështje juridike civile duhet vendosur si në dispozitiv të këtij aktgjykimi, për arsye se:

Në bazë të Policës se sigurimit të shëndetit – sigurimi familjar, lëshuar nga KS. ..., me numër, të datës, gjykata provoj faktin se, paditësi kishte kontraktuar sigurimin e shëndetit me të paditurën, për periudhën e vlefshmërisë nga data deri me datë, me saktësisht si në policën e sigurimit të shëndetit.

Në bazë të Fletë lëshimit nga klinika “Zh.M” me numër, të datës ..., gjykata provoj faktin se, paditësi ishte trajtuar nga data ... deri me datë ..., si rezultat i operacionit për Bajpas koronar x 3 me implantim në arterien mamare të brendshme të majtë (LIMA) të pjesës mediale të arteries së përparme interventrikulare (Ria), arteries mamare të brendshme të djathtë (RIMA) të degës postero-laterale (Rpis) të arteries së majtë cirkumflekse (LCX) dhe arteries së majtë radiale (LRA) të arteries së djathtë koronare (RCA), me saktësisht si në fletë lëshim.

Në bazë të Planit të pagesës me këste – sigurimi i shëndetit të lëshuar nga KS ... të datës, gjykata provoj faktin se, paditësi detyrimin për pagesën e kësteve ndaj KS ... e kishte përmbushur në shumën të ndryshme, në periudhën nga muaji qershor .., deri në muajin nëntor të vitit

Në bazë të Fletë pagesës – transaksionet nga KS ..., të datës ..., gjykata provoj faktin se, paditësi ka përmbushur të gjithë detyrimin – këstet si rezultat i policës se sigurimit të shëndetit ndaj KS ..., transaksion i konfirmuar nga vet kompania.

Për të vërtetuar lartësinë e kërkesëpadisë, gjykata me propozimin e të autorizuarit të paditësit ka marr ekspertizën nga lëmia e financave, ku për ekspert ka caktuar ekspertin gjyqësor nga lëmia e financave, i licencuar nga ana e Këshillit Gjyqësor të Kosovës (KGJK), Muhamet Muriqi. Eksperti financiar për konvertimin e vlerave të faturave në euro nga denar maqedon, ka përdorur kursin zyrtar të këmbimit të Bankës Qendrore të Maqedonisë se Veriut në datën e lëshimit të çdo fature. Pra, për të përcaktuar shumën totale të shpenzimeve të mjekimit në kliniken “Zh.M,” janë kombinuar vlerat e faturave të konvertuara në Euro, dhe pagesat e kryera në valutën Euro, duke arritur në shumën e përgjithshme prej Euro.

Gjykata e mori në tërësi ekspertizën si të bazuar dhe relevante pasi që është në harmoni edhe me provat që janë në shkresat e lëndës, si dhe e njëjta i përmban elementet e nevojshme të dhëna mbi bazën e njohurive profesionale dhe arsyeve të mjaftueshme të cilat gjykata i vlerësoj si të drejta për vërtetimin e fakteve vendimtare në këtë çështje kontestimore.

Gjykata në këtë çështje juridike kontestimore mori për bazë dhe analizoj bazën ligjore e cila është e aplikueshme mbi gjendjen e vërtetuar faktike. Në këtë drejtim, fillimisht mori për bazë, nenin 918 të Ligjit Nr. 04/L-077 për Marrëdhëniet e Detyrimeve (në vijim: LMD), i cili përcakton se, *“Me kontratën për sigurimin detyrohet kontraktuesi i sigurimit që mbi parimet e reciprocitetit dhe solidaritetit të paguajë një shumë të caktuar shoqërisë së sigurimit (siguruesi), kurse shoqëria detyrohet që, nëse ndodh ngjarja që paraqet rastin e siguruar, t’i paguajë siguruesit apo ndonjë personi të tretë shpërblimin, përkatësisht shumën e kontraktuar ose të kryejë diçka tjetër.”* Ndërsa, me paragrafin 1 të nenit 919, përcaktohet se, *“Ngjarja, duke marrë parasysh se për cilën kontraktohet sigurimi (rasti i siguruar) duhet të jetë i ardhshëm, e pasigurt dhe e pavarur nga vullneti ekskluziv i kontraktuesve.”* Me tej, me paragrafin 1 nenit 922, parashihet se, *“Kontrata për sigurimin është e lidhur kur kontraktuesit nënshkruajnë polisën e sigurimit ose listën e mbulesës,”* kurse, me nenin 939 të të njëjtit ligj, shprehimisht përcaktohet se, *“Janë nule dispozitat e kontratës që parashikojnë humbjen e të drejtave në shpërblim ose në shumën e sigurimit, në qoftë se i siguruari pas shkaktimit të rastit të siguruar nuk i përmbush ndonjë nga detyrimet e parashikuara ose të kontraktuara.”* Gjithashtu në bazë të nenit 34 pika (d), të përmbajtur në Kushtet e Përgjithshme, Sigurimi i Shëndetit Familjar dhe Aksidenteve Personale, është përcaktuar se, *“Polica e sigurimit hyn në fuqi me ditën e pagesës së primit apo nëse palët janë dakorduar që pagesa e primit të behet me këste, me pagesën e këstit të parë.”*

Gjykata duke marr për bazë gjendjen faktike të vërtetuar dhe provat e administruara në këtë çështje juridike kontestimore, erdhi në përfundimin se kërkesëpadia e paditësit është në tërësi e bazuar, për faktin se, e drejta për realizimin e shpërblimit nga polica e sigurimit rrjedh nga norma e nenit 918 të LMD. Pra, detyrimi i të paditurës për pagesën e shpërblimit ndaj paditësit ka për bazë paraprakisht një marrëdhënie juridike e cila është arritur në mënyrë vullnetare në mes të palëve kontraktuese, përkatësisht palëve ndërgjyqëse. Në këtë marrëdhënie të ndërsjellë të palëve është me rëndësi të veçantë momenti i nënshkrimit të saj, pasi që nga ai moment, kanë lindur të drejta dhe detyrimet për palët, me konkretisht për të siguruarin ka lindur detyrimi për pagimin e premisë së sigurimit, ndërsa për siguruesin ka lindur detyrimi për shpërblimin e dëmit, të cilin e ka pësuar i siguruari (paditësi) nga rasti i siguruar. Në këtë rast, kontrata e sigurimit është lidhur dhe ka prodhuar të drejta dhe detyrime për palët kontraktuese nga momenti kur ato e kanë nënshkruar policën e sigurimit, që nënkupton se nënshkrimi i policës ose mbulesës së sigurimit është forma detyruese ligjore e kontratës për sigurimin. Me saktësisht me nenin 923 paragrafi 1 të LMD është përcaktuar se, *“Në policë duhet të shkruhen palët kontraktuese, sendi i siguruar, respektivisht personi i siguruar, rreziku i përfshirë nga sigurimi, kohëzgjatja e sigurimit dhe*

periudha e depozitës, shuma e sigurimit ose se sigurimi është i pakufizuar, premia ose kontributi, data e dhënies së policës dhe nënshkrimet e palëve kontraktuese.” Nga kjo rezulton se, nënshkrimi i policës së sigurimit vërteton lidhjen e kontratës, që do të thotë se, në radhë të parë polica, përfaqëson dokumentin në formën e shkruar për lidhjen e kontratës së sigurimit të shëndetit midis palëve ndërgjyqëse, duke përfshirë afatin e përmbushjes dhe kohëzgjatjen e saj. Pra, nga përmbajtja e normave nga e drejta materiale, provat e administruara gjatë procedurës, si dhe deklaratimet e ndërgjyqësve, rezulton se, paditësi e ka përmbushur detyrimin kontraktual nga polica e sigurimit gjë që vërtetohet nga plani i pagesës me këste të lëshuar nga e paditura, dhe transaksionet të konfirmuar nga ana e të paditurës Prandaj, meqenëse paditësi në mënyrë të plotë e ka paguar sigurimin për periudhën e caktuar kohore, pra e ka përmbushur detyrimin e tij të marrë me kontratën e sigurimit dhe me paraqitjen e rastit të siguruar, dhe se diagnoza e vërtetuar në ditën kritike nuk është sëmundje para ekzistuese më saktësisht intervenimi që është bërë me vendosjen e stentes në klinikën Zh.M, nuk ka ardhur si pasojë e sëmundjes para ekzistuese dhe domosdoshmëria e intervenimit kirurgjik është paraqitur gjatë kohës së vlefshmërisë së kontratës së sigurimit shëndetësor, rezulton se pretendimet e të paditurës në këtë drejtim janë refuzuar të pathemelta, andaj gjykata vendosi si në dispozitiv të këtij aktgjykimi. Pra, pa mëdyshje rezulton se sëmundja e cila i ka ndodhur paditësit e që ka bërë që i njëjti të ketë tretman përkatës mjekësor, nuk është sëmundje para ekzistuese, një fakt i tillë është bërë jokontestues nga vet pala e paditur e cila gjatë shqyrtimit kryesor kishte pohuar se kontestimi i padisë asnjëherë nuk është bërë mbi bazën e asaj që gjendja është para ekzistuese, andaj për rrjedhojë një fakt i tillë nuk është paraqitje e nevojshme për tu provuar, përmes provave tjera, përkatësisht ekspertizës nga lëmia e kardiologjisë, siç kishte propozuar fillimisht paditësi dhe me pas ishte tërhequr nga një propozim i tillë, për shkak se pala e paditur e kishte konsideruar jokontestues këtë fakt.

Gjykata gjithashtu vlerëson se, sa i përket pretendimit të të paditurës se paditësi nuk e kishte bërë të njohur rrethanën, përkatësisht faktin se i njëjti i ishte nënshtruar procedurës së koronarografisë, është kontradiktore, dhe kundërtënëse me vet deklaratimin e tij gjatë shqyrtimit kryesor dhe provave të cilat gjinden në shkresat e lëndës. Nga provat e administruara rezulton se, paditësi kishte kontraktuar edhe vite me herët sigurimin tek e paditura, gjë që vërtetohet nga polica e sigurimit ku theksohet se është vazhdimësi e policës me numër, dhe se e paditura nuk mund të thirret se nuk ka mundur të dijë apo se nuk ka ditur për rrethanën – faktin se i njëjti ka fshehur apo nuk e ka bërë të ditur në aplikacion rrethanën e procedurës së koronarografisë. Pra, e njëjta nuk mund të thirret në këtë rrethanë si fakt për të mos përmbushur detyrimin ndaj paditësit, përkatësisht shpërblimin e shumës me rastin e paraqitjes së rastit të siguruar. Një rregull i tillë është përcaktuar edhe me normën e nenit 932 paragrafi 1 i LMD, i cili parasheh se, “*Siguruesi, i cili në çastin e lidhjes së kontratës ka ditur ose nuk ka mundur të mos ketë qenë në dijeni për rrethanat që kanë rëndësi për vlerësimin e rrezikut, e të cilat kontraktuesi i sigurimit i ka lajmëruar në mënyrë jo të saktë ose i ka lënë në heshtje, nuk mund të thirret në pasaktësinë e lajmërimit ose lënien në heshtje.*” Nga ky përcaktim ligjor rezultojnë dy situata, e para është rasti kur e paditura, ka ditur për rrethanat në momentin e lidhjes së kontratës, përkatësisht me nënshkrimin e policës së

sigurimit, ka ditur për rrethanat me rëndësi për vlerësimin e rrezikut, dhe se dyti, në rastin kur e paditura ka ditur për këto rrethana gjatë kohës së sigurimit. Në këtë drejtim, nisur nga përmbajtja e dispozitës së lartcekur, e paditura nuk mund t'i referohet pasaktësisë së paraqitjes së rrethanave të rëndësishme, të cilat janë me ndikim në vlerësimin e rrezikut, nëse për ekzistimin e tyre ka ditur, përkatësisht nuk ka mundur të mos ishte në dijeni si dhe për faktin se paditësi i ka paraqitur ato jo të sakta dhe jo të plota. Në këtë rast, e paditura është dashur që në momentin e nënshkrimit të policës së sigurimit të shëndetit me numër, t'ia tërhiqte vërejtjen paditësit se paraqitja e tij nuk është e saktë dhe e plotë, njëherësh t'ia propozonte plotësimin e saj me rrethanat ekzistuese, andaj si rezultat i kësaj rrethane, e paditura nuk mund të thirret në realizimin e të drejtave të parashikuara me nenin 929 dhe 930 të LMD, me saktësisht të kërkojë anulimin e kontratës, apo të propozojë shtimin e premisë në përpjesëtim me rrezikun më të madh, të cilin veprim e paditura nuk e kishte ndërmarr asnjëherë.

Lidhur me pretendimin se paditësi nuk e ka përmbushur detyrimin me pagesën e kësteve dhe se në bazë të vet ligjit kontrata është zgjidhur, gjykata vlerëson se një pretendim i tillë ligjërish nuk qëndron, për faktin se paditësi edhe pse fillimisht nuk i ka paguar këstet, dhe atë deri me datë, nga kjo datë e tutje i njëjti ka vazhduar me pagesën e të gjitha kësteve, sipas planit të pagesave, dhe se e paditura asnjëherë nuk e ka kundërshtuar një pagesë të tillë, dhe as që e ka deklaruar kontratën të zgjidhur për shkak të mos përmbushjes. Pra, një detyrim i tillë për të paditurën rrjedh edhe në bazë të normës së nenit 106 të LMD, i cili përcakton se, *“Në kontratat e dyanshme, kur njëra palë nuk e përmbushë detyrimin e saj, pala tjetër mundet, në qoftë se nuk është caktuar diç tjetër, të kërkojë përmbushjen e detyrimit ose, në kushtet të parashikuara në nenet e mëposhtëm, ta zgjidhë kontratën me deklaratë të thjeshtë, në qoftë se zgjidhja e kontratës nuk krijohet sipas vetë ligjit. Në çdo rast ka të drejtë në shpërblimin e demit.”* Nga kjo rezulton se e paditura është dashur të ketë parasysh këtë rregull ligjor dhe të deklaronte kontratën – policën e sigurimit të shëndetit të nënshkruar me palën paditëse të zgjidhur, dhe të mos vazhdonte me pranimin e primit, siç kishte bërë në rastin konkret, dhe vetëm atëherë e njëjta do të kishte krijuar avantazh në raport me paditësin, dhe eventualisht edhe shpërblimin e demit që mund t'i shkaktonte si rezultat i mos përmbushjes së kontratës. Në këtë rast, nga provat e shqyrtuara, me konkretisht nga plani i pagesës i lëshuar nga e paditura, vërtetohet se paditësi i ka përmbushur të gjitha këstet dhe atë në mënyrë pothuajse kumulative, në një periudhë kohore nga qershori i vitit ..., deri në nëntor të vitit ... Pasi që, e paditura nuk e ka përmbushur detyrimin e saj ligjor ndaj paditësit, rezulton se i ka mbetur borxh, pagesën në emër të kompensimit për shpërblimin e shpenzimeve të mjekimit të shkaktuara nga trajtimi mjekësor në klinikën “Zh.M,” e që për pasojë është krijuar marrëdhënie detyrimore ndërmjet palëve ndërgjyqëse, në të cilin paditësi e ka cilësinë e kreditorit, ndërsa e paditura cilësinë e debitorit. Në këtë kontekst, në bazë të nenit 245, të LMD, është përcaktuar se, *“Kreditori në marrëdhëniet detyrimore ka të drejtë që nga debitori të kërkojë përmbushjen e detyrimit, ndërsa debitori ka për detyrë përmbushjen e detyrimit në tërësi në përputhje me përmbajtjen e tij.”* Gjykata duke u nisur nga fakti se e paditura nuk e ka përmbushur detyrimin ndaj paditësit, në bazë

të fakteve dhe provave të paraqitura nga paditësi dhe me aplikimin e kësaj dispozite, vendosi që ta detyroj të paditurën, që paditësit t’ia përmbushë detyrimin, si në dispozitiv të këtij aktgjykimi.

Gjykata me rastin e vendosjes mori për bazë të gjitha provat dhe kundërshtimet e palës së paditur, mirëpo të njëjtat nuk ishin me ndikim për një vendim ndryshe, për arsye se me provat e administruara është vërtetuar baza dhe lartësia e kërkesëpadisë së paditësit, dhe se e paditura në rastin konkret nuk arriti të argumentoj të kundërtën, e që një gjë të tillë e ka detyrim sipas nenit 7 të LPK, i cili shprehimisht përcakton se, *“palët kanë për detyrë ti paraqesin të gjitha faktet mbi të cilat i mbështesin kërkesat e veta, dhe të propozojnë prova me të cilat konstatohen faktet e tilla,”* si dhe me normën e nenit 319 të LPK, ku rrjedh detyrimi gjithashtu se, *“secila palë ndërgjyqëse, ka për detyrë ti provoi faktet mbi të cilat i bazon kërkimet dhe pretendimet e veta.”*

Sa i përket vendimit lidhur me kamatën, gjykata vendosi duke u mbështetur në nenin 382 të LMD, dhe paragrafin XIV (katërbëdhjetë) të Mendimit Juridik për Kamatën Nr. 265/2020 të datës 02.12.2020 të Gjykatës Supreme të Kosovës, duke ju referuar datës së parashtrimit të kërkesës për kompensimin e demit, përkatësisht datës

Lidhur me shpenzimet e procedurës, gjykata vendosi duke u mbështetur në nenin 452 paragrafi 1 të LPK i cili përcakton se, *“Pala e cila e humbë procesin gjyqësor tërësisht ka për detyrë që palës kundërshtare gjyqësore, dhe ndërhyrësit që i është bashkuar, t’ia shpërblej të gjitha shpenzimet gjyqësore.”* Në këtë rast gjykata i ka aprovuar në tërësi shpenzimet e procedurës të kërkuara nga i autorizuari i paditësit, sipas vlerës së kontestit mbi 10,000.00 euro të përcaktuar me Rregulloren për Tarifat e Avokatëve (numri tarifor 6 dhe 7), dhe atë: për taksën gjyqësore shumë prej 21 euro, për përpilimin e padisë shumë prej 208 euro, për përfaqësim për tri seanca gjyqësore të mbajtura për secilën nga 270 (270x3=810) euro, për një seancë të shtyrë 135 euro, dhe për ekspertizën financiare shumë prej 150 euro.

Nga arsyet e theksuara me lartë, si dhe bazuar në nenin 143 të LPK, gjykata vendosi si në dispozitiv të këtij aktgjykimi.

GJYKATA THEMELORE PEJË
DEPARTAMENTI I PËRGJITHSHËM – DIVIZIONI CIVIL
C.nr. 91/21; datë 05.03.2025

G j y q t a r i

Haxhi XHEMAJLI

UDHËZIMI JURIDIK: Kundër këtij Aktgjykimi pala e pakënaqur ka të drejtë ankese në afat prej 15 ditësh nga dita e pranimit, Gjykatës së Apelit, nëpërmes kësaj Gjykate.