



ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (HEALTH CARE HOMES) ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΑΡΤΕ ΜΕΡΟΣ ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΑΥΣΤΡΑΛΟΥΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΕ ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ.

Προσκαλείσθε να εγγραφείτε στο πρόγραμμα Health Care Homes (Υγείας και Φροντίδας στο Σπίτι) επειδή έχετε αξιολογηθεί ως δυνητικά επιλέξιμος/η και πιθανόν να επωφεληθείτε από το μοντέλο παροχής βασικών υπηρεσιών φροντίδας του Health Care Homes.

Ως ασθενής του Health Care Home, θα έχετε τη δική σας ομάδα που θα σας φροντίζει. Η ομάδα αυτή θα αναπτύξει ένα πρόγραμμα φροντίδας για εσάς και θα βοηθάει στο συντονισμό της φροντίδας σας εντός ή και εκτός από το Health Care Home.

Τα οφέλη του προγράμματος περιλαμβάνουν:

- να έχετε μεγαλύτερο λόγο στη φροντίδα σας
- έχοντας ομάδα φροντίδας σας απαλλάσσει από την ταλαιπωρία να συντονίζετε εσείς τη φροντίδα σας, και
- ευκολότερη πρόσβαση στην ομάδα φροντίδας προκειμένου να λαμβάνετε συμβουλές σχετικά με τη φροντίδα σας.

ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει τα βήματα που συμφωνείτε να ακολουθήσετε με την εγγραφή σας σε ένα Health Care Home:



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ HEALTH CARE HOMES;

Το Department of Health της Αυστραλιανής Κυβέρνησης συντονίζει το πρόγραμμα Health Care Homes, το οποίο θα δοκιμάσει ένα νέο μοντέλο για την παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνιες και περίπλοκες παθήσεις. Πάνω 200 κέντρα παροχής φροντίδας και Κοινωνικά Ελεγχόμενες Υπηρεσίες Αβορίγινων (που αναφέρονται ως «ιατρικά κέντρα») σε όλη την Αυστραλία θα γίνουν Health Care Homes. Αυτά τα Health Care Homes θα είναι υπεύθυνα για το συντονισμό της συνολικής υγειονομικής περίθαλψης ασθενών με χρόνιες και περίπλοκες παθήσεις όπως ο διαβήτης, τα καρδιακά και πνευμονικά προβλήματα και οι καταστάσεις ψυχικής υγείας.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι το Health Care Home που υπάγεστε μπορεί να επιλέξει να σας χρεώσει για τη φροντίδα που λαμβάνετε. Αυτό θα συζητηθεί μαζί σας. Τυχόν τέλη που σχετίζονται με τη φροντίδα της χρόνιας ασθένειάς σας θα προσμετρώνται στο Medicare Safety Net.



ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Για περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα Health Care Homes και τι σημαίνει να εγγραφείτε, θα βρείτε στο Ενημερωτικό Φυλλάδιο του Health Care Homes που παρέχετε από το ιατρικό σας κέντρο.

Οι πληροφορίες στις επόμενες σελίδες εξηγούν το χειρισμό των προσωπικών σας δεδομένων αν κριθείτε επιλέξιμος και αποφασίσετε να εγγραφείτε στο πρόγραμμα Health Care Homes (Υγείας και Φροντίδας στο Σπίτι) συμπεριλαμβάνοντας πώς θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση του προγράμματος και πώς θα εξασφαλίζεται η προστασία της ιδιωτικής σας ζωής.



Αν έχετε τυχόν ερωτήσεις αναφορικά με το πρόγραμμα ή την αξιολόγηση του προγράμματος αποτανθείτε στον ιστότοπο healthcarehomes@health.gov.au



ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Είμαι υποχρεωμένος να συμμετάσχω στο Health Care Homes;

Επαφίεται σε εσάς αν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα του Health Care Homes. Για να σας γίνει αξιολόγηση αν είστε δυνητικά επιλέξιμος/η για το πρόγραμμα Health Care Homes και για να λάβετε υγειονομικές υπηρεσίες στο πλαίσιο του μοντέλου βασικής υγειονομικής φροντίδας, θα πρέπει να δώσετε συγκατάθεση για τη συλλογή, χρήση και κοινοποίηση των προσωπικών σας δεδομένων όπως διευκρινίζεται στην παρακάτω ενότητα.

Αν δεν συμφωνείτε να παράσχετε προσωπικές πληροφορίες δεν θα είστε σε θέση να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα Health Care Homes. Αυτό δεν θα επηρεάσει τη σχέση σας με το ιατρικό σας κέντρο. Θα συνεχίσετε κανονικά να λαμβάνετε υγειονομική φροντίδα.



ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αυτή η ενότητα περιέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το απόρρητο των προσωπικών σας δεδομένων εάν κριθείτε επιλέξιμος/η και αποφασίσετε να εγγραφείτε στο πρόγραμμα Health Care Homes. Επεξηγεί πώς θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν και θα κοινοποιηθούν/μοιραστούν τα προσωπικά σας στοιχεία (δηλ. Πληροφορίες ατομικές) στο πλαίσιο του προγράμματος και της αξιολόγησης του Health Care Homes. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγονται σε σχέση με ένα πρόγραμμα του Medicare. Θα πρέπει να διαβάσετε αυτήν την ενότητα του ενημερωτικού εγγράφου καθώς και άλλες πληροφορίες, περί προστασίας της ιδιωτικής ζωής που θα λάβετε από το ιατρικό σας κέντρο, όπου αναφέρουν πώς αυτοί διαχειρίζονται τις προσωπικές σας πληροφορίες.

Τι θα κάνει το ιατρικό μου κέντρο με τα προσωπικά μου στοιχεία;

Το ιατρικό σας κέντρο θα χρησιμοποιεί ή κοινοποιεί τα προσωπικά σας στοιχεία προκειμένου να διαχειρίζεται ζητήματα που αφορούν την υγεία σας και συναφείς λειτουργίες όπως:

- να καθορίζει τον κίνδυνο που διατρέχετε για απρόσμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο (καθορίζεται με «βαθμίδα κινδύνου/risk tier» με διαβάθμιση 1, 2 ή 3),
- να προσδιορίζει τις υγειονομικές υπηρεσίες που είναι σε θέση να σας βοηθούν να αποφεύγετε απρόσμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο,
- εγγραφή στο πρόγραμμα Health Care Homes και υποβολή αιτήματος για πληρωμή από την κυβέρνηση της Αυστραλίας για φροντίδα που σας παρέχεται στο πλαίσιο του προγράμματος Health Care Homes. Για να γίνει αυτό, το ιατρικό σας κέντρο θα κοινοποιήσει κάποιες λεπτομέρειες σχετικά με εσάς στο Department of Human Services της Αυστραλιανής Κυβέρνησης, συμπεριλαμβάνοντας το ονόματά σας, την ημερομηνία γέννησής σας, τον αριθμό της κάρτας του Medicare και το reference number, και την διαβάθμιση risk tier, και
- συμμόρφωση με τις υποχρεώσεις συμμετοχής βάσει του προγράμματος Health Care Homes, συμπεριλαμβανομένης της κοινοποίησης των προσωπικών σας στοιχείων στο Department of Health όταν είναι απαραίτητο για λόγους συμμόρφωσης.

Τι θα κάνει η κυβέρνηση με τα προσωπικά μου στοιχεία;

Το Department of Human Services θα χρησιμοποιεί τα προσωπικά σας στοιχεία προκειμένου να:

- πληρώνει την ιατρικό σας κέντρο για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε στο πλαίσιο του προγράμματος,
- επιτηρεί τη συμμετοχή του ιατρικού σας κέντρου στο πρόγραμμα,
- διαχειρίζεται το πρόγραμμα,
- συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας σας ή της Επικράτειας για την εγγραφή σας στο πρόγραμμα Health Care Homes για διευκόλυνση του συντονισμού της φροντίδας που ενδεχομένως σας παρασχεθεί από νοσοκομεία της Πολιτείας ή της Επικράτειάς σας,
- λαμβάνει το ατομικό σας καθεστώς παραχωρήσεων του Centrelink και να το παρέχει στο Department of Health. Αυτές οι πληροφορίες πιθανόν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη πολιτικής, και
- ενημερώνει για βελτιώσεις όσον αφορά τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, τη διαχείριση και τον προγραμματισμό, καθώς και για σκοπούς αξιολόγησης και έρευνας, παρέχοντας τα προσωπικά σας στοιχεία στη μονάδα διασύνδεσης ασφαλών δεδομένων της Κοινοπολιτείας – στο Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Αυτές οι προσωπικές πληροφορίες μπορούν να ληφθούν από τα στοιχεία επικοινωνίας σας του Medicare, τα οποία έχει στη διάθεσή του το Department of Human Services. Κανένα από τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν θα κοινοποιείται από το AIHW.



Θα χρησιμοποιεί το πρόγραμμα Health Care Homes δεδομένα που δεν είναι ταυτοποιημένα;

Για την προστασία του απορρήτου, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά σε αυτό το έγγραφο, θα χρησιμοποιούνται μόνο μη ταυτοποιημένα δεδομένα για την παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος Health Care Homes. Μη ταυτοποιημένα δεδομένα μπορεί επίσης να χρησιμοποιούνται για σκοπούς έρευνας στον τομέα της υγείας. Ο όρος «Μη ταυτοποιημένα» σημαίνει ότι έχουν αφαιρεθεί από τα προσωπικά σας στοιχεία το όνομα, η διεύθυνση, η ημερομηνία γέννησης και ο αριθμός της κάρτας του Medicare.

Λαμβάνονται όλα τα δέοντα μέτρα προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος χρησιμοποίησης μη ταυτοποιημένων δεδομένων για την αναγνώριση ασθενών.

Θα αποθηκεύονται τα προσωπικά μου στοιχεία στο εξωτερικό;

Κανένας από το Department of Human Services, από το Department of Health, από το AIHW, από τους αξιολογητές του προγράμματος Health Care Homes ή τις υπηρεσίες υγείας της Πολιτείας σας δεν θα αποθηκεύει τα προσωπικά σας στοιχεία στο εξωτερικό. Μιλήστε με το ιατρικό σας κέντρο προκειμένου να σας εξηγήσουν πώς και πού αποθηκεύουν τα προσωπικά σας στοιχεία.



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Γιατί θα πρέπει να εκφράζω τη γνώμη μου/ανατροφοδότηση για το πρόγραμμα;

Τα σχόλια και οι προτάσεις σας θα βοηθήσουν να εκτιμηθεί η αξία του προγράμματος Health Care Homes για τους ασθενείς. Δεν αναμένεται να έχετε οποιαδήποτε προσωπικά οφέλη από την συμμετοχή σας στην αξιολόγηση του προγράμματος. Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν για τη μελλοντική βελτίωση του προγράμματος έτσι ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

Πρέπει να συμμετάσχω στην αξιολόγηση του προγράμματος;

Μπορεί να κληθείτε να συμμετάσχετε σε έρευνες, σε συναντήσεις ή σε ομάδες-στόχων/focus groups για την αξιολόγηση του προγράμματος Health Care Homes. Εάν δεν θέλετε δεν είναι υποχρεωτικό να πάρετε μέρος στις δραστηριότητες αυτές. Η μη συμμετοχή σας με κανένα τρόπο δεν θα επηρεάσει την υγειονομική περίθαλψη που σας παρέχεται.

Αν επιλέξετε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη και να αποσυρθείτε οποιαδήποτε στιγμή.

Πώς θα κληθείτε να εκφράσετε γνώμη-ανατροφοδότηση;

Το ιατρικό σας κέντρο θα κοινοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας (το όνομά σας, τη διεύθυνση, τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και τον αριθμό τηλεφώνου σας) στους αξιολογητές του προγράμματος Health Care Homes - Health Policy Analysis Pty Ltd (HPA). Αυτό θα επιτρέψει στους αξιολογητές να σας προσκαλέσουν να απαντήσετε σε μια έρευνα ή να συμμετάσχετε σε μια συνέντευξη ή σε μια ομάδα-στόχων. Μόνο ένας αριθμός ασθενών θα κληθεί να συμμετάσχει σε συνεντεύξεις ή σε ομάδες-στόχων.

Η HPA μπορεί να κληθεί να κοινοποιήσει τα στοιχεία επικοινωνίας σας στο Department of Health σύμφωνα με τις συμβατικές της ρυθμίσεις. Λάβετε υπόψη ότι αυτές οι πληροφορίες σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να συνδεθούν με τις αξιώσεις που έχετε με το Medicare Benefits Schedule (MBS)¹, με τις αξιώσεις από το Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)² ή με τα δεδομένα του ιατρικού σας κέντρου.

Έχει εγκριθεί το μοντέλο αξιολόγησης του προγράμματος;

Ναι, η αξιολόγηση του προγράμματος Health Care Homes έχει εγκριθεί από το Department of Health Human Research Ethics Committee [Project 04-2017]. Τον Σεπτέμβριο του 2018, η δεοντολογική εποπτεία για την αξιολόγηση μεταφέρθηκε στην Επιτροπή Δεοντολογίας του ACT, γνωστή ως ACT Health Human Research Ethics Committee. Καταγγελίες σχετικά με την δεοντολογική διεξαγωγή της αξιολόγησης, θα πρέπει να υποβάλλονται γραπτώς στη Γραμματεία, ACT Health Human Research Ethics Office, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση ethics@health.gov.au



ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΑΣ Ή ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Για πρόσβαση, διόρθωση ή υποβολή παραπόνων σχετικά με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που βρίσκονται στη διάθεση οποιωνδήποτε υπηρεσιών που αναφέρονται στο παρόν έγγραφο, μπορείτε, για πληροφορίες σχετικά με το τη διαδικασία που χρειάζεται να ακολουθήσετε, να αποτανθείτε στο Department of Health στο healthcarehomes@health.gov.au

Εναλλακτικά, μπορείτε να λάβετε άμεσα την πολιτική απορρήτου των οργανισμών που αναφέρονται στο παρόν έγγραφο, όπως ορίζεται παρακάτω:

- Department of Health – πηγαίνετε στην πολιτική προστασίας της ιδιωτικής ζωής στο www.health.gov.au/privacy
- στο ιατρικό σας κέντρο – ζητήστε από το ιατρικό σας κέντρο αντίγραφο της πολιτικής προστασίας της ιδιωτικής ζωής και οποιαδήποτε πληροφορία χρειάζεστε σχετικά με αυτά τα θέματα,
- Department of Human Services – πηγαίνετε στο Department of Human Services' στην ιστοσελίδα που αναφέρεται Στο Δικαίωμα Προστασίας της Ιδιωτικής Ζωής/Your Right to Privacy στο www.humanservices.gov.au/privacy,
- Australian Institute of Health and Welfare – πηγαίνετε στην πολιτική προστασίας της ιδιωτικής ζωής www.aihw.gov.au/privacy/,
- Health Policy Analysis Pty Ltd (HPA) – info@healthpolicy.com.au
- Στο Υπουργείο Υγείας της Πολιτείας ή Επικράτειας που ανήκετε- παρακαλούμε επικοινωνήστε με τις οργανώσεις αυτές απ' ευθείας προκειμένου να ζητήσετε αντίγραφο της πολιτικής περί προστασίας της ιδιωτικής ζωής.

¹ Το σύστημα MBS συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τις επισκέψεις στο γιατρό σας και το συνεπακόλουθο κόστος αυτών.

² Το σύστημα PBS συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τα χορηγούμενα με συνταγή φάρμακα που έχετε συμπληρώσει σε φαρμακεία.



HEALTH CARE HOMES-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΕΓΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΩΝ / ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

1. Διάβασα τη Δήλωση Ενημέρωσης Ασθενών και κατανόησα επαρκώς το περιεχόμενό της και συγκατατίθεμαι να συμμετάσχω στο πρόγραμμα Health Care Homes. Είχα την ευκαιρία να υποβάλλω οποιεσδήποτε ερωτήσεις και είμαι ικανοποιημένος με τις απαντήσεις που έλαβα (εάν κριθώ επιλέξιμος/η).
2. Κατανώ ότι η εγγραφή μου στο πρόγραμμα Health Care Homes είναι εθελοντική, ότι δεν είμαι υποχρεωμένος να συμμετάσχω και ότι αν αποφασίσω να μην συμμετάσχω δεν θα επηρεάσει με οποιονδήποτε τρόπο την παρούσα ιατρική μου περίθαλψη.
3. Δηλώνω ότι δεν είμαι τρόφιμος σε ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων και δεν είμαι εγγεγραμμένος στο πρόγραμμα Coordinated Veterans' Care.
4. Συμφωνώ να αναζητήσω φροντίδα από την Health Care Home σε μόνιμη βάση και δεσμεύομαι να συνεργαστώ με την ομάδα που θα με φροντίζει προκειμένου να προσδιορίσω τους στόχους και τις ανάγκες μου για την καλύτερη διαχείριση της υγείας μου.
5. Το ιατρικό μου κέντρο μου παρείχε πληροφορίες σχετικά με τα τέλη που το Home Health Care χρεώνει στους ασθενείς.
6. Συμφωνώ με τη συλλογή, τη χρήση ή / και την κοινοποίηση των προσωπικών μου δεδομένων, όπως περιγράφονται στη Δήλωση Ενημέρωσης Ασθενών.
7. Κατανώ ότι μη ταυτοποιημένα στοιχεία που αφορούν το άτομό μου και άλλους συμμετέχοντες στο Health Care Homes θα χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος Health Care Homes και για έρευνα στον τομέα της υγείας.
8. Κατανώ ότι μπορεί να επικοινωνήσουν μαζί μου αξιολογητές του προγράμματος Health Care Homes εκ μέρους του Department of Health για να συμμετάσχω σε έρευνα, συνέντευξη ή ομάδα-στόχων σχετικά με τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα Health Care Home. Μπορώ να επιλέξω να μην συμμετάσχω σε αυτές τις δραστηριότητες.

Επίθετο Ασθενούς: _____ Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____

Όνομα Ασθενούς: _____ Γένος: Αρσενικό Θηλυκό Άλλο

Δεύτερο Όνομα Ασθενούς: _____ Διεύθυνση Κατοικίας: _____

Ηλεκτρονική Διεύθυνση/Email: _____ Αριθμός τηλεφώνου: _____

Αριθμός της Κάρτας του Medicare: _____ Centrelink CRN: _____

Ατομικό Reference Number: _____

Υπογραφή Ασθενούς: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Όνομα ατόμου που έχει την ευθύνη του ασθενούς (όπου ισχύει): _____ Σχέση του υπευθύνου ατόμου με τον ασθενή: _____

Υπογραφή υπευθύνου ατόμου: _____ Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

ΑΥΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ:

Διαβάθμιση κινδύνου (1, 2, ή 3): _____ Αριθμός Πιστοποιητικού Διαβάθμισης Κινδύνου: _____

Επίθετο Επικεφαλούς Κλινικού Ιατρού: _____ Αριθμός Πάροχου Επικεφαλούς Κλινικού Ιατρού: _____

Όνομα Επικεφαλούς Κλινικού Ιατρού: _____ HCH ID: _____