



معايير الحاجة إلى الرعاية - الخدمات التي يقدمها تأمين الرعاية التمريضية

إذا كان الأشخاص يعانون من قيود في قدراتهم واستقلاليتهم بسبب مرض أو أكثر من الأمراض الجسدية أو العقلية أو النفسية، وبالتالي يحتاجون إلى مساعدة من الآخرين، فإنهم يعتبرون في حاجة إلى الرعاية. فإذا كان من المتوقع أن تستمر الحاجة إلى المساعدة لأكثر من ستة أشهر، فيمكنهم الحصول على الدعم من خلال الخدمات المقدمة في إطار تأمين الرعاية التمريضية طويلة الأجل.

كيف يُقدم الطلب؟ كيف يتم الحصول على جلسة استشارية؟

يمكن الحصول على نموذج الطلب من صندوق التأمين الصحي/صندوق الرعاية التمريضية المختص. وبعد تقديم الطلب يجب أن يقدم صندوق الرعاية التمريضية معلومات عن الاستشارة المجانية. ويمكن قبل تقديم الطلب لمقدمي الطلبات وأقاربهم الحصول على المشورة من مركز دعم الرعاية.

متي يتم الحصول على الإفادة بالرد؟

يقرر صندوق الرعاية التمريضية مدى الحاجة إلى الرعاية عادة في غضون 25 يومًا.

كيف تُحدد درجة الرعاية التمريضية؟

بعد تقديم الطلب يكلف صندوق الرعاية التمريضية قسم الخدمات الطبية بأداء المهام اللازمة. بعدها يقوم أخصائيو التقييم الطبي بتحديد موعد زيارة منزلية لمعرفة ما إذا كانت هناك حاجة للمساعدة وما هي المساعدة المطلوبة. ويُنصح بتواجد الأصدقاء أو العائلة أو مقدمو الرعاية حاضرين في موعد التقييم إن أمكن ذلك. يجب توفير المستندات (مثل التشخيصات وخطة العلاج والنتائج) لتسهيل الأمر على المقيمين للتعرف على الحاجة إلى الدعم. في حالة الطلبات اللاحقة، يمكن اتخاذ القرارات على أساس حالة الملفات.

ويتم تحديد درجة الرعاية حسب مدى القيود التي يعاني منها الشخص في حياته اليومية. ويتم تقييم درجة الاستقلالية في ستة مجالات (وحدات) ويتم تقييمها باستخدام نظام النقاط (انظر الجدول في الصفحة 3). والمجالات الفرعية هي:

1. التنقل

2. المهارات الإدراكية والتواصلية

3. المشكلات السلوكية والنفسية

4. القدرة على الرعاية الذاتية

5. القدرة على تجاوز المتطلبات والضغطات المرتبطة بالمرض أو العلاج والتعامل معها بشكل مستقل

6. تنظيم الحياة اليومية والعلاقات الاجتماعية

مثال: تتمثل المعايير في مجال "التنقل" في القدرة على تغيير الوضعية في السرير والحفاظ على وضعية الجلوس بشكل ثابت والانتقال والتحرك في المنزل وصعود السلالم

قائمة بالخدمات المقدمة للعام 2026

المحددة	درجة الرعاية 1	درجة الرعاية 2	درجة الرعاية 3	درجة الرعاية 4	درجة الرعاية 5
الاستحقاق النقدي للمرضى الخارجيين (خاص)، شهريًا	لا يوجد استحقاق	347 يورو	599 يورو	800 يورو	990 يورو
المساعدة العينية للمرضى الخارجيين (خدمة الرعاية)، شهريًا	لا يوجد استحقاق	796 يورو	1.497 يورو	1.859 يورو	2.299 يورو
مبلغ الإعفاء، شهريًا نشرة المعلومات 4	131 يورو	131 يورو	131 يورو	131 يورو	131 يورو
موائمة مكان المعيشة نشرة المعلومات 16	4.180 يورو	4.180 يورو	4.180 يورو	4.180 يورو	4.180 يورو
الرعاية قصيرة المدى سنويًا نشرة المعلومات 8	لا يوجد استحقاق	1.854 يورو	1.854 يورو	1.854 يورو	1.854 يورو
رعاية الإعاقة سنويًا نشرة المعلومات 8	لا يوجد استحقاق	1.685 يورو	1.685 يورو	1.685 يورو	1.685 يورو
الرعاية التمريضية النهارية، شهريًا نشرة المعلومات 9	لا يوجد استحقاق	712 يورو	1.357 يورو	1.685 يورو	2.085 يورو
استهلاك أدوات المساعدة في الرعاية، شهريًا نشرة المعلومات 17	42 يورو	42 يورو	42 يورو	42 يورو	42 يورو
DiPA تطبيقات الرعاية الرقمية شهريًا نشرة المعلومات 18	40 يورو	40 يورو	40 يورو	40 يورو	40 يورو
منحة المجموعة السكنية، شهريًا نشرة المعلومات 29	224 يورو	224 يورو	224 يورو	224 يورو	224 يورو
استشارة الرعاية	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
تقديم الاستشارة في المنزل	نصف سنوي اختياري	نصف سنوي	نصف سنوي	نصف سنوي	نصف سنوي
دورات الرعاية لمقدمي الرعاية	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
بشكل ثابت (مرفق الرعاية التمريضية)، شهريًا نشرة المعلومات 11	131 يورو	805 يورو	1.319 يورو	1.855 يورو	2.096 يورو

علاوة على ذلك، يتم دفع تكاليف الحزمة الأساسية لمكالمة الطوارئ المنزلية من قبل صندوق تأمين الرعاية بشروط معينة، انظر [نشرة المعلومات رقم 19](#).

كيف يتم تقييم مستوى الرعاية؟

يتم تصنيف المعايير من قبل المقيمين في نظام مكون من نقاط. ويتم تحويل النقاط المحددة في الوحدة النمطية إلى نقاط مرجحة. وينتج عن إجمالي عدد النقاط المرجحة إجمالي درجة الرعاية. النقاط المرجحة:

- من 0 حتى 12,4 نقطة لا توجد درجة رعاية،
- من 12,5 حتى 26,9 نقطة درجة الرعاية 1،
- من 27 حتى 47,4 نقطة درجة الرعاية 2،
- من 47,5 حتى 69,9 نقطة درجة الرعاية 3،
- من 70 حتى 89,9 نقطة درجة الرعاية 4،
- من 90 حتى 100 نقطة درجة الرعاية 5.

تقوم الدائرة الطبية بإبلاغ صندوق تأمين الرعاية طويلة الأجل بنتائج التقييم. ثم يرسل الصندوق إلى مقدم الطلب خطابًا بالقبول أو الرفض. ويمكن تقديم الطعن في القرار في غضون شهر واحد. كما يمكن استخدام التقرير المرسل للتحقق مما إذا كان قد تم تقييم الوضع بشكل كامل وصحيح.

تقديم الاستشارة في المنزل

محادثات الاستشارة إلزامية للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية والذين يحق لهم الحصول على إعانة رعاية، ويجب الإبلاغ عنها كل ستة أشهر إلى مؤسسات التأمين الصحي للرعاية الصحية للدرجات من 2 إلى 5. ويتم ذلك عن طريق خدمات الرعاية. الهدف من الاستشارة هو ضمان جودة الرعاية وتقديم المساعدة والدعم العمليين وتهدف المشورة إلى ضمان توافر جودة الرعاية وتقديم المساعدة والدعم العملي. وتتم تغطية التكاليف من صندوق تأمين الرعاية. فإن لم تُقدم الاستشارة، فقد يتم تخفيض بدل الرعاية أو حتى سحبها تمامًا في حالة تكرار المخالفة. إذا كنت بحاجة إلى عناوين خدمات الرعاية، يُرجى الاتصال بمركز دعم الرعاية.

الخدمات المقدمة في حالة الرعاية المنزلية

يقرر الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية بأنفسهم بشكل عام من هو الشخص الذي ينبغي أن يساعدهم. وفي حالة الحصول على المساعدة من الأصدقاء والعائلة حصريًا، فيمكن الاستفادة من الإعانة النقدية. ويقوم صندوق تأمين الرعاية بعد ذلك بتحويل بدل رعاية شهري وفقًا لمستوى الرعاية المحدد. فإذا تم التكاليف بخدمة الرعاية، فيمكنه أن يحاسب صندوق تأمين الرعاية على المبلغ المقابل للمزايا العينية. كما يُتاح بطبيعة الحال للمحتاجين إلى الرعاية أيضًا خيار الحصول على المساعدة من أفراد الأسرة والأصدقاء والجيران (إعانة نقدية) وخدمات الرعاية (إعانة عينية) معًا (إعانة مركبة).

كما يُدفع علاوة على ذلك تكلفة الحزمة الأساسية لمكالمة الطوارئ المنزلية من قبل صندوق تأمين الرعاية بشروط معينة، انظر أيضًا نشرة المعلومات 19.

تحويل الاستحقاقات

من الممكن تحويل 40% من الإعانة العينية المخصصة للمرضى الخارجيين إلى خدمات الدعم في الحياة اليومية المعترف بها بموجب قانون الولاية. ويمكن في هذه الحالة استخدام خدمات الرعاية والمساعدة المنزلية بدلاً من الرعاية الأساسية، انظر أيضًا نشرة المعلومات 4.

يسر الموظفون في مركز دعم الرعاية تقديم المشورة لكم
الرقم المجاني لخدمة العملاء: 08005950059

www.pflegestuetzpunkteberlin.de

تدار مراكز دعم الرعاية من قبل ولاية برلين وشركات الرعاية والتأمين الصحي في برلين