

متطلبات تسيير المخاطر في المؤسسات الصحية

- دراسة حالة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في الجزائر EPSP -

دنصرالدين عيساوي

جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي / الجزائر

aissaoui.n2012@gmail.com

The conditions of risk management in health facilities

-Case study of public institutions nearby care of Algéria/EPSP-

Nasreddine AISSAOUI

University of Larbi Ben Mhidi, Oum El Bouaghi- Algeria

Received: 06 Nov 2015

Accepted: 02 Apr 2016

Published: 30 June 2016

ملخص:

نهدف من خلال هذه الورقة البحثية إبراز خصائص الخطر في المؤسسات الصحية، بهدف التحكم في مختلف أنواع الخطر على مستوى هذا النوع من المؤسسات، لاسيما الأخطار التي يتسبب فيها طالب العلاج. تم إجراء الدراسة سنة 2012 وقد شملت 7 ولايات من الشرق الجزائري (أم البواقي، باتنة، تبسة، سكيكدة، قسنطينة، خنشلة وسوق أهراس)، كما تضمنت العينة 14 عيادة متعددة الخدمات من خلال اختيار هيكل صحي قاعدي في مقر الولاية والآخر خارجها، وعلى هذا الأساس بلغ عدد استمارات الاستبيان التي تمت الإجابة عليها 472 استمارة. وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج من أهمها: أن أسباب الأخطاء والأخطار في المؤسسات الصحية هي القرارات غير المسؤولة لطالب العلاج، الذي يساهم في خلق طوابير أمام الاستعجال الطبي والجراحية للمستشفيات، ومن ثم الرفع من احتمال وقوع الأخطاء والأخطار الطبية. من بين هذه القرارات غير المسؤولة (عدم الاهتمام بالوقاية، غياب ثقافة للوقاية وتسيير الأخطار، عدم احترام تدرج العلاج...).

الكلمات المفتاحية: الخطر، الخطر الصحي، تسيير الخطر الصحي، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، المنظومة الصحية الجزائرية.

رموز JEL: I₁₁, I₁₈, I₃₈

Abstract:

We aim through this paper to focus on the risk in health facilities, especially risks due to the patient.

A study was started in 2012 and which brought together seven wilayas of eastern Algeria (Oum El Bouaghi, Batna, Tebessa, Skikda, Constantine, Khenchla, Souk Ahras) including 14 EPSP; 2 EPSP in each wilaya, one of them in the capital of the wilaya. This study has allowed us to collect 472 care seekers answers. The results showed that among the causes of hazards and medical errors and risks are: care of the patient's irresponsible decisions, contributing to clogging the medical and surgical emergencies, increasing those risks and errors. Among these irresponsible decisions (total disinterest of prevention, lack of a culture of risk management, non-compliance with the graduation of care).

Keywords: risk, health risk, health risk management, public institutions of local health care, the Algerian health system.

(JEL) Classification : I₁₁, I₁₈, I₃₈

تمهيد:

يمكن القول أن الخطر موجود على المستوى الفردي وعلى المستوى الجماعي من جهة، من جهة أخرى عنصر المخاطرة موجود بوضوح في بعض النشاطات الصناعية (الكيمياء، البناء والأشغال العمومية...) كما هو موجود في بعض النشاطات الأخرى بصفة غير جلية كالمنظومة الصحية مثلا. على العموم الخطر موجود على كل المستويات وبصفة مستمرة في الحياة اليومية للفرد والمجتمع، تبقى درجاته متفاوتة من نشاط إلى آخر بالإضافة إلى أن جهل مصدره، خصائصه، تكراره والتحكم في تسييره هو الفيصل في ترتيب درجات الخطر. من المستحيل الوصول إلى مخاطرة معدومة (درجة خطر مساوية للصفر) لأن الإنسان لا يتحكم في كل المتغيرات المتحركة في مصيره، وهو ما يؤدي بنا أن نكون عقلانيين ونسلم بأن هناك درجة خطر معينة، يجب تحديدها من خلال معرفة خصائص هذا الخطر بغرض التحكم فيه.

إن ارتفاع المستوى المعيشي والتعليمي للسكان يجعل منهم يطالبون بخدمات ذات نوعية عالية بالإضافة إلى المطالبة بمعرفة درجة الخطر الخاصة بكل خدمة متحصل عليها وخصوصا في الميدان الصحي. إن ميزة الخدمة الصحية أنها مرتبطة بحياة الإنسان ونوعيتها، هذا ما يدفع المريض من الخدمات بالمطالبة بمعلومات أكثر دقة، وإن حدثت نتائج غير مرغوب فيها فهو مستعد لمقاضاة الجهة المقدمة للعلاج. فالقضايا المتزايدة من سنة إلى أخرى بسبب الأخطاء الطبية أو عدم ارتياح طالب العلاج لنتائج الخدمة المقدمة له يحتم على المحترفين في ميدان الصحة أن يبحثوا في أنواع الخطر، أسبابه، درجاته.. ثم في مرحلة مواءمة الوقاية والحماية منه.

هناك تقنيات عديدة لقياس الخطر ومحاولة تسييره، والسباق للبحث في هذا الميدان هو الميدان الصناعي (الكيمياء، الصناعات الفضائية، الذرة...). سجلنا في الآونة الأخيرة اهتماما متزايدا من طرف المحترفين في الميدان الصحي لاقتباس هذه التقنيات في مرحلة أولى، ثم في مرحلة مواءمة دراسة إمكانية إسقاط هذه التقنيات على الميدان الصحي.

1. إشكالية الدراسة:

سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية الإجابة على التساؤل التالي:

ما هي خصوصية الخطر الصحي؟ وما هي أساليب وشروط تسييره من جهة طالب، عارض وممول العلاج؟

2. أهداف الدراسة:

إن الهدف الأساسي من هذه الورقة البحثية إبراز دور الوقاية والحماية من الأخطار كمدخل رئيسي في ميدان الصحة، حتى يتسنى لنا ذلك، وجب وضع نظام لتحديد مواطن الخطر والأساليب اللازمة لاكتشافه والتقليل من خطورته. كما نهدف إلى إبراز الدور الذي لا يستهان به لطالب العلاج في التقليل أو الحد من الأخطار الطبية، لاسيما حالة المؤسسات الصحية الجزائرية.

3. أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الموضوع في تكريس الحكمة التي مفادها " الوقاية خير من العلاج "، حيث أظهرت التجارب والخبرات المتراكمة في الميدان الصناعي أو الصحي أن للوقاية فوائد جمة سواء على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي والصحي.

4. أداة الدراسة:

اعتمدنا لتجسيد هذه الدراسة على الاستبيان، من خلال استمارة موجهة لطالب العلاج في الهياكل الصحية القاعدية. تم توجيه الاستمارة لـ 515 شخص وقد تم استرجاع 472 استمارة تحتوي على الإجابات على الأسئلة المطلوبة. تتكون الاستمارة الموجهة لطالب العلاج من 45 سؤال موزعة على 8 محاور رئيسية، من بينها المحور السادس الذي يحتوي على معلومات عن الثقافة الصحية لطالب العلاج (5 أسئلة)؛

5. تقسيم الدراسة:

للإجابة على الإشكالية الموضوعية، تم تقسيم هذه الدراسة إلى أربعة محاور كما يلي: تم تناول في المحور الأول الإطار النظري للخطر الصناعي؛ أما المحور الثاني فقد خصص لإبراز خصوصية الخطر الصحي؛ وقد عرضنا في المحور الثالث مجموعة من التجارب الرائدة في احتواء مفهوم الخطر في بعض المنظومات الصحية العالمية؛ أما المحور الرابع فقد حاولنا من خلاله إبراز واقع تسيير المخاطرة الصحية في الجزائر.

أولاً: الإطار النظري للخطر الصناعي

سنحاول التطرق في هذا المحور إلى النشاطات السابقة إلى دراسة الخطر، ثم سنحاول ربط مفهوم الخطر وخصوصياته بدلالة الخدمة الصحية.

1. مفهوم كلمة علم الخطر الصناعي (ساندنيك):

النشاط السابق لدراسة الخطر والعمل على معرفة مكوناته، أسبابه وفترة حدوثه في مرحلة أولى، ثم وضع تقنيات لتسييره لغرض الوقاية والحماية منه هو النشاط الصناعي. وقد تم وضع أسس علم بكامله مختص في دراسة الخطر الناتج عن النشاط الصناعي وقد سمي الساندنيك « cindynique ». أصل كلمة ساندنيك اللغوي إغريقي « kindunos » والتي تعني الخطر.

الساندنيك عبارة عن علم الخطر وموضوعه الأخطاء المحتمل وقوعها في النشاط الصناعي على العموم. من بين مؤسسي هذا العلم G. Y KEVERN وهو مهندس، يقسم المراحل التي مر بها الإنسان وتعامله مع الخطر إلى ثلاثة أقسام¹:

♦ عصر الدم: أين كان الإنسان يضحى بأخيه الإنسان ويقدمه على شكل قربان للآلهة لكسب الرضا والوقاية من الأخطار المحتملة والتي عايشها من قبل.

♦ **عصر الدموع:** أين أصبح الإنسان يتضرع للآلهة بالدعاء، الصلاة، الدموع والخشوع لغرض تلافي الأخطار المحتملة التي مر بها أو التي عايشها السابقون من قومه.

♦ **عصر التفكير:** أين أصبح الإنسان يواجه المشكلة ويبحث عن حلول لها من خلال: الاستعلام، التفكير وإبداء القرارات.

2. تاريخ الخطر الصناعي في العصر الحديث:

تم التفكير في وضع الأسس الحقيقية لعلم الخطر "الساندنيك" من خلال دراسة الأخطار المتعلقة بالنشاطات الصناعية في النصف الأول من القرن العشرين.²

بداية من سنة 1940 ظهرت نية حقيقية من طرف صناعة الطيران في المملكة المتحدة لوضع تقنيات كمية لقياس وتيرة الحوادث الخاصة بالطائرات المنتجة محليا. مولت وزارة الدفاع في الولايات المتحدة بداية من سنة 1950 أبحاث حول فعالية المكونات الإلكترونية لوحدها الحربية المنتجة في المصانع الأمريكية. وقعت بعد سنة 1970 حوادث عديدة مهدت لتبني مفهوم الخطر التكنولوجي.

بالإضافة إلى الحوادث الملاحظة في ميدان الصناعة التكنولوجية للمعدات الألمانية والحربية، وقعت أيضا حوادث عديدة في ميدان الصناعة الكيميائية ابتداء من سنة 1970، لعل أهمها ما وقع في مترو أوساكا باليابان أين انفجار الغاز أدى إلى فقدان 92 مواطن. أخطر الحوادث وقعت في العشرية الموالية، حادثة "بوبال" بالهند، "شالنجر" بالولايات المتحدة و"تشرنوبيل" بأوكرانيا.

قامت الجمعية الفرنسية للإطارات المسيرة من أجل التطور الاقتصادي والاجتماعي (ACADI) سنة 1987 بتنظيم منتدى لجمع أعمال ودراسات عدة خبراء في البحث وقياس الخطر في الصناعة الكيميائية، الفضائية، البترول والذرة. تم تبني النتائج المتوصل إليها من طرف هذا المنتدى من قبل منظمة اليونسكو، والتي جمعت المجالات المختصة للاهتمام بهذا العلم الجديد بالإضافة إلى حث صناديق التأمين للدخول كشريك للاهتمام بالبحوث في هذا الميدان والعمل على تمويلها. وقد وصل صوت اليونسكو 1400 شخص تم جمعهم في منتدى موضوعه التعريف بالخطر الصناعي، وكانت هذه هي نقطة البداية لانطلاق البحوث في ميدان علم الخطر في ميادين عديدة منها المحيط، الاقتصاد، المالية، حماية الأشخاص والممتلكات، الخطر الجماعي... من بين نتائج ملتقى اليونسكو تكوين المعهد الأوروبي لعلم الخطر وقد تم الاتفاق أن يكون مقره بباريس.

3. متغيرات علم الخطر الصناعي:

إن حقل اهتمام علم الخطر الصناعي هو تنظير السبل الكفيلة لتسيير الخطر في العالم الصناعي. فهو يهتم بمعرفة، فهم، وتمثيل مختلف المتغيرات المتحركة في حدوث الخطر.

قبل التطرق إلى المتغيرات المتحكمة في حدوث الخطر، يجب التطرق قبل كل شيء إلى مفهوم الخطر الصناعي عموماً قبل ربطه بالميدان الصحي. هناك من عرف الخطر على أنه "الاتجاه العام لأي نظام في توليد حادث أو حوادث محتملة"³.

من خلال ما تم عرضه يمكن القول أن لحدوث الخطر متغيرين هما احتمال حدوثه « La probabilité » وتفاوت خطورته « la gravité » .

♦ **المتغير الأول:** احتمال الحدوث: يتمثل المتغير الأول في وتيرة الحدوث. باستعمال القواعد الرياضية يمكن

تجسيدها في نسبة معينة تعبر عن عدد مرات احتمال الحدوث في المتوسط من عدد مرات تكرار التجربة.

♦ **المتغير الثاني:** تفاوت الخطورة: يتمثل المتغير الثاني في الآثار المادية التي يتركها حدوث الخطر على

الجسم أو المحيط الذي وقع عليه أو فيه.

من خلال هذين المتغيرين يمكن الحكم على أن علم الخطر الصناعي يهدف إلى قياس الخطر من خلال

الآثار التي يتركها على الجسم أو المحيط موضوع التأثير. بعبارة أخرى يهدف هذا العلم إلى تجسيم الخطر

بإعطائه أبعاد مادية من خلال الآثار التي يتركها على المحيط الذي وقع فيه (تكاليف الخسائر المادية، عدد

الضحايا والخسائر البشرية...).

بعد التعرف على الخطر والمتغيرات المتحكمة فيه، يمكن العمل على أسباب وقوعه من خلال التركيز

على كل متغير على حدى ثم اقتراح الحلول للتصدي له أو التقليل من خطورته. من بين الأدوات للتصدي للخطر أو

التقليل من تأثيره يمكن ذكر:

♦ **الوقاية (La prévention):** ترتبط الوقاية بالمتغير الأول وهو احتمال وقوع الخطر، فالوقاية من الخطر

تهدف إلى التقليل من حالات حدوث الخطر من خلال أخذ احتياطات قبل وقوع الخطر المتوقع.

♦ **الحماية (La protection):** ترتبط الحماية بالمتغير الثاني وهو التقليل من آثار الخطر حين وقوعه، بوضع

وسائل التصدي إليه حالة وقوعه. فإن كانت الوقاية عبارة عن الاحتياطات المتخذة قبل وقوع الخطر،

فالحماية هي الوسائل المادية والتنظيمية المتخذة للتصدي للخطر حين وقوعه.

تختلف الإجراءات والتدابير المتخذة باختلاف الخطر وحساسية المحيط المتعلق به. فمثلاً حالة حريق فالتدابير

الوقائية هي مجموع التدابير المتخذة لمنع وقوع الخطر كالبناء وتجهيزه بأثاث لا يساعد على الاشتعال⁴.

أما التدابير المتخذة للحماية من الحريق فمنها من يتدخل قبل بداية الحريق (الإنداز المسبق بالحريق من

خلال ظهور أعراضه، خطط الجلاء المبكر وإعلام مستمر بمنافذ النجدة، توفير وسائل الإطفاء والنجدة الأولية...)

4. نتائج تسيير المخاطرة الصناعية:

في السابق كان مفهوم الخطر يرتبط بالحادث الذي وقع، هذا المفهوم تغير مع مرور الزمن، حيث أخذ مفهوم الخطر يتغير بتغير الأبحاث والدراسات التي أثبتت أن الخطر يمكن التنبؤ به وتسييره من أجل تجنب أو التقليل من حدوثه.⁵

إن تعقد المنظومة الصناعية ومكوناتها من جهة، بالإضافة إلى الضغوطات المستمرة على مسيري المؤسسات الصناعية للتقليل من أعباء التسيير وترشيد تكاليف المنتج الصناعي من جهة أخرى، وهو ما دفع بالمسيرين للبحث عن السبل الكفيلة للتنبؤ بالخطر الصناعي وآليات الوقاية والحماية منه.

كان المعنى الأول بآليات تسيير المخاطرة الصناعية هو الصناعات الكيماوية، الفضائية والذرية والتي تعتبر حقل مهم وحساس تكثر فيه الحوادث وبالمقابل تتزايد التعويضات مقابل الخسائر المادية والبشرية الناتجة عن وقوع الحوادث. ظهور المرسوم الأوروبي (SEVESO) بداية من سنة 1980، الذي حتم على الصناعات الأخرى دراسة الخطر المتعلق بنشاطها والعمل على تسييره. وقد انطلقت البحوث منذ ذلك الوقت في جميع الميادين وقد تم وضع التسهيلات من طرف المؤسسات لدراسة خصوصية كل خطر، متغيراته والآليات الكفيلة للوقاية والحماية منه. لا يمكن إغفال الضغوطات المتواصلة من طرف الجهات المؤمنة للنشاط الصناعي التي أصبحت لا تؤمن نشاط غير معروف مصادر الخطر المحدقة به.

ثانياً: تحليل خصائص الخطر الصحي

سنحاول من خلال هذا المحور إبراز خصائص الخطر الصحي من خلال عرض تعاريفه وتقسيماته.

1. تعريف الخطر الصحي:

إن المؤسسة الصحية حقل خصب لوقوع الحوادث في ما يخص المرضى، عمال المستشفى بالإضافة إلى زوار المستشفى من ذوي المرضى، طلبة،...تتوعدت هذه الحوادث من البسيط (سرقة أغراض المرضى، سرقة الأسنان الاصطناعية للمسنين...) إلى الحوادث أو الأخطاء الطبية التي تمس بالحالة الصحية للمرضى (الخطأ في تشخيص المرض، خطأ في إعطاء نوع الدواء...).

بالإضافة إلى تزايد عدد الحوادث المعلنة من طرف المؤسسات الصحية، تزايد الثقافة الطبية والقانونية لطالب العلاج، حيث من خلال تصفح الإنترنت يمكن معرفة البدائل في العلاج المتوفرة لعلاج حالته المرضية. هذا الذي ساهم بشكل كبير في ارتفاع القضايا في المحاكم المختصة في ما يخص الأخطاء الطبية أو التقصير الطبي. ويمكن القول أنه تم الانتقال من الخطر المقبول إلى الخطر غير المقبول.

إن الخطر في المحيط العلاجي واسع، متنوع ومعقد من ناحية أنه يمكن أن يمس بناية المؤسسة الصحية، أماكن استقبال وتوجيه الزوار، سلامة العمال (فريق طبي، فريق إداري...). هناك تعاريف عديدة منها من تطرق

إلى الخطر بصفة عامة، هناك من تطرق إلى خصوصية الخطر الصحي ومنها من تطرق إلى نوع معين من الأخطار الصحية.

تعرف المؤسسات التأمينية الخطر الصحي على أنه الحادثة التي يؤمن على احتمال وقوعها. هذا التعريف ربط عنصر الخطر بالاحتمال، وقد ركز على الجانب الرياضي أكثر منه الصحي.⁶

هناك من عرف الخطر على أنه "الخطر (R : le risque) المرتبط بحادثة محتملة الوقوع وغير مرغوب فيها باحتمال (P : probabilité) والتي من المحتمل أن يكون وقعها أو تأثيرها على جسم الضحية (G : gravité) من خلال ما سبق يمكن حساب الخطر وتقييمه من خلال العلاقة التالية: $(R=P \times G)$.⁷

من خلال هذا التعريف المفصل يمكن تحديد متغيرين للخطر - تم تناولهما عند عرض الخطر الصناعي - هما احتمال الوقوع وخطورة التأثير. من خلال هذين المتغيرين يمكن تقييم الخطر.

هناك تعاريف عديدة تعرضت لنوع محدد من الخطر، وهذا ما سنحاول عرضه في العنصر الموالي.

2. أنواع الخطر الصحي:

هناك تقسيمين أساسيين تم تبنيهما مرحليا من طرف المنظومات الصحية في العالم هما:

1.2 التقسيم الثلاثي:

في مرحلة أولى كان هناك شبه إجماع على أن الخطر الصحي ينقسم إلى ثلاث أنواع أساسية يمكن ذكرها فيما يلي:

1.1.2 الخطر الطبي أو الإنساني (Le risque iatrogène):

يعرفه المجلس الأعلى للطب في فرنسا في مقال لسنة 1995 بعنوان الصحة في فرنسا على أنه "عبارة عن تدهور الحالة الصحية للمريض بعد تلقي دواء أو علاج موصوف طبيًا".⁸

من خلال التعريف السابق يظهر أن الخطر الصحي يمثل الأخطاء المحتملة في وصف دواء أو علاج قد تسوء من خلاله الحالة المرضية. حيث تعود المسؤولية عموما على الفريق الطبي المناوب من خلال الأخطاء في التشخيص أو الأخطاء في كمية الدواء الموصوف للمريض، أو حتى عدم التعمق في معرفة سبب الحالة المرضية للمريض عند دخوله المؤسسة الصحية.

يضاف إلى ما تم التطرق إليه من طرف المجلس الطبي الأعلى في الوقت الحالي، فيروسات وبكتيريا المحيط العلاجي (Les infections nosocomiales) التي يمكن أن يصاب بها المريض داخل المؤسسة الصحية، التي ستؤثر حتما على حالته الصحية نحو الأسوأ، فقدان أحد الأعضاء أو حتى حتفه.

2.1.2 الخطر التقني (Le risque technique):

عبارة عن مختلف الأخطار المتعلقة بالاستثمارات المنقولة وغير المنقولة وتجهيزات الإعلام الآلي، ويمكن ذكر أهم هذه الأخطاء فيما يلي:(الحرائق، تعطل شبكة الإعلام الآلي، تعطل شبكة التهوية، انهيار سقف مبنى طبي). هذا النوع من الأخطار يمكن أن يؤثر على السير الحسن للنشاط الطبي في المؤسسة الصحية.

3.1.2 الخطر التنظيمي (Le risque organisationnel):

عبارة عن مختلف الأخطار التي يمكن للمؤسسة الصحية أن تواجهها والتي تؤثر على نشاطها الطبيعي أو سمعتها. يمكن ذكر أهم الأخطار التي تعاني منها المؤسسات الصحية في العالم وبدرجات متفاوتة في الغيابات المتزايدة للعمال لاسيما أولئك الذين يعملون في أقسام حساسة ومتعبة مثل (التخدير، الإنعاش، الأمراض العصبية...). يضاف إلى ذلك كل الأخطار التي تؤدي إلى عدم تنسيق القرارات والتي تؤدي إلى ازدواجيتها والتي يمكن أن تؤدي إلى نتائج وخيمة على التسيير العام للمؤسسة الصحية.

2.2 التقسيم الرباعي:

تم تبني تقسيم أدق ومتطور للخطر الصحي في الملتقى رقم 64 للمستشفيات الجامعية (UHSO) في أكتوبر 1996، حيث تميز عن التقسيم السابق حسب الخبراء والباحثين بشموليته⁹. وقد تم تقسيم الخطر كما يلي:

1.2.2 الخطر المتعلق بالنشاط الطبي (Le risque lié à l'activité clinique):

المتسبب في هذا النوع من الأخطار هم الممارسين الطبيين وشبه الطبيين... بعبارة أخرى عمال الفريق الطبي مهما اختلفت اختصاصاته. بالرغم من التخصص الضيق ضمن المؤسسة الصحية إلا أن هناك تداخل في المسؤوليات حالة حدوث نتائج غير مرغوب فيها. كما يمكن توسيع المجال إلى الأخطار المحتملة في المجال الصيدلاني، التخدير، الإنعاش....

يشمل هذا النوع من الأخطاء الحالات التي لا يتخذ فيها مقدم العلاج لكافة احتياطاته أمام أهم الاحتمالات التي يمكن أن تقع في قسمه ولها علاقة بمسؤوليته. وقد حدث هذا في وقت غير بعيد، من خلال صدور حكم عن خطأ طبي سببه الإهمال ضد قابلتين وطبيبة عن محكمة "قسنطينة" بسبب عدم تقديم يد المساعدة لمريضة في حالة خطيرة التي كانت ضحية الإهمال والتقصير. وقد تم إدانة الطبيبة 16 شهرا حبسا موقوف التنفيذ، و13 شهرا للقابلتين موقوف التنفيذ أيضا.

بالإضافة أنه يمكن إدماج حتى الأخطار المتعلقة بالبحث العلمي وتداعياتها عند تطبيق نتائجها على الإنسان.

2.2.2 الخطر المتعلق بالنشاط الإستشفائي (Le risque lié à l'activité hospitalière):

خارج المجال الإكلينيكي أو الطبي المتطرق إليه في النوع السابق، تبقى هناك أنواع عديدة من الخطر والمسمى بالخطر الإستشفائي، وهي مختلف الأخطار والحوادث محتملة الوقوع في المحيط الإستشفائي بمعناه

الواسع. يمكن ذكر في هذا الصدد أهم هذه الأخطار المادية فيما يلي: الحرائق والحوادث الكهربائية، الحوادث والتعطلات في المعدات الإلكترونية، أجهزة الإعلام الآلي أو الهاتف، وما يصاحبهم من حوادث عرضيه لأهمية استعمالهم وضرورة تواجدهم في الحياة اليومية، أخطار متعلقة بالمحيط الصحي وضرورة إرساء سياسة تسيير فعالة للفضلات الطبية داخل وخارج المؤسسة الصحية. أما الأخطار البشرية فيمكن ذكر أهمها فيما يلي: حوادث السقوط في المحيط الاستشفائي، تعطل وحدات نقل المرضى أثناء أداء المهمة.

3.2.2 الخطر الاجتماعي (Le risque social):

نعلم أن المؤسسة الصحية تعتمد في نشاطها بنسبة كبيرة على الرأسمال البشري، المسؤول عن هذا النوع من الأخطار هو قسم الموارد البشرية. فالخطر الاجتماعي عبارة عن الأخطار التي يمكن أن يواجهها العمال في المحيط الإستشفائي، يمكن ذكر أهمها فيما يلي:

- ♦ الغيابات المتكررة والمتعددة وتأثيرها على الفريق العامل والتنظيم الداخلي؛
- ♦ العنف الذي يعانيه العمال من المرضى أو أهاليهم في المحيط الإستشفائي؛
- ♦ الأمراض المهنية وظروف العمل؛
- ♦ سياسة التكوين، التأهيل وإعادة التأهيل.

4.2.2 الخطر التسييري (Le risque de gestion):

مع محدودية الموارد الموكلة لتسيير المؤسسات الصحية، يجب وضع بارومتر لقياس الصحة المالية والاقتصادية في تسيير المؤسسة الصحية وذلك بتدقيق سياسة الاستثمار، احترام الأهداف المسطرة في الإنجاز والتسيير، احترام عملية توزيع الصفقات والمناقصات المعروضة على الخواص، تدقيق عائدات المستشفى من نشاطاتها الفرعية (ملتقيات، خدمات لمؤسسات خاصة...).

سنحاول من خلال المحور المالي عرض تجارب بعض الدول الرائدة في احتواء الخطر الصحي ضمن نظام معلوماتها، حيث أصبح متغير مؤثر يجب أخذه بعين الاعتبار عند اتخاذ القرارات الإستراتيجية.

ثالثا: تجربة احتواء مفهوم الخطر في بعض المنظومات الصحية العالمية

هناك مجموعة من البلدان الرائدة في التعايش مع الخطر الصحي ومحاولة تسييره. وقد تم وضع سياسات حقيقية لتحديد مواطن الخطر وأدوات الوقاية ثم الحماية منه، تحت ضغط وشروط متزايدة من طرف المؤسسات التأمينية بالإضافة إلى ضغوطات داخلية لحماية سمعة المؤسسة الصحية، والتقليل من القضايا التي ترفع من حين إلى آخر من طرف المترددين على المؤسسة الصحية، والعمل على تقديم خدمات ذات نوعية عالية. من بين التجارب الرائدة في تسيير الخطر الصحي ذكر ما يلي:

1. تجربة الولايات المتحدة الرائدة في تسيير الخطر الصحي:

ظهرت عملية تسيير المخاطر في الولايات المتحدة بداية من عشرية الخمسينات، لكن الخطر موضوع الاهتمام في تلك الفترة كان الخطر الصناعي من (الحرائق، البناء، الهندسة...)، حيث لم تعطى الأولوية للخطر الصحي من خلال الدراسة ووسائل الوقاية والحماية منه إلا في الآونة الأخيرة.

تمثلت سنة 1975 في بداية رفض مؤسسات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة من تأمين الخطر الصحي. خلال عشرية الثمانينات تم الاتفاق مع مؤسسات التأمين على تأمين الخطر الصحي، لكن شروط هذه الأخيرة كانت قاسية من ناحية فرضها أقساط تأمين باهظة على المرضى والمؤسسات الصحية، أدت إلى ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية في تلك الفترة. هذه الضغوطات الممارسة من طرف مؤسسات التأمين من جهة، ومن جهة أخرى تعدد الحوادث وانخفاض سمعة المؤسسات الصحية بسبب قضايا التعويض، حتم ذلك على المنظومة الصحية تبني سياسة مستمرة ومتطورة لتسيير الخطر ومحاولة الوقاية منه.

تمثلت الانطلاقة الحقيقية لتسيير الخطر الصحي بعد إلزام إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (American Food and Drug Administration) كل المؤسسات الصحية لانتهاج سياسة واضحة المعالم، لتقديم خدمات صحية ذات نوعية ومن ثم التقليل من الحوادث التي تتم داخل المحيط الإستشفائي. كان أمام المنظومة الصحية الأمريكية مجابهة الخطر الصحي من خلال ثلاثة حلول:

♦ تحميل أعباء الخطر على تكاليف العلاج، أي أن المريض هو الذي يسدد أعباء الخطر الصحي عند تسديد أقساط التأمين؛

♦ وضع ميزانية خاصة بتعويض الأخطار الإستشفائية عند إعداد الميزانية التقديرية للمؤسسة الاستشفائية؛

♦ وضع آليات للوقاية من الخطر، وتلبي الأعباء الإضافية الخاصة بالمحامة.

كان أحسن حل لكل الأطراف هو الحل الأخير وذلك بانتهاج سياسة دائمة لمجابهة الخطر من خلال التحسيس على تداعياته من جهة، ومن جهة أخرى العمل على الوقاية والحماية منه. طبقت سياسة تسيير الخطر الأمريكية على مرحلتين:

1.1 تحديد مواطن الخطر:

من خلال وضع بطاقات إنذار يتم من خلالها تحديد النشاطات والأماكن التي يتكرر فيها حادث أو حوادث ما، ثم ترتيب تلك الحوادث حسب خطورتها، والنتائج المحتملة لوقوع كل حادث. من خلال هذه البطاقات يمكن معرفة من نواجهه على الأقل والأضرار التي يمكن تكبدها.

2.1 وضع آليات الوقاية من الخطر:

حتى الآليات الموضوعية للوقاية من الخطر تكبد المؤسسة أعباء إضافية، وهذا ما لوحظ من خلال الدول الرائدة في تسيير الخطر كالولايات المتحدة وكندا، بالمقابل تعتبر هذه الأعباء استثمار طويل الأجل، سيمكن المنظومة الصحية الأمريكية التقليل من الحوادث ومن ثم تخفيض أقساط التأمين المفروضة من طرف مؤسسات التأمين.¹⁰

من النتائج المباشرة لوضع سياسة لتسيير الخطر الصحي في المؤسسات الصحية الأمريكية هو نجاعة السياسة الموضوعية في تحقيق الأهداف المسطرة.¹¹ من بين أهم النتائج المحققة ما يلي:

♦ تم التركيز على الاختصاصات التي تكثر فيها الحوادث والأخطاء سواء على العمال أو المرضى (أمراض النساء والتوليد، الجراحة والتخدير). وقد ركزت الجهود على التعرف على الخطر وأنواعه في هذه الاختصاصات وتكوين العمال على معرفة الخطر وكيفية الوقاية منه.

♦ تم تسجيل انخفاض في عدد الحوادث في هذه الاختصاصات بشكل معتبر، وكانت النتائج مذهشة على مستوى أمراض النساء والتوليد، وقد ساهم ذلك في انخفاض أقساط التأمين في هذا الاختصاص من \$32 لعملية الولادة الواحدة سنة 1985 إلى \$12 سنة 1991.

ما يمكن ملاحظته من خلال هذه التجربة الأمريكية الرائدة في تسيير الخطر الصحي المدة اللازمة لإعطاء التجربة لثمارها والتي يمكن أن تتعدى 7 سنوات. عملية تسيير الخطر عبارة عن استثمار متوسط وطويل المدى ولا يمكن إعطاء كل النتائج المرجوة في المدى القصير. يمكن ملاحظة أن المنظومة الصحية الأمريكية مرنة من ناحية إعطاء نوع من الاستقلالية في التسيير ولا تجبر المؤسسات الصحية انتظار خروج مراسيم تنفيذية لتطبيق تجربة أو سياسة معينة. كما يمكن ملاحظة أيضا أن الخطر الصحي يتطور بتطور الإمكانيات التقنية التي تتجهز بها المؤسسات الصحية، لذلك فإن السياسة الصحية في تسيير الخطر يجب أن تكون مستمرة والبحوث متواصلة لاحتواء المستجدات.

2. تجربة الكيبك (كندا) في تسيير الخطر الصحي:

تعتبر مقاطعة الكيبك الكندية من بين المقاطعات الرائدة في تسيير الخطر الصحي إلى جانب الولايات المتحدة الأمريكية. من خلال عرض مجموعة متنوعة من الآليات للتعرف على الخطر والعمل على الوقاية منه، لتدنية التكاليف من جهة التي تواجهها المؤسسة الصحية، ومن جهة أخرى عرض خدمات صحية عالية الجودة.

توضح ذلك Michelle DIONNE - التي تحتل منصب مستشار تسيير الخطر في جمعية مستشفيات الكيبك - أن سياسة تسيير الخطر أدمجت ضمن سياسة تأمين المؤسسات الصحية تجاه الخطر الذي تواجهه ليس بصفة إجبارية، لكن يوصى بتبنيها لما تحمله من إيجابيات لمقدم العلاج وطالبه.¹²

وقد وضعت للمسيرين جملة من الآليات لتغذية نظام المعلومات، تهدف من خلالها تحديد مواطن الخطر من جهة، ومن جهة أخرى وضع الإمكانيات للوقاية والحماية منه. وقد وضعت سياسة تسيير الخطر الصحي في الكيبك نصب أعينها الأهداف الرئيسية التالية:

- ◆ تدنية حجم الأخطاء والحوادث التي تقع على مستوى المحيط الصحي؛
- ◆ التقليل من خطورة وقع الحادث وما يصاحبها من أعباء التصليح والتعويض؛
- ◆ حماية موارد المؤسسة الصحية البشرية منها والمادية؛
- ◆ الحفاظ على سمعية جيدة لعمال المؤسسة الصحية؛
- ◆ خلق نوع من الثقة بين طالب العلاج ومقدمه.

تبقى هذه الأهداف المتطرق إليها أعلاه مشتقة من الهدف الرئيسي ألا وهو تقديم خدمات عالية الجودة. يمكن القول أن تسيير الخطر الصحي في الكيبك يحتل مكانة محورية ضمن نظام التسيير العام للمؤسسة الصحية.

3. التجربة الفرنسية في تسيير الخطر الصحي:

دواعي الفكرة الفرنسية لا تختلف كثيرا عن فكرة التجريبتين السابقتين في التفكير الجدي لتبني سياسة مستمرة لتسيير الخطر الصحي. تم تسجيل بين سنتي 1989 و1998 ارتفاع عدد الحوادث في المحيط العلاجي بنسبة 200%، بالمقابل وصلت أعباء التعويض المادي والبشري مقابل هذه الحوادث ونتائج حدوث الخطر إلى نسبة 314%. وقد لوحظ أن الأسباب التي أدت إلى هذه الحوادث كانت في أغلبها تصرفات فردية كان من المفروض الوقاية منها بوسائل تنظيمية بسيطة.

مر تجسيد الهدف المتمثل في الوقاية من الأخطار الصحية بأربعة مراحل:¹³

- ◆ تحديد مواطن الخطر داخل المحيط الصحي.
 - ◆ تحديد أسباب حدوث الأخطار وتحليلها.
 - ◆ عملية الوقاية من الأخطار، عن طريق العمل على الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى هذه الأخطار من خلال تحليل احتمال الحدوث وخطورة نتائج الحدوث.
 - ◆ وضع نظام معلومات يحتوي على خصوصيات الخطر الصحي.
- لوضع نظام تسيير الخطر الصحي على أرض الواقع تسعى شركات التعاونيات للتأمين الإستشفائي أربع نقاط أساسية كركائز لنجاح سياسة التسيير الصحي:
- ◆ تنسيق اليقظة تجاه الحوادث، خاصة تلك التي مصدرها إنساني (الفريق الطبي وشبه الطبي).

- ♦ وضع نظام معلومات ذو نوعية يأخذ بعين الاعتبار خصوصية المحيط والخطر الصحي.
- ♦ وضع طرق متفق عليها لتحديد أسباب الحوادث والخدمات ذات النوعية الرديئة.
- ♦ تكوين الفريق الطبي والإداري للوصول إلى خدمات صحية عالية الجودة.

من خلال ما تم عرضه في هذا العنصر يظهر أن الاهتمام بالحوادث لا يقتصر على المؤسسة الصحية فحسب، بل اهتمت جل المؤسسات بهذا المتغير بالإضافة أطراف خارجية مهمتها التأمين ضد هذه الحوادث وفق بطاقات استعلام ترسل إلى الجهات المعنية. حتى المنظومة الصحية الجزائرية وضعت الأسس الأولى للاهتمام بالأخطار الصحية نظرا للمنافع الاقتصادية، الاجتماعية والصحية التي تتلاقى عندا الجهات الثلاث المكونة للمنظومة الصحية الوطنية، هذا ما سنحاول عرضه في المحور الموالي.

رابعا: واقع تسيير المخاطرة الصحية في الجزائر

هناك دراسة قمنا بها على مستوى بعض ولاية الشرق والتي تضمنت الاستقصاء عن واقع الوقاية وتسيير المخاطرة الصحية من جهة طالب العلاج.

1. أهداف الدراسة:

اعتمدنا لتجسيد هذه الدراسة على الاستبيان، من خلال استمارة موجهة لطالب العلاج في الهياكل الصحية القاعدية. تم توجيه الاستمارة لـ 515 شخص وقد تم استرجاع 472 استمارة تحتوي على الإجابات على الأسئلة المطلوبة. تم اختيار مكان إجراء الدراسة عشوائيا بحيث في كل مرة نختار هيكل صحي ضمن مقر الولاية وآخر خارج مقر الولاية. تم إجراء الدراسة على مدار 6 أشهر بين شهر ماي إلى غاية شهر أكتوبر من سنة 2012. قمنا بتوزيع الاستمارة على طالب العلاج في كل مؤسسة صحية بحيث كانت نسبة الاستمارة الموزعة على طالب العلاج تمثل نسبة 10000/1 نسمة.

تتكون الاستمارة الموجهة لطالب العلاج من 45 سؤال موزعة على 8 محاور رئيسية، من بينها المحور السادس الذي يحتوي على معلومات عن الثقافة الصحية لطالب العلاج (5 أسئلة)؛

نهدف من خلال الاستمارة الموجهة لطالب العلاج الوقوف على:

- ♦ خصوصية الشريحة التي تتردد على هذا النوع من الهياكل الصحية (الجنس، العمر، التأمين الصحي، نوع العمل الممارس، حجم الإمكانيات المالية...);
- ♦ أسباب اللجوء إلى هذه الهياكل الصحية؛
- ♦ مميزات طالب العلاج من ناحية الخبرة الصحية، الثقافة الصحية؛
- ♦ العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية الجوارية المقدمة والاستشفاء غير المبرر في المستويات العلاجية العليا؛
- ♦ واقع وحجم تأثير المتغيرات المتحركة في طلب العلاج ضمن هذا النوع من الهياكل الصحية.

2. البعد المكاني والزمني للدراسة:

لقد عمدنا إلى اختيار 7 ولايات من شرق البلاد هي (قسنطينة، باتنة، خنشلة، سكيكدة، أم البواقي، سوق أهراس وتبسة). كل الولايات موضوع الدراسة تنتمي للجهة الصحية الشرقية (La région sanitaire Est) - حسب التقسيم الموضوع سنة 1995 - بالمقابل ولاية قسنطينة تنتمي إلى الطبقة الثانية (la deuxième strate) أما الولايات الستة الأخرى تنتمي إلى الطبقة الثالثة (la troisième strate).

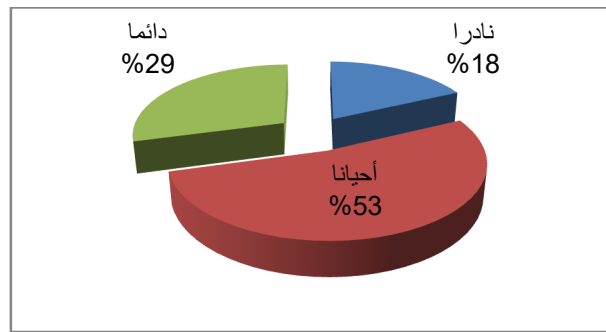
3. مناقشة نتائج الدراسة:

يتكون هذا المحور من 5 أسئلة، الهدف من ورائها الاستقصاء حول ثقافة طالب العلاج فيما يخص الوقاية وتسيير المخاطرة الصحية، بالإضافة إلى الاستقصاء حول أولوية المفاضلة بين البدائل العلاجية ضمن المنظومة الصحية الوطنية.

1.3 مدى تقديم الوقاية على العلاج:

تم طرح هذا السؤال للاستقصاء عن الثقافة الوقائية لطالب العلاج ومدى تطبيقها في حياته اليومية. كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي: 18% نادرا، 53% أحيانا و 29% دائما مثل ما يوضحه (الشكل رقم 1). ما يلاحظ أن 71% ممن تم استقصائهم لا يعتبرون الوقاية أولوية، من بين الأسباب التي تم استقائها عن قلة الاهتمام بالوقاية (غياب التوعية الصحية من طرف وزارة الصحة خصوصا عبر وسائل الإعلام الثقيلة، غياب تربية وقائية مدروسة وهادفة ضمن المنظومة التربوية، نقص التربية الوقائية المنزلية خصوصا في الأطوار الأولى من حياة الطفل...). معظم أولئك الذين تم استقصائهم يتحسرون على فقدان الأسنان، نقص البصر، تشوه في الجلد كان من الممكن تفاديها من خلال أداءات وقائية بسيطة.

الشكل 01: مدى تقديم طالب العلاج للوقاية عن العلاج

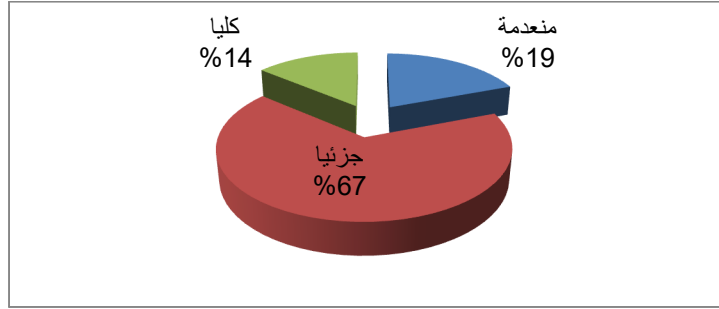


المصدر: من إعداد الباحث

2.3 مدى التحكم في ثقافة الوقاية وتسيير المخاطرة الصحية: يعتبر هذا السؤال مكمل للسؤال السابق من ناحية أن هذا السؤال يستبق وقوع الحوادث والتدابير الواجب اتخاذها لتفادي الأخطار الصحية. يهتم الخطر الصحي بمتغيرين درجة جسامته واحتمال تكرره، والتحكم فيهما متعلق بخبرة الفرد وثقافته الصحية. كانت نتائج الأجوبة

على هذا السؤال كما يلي: 19% منعدمة، 67% جزئيا و14% كليا ما يوضحه (الشكل رقم 2). أي أن هناك نسبة 86% ممن تم استقصائهم لا يتحكمون جيدا في تسيير المخاطرة الصحية، حيث ترتبط ثقافة تسيير المخاطرة الصحية باختيار (مواد البناء، نوعية الألبسة والأفرشة، تركيبة الأغذية...) عواقب ذلك وخيمة على أولئك المصابين بالحساسية، صعوبات التنفس، حوادث الأطفال المنزلية، الحروق...

الشكل 02: مدى التحكم في ثقافة الوقاية وتسيير المخاطر الصحية

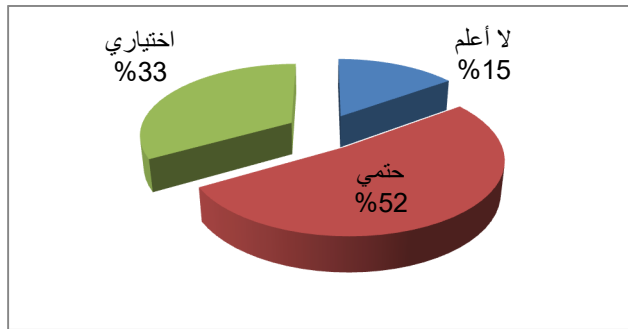


المصدر: من إعداد الباحث

3.3 الحرية في تحديد المسار العلاجي:

تم طرح هذا السؤال للوقوف على ثقافة طالب العلاج فيما يخص طبيعة المسار الصحي الواجب اتخاذه، وما مدى احترام تدرج العلاج. وقد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي: 15% لا أعلم، 52% حتمي و33% اختياري مثل ما يوضحه (الشكل رقم 3). أي أن هناك نسبة 48% ممن تم استقصائهم لا يعرفون أو يقللون من أهمية الهياكل الصحية القاعدية كبوابة للعلاج ضمن المنظومة الصحية الوطنية، نتيجة ذلك خلق طوابير طويلة على مستوى المستشفيات عموما وقسم الاستعجالات خصوصا بمجرد الإحساس بوعكات بسيطة، مجرد الاعتقاد من كون الإصابة متعلقة باختصاص معين، الاستماع لتأويلات غير المحترفين في الطب...

الشكل 03: مدى وعي طالب العلاج بمبدأ تدرج العلاج



المصدر: من إعداد الباحث

4.3 التوجه العام لطلب العلاج:

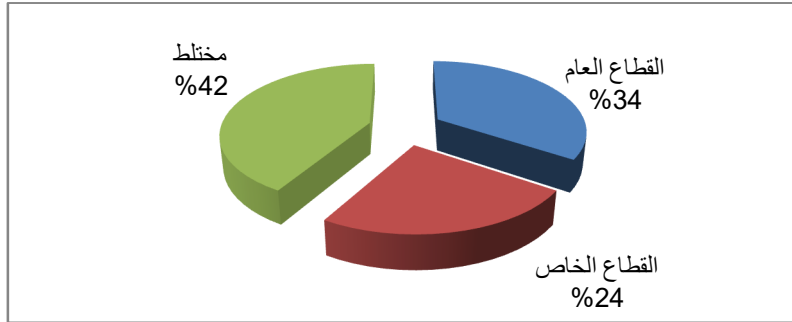
يعتبر هذا السؤال مكمل لسابقه من ناحية أن لميول طالب العلاج لاختيار مكان العلاج أهمية بما كان في احترام المسار العلاجي المرسوم من طرف الوصاية هذا من جهة، من جهة أخرى الوقوف على حجم الثقة التي

يضعها طالب العلاج في القطاع العام. وقد كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي: 34% القطاع العام، 24% القطاع الخاص و42% مختلط مثل ما يوضحه (الشكل رقم 4). ما تظهره نتائج الأجوبة على هذا السؤال تنامي القطاع الخاص بصفة متسارعة في السنوات الأخيرة، أين أصبح يستقطب عدد معتبر من طالبي العلاج وينافس هياكل القطاع العام. تم تقديم أسباب كثيرة لتفضيل قطاع عن قطاع آخر من بينها ما يلي:

تكمن الأسباب الرئيسية لاختيار العلاج في القطاع الخاص على حساب القطاع العام (تفادي تفاقم الوضع الصحي من خلال الحصول على العلاج في وقت قياسي، توفر التجهيزات الحديثة الكفيلة بالكشف والتقييم الدقيق للوضع الصحي، تفادي التقلبات غير المتناهية من مستوى علاجي إلى آخر ضمن الهياكل الصحية للقطاع العام...).

تكمن الأسباب الرئيسية لاختيار العلاج في القطاع العام على حساب القطاع الخاص (حالة فشل العلاج في القطاع الخاص يصبح القطاع العام آخر مآل لتصحيح أخطاء القطاع الخاص، اقتصار العيادات الخاصة على بعض الاختصاصات قليلة الخطر كثيرة الإيرادات، التكاليف المرتفعة للعلاج غير المعوضة من طرف الضمان الاجتماعي...).

الشكل 04: التوجه العام لطالب العلاج



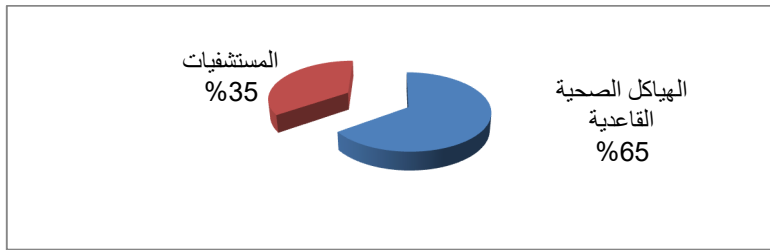
المصدر: من إعداد الباحث

5.3 نوع الهياكل الصحية التي تمثل أولوية طلب العلاج:

تم طرح هذا السؤال لمعرفة أولوية اختيار الهياكل الصحية من طرف طالب العلاج والأسباب المؤدية إلى ذلك. تعاني مختلف المنظومات الصحية العالمية من توجه طالب العلاج إلى الاستعجال الطبي أو الجراحية الاستشفائية - خصوصا في الحالات الإستعجالية - وإغفال دور الهياكل الصحية القاعدية التي تمثل بوابة تنظيم، توجيه وتوزيع العلاج. كانت نتائج الأجوبة على هذا السؤال كما يلي: 65% الهياكل الصحية القاعدية و35% المستشفيات (عامة/خاصة) مثل ما يوضحه (الشكل رقم 5). أي أن ثلث من تم استقصائهم يتوجهون مباشرة للمستشفيات من دون المرور بالهياكل الصحية القاعدية، ويساهمون بطريقة غير مباشرة في خلق طوابير غير متناهية أمام قسم الاستعجال الطبي أو الجراحية للمستشفى. وقد كانت أسباب اختيار الهياكل الصحية

القاعدية على حساب المستشفيات من طرف طالب العلاج للأسباب الرئيسية التالية (قرب الهيكل الصحي القاعدي من مقر السكن، الاعتماد على توجيه الهيكل الصحي القاعدي حالة لزوم تحويله نحو المستويات العلاجية العليا، سرعة تحويل المريض نحو المستشفيات من خلال سيارة إسعاف الهيكل الصحي، الاستفادة من الإسعافات الأولية في الحالات الإستعجالية وتفاذي تأزم الوضع الصحي...). بالمقابل تم اختيار المستشفى عن الهياكل الصحية القاعدية للأسباب التالية (الحالات المعقدة التي يتم فيها تحويل المصاب حتميا إلى المستشفى، في حالة العلم المسبق بأن الهيكل الصحي القاعدي لا يحتوي على اختصاص معين، حالة عدم الثقة في ضمان المناوبة على مستوى الهياكل الصحية القاعدية...).

الشكل 05: أولوية طلب الاستشارات الطبية



المصدر: من إعداد الباحث

خلاصة:

هناك تطور للذهنيات وثقافة صحية للمريض ومحيطه، أدت إلى عدم تقبل الأخطاء الصحية ونتائج العلاجات غير المرغوب فيها، ما كان مسموح به من قبل من أخطار بسبب احتكار المعلومة الصحية أصبح غير مسموح به بعد توسع دائرة المعلوماتية، وسائل الاتصال بالإضافة إلى تعميم المعلومة الصحية بعدما كانت حكرا على الممارسين الطبيين.

صب اهتمام المسيرين الاستشفائيين على محاولة ترشيد النفقات الصحية في وقت غير بعيد بسبب تطور متسارع للنفقات مقابل تطور متباطئ للموارد، وقد كان الوقت آنذاك مجابهة أكبر عدد ممكن من طلبات العلاج على حساب نوعية الخدمات المتقدمة. طفت إلى السطح خلال العشريتين الأخيرتين مجموعة من الفضاءات الصحية الدولية (جنون البقر، الدم الملوث...)، وكذا مجموعة من الفضاءات المحلية والخاصة بكل دولة، هنا تعالت أصوات مطالبة بمحاسبة المسؤولين - وهم خصوصا مدراء المؤسسات الاستشفائية - مما استدعى اللجوء إلى نظم تسيير أكثر شمولية تأخذ بعين الاعتبار كل متغيرات الحياة الاستشفائية، أين أصبح تسيير المؤسسة الاستشفائية لا يختلف عن تسيير مؤسسة اقتصادية من خلال الدراسات المقارنة (Bench marking) ونتائجها من خلال التقنيات المطبقة والنوعية العالية للخدمات المقدمة.

إن تسيير المؤسسة الاستشفائية باستعمال تقنيات تسيير المؤسسة الاقتصادية يتطلب دمج تسيير الخطر الصحي ضمن التسيير الشامل للمؤسسة، وذلك بغرض تحقيق جودة الخدمات المقدمة. إن سياسة تسيير الخطر هذه، ما هي إلا حماية لحقوق المريض وتكريس لواجبات الممارس الطبي.

التوصيات:

يمكن اقتراح مجموعة من التوصيات والتي بوجدنا أن تعطي القيمة المضافة لهذا البحث والمتمثلة فيما يلي:

- ♦ أن لا ينظر لتسيير المخاطر الصحية كحتمية مجبرين على تطبيقها، بل هي نظام لتكريس الوقاية التي تعود بظلالها على كل الأطراف المشكلة للمنظومة الصحية.
- ♦ إجراء الدراسات المقارنة لاكتشاف الفروق والعيوب لغرض تصحيحها سواء على المستوى المحلي أو الدولي.
- ♦ إشراك كل الفاعلين في المؤسسة الصحية لإنجاح نظام تسيير المخاطر الصحية، وترسيخ فكرة اكتشاف الأخطاء والأخطار ليس لغرض العقاب بل لتحسين سمعة المؤسسة ومن ثم سمعة كل الفاعلين فيها.

1. KERVERN G. Y. *Une perspective historique et conceptuelle sur les sciences du danger ; Introduction aux Cindyniques*, Eska, 1998, p 79.
2. *Idem*.
3. RUBISE. P & KERVERN G. Y, *L'archipel du danger*, Economica, 1991, p 22.
4. BARTELEMY. B, *Gestion des risques : méthodes d'optimisation globale*, Edition d'organisation, 2000, p 30.
5. WATEL P. P, *Sociologie du risque*, A. Colin, 2000, p 54.
6. LOQUET. A, *Le directeur d'hôpital ; les risques et la gestion du risques*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 2003, p 14.
7. DURCEL. G & MAGIS .R, *Les nouveaux risques infectieux*, in *Futuribles*, N°203, Paris, 1995, pp 5-32.
8. LOQUET. A, *op.cit* , p 14.
9. *Revue Hospitalière de France*, mai- juin 1997, N° 3.
10. SALOMON R.P. *Les pionniers : les principes de la gestion des risques aux Etats-Unis*, *Revue Hospitalière de France*, janvier - février 1998, p 47.
11. NAPIER J. A, *Les réactions américaines au développement du contentieux de la négligence médicale*, *Revue Hospitalière de France*, novembre - décembre 1997, N° 6, p 866.
12. DIONNE. M, *Le système Québécois d'assurance des hôpitaux autour de la gestion des risques*, *Revue Hospitalière de France*, novembre - décembre 1997, N° 6, p 869.
13. VERRIELE. F, *Coordination des vigilances sanitaires et la gestion des risques*, *Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique*, Rennes, 2003, p 38.