

ZAŁEŻNOŚĆ I OPIEKA

1. OPIEKA DOMOWA

2. OPIEKA REKONWALESCENCYJNA I POOPERACYJNA

3. DOMY OPIEKI I REKONWALESCENCJI

4. POMOCNICZE ŚRODKI MEDYCZNE

OPIEKA DOMOWA

Wniosek o opiekę domową

Krok 1: Złóż wniosek o uprzednią autoryzację

Lekarz musi należycie wypełnić formularz oceny zależności **PDF** ([Ocena Zależności PL](#)), a także załączyć szczegółowy raport medyczny określający rodzaj opieki, jej długość i liczbę wizyt dziennie.

Zeskanuj dokumenty i załaduj je do oprogramowania [Joint Sickness Insurance Scheme](#) online, postępując zgodnie z procedurą uprzedniej autoryzacji [Staff Matters - Corporate - Prior authorisation](#) i formularzem oświadczenia **PDF** ([gdmdeclaration-art22pl](#)).

Jeśli nie masz dostępu do JSIS online, postępuj zgodnie z tradycyjną procedurą. Wypełnij [wniosek o uprzednią autoryzację PDF](#) i formularz **oświadczenia PDF** ([gdmdeclaration-art22pl](#)). Nie zapomnij załączyć wszystkich oryginalnych dokumentów. Wyślij wszystko w zapieczętowanej kopercie do swojego Biura Rozliczeniowego (prawidłowy adres znajduje się na formularzu).

Krok 2: Ubieganie się o zwrot kosztów

Po uzyskaniu uprzedniej zgody (PA) możesz kontynuować opiekę pielęgniarstwa. Następnie wypełnij [wniosek o zwrot kosztów PDF](#) i załącz szczegółową fakturę. [Staff Matters - Corporate - Reimbursement online](#)

Prześlij wszystko do swojego [biura rozliczeniowego](#).

Warunki zwrotu kosztów

Patrz **PDF** ([Wytyczne dotyczące pomocy opiekunów i pielęgniariskiej](#)).

– Zgoda zostanie udzielona, jeżeli lekarz urzędu ds. rozliczeń uzna usługi za bezwzględnie konieczne i oceni je na podstawie stopnia niesamodzielności osoby ubezpieczonej. Zwrot kosztów usług opiekuńczych jest dozwolony wyłącznie w przypadku pacjentów, których stopień niesamodzielności wynosi 1, 2, 3 lub 4.

Opiekunowie muszą posiadać uprawnienia do wykonywania zawodu.

W krajach, w których zawód opiekuna nie jest regulowany i/lub jeśli znalezienie oficjalnie zatwierdzonego opiekuna (np. zatwierdzonego przez Czerwony Krzyż) jest niemożliwe, lekarz pacjenta musi podać na recepcie imię i nazwisko osoby, która będzie świadczyć usługi, oraz oświadczyć, że osoba ta posiada odpowiednie kwalifikacje do ich wykonywania.

W przypadku opiekunów niezwiązanych z żadną oficjalną organizacją (np. Czerwonym Krzyżem) lub niedziałających w ramach oficjalnie uznanych organizacji prywatnych, dowód stosunku pracy (należycie wypełniona umowa o pracę i/lub umowa ubezpieczenia na czas wykonywania zawodu opiekuna) należy przestać do Biura Rozliczeń.

Zabiegi wykonywane przez personel medyczny/pielęgniarki (np. mycie, opatrywanie ran, zastrzyki) przepisane przez lekarza i wykonane przez osobę uprawnioną do wykonywania zawodu.

Ubieganie się o zwrot kosztów

Wypełnij wniosek o zwrot kosztów i załącz receptę oraz szczegółowy rachunek.

Prześlij wszystkie koszty do swojego [biura rozliczeniowego](#).

Uwaga! Jeśli ubezpieczony korzysta z opieki domowej, wymagana jest uprzednia zgoda (PA) na dodatkowe zabiegi specjalistyczne, takie jak zastrzyki lub skomplikowane opatrunki, których opiekun nie może zgodnie z prawem wykonać.

Stawki zwrotu kosztów

Opłaty za leczenie wykonywane przez personel medyczny są refundowane w wysokości 80% (lub 100% w przypadku poważnej choroby).

Stawki zwrotu kosztów

Czasowa opieka (maksymalnie 60 dni) w domu: Koszty są refundowane w wysokości 80%, z limitem 72 EUR dziennie (w wysokości 100% w przypadku poważnej choroby, z limitem 90 EUR dziennie)

Długotrwała opieka (powyżej 60 dni) w domu: Koszty są refundowane w wysokości 80% lub 100% w przypadku poważnej choroby, zgodnie z limitami, pomniejszoną o kwotę równą 10% dochodu podstawowego członka (wynagrodzenie, emerytura, renta inwalidzka lub renta z tytułu niepełnosprawności, dodatki przewidziane w art. 2 ust. 3 przepisów wspólnotowych).

Obliczanie pułapu:

- Stopień zależności 4 i 3: 50% wynagrodzenia zasadniczego urzędnika w grupie zaszeregowania AST 2/1 - 10%

- Stopień zależności 2 i 1: 100% wynagrodzenia zasadniczego urzędnika w stopniu AST 2/1 - 10%

pobyt w szpitalu (tylko w placówkach publicznych, w których infrastruktura opieki zdrowotnej jest niewystarczająca do zapewnienia rutynowej opieki): Koszty są refundowane w wysokości 80%, z limitem 60 EUR dziennie (w przypadku poważnej choroby w wysokości 100%, z limitem 75 EUR dziennie)

Nie podlegają zwrotowi:

- Koszty podróży, wyżywienia i zakwaterowania opiekuna ani żadne inne koszty dodatkowe

- Usługi świadczone przez osoby dorosłe opiekujące się dziećmi chorymi w domu podczas nieobecności rodziców nie są uznawane za usługi świadczone przez opiekunów. Zapoznaj się z dostępnymi informacjami na temat usług pomocy psychospołecznej i finansowej, które mogą okazać się pomocne w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami.

- Opieka pielęgniarska w szpitalach (z wyjątkiem instytucji publicznych, w których infrastruktura medyczna jest niewystarczająca, ale wymagana jest uprzednia zgoda PA)

Podstawy prawne można znaleźć [tutaj](#).

OPIEKA REKONWALESCENCYJNA I POOPERACYJNA

Pobyt rekonwalescencyjny to okres rekonwalescencji w ośrodku opieki i rehabilitacji, czyli w zakładzie rekonwalescencyjnym, gdzie pacjent kontynuuje proces zdrowienia i stopniowo odzyskuje niezależność po wypisaniu ze szpitala.

Ten rodzaj pobytu różni się od hospitalizacji w celu rehabilitacji lub reedukacji funkcjonalnej. Hospitalizacja rehabilitacyjna to bardziej intensywny program, z jasno określonymi celami powrotu do zdrowia i terapeutycznymi.

Pobyt rekonwalescencyjny koncentruje się natomiast na całościowej rekonwalescencji, kładąc nacisk na odpoczynek i stopniowy powrót do normalnych, codziennych aktywności.

JSIS pokrywa koszty pobytów rekonwalescencyjnych i pooperacyjnych, jeśli rozpoczną się one w ciągu trzech miesięcy od operacji lub choroby, z powodu której zostały przepisane.

Krok 1: Złóż wniosek o uprzednią autoryzację

W ciągu trzech miesięcy przed rozpoczęciem leczenia złóż skierowanie lekarskie i raport medyczny ze szczegółowym uzasadnieniem konieczności leczenia do systemu [MyPMO](#) lub [JSIS online](#) wraz z wnioskiem o [uprzednią autoryzację PA](#).

Jeśli nie masz dostępu do systemu [MyPMO](#) lub [JSIS online](#), wyślij wszystkie dokumenty wraz z wnioskiem **PDF (dap-pl)** pocztą lub wrzuć je do skrzynki pocztowej biura rozliczeń. Pamiętaj o dostarczeniu oryginałów dokumentów, a kopie zachowaj w domu.

Krok 2: Ubieganie się o zwrot kosztów

Po uzyskaniu uprzedniej autoryzacji możesz rozpocząć leczenie. Po zakończeniu leczenia wypełnij wniosek o [zwrot kosztów online \(MyPMO lub JSIS online\)](#) i dołącz szczegółową fakturę oraz raport medyczny sporządzony po zakończeniu leczenia przez lekarza z ośrodka rekonwalescencji lub rehabilitacji. Zabiegi powinny być szczegółowo opisane.

Aby ubiegać się o zwrot kosztów w [formie papierowej](#), wypełnij [wniosek o zwrot kosztów PDF](#), dołącz szczegółową fakturę i raport medyczny, a następnie wyślij wszystko w zapieczętowanej kopercie z klauzulą „**poufne**” do biura rozliczeń.

Adres:**European Commission**

Joint Sickness Insurance Scheme (JSIS)

Brussels settlements office

B – 1049 Brussels

Belgia

Warunki zwrotu kosztów

Leczenie rekonwalescencyjne i pooperacyjne kwalifikuje się do zwrotu kosztów po uzyskaniu uprzedniej zgody (PA), pod warunkiem że:

- jest przeprowadzane pod nadzorem lekarza w ośrodkach rekonwalescencyjnych z odpowiednią infrastrukturą medyczną i paramedyczną; wszystkie inne rodzaje ośrodków są wyłączone z refundacji
- rozpoczyna się w ciągu trzech miesięcy od operacji lub choroby, z powodu której zostało przepisane (patrz: **WORD Hospitalizacja**), z wyjątkiem sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania medyczne należycie uzasadnione w raporcie dołączonym do recepty i potwierdzone przez Oficera Medycznego JSIS.

Zgoda może zostać przedłużona w przypadku nawrotu choroby lub nowej choroby.

Zgoda nie będzie udzielana z mocą wsteczną. Program nie refunduje żadnych zabiegów, badań ani konsultacji udzielonych w ośrodku leczniczym, chyba że leczenie zostało wcześniej zatwierdzone.

Stawki zwrotu kosztów

- **Koszty zakwaterowania:** są refundowane do 80% przez okres maksymalnie 28 dni w roku, z limitem 36 EUR dziennie (w przypadku rozpoznanej poważnej choroby: 100% z limitem 45 EUR dziennie)
- **Koszty opieki:** są refundowane oddzielnie w zależności od rodzaju opieki
- **Koszty pobytu osoby towarzyszącej:** W wyjątkowych okolicznościach koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej mogą być refundowane do 85%, z limitem 40 EUR dziennie, po okazaniu recepty lekarskiej i uzyskaniu uprzedniej zgody, w następujących przypadkach:
- dla członka rodziny mieszkającego w tym samym pokoju lub w ośrodku oferującym kurację, jeśli osoba po kuracji ma mniej niż 14 lat lub wymaga szczególnej opieki ze względu na charakter schorzenia lub z innych należycie uzasadnionych przyczyn medycznych,

- dla niemowlęcia karmionego piersią, które musi towarzyszyć matce podczas kuracji.

W pozostałych przypadkach koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej nie podlegają zwrotowi.

Koszty nie podlegają zwrotowi

Koszty podróży nie podlegają zwrotowi.

DOMY OPIEKI I REKONWALESCENCJI

Wspólny system ubezpieczenia chorobowego (JSIS) pokrywa koszty długotrwałego pobytu w domu opieki, domu opieki, ośrodka rehabilitacyjnym, domu psychiatrycznym itp.

Krok 1: Złóż wniosek o uprzednią autoryzację

Formularz oceny zależności PDF (Ocena Zależności_PL) musi zostać należycie wypełniony przez lekarza. Lekarz musi również sporządzić opinię medyczną uzasadniającą potrzebę pobytu i określającą rodzaj opieki, jakiej potrzebuje pacjent.

Zeskanuj dokumenty i załaduj je do oprogramowania [JSIS online](#), postępując zgodnie z procedurą [uprzedniej autoryzacji](#) PA i formularza oświadczenia **PDF** ([gdmdeclaration-art22pl](#)).

Jeśli nie masz dostępu do JSIS online, postępuj zgodnie z tradycyjną procedurą. Wypełnij [wniosek o uprzednią autoryzację](#) **PDF** i formularz oświadczenia **PDF** ([gdmdeclaration-art22pl](#)). Nie zapomnij załączyć wszystkich oryginalnych dokumentów. Wyślij wszystko w zapieczętowanej kopercie do swojego Biura Rozliczeniowego (prawidłowy adres znajduje się na formularzu).

Krok 2: Złóż wniosek o rozliczenie bezpośrednie

Masz prawo wnioskować o rozliczenie bezpośrednie [Direct billing](#) (dotyczy tylko opieki medycznej). Umożliwi to placówce opieki zdrowotnej przesłanie faktury głównej do Wspólnego Systemu Ubezpieczeń Zdrowotnych (JSIS) w celu dokonania płatności bezpośredniej. Wypełnij formularz rozliczenia bezpośredniego dla domów opieki **PDF** ([pc-mrs-pl](#)).

Uwaga: Rozliczenie bezpośrednio nie jest możliwe dla beneficjentów ubezpieczenia uzupełniającego.

Krok 3: Otrzymaj rozliczenie

Biuro rozliczeń wyśle Ci wyciąg. Znajdziesz go również online w JSIS. Możliwe, że będziesz musiał pokryć część kosztów samodzielnie (np. pozostałe 15%, jeśli masz 85% pokrycia). Kwota ta zostanie odliczona od późniejszych zwrotów.

Jeśli fakturę zapłaciłeś samodzielnie, możesz ubiegać się o zwrot kosztów. Nie zapomnij załączyć szczegółowej faktury i zaświadczenia lekarskiego.

Warunki zwrotu kosztów

Zwrotowi podlegają następujące koszty stałego lub długoterminowego pobytu:

- pobyt w domu opieki lub domu opieki zatwierdzonym przez właściwe organy i posiadającym zaplecze medyczne i/lub paramedyczne dla osób starszych i/lub niepełnosprawnych
- ciągły i stały pobyt w domu opieki psychiatrycznej zatwierdzonym przez właściwe organy i posiadającym zaplecze medyczne i/lub paramedyczne
- pobyt w zakładzie rehabilitacji lub reedukacji funkcjonalnej w przypadku odmowy uprzedniej zgody na zwrot kosztów hospitalizacji
- ciągły, długotrwały pobyt w szpitalu psychiatrycznym przez okres dłuższy niż 12 miesięcy w przypadku odmowy uprzedniej zgody na zwrot kosztów hospitalizacji
- pobyt w ośrodku dziennym
- pobyt w nieszpitalnym ośrodku leczenia uzależnień.

Stopień zależności członka określa się na podstawie najniższego wyniku w formularzu oceny zależności, jak w poniższej tabeli (zwrot kosztów dotyczy tylko stopni od 1 do 4):

Wynik	Stopień zależności
91 - 100	5
75 - 90	4
50 - 74	3
25 - 49	2
0 - 24	1

Stawki zwrotu kosztów

Wszystkie koszty opieki i zakwaterowania podlegają zwrotowi w wysokości 85% lub 100% w przypadku poważnej choroby, z limitem 36 euro dziennie na koszty zakwaterowania.

Jeżeli wszystkie pozycje na fakturze zostaną zsumowane w taki sposób, że nie będzie możliwe oddzielenie kosztów opieki od kosztów zakwaterowania, koszty zostaną podzielone według stopnia zależności w proporcjach podanych w poniższej tabeli:

Stopień zależności	Koszty opieki	Koszty zakwaterowania
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

W przypadku pobytu stałego i opieki w zakładzie rehabilitacyjnym lub reedukacji funkcjonalnej, szpitalu psychiatrycznym, domu psychiatrycznym lub ośrodku leczenia uzależnień, koszty zostaną podzielone według stopnia uzależnienia 1.

W przypadku pobytu i opieki w nieszpitalnym ośrodku leczenia uzależnień lub placówce równorzędnej, zwrot kosztów jest ograniczony do łącznego pobytu wynoszącego 6 miesięcy w okresie 12 miesięcy.

Wyjątek: ośrodek dzienny

W przypadku pobytu dziennego w domu opieki dla osób starszych, domu rekonwalescencji lub ośrodku opieki dziennej dla osób starszych, albo w ośrodku neurologicznym lub psychiatrycznym, górny limit kosztów zakwaterowania obniża się do 18 EUR dziennie.

POMOCNICZE ŚRODKI MEDYCZNE

To zabiegi wykonywane przez personel pomocniczy/pielęgniarki medyczne (np. mycie, opatrywanie ran, zastrzyki) zalecone przez lekarza i wykonywane przez osobę uprawnioną do wykonywania zawodu.

Ubieganie się o zwrot kosztów

Wypełnij [wniosek o zwrot kosztów](#) i załącz receptę lekarską oraz szczegółowy rachunek.

Prześlij wszystko do swojego [biura rozliczeniowego JSIS online](#).

Uwaga! Jeśli ubezpieczony korzysta z [opieki domowej](#), wymagana jest uprzednia zgoda na dodatkowe zabiegi specjalistyczne, takie jak zastrzyki lub skomplikowane opatrunki, których opiekun nie może zgodnie z prawem wykonać.

Stawki zwrotu kosztów

Opłaty za leczenie przez personel medyczny są refundowane w wysokości 80% (lub 100% w przypadku poważnej choroby).