



دور الرعاية الصحية (HEALTH CARE HOMES)

بيان معلومات المريض

إنضم إلى آلاف الاستراليين للمشاركة في برنامج جديد لرعاية حالاتهم الصحية على المدى الطويل.

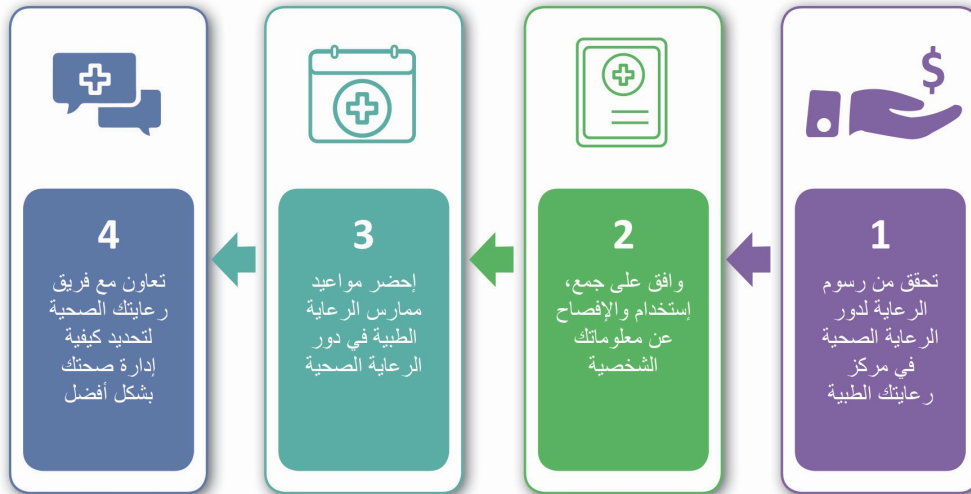
أنت مدعو للتسجيل في برنامج دور الرعاية الصحية لأنه قد تم تقييمك على أنك قد تكون مؤهلاً وعلى الأرجح أن تستفيد من نموذج تقديم الرعاية لدور الرعاية الصحية الأولية. بما أنك مريض دور الرعاية الصحية، سيكون لديك فريق الرعاية الخاص بك. وسيقوم فريق الرعاية بوضع خطة رعاية لك ويساعد على تنسيق رعايتك، سواء في داخل أو خارج دور الرعاية الصحية.

وتشمل فوائد البرنامج ما يلي:

- أعطائك فرصة أكبر للتعبير عن رأيك فيما يتعلق برعايتك الصحية
- وجود فريق رعاية يأخذ مبادرة لتنسيق رعايتك لتفادي المتاعب، و
- سهولة الوصول إلى فريق رعايتك للحصول على المشورة حول رعايتك.

ماذا تحتاج أن تفعل

يوضح الرسم البياني أدناه الخطوات التي توافق على اتخاذها عن طريق التسجيل في دار الرعاية الصحية:



ما هي دور الرعاية الصحية؟

تقوم دائرة الصحة Department of Health في الحكومة الأسترالية بتنسيق برنامج دور الرعاية الصحية الذي سيجري تجربة نموذجاً جديداً لتوفير الرعاية للأشخاص الذين يعانون من حالات مرضية مزمنة ومعقدة. وهناك ما يصل إلى 200 فرد من ممارسي الطب وستصبح جميع مراكز الخدمات الصحية التي تحت إدارة مجتمع السكان الأصليين (والتي يشار إليهم بـ "ممارسي الطب") في جميع أنحاء أستراليا دور للرعاية الصحية. وبالتالي ستكون هذه دور الرعاية الصحية مسؤولة عن تنسيق الرعاية الصحية الشاملة للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة ومعقدة مثل مرض السكري وأمراض القلب والرئة وأمراض الصحة العقلية.

يجب أن تكون على دراية بأن دار الرعاية الصحية الخاص بك قد يختار أن يفرض عليك رسوم للرعاية التي تتلقاها. سيتم مناقشة ذلك معك. أي رسوم تتعلق برعاية مرضك المزمع ستساهم في شبكة أمان الرعاية الطبية (Medicare Safety Net).



لمزيد من المعلومات حول البرنامج

لمزيد من المعلومات حول برنامج دور الرعاية الصحية، وما يعنيه التسجيل، يرجى الرجوع إلى كتيب دور الرعاية الصحية المتاح لك من قبل ممارس الرعاية الطبية. توضح المعلومات الواردة في الصفحات التالية ماذا سيحدث لمعلوماتك الشخصية إذا كنت مؤهلاً وتختار التسجيل في برنامج دور الرعاية الصحية، بما في ذلك كيفية استخدامها في تقييم البرنامج، وكيف سيتم حماية خصوصيتك.

إذا كان لديك أية أسئلة بخصوص البرنامج أو تقييم البرنامج، يرجى زيارة الموقع healthcarehomes@health.gov.au



أسئلة البرنامج



هل يجب علي المشاركة في دور الرعاية الصحية؟

الأمر متروك لك إذا كنت ترغب في المشاركة في برنامج دور الرعاية الصحية. ولكي يتم تقييمك / وأحتمال الأهلية لتسجيل في برنامج دور الرعاية الصحية والحصول على الخدمات الصحية بموجب نموذج الرعاية الصحية الأولية، يجب أن توافق على جمع، استخدام والأفصاح / ومشاركة معلوماتك الشخصية كما هو موضح في القسم أدناه. إذا لم توافق على تقديم معلوماتك الشخصية، فلا يمكنك المشاركة في برنامج دور الرعاية الصحية. وهذا لن يغير علاقتك الحالية مع ممارس الرعاية الطبية الخاص بك. سوف تظل قادراً على تلقي الرعاية الصحية منهم كالمعتاد.

الخصوصية وتفصيلك



يحتوي هذا القسم على معلومات هامة عن خصوصيتك إذا كنت مؤهلاً وتختار التسجيل في برنامج دور الرعاية الصحية التابع للحكومة الأسترالية. وهو يوضح كيف سيتم جمع معلوماتك الشخصية (أي معلومات عنك) واستخدامها والأفصاح عنها / ومشاركتها كجزء من برنامج دور الرعاية الصحية والتقييم. وهذا قد يشمل المعلومات الشخصية التي يتم جمعها فيما يتعلق ببرنامج الرعاية الطبية Medicare. يجب عليك أن تقرأ هذا القسم من الوثيقة بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بالخصوصية التي يقدمها لك ممارس رعايتك الطبية عن كيفية إدارة معلوماتك الشخصية.

ماذا سيفعل ممارس رعايتي الطبية بمعلوماتي الشخصية؟

- سوف يستخدم ممارس رعايتك الطبية أو يفصح عن معلوماتك الشخصية لإدارة صحتك والوظائف ذات الصلة بما في ذلك:
- تحديد خطر دخول المستشفى غير المخطط له (ممثل بتصنيف "درجة الخطورة" 1، 2 أو 3)،
- تحديد الخدمات الصحية التي قد تساعدك، ومساعدتك على تجنب دخول المستشفى غير المخطط له،
- تسجيلك في برنامج دور الرعاية الصحية ومطالبة الحكومة الأسترالية بالدفع للرعاية التي تتلقاها بموجب برنامج دور الرعاية الصحية. للقيام بذلك، سوف يفصح ممارس رعايتك الطبية عن بعض التفاصيل عنك لإدارة الخدمات الإنسانية التابعة للحكومة الأسترالية، بما في ذلك اسمك وتاريخ الميلاد ورقم بطاقة الرعاية الصحية والرقم المرجعي وتصنيف درجة خطورتك، و
- الامتثال لالتزاماتها المتعلقة بالمشاركة بموجب برنامج دور الرعاية الصحية، بما في ذلك الأفصاح عن معلوماتك الشخصية إلى دائرة الصحة
- Department of Health عند الضرورة لأغراض الامتثال.

ماذا ستفعل الحكومة بمعلوماتي الشخصية؟

- ستستخدم إدارة الخدمات الإنسانية Department of Human Services أو تفصح عن معلوماتك الشخصية من أجل:
- دفع النفقات المستحقة لممارس الرعاية الطبية الخاص بك لقاء الخدمات الصحية التي تتلقاها بموجب البرنامج،
- مراقبة مشاركة ممارس الرعاية الطبية الخاص بك في البرنامج،
- إدارة البرنامج،
- إعلام إدارة الصحة في ولايتك أو إقليمك عن تسجيلك في برنامج دور الرعاية الصحية لتسهيل تنسيق الرعاية التي يمكن أن تقدمها لك المستشفيات في ولايتك أو إقليمك،
- الحصول على وضع الامتيازات الخاص بالسنترلينك Centrelink وتقديم هذا إلى دائرة الصحة Department of Health. ويمكن استخدام هذه المعلومات لوضع السياسات؛
- والإعلام عن التحسينات في تمويل الخدمات الصحية والإدارة والتخطيط والتقييم وأغراض البحث من خلال تقديم معلوماتك الشخصية إلى وحدة ربط البيانات الآمنة التابعة للممولت - المعهد الأسترالي للصحة والرعاية (AIHW) Australian Institute of Health and Welfare. ويمكن الحصول على هذه المعلومات الشخصية من بيانات الاتصال الخاصة بـ Medicare التي تحتفظ بها إدارة الخدمات الإنسانية Department of Human Services. ولن يتم الأفصاح عن أي من معلوماتك الشخصية لـ AIHW.



هل سيستخدم برنامج دور الرعاية الصحية بيانات غير معرف عن هوية أصحابها؟

لحماية خصوصيتك، ما لم ينص على خلاف ذلك في هذه الوثيقة، سيتم استخدام البيانات غير معرف عن هوية أصحابها فقط لمراقبة وتقييم برنامج دور الرعاية الصحية. ويمكن أيضاً استخدام هذه البيانات لأغراض البحوث الصحية ذات الصلة. لم يتم التعريف عنها" يعني أن المعلومات الشخصية مثل اسمك وعنوانك وتاريخ الميلاد ورقم بطاقة الرعاية الصحية قد حذفت من البيانات.

ويتم اتخاذ جميع الإجراءات الضرورية والرعاية لتخفيض هذا الخطر من أن هذه البيانات التي لم يتم التعريف عنها أن يتم استخدامها لتعرف على المرضى.

هل سيتم تخزين معلوماتي الشخصية في الخارج؟

أن معلوماتك الشخصية لن تخزن في الخارج من قبل إدارة الخدمات الإنسانية Department of Human Services، أو دائرة الصحة Department of Health، أو - المعهد الأسترالي للصحة والرعاية AIHW، أو القيمين على برنامج دور الرعاية الصحية، أو إدارات الصحة في ولايتكم. يرجى التحدث إلى طبيبك حول كيفية وأين تحفظ معلوماتك الشخصية.

تقييم البرنامج

لماذا ينبغي علي تقديم ردود الفعل حول البرنامج؟

سوف تساعد تعليقاتكم واقتراحاتكم على تقييم قيمة برنامج دور الرعاية الصحية للمرضى. وليس من المتوقع أن تكون هناك أي فوائد لك شخصياً نتيجة المشاركة في تقييم البرنامج. وسوف تستخدم المعلومات لتشكيل برنامج للمستقبل لتلبية بشكل أفضل احتياجات المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

هل يجب علي المشاركة في تقييم البرنامج؟

قد تتم دعوتك للمشاركة في الاستطلاعات أو المقابلات أو مجموعات التركيز لتقييم برنامج دور الرعاية الصحية. إذا كنت لا ترغب في المشاركة في هذه الأنشطة، لست ملزماً لفعل هذا. أن اختيار عدم المشاركة لن يؤثر على الرعاية الصحية المقدمة لك بأي شكل من الأشكال.

إذا اخترت المشاركة يمكنك تغيير رأيك والأنسحاب في أي مرحلة.

كيف سيطلب مني تقديم التعليقات؟

سوف يقوم ممارس الرعاية الطبية بالأفصاح عن تفاصيل الاتصال الخاصة بك (اسمك وعنوانك وعنوان البريد الإلكتروني ورقم الهاتف) لمقيمي برنامج دور الرعاية الصحية - Health Policy Analysis Pty Ltd (HPA). وهذا سيسمح للمقيمين بدعوتكم للرد على استطلاع أو المشاركة في مقابلة أو مجموعة تركيز. ولن تتم دعوة سوى عينة من المرضى للمشاركة في المقابلات أو مجموعات التركيز.

وقد يطلب من HPA الإفصاح عن معلومات الاتصال الخاصة بك إلى دائرة الصحة Department of Health بموجب ترتيباتها التعاقدية. يرجى ملاحظة أنه لا يمكن ربط هذه المعلومات بأي شكل من الأشكال بمطالبات Medicare Benefits Schedule (MBS)¹، أو مطالبات Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)² أو بيانات الممارسة الطبية الخاصة بك.

هل تمت الموافقة على نموذج التقييم للبرنامج؟

نعم، لقد تمت الموافقة على تقييم برنامج دور الرعاية الصحية من قبل [Project 04-2017] Department of Health Human Research Ethics Committee. تم نقل الإشراف الأخلاقي للتقييم إلى ACT Health Human Research Ethics Committee يجب تقديم الشكاوى حول السلوك الأخلاقي لهذا التقييم خطياً إلى مكتب، ACT Health Human Research Ethics Office (ethics@act.gov.au).

تغيير تفاصيل الاتصال الخاصة بك أو لتقديم شكوى

إذا كنت ترغب في الوصول إلى أو تصحيح أو تقديم شكوى بشأن المعلومات الشخصية التي تحتفظ بها أي من الهيئات المشار إليها في هذه الوثيقة، يمكنك الاتصال بدائرة الرعاية الصحية Department of Health على الموقع healthcarehomes@health.gov.au للحصول على معلومات حول كيفية القيام بذلك.

وبدلاً من ذلك، يمكنك الحصول على سياسات الخصوصية للهيئات المشار إليها في هذه الوثيقة مباشرة، على النحو المبين أدناه:

- دائرة الصحة Department of Health – قم بزيارة موقع سياسة الخصوصية على www.health.gov.au/privacy
- ممارس الرعاية الطبية الخاص بك – اطلب من طبيبك الحصول على نسخة من سياسة الخصوصية الخاصة به وأية معلومات تحتاجها حول هذه الأمور.
- دائرة الخدمات الإنسانية Department of Human Services – قم بزيارة موقع Department of Human Services صفحة الويب حرك في الخصوصية على الموقع www.humanservices.gov.au/privacy
- معهد الأسترالي للصحة والرعاية Australian Institute of Health and Welfare – قم بزيارة موقع سياسة الخصوصية على www.aihw.gov.au/privacy/
- معهد الأسترالي للصحة والرعاية Health Policy Analysis Pty Ltd (HPA) – info@healthpolicy.com.au و
- دائرة الصحة في ولايتك أو إقليمك - يرجى الاتصال بهذه المنظمات مباشرة للحصول على نسخة من سياسة الخصوصية الخاصة بها.

¹ يقوم نظام MBS بجمع المعلومات عن زيارتك للطبيب والتكاليف المرتبطة به.
² نظام PBS يجمع المعلومات عن الوصفات الطبية التي قد تشتريها من الصيدليات.



دور الرعاية الصحية تسجيل المريض / نموذج الموافقة

1. لقد قرأت بيان معلومات المريض وفهمتها بشكل كاف للموافقة على المشاركة في برنامج دور الرعاية الصحية. لقد أتيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة، وأنا راض عن الإجابات التي تلقيتها (إذا كنت مؤهلاً).
2. وأنا أفهم أن تسجيلي في برنامج دور الرعاية الصحية هو طوعي، وأني لست ملزماً بالمشاركة، وأن قرار عدم المشاركة لن يؤثر على العلاج الطبي الحالي بأي شكل من الأشكال.
3. أنا أصرح بأنني لست مقيماً في مرفق رعاية المسنين، وأنا غير مسجل في برنامج رعاية المحاربين القدامى المنسق Coordinated Veterans' Care.
4. أنا أوافق على طلب الرعاية من ممارس الطب في دور الرعاية الصحية على أساس مستمر والالتزام بالتعاون مع فريق دور الرعاية الصحية لتحديد أهدافي واحتياجاتي لإدارة صحتي بشكل أفضل.
5. قدم لي طبيبي معلومات عن الرسوم التي يتقاضاها من مرضى دور الرعاية الصحية.
6. أوافق على جمع واستخدام / أو الإفصاح عن معلوماتي الشخصية كما هو موضح في بيان معلومات المريض.
7. أنا أفهم أن البيانات التي لم يتم التعريف فيها عن هوية المرضى والتي تتعلق بنفسني والآخرين من المشاركين في دور الرعاية الصحية سيتم استخدامها لمراقبة وتقييم برنامج الرعاية الصحية والبحوث المتعلقة بالصحة.
8. أنا أفهم أنه يمكن أن يتم الاتصال بي من قبل مقيمي برنامج دور الرعاية الصحية نيابة عن دائرة الصحة Department of Health للمشاركة في استطلاع أو مقابلة أو مجموعة تركيز فيما يتعلق بمشاركتي في برنامج دور الرعاية الصحية. يمكنني اختيار عدم المشاركة في هذه الأنشطة.

اسم عائلة المريض: _____ تاريخ الولادة: ____ / ____ / ____

سم المريض: _____ جنس: ذكر إنثى آخر

اسم المريض الثاني: _____ عنوان السكن: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____

رقم بطاقة الرعاية الطبية Medicare: _____ الرقم المرجعي للسنترلينك Centrelink CRN: _____

الرقم المرجعي الفردي: _____

توقيع المريض: _____ التاريخ: ____ / ____ / ____

اسم الشخص المسؤول (إن أمكن): _____ علاقة الشخص المسؤول بالمريض: _____

توقيع الشخص المسؤول: _____ التاريخ: ____ / ____ / ____

هذا الجزء يتم استكماله من قبل ممارس الرعاية الطبية:

تصنيف درجة الخطورة (1، 2، 3): _____ رقم شهادة الخطورة: _____

اسم الطبيب الرئيسي: _____ رقم الطبيب الرئيسي مقدم الخدمة: _____

اسم الطبيب الرئيسي: _____ بطاقة التعريف الخاصة بدور الرعاية الصحية: _____