مراقبة الدولـة للمؤسّسات الصحّية الخاصّة

يضطلع القطاع الصحّي الخاصّ بدور هامّ في معاضدة القطاع العمومي لتأمين الحماية الصحية للسكان. وتمثّل المؤسّسات الصحية الخاصّة عنصرا رئيسيا في المنظومة الصحيّة وتتكون بالأساس من مصحّات متعددة الإختصاصات ومصحّات ذات اختصاص واحد ومراكز متخصّصة على غرار مراكز تصفية الدم. وتعتبر مؤسّسات العلاج أو التشخيص المستعملة للتجهيزات الثقيلة كمصحات ذات اختصاص واحد.

وشهدت هذه المؤسّسات منذ صدور القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 والمتعلق بالتنظيم الصحي والأمر عدد 1078 لسنة 1989 المؤرّخ في 4 أوت 1989 والمتعلّق بشروط إحداث واستغلال مراكز تصفية الدّم تطوّرا هامّا حيث بلغ عدد المصحّات 69 مصحة في سنة 2005 مقابل 30 مؤسّسة قبل صدور قانون 1991. وبلغ عدد مراكز تصفية الدم 99 مركزا في سنة 2005 في حين أنّ هذا العدد كان في حدود 15 مركزا قبل سنة 1989. أمّا بالنّسبة إلى المراكز المستعملة للتجهيزات الثقيلة، فهي تعدّ 13 مركزا في سنة 2005 تمّ إحداثها كلها بعد سنة 1991.

وبخصوص المؤسّسات الصحيّة الخاصّة غير المقيمة أبرمت وزارة الصحة العمومية اتّفاقيتين مع شركتين في 3 ديسمبر 2001 و27 نوفمبر 2003 لإحداث مصحتين بكلّ من تونس وجربة إلاّ أنّ هاتين المصحّتين لم تدخلا بعد في طور النّشاط .

ونظرا إلى أهمّية الدّور الذي يضطلع به هذا القطاع في معاضدة مجهود الدولة وما يتيحه من إمكانيات في تصدير الخدمات ودعم السياحة الإستشفائية اتجه اهتمام الدائرة للنظر في مدى تأدية الدّولة لدورها في مراقبة المؤسّسات الصحية الخاصة.

وتمّ الوقوف من خلال الفحوصات المجراة على مستوى كلّ من وزارة الصحة العمومية ووزارة التجارة والصناعات التقليدية وكذلك من خلال استغلال نتائج استبيان ومعاينات ميدانية أجرتها الدّائرة بالتّعاون مع مصالح وزارة الصحة العمومية شملت عينة متكونة من 25 مصحة من بين 69 في طور النّشاط تمّ تحديدها بالاعتماد على معايير تتعلّق بصنف المؤسّسة وبطاقة استيعابها ونوع الإختصاصات والتّوزيع الجغرافي وتاريخ الإحداث

على عدة نقائص تعلقت أساسا بتنظيم هياكل وعمليّات المراقبة للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة وببعثها ومراقبة بناءاتها وتجهيزاتها وبمراقبة سير نشاط المؤسّسات الصحية الخاصّة.

I- تنظيم هياكل وعمليّات المراقبة للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة

أ- تنظيم مشمولات المصالح المعنية بالمؤسسات الصحّية الخاصّة

اتّضح من خلال النّظر في الأمر عدد 793 لسنة 1981 المؤرّخ في 9 جوان 1981 والمتعلّق بتنظيم مصالح الإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية أنّه لم يقع التّنصيص على مهامّ الوحدة المكلّفة بالإشراف على القطاع الخاصّ.وإثر صدور القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرّخ في 29 جويلية 1991 والمتعلّق بالتّنظيم الصحّي أصبحت هذه الوحدة تشرف على إسناد التراخيص الرّاجعة إلى وزير الصحّة العمومية والتي تخصّ إحداث المؤسّسات الصحّية الخاصّة أو توسيع اختصاصها أو إدخال تغييرات عليها أو نقلها. وتمّ في سنة 1996 إعداد دليل إجراءات في هذا الشّان إلاّ أنّه بالرّغم من صدور القانون عدد 13 لسنة 2001 المؤرّخ في 30 جانفي 2001 والمتعلّق بحذف تراخيص إداريّة مسلّمة من قبل مصالح هذه الوزارة والذي ألغى التّراخيص المذكورة أعلاه وعوّضها بكرّاس الشروط ومن إسناد مهام متابعة تطبيق المؤسسات الصحية الخاصة لمقتضيات هذا الكراس إلى الإدارات الجهوية للصحّة العمومية لم يقع إلى موفّى شهر جوان 2005 مراجعة هذا الدليل ممّا نتج عنه عدم وضوح المهامّ الموكولة إلى الوحدة المذكورة أعلاه .

وبالإضافة إلى هذه التطوّرات وإلى ما نصّ عليه الأمر عدد 49 لسنة 1996 المؤرّخ في 16 جانفي 1996 والمتعلّق بضبط محتوى مخطّطات تأهيل الإدارة وطريقة إعدادها وإنجازها ومتابعتها بأنّ كلّ وزارة مدعوّة إلى إعداد مخطّط تأهيل خاصّ بها يشمل مراجعة التّنظيم الهيكلي وفقا للتّنظيم الأنموذجي المنصوص عليه بمنشور الوزير الأوّل عدد 8 المؤرّخ في 9 فيفري 1996 والمتعلّق بتأهيل الإدارة فإنّه لم يقع إلى موفّى شهر جوان 2005 مراجعة الأمر عدد 793 لسنة 1981 المذكور أعلاه.

وتتأكّد الحاجة إلى الإسراع في استصدار الأمر المتعلّق بضبط الهيكل التّنظيمي حتّى يتمّ إضفاء أكثر وضوح ونجاعة على المهامّ الموكولة إلى مختلف مصالح الوزارة في

مجال متابعة ومراقبة المؤسّسات الصحّية الخاصّة لتمكينها من القيام بالمهامّ المنوطة بعهدتها.

وقد بيّنت وزارة الصحّة العموميّة في إجابتها أنّها تقدّمت بمشروع لمراجعة الهيكل التّنظيمي لمصالحها وتتمّ حاليّا دراسة هذا المشروع بالتّنسيق مع الأطراف المتدخّلة وفقا للحاجيات المعبّر عنها وفي إطار الإمكانات المتوفّرة.

ب- التصرّف في ملفّات المؤسّسات الصحية الخاصّة على مستوى الوزارة ونظام المعلومات

أوكل منشور وزير الصحّة العمومية عدد 51 لسنة 2001 المتعلّق بإصدار كرّاسات الشروط المتعلّقة ببعض الأنشطة الصحّية بالقطاع الخاصّ الدّور الرّئيسي في التّعامل مع المؤسّسات الصحيّة الخاصّة إلى الإدارات الجهويّة إلاّ أنّ ذلك لم يرفق بإحالة ملفّات المؤسّسات الصحيّة الخاصّة المحدثة قبل سنة 2001 والموجودة على المستوى المركزي إلى هذه الإدارات. ولئن أفادت الوزارة بأنّ إحالة الملفّات تتطلّب تدعيم الإدارات الجهويّة بالموارد البشريّة فإنّ هذا النّقص لا يبرّر عدم إحالة هذه الملفّات.

كما لوحظ أنّ ملفّات الإحدى عشرة مؤسّسة صحيّة الخاصّة المحدثة بعد سنة 2001 الموجودة لدى الإدارات الجهويّة لا تشتمل على كلّ الوثائق والمراسلات المتعلّقة بها مثل شهادة صلوحية التّجهيزات الفنّية أو الأمثلة الهندسية.

ومن شأن هذه الوضعيّة أن لا تمكّن الإدارات الجهويّة من متابعة وتفقّد المؤسّسات الصحيّة الخاصّة الموجودة بالجهة بما أنّها تفتقر إلى المعلومات المتعلّقة بها خصوصا وأنّه يتمّ في بعض الأحيان الإعلام ببداية النّشاط دون استكمال كلّ الوثائق المنصوص عليها بكرّاس الشّروط على غرار شهادات صلوحية التجهيزات الفنية.

لذا ونظرا إلى ما تمثّله هذه الوثائق من ضمانات تتعلّق بصحّة وسلامة المرضى داخل المؤسّسة الصحيّة الخاصّة فإنّه من الضّروري إحالة ملفّات المؤسسات الصحية الخاصة إلى الإدارات الجهوية وقيام هذه الأخيرة بمتابعة مختلف مراحل إنجاز المشروع ونشاط الإستغلال وحثّ هذه المؤسسات على استكمال جميع الوثائق المستوجبة.

ونصّ الفصل 48 من كرّاس الشّروط على أنّه يجب أن يكون لكلّ مؤسّسة صحيّة خاصّة نظام داخلي يضبط قواعد التّنظيم والتّسيير الدّاخلي للمؤسّسة ويجب إعلام الأعوان والعموم بهذا النّظام بواسطة التّعليق المستمرّ وتبليغه إلى الوزارة. وتبيّن أن الوزارة لا تحرص على مطالبة المؤسسات الصحية الخاصة بإعداد أنظمة داخلية وإشهارها للعموم إذ تم الوقوف من خلال الإستبيان على أنّ 13 مؤسّسة من بين 25 مؤسّسة صحيّة خاصّة لا يتوفّر لديها هذا النظام.

وفي خصوص نظام المعلومات تمّ منذ سنة 1999 إحداث قاعدة بيانات متعلّقة بالأعوان شبه الطبيّين. إلاّ أنّه اتّضح من خلال فحص الملفات الخاصة بهذه القاعدة غياب عقود العمل وذلك خلافا للفصل 57 من القانون عدد 63 لسنة 1991 المتعلّق بالتّنظيم الصحّي والفصل الرابع من كراس الشروط المتعلّق بالمؤسّسات الصحية الخاصة اللّذين ينصّان على إرفاق هذه البيانات بالوثائق المثبتة ويتمّ تحيين هذه القاعدة على أساس مراسلات للمصحّات تتعلّق بتشغيل أعوان جدد ممّا لا يمكّن من التأكّد من صحّة هذه المعلومات. وشرعت الوحدة التي تشرف على هذا القطاع بوزارة الصحة العمومية منذ شهر جانفي 2005 في تحيين المعطيات الموجودة بقاعدة البيانات وذلك بمراسلة مختلف المصحّات قصد الحصول على قوائم محيّنة في خصوص الإطار شبه الطبّي. غير أنّه لم يتمّ إلى موفىّ شهر جوان 2005 استكمال جمع كلّ المعطيات ممّا لا ييسّر الوقوف على مدى احترام المؤسّسات الصحيّة الخاصّة للمعايير المتعلقة بالأعوان شبه الطبيّين.

وبالإضافة إلى ذلك تبيّن من خلال فحص المعلومات المتوفّرة لدى الوحدة المشرفة على المؤسّسات الصحّية الخاصة من جهة وإدارة الدّراسات والتّخطيط من جهة أخرى وجود اختلاف في عدد المؤسسات الصحية الخاصة وعدد الأسرة بكل ولاية. وقد أفادت الوزارة في هذا الصدد بأنّ المصالح المعنيّة ستعمل على مزيد التّنسيق وتبادل المعطيات لتوفير معلومات أكثر دقّة حول القطاع الصحّي.

وبالنّسبة إلى التّقارير السنوية للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة نصّ كرّاس الشّروط على أنّه يجب على هذه المؤسّسات موافاة وزارة الصحّة العموميّة بتقرير سنوي يشمل أنشطتها الطبيّة طبقا للأنموذج المعدّ من قبل الوزارة إلاّ أنّه اتّضح بالنّسبة إلى سنتي 2003

و2004 أنّ بعض المؤسّسات الصحّية الخاصة لا تدلي بتقرير نشاطها الطبّي السّنوي بصفة آليّة ومستمرّة رغم مراسلات الوزارة المتعدّدة الموجّهة إليها.

وبالنّظر في محتوى هذه التّقارير تبيّن أنّ البعض منها يفتقد إلى الدقّة والمصداقيّة لوجود تضارب في المعلومات المدوّنة بها. ونتج عن هذه الوضعيّة عدم قدرة الوزارة على القيام بتحاليل إحصائيّة وتقديم مؤشّرات ذات دلالة حول الإمكانيات البشرية للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة وتجهيزاتها ونشاطها حسب مختلف الإختصاصات.

ج- أعمال التفقّد والمتابعة المنوطة بعهدة وزارة الصحة العمومية

1- التفقّد الطبيّ

نصّ الفصل 49 من القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرّخ في 29 جويلية 1991 والمتعلّق بالتّنظيم الصحّي وكذلك الفصل التّاسع من كرّاس الشّروط المتعلّق بالمؤسّسات الصحيّة الخاصّة على أنّ هذه المؤسّسات تخضع لتفقّد المصالح المختصّة بوزارة الصحّة العموميّة وذلك في حدود مشمولاتها. وتتمثّل مهامّ التفقديّة الطبيّة حسب الفصل 13 من الأمر عدد 793 لسنة 1981 المؤرّخ في 9 جوان 1981 والمتعلّق بتنظيم مصالح الإدارة المركزيّة لوزارة الصحّة العموميّة والنّصوص المنقّحة والمتمّمة له في مراقبة وتقييم وتفقّد فنّي لكافّة المصالح الطبيّة والموازية لها العموميّة والخاصّة ويمكن تكليفها بكلّ بحث من النّوع الطبّي أو الموازي له.

وتبيّن من خلال النّظر في الملفّات الخاصّة بعمليّات التفقّد الطبّي لسنوات 2002 و2003 و2004 غياب برنامج عمل يحدّد المؤسّسات الصحيّة الخاصة وجوانب النّشاط التي سيتمّ مراقبتها. ويقتصر نشاط التفقد على معالجة العرائض التي ترد على الوزارة في شأن هذه المؤسّسات أو على زيارة تلك التي يحدّدها وزير الصحّة العمومية. ونتج عن هذه الوضعيّة إهمال جوانب أخرى تستوجب مراقبة دوريّة ومستمرّة مثل احترام معايير توفر الأعوان شبه الطبيين وتلقيحهم وكذلك الفوترة والنشاط الخاص التكميلي.

أمّا بالنسبة إلى الإدارات الجهوية فقد تمّ تكليفها بمقتضى منشور وزير الصحّة العموميّة عدد 51 لسنة 2001 بالحرص على القيام بعملية تفقّد ومراقبة للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة للتأكّد من مطابقة المشروع المنجز للتّشريع الجاري به العمل . إلاّ أنّه اتّضح أنّها تقوم بزيارة المؤسّسات الصحيّة الخاصّة عند الفتح أو عند تلقي عرائض في شأنها دون أن يتمّ ذلك في إطار برمجة دوريّة. وأفادت الوزارة أنّ التّفقّدية الطبيّة تسعى في نطاق مراجعتها لأساليب العمل وتوحيد الطرق إلى تدعيم المراقبة الدّورية على المؤسّسات وتمكين الأطبّاء المتفقّدين من إنجاز هذا العمل .

واتّضح من ناحية أخرى عدم وجود منهجيّة تفقّد موحّدة بين المتفقّدين الطبّيين على المستويين المركزي والجهوي حيث لم يشمل دليل الإجراءات الخاصّ بالتصرّف في شؤون التفقّد والمراقبة الصّادر في مارس 1997 أعمال التفقّد على المستوى الجهوي. وتبيّن أنّ تقارير التفقّد المنجزة من قبل بعض الإدارات الجهويّة مختصرة وغير مفصّلة. ومن شأن ذلك أن لا يمكّن من إخضاع مختلف المصحّات الخاصّة إلى نفس المستوى من الرّقابة.

وأفادت وزارة الصحّة العموميّة في إجابتها أنّها ستعمل على إدراج المراقبة الدّوريّة للمؤسّسات الإستشفائيّة العموميّة والخاصّة في نطاق برنامج عمل يرمي إلى متابعة هذه المؤسّسات تجنّبا لكلّ تجاوزات ممكنة. كما أشارت إلى أنّ إدارة التفقديّة الطبيّة ستسعى إلى وضع برنامج لتوحيد الأنظمة والأساليب يتمّ تعميمه على كافّة الإدارات الجهويّة للتقيّد به عند القيام بعمليّات التفقّد وستعتمد مستقبلا منهجيّة موحّدة في إجراء هذه العمليّات على المستويين المركزي والجهوي ومن قبل الإدارات الجهويّة وذلك من خلال إعداد أنموذج موحّد يلتزم به كلّ الأطبّاء المتفقّدين بما يتماشى والتّنقيحات التي طرأت على الإجراءات القانونيّة والترتيبيّة.

2- التفقّد الصّيدلي

نصّ الفصل 44 من القانون عدد 55 لسنة 1973 المؤرّخ في 3 أوت 1973 والمتعلّق بتنظيم المهن الصّيدليّة على أنّه يقوم بالتفقّد الصّيدلي تحت سلطة وزارة الصحّة العموميّة صيادلة متفقّدون يقومون بعمليّات تفقّد دوريّة ويسهرون على تنفيذ جميع أحكام القوانين والتّراتيب المتعلّقة بممارسة الصّيدلة وبالموادّ السميّة.

إلاّ أنّه لوحظ غياب برنامج عمل سنوي وغياب تقارير تفقّد لصيدليّات المصحّات على المستوى المركزي. كما أنّ عمليّات التفقّد بالإدارات الجهويّة ضئيلة العدد ولم تشمل خلال سنتي 2003 و2004 سوى ثلاث مصحّات بولاية صفاقس. وتعلّقت خاصّة بالتصرّف في الموادّ المخدّرة وهو ما يمثل مؤشرا على نقص في القيام بعمليات التفقد في هذا الشأن. واتّضح من خلال فحص هذه التّقارير وجود عدّة مخالفات تتعلّق بالمقرّات المخصّصة للصّيدليّة وبعدم الإلتزام بقائمة الأدوية متأكّدة الاستعمال المخوّل للمصحّات مسكها وبعدم احترام إجراءات مسك السجلات، إضافة إلى أنّه لم يقع تطبيق العقوبات المنصوص عليها بالعنوان السّادس من القانون عدد 54 لسنة 1969 المؤرّخ في 26 جويلية 1969 والمتعلّق بتنظيم الموادّ السميّة.

لذا تدعو الدّائرة التفقديّة الصيدليّة إلى إعداد برنامج تفقّد سنوي للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة بالتّعاون مع المتفقّدين بالإدارات الجهويّة للتأكّد من مدى احترام هذه المؤسسات لمختلف النّصوص القانونيّة المتعلّقة بالأدوية وبالموادّ المخدّرة.

وقد أفادت الوزارة أنّ التفقدية الصيدلية أخذت بعين الاعتبار ما جاء في النقاط الخاصة بالتفقد الصيدلي للمؤسّسات الخاصّة والمذكورة في تقرير الدائرة وأنّها حثت المتفقدين على إعداد برنامج تفقد لسنة 2006 يتمّ متابعته من قبل الصيدلي المتفقد بالجهة.

وتجدر الإشارة إلى أنّه لم يصدر إلى حدود شهر جوان 2005 قرار وزير الصحّة العموميّة المتعلّق بكميّة الموادّ المخدّرة التي يسمح بمسكها من قبل المؤسّسات الصحيّة الخاصّة والمنصوص عليه بالقانون المذكور أعلاه. كما لم يصدر القرارالمشار إليه بهذا القانون الذي يضبط الشّروط التي تسلّم بمقتضاها المواد السميّةّ إلى المستشفيات والمستوصفات والمصحّات.

3- مراقبة مراكز تصفية الدّم

تبيّن بالرّجوع إلى عمليّات التفقّد المنجزة من طرف التفقديّة الطبيّة أنّها اقتصرت على عمليّة واحدة خلال سنة 2003 تعلّقت بالمراقبة عند الفتح وخمس عمليّات في سنة 2004 منها أربع عمليّات تمتّ على إثر عرائض. وبالتّالي فإنه لم يقع بالنسبة إلى معظم المراكز

مراقبة مختلف الأجزاء الواردة بأنموذج التّقرير المعدّ من قبل وزارة الصحّة العموميّة على غرار التقيد بمقاييس المحلات التي تأوي آلات تصفية الدم أو المولّد الكهربائي للنجدة ودورية الصيانة لآلات تصفية الدّم والأعوان. لذلك يكون من الضروري وضع برنامج قصد القيام بعمليات تفقد دورية وشاملة لكلّ هذه الجوانب.

وإلى جانب المهام الموكولة إلى التفقدية الطبية نصّ الفصل العاشر من الأمر عدد 795 لسنة 1998 المؤرّخ في 4 أفريل 1998 والمتعلّق بضبط شروط إحداث واستغلال مراكز تصفية الدّم على أنّه يراقب مراكز تصفية الدّم طبيب مراقب يعيّنه وزير الصحّة العموميّة . وتتمثّل مهمّته في مراقبة نوعيّة العلاجات المقدّمة للمرضى وكذلك حالة استعمال المعدّات والتّجهيزات. ويتولّى في إطار مهمّته إعداد تقارير ترفع إلى وزير الصحّة العموميّة كلّما رأى ضرورة في ذلك وعلى الأقلّ مرّة كلّ شهر.

وتبيّن من خلال فحص أنموذج تقرير الطّبيب المراقب المعدّ من طرف وزارة الصحّة العموميّة أنّه لا يشمل المعلومات المتعلّقة بالأعمال الطبية وطبيعة الفحوصات التكميلية المجراة وأسماء المتدخلين من أعوان طبيين وشبه طبيّين وبما يفيد اطلاع المريض على مختلف الخدمات المستوجبة وذلك خلافا لما نصّ عليه الفصل الثّامن من الأمر عدد 795 لسنة 1998 المذكور أعلاه .

لذا تدعو الدّائرة إلى مراجعة أنموذج التّقرير لجعله أكثر تفصيلا وإدراج أعمال التفقّد غير الموجودة وذلك حتّى يتسنّى للوزارة متابعة هذه المراكز والإطّلاع على كلّ المخالفات وردعها.

4- مراقبة حفظ صحّة الوسط وحماية المحيط ومتابعة جودة الخدمات

كلّف الأمر عدد 793 لسنة 1981 المتعلّق بتنظيم مصالح الإدارة المركزيّة لوزارة الصحّة العموميّة إدارة حفظ صحّة الوسط وحماية المحيط بمراقبة حفظ الصحّة بالمجموعات الاستشفائيّة والصحيّة العموميّة والخاصّة. ونصّ دليل الإجراءات الخاصّ بالتصرّف في شؤون حفظ صحّة الوسط وحماية المحيط المصادق عليه بمقتضى قرار وزير الصحّة

العموميّة المؤرّخ في 17 جانفي 1998 على أنّ هذه الإدارة تقوم بمراقبة التصرّف في النّفايات الإستشفائيّة والصّيانة اليوميّة للمحلاّت وتطهيرها.

وبالنّظر في نشاط هذه الإدارة خلال سنوات 2002 و2003 و2004 تبيّن أنها لا تقوم ببرمجة أعمال تفقّد تتعلّق بالمؤسّسات الصحيّة الخاصّة. كما اتّضح أنّ عدد تدخّلات الإدارات الجهويّة في هذا المجال ضئيل حيث أنّه باستثناء الإدارة الجهوية بسوسة التي قامت بتفقّد كيفيّة التصرّف في النّفايات الاستشفائيّة بمصحّتين سنة 2004 وزيارة مصحتين ومركزين لتصفية الدم سنة 2005 والإدارة الجهويّة بالمنستير التي قامت بتفقّد ستّة مراكز لتصفية الدّم لم تقم بقية الإدارات الجهوية بأية عمليات مراقبة. علما بأنّ هذه الزّيارات أسفرت عن معاينة العديد من المخالفات لمقتضيات منشور وزير الصحّة العموميّة عدد 76 لسنة 1992 المؤرّخ في 18 سبتمبر 1992 والمتعلّق بالتصرّف في النّفايات الإستشفائيّة.

ولم يتيسّر القيام بعمليات مراقبة النّفايات الإستشفائية نظرا إلى غياب الأوامر التطبيقية المشار إليها بالفصل 24 من القانون عدد 41 المؤرّخ في 10 جوان 1996 والمتعلّق بمراقبة التصرّف في النّفايات وكيفيّة التخلّص منها وذلك إلى حدود جوان 2005.

وبالنسبة إلى مقاومة التعفّنات الإستشفائيّة وباستثناء المنشورعدد 30 المؤرّخ في 8 أفريل 2002 والمتعلّق بدعم حفظ صحّة الأيدي بالهياكل الصحّية لوحظ غياب نصوص قانونيّة وترتيبيّة توضح كيفية مقاومة مختلف مصادرها وتساعد على مراقبة مدى توفّر الحماية لكلّ المتعاملين مع المؤسّسات الصحيّة الخاصّة.

وفي خصوص جودة الخدمات الصحية تبيّن من خلال الاطّلاع على نشاط الإدارة الفرعيّة لجودة الخدمات أنّ عملها اقتصر منذ إحداثها في سنة 2000 على وضع الإستراتيجيّة الوطنيّة للتّحسين المستمرّ لجودة العلاج والخدمات الصحيّة إلاّ أنّه لم يقع العمل بهذه الإستراتيجيّة إلى حدود شهر جوان 2005 نظرا إلى عدم توفّر الاعتمادات اللاّزمة.

د- مراقبة وزارة التّجارة والصّناعات التقليديّة للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة

كلّف الأمر عدد 2966 لسنة 2001 المؤرّخ في 20 ديسمبر 2001 والمتعلّق بتنظيم وزارة التّجارة هذه الأخيرة بمراقبة الجودة وبالسّهر على تطبيق الأحكام القانونيّة والتّراتيب الاقتصاديّة خاصّة في ميادين المنافسة والأسعار.

إلاّ أنّه تبيّن أنّ وزارة التّجارة والصناعات التقليدية لم تقم خلال سنتي 2003 و2004 بأيّ عمليّة مراقبة للمؤسّسات الصحيّة الخاصّة حيث ترجع آخر عمليّة إلى سنة 2002 وتمثّلت في تنظيم مراقبة مشتركة مع وزارة الصحّة العموميّة وبمبادرة من هذه الأخيرة شملت ستّ مصحّات بجهتي تونس وصفاقس. أمّا بالنّسبة إلى سنة 2005 فيذكر أنّ وزارة التجارة والصناعات التقليدية قامت ببرمجة حملة وطنيّة لإشهار الأسعار بالمؤسّسات الصحيّة الخاصّة تمّت خلالها زيارة 48 منها.

لذا تدعو الدّائرة وزارة التّجارة والصّناعات التّقليديّة إلى القيام بدورها في مجال مراقبة الأسعار المعتمدة من قبل المصحّات الخاصّة وبإنجاز مهامّ تفقّد بصفة مستمرّة حسب برنامج عمل مفصّل.

II- بعث المؤسّسات الصحية الخاصّة وإنجاز أعمال المراقبة على بناءاتها وتجهيزاتها

تبيّن من خلال الفحوصات التي تمّ إجراؤها وجود إخلالات تعلقت أساسا بالتوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية الخاصة وللتجهيزات الثقيلة حسب الخريطة الصحية وبوضعية مراكز تصفية الدم وبمراقبة بناءات المصحّات الخاصة وبالموافقة على التجهيزات وصيانتها ومتابعة جودتها وبالمراقبة الفنية عند التوريد.

أ- التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية الخاصة والتجهيزات الثقيلة

تضبط الخريطة الصحية للبلاد حسب الفصل الرابع من القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرّخ في 29 جويلية 1991 والمتعلّق بالتنظيم الصحي المناطق والقطاعات الصحية التي يمكن بعث مؤسّسات علاجية واستشفائية بها وذلك بالاعتماد على التوزيع الجغرافي وأهمية التجهيز العمومي والخاصّ الموجود ونوعيته وكذلك تطوّر عدد السكان

وتقدّم التقنيات الطبية وتقع مراجعة الخريطة الصحية دوريا وبصفة وجوبية في بداية كلّ مخطط وطني للتنمية.

إلاّ أنّه وبالرجوع إلى الخريطة الصحية المتوفّرة لدى وزارة الصحة العمومية المعدّة في سنة 2002، لوحظ أنّها تشتمل على وصف للوضع من حيث توزيع مختلف أصناف المنشآت الصحية والتجهيزات الثقيلة المتواجدة بالقطاعين العمومي والخاص والإختصاصات الموجودة وعدد الأطباء العاملين بالقطاع العام والخاص مبوّبين حسب ولايات الجمهورية وعلى مدى تقدّم أشغال مشاريع المستشفيات أو الأقسام المنصوص عليها بالمخطّط العاشر دون أن تضبط المناطق والقطاعات الصحّية التي تحتاج إلى بعث مؤسّسات علاجية واستشفائية بها.

ومن شأن هذا النقص في محتوى الخريطة الصحية أن لا يمكّن من إرساء قواعد التكامل بين القطاعين العام والخاص وأن لا يعكس حاجيات السكّان الفعلية في مجال الخدمات الصحية والتجهيزات والإختصاصات الطبية. وهو ما من شأنه أن لا يوفّر المعلومة حول القطاعات والمناطق الصحية ولا يساعد على توجيه الإستثمارات العمومية والخاصة نحو المناطق والقطاعات الصحية ذات الأولوية.

ويتّضح من خلال توزيع المؤسسات الصحية الخاصة بما فيها مراكز التصوير بالأشعة المستغلّة لتجهيزات ثقيلة ودون اعتبار مراكز تصفية الدم حسب التقسيم الجغرافي المنصوص عليه بقرار وزير الصحة العمومية المؤرخ في 7 مارس 2003 والمتمّم والمنقّح بالقرار المؤرّخ في 22 جوان 2000 والمتعلّق بضبط مقاييس ومعايير الحاجيات من التجهيزات ومن المعدات الثقيلة أنّ المناطق الساحلية تضمّ 60 مصحّة من جملة 69 أي بنسبة 87 % وتحتوي على معدّل 324 سريرا لكلّ مليون ساكن مقابل حوالي 67 سريرا لكلّ مليون ساكن بالنسبة إلى المناطق الدّاخلية. كما تضمّ هذه المناطق كلّ مراكز الأشعّة المستعملة للتجهيزات الثقيلة مقابل حوالي 68 % من سكّان البلاد. ويعود توجّه أغلبية الإستثمارات الصحية الخاصة نحو الجهة الشرقية بالأساس إلى ارتفاع المردودية بهذه الجهات وإلى عدم وجود تشجيعات خصوصية تحفّز المستثمرين على بعث مشاريع خاصّة بالجهات الداخلية. ولا تسمح هذه الوضعية بمعاضدة مجهود الدولة في تقريب الخدمات الصحية من المواطنين القاطنين بالجهات الداخلية ولا تنصهر ضمن توجّهات المخطط العاشر الذي ينصّ على

تحقيق مزيد من التوازن الجهوي عبر تحسين التغطية الصحية وتقريب الخدمات الإستشفائية من متساكني الجهات وخاصّة الداخلية منها.

ومن بين أهداف إرساء الخريطة الصحية يذكر "التوزيع المحكم للتجهيزات الثقيلة بين مختلف جهات البلاد وتقريب الخدمات الصحية من المواطن". إلاّ أنّه وبالرجوع إلى ما تمّ تركيزه من تجهيزات من قبل القطاعين العمومي والخاص لوحظ افتقار بعض الجهات وخاصّة الغربية منها لبعض التجهيزات وهو ما يجعل المريض يتنقل إلى جهات مجاورة مع ما لذلك من تأثير على تكلفة العلاج.واتضح بالرجوع إلى التوزيع الجهوي للطلبات المرسّمة بقائمات الإنتظار إلى غاية شهر ماي 2005 أنّ معظمها موجّه نحو الجهات الشرقية .

كما لوحظ غياب تجهيزات ثقيلة مثل جهاز القثطرة القلبية الوعائية وجهاز تصوير الأوعية وآلة تفتيت الحصاة بعدّة جهات سواء لدى القطاع العمومي أو الخاص مقابل توفّرها لدى القطاعين بجهات أخرى وهو ما يبرز أهمية إيجاد التكامل بين القطاعين ممّا يوفّر على المواطن تحمّل مشاق التنقّل بين الجهات ويمكنه من الإنتفاع بخدمات هذه التجهيزات.

ولوحظ من خلال مقارنة قائمة التجهيزات الثقيلة حسب الجهات مع معايير الخريطة الصحية وجود تباين حيث لا تتوفّر بعض التجهيزات الثقيلة في بعض الجهات مثل آلة تفتيت الحصاة بالنسبة إلى الشمال الغربي وآلة التصوير بالرنين المغناطيسي بالنسبة إلى الشمال الشرقي والشمال الغربي وجهاز القثطرة القلبية الوعائية بالنسبة إلى الشمال الشرقي والشمال الغربي والوسط الغربي التي تسمح الخريطة الصحية باقتنائها.

وتوصي الدائرة في إطار التوجه الرامي إلى تشجيع الإستثمار وضمان حرّية المبادرة الخاصة وتماشيا مع توجّهات وزارة الصحّة العمومية بالنّظر في إمكانية إقرار بعض التشجيعات والحوافز الإضافيّة للنهوض بالإستثمار في القطاع الصحّي بالمناطق ذات الأولوية وجلب المستثمرين لهذا القطاع وخاصة الأجانب منهم .

ب- وضعية مراكز تصفية الدم

تبيّن أنّ عدد المرضى الذين يؤمّون المراكز العمومية والخاصّة يبلغ 6149 وهو عدد يتجاوز طاقة الإستيعاب القانونية البالغة 5376 مريضا.

وتشهد مراكز تصفية الدم الخاصة والعمومية اكتظاظا باعتبار أنّ 76 مركزا من بين 129 أي بنسبة 59 % من المراكز تفوق نسبة إشغالها طاقة استيعابها القانونية حيث بلغت على سبيل المثال 156 % و162 % بالنسبة إلى مركزين بولاية نابل.

ويعزى هذا الاكتظاظ بالنسبة إلى القطاع الخاص إلى توقيف إسناد الرخص منذ نوفمبر 2000 وإلى حداثة إنجاز الوحدات العمومية داخل المستشفيات الجهوية التي انطلق معظمها في العمل في سنة 2003 مقابل ارتفاع في عدد مرضى القصور الكلوي بنسق فاق طاقة استيعاب الإحداثات الجديدة.

ومكّنت الفحوصات التي تمّ إجراؤها من الوقوف على عدّة مخالفات لمقتضيات الأمر عدد 795 لسنة 1998 المؤرخ في 4 أفريل 1998 والمتعلّق بضبط شروط إحداث واستغلال مراكز تصفية الدم تمثّلت في إجراء حصّة يومية ثالثة وفي استعمال الآلات الاحتياطية التي تستخدم عند حصول عطب لإحدى الآلات المرخص في استعمالها وفي استعمال آلات تصفية دم دون ترخيص مسبق من قبل وزارة الصحّة العمومية والذي لا يمكّن هذه الأخيرة من التأكّد من مدى احترام هذه المراكز لمقاييس الأعوان الطبيين وشبه الطبيين ولمعايير المحلات ومطابقتها للعدد الفعلي للآلات المستعملة.

وتتطلّب هذه الوضعية، تعميق النظر في أسباب تطور مرض القصور الكلوي وإيجاد الحلول الضرورية لحالات الإكتظاظ التي تشهدها مراكز تصفية الدّم.

ج- مراقبة بناءات المصحّات الخاصّة

يتعيّن حسب الفصل الثالث من كراس الشروط المتعلق بالمؤسسات الصحية الخاصة على كلّ من يرغب في بعث مؤسسة صحية خاصة أو في توسيعها أو في إدخال تغييرات عليها أو في نقلها أن يعرض قبل بداية إنجاز المشروع على المصالح المختصّة بوزارة الصحة العمومية الأمثلة الهندسية لذلك المشروع لإبداء الرأي في شأنها في غضون شهرين من تاريخ إيداع الملف.

إلاّ أنّه تبيّن أنّ ذلك يقع احترامه عند الفتح ولا يتمّ بصفة آلية في حال إدخال تغييرات أو القيام بتوسعة.

د- الموافقة على التجهيزات وصيانتها ومتابعة جودتها

تمّ في هذا المجال الوقوف على بعض النقائص تعلقت أساسا بالموافقة على التجهيزات الطبية الثقيلة وبمراقبة التجهيزات الفنية والتجهيزات المشعة وبصيانة التجهيزات ومتابعة جودتها.

1- الموافقة على التجهيزات الطبية الثقيلة

يخضع اقتناء هذا النوع من التجهيزات واستغلالها إلى ترخيص مسبق من قبل وزارة الصحّة العمومية حسب الإجراءات المنصوص عليها بالقانون عدد 63 لسنة 1991 ولا يتمّ إسناد الموافقة المبدئية لاقتناء تجهيز ثقيل إلاّ بعد استشارة اللجنة الوطنية للمؤسسات الصحية الخاصة ولا يمكن استغلاله إلاّ بعد الحصول على ترخيص نهائي بعد معاينة التجهيز من قبل التفقدية الطبية. وتبقى هذه الموافقات المبدئية صالحة لمدّة سنتين وتلغى آليا إذا ما لم يتم الإنجاز خلال هذه المدّة و لم يتمّ طلب تجديدها من قبل المستثمر.

إلاّ أنّه تبيّن خلافا لمقتضيات الفصول 43 و44 و45 من القانون عدد 63 لسنة 1991 المذكور أعلاه عدم قيام الوزارة في كلّ الحالات بمتابعة هذه الموافقات حيث اتضح وجود موافقات تجاوزت أجل السنتين دون أن يتم بيان مآلها.

وتبيّن من خلال الملفات الخاصة بهذه التجهيزات أنّ العديد منها لا يتوفر بها معلومات دقيقة تمكن من تقدير مدى تقدم إنجاز الموافقات المبدئية وأنّه تمّ اقتناء بعض من التجهيزات دخلت في طور الإستغلال دون إتمام إجراءات الحصول على الموافقات النهائية التي يتوقف إسنادها على القيام بالرقابة الفنية على تلك التجهيزات.

وتوصي الدائرة الوزارة بمزيد الحرص على تأمين عملية متابعة حينية للموافقات المبدئية لتجنب ما قد ينتج عن التقصير في إنجاز تلك العملية من حرمان بعض المرسمين

على قوائم الإنتظار من الحصول على الموافقة المبدئية أو إتاحة الفرصة للبعض الآخر لاستغلال التجهيزات دون الحصول على ترخيص نهائي ودون إجراء مراقبة فنية لها.

وأشارت وزارة الصحة العمومية في هذا الصدد إلى وجود صعوبات على مستوى الإدارات الجهوية في المتابعة تعود بالأساس إلى النقص في الموارد البشرية وإلى صعوبة الحصول على معطيات من قبل المستثمرين بخصوص مآل الموافقات المبدئية المسندة.

ومن جهة أخرى أوصى المجلس الوطني للتجهيزات الطبية والتقنية في جلسته بتاريخ 21 ديسمبر 1999 بالشروع في إعداد نصّ يهمّ معايير استغلال المراكز التي تستعمل تجهيزات ثقيلة كما كلّف خلال سنة 2001 اللجنة الفنية المختصّة بإعداد كراس شروط خاصّ بجهاز القثطرة القلبية الوعائية وآخر خاص بآلة التصوير بالرنين المغناطيسي يحدّد المواصفات الفنية المطلوبة بالنسبة إلى هذه التجهيزات ولمحيطها ولمؤهّلات الطبيب الذي سيستعملها. إلاّ أنّه تبيّن عدم إعداد الكرّاس الخاص بجهاز القثطرة القلبية الوعائيةّ وعدم المصادقة من قبل وزير الصحّة العمومية على الكراس الذي تمّ إعداده بخصوص آلة تصوير بالرنين المغناطيسي.

لذلك يكون من الضروري العمل على تعميم العمل بنظام كراس الشروط لاستغلال جميع التجهيزات الثقيلة الأخرى.

2- مراقبة التجهيزات الفنية والتجهيزات المشعة

تنقسم التجهيزات الفنية حسب كراس الشروط المتعلق بالمؤسسات الصحية الخاصة إلى تجهيزات الهندسة الفنية التي تشمل وسائل التكييف والتهوئة والتجهيزات الكهربائية وإلى التجهيزات الطبية الفنية التي تشتمل على مركزيات السوائل الطبية ومركزية التفريغ ومركزية الهواء المضغوط.

وتخضع هذه التجهيزات حسب كراس الشروط إلى المعاينة الأولية عند الفتح والمتابعة لما بعد الفتح قصد التثبّت من مطابقتها للمعايير الفنية المطلوبة التي تحفظ سلامة المريض من بعض الأخطار على غرار التعفنات الإستشفائية وانقطاع الكهرباء خلال إجراء عمليات جراحية وغيرها من المخاطر التي يمكن أن تمسّ حياة المريض.

إلاّ أنّه لوحظ في بعض الحالات إمّا عدم تطرّق تقارير التفقد الأوّلية إلى هذا الجانب أو اقتصارها على ذكر وجود أو عدم وجود شهادات مسلّمة من قبل مكاتب المراقبة المصادق عليها من قبل الدولة والتي تشهد بصلوحية التجهيزات الفنية وما توفره من سلامة طبقا للتشريع والتراتيب الجاري بها العمل دون تفاصيل أخرى ويرجع ذلك أساسا إلى أنّ فريق المعاينة يتكوّن من متفقد واحد وهو غير مختصّ عامّة في هذه المجالات.

لذا يتّجه النظر نحو تكوين فريق تفقد متكامل ومتعدّد الإختصاصات يشتمل على مختصين في البناءات والتجهيزات وحفظ صحّة الوسط قصد القيام بالمعاينة الأولية بصفة شاملة والقيام بعمليات المتابعة لكلّ الجوانب.

وتبيّن من خلال نتائج الإستبيان الذي تمّ إجراؤه ضعف في متابعة جانب الهندسة الفنية من قبل وزارة الصحة العمومية خاصة بالنسبة إلى المؤسسات الصحية الخاصة المحدثة قبل سنة 1993 إذ لوحظ عدم تطابق وسائل التكييف والتهوئة والتجهيزات الكهربائية مع متطلبات الأمر عدد 1915 لسنة 1993 المؤرّخ في 31 أوت 1993 والمتعلّق بضبط الهياكل والإختصاصات وكذلك المواصفات من حيث طاقة الاستيعاب والمحلات والتجهيزات والأعوان بالمؤسّسات الصحية الخاصّة ومع متطلّبات كراس الشروط. وتبقى هذه المؤسّسات مطالبة بتطبيق ما جاء بالفصل 56 من الأمر المذكور أعلاه الذي ينصّ على أنّه " يجب على المؤسّسات الصحية الخاصة المباشرة لنشاطها في تاريخ نشر هذا الأمر أن تمتثل لأحكامه المتعلقة بمقاييس التجهيزات والأعوان وذلك في أجل سنة بداية من نشر هذا الأمر".

وأفادت وزارة الصحّة العمومية أنّه سيتمّ النظر في تشريك مختصّين في البناءات والتجهيزات ضمن فرق المعاينة باعتبار ما لهذا التوجه من جدوى ونظرا لأهمية هذه البناءات والتجهيزات وتأثيرها المباشر على وظيفية المركز وصحة المريض خاصة فيما يتعلق بالتكييف والتجهيزات الطبية والتجهيزات الكهربائية.

ومن جهة أخرى تبيّن أنّه باستثناء مركزيات معالجة الماء وآلات تصفية الدم وأجهزة التزوّد بالطاقة الكهربائية للنجدة التي صدرت مناشير في شأنها خلال سنة 1996 لا

توجد نصوص تنظّم مجال الصيانة بالنسبة إلى بقية التجهيزات الطبية على غرار آلات التكييف وتصفية الهواء التي يتوفّر في شأنها منشور يخصّ القطاع العام.

أمّا في خصوص التجهيزات المشعة ينصّ الفصل الثالث من الأمر عدد 1389 المؤرّخ في 27 أكتوبر 1982 والمتعلّق بتنظيم المركز الوطني للحماية من الأشعة وضبط مشمولاته على أنّ المركز مكلّف بعدّة مهامّ منها "السهر على جودة إجراءات الحماية من الأشعّة المتخذة في كلّ المراكز المستعملة للإشعاعات المؤينة وتفقد هذه المراكز" كما ينصّ الفصل 64 من الأمر عدد 433 لسنة 1986 المتعلّق بالحماية من الأشعّة المؤينة أنّه يمكن للمركز الوطني للحماية من الأشعّة القيام بمراقبة المؤسسات التي توجد بها موادّ إشعاعية أو مصادر أشعّة مؤينة أو آلات إشعاع عن طريق القيام بدون مقابل بأخذ العينات اللازمة للإختبار من كلّ مادّة إشعاعية أو يفترض أنّها إشعاعية وتعيير كلّ آلة إشعاع ومعاينة المحلات التي توجد بها هذه الآلات.

إلاّ أنّه خلافا لهذه المقتضيات لا يقوم المركز ببرمجة عمليات تفقد دورية للمحلاّت التي تأوي آلات مشعّة قصد التثبت من سلامة التجهيزات وجودة إجراءات الحماية من الأشعّة حيث تقتصر عمليات التفقد المنجزة بالنسبة إلى المؤسسات الصحية الخاصة ومراكز الفحص بالأشعة المستعملة للتجهيزات الثقيلة على عمليات تتمّ بمناسبة إسناد رخص اقتناء تجهيزات أو إثر طلب المستثمر القيام بتفقد تجهيزات معينة ويتمّ تجميع هذه المطالب وإعداد برنامج تفقّد على أساسها وهو ما لا يمكّن من متابعة وضعية هذه التجهيزات وجودتها.

وقد أفاد المركز في هذا الإطار أنّ عدم إنجاز التفقد الدّوري يرجع إلى نقص في الموارد البشرية المكلّفة بالتأطير والمراقبة وإلى نقص في وسائل النقل. وقد أشار أنّه سيتمّ العمل على تجاوز هذه النقائص بالتنسيق مع وزارة الصحة العمومية.

وتوصي الدائرة المركز الوطني للحماية من الأشعة بتدعيم جانب المتابعة الدورية للمراكز الخاصة الراجعة له بالنظر قصد التأكّد من أنّ التجهيزات المشعّة مازالت مطابقة لمقتضيات الجودة.

ولوحظ أنّه لا يتوفّر لدى المركز معطيات حول آلات الإشعاع المستعملة من قبل بعض المصحّات الخاصة مثل تجهيز ثابت للأشعّة وطاولة بالتحكّم عن بعد وجهاز أشعّة

متنقّل ولا يملك بالنسبة إلى بعض المصحّات المحدثة بعد سنة 1986 في خصوص نفس التّجهيزات ملف ترخيص لاقتناء تجهيز مشعّ واستغلاله وهو ما لا يمكّن المركز من متابعة احترام إجراءات الحماية من الأشعّة. وبالرّغم من ذلك لم يقع اتخاذ أيّ إجراء لتسوية هذه الوضعيات.

ولم يقم المركز بإجراء عمليات تفقّد في شأن بعض التجهيزات التي أسندت في خصوصها رخص اقتناء أو رخص اقتناء واستغلال وذلك خلافا لدليل إجراءاته المصادق عليه بمقتضى قرار وزير الصحة العمومية بتاريخ 2 أكتوبر 1999 وهو ما لا يمكّن من التثبّت من جودة هذه التجهيزات واحترامها لقواعد السلامة والحماية من الأشعة المؤينة.

كما تبيّن بالرجوع إلى بعض الشهادات المسلّمة من قبل المركز الوطني للحماية من الأشعة والتي تشهد باحترام التجهيزات لمقاييس الحماية من الأشعة أنّه يتمّ إعدادها في بعض الحالات على أساس عمليات تفقد قديمة قام بها هذا المركز. ومن شأن ذلك أن لا يثبت جودة التجهيز واحترامه لكلّ مقاييس الحماية من الأشعّة عند إعداد الشهادة.

هـ- المراقبة الفنية عند التوريد

تخضع المنتوجات المضمنة بالقائمة "أ" من قرار وزير الاقتصاد الوطني المؤرخ في 30 أوت 1994 والذي يضبط قائمات المنتوجات الخاضعة للمراقبة الفنية عند التوريد كما تمّ تنقيحه بالنصوص اللاحقة إلى المراقبة الآلية من طرف المصلحة الفنية المنصوص عليها بالجدول "أ" من الأمر عدد 1744 لسنة 1994 المؤرخ في 29 أوت 1994 والمتعلق بضبط طرق المراقبة الفنية عند التوريد والتصدير والمصالح المؤهّلة للقيام بهذه المراقبة أو من قبل كلّ هيكل آخر مرخص له من طرف الإدارة لهذا الغرض ولا يمكن استعمال هذه المنتوجات إلاّ بمقتضى رخصة الرفع الوقتية ورخصة عرض للاستهلاك.ويتمّ إسناد هاتين الرخصتين طبقا للإجراءات المنصوص عليها بمقرّر وزير التجارة المؤرّخ في 25 أفريل 1996 والمتعلق بطرق وشروط الحصول على رخصة الرفع الوقتية ورخصة عرض للإستهلاك من قبل المصلحة الفنية المعنية.

وتخضع التجهيزات والأدوات الطبية إلى مراقبة إدارة التجهيز بوزارة الصحة العمومية حسب ما جاء بالمكتوب الصادر عن الكاتب العام لوزارة الصحة العمومية والموجّه

إلى مدير الديوانة التونسية تحت عدد 22 بتاريخ 11 جانفي 2001 باعتبارها المصلحة الفنية المختصة في مجال المراقبة عند التوريد.

وتبيّن أنّ مراقبة إدارة التجهيز بوزارة الصحة العمومية تقتصر في أغلب الحالات على فحص الملفات دون القيام بعملية المراقبة في نقاط العبور أو عند التعذر في مخازن المورد أو المستعمل. ويتمّ في بعض الحالات النادرة الإستعانة فنّيا برأي مركز الدراسات الفنية والصيانة البيولوجية الطبية والاستشفائية إلاّ أنّه اتضح أنّه لا يقوم بالنسبة إلى هذه الحالات دائما بمعاينة التجهيزات أو الأدوات الطبية على عين المكان.

ولا تمكّن الطريقة المعتمدة في المراقبة الفنية عند التوريد من مراقبة مدى مطابقة المنتوج للتراتيب الفنية المتعلقة به ولا من التثبت من جودته ومن احترامه لقواعد الصحة والسلامة. وقد تمّ إلى موفّى شهر جوان 2005 القيام بأربع معاينات ميدانية من طرف إدارة التجهيز بوزارة الصحّة العمومية ثبت في حالتين منها أنّ الآلات لا تحمل علامة المطابقة للمواصفات المطلوبة.

وتدعو الدائرة إلى إعطاء جانب المراقبة الفنية عند التوريد العناية اللازمة وذلك عن طريق إجراء المعاينات الميدانية.

وفي خصوص أجهزة الإشعاع السينية والأجهزة المعتمدة على استخدام أشعّة ألفا أو بيتا أو قاما المستخدمة للاستعمال الطبي والخاضعة بدورها إلى المراقبة الفنية عند التوريد تبيّن أنّه لا ترد على إدارة التجهيز بوزارة الصحة العمومية كلّ الملفات المتعلقة بهذه التجهيزات على غرار آلة المفراس. وتتمّ معالجة كلّ الملفات الخاصة بهذا التجهيز من قبل المركز الوطني للحماية من الأشعّة. ومن شأن هذه الوضعية أن تحول دون تحديد واضح لأدوار المتدخلين في هذا المجال.

وفي خصوص التراخيص الخاصّة بالتجهيزات المشعّة ينصّ الأمر عدد 433 لسنة 1986 المؤرخ في 28 مارس 1986 والمتعلق بالحماية من الأشعة المؤينة على أنّه يقع منح رخص توريد آلات مولّدة للأشعّة المؤينة أو تصديرها أو مسكها أو استعمالها أو تحويلها أو تسليمها أو بيعها من طرف وزير الصحة العمومية بعد أخذ رأي الوزير المسؤول على ميدان النشاط المعني بالأمر حسب الحالات، وباقتراح من المركز الوطني للحماية من الأشعة.

إلاّ أنّه اتضح أنّ مدير المركز يقوم بإعطاء هذه الرخص عوضا عن وزير الصحة العمومية وذلك بدون وجود تفويض في هذا الشّأن.

ومكّن فحص قوائم الملفات التي تمّ درسها في إطار المراقبة الفنية عند التوريد لسنتي 2003 و2004 من الوقوف على أنّ 12 ملفا خاصا بسنة 2003 و70 ملفا خاصا بسنة 2004 أسندت في شأنها رخص رفع وقتية ولم يتمّ إلى حدود ماي 2005 تسوية وضعيتها باعتبار عدم استكمال الوثائق اللازمة ممّا انجرّ عنه استغلال لهذه التجهيزات قبل الحصول على رخصة العرض للاستهلاك وذلك خلافا لمقتضيات الفصل السادس من الأمر عدد 1744 لسنة 1994 المؤرّخ في 29 أوت 1994 وهو ما تبيّن من خلال الاستبيان الذي تمّ إجراؤه في خصوص 11 مؤسّسة .

III- مراقبة سير نشـاط المؤسّسات الصحيـة الخاصّـة

أ- الموارد البشرية لدى المؤسسات الصحية الخاصّة

يحتل الأطباء والأعوان شبه الطبيون مكانة مركزية في منظومة القطاع الصحي وقد أقرت النصوص الترتيبية المنظمة للقطاع الصحي الخاص في مجال انتداب هذه الإطارات وتنظيم نشاطها جملة من القواعد والمواصفات لضمان تقديم خدمات صحية شاملة وسليمة تتوفر فيها مقوّمات الجودة للمرضى المترددين على هذه المؤسّسات.

1- الإطارات الطبية

يتولّى أطباء القطاع العمومي مزاولة نشاطهم الطبي صلب المؤسسات الصحية الخاصة وفقا لمقتضيات الأمر عدد 1634 لسنة 1995 المؤرخ في 4 سبتمبر 1995 والمتعلّق بممارسة النشاط الخاص التكميلي الذي أتاح للأساتذة والأساتذة المحاضرين المبرّزين الإستشفائيين الجامعيين في الطب ممارسة نشاط خاص تكميلي بطلب منهم في مصحة واحدة وفي نطاق حصتين بعد الظهر أسبوعيا وذلك بمقتضى قرار من وزير الصحة العمومية لمدة سنة قابلة للتجديد.

إلاّ أنّه تبيّن إلى غاية سنة 2005 وجود عديد الحالات التي لم يتم فيها احترام أيام العمل المرخص فيها للأطباء لممارسة هذا النشاط علاوة على تواصل ورود عرائض وشكايات على الوزارة تشير إلى قيام البعض من هؤلاء الأطباء بممارسة هذا النشاط في مصحات أخرى من غير المصحّات المرخص لهم فيها وكذلك قيام البعض الآخر بممارسة هذا النشاط دون الحصول على ترخيص في ذلك. ولم تتخذ الوزارة التدابير التي من شأنها أن تضع حدّا لهذه التجاوزات. كما أنّ هذه الممارسات من شأنها أن تمثّل منافسة غير شرعية لأطباء الممارسة الحرّة فضلا عن إلحاق الضرر بنشاط المؤسسات العمومية للصحة مثلما تبيّن من خلال عمليات الرقابة التي أجرتها التفقدية الطبية بوزارة الصحّة العمومية والتي كشفت عن تحويل وجهة المرضى من المستشفيات العمومية إلى المصحات الخاصة وعدم التصريح بعدد العيادات الفعلي بعنوان هذا النشاط داخل المؤسسات العمومية للصحة علاوة على استعمال المعدات الطبية وتوظيف الأعوان العاملين بهذه المؤسسات لفائدة هذا النشاط داخل المستشفى وذلك خارج الأيام المرخص فيها.

2- الأعوان شبه الطبّيون

شهدت المنظومة الصحية تطوّرا ملحوظا في عدد اختصاصات سلك الفنيين السامين وهو ما يمثل مسايرة لتطور القطاع الصحي واستجابة لمتطلبات جودة الخدمات العلاجية المقدمة. غير أنّ القطاع لا يزال يشكو من نقائص تتعلق بمدى ملاءمة عدد الخريجين من كل سلك شبه طبي لحاجياته الفعلية.

وتعزى هذه الوضعية بالأساس إلى افتقار وزارة الصحة العمومية إلى المعطيات الضرورية لحصر الحاجيات الوطنية من الموارد البشرية وللقيام ببرمجة تكوين الإطارات الصحية .

ففي مقابل النقص الملحوظ في سلكي الممرضين ومساعدي التمريض حسب المواصفات والذي يتراوح بين 6 و49 عونا في كلّ مصحّة تشهد سوق الشغل فائضا في عدد طالبي الشغل من سلك الفنيين السامين يقدّر عددهم بحوالي ألفين. وتعود هذه الوضعية بالأساس إلى تزايد عدد خريجي سلك الفنيين السامين دون أن يقابله تطور متناسب مع طلبات انتدابهم.

لذلك يتعيّن على مصالح الوزارة الحرص على مزيد تطوير أساليب جمع المعطيات الإحصائية حول الحاجيات وتحسين آليات استشراف الطلبات في مختلف الإختصاصات لتعديل طاقة استيعاب مختلف الشعب في الإبّان بما يتماشى وحاجيات القطاع ويساير متغيراته.

وفي خصوص توظيف الأعوان تبيّن أنّ معظم المصحّات لا تضبط ضمن أنظمتها الداخلية المشمولات العلاجية الخاصة بكل صنف من الأعوان ممّا جعل المهام الفعلية الموكولة إلى كلّ عون غير متلائمة مع مؤهلاته واختصاصه وهو ما يمكن أن ينعكس سلبا على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

فقد اتضح من خلال فحص قائمة الأعوان شبه الطبيين المدرجين بالمنظومة الإعلامية للوزارة إلى غاية شهر جوان 2005 والمتضمّنة حوالي 1846 عونا وجود أكثر من 270 عونا تمّ التصريح بتوظيفهم من قبل مؤسّساتهم المشغّلة في مراكز عمل لا تتطابق مع الإختصاص الذي ينتمون إليه. ويلاحظ ذلك خاصّة بالنسبة إلى سلكي القوابل والفنيين السامين في اختصاص التخدير والإنعاش. ولئن تتضمن برامج التكوين في هذين الإختصاصين بعض المبادئ في علوم التمريض إلاّ أنهّا تعتبر غير متلائمة مع ما تتطلّبه الأعمال داخل المصحّات من مهارات تتصل بالتمريض القاعدي والمتوفّرة لدى خريجي سلك الممرضين.

وتعود هذه الوضعية حسب الوزارة فضلا عن انعدام التوازن بين العرض والطلب في سلك التمريض، إلى ظاهرة مغادرة الممرضين للمصحات وطلب العمل في القطاع العمومي ممّا يدفع بهذه المصحات إلى تعويض الممرضين بفنيين سامين بصفة دائمة وهو ما يتعارض كذلك مع مقتضيات الاتفاقية المشتركة الوطنية للمصحات الخاصة التي لا تتيح اللجوء إلى هذه الإمكانية إلاّ لفترة شهر واحد في السنة.

ولوحظ من ناحية أخرى مخالفة نظام العمل كامل الوقت بمؤسسة واحدة الذي أقره الأمر عدد 1915 لسنة 1993 السابق ذكره حيث تم الوقوف من خلال فحص قائمة الأعوان شبه الطبيين المدرجين بمنظومة الوزارة والمنتمين إلى 34 مصحة لها قوائم محيّنة بتاريخ

31 ديسمبر 2004 على عديد الحالات التي يعمل فيها الأعوان شبه الطبّيون بصفة موازية في مؤسستين صحيتين مختلفتين.

لذلك يتعيّن على وزارة الصحة العمومية دعوة كافة هذه المؤسّسات الصحية الخاصّة إلى تسوية وضعية أعوانها شبه الطبيين والحرص على تطبيق نظام العمل كامل الوقت بالنسبة إلى كلّ العاملين بها.

أمّا في مجال التكوين المستمر والرسكلة فقد اتّضح أنّ عدد المصحات المنخرطة في البرنامج المعد من قبل الوزارة بالتنسيق مع بقية الأطراف مثل الغرفة النقابية للمصحات الخاصة والمركز الوطني للتكوين المستمر إلى موفى 2004 بلغ 15 مصحة وهو ما لا يتعدّى نسبة 22 % من مجموع المصحات الخاصة البالغ عددها 69 في حين يعتبر تنظيم هذا النشاط من بين الواجبات المحمولة على مديري المؤسّسات الصحّية الخاصّة.

وفي خصوص الحماية الطبية للأعوان تكتسي الوقاية الصحية لفائدتهم أهمية بالغة ممّا يستدعي القيام بالتلاقيح الإجبارية وتنظيم مراقبة دورية لمصادر الأشعة المؤينة.

ففي مجال التلاقيح أقرّ الأمر عدد 1915 لسنة 1993 المذكور آنفا وكذلك قرار وزير الصحة العمومية المؤرخ في 12 أفريل 1994 إجبارية قيام المصحات الخاّصة وعلى حسابها بتلقيح الأعوان العاملين بالأقسام الخطرة ضدّ مرض إلتهاب الكبد صنف "ب". إلاّ أنّه تبيّن من خلال الإستبيان عدم قيام 14 مصحة من جملة 25 في طور النشاط بالتلقيح لفائدة أعوانها ضدّ هذا المرض. ومن شأن هذا التقصير أن ينعكس سلبا على صحة العاملين بهذه المؤسّسات وكذلك على صحة وسلامة المرضى داخلها. لذلك يتعيّن دعوة جميع المصحات الخاصّة إلى تسوية وضعياتها في هذا الشأن في أقرب الآجال.

أمّا في خصوص الحماية من الأشعة المؤينة فإنّ المؤسّسات الصحية الخاصّة مسؤولة على حماية أعوانها من هذه الأشعة وذلك بتطبيق كلّ التراتيب المتعلّقة بها وتوفير كلّ المعدات اللازمة. ويضطلع المركز الوطني للحماية من الأشعة بدور أساسي في مراقبة مدى تعرض العاملين بالمؤسسات الصحية الخاصة للإشعاع المؤين وذلك بتوزيع مقاييس جرعات الإشعاع على العاملين المعرضين مهنيا لهذه المخاطر للقيام بعمليات القيس وإرجاعها إلى المركز. غير أنه تبيّن إلى جانب ضعف نسب إرجاع هذه المقاييس والتي لم

تتجاوز 51 % وجود فنيين سامين في الأشعة يعملون بالمؤسسات الصحية الخاصة بصفتهم تلك دون أن يكونوا مرسمين لدى المركز ضمن قائمة الأعوان المعرضين مهنيا للأشعة المؤينة وهو ما من شأنه أن يعرض هؤلاء إلى مخاطر غياب الحماية من هذه الأشعة.

وبرّر المركز ذلك بعدم تولّي كلّ من المؤسسات الصحية الخاصة وكذلك المصالح المركزية للوزارة إعلام المركز دوريّا بكلّ التغييرات التي تشمل قائمة الأعوان المعرضين مهنيا لمخاطر الأشعة بهذه المؤسسات.

ب- الإحاطة بالمرضى والعناية بالوسط العلاجي داخل المؤسسات الصحية الخاصّة

1- مسك السجلات المتعلقة بالمرضى وحفظ ملفاتهم الطبية

يتعيّن على مديري المؤسسات الصحية الخاصة حسب الأمر عدد 1156 لسنة 1993 المؤرّخ في 17 ماي 1993 والمتعلق بضبط شروط تعيين مديري المؤسسات الصحية الخاصة وواجباتهم والمنشور عدد 65 المؤرخ في 6 سبتمبر 2002 الحرص على حفظ ملفات المرضى وحسن مسكها وضرورة أن يتضمن كلّ ملف طبي جميع المعطيات والبيانات السريرية المتعلقة بالمرض وبالعلاج الموصوف ويجب أن يكون هذا الملف محينا وممضى بصفة منتظمة من قبل الأطباء المباشرين.

وتبيّن من خلال فحص محتوى هذه الملفات لدى المصحات التي شملها الإستبيان أنّه باستثناء مصحتين اثنتين لا يتم لدى بقية المصحات احترام المقتضيات الترتيبية سالفة الذكر حيث تم الوقوف على افتقار الملفات الطبية لعديد الوثائق الواجب توفرها مثل قرارات الإيواء الطبية وغياب التنصيص على البيانات السريرية المتعلقة بالمرضى ومختلف الوصفات الطبية الملحقة وتمّ تبرير هذا النقص بتسليم هذه الوثائق إلى المرضى عند مغادرتهم للمصحة وهو ما من شأنه أن يحول دون توفير حماية طبية وقانونية للمرضى ممّا يستدعي ضرورة الإحتفاظ بهذه الوثائق أو بنسخ منها.

أمّا بالنسبة إلى سجلات العمليات الجراحية فقد أوجبت التراتيب سالفة الذكر مسك سجلّ مرقّم خاص بالتدخلات الجراحية على مستوى كلّ جناح للعمليات يتضمن بالنسبة إلى

كلّ عمل جراحي إسم ولقب المريض وتاريخ وساعة التدخل الجراحي وبروتوكولي التخدير والجراحة المتبعين بالإضافة إلى أسماء أعضاء الفريق الجراحي. ويجب أن تحرر البيانات وبروتوكولي التخدير والجراحة من قبل الأطباء المباشرين وتحت مسؤوليتهم.

إلاّ أنّه تبيّن عدم تقيد المؤسسات الصحية الخاصّة بهذه المقتضيات وهو ما من شأنه أن ينعكس سلبا على المرضى سواء على الصعيد الطبي لانعدام إمكانية الرجوع إلى معطيات موثّقة حول التدخلات الجراحية المجراة على المريض أو على الصعيد القانوني لتعذر تحديد المسؤوليات الطبية في حال حصول أخطاء أو مضاعفات تتصل بأسلوب العلاج المقدم له.

ويستدعي ذلك إيلاء هذه السجلات العناية اللاّزمة واعتماد أنموذج موحّد لهذا السجل يضمن الحصول على المعلومة الضرورية بشكل متجانس لدى جميع المصحات.

2- التصرّف في الأدوية والمواد المخدرة

أوجب قرار وزيري التجارة والصحة العمومية المؤرخ في 26 سبتمبر 1995 والمتعلّق بضبط شروط تزوّد المؤسّسات الصحية الخاصة بالأدوية متأكدة الإستعمال تسجيل كلّ عمليات بيع وشراء هذه الأدوية بدفتر مؤشّر عليه وممضى من قبل المصالح المختصّة بوزارة الصحة العمومية ويوضع تحت مسؤولية صيدلي المؤسّسة.

وتبيّن من خلال المعاينات التي تمّ القيام بها غياب هذا الدفتر لدى 23 من بين 25 مصحّة منها 6 مصحّات تتولّى استغلال منظومة إعلامية خاصة أو تمسك جذاذات ووصولات فردية للشراءات ودون أن يكون مؤشّرا عليها من قبل وزارة الصحة العمومية أو موضوعة تحت مسؤولية صيدلي المصحة. وقد برّرت عديد المصحات غياب هذا الدفتر بصعوبة استغلاله عمليّا وبعدم توفير الوزارة لأنموذج موحّد موضوع على ذمتها.

ولوحظ في مجال مسك هذه الأدوية واستعمالها وجود أدوية غير مدرجة بالقائمة المرخص فيها بمقتضى قرار وزير الصحة العمومية المؤرخ في 15 سبتمبر 1993 لدى بعض المصحات أو أدوية منقضية الصلوحية.

وأفادت وزارة الصحة العمومية في هذا الصدد بأنّه سيتمّ العمل على تلافي هذه النقائص مستقبلا بإعداد برنامج للتفقد الصيدلي لسنة 2006 يتضمن هذه المسائل لتتمّ متابعته من قبل الصيادلة المتفقدين بالجهات.

أمّا في خصوص المواد المخدّرة فإنّها تخضع إلى أحكام القانون عدد 54 لسنة 1969 المؤرخ في 26 جويلية 1969 والمتعلّق بالمواد السّمية ومنشور وزير الصحة العمومية عدد 45 المؤرّخ في 4 ماي 1998 الذي أرسى نظام حفظ يهدف إلى تقييد تداولها ووضع استعمالها تحت مسؤولية الطبيب والصيدلي داخل المصحة وذلك باستعمال سجلات خاصّة.

ولئن تبيّن توفر هذه السجلات لدى جلّ المصحات التي تمت معاينتها فقد اتّضح عدم مسكها حسب الصيغ الترتيبية لدى العديد من المصحات وذلك بعدم تدوين بعض البيانات الإجبارية كتاريخ طلب المادة المخدرة وأسماء كلّ من الطبيب الجراح والطبيب المبنج والعون الفني المكلف بالتخدير وإمضاءاتهم بالإضافة إلى غياب الترقيم وتأشيرة الصيدلي المسؤول عن هذه السجلات فضلا عن عدم انتظام عمليات التدوين بها.

وأوجب المنشور المذكور أعلاه على صيادلة المؤسّسات الصحيّة الخاصّة مراقبة مخزون الموادّ المخدّرة الموجودة بالصّيدليّة وبمختلف الأقسام وبجناح العمليّات بصفة دوريّة وكذلك مراقبة وثائق المحاسبة المتعلّقة بهذه الموادّ وإيفاء الصّيدلي المتفقّد بجهتهم بقوائم ثلاثية وسنوية حول استعمال هذه المواد.

إلاّ أنّه اتضح أنّ المؤسّسات الصحيّة الخاصّة لا تقوم دائما بإرسال هذه القوائم إلى الصّيدلي المتفقّد بالإدارة الجهويّة. ومن شأن هذه الإخلالات أن تحول دون تحديد الإستعمالات الفعلية للمواد المخدرة بالمصحات الخاصّة ولا تساعد على تحديد المسؤوليات عند حصول أخطاء أو استعمالات غير مرخص فيها لهذه المواد.

3- العناية بالوسط العلاجي وبمحيط المرضى

يعتبر احترام قواعد النظافة وحفظ الصحة داخل المؤسسات الصحية أحد الواجبات الأساسية المحمولة على جميع هذه المؤسسات بمقتضى القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ

في 29 جويلية 1991 والمتعلق بالتنظيم الصحي.وقد تبين أنّه بالرغم من صدور منشور وزير الصحة العمومية بتاريخ 7 ماي 2003 الذي حثّ المؤسّسات الصحية الخاصة على إحداث لجنة تعنى بمقاومة التعفنات الإستشفائية صلب كلّ واحدة منها فإنّه باستثناء مصحتين بكل من ولايتي نابل وتونس لم يرد على الوزارة إلى غاية شهر جوان 2005 ما يفيد إحداث هذه اللجنة لدى بقية المؤسسات.

وفي خصوص النفايات الإستشفائية التي تصنف 40 % منها كنفايات جراحية خطرة أقرّت التراتيب إلزامية القيام بعملية الفرز عند مصدرها في كلّ قسم أو وحدة علاجية غير أنّه تبيّن من خلال المعاينات التي تمّ القيام بها عدم تطبيق هذه التدابير في العديد من المؤسسات الصحية الخاصة وعدم احترام معظم المصحات التي تمت معاينتها لتراتيب خزن ونقل هذه النفايات.

أمّا في خصوص إجراءات إتلاف هذه النفايات فقد بيّن الإستبيان المنجز لدى 25 مصحّة امتلاك ثماني مصحات لرمّادات خاصّة بها منها ثلاث معطبة بينما تستعمل مصحتان طرق إتلاف غير مطابقة للمواصفات وذلك خلافا للقانون عدد 41 لسنة 1996 المؤرخ في 10 جوان 1996 والمتعلّق بالنفايات ومراقبة التصرّف فيها.

ومن شأن هذه النقائص والإخلالات أن تلحق ضررا بالمحيط وأن تسبّب في انتشار الأمراض والأوبئة علاوة على صعوبة قيام هياكل معالجة النفايات المختصة بإعادة فرز الفضلات العادية ورسكلتها.

وفي هذا الخصوص تتأكّد الحاجة إلى تكثيف العناية بهذا الجانب وذلك بدعم الرقابة على عمليات فرز هذه النفايات عند مصدرها واستصدار الأمر المنظم لطرق وأساليب معالجتها.

وقد أفادت وزارة الصحة العمومية بأنها بصدد إعداد مشروع أمر يتعلق بتنظيم طرق التخلص من النفايات الإستشفائية غير أنّ نقص الموارد البشرية لدى إدارة حفظ صحة الوسط وحماية المحيط ومصالحها الجهوية يبقى العائق الأساسي أمام تكثيف المراقبة على هذه الجوانب لدى المصحّات الخاصّة. وأشارت إلى أنّها ستسعى إلى تنظيم زيارات تفقّد مشتركة بين مصالح حفظ الصحة والتفقدية الطبية.

ج- الأسعار والفوترة

أقرت القوانين والتراتيب جملة من الشروط والقواعد تتعلق بتحديد أسعار مختلف الأعمال والخدمات المسداة وإشهارها وفوترتها.

1- تحديد الأسعار وإشهارها

تخضع مجمل الأعمال والخدمات التي تقدّم إلى المريض داخل المصحة إلى أنظمة أسعار مختلفة منها ما هو خاضع قانونا إلى نظام المصادقة الإدارية على الأسعار وذلك شأن الأدوية والخدمات المقدمة من قبل الأطباء ومنها ما هو حرّ مثل خدمات الإقامة والتغذية والتوابع شبه الصيدلية ذات الإستعمال الوحيد.

ففي خصوص الخدمات المقدمة من قبل الأطباء تحدّد تعريفة الخدمات ومقابل الأتعاب حسب القانون عدد 63 لسنة 1991 سالف الذكر بمقتضى قرار مشترك من وزراء المالية والاقتصاد الوطني والصحة العمومية. إلاّ أنّ مجلة واجبات الطبيب الصادرة بمقتضى الأمر عدد 1155 لسنة 1993 المؤرخ في 17 ماي 1993 أتاحت للمجلس الوطني لعمادة الأطباء وأطباء الأسنان إمكانية تحديد مقابل أتعاب الأطباء وهو ما يتعارض مع مقتضيات قانون التنظيم الصحي سالف الذكر.

ومن ناحية أخرى أخضع القانون عدد 64 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 المتعلق بالمنافسة والأسعار والمنقح والمتمم بالنصوص اللاحقة له وكذلك مجموعة الأوامر التطبيقية المتعلقة بالمواد والمنتوجات المستثناة من نظام حرية الأسعار وطرق تأطيرها، الخدمات الطبية إلى نظام المصادقة الإدارية على الأسعار في كلّ المراحل وهو ما يقتضي عرض أسعار هذه الخدمات والأتعاب على أنظار مصالح وزارتي الصحة العمومية والتجارة والصناعات التقليدية للمصادقة عليها قبل تطبيقها.

غير أنّه تبيّن أنّ المجلس الوطني لعمادة الأطباء وأطباء الأسنان لا يقوم بعرض قائمة الأسعار التي يحددها بصفة دورية على أنظار هذه الهياكل للمصادقة عليها حيث

تجاوزت هذه الأسعار التعريفات المنصوص عليها بالقرار المشترك المؤرخ في 7 أفريل 1982 بنسب تجاوزت سبعة أضعاف بالنسبة إلى العديد من الخدمات الطبية.

وأفادت وزارة التجارة والصناعات التقليدية في هذا الصدد أنّه تمّ لفت نظر وزارة الصحة العمومية إلى هذه المسألة وقد سبق لها أن دعت المهنيين المعنيين إلى الكفّ عن التدخل في مجال تحديد الأسعار.

وفي خصوص إشهار الأسعار نصّ الفصل 22 من القانون عدد 64 لسنة 1991 سالف الذّكر على وجوب أن يتولّى كلّ مسدي خدمات إعلام المستهلك بأسعار البيع وبشروطه وأساليبه الخاصة وذلك بوضع علامات أو ملصقات في أماكن واضحة للعموم وكذلك في الغرف.

غير أنّه تبيّن من خلال الإستبيان الذي شمل 25 مصحة في طور النشاط احترام 18 مصحة لمقتضيات إشهار الأسعار ببهو الإستقبال والغرف فيما اقتصرت ثلاث مصحات على إشهارها داخل الغرف بينما لم تتولّ أربع مصحات القيام بذلك.

ويلاحظ من خلال فحص قوائم أسعار المصحات التي شملها الإستبيان غياب الشمولية والوضوح في قائمة الخدمات المدرجة بها. حيث لا تتولّى هذه المصحات تبويب وتعليق أسعار كامل الخدمات التي تسديها للعموم ولا تقوم بتفصيل بيانات هذه الخدمات ممّا لا يتيح معرفة كامل الأعمال المضمنة بها وهو ما من شأنه أن يثير إشكاليات عند خلاص المبالغ المفوترة.

2- الفوترة

تمثّل فوترة الخدمات المقدمة داخل المصحات الخاصة وإشكاليات استخلاصها أكثر المواضيع التي ترد في شأنها العرائض والشكايات على وزارتي الصحة العمومية والتجارة والصناعات التقليدية.

وقد بيّن فحص عينة من الفواتير الصادرة عن بعض المصحات خلال شهر مارس 2005 من الوقوف على بعض الإخلالات تعلقت بمحتوى هذه الفواتير وشكلها.

ففي خصوص محتواها تبيّن عدم اعتماد الأطباء عند احتساب مقابل أتعابهم على الضوارب المقررة لهم حيث يلجأ أغلبهم إلى تحديد مبلغ تقديري إجمالي ودون أن تتضمن مذكرة أتعابهم بيانات تفصيلية حول سعر الوحدة للحرف المصطلح "KC" الذي تمّ اعتماده ولا الضارب المقابل لمجموع أتعابهم. ومن شأن عدم احترام قاعدة تقدير مبالغ الأتعاب حسب قاعدة الضوارب الترتيبية أن يتيح إمكانية المطالبة بمبالغ مشطّة لا تتناسب مع قيمة الأعمال الطبية المقدمة.

أمّا في خصوص الخدمات المقدمة من قبل المصحات فقد تبين عدم احترام بعض هذه المؤسّسات لضوارب الحروف المصطلحة في فوترة خدمات توفير التجهيزات والمعدات الطبية وكذلك في القيام بأعمال التحاليل البيولوجية حيث تم تجاوز الضوارب القصوى المقررة لهذه الأعمال.

وتعتبر هذه الممارسات بجانب المطالبة بمبالغ إضافية مثل مقابل أتعاب بعض الأعوان شبه الطبيين العاملين كامل الوقت زيادات غير قانونية في احتساب قاعدة تكاليف الخدمات المسداة ممّا يستدعي دعوة هذه المؤسّسات إلى التقيد الكامل بالضوارب المقررة ترتيبيا لكلّ عمل طبي والواردة ضمن قائمة الأعمال المهنية للأطباء.

وفي ما يتعلّق بالمواد والتوابع شبه الصيدلية ذات الإستعمال الوحيد فقد تضمنت بعض الفواتير إستهلاكا لهذه المواد بكميات هامة لم تتوفر في شأنها المؤيدات التي تثبت استعمالها. وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى صعوبة التثبت من الإستهلاك الفعلي لهذه المواد خصوصا أثناء إجراء التدخلات الجراحية في غياب وثائق ووصولات تثبت طلبها من قبل الفريق الطبي.

وفي غياب مراقبة دورية لهذا الجانب فإنّه لا يمكن تلافي حالات الشطط في الفوترة في شأن هذه المواد حيث أشارت وزارة التجارة والصناعات التقليدية إلى صعوبة القيام بمراقبة الأسعار في هذا المجال نظرا إلى طبيعة هذه المواد وخصوصيتها.

أمّا من حيث شكل ومحتوى الفواتير فقد لوحظ عدم تقيد بعض المصحات بمقتضيات مجلة الأداء على القيمة المضافة إمّا بتطبيق نسبة 6 % أو 10 % عوضا عن 18 % أو عدم التنصيص على مقدار هذا الأداء. كما تم الوقوف على إصدار بعض الفواتير التي

لا تتضمن الرقم التسلسلي والمعرف الجبائي والتسميات الدقيقة للخدمات المقدمة وأسعار وحداتها وهو ما يجعل تكثيف المراقبة المتعلّقة بهذا الجانب أمرا متأكّدا مثلما أشارت إليه وزارة التجارة والصناعات التقليدية في ردّها.

*

* *

تضطلع المؤسسات الصحّية الخاصة بدور هام في معاضدة القطاع الصحي العمومي لتأمين الحماية الصحية للسكان حيث ما فتئت أهمية تواجدها تتأكد كقطاع يتمتع بإمكانيات كبيرة لدعم السياحة الإستشفائية وتصدير الخدمات نحو الخارج.

وحظي هذا القطاع الذي يخضع إلى إشراف وزارة الصحة العمومية وإلى عديد الهياكل العمومية الأخرى خلال السنوات الأخيرة بدعم لإطاره القانوني والترتيبي وتبسيط الإجراءات المتعلّقة به منذ سنة 2001 حيث عوّض نظام التراخيص الإدارية بنظام كراس الشروط .

وتبرز في هذا المجال أهمّية المراقبة الحينية والموازية للإحداثات الجديدة ومزيد تنظيم وتوضيح المهام والمشمولات وإحكام أعمال الرّقابة الدورية التي اتضح انه رغم تعدّد الهياكل المكلّفة بها عدم فاعليتها وعدم سيطرتها على هذا القطاع .كما أنّ القيام بعمليات تقييم من شأنه أن يرفع من مستوى الخدمات الصحيّة ونوعيّة الإحاطة بالمرضى.

وتتأكّد الحاجة في إطار مزيد تنظيم القطاع مراجعة التعريفات المدرجة بالقرار المشترك بين وزارة التّجارة والصحّة العمومية حتّى تكون قريبة من الواقع ويتم اعتمادها بصفة موحّدة من قبل جميع المتدخلين في القطاع والتقيد الكامل بالضوارب الترتيبية المقررة لكلّ عمل طبي والواردة ضمن قائمة الأعمال المهنية للأطباء.

وتدعو الدّائرة كلّ الهياكل المعنية سواء على مستوى وزارة الصّحّة العمومية أو وزارة التّجارة والصّناعات التّقليديّة إلى القيام بدورها في مجال مراقبة الأسعار والتصرّف في الأدوية والموادّ المخدّرة ومراقبة البناءات وإلى تدعيم جانب المتابعة الدورية للمراكز

المستعملة للتجهيزات المشعّة.كما يستحقّ جانب المراقبة الفنية عند التوريد العناية اللازمة حتّى يكون أكثر فاعلية وجدوى ممّا هو عليه بالنّظر إلى أهمّية سلامة التّجهيزات في خصوص حماية المريض.

ويتطلّب هذا القطاع وضع إطار أوضح وأكثر موضوعية يمكّن من فتح الآفاق أمام استثمار ملتزم بالقوانين وقواعد المهنة ويوفّق بين التحرّر وصيانة القطاع .

ومن بين الآليات التي من شأنها أن تساعد على مزيد دفع هذا القطاع يجدر التّركيز على تطوير مفهوم الخريطة الصحية لتصبح أداة تصرّف تعكس بدقّة الوضع الحالي وتستشرف الحاجيات الفعلية للقطاع من المؤسّسات الصحية والتّجهيزات الثّقيلة قصد الإستجابة للحاجيات الصحّية الحالية والمستقبلية.

ردّ وزارة الصحّة العمومية

– بخصوص المؤسّسات الصحية الخاصة غير المقيمة، أبرمت وزارة الصحة العمومية اتفاقيتين مع شركتين لإحداث مصحتين بكلّ من تونس وجربة.

– فيما يخصّ إحالة ملفات المؤسسات الصحية الخاصة المحدثة قبل 2001 إلى الإدارات الجهوية، فلم تبرّر عدم إنجاز هذه العملية بالنقص في الموارد البشرية على مستوى الإدارات الجهوية بل اقترحت مزيد تدعيم هذه الأخيرة بالموارد البشرية لتضمن حسن متابعة ملفات المؤسسات الصحية الخاصة. وتقوم حاليا المصالح المختصّة بإنجاز هذه العملية .

– بالنسبة للنظام الداخلي للمؤسسات الصحية الخاصّة، فإنّ الوزارة بصدد إعداد أنموذج موحّد لهذا النظام.

– بالنسبة لتحيين المعطيات الموجودة بقاعدة البيانات الخاصة بالأعوان شبه الطبيين، تمّ في موفى شهر ديسمبر 2005 استكمال تحيين كلّ المعطيات الخاصّة بالأعوان المذكورين.

– أمّا بالنسبة إلى التقارير السنوية للمؤسّسات الصحية الخاصة فبالرغم من التحسّن الملحوظ في عدد هذه التقارير، وأمام غياب أي وسيلة ضغط، ستسعى وزارة الصحّة العمومية إلى تحسيس المؤسسات الصحية الخاصّة بأهمية المعلومات المدرجة بتقاريرها السنوية كما ستعمل على حمل هذه المؤسسات على إضفاء المزيد من الدقة والمصداقية عند تحرير المعلومات.

– بخصوص أنموذج تقرير الطبيب المراقب، فهو يشتمل في مجمله على معلومات تتعلق بحالة المريض ونوعية العلاج المقدّم له. وقد تمت مراجعة هذا الأنمودج لإضفاء مزيد من الشمولية على محتواه وتمّ توزيعه على الأطبّاء المراقبين.

– بالنسبة للتوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية الخاصة، يجدر التذكير بتوجّهات الدولة في هذا المجال والمبني على تشجيع الاستثمار وضمان حرّية المبادرة الخاصة. وفي هذا الإطار توجهت وزارة الصحة العمومية بمكتوب إلى وزارة المالية لإقرار بعض التشجيعات والحوافز للنهوض بالاستثمار بالمناطق ذات الأولوية.

– فيما يخص غياب التجهيزات الثقيلة ببعض الجهات، يخضع اقتناء هذه التجهيزات إلى مطالب المستثمرين إضافة إلى أن تركيزها يستوجب توفّر محيط متكامل من حيث البنية التحتية (مساحات خاصة) وموارد بشرية (أطباء مختصّون ومخابر تحليل...).

– بالنسبة لجهاز القثطرة القلبية الوعائية وآلة التصوير المغناطيسي، تتفق المصالح المختصّة بالوزارة مع الدّائرة على مبدإ إصدار كراس شروط خاص بهذين الجهازين مع التّأكيد على وجوب اجتناب الخلط مع مفهوم كرّاس الشّروط التي تعوّض التراخيص لاستغلال التجهيزات الثّقيلة من قبل المستثمرين. لذا تتجه النيّة إلى إصدار قرار من وزير الصحة العمومية يتعلّق بشروط استغلال هذين الجهازين.

اعتمدت المراقبة الفنية للتجهيزات والأدوات الطبية الراجعة بالنظر إلى إدارة التجهيز بوزارة الصحة العمومية في بداية الأمر على دراسة الملفات المدعمة بكل الوثائق التي تثبت مطابقة المنتوج للمواصفات العالمية، إلاّ أنّه نظرا لعدم توفّر كلّ المعطيات بالنسبة لبعض المطالب فقد أصبحت الإدارة تستعين بمركز الدراسات الفنية والصيانة البيولوجية الطبية والإستشفائية لإجراء اختبارات حول عينات من المنتوج موضوع الطلب.

وخلال سنة 2005 وبعد تعذر القيام باختبار المعدات من طرف مركز الدراسات الفنية والصيانة البيولوجية الطبية والإستشفائية ، قامت إدارة التجهيز بإجراء ما لا يقلّ عن (58) معاينة ميدانية.

إلاّ أنّ القيام بهذه المعاينات الميدانية على الوجه المطلوب يتطلب تدعيم إدارة التجهيز بالموارد البشرية ووسائل النقل اللازمة.

– في خصوص أجهزة الإشعاع السينية والأجهزة المعتمدة على استخدام أشعة ألفا أو بيتا أو قاما والمستخدمة للاستعمال الطبي فتجدر الإشارة إلى أنها تخضع منذ سنة 1986 إلى تراخيص خاصة دأب على إسنادها المركز الوطني للحماية من الأشعة. واستمر العمل بهذه الطريقة حتى بعد صدور الأمر عدد 1744 لسنة 1994 المؤرخ في 29 أوت 1994. وسعيا إلى تنظيم هذه المسالة تعمل الإدارات المعنية على بلورة صيغة يتم على أساسها تحديد أدوار المتدخلين في هذا المجال بصفة أوضح.

– بخصوص الملفات التي تم في شانها إسناد رخص رفع وقتية فإنّ إدارة التجهيز قامت بدعوة كل الموردين قصد القيام بتسوية وضعيتهم. وقد تمت استجابة 32 مورد لهذه الدعوة والتي وقع في شأنها إسناد رخص استهلاك. وتواصل إدارة التجهيز بمطالبة الموردين الباقين للإسراع بتسوية وضعياتهم في الغرض.

– بخصوص تواجد بعض الأعوان شبه الطبيين في أكثر من مؤسسة واحدة، تعلم إدارة التراتيب ومراقبة المهن الصحية أن مثل هذا الصنف من الأعوان يتميز بعدم الاستقرار وبالتنقل من مصّحة إلى أخرى لذا تجد الوزارة صعوبات في تحيين قائمات هؤلاء الأعوان في الإبان خاصة وأن المؤسسات المعنية بالنقل لا تعلم هذه الأخيرة بالتغيرات التي تطرأ في هذا المجال.

– أمّا بالنسبة للتلاقيح فقد تمّ إعداد منشور بخصوص إجبارية التلقيح بالمؤسسات الصحية الخاصة.

– وبخصوص وجوب ترسيم الأعوان المعرضين مهنيا للأشعة المؤينة لدى المركز الوطني للحماية من الأشعة، تعلم إدارة التراتيب ومراقبة المهن الصحية أنها بصدد إعداد منشور في الغرض.

– بالنسبة لمسك السجلات المتعلقة بالمرضى وحفظ ملفاتهم الطبية أصدرت الوزارة منشورين في هذا الغرض بتاريخ 12 ماي 1992 و06 سبتمبر 2002. ونظرا لأهمّية الموضوع تنوي الوزارة إعداد منشور آخر للتذكير.

– بالنسبة للفوترة وعدم اعتماد الأطباء عند احتساب مقابل أتعابهم على الضوارب المقرّرة لهم فتجدر الإشارة أنّه في كل الحالات التي يتمّ ضبطها من قبل مصالح التّفقّد يتمّ توجيه الملفات إلى المجلس الوطني لعمادة الأطباء لاتخاذ ما يتعين في الغرض.