

دراسة بحثية

إشراك المستهلكين في مشروع قياس الجودة

طوماس دبليو كونكانون (Thomas W. Concannon) |
مارك دبليو فريديبرغ (Mark W. Friedberg) |
آن هوانغ (Ann Hwang) | كريس ويتالا (Kris Wiitala)



إشراك المستهلكين في مشروع قياس الجودة

طوماس دبليو كونكانون (Thomas W. Concannon) | مارك دبليو فريديبرغ (Mark W. Friedberg) | آن هوانغ (Ann Hwang) | كريس ويتالا (Kris Wiitala)

للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا المنشور الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني: www.rand.org/t/RR1760

البيانات الفهرسية الخاصة بهذا المنشور متوفرة في مكتبة الكونغرس
تحت الرقم المعياري الدولي للكتاب، كالتالي 5-9712-8330-0-978

نشرته مؤسسة RAND، سانتا مونيكا، كاليفورنيا

© حقوق الطبع والنشر لعام 2017 محفوظة لصالح مؤسسة RAND

RAND® علامة تجارية مسجلة.

حقوق الطبع والنشر الإلكتروني محدودة

هذه الوثيقة والعلامة (العلامات) التجارية الواردة فيها محمية بموجب القانون. يتوفر هذا التمثيل للملكية الفكرية الخاصة بمؤسسة RAND للاستخدام لأغراض غير تجارية حصرياً. يحظر النشر غير المصرح به لهذا المنشور عبر الإنترنت. يصرح بنسخ هذه الوثيقة للاستخدام الشخصي فقط، شريطة أن تظل مكتملة من دون إجراء أي تعديل عليها. يلزم الحصول على تصريح من مؤسسة RAND لإعادة إنتاج أو إعادة استخدام أي من الوثائق البحثية الخاصة بنا، بأي شكل كان، لأغراض تجارية. للمزيد من المعلومات حول تصاريح إعادة الطباعة والربط على المواقع الإلكترونية، الرجاء زيارة صفحة التصاريح في موقعنا الإلكتروني: www.rand.org/pubs/permissions.html

مؤسسة RAND مؤسسة بحثية تعدّ حلولاً لتحديات السياسات العامة للمساهمة في جعل المجتمعات من حول العالم أكثر أماناً، سلامة، صحة وازدهاراً. تعدّ مؤسسة RAND مؤسسة غير ربحية، حيادية وملتزمة بالصالح العام.

لا تعكس منشورات مؤسسة RAND بالضرورة آراء عملاء ورعاة الأبحاث الذين يتعاملون معها.

ادعم مؤسسة RAND

وتبرع بمساهمة خيرية معفاة من الضريبة على الموقع الإلكتروني التالي:

www.rand.org/giving/contribute

www.rand.org

لاحظ مركز إشراك المستهلك في الصحة الابتكارية التابع لمنظمة محفز المجتمع (Community Catalyst) أن عملية قياس الجودة تحقق نجاحًا محدودًا عندما لا يتم إشراك المستهلكين والمجتمعات، أو عندما يتم إشراكهم بشكل سطحي فقط. فعندما يلاحظ المستهلكون والمجتمعات أن العملية لا تناسبهم، يفقدون اهتمامهم بدعم تطبيق مقاييس الجودة واستخدامها. واستخدام وبحسب تجربتنا، يمكن لإشراك المستهلكين في كافة مراحل قياس الجودة معالجة هذه المخاوف، لكن النجاح يتوقف على قادة القياس وجمعيات حماية المستهلك. وفي هذه الدراسة، تطرقنا إلى قياس الجودة خلال مناقشات مع جمعيات حماية المستهلك. ويمكن للتوصيات الواردة في هذه الدراسة المساهمة في حث قادة جهود قياس الجودة وجمعيات حماية المستهلك على العمل معًا لتحسين تطوير مقاييس الجودة وتطبيقها واستخدامها.

وقد تم تنفيذ هذا العمل برعاية مركز إشراك المستهلك في الصحة الابتكارية (Center for Consumer Engagement in Health Innovation) التابع لمنظمة محفز المجتمع (Community Catalyst) الذي تتولى آن هوانغ (Ann Hwang) إدارته. وقد أجرت مؤسسة RAND Health، وهي فرع من فروع مؤسسة RAND هذا البحث. يمكن إيجاد نبذة عن RAND Health، ومقتطفات من منشوراتها وطلب معلومات على الموقع الإلكتروني للتالي: www.rand.org/health

جدول المحتويات والأشكال

المحتويات

iv	تمهيد
viii	ملخص

الفصل الأول

1	مقدمة
3	المقاربة
5	مخطط التقرير

الفصل الثاني

6	خطوات أساسية لوضع مقاييس الجودة واستخدامها
7	وضع الأولويات: ما هي النقاط العامة التي يجب قياسها؟
8	تصميم مفاهيم قياس ضمن مجال أولوية: ما هي النقاط المحددة التي يجب قياسها؟
9	تحديد المقاييس: كيف سنقيس هذه المفاهيم تحديداً؟
10	اختبار المقاييس والمصادقة عليها: هل تقيس النقاط المستهدفة بالفعل؟
11	استخدام المقاييس لتحسين الرعاية المتوافرة لأفراد المجتمع
12	الحفاظ على المقاييس
13	التعليق

الفصل الثالث

15	معوقات مشاركة المستهلكين والحلول المحتملة
15	المعوق الأول: "سلطة غير متكافئة"
16	المثال 1.1: وقت وموارد غير متكافئة
16	المثال 1.2: ديناميكيات السلطة
17	الحلول المحتملة
18	المعوق 2: "قوائم محدودة"

18	المثال 2.1: وضع الأولويات أم استخدام المقاييس؟
19	المثال 2.2: غياب المقاييس التي يريدها المستهلكون
19	الحلول المحتملة
20	المعوق 3: "الكتلة الحرجة"
21	المثال 3.1: المشاركة في النقاش
21	المثال 3.2: الصوت المنفرد
21	الحلول المحتملة
22	المعوق 4: "عدم الاستقرار"
23	المثال 4.1: طلب فني عالي للمساهمة
23	المثال 4.2: تدريب، استعداد ووقت استجابة غير مناسبة
23	الحلول المحتملة
24	المعوق 5: "الأبواب الموصدة"
24	المثال 5.1: الخطط
25	المثال 5.2: المزودون
25	الحلول المحتملة
25	المعوق 6: "التركيز المزدوج"
26	المثال 6.1: قدرة النظام
26	المثال 6.2: معرفة الوجهة المقصودة وليس السبيل إليها
27	المثال 6.3: المشاكل الناتجة عن مقاييس أو تفاصيل التطبيق
27	الحلول المحتملة

الفصل الرابع

28	التوصيات
28	التوصيات لقادة قياس الجودة
28	إيضاح أهداف قياس الجودة
29	تأكيد أهمية تركيز المستهلكين على عملهم
29	التركيز على الانفتاح على آراء جديدة
29	توفير الدعم المالي
30	ضمان التمثيل المناسب للمستهلكين

31	إشراك المستهلكين في المراحل الأولى.....
31	تدريب المستهلكين وتقديم المساعدة الفنية.....
32	تطوير أدوات لدعم مساهمة المستهلك المستمرة
32	تقييم التجارب واستخلاص العبر منها
33	توصيات إلى المدافعين عن حقوق المستهلكين.....
33	تركيز الاهتمام الوطني على قياس الجودة الموجّه نحو المستهلك.....
33	تقييم مدى انفتاح أو انغلاق عمليات قياس الجودة أمام المستهلكين على المستوى الوطني.....
34	طلب إجراء مراجعات مستقلة وعامة.....
34	بناء المعرفة والخبرة الفنية ومشاركتها

ملحق

35	أسئلة للمناقشة تطرح على ممثلي جمعيات حماية المستهلكين.....
36	شكر وعرfan.....
37	الاختصارات.....
38	المراجع.....

الأشكال

6	الشكل 2.1 : دورة حياة قياس الجودة.....
---	--

يُعتبر قياس الجودة أمراً أساسياً من أجل مساعدة المزودين والمشتريين والقائمين بالدفع ومستهلكي الرعاية على تحديد الرعاية العالية الجودة وتحسين نوعيتها. وتضمن الفرص والتحديات أمام إشراك المستهلكين في قياس الجودة مراقبة دقيقة ومثالية. تعالج هذه الدراسة مخاوف المدافعين عن حقوق المستهلكين بشأن زيادة تركيز قياس الجودة على المستهلك. ويبحث التقرير في تجربة المدافعين عن حقوق المستهلكين من حيث الانخراط في قياس الجودة، ويحدد المعوقات أمام إشراك فعال للمستهلك، ويقترح سبلاً لتذليل هذه المعوقات. إن هذه الدراسة موجهة إلى صانعي القرار في منظمات قياس الجودة وإلى المدافعين عن حقوق المستهلكين. لقد دعونا ممثلين عن منظمات المجتمع من جميع أنحاء البلاد للمشاركة في مناقشات مجموعات صغيرة تتناول تجاربها في العمل مع وكالات ومؤسسات قياس الجودة وتوصياتها لمعالجة مخاوف المستهلك حيال هذه العملية. تولى قيادة المناقشات كل من فريق مشروع RAND وفريق مركز إشراك المستهلك في الصحة الابتكارية التابع لمنظمة محفز المجتمع (Community Catalyst) مجتمعين، وتلاها صيغة أسئلة وأجوبة مدروسة ومنظمة. وقد شارك في المناقشات 13 مشاركاً من تسع ولايات. تقدم هذه الدراسة لمحة عامة عن دورة حياة قياس الجودة، حيث يركّز على ست مراحل: وضع الأولويات، تصميم مفاهيم القياس، تحديد المقاييس، اختبار المقاييس والمصادقة عليها، استخدام المقاييس، الحفاظ على المقاييس. وفي كل مرحلة، يتحرى التقرير عن فرص إشراك المستهلك.

كما تصف الدراسة المعوقات الستة التي برزت خلال محادثتنا مع المدافعين عن حقوق المستهلكين بشأن تجاربهم مع قياس الجودة. وفي حين أن بعض المعوقات وثيقة الصلة بمرحلة أو اثنتين في دورة حياة قياس الجودة، تعالج أخرى مسائل عامة تظل كامل دورة الحياة. وقد وصف المشاركون في مناقشتنا عدداً من المعوقات جعلت من إشراك المستهلك في قياس الجودة مهمة مليئة بالتحديات. وأشار المدافعون عن حقوق المستهلكين إلى ما يلي:

- عدم التمتع بالسلطة نفسها كأصحاب الشأن المشاركين في قياس الجودة
- دعوتهم إلى عملية تطوير المقاييس بعد إنجاز جزء كبير من الأعمال أو عند توافر مقاييس محدودة فقط للنظر فيها
- طلب منهم تمثيل آراء كافة المستهلكين في عملية قياس الجودة
- عدم توافر الوقت والموارد المناسبة للاستجابة لطلبات الاشتراك في عملية قياس الجودة
- تحييتهم من بعض جوانب عملية قياس الجودة
- مواجهة صعوبات في التركيز على الصورة الأشمل وتفاصيل قياس الجودة

كما أعطى المشاركون حلولاً محتملة لمواجهة هذه التحديات. لقد جمعنا هذه الحلول المحتملة ضمن تسع توصيات موجهة إلى قادة قياس الجودة وأربع توصيات إلى المدافعين عن حقوق المستهلكين. على قادة قياس الجودة:

1. توضيح أهداف قياس الجودة
2. تأكيد أهمية تركيز عملهم على المستهلكين
3. التركيز على الانفتاح على آراء جديدة
4. توفير الدعم المالي إلى المشاركين من المستهلكين
5. ضمان التمثيل المناسب للمستهلكين
6. إشراك المستهلكين في المراحل الأولى من العملية
7. تدريب المستهلكين وتقديم المساعدة الفنية
8. تطوير أدوات لدعم مساهمة المستهلك المستمرة
9. تقييم التجارب واستخلاص العبر منها

على المدافعين عن حقوق المستهلكين:

1. تركيز الاهتمام الوطني على قياس الجودة المركّز على المستهلك
2. تقييم مدى انفتاح أو انغلاق عمليات قياس الجودة أمام المستهلكين على المستوى الوطني
3. طلب مراجعات مستقلة وعامة لعملية قياس الجودة
4. بناء المعرفة والخبرة الفنية ومشاركتها بشأن العملية

عندما يلاحظ المستهلكون والمجتمعات أن العملية لا تناسبهم، يفقدون اهتمامهم بدعم تطبيق مقاييس الجودة واستخدامها. ويمكن للتوصيات الواردة في هذه الدراسة المساهمة في حثّ قادة جهود قياس الجودة والمدافعين عن حقوق المستهلكين على العمل معاً لتحسين تطوير مقاييس الجودة وتطبيقها واستخدامها.

يُعتبر قياس الجودة أمرًا أساسيًا من أجل مساعدة المزودين والمشتريين والقائمين بالدفع ومستهلكي الرعاية على تحديد الرعاية العالية الجودة وتحسين نوعيتها. وفي وقت يتحول فيه نظام الرعاية الصحية في البلاد بشكل متزايد إلى نظام ترتبط فيه المدفوعات بالقيمة، لا تتفك الطلبات المتعلقة بقياس الجودة تزداد. فالانتقال إلى مدفوعات قائمة على القيمة - مع حوافز مهمة للمزودين كي يخفضوا تكاليف الرعاية - يتطلب الكثير من مقاييس الجودة. إن قياس الجودة هو بمثابة الحصن الأساسي لتجنب المحدودية في توفير الخدمات الضرورية وهو ضروري لضمان أن تخلف نماذج الدفع آثارًا حيادية أو إيجابية على جودة الرعاية. وفي 2013، أوصى المعهد الطبي (IOM) بأن يعزز القائمون بالدفع من القطاعين العام والخاص الرعاية المعنية بالمريض من خلال قياس الجودة وبرامج إعداد التقارير ونماذج الدفع (المعهد الطبي، 2013). وتطرح هذه المسؤوليات تحديات كبيرة أمام النظام الحالي لتصميم مقاييس الجودة واختبارها وتطبيقها (شبكة التعلم والعمل لأنظمة الدفع في الرعاية الصحية Health Care Payment Learning and Action Network، 2016)

في هذا الإطار، تضمن الفرص والتحديات أمام إشراك المستهلكين في قياس الجودة مراقبة دقيقة ومتأنية. فالمستهلكون هم أصحاب الشأن النهائيون في عملية قياس الجودة. وتكون وجهة نظرهم بحد ذاتها مختلفة عن كافة أصحاب الشأن الآخرين: المستهلكون هم أفضل جهة للتعبير عن أنواع الرعاية والنتائج المترتبة على الصحة وأنواع المقاييس التي تعود بالفائدة الأكبر عليهم؛ ويعتبر أخذ آرائهم في الحسبان أمرًا أساسيًا لتحديد الرعاية المعنية بالمريض وقياسها وتقديمها، والتي حددها المعهد الطبي على أنها "الرعاية التي تضمن وتستجيب لتفضيلات المريض وحاجاته وقيمه، وتحرص على أن توجّه قيم المريض كافة القرارات السريرية" (المعهد الطبي، 2001).

وخلال السنوات الخمس الفائتة، تم نشر العديد من الأطر الخاصة بإشراك المريض وأصحاب الشأن في بحث تشاركي قائم على المجتمع وبحث للنتائج المعنية بالمريض (فريق عمل لجنة المهام الرئيسية لإشراك المجتمع التابعة لكونسورتيوم جوائز العلوم السريرية والتطبيقية (Clinical and Translational Science Awards Consortium) (Community Engagement Key Function Committee Task Force)) بشأن مبادئ إشراك المجتمع (Methodology Committee of the Patient-Centered Outcomes Research Institute)، 2012؛ ديفيركا وآخرون. 2012 Deverka et al.؛ كونكانون وآخرون. 2012 Concannon et al.؛ معهد بحوث النتائج المعنية بالمريض Patient-Centered

[PCORI] Outcomes Research Institute، 2015). تهدف هذه الدراسة إلى أن يكون امتدادًا تطبيقيًا لمفاهيم هذه الأطر في سياق قياس الجودة.

لقد تنامي الاعتراف بأهمية التركيز على المريض - التي وُصفت بأنها "انتقال للسلطة يعد أساسيًا لكل من التعريف بالجودة والسعي إليها" - ضمن قياس الجودة وتحسينها (بيرويك وفوكس 2016 Berwick and Fox). وتضمن الاستراتيجية الوطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية (استراتيجية الجودة الوطنية) "إشراك جميع الأفراد والأسر بصفحتهم شركاء في رعايتهم الصحية" باعتباره إحدى أولوياتها الست (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية U.S. Department of Health and Human Services [DHHS]، 2011). وبغية تحقيق هدف التركيز على الفرد، تتطلب جميع خطوات قياس الجودة - بما فيها تحديد الأولوية في ما يخص مقاييس الجودة وتطويرها وإقرارها واستخدامها وتقييمها - إشراك المستهلك بشكل كبير.

وقد شملت جهود تم بذلها سابقًا لإشراك المستهلكين في عملية قياس الجودة مبادرة تضافر الجهود لضمان الجودة (AF4Q) التي أطلقتها مؤسسة روبرت وود جونسون (Robert Wood Johnson Foundation) في 2006 من أجل تحويل الرعاية لتصبح على مستوى المناطق. وقد تألفت الجماعات الست عشرة الأعضاء في المبادرة من تحالفات بين المزودين والمستهلكين والقائمين بالدفع. وأشركت هذه التحالفات مستهلكين في تصميم تقارير الأداء، وجعلتهم يخرطون في جهود تحسين الجودة، كما شجعتهم على استخدام تقارير الأداء (ماندي وروزمان Mende and Roseman، 2013؛ نيس Ness، 2012). في إطار أمثلة أخرى، مولت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية في 2008 تعاونيات شملت مشترين من المجتمع وخططًا صحية ومزودين ومستهلكين - سميت بتبادلات قيمة مجازة - لتعزيز قياس الجودة وإعداد التقارير (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، بدون تاريخ محدد).

ورغم هذه الجهود وغيرها الرامية إلى إشراك المستهلكين على مرّ العديد من السنوات، تبقى المخاوف سائدة حيال واقع أن قياس الجودة الحالي لا يمدّ المستهلكين بالمعلومات الضرورية ليتخذوا قراراتهم بشأن رعايتهم (منتدى الجودة الوطني [NQF]، 2014). وتدعم منظمة محفز المجتمع (Community Catalyst)، الجهة الراعية لهذه الدراسة، وشبكتها المؤلفة من جمعيات حماية المستهلك، هذه النتيجة؛ فالمدافعون عن حقوق المستهلكين يعتبرون عملية قياس الجودة مليئة بالتحديات وتستغرق وقتًا طويلاً، وغير مرضية. وفضلاً عن هذه المخاوف، يبرز انعدام نشر أي مواد تتعلق بإشراك المستهلك في عملية قياس الجودة، وهي فجوة نسعى إلى سدها في هذه الدراسة.

إن محفز المجتمع (Community Catalyst) منظمة وطنية صحية تعمل في مجال حماية المستهلك بالتعاون مع منظمات مماثلة شريكة في 40 ولاية، وتشارك في عملية قياس الجودة من خلال استراتيجية الجودة الوطنية ولجان الخبراء الفنيين والمساعدة الفنية إلى الشركاء في الولايات. وتوفر محفز المجتمع (Community Catalyst) إلى جانب شركائها في الولايات مساهمات في مقاييس الجودة في إطار برامج على غرار منح نموذج الابتكار للولاية

(Robert Wood Johnson Foundation)، وبرامج الرعاية المسؤولة في مديكايد (Medicaid)، والمبادرات الطبية المنزلية المعنية بالمريض، وبرامج ترمي إلى دمج رعاية الأفراد المؤهلين للاستفادة من مديكير (Medicare) ومديكايد على السواء.

وقد أعدنا هذه الدراسة لمعالجة مخاوف المدافعين عن حقوق المستهلكين حيال قياس الجودة في هذا الإطار الجديد المعني بالرعاية الصحية. وتهدف الدراسة إلى بلورة فهم أوضح للتجربة الحالية للمدافعين عن حقوق المستهلك في مجال قياس الجودة، وتحديد المعوقات أمام إشراك المستهلكين بشكل فعال واقتراح سبل لتذليل هذه المعوقات. وتستهدف هذه الدراسة فئتين من الجمهور:

1. **صانعي القرارات في منظمات قياس الجودة.** قد تشمل هذه الفئة ممولي بحوث قياس الجودة، والباحثين في مجال أساليب القياس واستخدام مقاييس الجودة؛ صانعي السياسات المسؤولين عن اختيار مقاييس الجودة لدعم سياسة الدفع أو تقييم الأداء أو أنشطة تحسين الجودة، والقائمين بالدفع المسؤولين عن استعمال مقاييس الجودة خلال الدفع؛ والأطباء السريريين وأنظمة الرعاية الصحية المنخرطين في تطبيق قياس الجودة.
2. **المستهلكين ومنظمات المستهلكين المشاركة أو الراغبة في المشاركة في قياس الجودة، لا سيما منظمات حماية صحة المستهلك.** في هذه الدراسة نستخدم عبارة "المدافعون عن حقوق المستهلكين" للإشارة إلى الأفراد المتخصصين وممثلي وجهة نظر المستهلك الذين يتقاضون راتبًا، ويعملون عادة تحت رعاية منظمة غير ربحية لحماية المستهلك. أما "المستهلكون" فهم المستفيدون أو أفراد المجتمع الذين يمثلون المستهلك لكنهم ليسوا متخصصين في ذلك.

نأمل أن تساعد هذه الدراسة على تحسين إشراك المستهلكين في قياس الجودة في مختلف أنحاء البلاد.

المقاربة

لتحديد الفرص المتاحة أمام تحسين إشراك المستهلك في قياس الجودة، تحدثنا مباشرة مع ممثلي منظمات حماية المستهلك. واستخدمنا تصميمًا هادفًا لعينة الإقناع من أجل جمع آراء المدافعين عن حقوق المستهلكين الذين يتمتعون بمستويات خبرة متباينة على صعيد قياس الجودة ويمثلون مجموعة متنوعة من المناطق والسكان في أنحاء الولايات المتحدة. وتمثل الهدف في تحديد ما الذي كان - ولم يكن - مفيدًا للحفاظ على إشراكهم في قياس الجودة وتحديد حلول محتملة من أجل تحسين العملية.

قمنا بدعوة ممثلين عن منظمات حماية صحة المستهلك من بين مجموعة من حوالي 90 منظمة تعمل معها محفز المجتمع (Community Catalyst) عن كثب. وقد تم إرسال دعوات إلى 16 ممثلًا عن 13 من هذه المنظمات. ركزنا على المدافعين بحسب الولاية إذ إن الولايات نفذت مجموعة واسعة وعددًا كبيرًا من برامج الرعاية الصحية المبتكرة، ما ساهم في بروز الحاجة والفرصة للابتكار في مجال قياس الجودة.

وقد قبل 13 ممثلًا عن 10 منظمات في تسع ولايات الدعوة للمشاركة (وهي ألاباما وكاليفورنيا وجورجيا وإلينوي وماساتشوستس وميشيغان ومينيسوتا ونيويورك وبنسلفانيا). وتتنوع المشاركون بين ممثلين عن أربع منظمات تعمل في قضايا الرعاية الصحية العامة، وممثلين عن ذوي الاحتياجات الخاصة وممثلين عن الأقليات العرقية والإثنية، وممثل عن صحة الأم والطفل، إلى جانب ممثل عن مجموعة واسعة من القضايا المرتبطة بالاحتياجات الناتجة عن الفقر ومشكلاته.

وقد أجرينا أربع جلسات نقاش مجتمعية مع ممثل إلى خمسة ممثلين لكل جلسة خلال صيف 2016: حيث عقدت ثلاث جلسات عبر الهاتف وجلسة واحدة مباشرة في مكتب محفز المجتمع (Community Catalyst) في بوسطن، ماساتشوستس. ودامت كل جلسة ساعة واحدة. وتعاون فريق مشروع RAND وفريق مركز إشراك المستهلك في الصحة الابتكارية التابع لمنظمة محفز المجتمع (Community Catalyst) في إدارة الجلسة، وتلاها نموذج منظم من الأسئلة والأجوبة (راجع الملحق). استُهلّت الجلسة بالطلب من المشاركين وصف تجربتهم في عملية تطوير مقياس الجودة وتطبيقه، بما فيه

- كيف علموا بفرص العمل على قياس الجودة، سواء من خلال دعوة أو لا
- كيف شاركوا في العملية، مثلًا لجان الخبراء الفنيين، الرد على طلبات المعلومات أو أنشطة أخرى
- ما هو نوع العمل الذي شاركوا فيه، على غرار تحديد أولويات مقاييس الجودة أو خصائصها وتطويرها أو اعتمادها أو تطبيقها أو تقييمها.

وخصّص معظم وقت كل جلسة نقاش لتقييم تجارب المشاركين في منظمات ومؤسسات قياس الجودة. وقد طلبنا من المشاركين وصف جوانب هذه المشاركات التي أتت أو لم تأت على مستوى توقعاتهم، وما إذا شعروا بأنهم مستعدون لعرض آراء وتجارب مستخدمي الرعاية الصحية. أخيرًا، أمضينا جزءًا من كل جلسة مناقشة نتحدث عن توصيات المشاركين لتحسين إشراك المستهلكين في مشروع قياس الجودة.

وقد وثّق شخصان مكلفان بتدوين الملاحظات المناقشات وتمّت الاستعانة بملاحظاتهما لتحديد المعوقات الرئيسية التي أشار إليها المدافعون عن حقوق المستهلكين خلال محاولتهم الاشتراك في عملية قياس الجودة. وتشارك المشاركون

في المناقشة المعوقات والأمثلة التوضيحية والحلول المحتملة الواردة في الفصل الثالث. كما جرى التطرق إلى تعليقات المشاركين الخطية خلال مراجعات الدراسة.

ثم اجتمعت لجنة ضمت تسعة خبراء في مجال قياس الجودة (راجع فقرة الشكر والعرفان) لمراجعة هذه الدراسة والإدلاء بتعليقاتهم. وتم عرض النتائج الرئيسية، كما دُعي الخبراء إلى التعليق بشأن أهداف المشروع، ودورة حياة قياس الجودة، ومعوقات إشراك المستهلك والتوصيات. خلال الاجتماع، طُلب من المشاركين تقييم توصيات الدراسة. وجرى التطرق إلى تعليقات المشاركين الشفهية والخطية خلال مراجعات الدراسة.

مخطط الدراسة

تم تقسيم الجزء المتبقي من هذه الدراسة إلى ثلاثة فصول. في الفصل الثاني، نصف المراحل النموذجية لعملية تطوير مقياس ونحدد الفرص المتاحة لإشراك المستهلكين في العملية. في الفصل الثالث، نتشارك وجهة نظر المشاركين في مجموعة التركيز في ما يخص المعوقات أمام الإشراف الفعال في قياس الجودة. وفي الفصل الرابع، ننظم حلولاً محتملة لهذه المعوقات - بما فيها تلك التي عرّ عنها المشاركون في مجموعة التركيز مباشرة وتلك التي تمّ تحديدها من خلال توليفة هذه المناقشات - لتحويلها إلى توصيات يمكن أن يستخدمها قادة قياس الجودة والمدافعون عن حقوق المستهلكين لتحسين إشراك المستهلكين في قياس الجودة.

الفصل الثاني

خطوات أساسية لوضع مقاييس الجودة واستخدامها

في هذا الفصل، نقدّم لمحة عامة عن دورة حياة مقاييس الجودة من أجل تمهيد الطريق لاستكشاف كيف يمكن إشراك المستهلكين وما هي المعوقات التي قد يواجهونها. واستنادًا إلى عمل سابق (فريديبرغ ودمبرغ Friedberg and Damberg، 2011)، وصفنا ست مراحل هي وضع الأولويات وتصميم مفاهيم القياس وتحديد المقاييس واختبار المقاييس والمصادقة عليها واستخدام المقاييس والحفاظ على المقاييس. وفي كل مرحلة، نتحرى عن فرص إشراك المستهلك. يعرض الشكل 2.1 هذه المراحل.

الشكل 2.1: دورة حياة قياس الجودة



وضع الأولويات: ما هي النقاط العامة التي يجب قياسها؟

من أجل توجيه دفة الاتجاه الكلي لتطوير مقياس الجودة واستخدامها، يمكن للمنظمات الحكومية والخاصة بذل الجهود للتوصل إلى إجماع حول المجالات التي يجب إيلاؤها أولوية بهدف تحسين الجودة. في هذه المرحلة، يتم اتخاذ القرارات الأولية بشأن جوانب الرعاية التي ستحتل الأولوية والمجتمعات التي ستستهدفها. يمكن أن تؤثر القرارات الناشئة عن جهود تحديد الأولويات على الاستثمار اللاحق في مقاييس جديدة وتساعد على تحديد كيفية استخدام المقاييس الجديدة والقائمة.

تشمل الأولويات العامة أمورًا على غرار القرارات المتخذة لقياس رعاية مرض السكري والخرف ضمن بيانات الرعاية على المدى الطويل، أو أنواع فشل القلب الاحتقاني عند خروج المرضى من المستشفى. وتتضمن الأمثلة على جهود وضع الأولويات استراتيجية الجودة الوطنية التي وضعتها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة [AHRQ] Agency for Healthcare Research and Quality)، بدون تاريخ محدد- (ب)، الشراكة على صعيد الأولويات الوطنية (National Priorities Partnership, NPP) التابعة من منتدى الجودة الوطني (بدون تاريخ محدد- C) واللجان الاستشارية في مجال القياس (Measurement Advisory Panels,) (MAPs) التابعة للجنة الوطنية لضمان الجودة (National Committee for Quality Assurance, NCQA) بدون تاريخ محدد- A، بدون تاريخ محدد- B). ويمكن أن تتداخل هذه الجهود. على سبيل المثال، جمعت استراتيجية الجودة الوطنية، التي تم تكليفها بموجب قانون الرعاية الميسرة عام 2010 (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، 2011)، مساهمات أكثر من 300 مجموعة، بما فيها الشراكة على صعيد الأولويات الوطنية - التي بدورها تشمل اللجنة الوطنية لضمان الجودة بين المنظمات الأعضاء البالغ عددها حوالي 50 منظمة (منتدى الجودة الوطني بدون تاريخ محدد- D).

لا تتطلب المشاركة في جهود وضع الأولويات أي خبرة سريرية أو منهجية. ويكون الدعم الذي يعكس حقًا أولويات المستهلكين والمجتمعات قيمًا للغاية في هذه المرحلة. وتشمل الفرص المحددة للإشراك على سبيل المثال لا الحصر الشراكة على صعيد الأولويات لمنتدى الجودة الوطنية واللجان الاستشارية في مجال القياس التابعة للجنة الوطنية لضمان الجودة.

تصميم مفاهيم قياس ضمن مجال أولوية: ما هي النقاط المحددة التي يجب قياسها؟

ما إن يتم تحديد الأولويات العامة للقياس، تتمثل الخطوة التالية في تصميم مفاهيم القياس التي يمكن أن تشكل ركيزة تطوير مقاييس محددة. حين تتضمن الأولويات نتائج سريرية، عادةً ما تكون مفاهيم القياس مبنية على الدليل العلمي والتوجيهات السريرية. على سبيل المثال، كان من بين أولويات استراتيجية الجودة الوطنية "الوقاية من الأسباب الرئيسية للوفاة ومعالجتها"، بهدف الوقاية من الأمراض القلبية والوعائية والحد من الأضرار الناتجة عنها (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، 2011). وتشمل مفاهيم القياس المتعلقة بهذا الهدف تقييمات عمليات الرعاية، مثلًا نسبة المرضى الذين يتلقون الرعاية من مرض القلب الوعائي المتناسب مع التوجيهات (على سبيل المثال نسبة المرضى الذين يعانون مرض القلب وضغط دمهم مراقب بشكل جيد)، أو تقييمات نتائج الرعاية، إذا كان من الممكن قياسها بشكل مباشر (مثلًا معدل الوفيات أو النتائج التي أبلغ عنها المرضى). تاريخيًا، كانت مفاهيم القياس الناتجة مباشرة عن المرضى قليلة.

بالنسبة إلى الأولويات التي تتضمن الرعاية المعنية بالمريض، قد تشمل مفاهيم القياس قدرات المزود (مثلًا امتلاكه سجلات صحية إلكترونية تتضمن البيانات الصادرة عن المريض)، إضافةً إلى تجارب الرعاية التي عاشها المرضى. بإمكان المدافعين عن حقوق المستهلكين ابتكار مفاهيم القياس بمفردهم أو بالشراكة مع مطوري المقاييس. ويتطلب ابتكار مفاهيم القياس معرفة الفرص المحددة الرامية إلى تحسين الرعاية ضمن مجال أولوية محدد والاستفادة من أفكار معينة معقولة بشأن كيفية تحسينها. ومن المرجح أن يحتل المدافعون عن حقوق المستهلكين الذين يتابعون عن كثب الدراسات العلمية بشأن معالجة الحالات التي تحتل أبرز أولوياتهم مكانة جيدة تخولهم ابتكار مفاهيم القياس. وتكتسب أدوار المدافعين في هذا النشاط أهمية خاصة حين يمثلون المجتمعات التي لديها اهتمامات صحية غير منتشرة بشكل واسع بين الشعب عمومًا. وإذا لم يول المدافعون انتباهًا دقيقًا، يمكن أن يغفل مطورو المقياس، الذين يركزون على الحالات الصحية الأكثر انتشارًا، عن هذه الاهتمامات. إن نشر مفاهيم القياس والترويج لها أمام من لديهم القدرة على توفير الموارد للمراحل التالية من تطوير المقياس - على غرار وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، أو مراكز خدمات مديكير ومديكايد، أو الجمعيات المنخرطة في تطوير المقياس - قد يكون استراتيجية فعالة لهؤلاء المدافعين عن حقوق المستهلكين. ويمكن نشر مفاهيم المقياس هذه في "المنشورات غير الرسمية" (مثلًا المذكرات والتقارير على موقع منظمة مجتمعية إلكتروني) أو في مجلات استعراض النظراء. ويتطلب تقديم نسخة خطية إلى مجلة استعراض النظراء ممارسة وخبرة، كما يمكن للعمل مع أكاديمي متمرس أن يكون مفيدًا لصياغة مبرر والمضي بالعملية.

أما في مجالات الأولوية البارزة التي تفتقر إلى دليل علمي، بإمكان المدافعين عن حقوق المستهلكين أيضًا السعي إلى توجيه الموارد البحثية من أجل إصدار الدليل الذي يمكن أن يشكل أساس التوجيهات السريرية ومفاهيم القياس

الجديدة. وتشمل فرص التأثير على أجندة البحث السريري المعاهد الوطنية للجان الاستشارية في مجال الصحة (المعاهد الوطنية للصحة، بدون تاريخ محدد) واللجان الاستشارية لمعهد بحوث النتائج المعنية بالمريض (PCORI، 2016).

تحديد المقاييس: كيف سنقيس هذه المفاهيم تحديداً؟

قبل اختبار مفهوم القياس واستخدامه لتحسين الرعاية، لا بدّ من ترجمته إلى مواصفات مفصلة. إن مواصفات القياس هي قواعد تصف البيانات المطلوبة وأساليب احتساب قياس الجودة. وتشمل هذه الأساليب تعريفات مخرج الكسور (بمعنى أي مرضى وأي أحداث صحية يجب إدراجها أو استثنائها)، وبسط الكسور (بمعنى أي أحداث صحية تُعتبر رعاية أفضل أو أسوأ)، والأطر الزمنية للقياس، وأساليب تكييف المقاييس بحسب الخطورة السريرية للمجتمع المستهدف (فريدبرغ ودمبرغ، 2011).

أين يمكن إيجاد أمثلة عن مواصفات القياس؟ يوفّر مكتب تبادل معلومات مقاييس الجودة الوطنية (National Quality Measure Clearinghouse, NQMC)²³ الذي تديره وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، ملخصات عن مواصفات آلاف مقاييس الجودة (وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، بدون تاريخ محدد-A)، على الرغم من أنه في العديد من الحالات، لا بد من الحصول على المواصفات الكاملة والمفصلة من مطوّر المقياس مباشرة (مثلاً مجموعة بيانات ومعلومات فعالية الرعاية الصحية التي طوّرتها اللجنة الوطنية لضمان الجودة أو مقاييس HEDIS). وتتوافر المواصفات الكاملة لمقاييس مبادرة جودة المستشفيات التي طوّرتها مراكز خدمات مديكير ومديكايد (واردة على موقع "Hospital Compare") للتحميل المجاني وتقدم فكرة جيدة بشأن درجة التفاصيل المستخدمة (مراكز خدمات مديكير ومديكايد، 2016 A، 2016 B).

يتطلب تحديد مقاييس الجودة خبرة في أساليب قياسها وفي أنواع البيانات التي تشكل أساس المقياس (مثلاً، بيانات مطالبات الخطة الصحية الإدارية أو بيانات استطلاع المرضى). يمكن للمدافعين عن حقوق المستهلكين تقديم مساهمات قيمة لقياس المواصفات حتى إن كانوا يفتقرون إلى هذه الخبرة المنهجية محلياً. ويعزى ذلك إلى أنه لا مفر من أحكام القيمة (أي القرارات التي تحتمل أكثر من إجابة علمية واحدة صحيحة) عند تحويل مفاهيم القياس إلى مواصفات مفصلة (فريدبرغ ودمبرغ، 2011). وتشمل أحكام القيمة هذه تحديد أي من سيناريوهات الرعاية المحددة تلبّي الغرض من مفهوم القياس، ووجوب وكيفية إجراء تعديلات تجمعات الحالات. ومن خلال التعاون عن كثب مع مطوّر القياس، يمكن للمدافعين عن حقوق المستهلكين المساهمة في ضمان تماشي مواصفات القياس مع مفهوم القياس الخاص بهم قدر المستطاع. وتعتبر المشاركة في لجان خبراء فنيين ولجان استشارية لتطوير المقياس سبيلاً محتملاً للقيام بذلك.

وقد طورت العديد من المنظمات الحكومية والخاصة مواصفات لقياس الجودة. وشملت مراكز خدمات مديكير ومديكايد، ووكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، واللجنة الوطنية لضمان الجودة، والخطط الصحية، والأنظمة الصحية، وباحثين ومجتمعات محترفة مزودة.

اختبار المقاييس والمصادقة عليها: هل تقيس النقاط المستهدفة بالفعل؟

يعني اختبار المقياس تقييم صحته وموثوقيته. فصحة المقياس تعني أنه يقيّم ما هو مستهدف (فريدبرغ ودمبرغ، 2011). أما الموثوقية، فتشير إلى نسبة الإشارة إلى الضجيج في مقياس ما - ما مدى كون فوارق الأداء البارزة بين المزودين فوارق حقيقية، وليس فوارق برزت بمحض الصدفة - أي أن يكون بعض المزودين محظوظين أكثر أو أقل من سواهم (فريدبرغ ودمبرغ، 2011). وبما أن مواصفات القياس معقدة ولا يمكن تجنب بروز بعض الأخطاء عند القياس، ينصح إلى حدّ كبير بتقييم صحة وموثوقية المقياس قبل استخدامه بطريقة عالية المخاطر (انظر القسم التالي). من أجل اختبار الصحة، يمكن مقارنة أداء المقياس مع "مقياس ذهبي" أو مع أدائه ضمن مقاييس أخرى مرتبطة بشكل وثيق بمفهوم القياس. على سبيل المثال، في حال أشار مقياس جديد يقوم على بيانات مطالبات إدارية إلى أن الطبيب الجراح A يملك معدل تعقيد أدنى من الطبيب الجراح B، يجب أن تخلص مراقبة السجلات السريرية المفصلة أيضًا إلى أن الجراح A يملك معدل تعقيد أدنى من الجراح B، إن كان المقياس الجديد صحيحًا.

كما يشمل اختبار المقياس تقييم الموثوقية. فالمقاييس الصحيحة غير الموثوقة قد تكون تقييمات حقيقية لأداء المزود في المتوسط ومع ذلك فقد لا تكون مناسبة لاستخدام عالي المخاطر لأن الفوارق بين المزودين في أداء محتسب غالبًا ما تكون عشوائية. ويظهر مؤشر حدسي لمقياس غير موثوق عندما يشير قياس أداء مزود معين إلى تقلبات كبيرة بين عام وآخر، حتى إن لم يكن المزود قد بدّل طريقة عمله.

عندما يكون مقياس ما مقبولًا من حيث الصحة والمصادقية، يمكن لمطوريه أن يطلبوا من هيئة فحص المقاييس المصادقة عليه، على غرار منتدى الجودة الوطني. وقد تعزز هذه المصادقة ثقة مستخدمي المقياس المحتملين بدقته. وعندما لا يحظى مقياس على المصادقة، يمكن أن توفر عملية الفحص لمطوري المقياس توجيهات مفيدة حول كيفية تحسينه أو إثبات صحته وموثوقيته بشكل أفضل. يمكن تطبيق هذه العملية بشكل متكرر لأكثر من عام.

في حين يتطلب اختبار مقياس الأداء خبرة في قياس الأداء والإحصاءات، تتطلب المصادقة أيضًا مساهمة أصحاب الشأن الذين يتمتعون بنوع آخر من الخبرة تشمل تجربتهم الاستهلاكية. ويعود السبب في ذلك إلى أن علم الإحصاءات والقياس لا يمكنه وحده تحديد مدى الدقة المطلوبة لاستخدام معين للمقياس. على سبيل المثال، ما من إجابة "صحيحة" من حيث الرياضيات عن المدى الذي يكون عنده عدم دقة القياس مفرطًا (أي النقطة التي يصبح

عندها وجود تقرير غير دقيق أسوأ من عدم وجود أي تقرير أساسًا) وتختلف مستويات تقبل المستهلكين لحجم المعلومات الخاطئة التي قد تؤثر على قراراتهم بشأن مكان تلقيهم الرعاية الصحية، والطريقة الوحيدة لمعرفة ذلك هي سؤالهم (ديفيس Davis، هيبارد Hibbard وميلستاين Milstein، 2007). وبالتالي، إن المدافعين عن حقوق المستهلكين هم في موقع أفضل لتوفير هذه المعلومات الدقيقة من خلال إبلاغ مطوري المقياس بالدقة التي يحتاج إليها أفراد المجتمع من مقياس جودة.

استخدام المقاييس لتحسين الرعاية المتوافرة لأفراد المجتمع

استنادًا إلى نموذج مفاهيمي طوّره دانا سفران (Dana Safran) في (2008)، يمكن استخدام مقاييس الجودة بطرق عالية المخاطر ومتدنية المخاطر من أجل تحسين جودة الرعاية. وتشمل الاستعمالات العالية المخاطر الحوافز المالية على غرار نظام الأجر المرتبط بالأداء (P4P)، وتقارير الأداء العام - على سبيل المثال، التقارير الموجودة على الويب مثل Hospital Compare (مراكز خدمات مديكير ومديكايد، 2016 A) و Healthcare Compass الذي يديره ائتلاف شركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس (Massachusetts Health Quality Partners) (MHQP، بدون تاريخ محدد) - وتصنيف المزود، حيث يدفع المرضى أسعارًا فعلية أعلى لرؤية مزودين ذوي أداء أدنى. وفي جميع هذه الاستخدامات العالية المخاطر، تكون المقاييس مرتبطة مباشرة بالحوافز الخارجية التي تستهدف المزودين أو المرضى أو الاثنين معًا. ونظرًا إلى أن المقاييس غير الدقيقة قد توجّه المرضى بشكل خاطئ نحو مزودين ذوي جودة أدنى حقًا وتضرّ بالمزودين ذوي الجودة الأعلى حقًا، اتفق معظم أصحاب الشأن على أن الاستخدامات العالية المخاطر تستلزم مقاييس أداء صحيحة وموثوقة بشكل معقول.

أما الاستخدامات المتدنية المخاطر لمقاييس الأداء، فتشمل تعقيبات سرية إلى المزودين من أجل مساعدتهم على قيادة دفة جهودهم الرامية إلى تحسين الأداء وإعداد التقارير على مستوى المجتمع لزيادة الوعي العام بشأن مسائل الجودة والمساعدة على وضع الأولويات من أجل التحسين. وفي حين لا تزال الدقة تكتسب أهمية بالنسبة للاستخدامات المتدنية المخاطر هذه، لا تؤثر بشكل مباشر على اختيار المرضى للمزودين ولا تتغير طرق الدفع إلى المزودين.

هذا ويؤثر العديد من أصحاب الشأن على كيفية استخدام المقاييس. يتمّ التفاوض بشأن الاستخدامات العالية المخاطر في العقود التي تُبرم بين المزودين والقائمين بالدفع وكذلك في الجهود التعاونية الإقليمية، على غرار شركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس (MHQP). ويمكن طلبها بموجب قانون أو أنظمة، على غرار قانون إعادة ترخيص النفاذ إلى مديكير وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) لعام 2015 (Medicare Access and Children's Health Insurance Program (CHIP) Reauthorization Act) (MACRA) أو من خلال هيئات حكومية

لقياس الجودة. وغالبًا ما يتم اللجوء إلى الاستخدامات المتدنية المخاطر في أوساط منظمات المزودين وهي تفتح المجال أمام اختبار مقاييس لم تتم المصادقة عليها بعد، أو يمكن اعتمادها في إطار مبادرة مؤقتة داخلية بعنوان "أجر لقاء التبليغ". وقد يتمكن المدافعون عن حقوق المستهلكين الذين لا تمثل المقاييس الحالية المصادق عليها أولوياتهم بالشكل المناسب، من استخدام هذه المقاييس قيد التطوير من أجل قيادة دفعة جهود تحسين الجودة، بالشراكة مع المزودين والقائمين بالدفع وغيرهم من المنظمات الصحية التي تقدّم الخدمات إلى المجتمعات التي تمثلها.

وغالبًا ما تتم دعوة مجموعات المستهلكين للمساعدة على اختيار المقاييس من قائمة ما خلال تصميم برامج جديدة لتحفيز إعداد التقارير والأداء. فعلى المستوى الوطني، على سبيل المثال، تقدّم شراكة تطبيقات المقياس التابعة لمنتدى الجودة الوطني الاستشارة إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بشأن مقاييس الجودة الواجب استخدامها في البرامج الفدرالية على غرار مديكير (منتدى الجودة الوطني، بدون تاريخ محدد-B). كما توفر حكومات الدولة والتعاونيات على مستوى الدولة، على غرار شركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس (MHQP)، فرصًا لإشراك المجتمع في عملية اختيار المقياس - مثلًا مجلس صحة المستهلك التابع لشركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس (MHQP، 2016). وفي بعض الأحيان، يُعتبر القرار بشأن المقاييس الواجب استخدامها في برنامج محدد بمثابة نشاط تحديد أولويات. غير أنه لا يجب الخلط بين الاختيار من قائمة مقاييس حالية ومرحلة "وضع الأولويات" لدورة حياة مقاييس الجودة - التي يمكنها تحديد أولويات ليس لديها مقاييس جودة.

الحفاظ على المقاييس

يشمل الحفاظ على المقياس تحديد - على أساس دوري - ما إذا كانت المفاهيم الكامنة وراء مقياس حالي بحاجة إلى تعديل (مثلًا إدراج نتائج بحثية جديدة أو توجيهات مراجعة) وتحديث مواصفات القياس للتكيف مع التغييرات في مفهوم القياس أو في البيانات الكامنة (مثلًا التغيير من النسخة 9 للتصنيف الدولي للأمراض إلى النسخة 10). على سبيل المثال، بالنسبة إلى المقاييس المصدّقة من منتدى الجودة الوطني، على "مدراء المقياس" (أي المنظمات المسؤولة عن الحفاظ على مقياس محدد) تقديم تقارير حالة سنوية إلى منتدى الجودة الوطني الذي إما يعيد التأكيد على مواصفات القياس الحالية أو يجري التحديثات الضرورية (منتدى الجودة الوطني، بدون تاريخ محدد-A). ويمكن أن يدخل تحديث مفاهيم أو مواصفات القياس ضمن جهود تعقّب التغييرات السنوية في الأداء. بالتالي، قد ينطوي تعديل مقياس ما على تبادلات صعبة.

وقد يضم الحفاظ على المقياس أيضًا التحقق من التداخيات السلبية غير المتعمدة للطرق التي يُستخدم فيها المقياس، على غرار مفاومة التباينات في حال كانت برامج الأجر بحسب الأداء توجّه الموارد بعيدًا عن المزودين الذين يقدمون

خدماتهم إلى مجتمعات هشة من الناحية الاجتماعية-الديمقراطية. وقد تكون بعض استعمالات المقاييس مليئة بالتحديات بالنسبة إلى المستهلكين والمزودين على السواء. ويمكن معالجة مثل هذه التداخيات غير المتعمدة من خلال تغيير مواصفات القياس أو تغيير الطريقة التي يُستخدم فيها المقياس أو عدم استخدام المقياس على الإطلاق. فضلاً عن ذلك، يمكن الاستغناء عن المقاييس وعدم الاحتفاظ بها حين تحقّق هدفها. على سبيل المثال، لا يتم تقييم استخدام محصر البيتا عقب أزمة قلبية إذ أسفر الاستخدام السابق للمقياس عن التزام شبه كامل بالتوجيهات. يتحمل مدراء المقياس مسؤولية الحفاظ على المقياس، ويكونون عادةً مطوّري المقاييس الأصليين. غير أن العديد من أصحاب الشأن يضطّعون بالأدوار في الحفاظ على المقياس إذ يمكنهم جميعاً إبلاغ مالك المقياس عند إجراء أي تغيير لمفهوم المقياس أو مواصفاته أو حين تبدو الاستخدامات ضرورية. في معظم الحالات، يتم إدراج مالك مقياس جودة في سجل مكتب تبادل معلومات مقاييس الجودة الوطنية للمقياس (وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة، بدون تاريخ محدد-A). يمكن للمدافعين عن حقوق المستهلكين الذين تراودهم مخاوف أو لديهم استشارة بشأن الحفاظ على مقياس نشر مخاوفهم في منتدى عام، ولكن في العديد من الحالات يكون مجرد الاتصال بمدير المقياس مباشرة كافياً.

التعليق

لا يتبع كل مقياس جودة الترتيب المحدد في هذا الفصل. في بعض الأحيان، يتم تجاهل مرحلة ما. على سبيل المثال، يمكن استخدام مقياس جديد قبل اختباره، رغم أن مثل هذا التجاهل قد يسفر عن حوافز سيئة أو يضلّل المستهلكين - على سبيل المثال، في حال لم يقيّم أحد المقاييس ما يفترض به أن يقيّمه. فضلاً عن ذلك، قد يستحيل التنبؤ بطول المدة الزمنية ضمن المراحل وبينها. كما قد يكون لمطوّري المقياس ومستخدميه أجنداث وأطر زمنية مختلفة. على سبيل المثال، قد يبقى مقياس محدد بشكل جيد ومختبر غير مستعمل لأشهر أو سنوات، ومن ثم يبدأ استخدامه عند انطلاق برنامج جديد حكومي أو تابع للقطاع الخاص، وفي بعض الأحيان بطرق لم يتصورها مطوّرو المقياس.

إضافةً إلى ذلك، يمكن تكرار الأنشطة ضمن المرحلة الواحدة استناداً إلى العبر المستخلصة في مراحل أخرى. على سبيل المثال، يمكن أن ينتج استخدام المقاييس أو إعادة استخدامها (المرحلة 4) عن بروز مقاييس مصدقة حديثاً (المرحلة 3) ويمكن للتجربة المتأتية من استخدام المقاييس أن تملي الحفاظ على المقاييس القائمة (المرحلة 5). بعبارة أخرى، قد يستحيل رؤية قيود مقياس جديد قبل استخدامه، حين يُسلط الضوء على أفكار التحسين أو المقاييس البديلة. في مثل هذه الحالات، يمكن للنظر مجدداً في المراحل الأولية من تطوير المقياس أن يقود دفة تحسينه.

في المبدأ، بإمكان كافة أصحاب الشأن، بمن فيهم المستهلكين، المشاركة في كل مرحلة من دورة حياة مقياس الجودة. وعملياً، تعتمد قدرة المستهلكين على الاشتراك بفعالية في بعض المراحل - لا سيما تحديد المقاييس واختبارها والحفاظ عليها - جزئياً على رغبة الخبراء وتجربتهم في أساليب قياس الجودة. كما يتوقف إشراك المستهلك في العمل الفني على نفاذه إلى موارد تكون ضرورية لدعم المشاركة الكاملة، بما في ذلك التمويل والوقت المخصص والتدريب والدعم. ويمكن أن يكون حجم الاستثمار الضروري للمشاركة طوال دورة حياة قياس الجودة كبيراً، وقد لا تكون النتائج أكيدة، خاصة على المدى القصير. واستناداً إلى تجربتنا، يعتمد الإشراك المهم للمستهلك في كافة المراحل على قدرة الخبراء الفنيين على العمل بالتعاون مع المستهلكين وعلى الدعم المستمر لإشراكهم.

الفصل الثالث

معوقات مشاركة المستهلكين والحلول المحتملة

في هذا الفصل، نقدّم ستة معوقات برزت خلال محادثتنا مع المدافعين عن حقوق المستهلكين حول تجربتهم في المشاركة في عملية قياس الجودة. ولكل معوق، نقدم وصفاً مختصراً ومثلين أو أكثر، إلى جانب الحلول المحتملة التي يوصي بها المشاركون لتحسين دور المستهلكين في قياس الجودة. وترتبط بعض المعوقات بشكل وثيق بمرحلة أو اثنتين في دورة حياة قياس الجودة، لكن ثمة معوقات أخرى تعالج قضايا أشمل تطل دورة الحياة بكاملها.

المعوق الأول: "سلطة غير متكافئة"

يعمل معظم أصحاب الشأن الذين يشاركون مباشرة في محادثات قياس الجودة في أحد أقسام قطاع الرعاية الصحية. ويمكن الحفاظ على مشاركتهم في قياس الجودة على مرّ السنين من خلال الرواتب المدفوعة إليهم والدعم المؤسسي. وبما أنهم يدركون العملية جيداً، ويعرفون أصحاب الشأن الآخرين ويحظون بدعم منظمة ما، قدموا إلى النقاش متسلحين بمكانتهم وقدرتهم.

غير أن المستهلكين في قطاع الرعاية الصحية لا يتمتعون عادةً بهذه الميزات. فقد قدموا للمشاركة في المناقشات حول مقاييس الجودة بصفتهم خبراء في تجربة المستهلك على صعيد الرعاية وفي كيفية جعل هذه المقاييس مفهومة ومفيدة للمستهلكين، لكنهم قد يفتقرون إلى الدعم المؤسسي. وقد يؤدي ذلك إلى مجموعة من الصعوبات، على غرار تحمل تكاليف النقل من وإلى الاجتماعات والحصول على وقت مستقطع من العمل والتعامل مع الالتزامات العائلية أو تلك الخاصة بالرعاية الصحية على وجه الخصوص والتي تمنحهم الخبرة المناسبة للمساهمة في قياس الجودة. كما أن المدافعين عن حقوق المستهلكين، غالباً ما يحظون بدعم مؤسسي محدود فقط. فأولئك الذين يعتمدون على دعم خارجي (مثلاً من المؤسسات المانحة للهابت) قد يعتبرون أن أولويات ممول ما تستثني أو تقيد الدعم التشغيلي العام لإعداد وحضور منتديات الجودة التي يقيمها أصحاب الشأن، والتي قد تجري العديد منها ضمن أطر زمنية ضيقة للغاية لا تسمح بتقديم طلبات هبات منفصلة.

وفور بدء تنفيذ نشاط قياس الجودة، قد لا يدرك المشاركون أو لا يعتقدون أن آراء المستهلكين تكتسب الأهمية ذاتها بقدر آراء الأطباء والباحثين والمرضى وصناع السياسات أو المسؤولين في النظام الصحي والتأمين. ويبرز فارق متأصل على صعيد القدرة بين المستهلكين والمتخصصين المنخرطين معاً في عملية قياس الجودة. وقد تكون

اختلالات القدرة حادة بشكل خاص خلال بعض مراحل دورة الحياة التي تشمل تفاصيل فنية على غرار خلق مفاهيم للمقياس وتحديد المقاييس واختبارها.

المثال 1.1: وقت وموارد غير متكافئة

لا يملك المدافعون عن حقوق المستهلكين دائماً الوقت والموارد للمشاركة في قياس الجودة أو للاستجابة بفعالية في حال مشاركتهم في العملية. وقد يبرز هذا النوع من الاختلال عبر عدة طرق. مثلاً، أخبرتنا إحدى المدافعات عن حقوق المستهلكين أن الانخراط غير المتسق صعب فهم ما يجري في جميع الأوقات أو في الفترة التي يتعين عليها خلالها الاستجابة لمسودة مستندات. وقالت في هذا الإطار،

إن لم تكن ضمن لجنة استشارية أو تتابع فعلاً اجتماعات المجالس [على مستوى الولاية] من شهر إلى آخر أو منخرطاً عند مستوى تدرك فيه جيداً ما الذي يجري، عندها سيصعب عليك معرفة موعد حدوث الأمور وفترة الاستجابة المتوقعة.

من ناحية أخرى، ذكر مدافع آخر عن حقوق المستهلكين، يستفيد من مزايا الراتب والتوظيف إن منظمته لا تملك حتى الآن طاقم عمل متخصص في قياس الجودة، مما يصعب مسألة الحفاظ على حضور المنظمة وصوتها باستمرار.

على صعيد الولايات، حيث يتم تطوير مقاييس الجودة، اضطلعنا بدور الرقابة أكثر. وقد عجزنا عن إضفاء آرائنا على العملية... فلم نكن نتمتع بالقدرة الفردية لحضور الاجتماعات وعرض وجهة نظرنا.

المثال 1.2: ديناميكيات السلطة

لاحظ مدافع آخر عن حقوق المستهلكين أن المشاركة في قياس الجودة مع ممثلين موظفين ومدربين من منظمات نافذة حملت معها فوارق متأصلة على صعيد السلطة. ومن شأن ذلك أن يصعب على المستهلكين الشعور بأنهم "يشاركون" فعلاً ويتمتعون برأي مساوٍ. وقد قال المدافع،

خلال السنوات الأربع الأولى، كنا ضمن ما يسمى بمجموعة أصحاب الشأن المتعددين. كنا نضع التوصيات، لكن بمشاركة اتحاد المستشفيات والجمعية الطبية ووزارة الصحة وأعضاء من المجتمع. أنا على ثقة من أنكم تدركون أنه إن كان أحدهم يتلقى أجراً مقابل حضوره، وأن أعضاء المجتمع يفتقرون إلى الموارد نفسها، فسيبدو أن المجتمع حاضر فيما ديناميكية السلطة غير متوازنة، كما أنه في البداية لم تكن أصواتنا مسموعة بقدر أصواتهم.

غالبًا ما يصف المدافعون عن حقوق المستهلكين هذه الظاهرة بـ"ديناميكية السلطة"، وتتمثل تداعياتها في أن هذه السلطة غير متوازنة أصلاً. ويمكن لأي عضو ضمن مجموعة ما أن يشعر بهذا الاختلال، لكن المدافعين عن حقوق المستهلكين غالبًا ما يشعرون به.

الحلول المحتملة

من أجل معالجة فوارق السلطة المتأصلة التي قد تؤثر على كيفية إشراك المستهلكين في عملية قياس الجودة، لا بد من أخذ العديد من الاعتبارات المهمة في الحسبان.

أولاً، يُعتبر إشراك المستهلكين أقوى عندما تتم المحافظة عليه مع مرور الوقت (فريق عمل لجنة المهام الرئيسية لإشراك المجتمع التابعة لكونسورتيوم جوائز العلوم السريرية والتطبيقية بشأن مبادئ إشراك المجتمع، 2011)، حتى إن اختلفت حدة الإشراك بحسب مستوى التفاصيل الفنية بين مرحلة وأخرى من دورة الحياة. ويتيح ذلك لممثل المستهلكين الآخرين فهم الظروف السائدة ومقابلة الأطراف الفاعلة وفهم مجالات المحتوى ورؤية عملية قياس الجودة بالكامل المرتبطة بالتطوير والتصديق والتطبيق والتقييم من البداية وحتى النهاية. وتكتسب هذه الخطوة أهمية خاصة لأن الإطار الزمني لتطوير المقياس يمكن أن يدوم طويلاً.

ثانياً، إن الحفاظ على انخراط المستهلكين يكون أسهل عندما يحصلون على مقابل الوقت الذي يمضونه وعلى تعويض للنفقات التي يتكبدها. ويتيح ذلك للمستهلك الانضمام إلى المناقشات من دون تحمل تكاليف الفرص البديلة وخسارة الإيرادات أو أي مساعي مهمة أخرى. وقد أبلغتنا إحدى المدافعات عن حقوق المستهلكين كيف تغيرت تجربتها بعد استخدام الموارد المناسبة للحفاظ على انخراطها:

وصل أعضاء المجتمع إلى نقطة حيث [قالوا]، "لم يعد الأمر يستحق العناء". حين قلنا ذلك، قال الناس، "فلنقم بالأمر بطريقة مختلفة". لقد تمكن الائتلاف من تمرير مشروع قانون ينص على ضرورة أن يكون المجتمع هو المحور الأساسي. وقد كان أول مشروع لنا تعاقده [وزارة] الصحة معنا لإيصال صوت المجتمع.

ثالثاً، قد تنتظر منظمات ومؤسسات قياس الجودة في الحفاظ على إشراك المستهلكين ليس على المدى الطويل فحسب للمشاريع الفردية، إنما على أمد أطول حتى يغطي العديد من المشاريع. وقد وصف أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين التفاعلات مع الباحثين قائلاً: "يغوصون في المشروع، يجرون دراستهم وينسحبون منه. إن كنت فعلاً تريد بناء مؤشرات جودة مفيدة، قم بتطوير علاقات ثابتة مع المستهلكين". وهذا هو المقصود بالحاجة إلى دعم علاقة ثابتة مع المستهلكين مع مرور الوقت. وتماً كأصحاب الشأن الآخرين، يهتم المستهلكون بلمس التغيير الناتج عن عملهم

ومساهماتهم. فالجهة التي تتولى الدفع ومصدر الموارد يطرحان تحديًا كغيره من التحديات في عملية قياس الجودة، وكل ذلك يتطلب مالا وموارد.

أخيرًا، يكون الانخراط متساويًا عندما يفهم الجميع أن المستهلكين يضيفون خبرة لا يملكها الآخرون إلى المناقشة. فالمستهلكون هم خبراء في مجال تجاربهم، وهذه الخبرة ضرورية. فعلى المستهلكين أن يدركوا أن الدفاع عنهم وتمثيلهم لا يتعلقان بوجهة نظرهم الشخصية فقط وأن عليهم عرض آراء مجموعة من الناس بأعلى قدر ممكن من الأمانة. يمكن للمستهلكين أن يبلغوا أصحاب الشأن الآخرين بكيفية نظر المستهلكين الآخرين إلى بعض القرارات واختبارهم لها. علاوةً على ذلك، تُعتبر طريقة الإشارة إلى المستهلكين مهمة. في هذا السياق، قال لنا أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين من ذوي الاحتياجات الخاصة، "... إن استخدام كلمة "مريض" تجردنا من قوتنا، ونطلب باستمرار وصفنا بالأعضاء أو الأفراد". وذكر مدافع آخر، "تعين علينا تعليم أصحاب شأن آخرين من أجل فهم صوت المستهلك". فتجربة الفرد هي خبرة فريدة من نوعها لا بدّ من الإقرار بها بشكل روتيني. كما أن أي عضو في أي مجلس أو لجنة مؤلفة من أصحاب شأن متعددين، بمن فيهم المستهلكون، قادر على ذكر نتائج بحث معمّم لدعم موقف أو وجهة نظر ما.

المعوق 2: "قوائم محدودة"

في بعض الحالات، ترسل الدعوات إلى المشاركة في عملية قياس الجودة إلى المستهلكين بعد إنجاز قسم كبير من العمل الأولي. على سبيل المثال، غالبًا ما تقدّم الدعوات بعد إتمام عملية تطوير المقياس، أو عندما تؤخذ مجموعة محدودة من المقاييس وحسب في الحسبان. ومن شأن مقارنة مماثلة أن تحول دون اطلاع المستهلكين على بعض أهم القرارات المتخذة في عملية قياس الجودة.

لقد برز هذا المعوق عدة مرات خلال مناقشاتنا. وقد أبلغنا المدافعون عن حقوق المستهلكين أنهم يتلقون عادة الدعوة للمشاركة في قياس الجودة في منتصف دورة الحياة، غالبًا خلال المرحلة التي يتم فيها تنفيذ المقاييس لتستخدم في إطار غرض أو برنامج محدد. وقد وُصف إطلاق عملية إشراك المستهلك في هذه المرحلة بأنه متأخر للغاية. وبما أن المستهلكين لديهم وجهة نظر مختلفة بشكل متأصل حيال مقاييس ونتائج الجودة التي تعنيهم، قد يكون من المفيد بشكل خاص دعوة المستهلكين إلى الإدلاء بآرائهم عند تحديد الأولويات الخاصة بمجالات تطوير المقياس، وذلك منذ بدء دورة الحياة.

المثال 2.1: وضع الأولويات أم استخدام المقاييس؟

قد لا تبرز فرص تحديد أولويات مقياس جديد بشكل متكرر خلال دورة قياس الجودة، لكنها جزء مهم من العملية. فتحديد الأولويات يعد بمثابة عملية تقييم لحاجات المجتمع وتفضيلاته وتجاربه التي يمكن تقييمها من خلال مقاييس

جودة، هذا من ناحية. من ناحية أخرى، يُعتبر استخدام المقياس نشاطاً مختلفاً يرمي إلى الاختيار من مجموعة مقاييس تم تطويرها بالفعل. وقد تحدث العديد من المدافعين عن حقوق المستهلكين عن مشاركتهم في عملية كانت ترمي ظاهرياً إلى تحديد الأولويات، لكنها بالفعل تمحورت حول الاختيار من لائحة معدة سابقاً للاستعمال في سياق معين:

[لقد عملت] في لجنة تقوم بتطوير خدمات طويلة الأمد وتدعم المقاييس. فأنت تنضم إلى مجموعة تحاول الحصول على مساهمات وتحدث بشكل عام عن المقاييس المعتمدة بالفعل وعن منح الأولوية لتلك المطبقة. ومن وقت لآخر، قد تُسأل عن الأمور الأخرى التي تهتم المستهلك، لكن عموماً تكون الإجابة: "لا مقاييس معتمدة لذا لا يسعنا القيام بذلك".

[لم تشهد ولايتنا] تطوير الكثير من المقاييس الجديدة، حيث أن المقاييس الجديدة تم تطويرها منذ أكثر من 10 سنوات، مطلع العقد الماضي ... ولا نزال على حالنا.

المثال 2.2: غياب المقاييس التي يريدها المستهلكون

يركز المدافعون عن حقوق المستهلكين باستمرار على أنهم يبحثون عن مقاييس تعالج مخاوف معينة. وعندما يُسأل المستهلكون عما يرغبون بقياسه، قد لا يكون أصحاب الشأن الآخرون في عملية قياس الجودة على استعداد لتقبل واقع أن أولويات المستهلك غير نابعة من لائحة معدة مسبقاً من الخيارات المتاحة. وقد أشار أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين إلى أن "التركيز يتمحور حول بيانات الجودة الخاصة بالمستشفيات وليس بحاجات المستهلكين"، فيما ذكر مدافع آخر أنه،

طُلب منا إصدار توصيات. وطلبوا منا منح الأولوية لأحد البنود الواردة في لائحة. لكن اللائحة لم تضم أيًا من الأمور التي قد نوصي بها. وقد أجرينا حوارًا مفتوحًا معهم. ولم يتم التطرق إلى العوامل المحددة الاجتماعية والكفاءة الثقافية ومواضيع أخرى.

الحلول المحتملة

يجب إشراك المستهلكين في تطوير وتطبيق المقياس في أقرب مرحلة ممكنة، من الأفضل عند دعوة صانعي القرار وأصحاب الشأن الآخرين. فالميزة النسبية التي يتمتع بها المستهلكون هي معرفة مخاوفهم، وتكون هذه المعلومات مفيدة للغاية عند تحديد الأولويات للقياس، أي المرحلة الأولى من دورة الحياة. فعدم إشراك المستهلكين في هذه المرحلة يقيهم بعيدين في وقت قد تكون فيه مساهمتهم مفيدة جداً. وقد لفت أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين إلى أن "المستهلكين يدركون وجهتهم لكنهم قد يجهلون السبيل إليها".

من الناحية الواقعية، تكون دورة حياة قياس الجودة غير منتظمة، وقد لا تنتقل من مرحلة إلى أخرى بشكل صارم

كما ويرد في الدراسة. غير أنه عندما تتم دعوة المستهلكين، يمكن تسليط الضوء على الفرصة القادمة لمنح الأولوية واختيار مجالات جديدة لتطوير المقياس. وقد يساعد ذلك على إبلاغ كل المستهلكين بموعد بروز هذه الفرصة. في هذه الحالة، سيكون من المهم وجود بنية تحتية قادرة على التواصل مع شبكة من المستهلكين. فبنية تحتية مماثلة قد تساعد على جمع مساهمات المستهلكين والحفاظ عليها وإيصالها وعلى نقل هذه المعلومات عندما تتاح الفرصة. فهذه البنية التحتية قد تساهم في التوسط للحدّ من انعدام التطابق بين ما هو ضروري لإيصال صوت المستهلك مع مرور الوقت وفرص الإشارك العرضية والمجزأة التي تبرز خلال قياس الجودة.

أخيراً، عندما تسنح الفرصة لتحديد أولوية المقاييس، يجب أن يكون صانعو السياسات والمزودون والخطط الصحية والباحثون وأصحاب شأن آخرون منفتحين بصدق ومستعدين لسماع مخاوف المستهلكين وأنواع المقاييس التي يرغبون في أن تكون معتمدة.

المعوق 3: "الكتلة الحرجة"

في الكثير من الأحيان، تجري مناقشات قياس الجودة ضمن لجان أصحاب الشأن أو لجان الخبراء التي تضمّ، في أفضل الأحوال، مجموعة محدودة من المدافعين عن حقوق المستهلكين الذين من المتوقع أن يمثلوا مجموعة واسعة من تجارب المستهلكين. على سبيل المثال، قد تشمل لجنة من أصحاب الشأن المتعددين عشرات الممثلين عن القطاع، حيث يمثل كل منهم مصلحة منظّمته - على غرار مزودي الرعاية الصحية السلوكية أو خطة صحية أو نظام استشفائي أو مجتمع مهني. في المقابل، قد يكون ثمة مدافع واحد أو مجموعة صغيرة من المدافعين عن حقوق المستهلكين يُتوقع منهم تمثيل وجهات نظر مختلفة لكافة المستهلكين، باختلاف العرق والعمر والإعاقة والظروف الطبية والتعليم والدخل والمنطقة الجغرافية والجنس والتوجه الجنسي. إن الطبيعة المنتشرة في ذاتها لتمثيل المستهلكين تُبرز أهمية ضمان وجود كتلة حرجة من المستهلكين، سواء كان ذلك من خلال التمثيل المباشر أو استخدام الموارد والتكتيكات لضمان الحصول على مجموعة واسعة من الآراء وجمعها.

يرتبط هذا المعوق بالمعوق 1 ولكنه يتميز عنه. ففي المعوق 1، تتعلق التحديات بقوة صوت مستهلك واحد مقارنة بأي صوت منفرد آخر ضمن جهد أصحاب شأن متعددين. أما في هذا المعوق، فالتحديات مرتبطة بتمثيل وجهات نظر متعددة للمستهلكين. وتتعلق التحديات المذكورة هنا بكل خطوات دورة قياس الجودة.

المثال 3.1: المشاركة في النقاش

في بعض الحالات، قد يعتقد من يدعون إلى اجتماع لجنة أو هيئة أن المستهلكين غير مهتمين في المشاركة في المحادثات بشأن قياس الجودة. وأشار أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين إلى أن "الأمر محسوم... وهو أن المستهلكين غير مهتمين بمقاييس الجودة لذا لا حاجة لإشراكهم في النقاش". ويؤدي هذا السيناريو إلى إبقاء عدد المستهلكين دون نقطة الكتلة الحرجة المهمة التي يمكن عندها تقدير تنوع وجهات نظر المستهلكين بشكل كامل.

في ظل هذه البيئة، توجب على المدافعين عن حقوق المستهلكين العمل جاهدين من أجل تغيير هذا الاعتقاد. وفي إحدى الحالات حيث لم يتم إشراك المستهلكين ضمن مجموعة أصحاب الشأن، قال أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين: "كان علينا فرض أنفسنا في الاجتماع وحضوره وإظهار أننا نمثل أصوات المستهلكين". في هذا السياق، يبدأ المستهلكون عملهم فيما يُنظر إلى قيمتهم ومساهماتهم نظرةً دولية.

المثال 3.2: الصوت المنفرد

كما أشار أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين بالقول "غالبًا ما نكون صوت المستهلك الوحيد". وفي إطار هذا الدور، صرّح مدافع آخر بأن "ما يثير قلقي هو أن عدد المستهلكين قليل دائمًا. فقد يوجد 30 أو 40 عضوًا من مجموعات الضغط مقابل ممثل واحد أو اثنين عن المستهلكين. من الصعب أن يُسمع صوتك بطريقة مفيدة حين تكون ممثلًا واحدًا صغيرًا".

في هذا السياق، يلفت المدافعون عن حقوق المستهلكين إلى استحالة أن يمثل صوت واحد مجموعة واسعة من آراء المستهلكين. وأشار أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين إلى أن "الأمر مختلف تمامًا إذا كنت تمثل نساء وأطفالًا وإذا كنت تمثل أشخاصًا يتجاوزون 65 عامًا أو أشخاصًا يعانون حالات مزمنة".

الحلول المحتملة

لضمان تمثيل المستهلكين بشكلٍ يعكس بموثوقية آراء وجهة نظر أشمل للمستهلكين، قد يتعين اتخاذ العديد من الخطوات.

أولاً، ضمان تمثيل مجموعة متنوعة من وجهات نظر المستهلكين في مجموعات أصحاب الشأن أو لجان الخبراء. وتمثل هذه الخطوة أهمية خاصة بالنسبة إلى اختيار المقياس إذ قد لا تعكس أولويات مستهلك واحد أولويات جميع المستهلكين. على سبيل المثال، يتطرق مدافع عن حقوق المستهلكين يعمل مع أشخاص متقدمين في السن إلى مواضيع مختلفة عن تلك التي يتطرق إليها مدافع عن حقوق المستهلكين يعمل في المقام الأول مع أهل أطفال صغار.

ثانيًا، ضمان عدد جيد من ممثلي المستهلكين. يجب السعي إلى ضمان التوازن بين مختلف الممثلين، ليس فقط من حيث عدد المقاعد على طاولة الحوار، بل أيضًا من حيث حجم ونطاق الشريحة التي يُطلب منهم تمثيلها. ثالثًا، الأخذ بعين الاعتبار المستهلكين الذين قد يحتاجون إلى الوقت والموارد والدعم الفني من أجل الحصول على مساهمات من الشريحة الواسعة والمنتشرة أحيانًا التي يمثلونها. تحدث العديد من المدافعين عن حقوق المستهلكين عن أمثلة ناجحة ومبتكرة تمكنوا فيها من تحقيق ذلك عبر تنظيم مجموعات تركيز أو اجتماعات في "قاعة البلدية" أو اجتماعات مع الأعضاء عبر الهاتف. على سبيل المثال، أفاد أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين أنه من أجل نقل وجهة نظرهم حول تجربة المريض واستطلاعات الرضا، "عملنا مع المستهلكين على إنشاء مجموعات تركيز بشأن نوع المساهمات التي يرغب المرضى أن تشملها الرعاية المخصصة لهم". وفي مثال آخر، دعا أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين لجنة أصحاب الشأن إلى منتدى للمستهلكين من أجل الاستماع مباشرة إلى المستهلكين حول وسائل الدفع المختلفة وكيفية تأثيرها عليهم. ووصفت مجموعة أخرى استراتيجيتها للحصول على مجموعة واسعة من المساهمات:

لدينا نراع تعبئة مجتمعية نعمل معها تضم مجموعات عرقية وإثنية مختلفة في أرجاء الولاية، كما تجري اتصالات أسبوعية نتطرق خلالها إلى مسائل ... ونطلب تزويدنا بالأراء إذ نحاول أن ندعم مقاييس مختلفة.

المعوق 4: "عدم الاستقرار"

في بعض الأحيان، تُطلب مساهمات المستهلك والمجتمع، لكن لا تكون منظمات حماية المستهلك دائمًا جاهزة تمامًا للاستجابة. في هذا السياق، قال أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين: "حسنًا، نحن على طاولة النقاش الآن. ما الذي يجب أن نطلبه؟".

فضلاً عن ذلك، لا يملك المستهلكون دائمًا الوقت المناسب للاستجابة إلى طلبات الانخراط في عملية قياس الجودة. قد لا يكونون على علم بأنه تمت دعوتهم للانضمام إلى العملية في مرحلة متقدمة، حيث يكون أصحاب الشأن الآخرون يركزون على اختيار المقاييس لتطبيقها فورًا والتفاوض بشأن تفاصيل استخدامها. وفي هذه المراحل المتقدمة، حيث تكون الخبرة في مجال تفاصيل القياس الفنية قيمة بشكل خاص، يكون المستهلكون في موقع غير متكافئ نسبيًا. مع ذلك، قد يُطرح عليهم في هذه الحالات أسئلة منهجية من الصعب الإجابة عليها خلال مهلة زمنية محدودة وضيقة. على سبيل المثال، قد يُبلّغ مستهلك يقدم أفكارًا جديدة للقياس (أي مجالات الأولوية ومفاهيم القياس) بأن الأفكار قيمة ولكنها غير مثبتة، ما يشير إلى ضرورة إجراء عمل فني لا يكون المستهلك مستعدًا لتوليئه. وبالنسبة إلى المدافعين عن حقوق المستهلكين، يمكن أن تكون هذه الطلبات الفنية بمثابة "عوائق أمام النقاش".

المثال 4.1: طلب فني عالي للمساهمة

في بعض الأحيان، يُطلب من المستهلكين تقديم مساهمات بشأن مواضيع فنية إلى حد كبير يكونون غير ملمين بها بالكامل، أو قد يفتقرون إلى التجربة الفنية للاستجابة سريعاً إلى الطلبات التي تصل إليهم. وفي هذا المجال قال أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين "فاجأنا مستوى التفاصيل الذي طلبوه - فنحن نعرف "السبب" ولكننا نجهل أحياناً "الكيفية". وأفاد آخر

إنها مسائل معقدة - مسائل المدلولية الإحصائية، والتصديق، والمقارنة بين الأدوات المختلفة، وما هو الرابط بين مدة الاستطلاع ومعدلات الإنجاز. تتطلب ترجمة هذه الأمور إلى شيء يمكن للمستهلك الاستفادة منه مستوى من الخبرة لا نملكها.

المثال 4.2: تدريب، استعداد ووقت استجابة غير مناسبة

وصف أحد المدافعين عن حقوق المستهلك تواجده في الاجتماعات التي يجري فيها كل شيء بسرعة وحيث يفتقر المشاركون إلى المعلومات الضرورية للمشاركة:

... في الوقت الذي نحاول فيه مجارة الوضع، نحاول إشراك آخرين. في بعض الأحيان، نكون في اجتماع ما ويستخدمون عبارات لم نسمع بها من قبل، لذا نحاول البحث عنها على غوغل لنتمكن من المشاركة في المحادثات. تتقصنا الموارد في هذا المجال. نحن بحاجة إلى بناء تجربة فنية في أوساط مجموعات المستهلكين.

الحلول المحتملة

بإمكان قادة ومدراء قياس الجودة تقديم دعم إضافي وموارد من أجل إعداد المستهلكين للمشاركة في هذه العملية. وكخطوة أولى، يمكن أن يساعد توضيح مراحل دورة حياة المقياس المستهلكين على اتخاذ القرارات بشأن المشاركة وكيفية القيام بذلك بشكل فعال.

ويمكن أن يشمل الدعم الإضافي التدريب على أسس قياس الجودة، واجتماع تخطيط للاستعداد للتفاعل مع أصحاب شأن آخرين أو أنشطة أخرى. وكما صاغ الأمر أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين "نحتاج إلى المزيد من المساعدة الفنية"، وإشراك أكبر مع ولايات أخرى وإطار عمل أفضل للتفكير في كيفية جعل الإشراك في [أعمال قياس] الجودة مع مديكايد أكثر فعالية". قد يكون من الضروري إجراء تدريب شامل وتقديم مساعدة فنية من أجل إعلام المستهلكين بشأن أسئلة رئيسية تتعلق بقياس الجودة:

1. لماذا تعد عملية قياس الجودة ضرورية بشكل عام وفي المشاريع بشكل خاص، ولماذا من الأفضل أن تكون العملية متمحورة حول المستهلك؟
2. من هي الجهات الفاعلة المتعددة في قياس الجودة؟
3. ما هي الخطوات الرئيسية في قياس الجودة؟
4. متى يكون الوقت مناسبًا لإشراك المستهلكين؟
5. كيف يمكن أن يصبح المستهلكون منخرطين في العملية وبقوا كذلك؟

فضلاً عن ذلك، قد لا يكون التدريب على تطوير المقياس كافيًا لمساعدة المستهلكين على أن يصبحوا وبقوا مستعدين للانخراط في العملية. إلى جانب التدريب، قد يستفيد المستهلكون من النفاذ إلى مساعدة فعلية من خبراء في عملية القياس يمكنهم لعب دور المستشارين والموجهين المتمرسين نحو دورة حياة تطوير المقياس. وبإمكان مثل هؤلاء المستشارين توفير التوجيه بشأن مفاهيم القياس والمقاييس المتوافرة، إضافةً إلى المعلومات الفنية لمساعدة المدافعين عن حقوق المستهلكين على الإجابة على الأسئلة المنهجية التي تبرز عندما يقترحون مفاهيم قياس أو مقاييس محددة. قد يستفيد المستهلكون أيضًا من دعم النظراء، ما قد يساعدهم على فهم كيفية الاضطلاع بدور أكثر فعالية في هذه البيئة الزاخرة بالتحديات.

المعوق 5: "الأبواب الموصدة"

قد لا تشمل بعض أقسام عملية قياس الجودة حاليًا المستهلكين. فبعض الاتصالات بشأن جهود قياس الجودة تحدث من خلال قنوات غير رسمية بين الأطراف المعنية، وقد يبذل حتى بعض الأطراف جهدًا منسقًا لإبقاء هذه القنوات غير الرسمية مغلقة أمام المستهلكين. وفي حالات أخرى، قد تكون أقسام العملية المفتوحة أمام المستهلكين في ولاية أو موقع ما مغلقة أمامهم في أخرى.

إن العديد من المخاوف في هذا المعوق موجّهة نحو استخدام المقاييس (المرحلة 5)، حين يتفاوض القائمون بالدفع - بما فيهم برامج مديكايد وخطط الصحة الخاصة بالولاية - والمزودون مع أصحاب شأن آخرين ومع بعضهم البعض بشأن كيفية تطبيق واستخدام مجموعة من المقاييس.

المثال 5.1: الخطط

من بين المعوقات التي تكررت كانت خشية المدافعين عن حقوق المستهلكين من أن الكثير من المفاوضات بين السلطات التنظيمية والخطط الصحية تجري ربما خلف الأبواب الموصدة. تنص الإجراءات التنظيمية الفدرالية على نشر

مسودات القواعد للحصول على تعليق الرأي العام، مع ذلك، تم التعبير عن مخاوف في ما يخص هذا القسم من العملية. وقال أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين: "نخشى كثيرًا من غياب التركيز على وضع معايير مرجعية للخطط الصحية".

المثال 5.2: المزودون

على نحو مماثل، تم التغاضي في بعض الأحيان عن مساهمة المستهلكين في إطلاق ترتيبات جديدة للمزودين. فقد أخبرنا مدافع آخر عن حقوق المستهلكين ما يلي "كان المجلس الاستشاري ل[دار الرعاية المعني بالمريض] التابع لنا مؤلفًا من خطط ومنظمات مزودين ومراكز رعاية صحية وليس مستهلكين".

الحلول المحتملة

قد يحتاج هذا الموضوع إلى المزيد من التقييم قبل إصدار التوصيات بشأنه. وفي حين سمعنا بوضوح أنه لم يتم إشراك المستهلكين في بعض المناقشات المهمة حول كيفية استخدام المقاييس، فإن مدى انتشار هذه الممارسة ليس واضحًا ولا كيفية اختلافها من مكان إلى آخر وحتى ما إذا كان إشراك المستهلك ملائمًا دائمًا (على غرار مفاوضات الخطة-المزود الخاصة). ويمكن لفهم مدى الاختلاف بين مكان وآخر على صعيد مدى انفتاح أو انغلاق عملية قياس الجودة أن يساعد على تحديد الفرص للحصول على مساهمات أكبر من المستهلكين. وبالنظر عن كثب إلى عمليات قياس الجودة التي فتحت الأبواب بنجاح، قد يدرك المستهلكون بشكل أفضل أين تكمن فرص تغيير عمليات قياس الجودة المقفلة.

يمكن للمدافعين عن حقوق المستهلكين اتخاذ إجراءات مستقلة عندما لا تتم دعوتهم إلى المناقشة، من خلال جمع أنشطتهم الخاصة بجمع المعلومات ونشرها. وقد وصف أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين كيف تم استبعاد وجهة نظر المستهلك من مناقشات قياس الجودة قائلاً: "نظمنا مجموعات تركيز مؤلفة من المرضى معنية بنوع المقاييس التي يرغبون فيها... وسنقدم ذلك أمام اللجنة. ستكون معركة صعبة".

المعوق 6: "التركيز المزود"

عند المشاركة في عملية قياس الجودة، قد يكون تعقب المشهد العام والتفاصيل في آنٍ واحد مهمة مليئة بالتحديات أمام أي شخص.

فالمشهد العام يطرح تحديًا بحد ذاته: يجب أن تتنافس كافة المقاييس التي يمكن اعتمادها بين عدة أولويات أخرى ضمن عملية قياس الجودة. وإذ إنهم يدركون ذلك، لا يمكن للأطباء السريريين والخطط والأنظمة الصحية اعتماد أي مقياس متوافر، كيف نعمل باتجاه الحصول على مجموعة محدودة و متمحورة حول المستهلك في الوقت نفسه؟ إن اختيار مجموعة كاملة تأخذ في الحسبان كافة أبعاد الجودة ذات الصلة، بما فيها أولويات المستهلك، هو تحدٍ بذاته. أما التفاصيل، فتضمّ تحديات مختلفة. قد يفهم المستهلكون جيدًا بعض تفاصيل قياس الجودة، في حين قد لا يفهمها آخرون. على سبيل المثال، يُطلب أحيانًا من المستهلكين الغوص في مجال لا يملكون خبرة فيه - فهم ليسوا أطباء سريريين أو علماء إحصاء ولذا يواجهون صعوبات في كيفية تحديد مقياس معين - لكنهم يملكون معلومات معمقة حول ما يناسب تجارب المستهلك وما سيفهمه نظراؤهم. ترتبط التحديات الواردة في هذا المعوق بالأولية والتفاصيل الفنية لمقاييس معينة وتطبيقها على السواء.

المثال 6.1: قدرة النظام

يعتبر مشروع قياس الجودة واسعًا؛ فقد يكون عدد الخطط والمزودين والعقود التي يجب التدقيق بها كثيرة. وقد وصف المستهلكون التحديات المرتبطة بقدرة منظماتهم على المشاركة في هذه العملية الواسعة. في هذا الإطار، قال أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين،

القدرة [أي قدرة قيادة الولاية] تطرح مشكلة. فهم يتعاملون مع عدة خطط ويصادفون بيانات ناتجة عن هذه الخطط تختلف كثيرًا من حيث الجودة. [في إطار أحد الأمثلة]، استغرق الحصول على البيانات وقتًا طويلًا [لأن الولاية] اضطرت إلى تسليمها باليد للتأكد من أن الترميز دقيق. فكيف يمكنك قياس ذلك؟

المثال 6.2: معرفة الوجهة المقصودة وليس السبيل إليها

قد يعتقد المستهلكون بشدة أنه يمكن معالجة مشاكل الجودة على الأمد الطويل من خلال ضمان إشراكهم بفعالية على مستوى تنظيم الرعاية الصحية. نعرض تشبيهًا لتوضيح الفكرة، فقد يفتقر المستهلكون إلى الخبرة الضرورية لقيادة طائرة لكنهم يعرفون جيدًا الوجهة المقصودة وهم المصدر الموثوق الوحيد حول تجربة الوصول إلى هذه الوجهة. في هذه الحالة، عندما تبدو المقاييس القائمة غير مناسبة إنما تبرز ضغوط لتحديد مجموعة مقاييس تستخدم على المدى القريب، ما الذي يجدر بالمدافعين عن حقوق المستهلكين فعله؟

المثال 6.3: المشاكل الناتجة عن مقاييس أو تفاصيل التطبيق

عند إعداد مجموعة من المقاييس الجديدة، قد يشارك المستهلكون في النقاش ويحملون معهم أفكارًا مفيدة حول الحاجة القائمة. خلال مناقشة أثر الرعاية الأولية، قال لنا أحد المستهلكين إن المقاييس كانت خاطئة بالنسبة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة، ما تسبب بمشاكل عند استخدامها بطريقة عالية المخاطر: "إن ألقيت اللوم على طبيبي لأنني اكتسبت المزيد من الوزن هذا العام، لا يعكس ذلك مرور المزيد من الأيام خلال هذا العام كان بإمكانني فيها الخروج [من المنزل]". فما يهم المدافعين عن حقوق المستهلكين في هذه الحالة - القدرة على الخروج من المنزل - هو المقياس المفضل لمهارة الطبيب.

وشرح آخرون كيف أنه، حتى عندما كانت المقاييس مناسبة، كان يمكن لقيود البيانات أن تحدّ من فائدتها:

ما لاحظناه خلال مراقبتنا هو أن المقاييس بدت جيدة - فنحن لسنا مهوسين بطريقة عرض قياس الجودة - باستثناء أننا لا نعتقد أنها حققت ما يكفي على صعيد صقل البيانات التي تسمح لنا بقياس الاختلافات الصحية ومعالجتها على أساس مستمر. نعتقد أننا متخلفين في ما يخص نقاط البيانات التي قد تشكل أداة مفيدة تساعدنا على معالجة نقاط التفاوت.

الحلول المحتملة

عند دعوة المستهلكين وأصحاب شأن آخرين للمشاركة في عملية قياس الجودة، قد يساعد إيضاح هدف وإطار القياس جميع المشاركين على تحقيق فهم مشترك للمهمة وكيفية تماشيها مع قياس الجودة عمومًا. وكما جاء على لسان أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين،

لا أشعر أننا نملك إطار عمل موثيًا للمستهلكين يرتبط بالتفكير في المقاييس. لدينا إطار عمل للطبيب ولصانع سياسة الولاية، لكننا لا نملك رؤية لشكل المقاييس التي يقودها المستهلكون. عليك أن تفكر في هدف القياس. هل أنت تقيس من أجل تحديد أداء الخطة أو المراقبة باعتبارك جهة تنظيمية حكومية أو هل أنت تقيس لتمكين المستهلكين من التسوق؟

الفصل الرابع

التوصيات

في هذا الفصل، قمنا بتحويل الحلول المحتملة المحددة في الفصل الثالث إلى توصيات مقسمة وفق الجمهورين البارزين المستهدفين. وتتمثل أحد قيود مقارنة أخذ العينات التي نعتمدها في أنه يستحيل معرفة إن كانت التوصيات التي جمعناها تمثل وجهات نظر جميع المستهلكين، ويشكل ذلك أحد القيود التي تبرز لجميع النتائج المستخلصة من أي عينة مواءمة. غير أننا نعتقد أنه بإمكان التوصيات التسع الموجهة لقادة قياس الجودة والست الموجهة للمدافعين عن حقوق المستهلكين الممثلة في هذا الفصل المساعدة على تحسين إشراك المستهلكين في قياس الجودة.

التوصيات لقادة قياس الجودة

إيضاح أهداف قياس الجودة

عند دعوة المستهلكين وأصحاب الشأن الآخرين للمشاركة في عملية قياس الجودة، من المهم البدء بصياغة الأهداف النهائية للعمل. فتقديم المعلومات إلى كل المشاركين حول الصور "الشاملة" و"المحددة" لقياس الجودة سيساعد على إطلاق العملية من منصة صحيحة. وتشمل الصورة الشاملة تحديد وضع الجهود الحالية بوضوح في إطار دورة حياة قياس الجودة: تحديد الأولويات واستحداث مفاهيم القياس وتحديد المقاييس واختبار المقاييس والمصادقة عليها واستخدامها والحفاظ عليها. أما الصورة المحددة فتشمل معلومات حول المرحلة المحددة التي يجري العمل عليها حالياً.

تعلمنا من خلال التحدث مع المستهلكين أن العديد من الجهود التي يطلب منهم المشاركة فيها تتركز على مرحلة "استخدام المقاييس"، عند اختيار مقياس محدد لغرض محدد. عند العمل في هذه المرحلة، من المهم بشكل خاص تحديد الأهداف بدقة: إن سبب استخدام المقاييس في الرعاية الصحية يؤثر مباشرة على ما يتم قياسه وكيف يصار إلى ذلك وكيفية الإبلاغ عنه. وسيكون من المفيد أيضاً التفكير قبل البدء بهذه المرحلة في كيفية إشراك المستهلكين في العملية في وقت مسبق.

تأكيد أهمية تركيز المستهلكين على عملهم

من المفيد تطوير نموذج يركّز على المستهلكين. ولا بدّ من توضيح مبررات إشراك المستهلكين في قياس الجودة منذ البداية أمام كل مشارك في النقاش. فلا يمكن أن تكون الفرص متساوية ما لم يفهم كل من المستهلكين وأصحاب الشأن التجربة الخاصة التي يقدمها المستهلكون إلى طاولة النقاش ويتمكنون من وصفها: فإن المستهلكين خبراء من حيث تفضيلاتهم وتجاربهم. ويكتسب هذا النوع من الخبرة أهمية لنجاح عملية قياس الجودة التي تركز على المستهلك ويجب الاعتراف بها طوال فترة اختيار مقاييس الجودة والمصادقة عليها وتطبيقها وتقييمها.

ويتمثل أحد العوائق المشتركة في التحجيم غير المقصود لأصوات المستهلكين طوال فترة مشروع قياس الجودة. على سبيل المثال، حين توصف لجنة مؤلفة من أصحاب شأن متعددين على نحو متكرر بأنها مجموعة من الخبراء الفنيين والمرضى، تكون الدلالة - سواء مقصودة أو لا - بأن المستهلكين ليسوا خبراء يمكنهم المشاركة على نحو متساوي. وحين تبرز هذه اللهجة بشكل متكرر خلال عملية قياس الجودة، يمكن أن يهيمن "الخبراء" على العمل وبالتالي يتم تسليط الضوء على أولويات السياسات أو المزود أو الباحث. صحيح أن كل جهات النظر هذه قيّمة، لكن إذا حُجبت أولويات المستهلك، قد تتعارض جهود القياس مع حاجات المستهلكين وتخسر الدعم.

التركيز على الانفتاح على آراء جديدة

عندما تبرز فرص لمنح الأولوية إلى مجالات تطوير المقاييس، يتوجب على صانعي السياسات والمزودين والخطط الصحية والباحثين وأصحاب الشأن الآخرين في العملية الإشارة إلى استعدادهم لسماع ما يُفلق المستهلكين ومعرفة أنواع المقاييس التي يرغبون فيها. وبشكل خاص، على قادة جهود قياس الجودة البقاء على استعداد لتقبل مفاهيم قد يصعب تحويلها إلى مقاييس (مثلاً بسبب عدم توافر الكثير من المقاييس الموروثة) ولكنها تهّم المستهلكين. ويمكن لأحدث المقاييس أن تكمل المجموعة القائمة، ويمكن أن تشمل مقاييس تجربة المريض، وتحكّم المستهلك وخياراته، ونوعية الحياة.

توفير الدعم المالي

يكون الحفاظ على انخراط المستهلكين أسهل عندما يحصلون على مقابل الوقت الذي يمضونه وعلى تعويض للنفقات التي يتكبّدونها. ويتيح ذلك للمستهلك الانضمام إلى المناقشات بدون تحمل تكاليف الفرص البديلة وخسارة الإيرادات أو أي مساعي مهمة أخرى. ويحتاج المدافع الذي يمثل مستهلكين آخرين إلى وقت ودعم من أجل الوصول

إلى المكان المقصود ولقاء الأطراف الفاعلة وفهم مجالات المضمون والاطلاع على كامل عملية قياس الجودة منذ البداية وحتى النهاية. ويكتسب ذلك أهمية بشكل خاص نظرًا إلى أن الإطار الزمني لتطوير مقياس ما يمكن أن يستغرق وقتًا طويلاً.

قد تنتظر منظمات ومؤسسات قياس الجودة في الحفاظ على إشراك المستهلكين ليس فقط على المدى الطويل للمشاريع الفردية، إنما على أمد أطول حتى يغطي العديد من المشاريع. يفتقد المستهلكون إلى نظير للجمعيات المحترفة التي تعمل لعقود من الزمن من أجل المشاركة في وضع أولويات المقاييس وتطويرها وتحديثها واختبارها واستخدامها. إن بناء هذا القسم الرئيسي من البنية التحتية - الذي يكون أيضًا بمثابة مصدر خبرة فنية للمدافعين عن حقوق المستهلكين حول العالم - قد يساهم في تعزيز تركيز مقاييس الجودة على المستهلكين.

وتمامًا كأصحاب الشأن الآخرين، يهتم المستهلكون بلمس التغيير الناتج عن عملهم ومساهماتهم. فالجهة التي تتولى الدفع ومصدر الموارد يطرحان تحديًا كغيره من التحديات في عملية قياس الجودة، وكل ذلك يتطلب مالا وموارد.

ضمان التمثيل المناسب للمستهلكين

إن إرساء التوازن في تمثيل المستهلكين وغيرهم من أنواع مجموعات أصحاب الشأن يعد أمرًا أساسيًا، بما في ذلك تحقيق التوازن بين ثقل أصوات المستهلكين مقارنةً بالآخرين في اللجنة المؤلفة من أصحاب شأن متعددين وبتنوع المستهلكين المشاركين في الحوار على السواء.

فلننظر في عدد المستهلكين الذين تمت دعوتهم للمشاركة. هل سيتم خفت صوت المستهلكين بسبب عدم تمثيلهم الكافي في مناقشات مجموعة كبيرة؟ في حال طُلب تقديم الآراء خلال اجتماع عام، هل سيتم تمثيل أصحاب الشأن الذين لديهم اهتمام مالي في نتائج الاجتماع بأعداد كبيرة على نحو غير متكافئ؟ إذا حدث ذلك، فقد يؤدي إلى ضمان حضور مجموعة كبيرة أيضًا من المستهلكين الذين يمكنهم التعبير عما يفضلونه وعن تجربتهم أمام المجتمع بشكل أوسع. وقد تواجه بعض المجتمعات الأكثر ضعفًا أو المهمشة الصعوبات الأكبر في إيصال صوتها. وفي حين يمكن أن تساعد العلاقات الراسخة مع منظمات المجتمع على تحديد من يجب دعوته وكيفية إيصاله إلى الوجهة المقصودة، من الجدير بالذكر أن الموقع والتوقيت ومستوى الجهد وصيغة المشاركة ستؤثر على من يرغب ويتمكن من الحضور. من المهم أيضًا ضمان تمثيل مجموعة متنوعة من وجهات نظر المستهلكين ضمن مجموعات أصحاب الشأن أو لجان خبراء. على قادة قياس الجودة دعم المدافعين عن حقوق المستهلكين في طلب مساهمات من الدوائر التابعة لهم. فتقدم جمعيات حماية المستهلك هذه الخبرة والمهارة والعلاقات التي مكنتها من دعم أصوات المستهلكين والمجتمعات. على سبيل المثال، أفاد أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين أنه من أجل نقل وجهة نظرهم حول تجربة المريض

واستطلاعات الرضا، "عملنا مع المستهلكين على إنشاء مجموعات تركيز بشأن نوع المساهمات التي يرغب المرضى أن تشملها الرعاية المخصصة لهم". وفي مثال آخر، دعا أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين لجنة أصحاب الشأن إلى منتدى للمستهلكين من أجل الاستماع مباشرة إلى المستهلكين عن نماذج الدفع المختلفة وكيفية تأثيرها عليهم. ولجأ مدافع آخر إلى الاتصالات الجماعية الأسبوعية مع الأعضاء من أجل تبادل المعلومات وسماع الآراء.

إشراك المستهلكين في المراحل الأولى

قد يكون من المفيد بشكل خاص دعوة المستهلكين إلى الإدلاء بآرائهم منذ بداية عملية قياس الجودة، حين تتم دعوة صانعي القرار وأصحاب الشأن الآخرين. فالمستهلكون يعرفون مخاوفهم التي تكون ذات صلة على نحو خاص عند اختيار أولويات القياس، أي المرحلة الأولى من دورة الحياة. إن عدم إشراك المستهلكين في هذه المرحلة قد يبيهم خارج إطار العملية في حين قد يعودون ربما بالفائدة الأكبر.

تدريب المستهلكين وتقديم المساعدة الفنية

بإمكان قادة ومدراء قياس الجودة والمستهلكين العمل معًا لتقديم الدعم والموارد الإضافية التي تعدّ المستهلكين لعملية إشراكهم. وقد يشمل الدعم الإضافي تدريبيًا يتم إعداده بشكلٍ مشتركٍ يركز على أسس قياس الجودة، وعقد اجتماع تخطيط بقيادة النظراء للاستعداد للتفاعل مع أصحاب شأن آخرين أو أنشطة أخرى. وعلى وجه الخصوص، يحتاج المستهلكون إلى معرفة سبب الحاجة إلى قياس الجودة ومن ينفذ العمل، إلى جانب المراحل الرئيسية والوقت المناسب للمشاركة وكذلك كيف يمكن إشراك المستهلكين. فضلًا عن ذلك، قد يستفيد المستهلكون من النفاذ إلى مساعدة فنية فعلية وإلى الدعم من أجل مساعدتهم على الدفاع عن أولوياتهم. ويشمل ذلك النصح بشأن مفاهيم القياس والمقاييس المتوافرة، إضافةً إلى المعلومات الفنية لمساعدة المدافعين عن حقوق المستهلكين على التعامل مع التحديات التي تُطرح عندما يقترحون مفاهيم قياس أو مقاييس محددة. وقد يستفيد المستهلكون أيضًا من دعم النظراء، ما قد يساعدهم على فهم كيفية الاضطلاع بدور أكثر فعالية في هذه البيئة الزاخرة بالتحديات.

تطوير أدوات لدعم مساهمة المستهلك المستمرة

على غرار أي نشاط في الرعاية الصحية، يمكن لإشراك المستهلكين أن يتطلب الكثير من الموارد على نحو غير ضروري بالنسبة للمطورين والمستهلكين على السواء في حال لم يتم إيلاء أهمية إلى الكفاءة وتحسين العملية. على قادة الجودة مشاركة المستهلكين للبحث عن فرص لتطوير أدوات وموارد تدعم المساهمة المستمرة للمستهلك وتكون سريعة وفعالة. كما عليهم مراجعة العمليات الحالية بغية إدراك كيفية تغييرها من أجل تخطي المعوقات القائمة أمام مشاركة المستهلكين. وتشمل الأمثلة المنصات الإلكترونية لتوظيف المستهلكين والاتصال بهم وإشراكهم؛ وإنشاء بنية تحتية تمكن مطوري المقياس من التشاور مع شبكة راسخة بشكل دائم من المستهلكين؛ والحصول على مساهمات المستهلكين من خلال المقابلات ومجموعات التركيز والشراكات مع منظمات حماية المستهلكين. وفي ظل كل هذه المقاربات، سيكون من المهم تقييم قدرتهم على إشراك السكان الذين يصعب الوصول إليهم.

تقييم التجارب واستخلاص العبر منها

لا يمكن أن يفترض المستهلكون وقادة الجودة أن كل محاولة لإشراك المستهلكين في مشروع قياس الجودة ستتكامل بالنجاح. فالأمور قد تسوء سواء بسبب أخطاء في تصميم خطة الإشراك أو الظروف الخارجة عن سيطرة الجهات الفاعلة. ويقوم من يدافع عن إشراك المستهلكين في الرعاية الصحية بعملهم هذا بهدف تحسين العلاقات بين الخبراء في مجال الرعاية الصحية والمستهلكين، كما أن لعملهم إمكانية إدخال تغييرات بعيدة المدى على نظام التنفيذ. غير أن إشراك المستهلكين يتطلب المال والموارد، ويمكن أن يكون زاحزًا بالتحديات ومحبطًا، حتى أنه في بعض الأحيان قد يبدو أنه يُبطئ البرنامج.

إن طريق حصد الفوائد المرجوة من إشراك المستهلكين مليئة بالعوائق والتحديات. ويتمثل أحدها في الإطار الزمني الخارجي الذي غالبًا ما يفرضه صانعو السياسات غير المنخرطين في العملية على المستوى المحلي. تكون الأطر الزمنية والموازنات أساسية لضمان نجاح أي جهد، لكنها قد تمثل في الوقت نفسه قيودًا خارجية تمارس الكثير من الضغوط على العملية بحيث يصبح إشراك المستهلكين من بين تكلفة الموارد التي لا يمكن للقادة المحليين تحملها. ويمكن صياغة عقود لتطوير المقاييس بغية تمكين مقاربة "لا خيار سوى المضي قدمًا" عند تطوير المقياس، حتى عندما تشجع مقاربة أكثر تمحورًا حول المستهلك إعادة النظر في خطوة سابقة من عملية تطوير المقياس.

وبغية تعزيز فرص النجاح إلى أقصى حد، بإمكان قادة الجودة التعامل مع هذه التحديات كأى تحدٍ آخر في الرعاية الصحية، من خلال الالتزام بعملية تقييم مستمرة واستخلاص العبر من التجربة. على القادة دعم التقييمات المستقلة

للأثر الذي تُحدثه أنشطة إشراك المستهلكين وأصحاب الشأن. فضلاً عن ذلك، يجب أن يشير التقييم إلى التغييرات الفعلية التي يمكن تطبيقها بغية تحسين نتائج إشراك المستهلكين كل مرة يتم فيها تنفيذ جهد ما.

توصيات إلى المدافعين عن حقوق المستهلكين

تركيز الاهتمام الوطني على قياس الجودة الموجّه نحو المستهلك

بيّنت محادثاتنا مع المدافعين عن حقوق المستهلكين أن الجزء الأكبر من انخراطهم يركّز على مرحلة لاحقة من قياس الجودة، لا سيما على مرحلة "استخدام المقاييس". إن مباشرة إشراك المستهلكين عند هذه المرحلة (أو اقتصاره عليها) تضيّع فرصة إشراك المستهلكين حيث يكون لوجهات نظرهم القيمة الأكبر. إن إشراك المستهلكين هو أمر ضروري لضمان معالجة مشروع قياس الجودة لأبرز أولويات المستهلكين. بإمكان المدافعين عن حقوق المستهلكين دعم تطوير المقياس بما يخدم الأولويات التي تركز على المستهلكين من خلال المشاركة في المحادثات الوطنية بشأن الأولويات والدفع باتجاه البحوث الضرورية لتوجيه تطوير المقياس نحو مجالات الأولوية هذه. غير أنه لا بدّ من توافر جزء أساسي من البنية التحتية بغية تطوير قياس الجودة الموجّه نحو المستهلكين. إذ يكون غياب مستهلك وطني يوازي على المستوى الوطني المزود والقائم بالدفع والقطاع وجمعيات السياسات التي تركز على قياس الجودة غياباً ملحوظاً. بالتالي، قد يصعب على المستهلكين المساهمة في مفاهيم قياس تنتقل في نهاية المطاف إلى الخطوات اللاحقة من مراحل تطوير المقاييس. بإمكان منظمة وطنية مماثلة لحماية المستهلكين النظر بدقة إلى مشروع قياس الجودة ككل وإدراك أين يمكن للتغييرات على النظام و"القواعد الأساسية" أن تسهّل إشراكاً أكثر فعالية للمستهلكين على أساس مستمر وطويل الأمد.

تقييم مدى انفتاح عمليات قياس الجودة أو انغلاقها أمام المستهلكين على المستوى الوطني

في حين تبادر إلى مسامعنا بوضوح أن بعض محادثات قياس الجودة مغلقة أمام المستهلكين، من غير الواضح مدى اتساع نطاق هذه الممارسة أو كيف تختلف من خطة إلى أخرى أو من مزود إلى آخر. ومن شأن فهم مدى تباين انفتاح عملية قياس الجودة أو انغلاقها من مكان إلى آخر أن يساعد على توضيح أين تكمن الفرص أمام تعزيز مساهمات المستهلكين. من المحتمل ألا يتم في العديد من الحالات (مثلاً المفاوضات بين خطط الصحة والمزودين)

استبعاد المستهلكين صراحةً، غير أن العمل بدون المستهلكين يُعتبر الطريقة الطبيعية لمزاولة العمل. ومن خلال النظر عن كثب إلى عملية قياس الجودة التي نجحت في فتح الأبواب الموصدة، قد يدرك المستهلكون على نحو أفضل أين تكمن فرص تغيير عمليات قياس الجودة المغلقة.

طلب إجراء مراجعات مستقلة وعامة

بإمكان منظمات حماية المستهلكين اتخاذ خطوة مستقلة عندما لا تتم دعوتها إلى طاولة النقاش من خلال تنظيم أنشطتها الخاصة لجمع المعلومات ونشرها. وقد وصف أحد المدافعين عن حقوق المستهلكين تنظيم مؤسسته لمجموعات تركيز للمستهلكين بعد استبعادها من عملية قياس الجودة. فقد سألت المستهلكين عن نوع المقاييس التي يرغبون في الحصول عليها وقررت نشر النتائج. وقد تشمل أنشطة أخرى عقد اجتماع في قاعة البلدية وإجراء مكالمات جماعية عبر الهاتف مع قاعدة من الأعضاء، إلى جانب الدعوة إلى توفير الآراء عبر الإنترنت. يمكن أن تكون هذه الاستراتيجية فعالة حتى عندما تكون العملية ودية؛ إذ يمكنها المساعدة على إرسال ممثلين فرديين إلى اجتماع عام متسلحين بالمعلومات حول ما تعتبره مجتمعاتهم أكثر أهمية.

بناء المعرفة والخبرة الفنية ومشاركتها

غالبًا ما يكون للمستهلكين المشاركين في عملية قياس الجودة أولويات متشابهة ويواجهون تحديات متشابهة. بإمكان المساعدة الفنية والتعلم من النظراء مساعدتهم على تبرير الأولويات الموجهة نحو المستهلكين ومفاهيم القياس والمقاييس بنجاح. ونظرًا إلى أهمية الجهد المطلوب لـ"مواكبة مجريات الأمور" من أجل الشعور بالراحة في مجالات قياس الجودة، من المهم أن يحصل المستهلكون على فرصٍ لتشارك المعلومات، وأن يستفيدوا من مكتب تبادل المعلومات الذي يوفر الموارد حسب الطلب وأن يتمكنوا من الحصول على نصائح الخبراء بشأن قياس الأداء عند الحاجة. حتى عندما "يتعلم المستهلكون القواعد"، يضطلعون في الوقت نفسه بدور مهم في تقييم هذه القواعد ومعارضتها حين تحول دون إشراك ملموس للمستهلكين.

أسئلة للمناقشة تطرح على ممثلي جمعيات حماية المستهلكين

1. أيمكنك وصف أي تجارب سبق أن خضتها في مجال تطوير مقياس جودة وتطبيقه؟
2. أين أو ممن سمعت عمومًا بفرص العمل على قياس الجودة؟
3. من وجهة نظر منظمتك، أي من جوانب إشراكك في قياس الجودة حقق النجاح الأبرز؟ ولماذا؟
4. من وجهة نظر منظمتك، أي من جوانب إشراكك في قياس الجودة كان الأكثر تحديًا؟ ولماذا؟ أين برزت المشاكل؟
5. حين لا تغطي المقاييس الحالية أيًا من جوانب الرعاية التي تهتمّ منظمتك، ماذا تفعل؟
6. عند المشاركة في أنشطة قياس الجودة، هل تمكنت من جمع المساهمات وإيصالها من المجتمع بأكمله؟
7. تحقيق: هل أنت مقيد إزاء تقديم مساهمات من قادة المنظمات؟ وإذا كانت هذه هي الحال، ما هي العوامل التي أدت إلى فرض هذه القيود؟
8. بالنسبة إلى منظمتك، هل كان الوقت والجهد اللذين بذلتهما للاشتراك في عملية قياس الجودة جديرين بالاستثمار؟
9. هل من شيء آخر تود أن يفهمه القادة وأصحاب الشأن في مجال قياس الجودة حيال كيفية الانخراط مع منظمات تعنى بالمرضى والمجتمع كمنظمتك؟

نود أن نتوجه بالشكر إلى المدافعين عن حقوق المستهلكين الذين شاركوا في المقابلات وراجعوا مسودات هذه الدراسة. كما نشكر مساهمات أعضاء لجنة الخبراء في المشروع: غريتشين ألكيما (Gretchen Alkema) من جمعية SCAN (SCAN Foundation)، دونالد برويك (Donald Berwick) من معهد تحسين الرعاية الصحية (Institute for Healthcare Improvement)، هيلين برستن (Helen Burstin) من منتدى الجودة الوطني (National Quality Forum)، أودري تشن (Audrey Chun) من مستشفى ماونت سيناي (Mount Sinai)، ساره داش (Sarah Dash) من أليانس للإصلاح الصحي (Alliance for Health Reform)، جنيفر إيمز هوف (Jennifer Eames Huff) من مجموعة باسيفيك بيزنس للصحة (Pacific Business Group on Health)، هارولد بينكوس (Harold Pincus) من جامعة كولومبيا (Columbia University)، دانا سافران (Dana Safran) من الصليب الأزرق والدرع الأزرق في ماساتشوستس (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts)، ومارك شلسينغر (Mark Schlesinger) من جامعة يال (Yale University).

إن كافة الآراء الواردة في هذه الدراسة تعبر عن أصحابها فقط.

يشكر مركز إشراك المستهلك في الصحة الابتكارية التابع لمنظمة محفز المجتمع (Community Catalyst) الدعم الكبير الذي قدمته المؤسسة الخيرية الأطلسية (The Atlantic Philanthropies) وجمعية جون إيه هارتفورد (The John A. Hartford Foundation).

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services مراكز خدمات مديكير ومديكويد
DHHS	Department of Health and Human Services وزارة الصحة والخدمات الإنسانية
IOM	Institute of Medicine المعهد الطبي
MHQP	Massachusetts Health Quality Partners ائتلاف شركاء الجودة الصحية في ماساتشوستس
NCQA	National Committee for Quality Assurance اللجنة الوطنية لضمان الجودة
NQF	National Quality Forum منتدى الجودة الوطني
NQMC	National Quality Measure Clearinghouse مكتب تبادل معلومات مقاييس الجودة الوطنية
NQS	National Strategy for Quality Improvement in Healthcare (or National Quality Strategy) الاستراتيجية الوطنية لتحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية (أو استراتيجية الجودة الوطنية)
P4P	pay for performance الأجر المرتبط بالأداء
PCORI	Patient-Centered Outcomes Research Institute معهد بحوث النتائج المعنية بالمريض
TEP	technical expert panel لجنة الخبراء الفنيين

Agency for Healthcare Research and Quality, “National Quality Measures Clearinghouse,” web page, U.S. Department of Health and Human Services, undated–a. As of July 29, 2016:
<https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>

———, “National Quality Strategy,” web page, U.S. Department of Health and Human Services, undated–b. As of July 29, 2016:
<http://www.ahrq.gov/workingforquality/index.html>

Berwick, D., and D. M. Fox, “‘Evaluating the Quality of Medical Care’: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later,” *Milbank Quarterly*, Vol. 94, No. 2, 2016, pp. 237–241.

Centers for Medicare and Medicaid Services, “Hospital Compare,” *Medicare.gov* website, updated May 4, 2016a. As of July 29, 2016:
<https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

———, “Hospital Quality Initiative: Measure Methodology,” web page, updated June 9, 2016b. As of July 29, 2016:
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Measure-Methodology.html>

Clinical and Translational Science Awards Consortium Community Engagement Key Function Committee Task Force on the Principles of Community Engagement, *Principles of Community Engagement*, 2nd ed., Washington, D.C.: National Institutes of Health, 2011.

CMS—See Centers for Medicare and Medicaid Services.

- Concannon, T. W., P. Meissner, J. A. Grunbaum, et al., "A New Taxonomy for Stakeholder Engagement in Patient-Centered Outcomes Research," *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 8, 2012, pp. 985–991.
- Davis, M. M., J. H. Hibbard, and A. Milstein, *Issue Brief: Consumer Tolerance for Inaccuracy in Physician Performance Ratings: One Size Fits None*, Washington, D.C.: Center for Studying Health System Change, March 2007.
- Deverka, P. A., D. C. Lavalley, P. J. Desai, et al., "Stakeholder Participation in Comparative Effectiveness Research: Defining a Framework for Effective Engagement," *Journal of Comparative Effectiveness Research*, Vol. 1, No. 2, 2012, pp. 181–194.
- DHHS—See U.S. Department of Health and Human Services.
- Friedberg, M. W., and C. L. Damberg, *Methodological Considerations in Generating Provider Performance Scores for Use in Public Reporting: A Guide for Community Quality Collaboratives*, Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality, September 2011.
- Health Care Payment Learning and Action Network, *Accelerating and Aligning Population-Based Payment Models: Performance Measurement*, El Segundo, Calif.: MITRE Corporation, 2016.
- Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, D.C.: National Academies Press, 2001.
- , *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*, Washington, D.C.: National Academies Press, 2013.
- IOM—See Institute of Medicine.
- Massachusetts Health Quality Partners, "Healthcare Compass: Your Guide to Quality Care in Massachusetts," web page, undated. As of July 29, 2016:
<http://healthcarecompassma.org/>

———, “MHQP Consumer Health Council 2016,” web page, 2016. As of July 29, 2016:
http://www.mhqp.org/who_we_are/?content_item_id=155

Mende S., and D. Roseman, “The Aligning Forces for Quality Experience: Lessons on Getting Consumers Involved in Health Care Improvements,” *Health Affairs (Millwood)*, Vol. 32, No. 6, 2013, pp. 1092–1100.

Methodology Committee of the Patient–Centered Outcomes Research Institute, “Methodological Standards and Patient–Centeredness in Comparative Effectiveness Research: The PCORI Perspective,” *Journal of the American Medical Association*, Vol. 307, No. 15, 2012, pp. 1636–1640.

MHQP—See Massachusetts Health Quality Partners.

National Committee for Quality Assurance, “HEDIS® Measure Development Process,” web page, undated–a. As of July 29, 2016:
http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Measure_Development.pdf

———, *HEDIS Measures—NCQA’s 20 Years of Experience with Measurement*, undated–b. As of October 2016:
<https://www.ncqa.org/Portals/0/Public%20Policy/HEDIS%20Measures.pdf>

National Institutes of Health, “Selection Criteria for NIH Advisory Committees,” undated. As of July 29, 2016:
<https://ofacp.od.nih.gov/committees/pdf/SelectionCriteria.pdf>

National Quality Forum, “Maintenance of NQF–Endorsed® Performance Measures,” web page, undated–a. As of July 29, 2016:
http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Endorsed_Performance_Measures_Maintenance.aspx

———, “Measure Applications Partnership” web page, undated–b. As of July 29, 2016:
<http://www.qualityforum.org/map/>

- , “National Priorities Partnership,” web page, undated–c. As of July 29, 2016:
http://www.qualityforum.org/setting_priorities/npp/national_priorities_partnership.aspx
- , “NPP Partner Organizations,” web page, undated–d. Accessed July 29, 2016:
http://www.qualityforum.org/Setting_Priorities/NPP/NPP_Partner_Organizations.aspx
- , *Priority Setting for Healthcare Performance Measurement: Addressing Performance Measure Gaps in Person–Centered Care and Outcomes*, Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, August 2014.
- Ness, D. L., “The Imperative to Promote Collaborative Consumer Engagement: Lessons from the Aligning Forces for Quality Initiative,” *American Journal of Managed Care*, Vol. 18, No. 6 (Supp.), 2012, pp. s106–s108.
- NQF—*See* National Quality Forum.
- Patient–Centered Outcomes Research Institute, “What We Mean by Engagement,” web page, updated October 12, 2015. As of December 13, 2016:
<http://www.pcori.org/funding-opportunities/what-we-mean-engagement>
- , “Join an Advisory Panel,” web page, updated June 2016. As of July 29, 2016:
<http://www.pcori.org/get-involved/join-advisory-panel>
- PCORI—*See* Patient–Centered Outcomes Research Institute.
- Safran, Dana, “Performance Measurement, Reporting and Incentives: Will They Help Us Cross the Quality Chasm?” Presented at the 6th Annual World Congress Leadership Summit on Healthcare Quality, Boston, Mass., August 6, 2008.
- U.S. Department of Health and Human Services, “Chartering Value Exchanges,” HHS.Gov Archive, undated. As of October 8, 2016:
<http://archive.hhs.gov/valuedriven/communities/valueexchanges/exchanges.html>

———, *2011 Report to Congress: National Strategy for Quality Improvement in Health Care*, March 2011.



www.rand.org

ARABIC TRANSLATION
*"ENGAGING CONSUMERS IN THE QUALITY
MEASUREMENT ENTERPRISE"*
RR-1760/1-COMCI