المستشفى الجامعي الهادي شاكر بصفاقس

أحدث مستشفى الهادي شاكر بصفاقس في سنة 1927 وأصبح مؤسّسة عمومية للصحة بمقتضى القانون عدد 91 لسنة 1991 المؤرّخ في 16 نوفمبر 1991 بعد أن كان مؤسّسة عمومية ذات صبغة إدارية. وصنّف بمقتضى قرار وزير الصحة العمومية المؤرخ في 19 جويلية 2005 مؤسّسة عمومية للصحة من الصنف "أ" وهو يتمتع بالشخصية المدنية وبالاستقلال المالي كما يخضع في علاقته مع الغير للقانون التجاري.

ويحتوي المستشفى على 28 قسما بطاقة استيعاب جملية تبلغ 817 سريرا. ويغلب على نشاطه الطابع العلاجي وهو يتكامل مع المستشفى الجامعي المجاور "الحبيب بورقيبة" الذي يؤمّن الأعمال الطبية الجراحية حيث يقوم هذا الأخير بتوجيه المرضى الذين أجريت عليهم عمليات جراحية إلى مستشفى الهادي شاكر لمواصلة المتابعة الطبية التي تتطلب الإقامة. ويتقاسم المستشفيان كلّ حسب اختصاصه مهمّة معالجة المرضى ذوي الحالات المستعصية الذين تتم إحالتهم من قبل المستشفيات الجهوية الموجودة بالمناطق الجنوبية والوسطى للبلاد.

وتتكوّن الموارد الاعتيادية للمؤسّسة أساسا من مساهمة صندوقي الضمان الاجتماعي ومن معاليم العلاج المستخلصة من المرضى. وبلغت تلك الموارد 12,248 م.د في سنة 2005 مثّلت مساهمة صندوقي الضمان الاجتماعي فيها 73,6 % أي ما قيمته 9,016 م.د. وإضافة إلى هذه الموارد تحصّلت المؤسّسة على اعتمادات مفوّضة بعنوان خلاص أجور الأعوان ارتفعت خلال سنة 2005 إلى 10,9 م د. كما انتفع المستشفى منذ سنة 1995 باعتمادات جملية بلغت 8 م.د من العنوان الثاني لميزانية الدولة أحيلت إلى المجلس الجهوي بصفاقس لتمويل بناء وتهيئة وتجهيز الأقسام الاستشفائية في إطار تنفيذ البرامج ذات الصبغة الجهوية.

ويضمّ المستشفى 1275 عونا في موفى سنة 2005 منهم 115 طبيبا و747 إطارا شبه طبّي و87 عونا إداريا.

أمّا بخصوص النشاط الاستشفائي والعلاجي فقد فاق عدد المرضى الذين أقاموا بالمستشفى في سنة 2005 الثلاثين ألفا. كما أمّن قسم العيادات الخارجية خلال نفس السنة 206 آلاف عيادة.

ولئن ساهمت الإنجازات التي شهدها المستشفى في إطار مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي في تطوير بعض المؤشّرات وتحسين نوعية إسداء الخدمات فإنّ العديد من النقائص مازالت تشوب أغلب أوجه التصرّف الإداري والاستشفائي والمالي.

I- التنظيم ونظام المعلومات

أ- التنظيم

أكّد مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي على أهميّة تركيز أساليب التصرّف العصريّة في المؤسّسات العموميّة للصحّة وذلك باعتماد هيكل تنظيمي ملائم يمكّن من تدعيم الوظائف الأساسيّة خاصّة المتعلّقة منها بالمالية والمحاسبة سعيا إلى تحقيق نقلة نوعيّة على مستوى نظام المعلومات والتصرّف بصفة عامّة. كما أكّد على مراجعة الإطار القانوني للمؤسّسات العموميّة للصحّة وذلك قصد تمكينها من مزيد الاستقلاليّة الإداريّة والماليّة ومن المرونة في التسيير.

وخلافا لهذا التوجّه لم تتمّ المصادقة على الهيكل التنظيمي للمستشفى باستصدار أمر في الغرض إلاّ بتاريخ 17 جويلية 2006. كما بقيت وظائف التدقيق الداخلي والمحاسبة التحليليّة ورقابة التصرّف بالمستشفى مهمّشة رغم تأكيد هذا المشروع على دورها في تطوير آليات التصرّف وفي تدعيم التقييم. ولوحظ كذلك أنّ أعمال المؤسّسة لا تتّسم بقدر كاف من الاستقلاليّة والمرونة في التصرّف نظرا إلى خضوع أهمّ هذه الأعمال لموافقة سلطة الإشراف فضلا عن بطء البتّ من قبل هذه الأخيرة في بعض القرارات التي تتّخذها هياكل التسيير بالمستشفى. ولا تلقى هذه القرارات أحيانا أي صدى ممّا يطرح مسألة فعاليّة هذه الهياكل ويستدعي إعادة النّظر في توزيع الأدوار بين المؤسّسة ووزارة الإشراف.

وفيما يتعلّق بوضع علاقة المستشفى بوزارة الإشراف في إطار تعاقدي فقد شهد إعداد عقد البرامج بالنسبة إلى الفترة 1997 –2001 تأخيرا حيث لم تتمّ المصادقة عليه من قبل وزير الصحّة العموميّة إلاّ بتاريخ 3 جوان 1999. كما لم يحظ هذا العقد بالمتابعة السنويّة لتقييم مدى تنفيذه من قبل المستشفى ولا من قبل الوزارة. أمّا بالنسبة إلى فترة المخطّط العاشر (2002 – 2006) فإنّه لم يتمّ إعداد عقد البرامج في شأنها.

كما لوحظ عدم قيام اللّجنة الطبيّة التي تمّ إحداثها صلب المستشفى بوظيفة التقييم الدوري لنجاعة

وفعالية سير مختلف الأقسام وذلك في غياب إطار مرجعي يساعد هذه اللّجنة على القيام بهذه المهمّة. ولم يحظ جانب البحث العلمي بالعناية الكافية من قبل هذه الأخيرة.

ب- نظام المعلومات

شمل برنامج الإصلاح الاستشفائي إرساء نظام معلومات يمكّن من الحصول على البيانات اللاّزمة للتصرّف الإداري والمالي ولتقييم الأداء وتحديد تكلفة مختلف الخدمات المسداة. ولم يتوصّل المستشفى بعد إلى إرساء نظام متكامل لتحقيق هذا الهدف. فقد مكّن النظر في نظام المعلومات والإعلاميّة من الوقوف على نقائص تعلّقت أساسا بعدم تغطية الإعلاميّة للأقسام الاستشفائية وبعدم حوسبة الملف الطبّي للمريض ممّا لا يمكّن من التصرّف الرشيد في مخزون الأدوية والمستلزمات الطبيّة ومن فوترة جميع الخدمات المسداة ومن متابعة الملف الطبّي للمريض الذي يغلب عليه التشتّت.

وقد تسبّب غياب الإعلامية في مستوى الأقسام الاستشفائيّة في عدم ربط هذه الأخيرة بالمصالح الإدارية للمستشفى للقيام بعمليّة الفوترة ممّا جعل إعداد قائمة الخدمات يتمّ بصفة يدوية. كما كان لعدم استعمال الإعلاميّة من قبل هذه الأقسام أثره السلبي على التصرّف في مخزونات الأدوية والمستلزمات الطبيّة حيث يتمّ إعداد طلبات التزوّد من الصيدليّة الداخليّة يدويّا .

أمّا بخصوص الملفّ الطبّي فلم تتمّ إلى حدود 2006 حوسبته وهو ما ترتّب عنه تعدّد الملفات الطبيّة بالنسبة إلى المريض الواحد وبالتالي تكرار نفس الصنف من التحاليل والفحوصات التكميليّة.

بالإضافة إلى ذلك تبيّن أنّ نظام المعلومات الاستشفائي بقي غير مرتبط بأنظمة معلومات صندوقي الضمان الاجتماعي رغم أهميّة ذلك للحدّ من الأخطاء المرتكبة عند تسجيل البيانات المتعلّقة بالمضمونين الاجتماعيين الذين يمثلون حوالي 50 % من المرضى الوافدين على المستشفى. ونتيجة لذلك فإنه لا يمكن التحقق بصفة مسبقة من وضعية المضمون الاجتماعي.

أمّا بخصوص استغلال التطبيقات الإعلاميّة فإنّ المستشفى يستغلّ حاليا 11 تطبيقة من 17 تمّ إعدادها من قبل مركز الإعلاميّة لوزارة الصحّة العموميّة. وظلّ استغلاله لبعض التطبيقات محدودا مقارنة بما

تتيحه من إمكانيات للقيام بعديد عمليات المتابعة. ويرجع ذلك أساسا إلى عدم إدراج البيانات اللاّزمة لتوظيفها التّوظيف الأمثل وإلى عدم إتمام عمليات الإدماج بين مختلف التطبيقات من قبل مركز الإعلامية التابع لوزارة الصحة العمومية ممّا أدّى إلى عدم المرور الآلي لبعض البيانات وإلى عدم الحصول على بعض المعلومات في الإبان.

وعلى صعيد آخر سجّل إعداد ومراجعة القوائم الماليّة التي تكوّن المصدر الأساسي للبيانات تأخيرا هامّا شمل جميع السّنوات بدءا من سنة 1991 تاريخ تغيير الصبغة القانونيّة للمؤسّسة وشارف الثمانية سنوات بالنسبة إلى القوائم المالية لسنة 1995. ويرجع ذلك أساسا إلى النّقص المسجّل في الأعوان المختصّين وإلى التّأخير في القيام بالجرد المادي لأصول المؤسّسة وإلى النقائص المسجّلة على مستوى التطبيقات الإعلاميّة. وقد أدّى هذا التّأخير إلى اللّجوء إلى مكاتب مختصّة لإعداد هذه القوائم بالنّسبة إلى السّنوات من 1997 إلى 2004 مقابل أتعاب بلغت 124 أ.د.

II- النشاط الصحي

شهد نشاط الإيواء العادي للمؤسسة استقرارا في حدود 30.000 إقامة خلال الفترة 2001-2005 بينما شهد عدد أيام الإقامة ارتفاعا حيث بلغ 250.118 يوما في سنة 2005 مقابل 234.938 يوما في سنة 2004. ويرجع هذا الارتفاع إلى عدّة عوامل كالتّأخير المسجّل في إنجاز الفحوصات التّكميليّة حيث وصل في بعض الحالات إلى 147 يوما والنقص في بعض المواد الاستهلاكيّة الخاصّة بعدد من الاختصاصات، حيث أنّ التّأخير في الحصول على بعض المواد فاق أحيانا 400 يوم على مستوى قسم أمراض القلب. كما ساهمت الحالة الاجتماعية لبعض المرضى في ارتفاع عدد الأيام المقضاة بالمستشفى يذكر من بينهم مرضى بقسم الأمراض الصدرية يعانون من قصور في التنفّس ولا يقدرون على اقتناء قارورة أكسجين وقنّاع ممّا يجبر المستشفى على التكفّل بهم. وقد تجاوزت المدّة المقضاة بقسم الأمراض الصدرية للبعض منهم 85 يوما خلال سنة 2005 ممّا جعل تكلفة إقامة أحد المرضى تبلغ 64 أد. ويضاف إلى جملة هذه الأسباب بعد المواعيد المحدّدة لقاصدي العيادات الخارجية لإنجاز الكشوفات.

وعلى صعيد آخر بلغت نسبة توظيف الأسرّة 87 % في سنة 2005 وتفاوتت حسب الأقسام حيث بلغ أدناها 11 % بقسم الطب النفسي للأطفال وأقصاها 130 % بقسم أمراض الغدد والسكري. كما مكّن تحليل مؤشّرات الأنشطة من ملاحظة استقرار لنسبة التواتر على الأسرّة خلال السنوات من 2001 إلى 2005 حيث كانت في حدود 40 مريضا للسرير الواحد. وتفاوت هذا المؤشّر حسب الاختصاص حيث تراوح

في سنة 2005 بين مريضين بقسم الطب النفسي للأطفال و163 مريضة بقسم الولادات وهو ما يستدعي مراجعة طاقة استيعاب الأقسام وتحيينها بما يتلاءم مع أنشطتها .

وبالنسبة إلى نشاط الإيواء النهاري فقد شهد تطوّرا حيث ارتفع من 1907 إقامة سنة 2001 إلى 5935 إقامة سنة 2005 وذلك منذ إدراج هذا النشاط جزئيّا في اتفاقية فوترة الخدمات المسداة للمضمونين الاجتماعيين. وتفاوتت أهميّة هذا النشاط من قسم إلى آخر حسب طبيعة الخدمات المسداة ونوعية الأمراض. وساهم هذا النوع من الإيواء في تحسين مؤشّرات النشاط الاستشفائي كمعدّل أيام الإقامة والضغط على التكلفة وهو قابل لمزيد التطوّر إذا ما شملت الاتفاقيات المبرمة مع الصناديق الاجتماعية جميع الاختصاصات. ويذكر أنّه لا يتمّ حاليا إبراز عدد الأسرّة المخصّصة للاستشفاء النهاري في القرار الضابط لعدد الأقسام الاستشفائيّة وصبغتها وطاقة استيعابها .

أ- ظروف الاستقبال والإيواء

سعيا إلى ضمان جودة الخدمات شهد المستشفى منذ دخول مشروع الإصلاح الاستشفائي حيّز التنفيذ مشاريع توسعة وتهيئة بعض الأقسام الاستشفائيّة وبناء قسم الصيدليّة الداخليّة. إلاّ أنّ إنجاز بعض هذه المشاريع شهد تأخيرا تراوح بين سنتين وثلاث سنوات فضلا عن عدم إنجاز العديد من البرامج الأخرى كتهيئة الطابق السفلي والاستعجالي لقسم أمراض النساء والتوليد وأشغال التدفئة والتكييف والتجهيز الصحي به.

ولئن يستجيب التصميم الهندسي للمستشفى لطبيعة العمل الاستشفائي عموما فإنّ حالة المعبّدات لا تضمن سلامة المرضى عند نقلهم بين مختلف الأقسام المتباعدة عن بعضها البعض أو إلى المستشفى المجاور قصد إجراء فحوصات تكميليّة.

وتبيّن من ناحية أخرى أنّ ظروف الاستقبال لا تستجيب لما اقتضاه منشور وزير الصحة العمومية عدد 92 المؤرّخ في 27 أكتوبر 1992 والمتعلّق بظروف الاستقبال بالمؤسّسات الاستشفائية حيث أنّ مكتب استقبال وإرشاد المرضى الذي لم يتمّ تركيزه إلاّ سنة 1998 لا يعمل إلاّ خلال الفترة الصباحية وبصفة غير

مسترسلة وذلك خاصّة بسبب عدم تخصيص عون قار تتوفّر فيه المؤهّلات اللاّزمة. ويشكو مجمّع العيادات الخارجية أيضا من غياب مثل هذا المكتب.

وقد أدّى التطوّر المتواصل في عدد العيادات الخارجيّة إلى تأخير المواعيد المسندة للمرضى في بعض الاختصاصات كأمراض القلب وأمراض الغدد والسكري وأمراض المفاصل حيث تصل إلى ستة أشهر في بعض الأحيان. يضاف إلى ذلك تواضع تجربة عيادات ما بعد الظهر التي من شأنها أن تخفّف من الاكتظاظ والتأخير في المواعيد إذ يقتصر هذا النوع من العيادات على بعض الاختصاصات.

وعلى صعيد آخر فإنّ الإجراءات المعتمدة حاليا لا تمكّن من تفادي بعض التجاوزات المتعلّقة بتسجيل المرضى والحصول على خدمات مجانية مثل تسجيل خمسة مرضى تحت نظام عون صحة عمومية لا ينتمون إلى هذا السلك وانتفاع عدد آخر بالإقامة تحت أنظمة تغطية مختلفة. وقد أمكن حصر تجاوزات شملت 4347 حالة.

ومن ناحية أخرى تشهد عديد الأقسام اكتظاظا عند إيواء المرضى مردّه محدوديّة طاقة استيعابها. وتشمل هذه الظّاهرة خاصّة قسم التوليد وقسم أمراض القلب وقسم أمراض الكلى وخاصّة وحدة زرع الكلى.

ويشكو قسم الطب النفسي للأطفال ضيق المساحة المستوجبة ونقصا في عدد الغرف الانفرادية ممّا استدعى أحيانا إيواء الأطفال والمراهقين إناثا وذكورا بغرفة واحدة. ولا يتوفّر في قسم الأمراض السّارية العدد الكافي من الغرف الانفرادية خاصّة أنّه يقوم بمعالجة الأمراض المعدية.

أمّا قسم جراحة الأطفال فإنّه لا تتوفّر به الظروف الملائمة لاحتضان مثل هذا النّشاط. فضلا عن ذلك فإنّه يشكو نقصا في التجهيزات اللازمة لإجراء العديد من العمليات الجراحية ممّا يجبره على تحويل الحالات الاستعجالية إلى مستشفيات تونس والمنستير.

ب- حفظ الصحة الاستشفائيّة والتّصرف في النفايات

يكتسي حفظ الصحة والتصرّف في النفايات الاستشفائيّة أهميّة بالغة وذلك لتأثيرهما المباشر في صحة

المريض وظروف الإقامة ومدّتها وتكلفة العلاج.

ومن أبرز ما لوحظ في هذا المجال ضعف التنسيق بين العون الفنّي الوحيد المكلّف بحفظ الصحة والفريق العامل تحت إشراف الناظر العام، إضافة إلى غياب برامج عمل مسبّقة في مجال حفظ الصحة وافتقار المستشفى إلى تقارير نشاط حول الأعمال التي تمّ إنجازها وإلى الهياكل واللّجان القارة التي نصّت عليها العديد من المناشير الصادرة عن وزارة الصحة العمومية وخاصّة المنشور عدد 98/114 بتاريخ 31 أكتوبر 1998 .

وتتمثّل أعمال المراقبة اليوميّة أساسا في تفقّد المطبخ لمعاينة مدى احترام المناول المكلّف بإعداد الأكلات لشروط حفظ الصحة ومراقبة صحّة المحيط الاستشفائي. ولوحظ في هذا المجال تكرّر نفس النقائص والإخلالات ضمن عديد المراسلات الموجّهة إلى الإدارة العامة وهو ما يدلّ على عدم اتّخاذ الإجراءات المناسبة في الإبان.

وتشير المعلومات المتوفّرة إلى عدم القيام بتحاليل لمياه الشّرب وللمواد الغذائيّة علما بأنّ مصلحة حفظ الصحّة وحماية المحيط التّابعة للإدارة الجهوية للصحّة بصفاقس قامت في بعض المناسبات برفع عيّنات لمراقبة جرثوميّة بعض المواد الغذائيّة ثبت على إثرها عدم صلوحيّتها .

كما تبيّن في مجال تعقيم قاعات العمليات أنّه خلافا للقواعد الفنية لا يشمل التّطهير غرف عمليات قسم أمراض النّساء إلاّ مرّة في الأسبوع في حين أنّ غرف العمليّات القيصريّة لا يتمّ تعقيمها إلاّ نادرا وفي الحالات القصوى وذلك عند الاشتباه في وجود فيروس. ونتيجة لذلك تفشّت حالات التعفّن التي تضر بصحة المريض.

أمّا فيما يتعلّق بقاعات العمليات والفحوصات التكميلية التي تخصّ أقسام القلب والمعدة وقسم الأمراض الصدرية فإنّ عمليات التطهير لا تتمّ إلاّ نادرا وعلى وجه الاستثناء وذلك على عكس قسم الأمراض الجلدية حيث تتمّ عمليّة التّطهير بمعدّل مرّتين في الأسبوع.

ولئن بقي قسم طبّ الرّضيع القسم الاستشفائي الوحيد الذي تتمّ فيه عملية التطهير بصفة دورية فإنّ تقريرا كشف في شهر مارس 2006 وجود نسبة تعفّن مرتفعة بهذا القسم.

وفيما يتعلّق بأعمال تطهير وتعقيم التجهيزات الطبيّة وأدوات ولوازم الجراحة التي تقوم بها الأقسام الطبية فقد لوحظ أنّها لا تتمّ وفقا للقواعد الصحيّة بسبب عدم توفّر الأجهزة الضرورية التي تستجيب للشروط اللاّزمة.

ولئن تمّ تركيز لجنة لمقاومة التعفّنات الاستشفائية في سنة 2002 فإنّه لم يتمّ إعداد برامج وخطط عمل في هذا المجال حيث لوحظ غياب الأعمال الرامية إلى متابعة الوضعيّة الوبائية والجرثومية بالمستشفى وانعدام إحصائيات في الغرض وعدم توفّر مستلزمات النظافة في هذا المجال.

أمّا بالنسبة إلى النظافة داخل الأقسام الاسشفائية فإنّها مازالت تشكو عديد النقائص وذلك رغم لجوء المستشفى إلى مناولة خدمات النظافة حيث بقيت نجاعة التدخّل محدودة نظرا إلى عدم القيام بمراقبة ناجعة.

أمّا على مستوى التصرّف في النفايات الاستشفائية فقد تبيّن من خلال المعاينات الميدانية وبعض التقارير الداخليّة أنّ عمليات فرز النفايات بالأقسام الاستشفائية لا تتمّ وفقا لما نصّ عليه منشور وزير الصحة العمومية عدد 92/76 المؤرّخ في 18 سبتمبر 1992 حيث لا يتمّ الفصل بين النفايات الخطرة وغير الخطرة ووضعها في الأكياس المخصّصة لذلك. ولا يتمّ تجميع وحفظ الإبر والآلات الحادّة والقاطعة المستعملة في أوعية صلبة رغم توفّر هذه الأخيرة منذ سنة 2005. كما لا يتمّ مراعاة شروط التكييف اللاّزمة لحفظ بعض النفايات الأخرى.

ونتيجة غياب فضاءات وسيطة لحفظ النفايات يتمّ اللجوء أحيانا إلى دورات المياه وممرّات بعض الأقسام وغرف المرضى لتجميعها .

أمّا بالنسبة إلى عملية نقل النفايات فتتمّ باتّباع نفس مسلك نقل المرضى والأكل والأدباش النظيفة والوسخة بواسطة نقّالات غير مخصّصة للغرض ولا يتمّ تطهيرها بصفة آليّة بعد كلّ عمليّة نقل. وممّا يذكر في هذا الصدد أنّه توجد حاويات للقمامة في الفضاء المقابل للمستودع المركزي المشيّد منذ سنة 2002 بتكلفة بلغت حوالي 14 أ.د تستغلّ حاليّا لحفظ الأثاث غير المستعمل بدلا من تجميع النفايات فيها .

وتقوم المؤسّسة بإتلاف وحرق النفايات الخطرة بالرمادة الموجودة بالمستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة وذلك باستثناء نفايات قسم تصفية الكلى التي يتم إتلافها مع الفضلات العادية دون معالجتها .

III- التصرّف في الأدوية واستغلال التجهيزات الطبية

أ- التصرّف في الأدوية والمستلزمات الطبية

تهدف تطبيقة التصرّف في مخازن الأدوية إلى التحكّم في استهلاك الأدوية كما تمكّن من تقييم الاستهلاك بصفة دورية بالنسبة إلى كلّ مريض وقسم استشفائي. غير أنّه لوحظ ضعف نسبة استغلال هذه التطبيقة على مستوى الصيدلية الداخلية. فرغم إمدادها بالوصفات الطبية بالنسبة إلى كلّ مريض فإنّ تسجيل عمليات إخراج الدواء تتمّ إجماليا حسب الأقسام الاستشفائية ممّا لا يمكّن من متابعة استهلاك الأدوية بالنسبة إلى كلّ مريض مقيم. ولا يتمّ إدخال بعض البيانات المتعلّقة بمخزون الأدوية على مستوى الصيدلية الداخلية مثل السقف الأدنى والأقصى ممّا يؤدّي إلى حالات نفاد أو إلى وجود كمّيات زائدة عن الحاجة.

ولا تمكّن التطبيقة من التفطّن إلى حالات صرف نفس الدواء عدّة مرّات للمريض الواحد باستعمال وصفات طبية متعدّدة صالحة لنفس المدّة.

1- على مستوى الصيدلية الداخلية

بيّنت معاينة مختلف أماكن الخزن بالصيدلية الداخلية ضيق المقر الذي لا يتّسع لاستيعاب كمّيات هامّة من الأدوية والمستلزمات الطبية. وخلافا لما ينصّ عليه منشور وزير الصحة العمومية عدد 27 لسنة 1991 المؤرّخ في 4 أفريل 1991 يشكو المبنى كذلك عدم تخصيص مكان لخزن الأدوية سريعة الالتهاب يستجيب لظروف السلامة اللازمة.

ويتمّ بالصيدلية الداخلية حفظ أدوية باهظة الثمن وذات حساسية بالغة تتعلّق خاصّة بزرع الكلى وبأمراض القلب وذلك بجهاز تبريد قديم لا يستجيب لمتطلّبات العمل الصيدلي. ويضاف إلى ذلك عدم إرساء إجراءات داخلية لتأمين رقابة متواصلة على هذا الجهاز قصد تجنّب أيّ انعكاس سلبي على صلوحيّة هذه الأدوية مثل ما حدث في شهر مارس 2006 حيث تسبّب ارتفاع درجة حرارة الجهاز في خسائر مالية فاقت قيمتها

94 أ.د.

كما لوحظت مظاهر تسيّب وغياب التسيير المحكم للصيدلية الداخلية ترتّب عنها تعدّد حالات الفقدان غير المبرّر للأدوية مثال ذلك كمية 1422 حقنة "موبرال 40 ملغ" بما قيمته 14,402 أ.د حسب ما تمّ جرده في 24 أفريل 2006 و4 ماي 2006 أي ما يعادل استهلاك شهرين. وممّا تجدر الإشارة إليه أنّ المخزون من هذا الدواء قد شهد نفادا خلال هذه الفترة ولم تتمّ تلبية طلبات الأقسام الاستشفائية في حين أنّ بطاقة المخزون تبيّن وجود 1415 حقنة.

وبالتدقيق في حركة مخزون هذا الدواء لوحظ أنّ مجموع الكميّات المفقودة خلال سنتين وأربعة أشهر بلغ 5729 حقنة تقدّر قيمتها بمبلغ 58,026 أ.د منها 3186 حقنة من مخزون سنة 2005 و1121 حقنة من مخزون سنة 2004. ولم يقم المسؤول عن الصيدلية الداخلية بالإعلام عن أيّ من حالات الضياع المذكورة رغم علمه بها. ولم يتمّ إعلام وكيل الجمهورية بالمحكمة الابتدائية بصفاقس إلا عن فقدان 224 حقنة فقط وذلك بتاريخ 5 ماي 2006 أي بعد أن تولّت الدائرة الكشف عن هذه التجاوزات الخطيرة وذلك بالرّغم من تعدّدها منذ سنة 2004 على أقلّ تقدير.

وأفرز الجرد المنجز بتاريخ 12 ماي 2006 لعيّنة من الأدوية تتمثّل أساسا في مضادات حيوية ذات ثمن مرتفع فوارق سلبية تقدر بمبلغ 8,151 أ.د دون أن تقدّم المؤسّسة أيّ تبرير لذلك.

كما أفرز الجرد السنوي الذي أجري في موفّى 2005 في إطار منظومة التصرّف في الأدوية فوارق متعدّدة. فبالنّسبة إلى عيّنة من الأدوية تتمثّل أساسا في مضادات حيوية وأشرطة قيس السكري فقد تبيّن وجود فوارق سلبيّة تقدّر بمبلغ 51,647 أ.د دون تقديم أيّ تبرير بشأنها أو اتّخاذ التدابير الواجبة في الغرض. وفاق الضرر المالي 116,553 أ.د خلال الأربعة أشهر الأولى من سنة 2006. ويعتبر هذا الضرر المالي المسجّل بالصيدلية الداخلية خطأ تصرّف على معنى الفصل الثالث من القانون عدد 74 لسنة 1985 المؤرّخ في 20 جويلية 1985 والمتعلّق بتحديد أخطاء التصرّف وإحداث دائرة الزّجر المالي.

ويضاف إلى هذه الحالات التجاوزات الواردة بتقارير التفقّد للإدارة الجهوية للصحة العمومية بصفاقس للسنوات 2002 و2003 و2004 والمتعلّقة بتوجيه أدوية تفوق قيمتها 1800 دينار من المستشفى إلى مصحّات خاصّة وحالة تزوير وصفة طبية مكّنت مرتكبها من الحصول بصفة غير شرعيّة على دواء باهض الثمن وتوجيهه خارج المستشفى.

وقد نصّ منشور وزير الصحة العمومية عدد 1971 بتاريخ 20 ديسمبر1997 على أنّ التصرّف في كلّ المستلزمات الطبية يجب أن يتمّ عبر صيدلية المستشفى. إلاّ أنّ المخبر الجهوي ومخبر المناعة يقومان بتحديد حاجياتهما من المواد والأدوات واستلامها دون أيّ تنسيق مع الصيدلية الداخلية.

ومن ناحية ثانية فإنّ استهلاك مواد "الصيدلية البيضاء" ما فتئ يتزايد حيث بلغت قيمة تلك الموادّ 284,401 أ.د سنة 2005 مقابل 186,163 أ.د سنة 2003 أي بنسبة تطوّر بلغت 52,77 %. وقد مكّنت المعاينات المجراة ببعض الأقسام الاستشفائية من ملاحظة غياب كلي لمتابعة استهلاك هذه المواد بالنسبة إلى كلّ مريض ممّا لا يساعد على الضغط على المصاريف.

2- على مستوى الأقسام الاستشفائية

رغم ارتفاع حالات الوفيات والفارين من المستشفى وعدد المحالين المنقولين من قسم إلى آخر حيث بلغ مجموع هذه الحالات 3837 حالة خلال الفترة من بداية سنة 2002 إلى شهر ماي 2006، فإنّ عمليات إرجاع الأدوية بقيت محدودة إذ لم يتمّ تسجيل سوى 24 حالة إرجاع خلال نفس الفترة. ويدلّ ذلك على أنّ مختلف الأقسام الاستشفائية لا تتقيّد بالتراتيب المتعلّقة بضرورة إرجاع الأدوية غير المستهلكة إلى الصيدلية.

ومن ناحية أخرى نصّت القواعد المنظّمة للتصرّف في الأدوية بالمستشفيات[1] على أنّ مخزون الأدوية المخصّص للحالات الاستعجالية بالقسم الاستشفائي يحدّد بصفة ثنائية بين رئيس القسم والمسؤول عن الصيدلية ويشفع بتعليق قائمة هذه الأدوية على الخزانة المعدة للغرض. إلاّ أنّ المعاينات المجراة بيّنت أنّه باستثناء قسم الأمراض النفسية "أ" فإنّ الأقسام الأخرى لا تتقيّد بهذه القواعد. ولا يقوم وكيل القسم بإجراء جرد دوري للمخزون المخصص للحالات الاستعجالية كما نصّ على ذلك قرار وزير الصحّة العموميّة المؤرّخ في 18 سبتمبر 1997.

وقد لوحظ على مستوى قسم أمراض النساء والتوليد بعض الإهمال والتسيّب في التصرّف في الأدوية حيث أنّ كمّيات من هذه المواد تتواجد بالأروقة في متناول العموم.

وعلاوة على ذلك فإنّ جل الأقسام لا تحتفظ بدفاتر جذاذات الوصفات وأذون التزوّد من الصيدلية ممّا

---

[1] التعليمات العامّة الصادرة عن وزارة الصحّة العمومية تحت عدد 951 بتاريخ 13 مارس 1959 والمتعلّقة بتنظيم التصرّف في الأدوية.

لا يسهّل عملية مراقبة استهلاك الأدوية والتأكّد من صحّة مضمون الوصفات الطبيّة، رغم أنّ هذه الأخيرة تعتبر وثائق صرف حسب منشور وزير الصحة العمومية عدد 76 المؤرّخ في 4 جوان 1983 والمتعلّق باستعمال الوصفات الطبية بالمؤسّسات الاستشفائية.

وقد بيّنت عملية فحص عينة من الملفات الطبية أنّ بعض الأدوية الواردة بالوصفات لم يتمّ التنصيص عليها بالملف الطبي وأنّ أدوية أخرى تمّ التخلّي عن استهلاكها بناء على قرار الطبيب في حين أنّ الأقسام الاستشفائيّة واصلت مطالبة الصيدلية بها واستلامها.

وفيما يتعلّق بترشيد استهلاك الأدوية تولّت اللجنة العلاجية المنصوص عليها بمنشور وزير الصحة العمومية عدد 93 لسنة 1991 المؤرّخ في 15 أكتوبر 1991 في عديد المناسبات لفت نظر الإدارة إلى الاستعمال المفرط للأدوية باهظة الثمن واقترحت اعتماد وصل خاصّ بطلب التزوّد من بعض أصناف الأدوية وأنموذج للوصفة الطبية بالنّسبة إلى بعض أصناف المضادات الحيوية. إلاّ أنّ هذه الاقتراحات لم تلق صدى يذكر.

وقد ترتّب عن ذلك ارتفاع كميّات الأدوية وخاصّة المضادات الحيويّة حيث بلغت نسبتها حوالي 30 % من مجموع الأدوية خلال السنوات من 2002 إلى 2005. ويعدّ قسم أمراض الدم الأكثر استهلاكا للأدوية بنسبة 16,71 % خلال سنة 2005 وخاصّة المضادات الحيوية باهظة الثمن التي تمثّل 37,60 % من مجمل استهلاك القسم ونسبة 23,55 % من مجموع المضادات الحيوية المستهلكة بالمستشفى خلال نفس السنة. ويرجع ذلك أساسا إلى عدم وجود وحدة معقّمة لإيواء مرضى السرطان المعرّضين للعدوى الجرثوميّة.

ومن جهة أخرى يواجه قسم أمراض الدم صعوبات في توفير الأدوية للعلاج الكيميائي لمرضى السرطان بسبب طول المدّة التي تستغرقها مصادقة صندوقي الضمان الاجتماعي على قرارات التكفّل بالنّفقات ويضطرّ القسم في مثل هذه الحالات إلى استعمال دواء مخصّص لمريض آخر.

ب- استغلال التجهيزات الطبية

يشوب التصرّف في التجهيزات الطبية نقائص تتعلّق بجردها واستعمالها وصيانتها.

1- جرد التجهيزات الطّبية

تطبيقا للقانون عدد 63 لسنة 1991 المتعلّق بالتنظيم الصحي أحدثت لجنة بقرار مشترك لوزير أملاك الدولة والشؤون العقارية ووزير الصحة العمومية بتاريخ 10 سبتمبر 1993 كلّفت بحصر وتقييم الممتلكات العقارية والمنقولة للمستشفى. ولم يتمّ إحداث لجنة للجرد إلاّ في 18 أفريل 2004 ولم تستكمل هذه اللجنة أعمالها بعد.

وقد أظهرت المعاينات المجراة على مستوى مختلف الأقسام الاستشفائية وجود تباين بين ما هو مضمّن بالجرد وما هو موجود فعليّا. وإضافة إلى ذلك فإنّ عديد التجهيزات الطبية المتحصّل عليها كهبة لم تدرج بقوائم الجرد ولم يتمّ تسجيلها ضمن ممتلكات المؤسّسة وهو ما يشكّل مخالفة للفصل 31 من القانون سابق الذّكر.

وقد لوحظ أنّ منظومة متابعة صيانة المعدّات الطبية "بيوماد" يتمّ استغلالها بصفة جزئية حيث لا تسجّل بها عمليات الصيانة بالرغم من أهّمية ذلك في تحديد تكلفة التدخّل ومعدّل تواتر العطب. ولم تتضمّن المنظومة كلّ التجهيزات الطبية المتوفرة بالمستشفى إذ يلاحظ اختلاف بين العدد المسجّل بالتّطبيقة والبالغ 456 وحدة والعدد المضمّن بقوائم الجرد والبالغ 555 وحدة.

كما أنّ رموز التجهيزات المسجّلة بالمنظومة لا تتماشى والرموز الموحّدة التي حدّدتها وزارة الصحة العمومية. هذا ويسند أحيانا نفس رقم الجرد إلى تجهيزات طبية مختلفة.

2- استعمال التجهيزات الطبية وصيانتها

يقتضي تحسين الخدمات الصحية تجديد المعدات الطبية خلال فترة زمنية محددة. غير أنّه لوحظ أنّ المستشفى يتولّى استخدام أكثر من 90 جهازا طبيا تتراوح أعمارها بين 10 سنوات و18 سنة. وقد أدّى الاستغلال المكثّف لتجهيزات قاعة "القيثرة" التي تمّ تركيزها منذ سنة 1996 إلى تسجيل العديد من حالات العطب تواصلت إحداها على امتداد 69 يوما سنة 2003. كما أنّ حالات تعطّب أخرى سجّلت خلال سنتي 2004 و2005 كان لها تأثير في نوعية الخدمات المسداة.

أمّا بخصوص جهاز التصوير بالصدى للقلب الذي تمّ اقتناؤه سنة 2000 فقد تعرّض للعطب عديد المرات تعطّل في إحداها لمدة قاربت ثمانية أشهر ممّا استوجب استبدال بطاقتين إلكترونيتين بمبلغ ناهز 47 أ.د. وقد أدّى ذلك إلى تعطيل عمليات الكشف حيث تجاوز معدّل مدّة انتظار المواعيد شهرين.

كما لوحظ أحيانا انقضاء أجل الضمان لبعض التجهيزات دون أن يتمّ استخدامها كما هو الشأن بالنسبة إلى جهاز تمّ اقتناؤه في شهر جوان 2003 لفائدة قسم النساء والتوليد وجهاز التحاليل البيوكيميائية الذي تسلّمه مخبر المناعة منذ شهر جويلية 2005.

ويشكو قسم الأشعة نقصا في التجهيزات وقدم أغلبها علما بأنّ جهاز التصوير الباطني بالأشعة تعطّب منذ شهر ديسمبر 2004 وتقرّرت إحالته على عدم الاستعمال ولم يتمّ تعويضه بعد ممّا أدّى إلى توجيه المرضى المقيمين إلى المستشفى الجهوي بالمحرس لإجراء مثل هذه الفحوصات.

أمّا بخصوص الصيانة فهي تشكو غياب برامج سنويّة ولا تشمل كلّ التّجهيزات الطبيّة حيث لا تتعدّى نسبة التّجهيزات الخاضعة لعمليّات الصيانة الوقائيّة 12,5 %، وهي نسبة تقلّ عن المعدّل الوطني البالغ 50 %.

كما تبيّن عدم قيام مصلحة الصيانة بإعداد تقارير دوريّة وعدم مسك بطاقات متابعة وملفات فنية لأغلب التجهيزات ممّا لا يمكّن من إجراء المراقبة والمتابعة اللازمتين لعمليات الصيانة.

ولوحظ أنّ 20 آلة طبية تمّ استلامها الوقتي وحل أجل استلامها النهائي دون أن يفي المزوّدون بالتزاماتهم المتعلّقة بتكوين الفنيين أو بتوفير الأدلّة الفنية الخاصّة بها. ومن شأن ذلك أن لا يمكّن فنّيي المستشفى من القيام بإصلاح أبسط عطب وأن يحمّل المؤسّسة أعباء مالية إضافية كما كان الشأن بالنسبة إلى عينة من التجهيزات التي تمّ إصلاحها بتكلفة تفوق 25 أ.د. وتجدر الإشارة إلى أنّ المستشفى بقي يتعامل مع مزوّدين سبق لهم أن أخلّوا بالتزاماتهم في هذا الشأن.

IV- التصرّف المالي

شملت الفحوصات في مجال التصرّف المالي الميزانية والفوترة واستخلاص الموارد وإنجاز الصفقات.

أ- الميزانية

تعدّ مصلحة المحاسبة سنويا مشروع الميزانية وتقارير متابعة تنفيذها وهي بذلك تجمع بين وظيفتين متنافرتين ممّا لا يتماشى مع مقتضيات الرقابة الداخلية. كما تبيّن وجود تأخير في ضبط ميزانية التصرّف للسنوات 2002 و2003 و2005 من قبل مجلس الإدارة بلغ أقصاه ستة أشهر مقارنة بالأجل المنصوص عليه بالأمر عدد 1844 لسنة 1991 المؤرّخ في 2 ديسمبر 1991 والمتعلّق بضبط التنظيم الإداري والمالي للمؤسّسات العمومية للصحّة.

كما لوحظ أنّ وزارة الصحة العمومية لم تستوف الإجراء المتعلّق بالمصادقة الصريحة على ميزانيتي سنتي 2002 و2003. أمّا بالنّسبة إلى السّنوات 2004 و2005 و2006 فإنّ الوزارة لم تقم بذلك إلاّ في نهاية السّداسي الأوّل لكلّ منها.

وقد تطوّرت موارد ميزانية التصرّف للمستشفى من 8,5 م.د سنة 2002 إلى 12,2 م.د سنة 2005. وهي تتكوّن بصفة أساسية من الموارد المتأتّية من الصناديق الاجتماعية بنسب تراوحت بين 63 % و74 % تقريبا. ولم تحقّق المؤسّسة خلال نفس الفترة التقديرات المتعلّقة بالموارد الذاتية. وقد شهدت نسبة تحقيق الموارد تراجعا إذ انخفضت من 91 % سنة 2002 إلى 73 % سنة 2005. كما تراجعت منحة الدولة من 1,822 م.د سنة 2003 إلى 1,350 م.د سنة 2004. ولم يتحصّل المستشفى على أية منحة سنة 2005 وأصبح منذ ذلك التّاريخ يتحمل أجور العملة بصفة كلّية.

وقد تمّ تجاوز الاعتمادات المرصودة بالميزانية بنسب تراوحت بين 7 % و24 % خلال السنوات من 2002 إلى 2005. وتعلّقت أهمّ التجاوزات بالأدوية وبالغازات الطبية وباستهلاك الماء والكهرباء. وارتفع العجز المالي للمستشفى ليبلغ 2,314 م.د في موفّى سنة 2005. ولوحظ خاصّة الارتفاع المطرد للمبالغ غير المسدّدة لفائدة المزوّدين حيث بلغت 5,617 م.د في نفس التاريخ.

وتبيّن بالنسبة إلى ميزانيتي الاستثمار لسنتي 2002 و2003 تأخير في فتح الاعتمادات المتعلّقة باقتناء التجهيزات من قبل وزارة الصحة العمومية فاق سنتين ممّا ترّتب عنه عدم استهلاك كامل الاعتمادات. أمّا الاعتمادات المتعلّقة بسنتي 2004 و2005 فلم يتمّ صرفها إلى موفّى مارس 2006 إمّا بسبب عدم فتحها من قبل وزارة الصحة العمومية أو لعدم استغلال القرض المسند من البنك الأوروبي للاستثمار بسبب تعطّل

الإجراءات.

ب- فوترة الخدمات واستخلاص المستحقّات

مكّن النظر في عمليات فوترة الخدمات الاستشفائية من الوقوف على ملاحظات تعلّقت بإجراءات الفوترة وبعدم شموليتها. فقد شهدت المبالغ المفوترة تطوّرا خلال سنتي 2004 و2005 لتتجاوز 20 م.د. وتراوحت نسب فوترة الخدمات المسداة للمنخرطين في صندوقي الضمان الاجتماعي بين 56 % و70 % من المجموع المفوتر.

وقد تبيّن أحيانا وجود أخطاء عند إدراج البيانات المتعلّقة برقم دفتر المنخرط ممّا أدّى إلى رفض الصندوقين لعديد الفواتير. كما تمّ إسناد أكثر من معرّف استشفائي للمريض الواحد وقد بلغ العدد الجملي لهذه الوضعيات 1191 حالة خلال الفترة الممتدّة من جانفي 2001 إلى موفى ماي 2006. ويرجع ذلك إلى عدم التثبّت عند تسجيل المريض من تردّده سابقا على المستشفى. وقد أدّى ذلك إلى تضخيم في عدد حرفاء المستشفى وإلى تشتّت المعطيات حول المريض في أكثر من بطاقة متابعة.

كما أمكن من خلال التطبيقة المعلوماتية استخراج الحالات التي تمّت فيها فوترة الخدمات المقدّمة إلى المريض بصفة لاحقة لمغادرته المستشفى بدلا من أن يتمّ ذلك في نفس يوم خروجه منه. وبلغ عدد هذه الحالات 18052 حالة خلال الفترة الممتدّة من سنة 2002 إلى موفى شهر ماي 2006. وقد فاقت الفترة الفاصلة بين تاريخ خروج المريض وتاريخ الفوترة سنتين في عديد الحالات.

وتبيّن من خلال فحص عيّنة من الملفات الطبية التي يتمّ حفظها على مستوى الأقسام الاستشفائية أنّ البعض منها ينقصها عدد من وثائق الإثبات للأعمال الطبية والفحوصات التكميلية.

أمّا بالنّسبة إلى الملفات الإداريّة للمرضى التي تتمّ على أساسها فوترة الخدمات والتي يتمّ حفظها بإدارة التصرّف في شؤون المرضى فقد سجّل فقدان البعض منها أو فقدان الوثائق المثبتة للفحوصات أو وثائق أساسيّة أخرى كبطاقة العلاج المجاني مثلما هو الحال بالنّسبة إلى 113 ملفا من عيّنة تعدّ 240 ملفا تمّ فحصها.

ومن ناحية أخرى وبالنسبة إلى الحالات غير الاستعجاليّة لا يتمّ دائما احترام الإجراء القاضي بأن يتولّى المريض دفع التّسبقة المنصوص عليها بقرار وزيري المالية والصحة العمومية المؤرّخ في 19 ديسمبر 1996.

ورغم أهميّة دور خطة وكيل القسم التي تمّ إحداثها في إطار مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي في المساهمة في تحصيل موارد المؤسّسة فإنّ بعض الأقسام بقيت بدون وكيل أو لا يوجد بها سوى وكيل واحد رغم أنّها تشهد إقبالا مكثّفا وتضمّ أكثر من وحدة أو جناح. وإضافة إلى ذلك فإنّ أداء بعض الوكلاء بقي دون المستوى المطلوب حيث يتّسم بعدم إيلاء العناية الكافية بالملفات الإدارية للمرضى وبعدم التّأكّد من انتفاع المريض فعليّا بالفحوصات التكميلية.

وعلى صعيد آخر بلغ عدد المرضى الذين أقاموا بالمستشفى ولم تتمّ فوترة الخدمات المسداة إليهم 6801 حالة خلال الفترة الممتدّة من سنة 2002 إلى موفّى شهر ماي 2006 والمقدّرة بمبلغ 2,353 م.د، منه 1,132 م.د يتعلّق بمرضى خاضعين للتعريفة الكاملة. وتتعلّق الخدمات غير المفوترة بحالات هروب للمرضى أو لآخرين تمّ نقلهم لتلقّي العلاج في مستشفيات أخرى دون فوترة الخدمات المقدّمة لهم.

وعلاوة على وجود أخطاء في احتساب المعاليم المحمولة على المرضى فقد لوحظ أنّ الفوترة في بعض الأحيان لا تشمل جميع الخدمات التي انتفع بها المريض. ويعزى ذلك إمّا إلى عدم تسجيل جميع الفحوصات على بطاقة الخدمات أو إلى عدم تسجيل الخدمات المدوّنة بها بالتطبيقة الإعلاميّة أو إلى تسجيل المرضى من قبل مصلحة القبول دون تمييز بين المرضى الذين يتمّ توجيههم إلى العناية المركّزة وأولئك الذين يتمّ توجيههم إلى الإقامة العادية رغم اختلاف التعريفات الجزافية المتعلّقة بكلّ منهم. وقد حرم المستشفى جرّاء ذلك من موارد تقدّر بحوالي 1,313 م.د خلال السنوات من 2002 إلى 2005.

وقد بلغ حجم الديون المتخلدة بذمّة المرضى حوالي 8,7 م.د في موفّى شهر ماي 2006. ومكّن النظر في التصرّف في الكمبيالات المثبتة لديون المستشفى من الوقوف على ملاحظات تعلّقت بكيفيّة إعدادها ومسكها وجردها حيث لوحظ أنّ تحرير الكمبيالات يتمّ من قبل أعوان مصلحة الفوترة بدلا من الإدارة المالية. ولا يولي هؤلاء الأعوان العناية الكافية عند تسجيل البيانات بالكمبيالة كعدم تسجيل العنوان الكامل للمدين.

وتبيّن أنّ إحالة الكمبيالات من "وكلاء المقابيض" إلى القسم المكلّف بمتابعة الاستخلاص تتمّ بدون احترام الإجراءات وبناء على قائمة إجمالية صادرة عن التطبيقة المتعلّقة بالمالية دون تفصيل لقائمة الكمبيالات وللمبالغ ولا تحديد للملغى منها .

وأفرز الجرد الذي قامت به الدائرة للكمبيالات المسحوبة على المرضى سنة 2005 وجود فارق سلبي بين عدد الكمبيالات التي تمّ سحبها واقتطاعها من دفاتر الجذاذات وتلك الموجودة فعليا لدى قسم متابعة الاستخلاص تجاوز 39 كمبيالة وظلّ هذا الفارق بدون تبرير. ويذكر في هذا الشأن وجود أصول 54 كمبيالة ممضاة في دفاتر الجذاذات بمبلغ فاق 23 أ.د تمّ إلغاؤها على مستوى مصلحة الفوترة دون إرفاقها بالوثائق المثبتة لأسباب الإلغاء. وبيّن فحص الملفات المتعلّقة بعيّنة من هذه الكمبيالات وجود عدد منها ملغاة لم يتمّ تعويضها بأخرى ولم يتمّ خلاص الفواتير المتعلّقة بها .

وعلى صعيد آخر لا يشرع المستشفى في القيام بالتتبعات القضائية إلاّ بعد مرور ثلاث سنوات على تاريخ إصدار الكمبيالة وهو إجراء من شأنه أن يزيد في تراكم ديون المؤسّسة وأن يجعل بعضها عرضة للسقوط بالتقادم علما بأنّه لم يتولّ بعد إجراء التتبّعات اللاّزمة بالنّسبة إلى الكمبيالات المسحوبة في سنة 2004 وغير المسواة والتي ارتفع عددها إلى 4153 كمبيالة بلغت قيمتها 616 أ.د.

من جهة أخرى لا يقوم المستشفى بأي تتبّع ضد المضمونين الاجتماعيين المنخرطين بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذين تبيّن أنّ وضعياتهم إزاء هذا الصندوق لا تخوّل لهم الانتفاع بالتغطية الصحية الخاصّة بالإقامة الاستشفائية.

ج- علاقة المستشفى بالصناديق الاجتماعية

يتمّ تحديد السقف الأقصى لتدخل صندوقي الضمان الاجتماعي لتغطية مصاريف العلاج والإقامة لمضمونيهما بمقتضى اتفاقية مبرمة سنويا بين وزيري الصحة العمومية والشؤون الاجتماعية. وقد بلغت نسبة تغطية المبالغ المحوّلة من الصندوقين للمصاريف التي تولّى المستشفى فوترتها خلال سنوات 2003 و2004 و2005 على

التوالي 62 % و52 % و55 %.

وقد دعا مجلس الإدارة في عديد المناسبات وخاصّة عند المصادقة على مشروع الميزانية إلى التخلّي عن هذا السقف باعتباره يحرم المستشفى من موارد هامّة. وفضلا عن السقف فإنّ فوترة الخدمات المسداة للمضمونين الاجتماعيين تتمّ على أساس تعريفات جزافية. ويستدعي هذا الأمر إعادة النظر في الطريقة المعتمدة حاليا في فوترة الخدمات الاستشفائية للمقيمين على أساس التكلفة الحقيقية تجسيما للتوجّه التدريجي لمشروع دعم الإصلاح الاستشفائي الهادف إلى تحميل صندوقي الضمان الاجتماعي تكلفة الخدمات المسداة لمنخرطيهما.

ومن جهة أخرى يلاحظ عدم تغطية المبالغ الجزافية المعمول بها بالنسبة إلى الأعمال والعمليات المتعلّقة بجراحة القلب للمضمونين الاجتماعيين للتكلفة الحقيقية حسب ما أثبتته دراسة قام بها المستشفى. وتتراوح تكلفة إنجاز العمليات حسب الدراسة بين 2,215 أ.د و6,019 أ.د للعملية الواحدة في حين أن المبالغ الجزافية تتراوح بين 0,800 أ.د و3,900 أ.د. ويقدّر الفارق السلبي في سنة 2005 بما يفوق 130 أ.د.

ولم يتمكّن المستشفى من الحدّ من حالات رفض الفواتير من الصندوقين والرّاجعة أساسا إلى عدم معرفة هوية المنخرط. ومثّلت حالات الرفض لهذا السبب في سنتي 2004 و2005 على التوالي 36,9 % و61,2 % من العدد الجملي للفاتورات المرفوضة. وارتفع عدد الفاتورات المرفوضة ومبلغها خلال الفترة 2003-2005 على التوالي إلى 41963 حالة و7,3 م.د.

كما لوحظ في هذا المجال أنّ مصلحة الفوترة لا تقوم بتحيين البيانات حول ما تمّ رفضه من فواتير من قبل الصناديق على المنظومة الإعلامية بعد تسلّمها القوائم المتعلقة بذلك خاصّة في الحالات التي تمّ فيها تجاوز السقف.

وعلى صعيد آخر تمّ رفض فواتير من قبل صندوقي الضمان الاجتماعي بعنوان التكفّل بالمصاريف في إطار الاتفاقيات المتعلّقة بعمليات القلب وزرع الكلى رغم أنّ الملفات المحالة إلى الصندوقين تتضمّن قرارات تكفّل بالعلاج صادرة عنهما. وارتفعت المبالغ المفوترة وغير المسدّدة بهذا العنوان من قبل الصندوقين إلى 776,9 أ.د خلال الفترة 2002-2005.

وتجدر الإشارة إلى أنّ المستشفى يقوم منذ سنة 1994 بفوترة واستخلاص مقابل إسداء الخدمات المتّصلة بعمليات زرع الكلى التي يشترك في إجرائها ومتابعة الحالات المتعلّقة بها مع مستشفى الحبيب بورقيبة. وقد ارتفعت المبالغ غير المسدّدة من قبل صندوقي الضمان الاجتماعي في موفى 2005 إلى 254 أ.د من مجموع 834 أ.د.

د- إعداد الصفقات وتنفيذها

اقتضت القواعد المنظّمة للشراءات والخدمات العمومية التقيّد بجملة من المبادئ الأساسية لضمان المساواة أمام الطلب العمومي وتكافؤ الفرص وشفافية الإجراءات واللجوء إلى المنافسة باستثناء حالات التعذر التي حدّدتها النصوص القانونية كما نصّت على تدعيم دور الرقابة.

وقد مكّن النظر في تصرّف هذه المؤسّسة من ملاحظة تعدّد الإخلالات وتكرارها في هذا المجال رغم عديد الاحترازات والتوصيات الصادرة عن أعضاء من مجلس الإدارة ولجنة الصفقات. ومن بين الأسباب التي أدّت إلى ذلك قلة حزم مجلس الإدارة كهيئة عليا للتصرّف وسلطة الإشراف أحيانا.

فقد تبيّن من خلال متابعة تنفيذ الشّراءات عدم إحكام برمجة الطّلبات ممّا أفضى إلى تجزئتها والإخلال بمبدأي المنافسة والشفافية.

ولئن حاولت الإدارة تلافي ذلك ابتداء من أواخر سنة 2004 إلاّ أنّ عدم الإحكام في إعداد مكوّنات ملف الصفقة والتأخير في انطلاق الإجراءات والبطء في إنجازها حالت دون الحصول على عروض تستجيب للحاجات في الإبان ممّا جعل المؤسسة تلتجئ إلى الشراءات المباشرة عن طريق أذون بالتزود أو اتفاقيات مباشرة أو تمديد في صلوحية صفقات سابقة أو في أفضل الحالات عن طريق الاستشارة. ولا يتمّ غالبا عرض الملفّات على لجنة الصفقات ولا على مجلس الإدارة إلاّ لتسوية صفقات قد تمّ إبرامها وتنفيذها.

وقد بلغت الشراءات المباشرة أو عن طريق استشارات أو اتفاقيات 7,536 م.د من جملة 10,600 م.د في سنة 2004 أي ما نسبته 71 % و8,328 م.د من جملة 11,748 م.د في سنة 2005 أي ما يعادل 70,88 %.

ويعدّ التصرّف على هذا النحو مخالفا لأحكام النصوص المنظّمة للصّفقات التي أكّدت على الدّعوة إلى المنافسة وحدّدت الاستثناءات في حالات الضّرورة القصوى بعد توفّر شروط معيّنة ومنها الحصول على ترخيص مسبق من قبل وزارة الإشراف قبل إبرام الصّفقة.

فعلى سبيل المثال تمّت تلبية احتياجات المؤسّسة من مواد طبية وجراحية ومخبرية وكيميائية و غيرها خلال سنوات 2003 و2004 و2005 عن طريق أذون بالتزوّد وقد تمّ إبرام صفقات بالتراضي في شأنها لاحقا ولم يتمّ عرضها على الجهات ذات النظر إلاّ بعد تنفيذها.

ويذكر في هذا الصّدد صفقتان أبرمتا لتسوية شراءات مواد وأدوات مخابر تمّت خلال سنة 2003 بمبلغ 101 أ.د و12 صفقة مباشرة لتغطية اقتناءات تمّت خلال الفترة الممتدّة بين شهري فيفري 2004 وجانفي 2005 بمبلغ جملي قدره 1642 أ.د. وكذلك كان الشّأن بالنّسبة إلى 6 صفقات مباشرة أخرى لتسوية ما تمّ اقتناؤه خلال الفترة المتراوحة بين شهري فيفري وجويلية 2005 بمبلغ جملي قدره 382 أ.د.

وقد اعتادت المؤسّسة طوال السّنوات الماضية أن تقتني حاجياتها من المطبوعات ومن المواد المكتبية والإعلامية باعتماد استشارات رغم قيمة مبالغ الشراءات التي تجاوزت خلال سنوات 2002 و2003 و2004 على التوالي 164 أ.د و149 أ.د و160 أ.د. أمّا بالنسبة إلى سنة 2005 فلم يتمّ اعتماد طلب العروض إلاّ لتلبية جزء من الحاجيات (120 أ.د على 189 أ.د). وتمّ اللجوء إلى استشارة لاقتناء ما تبقّى منها إلاّ أنّه لم تتمّ الموافقة عليها من قبل لجنة الصفقات خلال اجتماعها في أفريل 2006 ولا من قبل مجلس الإدارة الذي اشترط إصدار الوزارة مقرّرا في هذا الشأن. وقد تمّ التعاقد والتنفيذ قبل الحصول على الترخيص المطلوب.

كما اتّبعت المؤسّسة خلال سنوات 2002 و2003 و2004 نفس الطريقة لتلبية حاجياتها من مواد التنظيف وما شابهها والتي ارتفعت قيمتها على التّوالي إلى 157 أ.د و135 أ.د و105 أ.د. أمّا بالنسبة إلى سنة 2005 فلم يفض طلب العروض إلى نتيجة ولجأت المؤسّسة أيضا إلى القيام باستشارة لاقتناء هذه المواد بمبلغ قيمته 210 أ.د بعد صدور مقرّر لسلطة الإشراف يسمح لها بذلك.

ويذكر كأمثلة على عدم إحكام تقدير الحاجيات لجوء المؤسّسة سنة 2003 إلى عقد ملحقين على سبيل التسوية لصفقتين أبرمتا سابقا في إطار العنوان الثاني لسنة 2002 لاقتناء مواد وأدوات لقاعة القيثرة علما بأنّ مبلغ أحد الملحقين (94,625 أ.د) تجاوز قيمة الصفقة الأصليّة (58,350 أ.د) وأنّه لم يتمّ عرض الملفّين على لجنة الصفقات ولا على مجلس الإدارة قبل البدء في التنفيذ.

كما يذكر في نفس السياق سوء تقدير الحاجيات في ما يتعلّق بالمستلزمات الطبّية الخاصّة بسنة 2005 حيث لوحظ فارق كبير بين الكميّات التي تمّ استهلاكها خلال 18 شهرا السابقة وما تمّ تحديده في إطار طلب العروض عدد 1 المعلن عنه في سنة 2005 والمتعلّق بنفس المدّة.

ويذكر أيضا أنّ المؤسّسة لم تعتمد على طلبات عروض بالنّسبة إلى مناولة الحراسة والتنظيف إلاّ ابتداء من سنة 2006 وتولّت اقتناء أغراض في إطار الإعانات الاجتماعيّة لفائدة أعوان المستشفى خلال سنة 2005 دون اللّجوء إلى المنافسة رغم تجاوز قيمتها 77 أ.د.

أمّا في ما يخصّ كرّاسات الشّروط فقد تبيّن عدم تضمينها غالبا ما يكفي من البيانات والشّروط اللاّزمة أو عدم تحديد الخصائص الفنيّة للمواد والأدوات المطلوبة. كما لوحظ أنّه تمّ أحيانا إدراج علامات إشهاريّة بها. ولم يتمّ التفطّن إلى النّقائص في بعض الحالات إلاّ عند فرز العروض حيث يصعب اختيار ما يستجيب منها للحاجيّات.

وتتعارض أحيانا مضامين الوثائق التعاقديّة بنفس الصّفقة مثلما كان الشّأن بالنّسبة إلى طلب العروض عدد 4793 لسنة 2002 حيث نصّ كرّاس الشّروط على احتساب أجل التنفيذ ابتداء من تاريخ الإذن بالتزوّد بينما نصّ العقد على احتساب الأجل ابتداء من تاريخ إعلام صاحب الصّفقة وكذلك العقد المبرم مع شركة خاصة لاقتناء جهازين للكشف حيث نصّ كرّاس الشّروط على أجل تنفيذ بتسعين يوما بينما تضمّن العقد أجل تنفيذ بستّين يوما ولم يتمّ التفطّن إلى ذلك إلاّ عند تقديم ملفّ الختم النّهائي إلى لجنة الصّفقات.

وفي ما يتعلّق بقبول العروض وفرزها تبيّن أنّ لجنة الفرز بالمؤسّسة أخلّت أحيانا بدورها حيث

اعتمدت مواصفات غير تلك المنصوص عليها ضمن كراس الشروط وقبلت عروضا لم ترفق بعيّنات بينما تولّت إقصاء بعض العروض رغم استجابتها للشّروط. وقد كان الشأن كذلك بالنّسبة إلى طلب عروض تعلّق باقتناء تجهيزات طبية في سنة 2003. وقد عبّرت لجنة الصفقات في اجتماعها بتاريخ 15 ديسمبر 2003 عن احترازاتها بسبب الإخلالات التي شابت عمليّة الفرز إلاّ أنّ ذلك لم يمنع مواصلة إجراءات الاقتناء.

وبالنّسبة إلى طلب العروض عدد 2005/1 تمّ قبول بعض العروض رغم كونها غير مطابقة للمواصفات الفنية المنصوص عليها بكرّاس الشّروط.

ولم يتمّ اختيار العروض الأقلّ ثمنا بالنّسبة إلى بعض فصول طلب العروض عدد 2004/7 وتمّ إقصاء بعض العروض رغم استجابتها للشّروط الفنيّة علما بأنّه لا يمكن تحميل أصحاب هذه العروض مسؤولية عدم دقّة المواصفات المطلوبة المنصوص عليها بكرّاس الشّروط. وكذلك كان الشّأن بالنسبة إلى طلبي العروض عدد 2 وعدد 4 لسنة 2005 حيث تمّ إقصاء بعض العروض استنادا إلى شروط لم ترد بكراس الشروط.

على صعيد آخر يلاحظ أنّ العديد من طلبات العروض التي كان من المفروض إتمام إجراءاتها قبل انطلاق السنة الإداريّة يتمّ الإعلان عنها بتأخير ممّا يمدّد الفترات الفاصلة بين مختلف المراحل وقد تصل المدّة الفاصلة بين الإعلان عن طلب العروض وإمضاء الصفقة وإعلام صاحبها 588 يوما.

ونتيجة لذلك تعدّدت حالات تجاوز آجال صلوحية العروض والضّمانات ومطالبة المشاركين بتمديدها بعد انقضائها وقد تمّ أحيانا تجاوز فترة التمديد أيضا دون البتّ في الملفّات.

وقد كان من شأن هذا التّأخير أن اضطرّت المؤسّسة أحيانا إلى إبرام ملاحق لتمديد العمل بصفقات سابقة أو إلى عقد اتفاقيات مباشرة لتسديد حاجيات متأكّدة أو إلى إصدار أذون بالتزوّد دون إبرام صفقة كتابية أو إبرام العقد بعد التنفيذ على سبيل التسوية.

وخلافا لأحكام الفصل 96 من الأمر المنظّم للصّفقات العموميّة الذي نصّ على أنّه لا يمكن للجنة الصفقات أن تجتمع إلاّ بحضور كافّة أعضائها عقدت لجنة الصفقات عديد الاجتماعات في غياب ممثّل وزارة الإشراف وذلك للنّظر في ملفّات صفقات تفوق قيمتها أحيانا مليون دينار.

كما تمّت مخالفة مقتضيات الفصل المذكور في ما يتعلّق بوجوب إعداد محاضر تدوّن بها المداولات والملاحظات والتحفّظات تكون ممضاة من قبل كافة الأعضاء. ولوحظ أنّه لا يتمّ إمداد أعضاء اللّجنة دائما بجميع الوثائق المضبوطة بمقتضى التراتيب القانونية وفي متّسع من الوقت لدراستها جيّدا. كما أنّ الملفّات غالبا ما ترد على لجنة الصّفقات بعد الأجل القانوني المحدّد بشهر فترفع مباشرة إلى مجلس الإدارة وتحرم المؤسّسة من رأي هذه اللّجنة المختصّة.

ويرجع هذا التأخير أساسا إلى عدم توفّق المؤسّسة في تركيز كتابة قارة للجنة الصفقات تستجيب للشّروط. وكان من نتائج هذا الخلل وجود نقائص على مستوى حفظ ملفّات طلبات العروض تتعلّق بسوء التنظيم وعدم توفّر البعض من هذه الملفات أو عدم تضمّنها لبعض الوثائق الأساسية كمحاضر فتح العروض والفرز وغيرها ممّا انجرّ عنه توقّف أشغال لجنة الصّفقات وإرجاء البت في الملفّات.

كما لم تتمكّن الكتابة القارة من متابعة الصّفقات للتأكّد من إنجازها وإعداد ملفات الختم النهائي واحتساب غرامات التأخير. فقد اكتفت المؤسّسة الاستشفائيّة بإعداد 3 ملفّات تعلّقت بصفقات اقتناء تجهيزات طبية في سنة 2002 ولم يتمّ عرض سوى واحد منها على أنظار لجنة الصفقات بتاريخ 19 أوت 2005 في حين بقيت جلّ الملفات التي ترجع إلى عدّة سنوات دون تسوية.

*

* *

شهد نشاط المستشفى الجامعي الهادي شاكر بصفاقس الذي تغطّي خدماته كامل الجزء الجنوبي للبلاد نموّا مطّردا وتحسّنا لبعض المؤشّرات. وتمكّنت هذه المؤسّسة العمومية للصحّة من تحسين أدائها وخدماتها. غير أن العديد من النقائص مازالت تحدّ من قدرتها على بلوغ الأهداف التي حدّدها مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي. ويستدعي ذلك تفعيل دور هياكل التسيير وإحكام نظام المعلومات بما من شأنه أن يدعم استقلالية التصرّف ويضفي مزيد المرونة عليه وأن يوفّر المعلومة الدقيقة والموثوق في صحّتها.

ويمثّل تطبيق ما تضمّنه مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي من توزيع محكم للأدوار بين هياكل التصرّف

وهياكل الإشراف السبيل الأمثل لتحسين الأداء. ويعتبر إعداد القوائم المالية ومراجعتها في الآجال من أوكد الشروط في هذا المجال، وذلك بالإضافة إلى ما يكتسيه الإسراع بحوسبة الملفات الطبية من أهمّية لضمان الربط الآلي بين مختلف المتدخّلين تجنّبا للنقائص الناجمة عن التعايش الحالي بين نظامي التصرّف الآلي واليدوي.

وتظلّ وظائف رقابة التصرّف والتدقيق الداخلي من أهمّ الآليات التي يجب تركيزها للمساهمة في إحكام إدارة مصالح المؤسّسة وفي تلافي ما تمّ الوقوف عليه من إخلالات على مستوى الرقابة الداخلية وما ارتبط بها من تجاوزات في بعض أوجه التصرّف كتلك المتعلّقة بالأدوية والفوترة وبالصفقات. كما يدعو الوضع إلى العمل على تحسين المناخ الاجتماعي بالمؤسّسة.

وأمام التحديات التي يواجهها القطاع العمومي للصحة مع انطلاق تطبيق نظام التأمين على المرض ينبغي الرفع من مستوى الخدمات خاصّة من حيث تحسين ظروف الاستقبال والإيواء ودعم بعض الأنشطة وتعميمها على مختلف الأقسام مثل الاستشفاء النهاري وعيادات ما بعد الظهر وذلك فضلا عن ضرورة مزيد إحكام استغلال التجهيزات الطبية والفضاءات المتوفّرة.

كما أنّ التحكّم في التكلفة باعتماد معايير محدّدة من شأنه أن يساعد على المطالبة باسترجاع ما يتمّ تحمّله مقابل الخدمات الصحية المقدّمة للمضمونين الاجتماعيين بما يساعد على تحقيق التوازن المالي للمؤسّسة التي تبقى فضلا عن ذلك مطالبة ببذل مزيد من الجهد لاستخلاص مستحقّاتها.

ردّ وزارة الصحّة العمومية

I- التنظيم ونظام المعلومات

لم يقع بعد تركيز بعض الوظائف مثل وظائف التدقيق الداخلي والمحاسبة التحليلية ورقابة التصرّف رغم أهمّيتها في أغلب المؤسّسات العمومية للصحة لأسباب عديدة مرتبطة بالهياكل التنظيمية وإمكانيات انتداب الإطارات وتوفّر الاعتمادات والفضاءات اللازمة لتركيزها. ووعيا منها بأهميّة هذه الوظائف وضرورة تركيزها لاستكمال برنامج الإصلاح الاستشفائي وتحقيق الأهداف المرجوّة منه سيسعى المستشفى إلى اعتماد هذه الوظائف وتوفير الظروف والوسائل لتركيزها في إطار مشروع تأهيل القطاع العمومي للصحة وذلك بالتنسيق مع الإدارة المركزية.

1- التنظيم

ساهم مشروع الإصلاح الاستشفائي في تطوير طرق ومناهج العمل بالمؤسّسات العمومية للصحة وخاصّة على مستوى التصرّف المالي والإداري، غير أنّ بعض آليات هذا المشروع ما زالت تحتاج إلى التفعيل والدعم لإضفاء المزيد من النجاعة والفعالية على نشاط إدارة هذه المؤسّسات.

وستعمل وزارة الصحّة العمومية على تجاوز النقائص التي تمّ فعلا تشخيصها من قبل فرق العمل المنبثقة عن لجنة صياغة مشروع تأهيل القطاع العمومي للصحة.

2- نظام المعلومات

بذلت إدارة المستشفى مجهودات جبارة طيلة العشرية المنقضية قصد إرساء نظام معلوماتي يتماشى ومتطلّبات الإصلاح الاستشفائي إلاّ أنّ بعض النقائص التي برزت من خلال الممارسة اليومية مازالت مطروحة وستعمل إدارة المستشفى على تلافيها وخاصّة

فيما يتعلّق بتعميم الإعلامية على جلّ الأقسام الاستشفائية وربطها بالمصالح الإدارية وبشبكة الإعلامية للمستشفى المجاور نظرا للعلاقة الوثيقة بين المؤسّستين خاصّة فيما يتعلّق بخدمات المخابر والأشعة، ولمتابعة عملية تحويل المرضى، وبتفعيل نشاط اللجان لتقييم تطبيقات الإعلامية وإضفاء المزيد من المرونة في التصرّف في التطبيقات الإعلامية.

وفيما يخص حوسبة الملف الطبي وربط النظام المعلوماتي مع نظام معلومات الصندوق الوطني للتأمين على المرض فستعمل الوزارة على تجسيم هذا البرنامج في إطار مشروع تأهيل القطاع العمومي للصحة، علما بأنّ ضمان فوترة جميع الخدمات المسداة للمرضى يمكن تحقيقه بإعداد الملفّ الطبي والإداري طبقا لمقتضيات دليل الإجراءات.

II- النشاط الصحي

عرف النشاط الاستشفائي للمؤسّسة تطوّرا ملحوظا بعد تدعيمها بالإنجازات الهامّة على مستوى البنية الأساسية والتجهيزات الطبية. إلاّ أنّ غياب طبق فني خاصّ بالمستشفى ووضعية الجوار مع المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة والتي ترتّب عليها المشاركة في عدّة مصالح حيوية مثل الفحوصات الاستكشافية، أدّت إلى اكتظاظ الأقسام وتأخير المواعيد وارتفاع مدّة إقامة المرضى. لذا، فإنّ المستشفى سيعمل على تلافي هذه الوضعية بتدعيم أقسام المخبر والأشعة التابعة له وكذلك خدمات الاستشفاء النهاري وذلك بالتنسيق مع سلطة الإشراف.

وتجدر الإشارة إلى أنّ دخول المستشفى الجامعي الجديد المبرمج إنجازه خلال سنة 2007 حيّز الاستغلال من شأنه الحدّ من ظاهرة الاكتظاظ الذي تشهده بعض الأقسام الاستشفائية.

1- ظروف الاستقبال والإيواء

لئن ساهمت مشاريع التوسعة والتهيئة التي شملت عدّة أقسام استشفائية والمحلات الإدارية في تحسين ظروف الاستقبال والإيواء، فإنّ المشاريع التي تخصّ تعبيد المسالك

الداخلية وتهيئة الطابق السفلي لقسم التوليد وتوسعة الصيدلية الداخلية ومشروع إحداث قسم استعجالي المدرجة ضمن أولويات المؤسّسة في نطاق المخطط الحادي عشر، ستسهم قطعا في تحسين ظروف الإقامة والاستقبال. كما أنّ إحداث شباك موحّد يعمل تحت إشراف إدارة التصرّف في الشؤون الإدارية للمرضى من شأنه أن يحسّن ظروف التكفّل بالمرضى على مستوى العيادات الخارجية.

2- حفظ الصحة الاستشفائية والتصرّف في النفايات

لتحسين ظروف حفظ الصحة الاستشفائية والتصرّف في النفايات التي تحتل مكانة هامّة في مجال العمل الصحي داخل المؤسّسة، بادرت الإدارة بداية من سنة 2005 باللجوء إلى مناولة تنظيف الأقسام الاستشفائية وتّم تعميم هذا الإجراء على كلّ الأقسام الاستشفائية والإدارية في منتصف سنة 2006. كما تمّ مؤخّرا تركيز وحدة مركزية للتعقيم والفصل بين مسالك رفع الفضلات ومسالك الأدباش.

إلاّ أنّ هذا الميدان ما زال يشكو نقائص تتطلّب تظافر جهود كلّ الأطراف للرفع من مستوى وعي الأعوان وطالبي الخدمات الصحية للمحافظة على شروط حفظ الصحة. وسيعمل المستشفى في هذا الإطار على دعم المصلحة المعنية دعما خاصا بالإطارات المختصّة.

III- التصرّف في الأدوية واستغلال التجهيزات الطبية

1- التصرّف في الأدوية والمستلزمات الطبية

تحتلّ الأدوية والمستلزمات الطبية مكانة هامّة على مستوى التصرّف الاستشفائي ويتطلّب إحكام التصرّف فيها توظيف الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة وتشديد الرقابة والتقييم. إلاّ أنّ التصرّف في الأدوية والمستلزمات الطبية سواء على مستوى الصيدلية الداخلية أو على مستوى الأقسام الاستشفائية مازال يشكو بعض النقائص.

ونظرا لما للنقائص والإخلالات الواردة بتقرير الدائرة من انعكاسات على جدوى العمل وعلى أموال المؤسّسة بادرت الإدارة بإبلاغ السلطة القضائية وسلطة الإشراف لاتّخاذ التدابير اللازمة في شأن النقص المسجّل. وستسعى إدارة المستشفى من جهة أخرى إلى اتّخاذ جملة من الإصلاحات الفورية لتلافي تلك النقائص. وتتمثّل هذه الإصلاحات أساسا في :

- توسعة الصيدلية الداخلية وإعادة هيكلة مسالك التوزيع ومواصلة تدعيمها بالمعدات الإعلامية اللازمة وبالموارد البشرية وخاصّة من صنف الصيادلة السريريين لتأمين الرقابة و التقييم على مستوى الأقسام الاستشفائية
- تهيئة وتجهيز الجناح المخصّص للمرضى فاقدي المناعة بقسم أمراض الدم.

كما سيعمل المستشفى على تجاوز النقائص المتعلّقة باستغلال التطبيقات الإعلامية لمتابعة نسق استهلاك الأدوية وحدود صرفها للمرضى وذلك بالتنسيق مع مركز الإعلامية التابع لوزارة الصحة العمومية.

2- استغلال التجهيزات الطبية

يكتسي استغلال التجهيزات الطبية المتنوّعة والمختلفة أهمّية بالغة للرفع من جودة الخدمات المسداة للمرضى ولتأمين الوظائف التكوينية. وللتغلّب على النقائص المطروحة في هذا الميدان سيعمل المستشفى على مزيد الاعتناء بالصيانة الوقائية، وعلى إحكام المتابعة عبر التطبيقة الإعلامية المخصّصة للغرض، وعلى مزيد توضيح أسس التعامل مع المزوّدين بالإضافة إلى بذل الجهود اللازمة لتجديد أسطول التجهيزات الطبية نظرا لاستهلاكها السريع.

وقد عملت الوزارة على تطوير هذا الجانب من التصرّف بتنظيم دورات تكوينية وأيّام تحسيسية لفائدة المشرفين على مصالح المحاسبة والصيانة والتصرّف في المخزون.

IV – التصرّف المالي

1- الميزانية وفوترة الخدمات واستخلاص المستحقّات وعلاقة المستشفى بالصناديق الاجتماعية

رغم ما حضي به التصرّف الإداري والمالي من أهمّية ضمن مشروع الإصلاح الاستشفائي، ولبلوغ أهداف هذا الإصلاح تبذل الوزارة والمستشفى مجهودات إضافية لتمكين المؤسّسات المعنية من هياكل تصرف فعالة وقادرة على توفير المعطيات الضرورية لاتّخاذ ما يتعيّن من قرارات إدارية ومالية مجدية في إبانها. وستعمل إدارة المستشفى وبالتنسيق مع سلطة الإشراف واستجابة لملاحظات الدائرة على :

- إدراج بعض الوظائف مثل إعداد ومتابعة الميزانية بالهيكل التنظيمي ؛
- تعريب التطبيقات الإعلامية المخصّصة للتصرّف الإداري والمالي وتحسين أدائها والعمل على استكمال إدماجها وربطها بالأقسام الاستشفائية ؛
- تدعيم خطة وكلاء الأقسام التي تعتبر الركيزة الأساسية لنظام الفوترة والتصرّف الإداري في شؤون المرضى ؛
- إدخال أكثر مرونة على مستوى نظام الإعلامية الخاصّ بالصناديق الاجتماعية للتثبّت المسبق في أحقية المريض في التغطية الاجتماعية. وتجدر الإشارة إلى أنّ محدودية استخلاص مستحقّات المؤسّسة المضمّنة بالكمبيالات راجعة أساسا إلى صعوبة تنفيذ الأحكام المستصدرة في شأن المدينين وإلى عدم كفاية الإمكانات البشرية المتوفّرة للمتابعة.

2- إعداد وتنفيذ الصفقات

يشهد القطاع الصحي تطوّرا مطردا في أساليب العلاج والتقنيات المستعملة ممّا يزيد في تشعب وتعقّد عملية شراء المستلزمات الطبية والجراحية. إلاّ أنّ الإدارة تلاقي صعوبة في التوفيق بين المتطلبات المرتبطة بالنشاط الصحي الاستعجالي والتشاريع المنظّمة للشراءات. وتعزى النقائص التي أشار إليها تقرير فريق الرقابة أساسا إلى :

- قلّة الموارد البشرية اللازمة ؛

– عدم توفّر مقاييس فنية شاملة لكلّ المستلزمات الطبية ممّا أجبر الإدارة في غالب الأحيان إلى اللجوء إلى أخذ رأي الفنيين المستعملين عند تحديد الاختيار ؛

– افتقار المؤسّسة لنظام معلوماتي يوفّر البيانات اللازمة قصد إحكام البرمجة المسبقة لطلبات الشراء وذلك نظرا لعدم استكمال تركيز بعض الوظائف الأساسية للتصرّف كمصلحة المحاسبة التحليلية ومراقبة التصرّف.

وسعيا لتلافي النقائص التي أفرزتها هذه الوضعية، بادرت إدارة المؤسّسة منذ سنة 2004 وبالتنسيق مع سلطة الإشراف بالقيام بعدّة إصلاحات منها :

– تركيز كتابة قارة للجنة الصفقات ؛

– تدعيم مصلحة الشراءات بإطار إضافي ؛

– إدراج بداية من شهر جويلية 2006 قصد المتابعة جميع المعطيات المتعلّقة بإعداد وتنفيذ الصفقات المبرمة.

وفي ما يتعلّق بالملاحظات المتعلّقة بارتفاع نسبة الشراء المباشر عن طريق الاستشارات أو الاتفاقيات فسيعمل المستشفى على الحدّ من هذه الإجراءات وعلى تغطية حاجياته في إطار صفقات عمومية.

وفي الختام تجدر الإشارة إلى أنّ عدّة إشكاليات وضغوطات تعترض العمل الاستشفائي داخل المؤسّسات العمومية للصحة نتيجة تشعّب القطاع وخصوصيته والتداخل الحاصل على مستوى الواقع الملموس بين الجوانب الإدارية القانونية من جهة والاجتماعية والاقتصادية والفنية من جهة أخرى. ولرفع التحدّيات التي تواجه المؤسّسة وحتّى تتمكّن من مواكبة نسق التطوّر الذي يشهده القطاع والذي يستوجب تأهيلها لتضطلع بدورها كمؤسّسة مرجعية، فإنّها ستعمل على بذل المزيد من الجهود قصد تحسين ظروف الاستقبال والإيواء ودعم بعض الأنشطة مثل الاستشفاء النهاري والعيادات ما بعد الظهر وتدعيم مركز المؤسّسة على مستوى خدمات الكشوفات

التكميلية وترشيد استغلال تجهيزاتها الطبية وتفعيل الآليات اللازمة للتحكّم في استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية حفاظا على مكاسبها.