المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بصفاقس

أحدث المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بصفاقس بمقتضى الفصل 77 من القانون عدد 109 لسنة 1985 المؤرّخ في 31 ديسمبر 1985 والمتعلّق بقانون المالية لسنة 1986. وأصبح مؤسسة عمومية للصحة بمقتضى القانون عدد 56 لسنة 1992 المؤرّخ في 9 جوان 1992. وهو مؤسسة عمومية للصحة من صنف "أ" تخضع لإشراف وزارة الصحة العمومية.

ويعتبر المستشفى تاجرا في علاقته مع الغير[1] وتخضع صفقاته للنّصوص المنظّمة للصّفقات العمومية. ويشرف على المستشفى مجلس إدارة ويتولى تسييره مدير عام بمساعدة لجنة طبية أوكل لها القانون دورا توجيهيا وتقييميا.

وتتمثّل مهامّ المستشفى أساسا في معالجة الأمراض العادية والوقاية من الأمراض المنقولة والمعدية ومراقبتها والقيام بخدمات الطبّ العام والإسعافات الاستعجالية الطبية والجراحية المتخصّصة. وباعتبار هذا المستشفى مؤسسة صحية ذات صبغة جامعية فإنّه يقوم بتوفير العلاجات ذات الاختصاص العالي ويساهم في التدريس الجامعي وما بعد الجامعي وفي تكوين أعوان الصحة ومباشرة كلّ أشغال البحث العلمي. وهو يتكامل مع المستشفى الجامعي الهادي شاكر الذي يؤمّن المتابعة الطبية السابقة واللاحقة لبعض التدخلات الجراحية ويغطّي نشاطه كامل ولايات الجنوب.

وتبلغ طاقة استيعاب المستشفى 564 سريرا ويضمّ 27 قسما حسب قرار وزير الصحة العمومية المؤرّخ في 7 أفريل 1997. وتبلغ مساحته 9870 م^2 منها 7000 م^2 مغطاة تشمل سبعة طوابق.

وقد بلغ عدد المرضى الذين أقاموا بالمستشفى في سنة 2005 حوالي 21 ألف مريض منهم 20 % خضعوا للتعريفة الكاملة. وأمّنت العيادات الخارجية للمستشفى خلال نفس السّنة ما يفوق 281 ألف عيادة منها 82 ألف عيادة بقسم الاستعجالي. وتولّى المستشفى سنة 2006 تأمين أكثر من 133 ألف فحص بالأشعّة وهو مستوى من النشاط يعتبر مرتفعا مقارنة بمستشفيات أخرى لها نفس طاقة الاستيعاب. وقام فضلا عن ذلك بإجراء حوالي

[1] الفصل 18 من القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرّخ في 29 جويلية 1991 والمتعلّق بالتنظيم الصحّي.

1,780 مليون تحليل منها 43 % لفائدة مختلف وحداته و47 % لفائدة مستشفى الهادي شاكر و10 % لمستشفيات أخرى. وقامت وحدات المستشفى في الاختصاصات الجراحيّة الثمانية بما يفوق 14 ألف عملية في السنة منها 55 % تتعلّق بجراحة العظام وبالجراحة العامّة.

وتتكوّن الموارد الاعتيادية للمؤسسة أساسا من مساهمة صندوقي الضمان الاجتماعي ومن معاليم العلاج المستخلصة من المرضى. وبلغت هذه الموارد 15,529 م.د في سنة 2006 منها 68 % تمثّل مساهمة الصندوقين المذكورين. ويضاف إلى تلك الموارد الاعتمادات المفوّضة التي تحصل عليها المؤسسة من ميزانية الدّولة بعنوان خلاص أجور الأعوان والتي ارتفعت خلال نفس السنة إلى 15,125 م.د.

واتّجه اهتمام دائرة المحاسبات من خلال المهمّة الرقابيّة التي شملت بها المستشفى إلى تقييم مدى قيام المؤسّسة بالمهام المنوطة بعهدتها وبتنمية مواردها والمحافظة عليها. وتبيّن من خلال الفحوصات المجراة وجود عدّة نقائص تعلّقت أساسا بإسداء الخدمات الاستشفائية وبأوجه التصرّف الأخرى كفوترة الخدمات واستخلاص المعاليم وإبرام الصفقات وتنفيذها.

I- خدمات الاستعجالي والفحوصات التّكميلية

تتمثّل الخدمات الأوّلية المسداة للمريض في تلقّي الاسعافات الاستعجاليّة وإجراء الفحوصات التكميلية.

أ- الإسعافات الاستعجالية

شهد نشاط قسم الاستعجالي خلال الفترة 2003-2006 تطوّرا نسبيا في عدد العيادات حيث مرّ من 80 ألف عيادة إلى 82 ألف عيادة وهو ما يمثّل حوالي 30 % من العدد الجملي للعيادات. وحسب تقارير نشاط القسم فإنّ ما لا يقلّ عن 55 % من عيادات الاستعجالي لا تمثّل في حقيقة الأمر حالات استعجالية، إذ يتوجّه المرضى إلى قسم الاستعجالي قصد تلافي تباعد مواعيد العيادات الخارجية في الأقسام الأخرى وتفادي الاكتظاظ المترتّب عن اقتصار العيادات على الحصص الصباحية. فلم يشهد مستشفى الحبيب بورقيبة أيّ نشاط بعنوان العيادات الخارجية بعد الظهر خلال الفترة الممتدة من سنة 2003 إلى موفّى جوان 2007. وسجّل قسم الاستعجالي معدّل أيام إقامة مرتفعا نسبيا مقارنة مع طبيعة نشاطه حيث تراوح

هذا المعدّل بين أربعة وخمسة أيام خلال نفس الفترة. وقد شاب هذا النشاط نقائص تعلّقت بالمرحلتين ما قبل الاستشفائية والاستشفائية.

1- المرحلة ما قبل الاستشفائية

تهدف الاستراتيجية الوطنية للنهوض بقطاع الطب الاستعجالي خلال المرحلة ما قبل الاستشفائية إلى تطوير وسائل الاتّصال وإحكام التنسيق بين المتدخّلين. ولم يبرز الفحص نقائص تذكر على مستوى التنسيق. إلاّ أنّ الوضع كان على خلاف ذلك بخصوص وسائل النقل والاتّصال.

فنظرا إلى افتقار قسم الاستعجالي إلى العدد الكافي من سيارات الإسعاف أو إلى قدمها وتعدّد حالات تعطّبها فإنّه لم يستطع إنجاز سوى 16.752 مهمّة نقل مرضى خلال الفترة 2003-2006 أي ما يمثّل 62 % من مجموع طلبات التدخّل الموجّهة إليه. وتبيّن أنّ هذه السيارات لا يتمّ إخضاعها للتطهير الدوري رغم استخدامها في بعض الأحيان لنقل مرضى تستدعي حالتهم درجة عالية من النظافة مثل الرضّع والمرضى الذين تمّ زرع كلى لهم. وبالإضافة إلى ذلك يستعمل البعض من سيّارات الإسعاف أحيانا في أغراض أخرى غير التي أعدّت من أجلها وذلك خلافا لمنشور وزير الصحة العمومية عدد 32 بتاريخ 4 ماي 2001.

ومن جهة أخرى أكّدت الاستراتيجية سابقة الذّكر على ضرورة توفير شبكة اتّصالات ناجعة ومتكاملة لتأمين تدخّلات قسم الاستعجالي والإسعاف الطبي بالسرعة المطلوبة. وفي هذا الشّأن كان ينبغي ربط هذا القسم بالأقسام الاستشفائية للمستشفيين الجامعيين الهادي شاكر والحبيب بورقيبة عبر خطوط مخصّصة حتّى يتمّ استقبال المرضى في متّسع من الوقت وفي أحسن الظروف تفاديا للاكتظاظ والإقامات المطوّلة. إلاّ أنّ القسم ظلّ يفتقر إلى مثل هذه الخطوط.

ولوحظ في هذا المجال أيضا أنّ جهاز تسجيل المكالمات الهاتفية بقسم الاستعجالي والإسعاف الطبي قد تعطّب منذ شهر نوفمبر 2002 وتوقّف نهائيا عن العمل منذ شهر ماي 2005 وهو ما لا يمكّن من تحديد المسؤوليات عند عدم الإستجابة لطلبات الإسعاف.

وقد أقرّ دليل "تنسيق عمليات النجدة والإسعاف الطبي" ضرورة القيام بعمليات بيضاء مرّتين على الأقلّ كلّ سنة لتجربة نظام النجدة الذي ضبطه المخطط الجهوي لمجابهة الكوارث. وقد تمّ تشريك مستشفى الحبيب بورقيبة في ثلاث عمليات بيضاء. إلاّ أنّ هذه العمليات لم تشفع بتقارير تقييمية للتأكّد من نجاعة المخططات التي تمّت على أساسها التدخّلات أو للوقوف على النقائص حتّى يتمّ تلافيها.

2- المرحلة الاستشفائية

تتمثّل المرحلة الاستشفائية في قبول المرضى الوافدين على قسم الاستعجالي والإسعاف الطبي والإحاطة بهم. وتهدف الاستراتيجية في هذه المرحلة خاصّة إلى تهيئة أقسام الاستعجالي وتجهيزها وتحسين مردودها. ولئن تمّت تهيئة قسم الاستعجالي والاسعاف الطبي طبقا للمثال الهندسي الذي تمّ إعداده, فإنّ قاعات الفحص الخمس المتوفّرة لا تستجيب للمعيار المعتمد والمتمثّل في ثلاث قاعات لكلّ 10.000 مريض. ولا يحتوي القسم على قاعة مخصّصة للتدخّلات الجراحية الطفيفة. كما تفتقر قاعة الأشعة إلى التهوئة اللازمة وتشكو قاعة جبر الكسور ضيق المساحة ولا يتوفّر مربض للسيارات الناقلة للمرضى.

ومن ناحية أخرى تبيّن أنّ اللجنة التي تمّ تركيزها بمقتضى قرار وزير الصحّة العموميّة لدراسة وضع قسم الاستعجالي لم تجتمع منذ انبعاثها سنة 2002 سوى ثلاث مرّات عوضا عن مرّة في كلّ شهر ولم يتمّ تجسيم ما توصّلت إليه من اقتراحات في هذا الشّأن.

وفي السياق ذاته أكّدت الاستراتيجية ومناشير وزير الصحة العمومية على ضرورة تحسين ظروف الاستقبال والعناية بالمرضى بأقسام الاستعجالي ومراعاة الأولوية في الفحص للحالات الاستعجالية القصوى والعمل على تقليص مدّة الانتظار. ولئن تمّ بذل مجهودات في سبيل توفير فضاءات مخصّصة لاستقبال المرضى وتسجيلهم فإنّ وظيفة الاستقبال والتوجيه لا تزال في حاجة إلى مزيد من العناية قصد الحد من الاكتظاظ.

كما تمّ التأكيد على تخصيص سريرين فارغين على الأقلّ لهؤلاء المرضى بالأقسام الاستشفائية الداخلية غير أنّه لم يتمّ العمل بهذا الإجراء. وقد ترتّب عن ذلك في غالب الأحيان إيواء مرضى بقسم الاستعجالي والإسعاف الطبي يفوق عددهم طاقة استيعاب هذا القسم ممّا انجرّ عنه أحيانا إيواء البعض منهم بالممرّات. كما تبيّن أنّ مدّة إقامة المرضى بالقسم تجاوزت في بعض الحالات شهرا كاملا والحال أنّ هذه المدّة محدّدة بأربع وعشرين ساعة.

وقد لوحظ كذلك أنّ أطباء الصحّة العمومية بقسم الاستعجالي لا يؤمّنون حصص الاستمرار خلال الفترة الليلية حيث يقوم بها الأطباء الدّاخليون والمقيمون الذين يؤمّنون الاستمرار في نفس الوقت في الأقسام الاستشفائيّة التي ينتمون إليها وفي قسم الاستعجالي وذلك خلافا لمنشور وزير الصحة العمومية عدد 5 لسنة 1999. هذا فضلا عن أنّ قائمات الاستمرار الخاصّة بالأقسام الاستشفائية الأخرى لا يتمّ أحيانا تعليقها في قسم الاستعجالي.

ب- الفحوصات التكميلية

تتمثل الفحوصات التكميلية في التصوير بالأشعّة وفي التحاليل المخبريّة. وفي هذا المجال تعلّقت النقائص خاصة بعدم كفاية الرقابة الداخلية وبظروف إجراء الفحوصات من حيث المحلاّت والتجهيزات وبجودة التحاليل.

1- التّصوير بالأشعّة

بلغ المعدّل السنوي للفحوصات بالأشعة خلال الفترة 2003–2006 ما يناهز 155 ألف فحص وبذلك يتجاوز هذا النشاط بنسبة تناهز 58 % نشاط مستشفيات أخرى لها نفس طاقة الاستيعاب, علما بأنّ نشاط هذا القسم شهد أحيانا تراجعا بسبب تعطّب آلتي التّصوير طيلة سنة 2004 وتوقّف آلة السكانار عن العمل لمدة شهر خلال نفس السنة، إضافة إلى إحالة آلة تصوير القلب والشرايين على عدم الاستعمال منذ 5 فيفري 2005 دون تعويضها. كما تراجع نشاط التصوير بالرنين المغناطيسي بسبب قدم الجهاز الذي يعود تاريخ تركيزه بالمستشفى إلى سنة 1995.

وبالإضافة إلى الخدمات المسداة إلى مرضى المستشفيين الجامعيين الحبيب بورقيبة والهادي شاكر يقوم قسم الأشعة بإجراء فحوصات لفائدة مرضى يعالجون لدى مستشفيات أخرى بصفاقس أو بالجنوب. وتبعا لذلك فإنّ فترة الحصول على المواعيد قد تصل في بعض الحالات إلى حوالي 7 أشهر بالنسبة إلى التصوير بالصّدى ممّا يؤدّي إلى تأخير العلاج مع ما قد ينجرّ عن ذلك من تأثير سلبي في حالة المريض.

وخلافا لدليل إجراءات الصيانة البيوطبية لا يتمّ العمل بطلبات الأشغال ولا استغلال منظومة التصرّف في التجهيزات الطبية "بيوميد" بالنسبة إلى آلات التصوير بالأشعّة ممّا يحول دون تحديد نوعية الأعطاب وتواترها وحجم التدخّلات المنجزة ومتابعتها.

وفيما يتعلّق بالصيانة الوقائية وباستثناء ثلاثة أجهزة تخضع صيانتها لعقود فإنّ الأجهزة الأخرى لم يتمّ في شأنها إعداد برامج صيانة مسبقة ممّا يجعلها عرضة لتعدّد الأعطاب ولارتفاع تكلفة الإصلاح خاصّة في ظلّ الاستغلال المكثّف. ويذكر على سبيل المثال جهاز التصوير بقسم الاستعجالي الذي رغم حداثة اقتنائه تعطّب في سنة 2006 لمدّة 189 يوما واستوجب إصلاحه صرف مبلغ 15,675 أ.د وتعطّب من جديد في بداية 2007 وظلّ بدون إصلاح إلى موفّى شهر أكتوبر من نفس السنة.

ولوحظ أنّ كافة المواد الاستهلاكية من أدوية وأفلام يتمّ خزنها في القسم عوضا عن الصّيدلية وهو ما يخالف منشور وزير الصحة العمومية المؤرّخ في 20 ديسمبر 1997. ولا تتمّ متابعة هذه المواد في غياب مسك جذاذات المخزون علاوة على أنّ الجرد الذي تقوم به المؤسّسة في موفّى كلّ سنة يقتصر على تعداد الكمية الموجودة دون مقارنتها بالمخزون النظري واستخراج الفوارق وتحليلها.

وخلافا لمقتضيات دليل الإجراءات فإنّ قسم الأشعة لا يطالب المرضى غير المقيمين بوصل الخلاص قبل إجراء الفحص وهو ما يفسح المجال للتجاوزات.

ومن جهة أخرى أبرمت المؤسسة بتاريخ غرّة أفريل 2003 عقدا مع شركة خاصّة لرفع الأفلام المستعملة والماء المستخدم لتحميض الصور، وحقّقت مداخيل بهذا العنوان. إلاّ أنّ إهدار المؤسّسة أحيانا لكميّات منه أدّى إلى حرمانها من مدخول إضافي.

2- التحاليل المخبرية

يضمّ المستشفى ستة مخابر ما فتئ نشاطها يتطوّر من سنة إلى أخرى حيث ارتفع عدد التحاليل المجراة من 1.724.457 تحليلا في سنة 2003 إلى 1.779.713 تحليلا في سنة 2006 منها 47 % أنجزت لفائدة مرضى مستشفى الهادي شاكر.

- المواد الاستهلاكية والمحلات

تتمّ الاقتناءات المتعلّقة بمواد المخابر عن طريق أذون تزوّد يدوية رغم إمكانية إصدار هذه الأذون آليا من خلال تطبيقة الشراءات أو الصيدلية. وقد أدّى ذلك إلى تعدّد الأخطاء في أذون التزوّد اليدوية من حيث الأثمان الفردية والمبالغ الجملية وإلى عدم تطابق المبالغ المتعهّد بها على مستوى الفصل المتعلّق بمواد المخابر مثلما تمّ حصرها من قبل الإدارة المالية مع الرقم المسجّل لدى مصلحة التزوّد. ولم يتمّ تبرير الفوارق الحاصلة.

وقد لوحظ أنّ أماكن حفظ المواد الاستهلاكية بمخبر تحاليل الدم ومخبر تحاليل الطفيليّات والفطريات ومخبر تحاليل الخلايا والأنسجة المرضية لا تستجيب للمعايير التي ضبطها منشور وزير الصحة العمومية عدد 27 لسنة 1991 المؤرّخ في 4 أفريل 1991، حيث ينقصها التهوئة والتكييف اللازمين لتجنّب المخاطر التي قد تحدث خاصّة أنّ أغلب هذه المواد سريعة الالتهاب.

واتّضح أنّ الطابق المخصّص لمخبر الطفيليات والفطريات أين توجد تجهيزات تقدّر قيمة بعضها بمبلغ 134 أ.د تعرّض لعديد الأضرار الناتجة عن تأخرّ أشغال تهيئة وتوسعة قسمي الكشف الوظيفي ومخبر التحاليل الجرثومية إذ أدّى تهاطل الأمطار إلى تسرّب المياه من السّقوف والجدران وعبر شبكة التنوير وإلى سقوط أجزاء من السقف الاصطناعي.

وقد نتج عن ضيق قاعات مخبر المناعة عدم استغلال تجهيزات تمّ اقتناؤها سنتي 1994 و1996 بمبلغ قدره 23 أ.د تتعلّق بنشاط زرع الخلايا. ولوحظ أنّ هذا المخبر يؤوي تجهيزات في أماكن غير ملائمة لاستخدامها وتنقصه الفضاءات المخصّصة للمكاتب وللمرافق حيث أنّ مدارج النجدة تستغلّ كمكان لتغيير الملابس. أمّا مخبر تحاليل الخلايا والأنسجة المرضية فبالرغم من أهمية نطاق تدخّله التّرابي فإنّه يشكو ضيق الفضاءات. ولئن تمّت برمجة أشغال توسعته منذ فترة المخطط التاسع فإنّه تقرّر إرجاؤها دون استشارة اللّجنة الطبيّة ومجلس إدارة المستشفى.

ـ التجهيزات وجودة التحاليل

تمّت برمجة اقتناء بعض التّجهيزات لفائدة أغلب المخابر في إطار المخطط العاشر غير أنّه لم ينجز منها سوى 34 % وهو ما لا يمكّن من سدّ حاجيّات المخابر المتزايدة من التجهيزات نظرا إلى قدم الموجود منها وارتفاع عدد تلك التي زال الانتفاع بها أو التي لم تعد تتماشى مع التطوّر التكنولوجي ممّا يؤثّر على أداء المخابر خاصة من حيث سرعة إعداد التحاليل وجودتها. فقد تجاوزت نسبة التجهيزات التي فاق عمرها 12 سنة[1] 33 % من مجمل تجهيزات المخابر في موفّى جوان 2007 وفاقت 43 % بالنسبة إلى مخبر تحليل أمراض الدم.

---

[1] مدّة الاستعمال القصوى التي حدّدها النظام المحاسبي الاستشفائي لمثل هذه التجهيزات.

كما تبيّن وجود عديد التجهيزات القديمة التي تمّت إحالتها على عدم الاستعمال أو المعطّبة ولم يتمّ تعويضها أو إصلاحها.

ولئن يتمّ التثبّت من جودة التحاليل داخليّا على مستوى كلّ مخبر فإنّ بعض مخابر المستشفى لا تخضع لمراقبة وطنية للجودة خلافا لأحكام القانون عدد 54 لسنة 2002 ولقرار وزير الصحة العمومية المؤرّخ في 28 ماي 1990 والمتعلّق بضبط كيفية مراقبة جودة تحاليل البيولوجيا الطبية. كما أنّ عددا هامّا من طلبات التحليل الواردة على المخابر لا تتضمّن المعلومات السريرية الضروريّة حول المريض وهو ما يتنافى مع مقتضيات منشور وزير الصحة العمومية عدد 99 المؤرّخ في 30 ديسمبر 2002 حول الإجراءات الواجب تطبيقها عند أخذ العينات البيولوجية لتحليلها.

ـ طلبات التحاليل

لم يتم ربط المخابر بتطبيقتي القبول والعيادات الخارجية بكل من المستشفيين الجامعيين بصفاقس رغم توفر المستلزمات الضرورية لذلك ممّا لا يمكّن من اجتناب التجاوزات.

فقد لوحظ تعدّد المخالفات التي تمثلت أساسا في إجراء تحاليل دون التثبّت من خلاص المستحقات مما مكّن الكثير من المرضى غير المقيمين من مجانيّة الخدمات بدون وجه. ولوحظ كذلك استخدام معرّفات مرضى مقيمين لإجراء تحاليل لفائدة مرضى آخرين. وتمثّلت الإخلالات الأخرى في عدم إدراج رقم المريض وعدم التنصيص على رقم إيواء المريض وغياب ختم الطبيب أو القسم الاستشفائي.

وتجرى بمخبري المناعة والجرثوميات تحاليل لفائدة مخابر خاصّة أو لمرضى تلقوا التشخيص أو العلاج من أطباء خواص دون دفع العديد منهم لمستحقّات المستشفى. ويرجع ذلك إلى عدم تقيّد أعوان المخابر بالتراتيب المعمول بها في الغرض والتي تنصّ على وجوب خلاص المستحقات والاستظهار بوصل الخلاص قبل الشروع في إجراء التحاليل. كما لوحظ أنّ المستشفى يؤمّن بصفة مجانية تحاليل لفائدة المستشفيات الجهوية في غياب اتفاقيات تضبط المبالغ المطلوبة والالتزامات المحمولة على الطّرفين. من ذلك أنّ مخبر

تحاليل الخلايا والأنسجة المرضية أنجز سنة 2005 خدمات بقيمة 137,984 أ.د لفائدة مستشفيات أخرى[1].

وخلافا للفصل 21 من القانون عدد 54 لسنة 2002 الذي ينصّ على أنّه يجب أن يتمّ الإعلام بنتائج التحاليل في كنف السريّة المهنيّة، لوحظ أنّه يتمّ وضع هذه النّتائج بأدراج مفتوحة ببهو المبنى الذي يضمّ المخبر وفي متناول العموم. وفضلا عن ذلك فإنّ التصرّف على هذا النحو يمكن أن يؤدّي إلى ضياع نتائج التحاليل ممّا يستوجب إعادتها وتحمّل تكلفة إضافية. وتبيّن بتاريخ 7 أفريل 2007 وجود 500 طلب تحاليل لم يتمّ النّظر فيها من قبل أطباء مخبر تحاليل الخلايا والأنسجة المرضية إضافة إلى 1500 تحليل ما زالت في انتظار رقن النتائج المتعلّقة بها يرجع البعض منها إلى بداية السنة.

II- النشاط الجراحي وحفظ الصحة

يتميّز المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بكثافة نشاطه الجراحي وهو ما يتطلّب حرصا أشدّ من حيث التقيد بالشروط اللاّزمة لحفظ الصحة الاستشفائية.

أ- النشاط الجراحي

شابت النشاط الجراحي نقائص تعلّقت ببرمجة العمليات الجراحية وإنجازها واستغلال مجمّع قاعات العمليات.

1- برمجة العمليات الجراحية وإنجازها

لم يتوصّل المستشفى إلى تحقيق الاستغلال الأمثل للإمكانيات المتوفّرة لديه وما زال النشاط الجراحي يواجه صعوبات أدّت إلى ضعف نسبة إنجاز البرنامج الجراحي الأسبوعي التي تراوحت بين 42 % و70 %. وأفضى ذلك إلى إطالة إقامة المريض بالمستشفى أو إلى التمديد في فترة انتظاره مع ما يترتّب عن ذلك من زيادة في التكاليف. فقد استغرقت مدة الانتظار في عدد من الاختصاصات ما يفوق السّنة وناهزت الشهر بالنسبة إلى بعض الحالات الاستعجالية.

ويعزى ذلك إلى تأخير انطلاق العمليّات الجراحية المبرمجة في الحصة الصباحية إلى ما بعد الزوال أحيانا وإلى الحالات غير المبرمجة التي تدخل ارتباكا على البرامج

---

[1] حسب تقرير نشاط مخبر تحاليل الخلايا والأنسجة المرضية لسنة 2005.

وتحول دون إنجازها. كما يرجع ذلك إلى افتقار المستشفى إلى وحدة للانعاش الجراحي، علما بأنّه تمّ تخصيص محلات لهذه الوحدة منذ إحداث المستشفى ولم يتمّ استغلالها إلى موفّى أكتوبر 2007 رغم توفّر تجهيزات خاصة بها تم اقتناؤها خلال سنتي 2005 و2006 بمبلغ يناهز 120 أ.د. ورغم القيام بأشغال تهيئة خلال سنتي 2002 و2004 بتكلفة فاقت 37 أ.د وذلك نظرا إلى افتقار المؤسّسة إلى العدد الكافي من الإطار الشبه الطبّي خاصّة.

ومن بين الأسباب الأخرى اقتصار النشاط الجراحي على الحصة الصباحية عدا بعض الحالات الاستعجالية. ويضاف إلى ذلك عدم كفاية فنيي اختصاص أدوات الجراحة الذين يقتصر عددهم على 6 فنيّين في حين كان من المفروض توفير فنيّ لكلّ قاعة من القاعات السّبع عشرة. كما يضاف إلى ذلك عدم الحرص على النقل الحيني للمرضى من قاعة الإفاقة إلى مختلف الأقسام المختصّة لتوفير أسرّة.

ويترتّب عن التأخير في إنجاز البرنامج الأسبوعي للعمليات تواصل نشاط بعض الاختصاصات الجراحية خلال يوم السبت للقيام ببعض العمليات المؤجّلة فضلا عن العمليات الاستعجالية ممّا يحول دون تأمين أعمال التنظيف الأسبوعية.

وعلى صعيد آخر لوحظ بخصوص الأدوية المستعملة في التبنيج أنّه لا يتمّ مسك بطاقات مخزون لتسجيل الكميات الموزّعة على مختلف غرف العمليّات ممّا لا يمكّن من متابعة الاستهلاك.كما اتّضح وجود كميات من هذه الأدوية بالغرفة المخصّصة للإطار الطبي وشبه الطبي دون أن تتوفّر لها الحماية الضرورية التي تتماشى ودرجة أهميّتها. وتقتصر عمليات الجرد على تعداد الكمّيات الموجودة دون إمكانيّة إبراز الفوارق المحتملة وهو ما من شأنه أن يؤدّي إلى بعض التجاوزات.

وفيما يتعلّق بالمستلزمات الطبية فقد لوحظ وجود كميات منها بقاعات الجراحة تفوق ما هو ضروري لإجراء العدد اليومي من العمليّات بكلّ قاعة، فضلا عن وجود كمّيات أخرى بالممرات ممّا لا يمكّن من مراقبة استهلاكها.

ونظرا إلى تضاعف نفقات مجمّع قاعات العمليات من الأدوية والمستلزمات حيث ارتفعت من 274 أ.د سنة 2003 إلى 556 أ.د سنة 2006 نتيجة ارتفاع أسعار الأدوية وعدم إحكام متابعة المخزون فقد بات من الضّروري تركيز وحدة خزن بالمجمّع تابعة

للصيدلية الداخلية تتولّى تجميع الأدوية والمستلزمات ومتابعة استهلاكها خاصّة أنّه تمّت تهيئة مقرّ لهذا الغرض منذ سنة 2000 ظلّ يستعمل لأغراض أخرى.

2- استغلال مجمّع قاعات العمليات

لا تتوفّر المواصفات الضرورية بالقاعة المخصّصة لإجراء عمليّات جراحة العظام للمرضى الذين يحملون تعفّنات وبالقاعة المخصّصة للمرضى المتعرّضين للحروق. ولا تستجيب جدران وأرضية مختلف قاعات العمليات للشروط التي تمكّن من التقليص من مصادر التعفّنات. كما أنّ كلّ الأبواب الفاصلة بين قاعات الجراحة وقاعات إعداد المريض لا تستجيب للمعايير الفنية بسبب قدمها ممّا ترتّب عنه عدم احترام قاعدة "تجنب لمس أجسام أجنبية" بين عملية غسل الأيادي والشروع في العملية الجراحية.

وتقتصر التهوئة المركزية في مجمّع قاعات العمليات على القاعات الرئيسية دون الأجزاء الملحقة بها والممرات، علما بأنّه تمت برمجة مشروع لهذا الغرض منذ فترة المخطط التاسع لم ينجز منه سوى قسط تكييف قاعات العمليات فقط وذلك لعدم كفاية الاعتمادات المحالة.

ومكّنت المعاينات المجراة من ملاحظة عدم استغلال القاعات الأمامية الملاصقة لقاعات العمليات في إعداد المريض وتبنيجه حيث ظلّت تستعمل لخزن المستلزمات الطبية والجراحية وحتى بعض الأثاث والتجهيزات التي زال الانتفاع بها.

وقد تبيّن بخصوص التجهيزات الطبية أنّ حوالي 38 % منها أصبحت متقادمة حيث تفوق أعمارها 12 سنة ويذكر من بينها خاصة الأحواض الجراحية وأجهزة الإضاءة والطاولات الجراحية ممّا يؤثّر في أداء الأقسام الاستشفائية.

ومن جهة أخرى لوحظ توقّف النشاط الجراحي في بعض القاعات أحيانا نتيجة طول فترات تعطّب بعض التجهيزات يذكر منها 15 جهازا للتنفس من مجموع 34 جهازا بقسم التخدير والانعاش. وارتفعت تكلفة إصلاح البعض منها إلى ما يزيد على نصف ثمن الشّراء. وتمّ اللجوء إلى استخدام أسلاك كهربائية مخالفة للمعايير الفنية المعمول بها في المجال الجراحي وذلك تبعا لتعطّب كلّ أجهزة الشحن الكهربائي المثبتة في سقوف قاعات العمليات. كما تعطّب جهاز الليزر المخصّص لجراحة العيون في مناسبتين خلال سنتي

2004 و2007 لمدّة جمليّة بلغت 135 يوما ممّا أدّى إلى تمديد فترة الانتظار بالنّسبة إلى المرضى الذين يخضعون للعلاج بهذا الجهاز.

ولوحظ تعطّل تجهيزات أخرى بسبب النقص في بعض المستلزمات مثلما هو الشأن بالنسبة إلى المحرّك الكهربائي في قسم جراحة الأعصاب الذي توقّف عن العمل منذ سبتمبر 2006. ولم يتمّ اتّخاذ قرار بخصوص تعويض عديد التجهيزات الأخرى المعطّبة أو التي أحيلت على عدم الاستعمال كجهاز تصوير شبكة العين بقسم جراحة العيون وجهاز التنفّس بقسم الانعاش الّذين تعطّبا منذ سنتي 2002 و2004.

ب- حفظ الصحة وظروف الإقامة

تضمّن مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي من بين أهدافه تحسين الخدمات المسداة والحدّ من استهلاك الأدوية. ويعدّ التقيّد بقواعد حفظ الصحة وتوفير ظروف ملائمة للإقامة من الشروط الأساسيّة لتحقيق ذلك.

1- حفظ الصحة والتصرّف في النفايات الاستشفائية

يفتقر المستشفى إلى قسم يتولّى مراقبة ومتابعة حفظ الصحة الاستشفائية ويسهر على تكوين ورسكلة الأعوان ومساندة مختلف المصالح في تحسين جودة الخدمات بما يساعد على الحدّ من انتشار التعفّنات الاستشفائية ومن استهلاك المضادات الحيوية.

وقد دعت عديد المناشير الصادرة عن وزير الصحة العمومية إلى إحداث لجنة لحفظ الصحة وأخرى لمقاومة التعفّنات الاستشفائية نظرا إلى ما لذلك من انعكاسات على صحة المريض وعلى تكلفة العلاج. ولئن تمّ مؤخّرا تركيز لجنة حفظ الصحة فإنّها لم تعقد أي اجتماع. أمّا لجنة مقاومة التعفّنات الاستشفائية فلم يتمّ تركيزها بعد. ولم يتمّ على مستوى المستشفى إرساء نظام متكامل لمتابعة التعفّنات الاستشفائية يضبط كيفية متابعة هذه الظاهرة ودورية الدراسات لتشخيص الوضع وجمع الإحصائيات ويحدّد الأطراف المتدخّلة لاتّخاذ الإجراءات التصحيحيّة.

وقد أصدرت لجنة منبثقة عن اللجنة الطبية بروتوكولا علاجيا يهدف إلى الحدّ من استهلاك المضادات الحيوية باهظة الثمن وإلى ترشيد استهلاكها غير أنّ اعتماده من قبل الأطباء ظلّ محدودا.

واتّضح من خلال نتائج التحاليل البكتيريولوجية المتوفّرة بالمستشفى ارتفاع مخاطر التعفّنات الاستشفائية إذ بيّنت وجود بكتيريا في العيّنات موضوع التحاليل بنسب مرتفعة خاصّة في الأحواض الجراحية والأحواض الأخرى المستخدمة لغسل المستلزمات الجراحية وكذلك في طاولات الجراحة حيث بلغت نسب العيّنات التي بها بكتيريا على التوالي 69 % و89 % و77 % من العيّنات المرفوعة. وساهم تسرّب المياه من المركّبات الصحية ببعض الأقسام في وجود محيط ملائم لتكاثر الجراثيم.

وتمّ خلال سنة 2000 القيام بأشغال تهيئة داخل المجمّع المركزي لقاعات العمليات لعزل المسار المعقّم عن المسار غير المعقّم، غير أنّ تنقّل الأعوان والمرضى ونقل المستلزمات الجراحية والنفايات والغسيل يتمّان دون احترام هذا الفصل.

وقد تدرّج المستشفى نحو منظومة التعقيم المركزي مثلما اقتضاه منشور وزير الصحّة العمومية عدد 75 بتاريخ 6 سبتمبر 2006 حول تنظيم خدمات تعقيم المستلزمات الطبية بالمؤسسات الصحية وتعزيز جودتها ونجاعتها. إلاّ أنّ الفضاء المخصّص للوحدة المركزية للتعقيم لا يستجيب من حيث التصميم الهندسي لمتطلّبات هذه الأعمال إذ تتمّ معالجة اللّوازم المعقّمة والمستعملة بنفس الفضاء. وقد أثبتت التحاليل البكتيريولوجية وجود بكتيريا في ثلاث من مجموع عشر عيّنات.

وخلافا للمنشور السّالف الذّكر يتمّ أحيانا بمركّب قاعات العمليات تعقيم بعض المستلزمات الطبية من جديد لإعادة استعمالها والحال أنّها ذات استعمال واحد.

وقد دعا منشور وزير الصحة العمومية عدد 76 المؤرخ في 18 سبتمبر 1992 المتعلق بكيفية التصرّف في النفايات الاستشفائية إلى فرز النفايات على مستوى الأقسام ووضع كلّ نوع منها في الحاويات الخاصّة به وتحديد المسلك الواجب اتباعه لنقل تلك الحاويات إلى مكان التجميع. وقد تبيّن عدم وجود أماكن خاصّة لتجميع النفايات على مستوى الأقسام الاستشفائية حيث يتمّ استعمال الممرّات ودورات المياه لهذا الغرض. وقد لوحظ تجميع الإبر والأدوات الحادة في قوارير بلاستيكية أو بلورية عوضا عن استخدام الحاويات الخاصّة ذات الاستعمال الواحد. ولا يتمّ غالبا احترام عمليات فرز النفايات الملوّثة من النفايات العادية ممّا يؤدّي خاصّة إلى الزيادة في الكميات التي يتمّ التخلّص منها عن طريق الحرق.

كما تبيّن نقص في عدد النقّالات الخاصة بالنفايات حيث أنّها لا تتوفّر لدى كلّ الأقسام الاستشفائية ممّا أدّى إلى استعمال النقّالات المخصّصة للملابس والأغطية والمواد لنقل النفايات. كما يتمّ اتباع نفس المسلك لتنقّل المرضى والزائرين ونقل الوجبات والأغطية والملابس. وبالإضافة إلى ذلك فإنّ مكان تجميع النفايات لا تتوفّر به التهوئة الكافية ولا يتّسع لاستيعاب الكميات اليومية الواردة عليه.

ويذكر في هذا الصدد أنّ رمّادة المستشفى تستعمل كذلك لحرق نفايات مصحّات خاصة وذلك بمقتضى اتّفاقيّات مبرمة في الغرض. وقد تبيّن غياب المتابعة حيث لم يتمّ مسك دفتر للكميات المحروقة منذ عدّة سنوات. وحسب المعطيات المتوفّرة تقدّر مستحقّات المستشفى غير المستخلصة بهذا العنوان بمبلغ 15 أ.د.

2- ظروف الإقامة

لوحظ تباين بين طاقة الاستيعاب النظريّة للمستشفى المحدّدة بقرار وزير الصحة العمومية والطاقة الحقيقية حيث تقلّصت طاقة استيعاب عدد من الأقسام نتيجة استعمال بعض الغرف المخصّصة للمرضى كمكاتب إدارية. ويشهد إيواء المرضى أحيانا اكتظاظا ممّا يؤدّي إلى عدم ترك المساحات الكافية بين الأسرّة وإلى الزيادة في خطر العدوى ولا ييسّر عمل الإطار الطبي وشبه الطبي.

ويذكر في هذا الصّدد أنّ قسم جراحة الوجه والفكين لا يحتوي إلاّ على 17 سريرا بدلا من 30 سريرا حدّدها قرار وزير الصحة العمومية حيث تمّ تخصيص مساحة هامّة منه لإجراء العيادات الخارجية وذلك على عكس بقية الأقسام التي أفردت عياداتها الخارجية بأجنحة مستقلّة عن تلك المعدّة لإقامة المرضى. وكذلك كان الشأن بالنسبة إلى وحدة الحروق بقسم التخدير والإنعاش التي لم يخصّص لها سوى أربعة أسرّة عوضا عن ستّة أسرّة ممّا اضطرّ المستشفى إلى إيواء بعض المرضى بأقسام أخرى غير مختصّة.

إضافة إلى ذلك لم ينصّ قرار وزير الصحة العموميّة المتعلّق بضبط طاقة استيعاب المستشفى على تخصيص أسرّة بقسم الطب النووي لإيواء المرضى والحال أنّ هذا القسم يقوم سنويا بعلاج حوالي 130 مريضا عن طريق مادة اليود المشعّ ممّا يتطلّب إقامة المريض لمدّة أربعة أيّام على الأقل في غرفة معزولة تجنّبا لتعرّض المحيطين به للإشعاعات ولضمان تصريف المادة المشعّة في أحواض مخصّصة لذلك.

III- التصرّف الإداري والمالي

تمّ الوقوف في هذا المجال على نقائص عديدة شابت التصرّف في شؤون المرضى واستخلاص المستحقّات والتصرّف في الصّفقات.

أ- التصرّف في شؤون المرضى

أكّد مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي على دور مصلحة التصرّف في شؤون المرضى في تحسين الخدمات المسداة وفي تطوير موارد المؤسسة. غير أنّ أداء هذه المصلحة كان دون المستوى المأمول بسبب تعدّد النّقائص والإخلالات التي تعلّقت أساسا بالتّنظيم ونظام المعلومات والرّقابة الدّاخلية.

1- تنظيم مصلحة التصّرف في شؤون المرضى ونظام المعلومات بها

لا تتماشى المحلاّت التي تأوي مصلحة التصرّف في شؤون المرضى مع حجم العمل وخصوصياته رغم بعض أشغال التّهيئة التي أنجزت بها. فهي تؤوي علاوة على وحدة القبول الخلية المكلّفة باستقبال المرضى وإرشادهم وهو ما يخالف منشور وزير الصحّة العمومية عدد 92 المؤرّخ في 27 أكتوبر 1992 الذي أكّد على تركيز مكتب مستقلّ لهذا الغرض علما بأنّ هذه الخليّة لا تعمل إلاّ خلال الفترة الصباحية. وتأوي هذه المحلات أيضا خلية الفوترة الحينيّة للخدمات المسداة ممّا أدى إلى تزايد حدّة الاكتظاظ أمام شبابيك القبول. وتتفاقم هذه الظاهرة في آخر الحصّة الصّباحيّة عند خروج المرضى وهو ما لا يمكّن من اجتناب الأخطاء وتفادي التجاوزات.

ولم يخل سير هذه المصلحة من بعض مظاهر الفوضى والتسيّب حيث لوحظ تراكم وتشتّت عدد هامّ من الملفّات الإداريّة للمرضى الذين استوفوا إجراءات الخروج. ولم تتمّ إحالة هذه الملفّات إلى وحدة الفوترة رغم أنّ العديد منها يرجع إلى سنة 2005 وما قبلها ويحتوي على كمبيالات ممضاة من قبل المرضى وهو ما من شأنه أن يعرّضها للسّرقة والضّياع.

كما لوحظت نفس المظاهر فيما يهمّ الأرشيف الخاصّ بحفظ الملفّات الإداريّة للمرضى. وازداد الوضع سوءا نتيجة تردّي حالة المحلاّت التي تأويه ممّا أدّى إلى صعوبة

البحث عن الملفّات وإلى فقدان البعض منها حيث لم يتمّ العثور على 152 ملفّا من مجموع 218 ملفا طلبها فريق الرّقابة.

ومن جهة أخرى ورغم أهميّة دور خطّة وكيل القسم في تحصيل موارد المؤسّسة وتطويرها فإنّ ثلث الأقسام الاستشفائية بقي بدون وكيل. وبالإضافة إلى ذلك فإنّ العديد من الوكلاء الذين لم يتمّ تكوينهم بما يستجيب لمتطلّبات هذه الخطة هم من الممرّضين والعملة والمبنّجين. وقد نتج عن ذلك عدم إيلاء العناية الكافية بالملفّات الإداريّة للمرضى.

أمّا بخصوص نظام المعلومات المعتمد من قبل مصلحة التصرّف في شؤون المرضى فإنّه لم يندرج بعد ضمن نظام متكامل يربط بين كافة المتدخّلين ممّا انعكس سلبا على نوعيّة وشموليّة البيانات المتعلّقة بنشاطها. من ذلك أنّ النّظام المعلوماتي الآلي يتمّ استعماله بالتوازي مع نظام يدوي وأنّ الرّبط بين الأقسام الاستشفائية وهذه المصلحة ما زال غير مؤمّن للقيام بمتابعة الإقامات وبعمليّة الفوترة حيث أنّ إعداد بطاقة الخدمات يتمّ يدويا. ولم يتمّ بعد ربط هذا النظام بنظام معلومات الصّندوق الوطني للتّأمين على المرض رغم أهميّة ذلك في الحدّ من الأخطاء المرتكبة عند إدخال البيانات المتعلّقة بالمضمونين الاجتماعيين الذين يمثّلون حوالي 45 % من المرضى الوافدين على المستشفى. ولا يسمح ذلك بالتقليص في عدد الفواتير المرفوضة من قبل هيكل الضّمان الاجتماعي والتي ارتفع معدّلها السّنوي خلال الفترة 2003 – 2006 إلى 13538 فاتورة.

وعلى صعيد آخر يشوب التّطبيقة الإعلاميّة المتعلّقة بالتصرّف في شؤون المرضى نقائص من شأنها أن تفسح المجال للتجاوزات. فهي لا تمكّن من تحديد الأعوان الذين يقومون بتسجيل عمليّات خروج المرضى في الإبّان خاصّة أنّ هؤلاء الأعوان لا يتولّون وضع أختامهم على بطاقات الخروج. وبالإضافة إلى ذلك يتمّ تسجيل تاريخ الخروج يدويّا وهو ما يمكن أن يؤدّي إلى تغيير مدّة الإقامة عن طريق الخطإ أو عمدا مع ما ينجرّ عن ذلك من نقص في مداخيل المستشفى. ولا تسمح هذه التطبيقة بإصلاح المعرّف الوحيد عند حدوث أخطاء في التسجيل.

ومن ناحية أخرى لم يتمّ إدراج تعريفات الخدمات الصحية المحدّدة بمنشور وزير الصحّة العموميّة بتاريخ 1 جوان 2006 بالمنظومة الإعلاميّة إلاّ بداية من شهر أفريل 2007 ممّا نتج عنه نقص في الموارد المالية للمستشفى.

كما أدّى عدم بذل العناية الكافية عند تسجيل المريض للتأكّد ممّا إذا كان قد تردّد سابقا على المستشفى والبحث عن المعرّف الاستشفائي الذي تقدّم إسناده إليه إلى تضخيم عدد حرفاء المستشفى نتيجة إسناد نفس الشخص أكثر من معرّف استشفائي وإلى تشتّت المعطيات في أكثر من بطاقة متابعة. إضافة إلى ذلك لوحظ تعدّد الأخطاء عند إدراج البيانات المتعلّقة بهويّة المريض.

وتتمّ عمليّات إلغاء الإقامات وبطاقات الخروج من قبل جميع أعوان المصلحة دون حصرها على مستوى عون مرخّص له في ذلك ممّا يفسح المجال أمام ارتكاب بعض التّجاوزات خاصّة في ظلّ غياب المتابعة والمراقبة من قبل مسؤولي هذه المصلحة. علما بأنّ عددا هامّا من الإقامات التي كان يتعيّن إلغاؤها من المنظومة لم يتمّ في شأنها إنجاز هذا الإجراء لعدم بذل بعض الأعوان العناية اللاّزمة لهذا الغرض.

2- الرّقابة الدّاخليّة بمصلحة التّصرّف في شؤون المرضى

تشكو الرقابة الداخليّة بمصلحة التصرّف في شؤون المرضى نقائص تعلّقت بإجراءات قبول المرضى وخروجهم والفوترة.

- إجراءات قبول المرضى وخروجهم

لا تخضع عمليّة قبول المرضى لترخيص من قبل عون مؤهّل لذلك قبل تسليم المريض ملفّه الإداري وتوجّهه إلى القسم للإقامة وهو ما يحول دون تقليص نسب الأخطاء ويشكّل مصدرا لبعض التّجاوزات في ظلّ غياب المتابعة من قبل مسؤولي المصلحة. فقبول المرضى يتمّ غالبا على أساس بطاقات غير ممضاة من قبل الأطبّاء المؤهّلين لذلك. ويمكن للطّبيب المختصّ أو لرئيس القسم الاستشفائي أن يقرّر عدم ضرورة إقامة المريض بالمستشفى ممّا ينجر عنه إلغاء الإقامة. وبلغ عدد هذه الحالات 3767 حالة خلال الفترة 2002-2006.

وقد مكّن فحص عيّنة من الملفّات الاداريّة للمرضى من الوقوف على حالات لم يتولّ في شأنها الأطباء التنصيص ببطاقات القبول على الأسباب الحقيقية للإقامة (حوادث مرور، حالات تسمّم إراديّة، اعتداءات بالعنف) ممّا يحول دون تمكين المستشفى من مستحقّاته كاملة علما بأنّ بعض الإقامات تمّت على أساس تمتّع المرضى بنظام تغطية اجتماعيّة في حين أنّ المعنيين بالأمر يندرجون ضمن شريحة الحرفاء الخاضعين لنظام

التّعريفة الكاملة. وباعتبار أنّ تلك الأعمال قد تشكّل أخطاء جزائية فقد قامت إدارة المستشفى في شهر جويلية 2007 بإحالة الملفّات المتعلّقة بها إلى وكيل الجمهورية لدى المحكمة الابتدائيّة بصفاقس.

ولا يتمّ دائما تطبيق الإجراء القاضي بدفع التّسبقة المنصوص عليها بقرار وزيري الماليّة والصحّة العموميّة المؤرّخ في 19 ديسمبر 1996 رغم أنّ بعض الحالات لا يمكن اعتبارها استعجاليّة.

وتبيّن فضلا عن ذلك أنّ وكلاء الأقسام لا يقومون في الإبّان بإعلام مكتب القبول التابع لهذه المصلحة بحالات الخروج غير القانونيّة ممّا لا يمكّن هذه الأخيرة من متابعتها وإعلام المصالح الأمنيّة بها لدى حصولها للقيام بالإجراءات اللاّزمة ضمانا لمصالح المستشفى, علما بأنّه لا يمكن التّفطّن لهذه الحالات عند رجوع المرضى إلى المستشفى للتّداوي.

وترجع أسباب ظاهرة الخروج غير القانونيّة إلى عديد النّقائص التي تشوب إجراءات الرّقابة الدّاخليّة وتنظيم عمليّات خروج المرضى. ويذكر في هذا الصّدد خاصّة عدم متابعة ورقابة المكلّفين بحراسة أبواب الأقسام الاستشفائية والتّأخير المسجّل في تحديد قائمة المرضى المصرّح طبيّا بخروجهم وتسليمهم ملفاتهمّ الإداريّة لإتمام إجراءات الخروج وذلك خلافا لما نصّ عليه دليل الإجراءات الذي يشترط تسليمهم بطاقات الخروج فقط.

فقد ارتفع عدد هؤلاء المرضى خلال الفترة 2003-2006 إلى 2639 مريضا تخلّد بذمّتهم ما قيمته 557 أ.د منها 506 أ.د تتعلق بمرضى خاضعين لنظام التعريفة الكاملة. علما بأنّ المستشفى لا يقوم بالتتبّعات العدليّة في شأنهم ويرجع ذلك أساسا إلى عدم تسجيل كلّ المعطيات المتعلّقة بهم من هويّة وعنوان ورقم هاتف.

ولا تقوم المصلحة بمتابعة حالات تحويل المرضى إلى المستشفيات الأخرى وخاصّة منها المستشفى الجامعي الهادي شاكر. فقد ارتفع عدد حالات التّحويل إلى هذا الأخير إلى 1977 حالة خلال الفترة 2003-2006 تخلّد بذمّة أصحابها مبالغ قدرها 983 أ.د منها 974 أ.د تتعلّق بمرضى خاضعين لنظام التعريفة الكاملة.

ولا تتمّ المقارنة اليومية بين قائمات المرضى المسجّلين بالإعلاميّة وقائمات المرضى المقيمين فعليّا بالأقسام الاستشفائية ممّا لا يمكّن من تحيين البيانات بالمنظومة بعد

معالجة الفوارق وتحديد أسبابها. فقد وصل الفارق بأحد الأقسام الاستشفائية إلى 15 إقامة بتاريخ 5 جوان 2007.

ولا يحرص أعوان المصلحة دائما عند قيامهم بإجراءات الخروج على إتمام الملفّ الإداري للمريض بالوثائق والمعلومات الضروريّة المكوّنة له وهو ما من شأنه أن يكوّن مصدرا لبعض التّجاوزات. فقد تبيّن عدم تضمّن عديد الملفّات الإداريّة للمرضى المنتفعين بمجانية العلاج كأعوان الصحّة العموميّة والمرضى الذين يعالجون مقابل التّعريفة المنخفضة نسخا من البطاقات التي تخوّل لحامليها الامتيازات الممنوحة. ويتمّ في عديد الحالات اعتماد دفاتر نظامي العلاج المجاني والتعريفة المنخفضة انقضت مدّة صلوحيّة البعض منها منذ ما يفوق أربع سنوات. كما يتمّ في حالات أخرى التّصريح للمرضى بالخروج دون استخلاص مستحقّات المستشفى. ويمكن أن تشكّل مثل هذه الأعمال أخطاء تصرّف.

ـ فوترة الخدمات المسداة

بلغ خلال الفترة الممتدّة من 2003 إلى موفّى مارس 2007 عدد الإقامات التي تمّ في شأنها القيام بإجراءات الخروج ولم تتمّ فوترتها 21.074 إقامة قدّرت قيمة ما يجب فوترته واستخلاصه بخصوصها بما يفوق 1,8 م.د[1]. ويعزى عدم الفوترة أساسا إلى عدم تضمّن عديد الملفّات الوثائق الضروريّة اللازمة أو إلى فقدان بعض الملفّات الإداريّة للمرضى أو إلى خروج بعض هؤلاء من الأقسام الاستشفائيّة دون إتمام الإجراءات الضّروريّة لذلك. ومن شأن عدم فوترة الخدمات المسداة أن يحول دون استخلاص مستحقّات المستشفى في آجالها وإعداد قوائم مالية شاملة وصحيحة.

وخلافا لدليل الإجراءات فإنّ عملية الفوترة تتمّ أحيانا بعد تاريخ خروج المريض من المستشفى حيث فاقت الفترة الفاصلة بين تاريخي خروج المريض والفوترة في عديد الحالات سنة كاملة لتتجاوز أحيانا ثلاث سنوات.

وعلى صعيد آخر تبيّن عدم التثبّت من شمولية وصحة الخدمات المدوّنة ببطاقة الخدمات قبل فوترتها من ناحية وعدم التّأكّد من شموليّة ما تمّت فوترته من ناحية أخرى. فقد لوحظ أنّ وكلاء الأقسام لا يدوّنون أحيانا بالبطاقات جميع الخدمات المسداة. كما أنّ بعض

---

[1] وذلك باحتساب أربعين دينارا فقط للإقامة الواحدة بالنّسبة إلى المرضى المضمونين الاجتماعيين وليوم إقامة بالنّسبة إلى المرضى الخاضعين لنظام التعريفة الكاملة.

الملفّات الطبية لا تشتمل على جميع الوثائق المثبتة للأعمال الطبية والفحوصات التكميلية. وإضافة إلى ذلك تمّ الوقوف على عديد الفوارق بين ما هو مدوّن ببطاقة الخدمات وما هو مفوتر.

ومن جهة أخرى اعترى التصرّف في شأن قرارات التكفّل بمصاريف العلاج إخلالات كان لها تأثير سلبي مباشر على تنمية موارد المستشفى. ويتعلّق الأمر أساسا بالقرارات الخاصّة بمرضى حوادث الشّغل والحوادث المدرسيّة وبالمرضى من أعوان الجيش الوطني ومن أعوان الإدارة والمؤسّسات العموميّة وبالمرضى الخاضعين لعمليات القلب وللتّصوير بالرّنين المغناطيسي وبالسّكانار والمقيمين بالمستشفيات. فقد تبيّن أنّه لا يتمّ مسك دفاتر لتسجيل هذه القرارات عدا تلك المتعلّقة بحوادث الشّغل والصّادرة عن الصّندوق الوطني للضّمان الاجتماعي. وأدّى ذلك إلى صعوبة متابعة هذه القرارات وإلى تشتّتها وضياعها وإلى عدم التمكّن من المقارنة بين عدد القرارات الواردة وتلك التي تمّت الفوترة في شأنها. فقد تمّ العثور على ما يناهز أحد عشر ألف قرار تكفّل يعود بعضها إلى سنة 1996 ولم تتمّ الفوترة بخصوصها. وارتفعت المبالغ في شأن عيّنة شملت 852 قرارا منها إلى 727 أ.د. علما بأنّ 87,20 % من القرارات موضوع هذه العيّنة صادرة قبل سنة 2006 ولا يمكن للمستشفى استخلاص المبالغ المتعلّقة بها باعتبار تجاوز الآجال القانونيّة للفوترة والمحدّدة بسنة واحدة ابتداء من تاريخ إصدار القرار. ويعزى ذلك إلى عدم حرص المؤسّسة على الحصول على قرارات التكفّل وإلى غياب متابعة المسؤولين بالمصلحة لهذا الجانب من النّشاط.

وبالإضافة إلى ذلك فإنّ المستشفى ورغم الحصول على قرارات تكفّل قام بفوترة الخدمات المسداة على أساس تعلّقها بمرضى خاضعين لنظام التعريفة الكاملة أو إدراجها في إطار الاتّفاقيّة العامة مع الصندوق أو قام بحفظ بعض القرارات في الأرشيف دون فوترة الخدمات المتعلّقة بها.

أمّا بخصوص فوترة خدمات النقل الصحي وعيادات الاستعجالي فقد لوحظ بالنسبة إلى الفترة 1999-2006 تباين بين عدد الالتزامات الممضاة من قبل المرضى المسعفين والعدد الذي تمّت الفوترة في شأنه والعدد المتوفّر لدى مصلحة الاستخلاص.

كما لوحظ وجود فوارق هامة بين عدد المهمات الأوّلية المنجزة من قبل قسم الإسعاف الطبي الاستعجالي خلال نفس الفترة والبالغ 24177 مهمّة وعدد الالتزامات التي أحالها القسم إلى مصلحة التصرّف في شؤون المرضى والذي لم يتعدّ 2631 التزاما. وتبيّن بالإضافة إلى ذلك فقدان 39 دفتر "التزامات النقل الصحّي" تحتوي على 1950 التزاما ولم يتمّ تبرير هذه الفوارق التي قد تخفي تجاوزات.

وخلافا لقرار وزراء الاقتصاد الوطني والنّقل والصحة العمومية المؤرّخ في 12 جويلية 1993 والمتعلّق بتعريفات النّقل الصحّي البرّي يكتفي المستشفى بالنسبة إلى النقل الصحي باعتماد تعريفتين جزافيتين تتمثّلان في 35 دينارا للنقل في النهار و52,5 دينارا للنقل ليلا كامل أيام الأسبوع بقطع النظر عن المسافة المقطوعة وأيام الأحد والعطل. ولا يقوم باحتساب تكلفة الإياب في صورة عدم وجود مهمة جديدة عند رجوع السيارة.

وخلافا لنفس القرار الذي ينصّ على أنّ التعريفة لا تشمل مصاريف الأدوية والمستلزمات وكذلك أتعاب الطبيب المرافق فإنّ المستشفى لا يقوم بفوترة هذه المصاريف التي تقدّر خلال الفترة المذكورة آنفا بحوالي 278 أ.د بالنسبة إلى الأدوية والمستلزمات و169 أ.د بعنوان أتعاب الأطباء.

ولا يقوم المستشفى بفوترة واستخلاص المبالغ الراجعة إليه بعنوان "المهمات الثانوية" البالغ عددها 3305 مهمّة. وتصل قيمة هذه الخدمات إلى 115,675 أ.د خلال السنوات 2003-2006 وذلك بالنسبة إلى النقل باعتماد تعريفة النهار ودون اعتبار أتعاب الطبيب ومصاريف الأدوية.

وفيما يتعلّق بالالتزامات المالية للعيادات الخارجية تبين فقدان 312 دفترا تتضمّن 15600 التزام تعلّقت بخدمات مسداة للمرضى قدّر مبلغها بحوالي 70 أ.د وذلك وفق الجرد الذي قام به فريق الرقابة. ولم تشرع مصلحة التصرّف في شؤون المرضى في عملية الفوترة بخصوص الالتزامات التي توصّلت بها إلاّ ابتداء من سنة 2005 ولم تتمكّن منذ ذلك التاريخ من إنجاز هذه العملية إلاّ في شأن 1080 التزاما بمبلغ 26 أ.د من مجموع 19250 التزاما أي بنسبة 6 %. وتبيّن من خلال فحص عيّنة من الالتزامات الموجودة لدى مصلحة الفوترة أنّ العديد منها غير ممضاة من قبل المريض أويشوبها عدم الدقة في البيانات المتعلّقة باسم الملتزم وعنوانه.

ب-استخلاص المستحقات

يشكو مستشفى الحبيب بورقيبة تواضع نسب استخلاص مستحقاته حيث تراوحت هذه النسب خلال الفترة 2003-2006 بين 1,5 % و15,6 %. وأدّى ذلك إلى تفاقم حجم مستحقاته غير المستخلصة التي ارتفعت إلى 6,663 م.د في موفّى 2006.

1- التّصرّف في الكمبيالات

خلافا لما نصّ عليه دليل الإجراءات يتمّ تحرير الكمبيالات وإلغاؤها من قبل عديد الأعوان التابعين لمصلحتي التّصرّف في شؤون المرضى والاستخلاص وفي ذلك جمع بين وظائف متنافرة. ولوحظ أنّ كنّاشات الكمبيالات تسلّم مباشرة إلى المصلحة الأولى دون المرور بالإدارة المالية وتحتفظ هذه المصلحة بالجذاذات بصفة غير منظّمة. ولا يتمّ احترام التسلسل الرقمي عند إعداد الكمبيالات حيث يتكرّر أحيانا نفس رقم الكمبيالة بالنسبة إلى أشخاص مختلفين خلال نفس السنة.

وقد لوحظ أنّ الإدارة المالية لم تقم بجرد مادي للكمبيالات منذ سنة 1999 ممّا يعرّض هذه السندات لشتّى المخاطر وذلك رغم التحفّظات المتكررة التي أبداها مراقب الحسابات. كما تبيّن أنّ تحرير بعض الكمبيالات تشوبه أخطاء تتعلّق أساسا بعدم وضوح اسم المسحوب عليه وغياب الدقة في تحديد العنوان مما يعسّر عملية الاستخلاص، فضلا على وجود اختلاف في بعض الأحيان بين المبلغ المدوّن بالأرقام وبين ما هو مدوّن بالأحرف وأحيانا أخرى بين ما تتضمّنه الكمبيالة وما تمّ إدراجه بالفاتورة. وتمّ حصر ما يزيد على 150 كمبيالة يرجع البعض منها إلى سنة 1995 محتفظا بها لدى مصلحة التصرّف في شؤون المرضى عوضا عن إحالتها إلى الإدارة المالية. وقد أدّى ذلك إلى سقوط العديد منها بالتقادم. كما تمّ العثور بحافظتي أرشيف مهملتين بالمصلحة المذكورة على 51 كمبيالة أدركها التقادم تبلغ قيمتها 13,349 أ.د.

كما تبيّن من خلال فحص بعض جداول الوثائق الموجّهة من مصلحة الاستخلاص إلى مصلحة التصرّف في شؤون المرضى لسنتي 2002 و2003 والمتعلّقة بالكمبيالات التي تسربت إليها أخطاء، أنّ 10 كمبيالات لم يتمّ إرجاعها إلى مصلحة الاستخلاص ولم يتمّ العثور عليها بمصلحة التصرّف في شؤون المرضى، علما بأنّ البعض منها قد أدركه التقادم ولم يتمّ إرجاعها وبلغت قيمة إحداها ألف دينار.

2- التّصرّف في الخزينة

لوحظ أنّ وكلاء المقابيض يتولّون إيداع المقابيض اليومية بالخزينة الرئيسية بتأخير كبير وصل في بعض الحالات إلى 57 يوما وهو ما يخالف دليل الإجراءات وقواعد حسن التصرّف.

وقد ترتّب عن هذا التأخير المصحوب بغياب المتابعة من قبل القابض الرئيسي حصول حالة اختلاس أموال عمومية من قبل أحد القباض الفرعيين الذي لم يقم بإيداع محصول يوم 3 جوان 2005 البالغ 811,200 د بالخزينة الرئيسية. وقد تولّى المعني بالأمر إرجاع المبلغ المذكور على إثر تفطّن فريق الرقابة إلى هذا النقص، وتمّ بتاريخ 10 مارس 2007 إعلام وكيل الجمهورية لدى المحكمة الابتدائيّة بصفاقس قصد إجراء التتبّعات اللازمة.

وأدّى النقص في عدد القباض الفرعيين إلى تفاقم ظاهرة الاكتظاظ وطول إنتظار المرضى وإلى حصول حالات تحيّل على المرضى. كما أدّى ذلك أحيانا إلى انتفاع بعض المرضى بالخدمات بصفة مجانية. ففي غياب القابض الفرعي خلال الحصة الصباحية ليوم 15 فيفري 2007 لم يقم 23 مريضا من مجموع 85 مريضا تم تسجيلهم خلال هذه الحصة بخلاص مستحقات المستشفى مقابل الخدمات التي تمتّعوا بها.

ج- التصرّف في الصفقات

تبيّن من النظر في عيّنة من ملفات الصفقات أنّ المؤسّسة كثيرا ما أخلّت بإجراءات أقرّتها النصوص المنظّمة للصفقات العمومية. وقد تعلّقت هذه الإخلالات بعدم تحديد الحاجيات بدقة وتشتت الطلبات وبرمجتها بصفة غير محكمة وعدم اللجوء إلى المنافسة وعدم إحكام إعداد كراسات الشروط وعدم احترام الكثير من الإجراءات خلال مختلف مراحل إبرام الصفقة وتنفيذها وكذلك بغياب كتابة قارة للصفقات ممّا أدى إلى تشتت وثائق الصفقة وفقدانها أحيانا.

فبسبب عدم قيام المستشفى بإجراءات إبرام الصفقات في الإبّان وعدم برمجتها مسبقا تم اللّجوء إلى إبرام صفقات عن طريق التفاوض المباشر ودون الحصول على ترخيص مسبق في الغرض من سلطة الإشراف وتمّ في حالات أخرى إبرام تلك الصفقات على سبيل التسوية. فقد قام المستشفى بتلبية جزء هامّ من احتياجاته من المفاعلات الحيويّة لفائدة مخابره بالاتفاق المباشر مع مزوّدين تولّوا وضع 14 مسيّرا آليّا للتحاليل الطبيّة على ذمّته. وبالتعامل بصفة حصريّة مع هؤلاء المزوّدين يكون المستشفى قد أخلّ بمبدأ المنافسة.

وقد بلغت قيمة الصفقات المبرمة بالاتفاق المباشر في سنة 2006 لاقتناء المفاعلات الحيوية 963 أ.د.

وتبيّن أيضا أنّ المستشفى قام في حالات عديدة بتجزئة الطلبات رغم أهميتها عوضا عن تجميعها في إطار صفقة عموميّة تبرم في الغرض بعد الدعوة إلى المنافسة. فعلى سبيل المثال بلغت جملة شراءات المستشفى من أدوات ومستلزمات طبية سنتي 2005 و2006 ما قيمته على التوالي 145 أ.د و170 أ.د. وخلافا للقواعد المنظّمة للصفقات العمومية لم يبرم المستشفى صفقات مكتوبة بخصوص اقتناءات فاقت قيمتها السقف المحدّد من قبل مجلس الإدارة لإبرام صفقة عموميّة.

وفضلا عن ذلك لا يولي المستشفى العناية الكافية لإعداد كرّاسات الشّروط. ويبرز ذلك أساسا من خلال عدم تضمين تلك الوثائق العديد من التنصيصات المتعلّقة خاصّة بشروط وآجال الاستلام الوقتي والنهائي والخاصيات الفنية للشراءات.

وعلى صعيد آخر لم يتقيّد المستشفى في عديد المناسبات بإجراءات إبرام الصفقات. فقد وصلت آجال فتح الظروف الفنية في بعض الحالات إلى 35 يوما ابتداءً من آخر أجل لقبول العروض عوضا عن خمسة أيام عمل فقط.كما تمّ قبول عروض لا تحتوي على كلّ الوثائق المطلوبة أو بها وثائق تشوبها إخلالات مثل تلك التي تعلّقت بالضمانات ولم تقع مطالبة أصحابها بتدارك هذه النقائص.

وإضافة إلى ذلك لا يتولّى المستشفى بخصوص أقساط الصفقات التي تقلّ قيمتها عن 50 أ.د مطالبة أصحابها بتقديم الضمانات النهائيّة ولا يحجز أحيانا من مستحقات المزوّدين مبلغا بعنوان الضمان. ولوحظ كذلك تجاوز آجال إبرام بعض الصّفقات مدّة صلوحيّة العروض. وقد أدّى ذلك أحيانا إلى رفض صاحب الصفقة تمديد صلوحية عرضه مثلما كان الشأن بالنسبة إلى طلب العروض المتعلّق بمناولة الحراسة في سنة 2004.

أمّا بخصوص تنفيذ الصفقات فقد تولّى المستشفى في الكثير من الأحيان إصدار أذون تزوّد قبل استيفاء إجراءات عقد الصفقة. ولا يتقيّد المستشفى دائما بموضوع الصفقة حيث يتولّى أحيانا اقتناء فصول غير مدرجة بالعقود المبرمة.

ولا يتثبّت المستشفى دائما من صحّة الأثمان المفوترة من قبل المزوّدين. من ذلك أنّ مزوّدا قام بتثقيل مبلغ يتجاوز 12 أ.د بعنوان أداء على القيمة المضافة على تجهيزات معفاة من هذا الأداء. وقام مزوّد آخر بفوترة سعر مختلف عمّا هو مضمّن بعقد الصفقة ممّا أدّى إلى صرف مبلغ إضافي دون وجه ارتفع في موفّى شهر أفريل 2007 إلى 4,8 أ.د.

*

* *

شهد نشاط المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بصفاقس الذي تغطّي خدماته مناطق الجنوب للبلاد التّونسية تطوّرا ملحوظا. غير أنّ عديد أوجه التصرّف به مازالت تشوبها إخلالات حدّت من قدرته على بلوغ الأهداف التي حدّدها مشروع دعم الإصلاح الاستشفائي تمثّلت أساسا في نقص التّنظيم وعدم إحكام نظام المعلومات والرّقابة الدّاخلية وغياب معايير تضمن إسداء خدمات متطوّرة.

ولإضفاء نجاعة أكبر على نشاط هذا المستشفى الذي يشمل أساسا خدمات الطبّ الاستعجالي والجراحة ينبغي العمل على مزيد دعمه بالتّجهيزات الضروريّة وبالموارد البشريّة الكافية وعلى تحسين ظروف الاستقبال والتصرّف الإداري في شؤون المرضى.

وللحدّ من ظاهرة الاكتظاظ وتفادي تنقّل مرضى الولايات المجاورة يتّجه استغلال ما يوفّره التطوّر الذي تشهده تقنيات الاتّصال من إمكانية تسجيل مواعيد العيادات الخارجية عن بعد.

وتظلّ وظائف رقابة التصرّف والتّدقيق الدّاخلي والرّبط الآلي بين مختلف المتدخّلين من أهمّ الآليّات التي يجب تفعيلها لإحكام إدارة المستشفى ولتلافي ما تمّ الوقوف عليه من إخلالات على مستوى الرّقابة الدّاخليّة في ما يتعلّق خاصّة بالفوترة والاستخلاص والصّفقات.

وبالإضافة إلى ذلك فإنّ تحقيق التّوازن المالي للمؤسّسة بما يساعد على الارتقاء بمستوى الخدمات المسداة يعدّ من الأهداف الرئيسيّة التي أكّد عليها مشروع دعم الإصلاح الإستشفائي. لذا ينبغي تكثيف المجهودات من أجل تحصيل المستحقات وتمكين المستشفى من الموارد الراجعة إليه خاصّة بتجسيم التوجّه الرامي إلى اعتماد التكلفة الحقيقية للخدمات.

ومن شأن إحداث مستشفى جامعي جديد بالجهة على نحو ما تمّ إقراره مؤخّرا أن يساهم في التخفيف من حدّة الضغط الذي يواجهه المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بصفاقس من حيث طلبات الخدمات وأن يساعد على تأمين ملاءمة أفضل بين حجم النشاط والإمكانات المتاحة له.

ردّ المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة بصفاقس

I- خدمات الاستعجالي والفحوصات التكميلية

أ) الاستعجالي والإسعاف الطبي

إنّ الاستعجالي يمثل واجهة المستشفى ولذا أولت وزارة الإشراف هذا القسم العناية اللازمة، وفي هذا الإطار يندرج بعث وحدة الإسعاف الطبي الاستعجالي سنة 1999، ثمّ إنجاز أشغال تهيئة قسم الاستعجالي بالمؤسسة سنة 2000 وفتح مدخل خاص لهذا القسم سنة 2002 وكل هذه الأشغال تطلبت تمويلات باهضة ويندرج ذلك في إطار تحسين ظروف العمل والاستقبال ولكن النقائص الواردة في التقرير ناتجة عن الضغوطات التي يعاني منها القسم من حيث عدد العيادات والتي بلغ عددها السنوي ما يفوق 81 ألف و120 عيادة أي ما يقارب 230 عيادة يوميا وهو معدل جد مرتفع بالمقارنة مع الأقسام الأخرى على مستوى الجمهورية.

1) المرحلة ما قبل الاستشفائية

يبلغ العدد السنوي للمهمات بقسم الإسعاف الطبي الاستعجالي لسنة 2006 ما جملته 4434، ورغم الصيانة المتواصلة لسيارات الإسعاف فإنّ حالات العطب متواصلة نظرا لارتفاع معدّل أعمارها ولكثرة تنقلاتها.

ولتدعيم عمل هذه الوحدة تم أخيرا تركيز شبكة اتصال « hot line » للتنسيق بين عمل وحدة الإسعاف الطبي والأقسام الداخلية بالمستشفى بهدف السرعة في إسداء الخدمات الاستعجالية.

وللنهوض بخدمات هذه الوحدة ستعمل الإدارة العامة بالتنسيق مع وزارة الإشراف على :

- تدعيم أسطول السيارات بوحدة على الأقل لتجديد الأسطول.

- مزيد الاعتناء بالتطهير الدوري وجعله وجوبي مرة على الأقل في الأسبوع أو كلما استوجب الأمر ذلك.
- دعم التجهيزات على مستوى الوحدات المتنقلة وتجديد آلة تسجيل المكالمات الهاتفية لتحديد المسؤوليات.

2) المرحلة الإستشفائية

تمّت تهيئة قسم الاستعجالي بناءا على مثال هندسي حضي بموافقة سلطة الإشراف وتمت متابعة أعمال التهيئة من قبل الإدارة الجهوية للتجهيز والتهيئة الترابية طبقا للفضاءات المتوفّرة لكن الإشكالية تبقى متمثّلة في كثرة الوافدين على هذا القسم من مرضى ومرافقين ممّا يجعله في حالة اكتظاظ دائم إضافة إلى موقعه الحالي حيث يستعمل كنقطة عبور بين الأقسام الداخلية والفضاء الخارجي باعتبار طابع البناء العمودي للمستشفى.

أمّا في خصوص عملية الإيواء بقسم الإسعاف الطبي الاستعجالي، تجدر الملاحظة أن طاقة استيعاب هذا القسم الجامعي لا تتعدّى 12 سريرا حيث لا توجد بالجهة مؤسسة أخرى تؤمّن مثل هذا النوع من الخدمات ولذا من الطبيعي أن لا توجد به شغورات لإيواء المرضى خاصّة وأنّ جهة صفاقس يبلغ عدد سكانها مليون نسمة بالإضافة إلى الولايات المجاورة بالجنوب التونسي والتي توجّه مرضاها إلى هذا القسم، إلاّ أنّه ولتوفير الاستغلال الأنجع للإمكانيات المتاحة ستعمل الإدارة العامة على تلافي النقائص المشار إليها بالتقرير وذلك باتخاذ التدابير والإجراءات التالية :

- على مستوى الاستعجالي

- تفعيل دور لجنة الاستعجالي ومتابعة نتائج أعمالها ؛
- إحكام توزيع الأعوان بين الفترات الصباحية والمسائية لتغطية فترات الذروة ؛
- العمل على تركيز وحدة لفرز المرضى وتوجيههم وانتداب فريق شبه طبي وتكوينه في الغرض بالتنسيق مع سلطة الإشراف ؛

- النظر مع وزارة الإشراف في إمكانية دعم قسم الاستعجالي بعدد إضافي من الأطباء المقيمين وأطباء الصحة العمومية لضمان تواجد الإطار الطبي كامل حصص الاستمرار ؛
- العمل على التنسيق بين الأقسام الإستشفائية لاختصار مدة الانتظار في صورة طلب رأي طبيب مختص من قسم داخلي.

- على مستوى الإسعاف الطبي الاستعجالي

إنّ مشكلة تحويل المرضى إلى الأقسام الإستشفائية سيقع درسها في إطار لجنة مشتركة بين مؤسستي الحبيب بورقيبة والهادي شاكر بإشراف الإدارة الجهوية للصحة العمومية بصفاقس بناءا على توصيات مجلس إدارة المؤسسة الذي نظر في الموضوع في عديد الجلسات.

ب) الفحوصات التكميلية

1) التصرف بقسم الأشعة

لقد عاين الفريق الرقابي مدى الضغط الذي يتعرض له هذا القسم حيث يعتبر قسم الكشف بالأشعة بالمستشفى الحبيب بورقيبة القسم الوحيد الذي يؤمّن أنشطة متكاملة ومتطوّرة في هذا المجال ولذا فإنّ النشاط الذي يقوم به جد مكثف وقد ورد بالتقرير ما يدعم ذلك " حيث أنّ نشاطه يمثّل 158 % من نشاط مستشفيات أخرى لها نفس الإمكانيات "ممّا يرفع من نسبة استغلال المعدات والتجهيزات الطبية الشيء الذي يؤدّي إلى تسارع نسبة الاهتلاك ومع ذلك فإنّ الصيانة المتواصلة للآلات تساهم في بقائها بحالة استعمال مثل آلة الرنين المغناطيسي التي ركّزت سنة 1995 والتي مازالت في طور استعمال إلى حد الآن بالرغم من عدم مواكبتها للتطور التكنولوجي والعلمي وكذلك آلة تصوير الشرايين التي وقع تركيزها سنة 1989 ولم تقع إحالتها على عدم الاستعمال إلاّ سنة 2005 وقد تمّت برمجة تعويض هاتين الآلتين من قبل وزارة الإشراف.

ونظرا لكثافة النشاط وقلة الإمكانيات المادية والبشرية خاصة بالنسبة للكشوفات التي تجرى بواسطة الأطباء فإن فترة الانتظار قد تطول نسبيا فيما يتعلّق بتصوير الشرايين

بالصدى echo-doppler وفي هذا الإطار تمّ تدعيم القسم بكاتب طبي في إطار التربص للإعداد للحياة المهنية في مرحلة أولى وستعمل الإدارة العامة على التقليص من فترة مواعيد الانتظار باتخاذ الإجراءات التالية :

- التنسيق مع سلطة الإشراف لتدعيم القسم بالإطار الطبي والشبه الطبي وتوفير آلة أخرى لتصوير الشرايين بالصدى ؛

- إدماج فنيي الصيانة بقسم الأشعة بمصلحة الصيانة البيوطبية لتحسين المسالك الإجرائية والعمل بتطبيقة "بيوماد" منذ جوان 2007 وقد تمّ العمل بهذا الإجراء فعليا ؛

- العمل على تعميم مبدإ الصيانة الوقائية للتجهيزات وذلك بإبرام عقود للصيانة الدورية لكلّ تجهيزات الكشف بالأشعة التي تم اقتناءها حديثا ؛

- العمل على تدعيم وحدة الاستعجالي بآلة تصوير عادية ثانية لضمان استمرارية العمل بهذا القسم نظرا لانعكاسات توقّف الآلة على مستوى الخدمات بهذا القسم وذلك تطبيقا لتوصيات مجلس الإدارة الذي نظر في الموضوع بجلسته بتاريخ 2007/12/28 وتخفيف العبء على قسم الأشعة المركزي ؛

- التنسيق مع المستشفى الجامعي الهادي شاكر لتقاسم أعباء النشاط في مجال الكشف بالأشعة وذلك لتحسين الخدمات المقدمة للمريض خاصة في ظل دعم التجهيزات بهذه المؤسسة ؛

- مزيد إحكام التصرّف في المستلزمات الطبية التابعة لهذا القسم وذلك بإرساء إجراءات تصرّف في المخزون على مستوى قسم الكشف بالأشعة في إنتظار إحالة التصرّف في هذه المواد إلى الصيدلية تطبيقا لمنشور السيد وزير الصحة العمومية في الغرض حالما يتمّ توفير فضاء لتخزين هذه المواد والمستلزمات.

2) التحاليل المخبرية

إنّ نفس الملاحظة التي وردت في خصوص الكشف بالأشعة يمكن سحبها على مخابر البيولوجيا باعتبار تفرّد هذه الأقسام بتأمين الخدمات بالنسبة للجهة. فنسبة النشاط

لفائدة المستشفى الحبيب بورقيبة لا يتعدّى 42 % أمّا باقي النشاط فهو موجّه إلى مؤسّسة الهادي شاكر وباقي مؤسسات الجهة والجنوب التونسي حيث أنّ المعدل اليومي للتحاليل يبلغ 4875 تحليلا لكافة المخابر.

3) المواد الاستهلاكية والفضاءات

إنّ مخبر المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة كان عند انطلاق المؤسّسة قسما واحدا يضمّ وحدات متعددة ثم توالت الإحداثات والتقسيمات على مستوى هذا القسم فتفرّعت عنه أقسام جديدة ولدت بدورها أقساما أخرى، ونتج عن هذه الديناميكية ضيق الفضاءات وعدم توفّر أماكن لحفظ المواد الاستهلاكية علما وأنّ أشغال التوسعة لمخبر الجرثوميات المبرمجة من شأنها أن تمكّن من تحسين ظروف العمل في قسم مخبر المناعة واستغلال كافة التجهيزات المتوفّرة به.

وفي خصوص مخبر تشريح الخلايا المرضية تجدر الإشارة إلى أنّ الإدارة العامة مكّنته من فضاءات لتخزين العيّنات وستتولّى بالتنسيق مع الوزارة النظر في إمكانية برمجة توسعة خاصّة بهذا القسم إلى جانب تلك الخاصة بقسم مخبر المناعة والتي تمّ إعداد ملف شامل بشأنها تمّ توجيهه إلى سلطة الإشراف.

4) التجهيزات وجودة التحاليل

إنّ تجهيز المخابر يتمّ في إطار برنامج وطني حصري لفائدة هذه الأقسام، وقد تم توفير تجهيزات مهمة لفائدة مخابر المؤسسة مكّنت من تلافي عديد النقائص. إلاّ أنّ بعض الصعوبات لا زالت قائمة على هذا المستوى أمكن تلافيها إلى حد ما بفضل المسيّرات الموضوعة على ذمة المؤسسة من قبل مزوّديها. وبناءا عليه فإنّ مخابر المؤسسة تسدي خدمات ذات مستوى عال وتقوم بإجراء تحاليل بتقنيات متطوّرة ممّا مكّنها من الانخراط في منظومات اعتماد عالمية وذلك بفضل نظام مراقبة الجودة الداخلي المعمول به، علما وأنّ تنفيذ البرنامج الوطني لمراقبة الجودة يبقى من أنظار سلطة الإشراف.

5) طلبات التحاليل

إنّ ربط تطبيقتي القبول والعيادات الخارجية بكل من المستشفيين الجامعيين بصفاقس مطلب ذو أولوية للمؤسسة حيث أنّ له انعكاسات جدّ هامة على نظام المعلومات والتدقيق الداخلي وقد تمّت مراسلة الوزارة في الغرض وتبيّن أنّ العوائق تبقى في المقام الأوّل تقنية ذلك أنّ الأمر يتطلب إدماج بنوك المعطيات للمؤسستين لتفادي تكرار معرّفات المرضى لتدقيق مسالك المعلومات.

أمّا في خصوص قيام بعض المرضى بإجراء تحاليل بدون مقابل فقد يكون ذلك واردا نظرا لكثافة النشاط ولتنوّع مصادر التحاليل الوافدة من مستشفى الهادي شاكر ومؤسسات جهوية متعدّدة إذ يصعب التأكّد من خضوع التحاليل إلى دفع المعاليم المستوجبة بالمؤسسات المعنية. وفي ظلّ تنوّع المصادر وتشابك المسالك فإنّ عملية التهرّب من الدفع واردة ومع هذا فإنّ الإدارة العامة ستحرص على مزيد المراقبة وذلك بـ :

- *تكثيف عملية المراقبة الحينية ؛*
- *تحسيس العاملين بأقسام المخابر للتأكّد من وجود أختام الأطباء على مطالب التحاليل قبل القيام بالعملية ؛*
- *إرساء نظام الموازنة حسب الأقسام لتحميل المخابر جزءا من مسؤولية التمويل لترشيد استهلاك التحاليل (Budgétisation par laboratoire) ؛*
- *اقتراح انتداب كاتبة طبية لتدعيم مخبر تشريح الخلايا المرضية تفاديا للتأخير الحاصل في تحرير التقارير المخبرية ووكيل مقابيض لأقسام المخابر.*

II- النشاط الجراحي وحفظ الصحة

لقد تطوّر النشاط الجراحي بالنسبة للمؤسسة وذلك من الناحية النوعية مع استقرارها على المستوى الكمي، حيث تطورت عمليات زرع الكلى والقلب المفتوح والجراحة السّرطانية مما يجعل المؤسّسة تلعب دورها كمؤسسة مرجعية من المستوى الثالث. ولكن الإشكالية تبقى في تباين النشاط الجراحي إذ أنّه إلى جانب هذه التدخّلات المتطوّرة تقنيا والتي تتطلّب كفاءات طبية عالية لإنجازها تقوم الأقسام المختصة بالمؤسسة في ذات الوقت بإجراء عمليات استعجالية بسيطة تؤثّر على البرنامج الجراحي الأسبوعي

كما ورد بالتقرير، فهذا البرنامج يصعب تطبيقه في ظلّ تواتر الحالات الاستعجالية وعدم وجود أقسام جراحية أخرى بالجهة حيث تلعب المؤسسة في هذه الظروف دور مؤسسة من مستوى ثان إلى جانب دورها الأساسي كمؤسسة جامعية ذات كفاءة عالية وإشعاع علمي مشهود له ممّا يؤثّر على مواعيد الانتظار الجراحية على أنّه لا يمكن بالرغم من ذلك إنكار وجود بعض الخلل على مستوى تسيير جناح العمليات مثل الانطلاق المتأخّر للعمليات الجراحية ذلك أنّ التطوّر النوعي لم يواكبه تطوّر في نسق العمل والتصرّف بهذه الوحدة زيادة على اقتصار الجزء الأكبر من النشاط على الفترة الصباحية.

ومن الواضح أنّ التصرف في جناح العمليات يتطلّب مراجعة تامة خاصة وأنّ المؤسسة قد قامت بتهيئة الظروف المستوجبة لمعالجة هذه الإخلالات :

- استغلال وحدة الصيدلية الموجودة بجناح العمليات ممّا يتطلب تدعيمها بالإطار الموازي للطبي وشبه الطبي وهو ما من شأنه أن يمكّن من ترشيد التصرّف في الأدوية والمستلزمات الطبية والتحكّم في تكلفة العمليات والتدخّلات الطبية ؛

- مزيد دعم وحدة الإنعاش الجراحي التي دخلت في طور العمل منذ شهر ديسمبر 2007 بالإمكانيات الضرورية ممّا يمكّن من استغلال باقي الأسرة المحدّدة بمقرّر طاقة الإستعاب وذلك لاختصار مدة بقاء المريض في غرفة العمليات والزيادة في عدد التدخّلات الجراحية والتقليص من تباعد مواعيد الانتظار ؛

- النظر في إرساء برنامج عمل بالفترة المسائية للرفع من مردودية قسم جناح العمليات وذلك خاصة بانتداب فنيين سامين في اختصاص أدوات ومعدات الجراحة ممّا سيمكّن من الرفع من حجم النشاط الجراحي لتحسين المؤشرات الصحية للمؤسسة ؛

- مزيد التنسيق بين كافة المتدخّلين بجناح العمليات للحرص على الانطلاق المبكر للعمليات الجراحية بهدف تحسين مردودية المؤسسة.

أ) استغلال مجمع قاعات العمليات

دخل جناح العمليات طور الاستغلال منذ فترة تزيد على عشرين سنة حيث كان المستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة المؤسسة الوحيدة التي تكتسي صبغة جراحية بالجهة حيث تقوم بتدخّلات جراحية متنوّعة ومتعددة من أبسطها إلى أكثرها تعقيدا. ولم تتول المستشفيات الجهوية المجاورة القيام بالنشاط الجراحي إلاّ منذ الخمس السنوات الماضية كما أنّ نشاطها بقي مقتصرا على عدد محدود من التدخّلات الجراحية البسيطة.

وبالتالي وفي ظلّ هذا الاستغلال المكثّف للتجهيزات الجراحية بالمستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة فمن الطبيعي أن يقع اهتلاك المعدات بصفة متسارعة علاوة على عدم مواكبة هذه التجهيزات للتطور التكنولوجي والمواصفات العالمية الحديثة. كما أنّ أعمال الصيانة الضرورية تتطلّب قطع غيار يصعب في بعض الأحيان اقتناؤها زيادة على صعوبة إنجاز أشغال تهيئة المحلات دون إيقاف النشاط الجراحي نظرا لارتفاع عدد المرضى الوافدين على المستشفى والذين تتطلّب حالتهم الصحية التدخّل الجراحي العاجل.

ب) حفظ الصحة وظروف الإقامة

1) حفظ الصحة والتصرّف في النفايات الاستشفائية

إنّ المشكلة على هذا المستوى تتمثّل في غياب قسم جامعي لحفظ الصحة مؤطر من طرف اختصاصيّين جامعيين ذوي كفاءة عالية كما هو الحال بالنسبة لبعض المستشفيات الجامعية ولذا تبقى الجهود المبذولة من طرف المؤسسة في هذا المجال محدودة وتعوزها البرمجة والتنسيق والتأطير. وفي هذا الإطار يذكر بأنّ إدارة المؤسسة تولّت تمويل برامج لمراقبة التعفّنات الاستشفائية لبعض الأقسام مثل مخبر الجرثوميات وذلك في نطاق البحث العلمي ولكن نتائج البحوث لم يقع استغلالها بالصفة المرجوّة ولم تكن مشفوعة بتوصيات وقائية. ومع ذلك فإنّ وحدة حفظ الصحة تقوم بمجهودات للحدّ من ظاهرة التعفّنات وذلك بأخذ العيّنات لتحليلها والقيام بعملية التبخير والتطهير بصفة دورية.

وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى أنّ مشكلة حفظ الصحة هي مسؤولية جماعية فكافة المتدخّلين على اختلاف مستوياتهم يمكن أن يساهموا في إنجاح مجهودات المؤسسة التي تقوم على :

- *بعث مصلحة لحفظ الصحة للتنسيق بين المتدخّلين تحت إشراف طبي ؛*
- *إرساء ثقافة حفظ الصحة بتكثيف الحلقات التكوينية لكافة الأعوان وخاصة العملة ؛*
- *تفعيل دور اللجان وخاصة لجنة حفظ الصحة ؛*
- *إحداث لجنة مراقبة للتعفنات ومتابعة مقترحاتها ؛*
- *مزيد تنظيم مسالك تنقّل المرضى وكافة المواد لتدعيم إجراءات حفظ الصحة ؛*

2) ظروف الإقامة

كما ورد في مرحلة سابقة من التقرير فإنّ المشكلة الأساسية بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الحبيب بورقيبة تتمثّل في تجاوز نشاطها حجم البنية التحتية التي وقع تصوّرها عند بناء المستشفى فتزايد الأنشطة وتعدّد الأقسام التي لم يكن بعضها موجودا في المثال الأوّلي للمؤسسة جعل التباين كبيرا بين ما هو نظري وما هو واقعي كما أنّ الملاءمة بين كافة متطلّبات العمل صعب جدا. فمقتضيات العمل الطبي تستوجب توفير كافة ظروف الراحة للمريض ولكن متطلّبات البحث والتكوين تحتّم توفير مكاتب للأطباء تحتوي على أدنى ظروف العمل وفي ظل محدودية الفضاءات فقد تمّ تهيئة مكاتب الأطباء مما نتج عنه التقليص من عدد غرف المرضى.

ومع ذلك فإنّ الإدارة العامة بالتنسيق مع الوزارة ساعية إلى تحسين ظروف إقامة المرضى وذلك بإدخال تحسينات متواصلة على الأقسام الإستشفائية وبتغيير الأسرّة في إطار برنامج تدريجي كما أنّ هذا الموضوع يمكن معالجته جزئيا في إطار دعم المستشفى الإستشفائي النهاري للحدّ من عدد الإقامات.

III- التصرف الإداري والمالي

إنّ تقييم أية مصلحة إدارية لا يتمّ إلاّ بالنظر إلى الظروف التي تعمل في إطارها وكذلك باعتبار الأهداف المرسومة لها من قبل الإدارة العامة وسلطة الإشراف.

1) تنظيم مصلحة التصرّف في شؤون المرضى

إنّ المستشفى الحبيب بورقيبة لم يكن في التصوّر الأوّلي إلاّ تتمة للمؤسسة الأمّ وهي المستشفى الجامعي الهادي شاكر ولذا فإنّ المثال الأوّلي لم يكن يحتوى على فضاء للإدارة قائم بذاته فالإدارة العامّة تم إيواؤها مكان قسم استشفائي ولم يتمّ بناؤها خارج البناية الأصلية للمؤسسة إلاّ سنة 1994 كما أنّ مصلحة التصرّف في شؤون المرضى كانت مقتطعة من البهو المركزي بدون أدنى ترتيبات وقد وقعت تهيئة المكان بوسائل ذاتية للمؤسسة لتحسين ظروف عمل الأعوان وللرفع من مردودية هذه المصلحة حيث لم يتم ذلك إلاّ سنة 1999.

أمّا من ناحية النقائص المتعلّقة بسير العمل بهذه الوحدة فهي ناتجة عن تزايد المهام المنوطة بعهدتها مع احتفاظها بنفس الهيكلة التي كانت عليها قبل دخول مرحلة الإصلاح الإستشفائي أي حين كانت عملية الفوترة لا تشمل إلاّ جزءا يسيرا من النشاط إلاّ أنّه وبدخول نظام التمويل الجديد للمؤسسات الإستشفائية المعتمد على الفوترة والتعويل على الموارد الذاتية تعدّدت المهام والأنشطة الجديدة مثل فوترة حوادث الشغل وفوترة أنشطة صناديق المساعدة التي أصبحت تضمّ العديد من أوجه التدخّل كتفتيت الحصى والعمليات الجراحية على القلب والشرايين والكشف بالأشعّة في خصوص المفراس والتصوير بالرنين المغناطيسي وفوترة التدخّلات بالنسبة للمضمونين الاجتماعين في إطار البروتوكول العام فإنّه لم تقع مواكبة هذا التطوّر في النشاط والمهام بإعادة هيكلة هذه المصلحة وتدعيمها بالأعوان والرفع من مستوى التأطير.

ويجدر التذكير هنا بأنّ ما يزيد على 60 % من الأعوان التابعين لهذه المصلحة هم من سلك العملة ممّا لا يمكّن من مجابهة الأخطار المنجرة عن تزايد عدد الفواتير المعالجة من قبل هذه المصلحة وتأثيراتها على التدفقات المالية الراجعة للمؤسسة. كما أنّ التجهيزات الإعلامية بقيت غير كافية ومع ذلك فإنّ الهدف الذي كان يرسم إلى هذه الوحدة هو بلوغ التقديرات على مستوى فوترة الأنشطة الخاصّة بصناديق المساعدة وحوادث الشغل والحصول على المستحقّات من الصناديق الاجتماعية إلى حدود السقف المعيّن في إطار البروتوكول العام الذي يقع بلوغه وتجاوزه سنويا.

ولهذه الأسباب فإنّ الجانب الإجرائي وكذلك مقتضيات الرقابة الداخلية وحسن التصرّف لم تكن تحظى بالعناية اللازمة نظرا لأنّ تجاوز هذه النقائص يتطلب توفير إمكانيات مادية وبشرية يصعب تحقيقها في ذلك الوقت. ونظرا لكثافة النشاط وعدم وجود العدد الكافي من الأعوان فإنّ بعض جوانب الأنشطة لم تقع فوترتها في الإبان وخاصّة على مستوى حوادث الشغل والأمراض المهنية.

ووعيا منها بأهمية مصلحة التصرف في شؤون المرضى ودورها في تحقيق الموارد المالية الضرورية للمؤسسة وما يتطلّبه ذلك من تحسين مستوى التأطير وإحكام إجراءات الرقابة الداخلية ستعمل الإدارة العامة على ما يلي :

- *إعادة هيكلة هذه المصلحة وتدعيمها بأعوان أكفاء ؛*
- *رسكلة الأعوان لتحسيسهم لمقتضيات الرقابة الداخلية ؛*
- *التفكير في تهيئة فضاءات قسم القبول للحدّ من الإكتظاظ وذلك في إطار تحسين ظروف الاستقبال بالمؤسسة ؛*
- *تدعيم سلك وكلاء الأقسام نظرا لكونه حلقة الوصل بين قسم القبول والفوترة والأقسام الإستشفائية ؛*
- *الحرص على عدم الجمع بين وظائف متنافرة على مستوى نفس الوحدة الإدارية بتطبيق مقتضيات دليل الإجراءات ؛*
- *النظر مع وزارة الإشراف في إمكانية ربط الأقسام الداخلية بمكتب القبول عن طريق شبكة المنظومة الإعلامية.*

2) نظام المعلومات ودور وكلاء الأقسام

إنّ نظام المعلومات بالنسبة للمستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة يعتبر ذو خصوصيات كبيرة نظرا لارتباطه عضويا بمستشفى الهادي شاكر والمستشفيات الجهوية والمحلية بالجهة وذلك لأن الطبق التقني للمؤسسة يقدم خدمات لكلّ هذه الجهات ممّا يستوجب ربط الشبكات الإعلامية ببعضها.

أمّا على مستوى إدارة التصرّف في شؤون المرضى فإنّ المشكل الأساسي كما ورد بالتقرير يتمثّل في حوسبة جزء من هذا النظام والمتمثّل في معالجة المعطيات أمّا جمع المعلومات وتدوينها فإنّه ينجز بطريقة غير آلية. فتعايش نظامين للمعلومات يتولّد عنه العديد من المخاطر من ناحية دقة وشمولية المعلومات بالإضافة إلى أنّ حلقة الوصل بين الإدارة والأقسام الإستشفائية والمتمثّلة في وكلاء القسم ليست متواجدة في كلّ الحالات فعدد الأعوان في هذا السلك لا يتعدى 11 من جملة 27 قسما. فالنظام المعلوماتي الحالي لا يستجيب إلاّ بصفة جزئية وغير دقيقة لمتطلبات الفوترة أمّا بقية المعلومات الطبية والتدخّلات فيقع احتسابها يدويا مع ما يترتّب عن ذلك من تجاوزات في ظلّ غياب نظام رقابة داخلي. ويجب في هذا الإطار حوسبة الملف الطبي للمريض وربط الأقسام الطبية بشبكة المعلومات مع اعتماد الترقيم المغناطيسي بالنسبة للكشوفات والتدخّلات.

أمّا على مستوى التطبيقة الإعلامية فقد أدخلت عليها العديد من التحسينات والإضافات ورغم ذلك فإنّ بعض النقائص مازالت موجودة خاصّة على مستوى سلامة وتأمين المعلومات ولذا فإنّ مركز الإعلامية التابع لوزارة الصحة العمومية يقوم دوريا بمتابعة الإخلالات ومعالجة بعضها ومن المنتظر إجراء تحويرات هامة في هذا المجال في نطاق التطبيقة الجديدة المطوّرة والتي سيقع اعتمادها قريبا. وفي هذا الصدد فإنّ الإدارة العامة تقوم بإعلام المركز بكلّ ما من شأنه أن يؤدي إلى مزيد تأمين النظام المعلوماتي علما وأنّ المركز المذكور قد أجرى تدقيقا بواسطة شركة مختصّة في هذا المجال وذلك قصد معاينة الإخلالات لاتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان سلامة وصحة النظام المعلوماتي.

IV- إجراءات خروج المرضى

إنّ عملية خروج المرضى تمثّل أهمّ مرحلة إدارية تتعلّق بها عملية الفوترة واستخلاص مستحقات المستشفى ممّا يحتّم تدوين المعلومات بصفة دقيقة وهو ما يتطلّب تواجد وكلاء الأقسام خلال الحصة الصباحية والمسائية وأيّام الأحد والأعياد الشيء الغير معتمد حاليا بسبب النقص في عدد هؤلاء الوكلاء كما أنّ التثبّت من احتساب كلّ التدخّلات والأعمال الطبية يستوجب الرجوع إلى الملف الطبي للمريض. ونظرا للضغوطات المسلّطة على وكلاء الأقسام أو لعدم وجودهم فإنّه يقع السهو عن بعضها ممّا ينجرّ عنه عدم استخلاص بعض مستحقات المستشفى بالنسبة للمرضى الخاضعين للتعريفة الكاملة.

أمّا فيما يتعلق بضرورة الإحتفاظ بنسخ من بطاقات العلاج فإنّ هذا الإجراء مطبق فيما عدا بعض الحالات التي يستعصى فيها على المواطن إمكانية نسخ البطاقة خلال الحصص الليلية أو أيام الأحد والعطل.

أ) فوترة الخدمات المسداة

إنّ فوترة الخدمات تعتبر المرآة العاكسة لنظام المعلومات بالمؤسسة فأي خلل في هذا النظام سينعكس على موارد وحقوق المستشفى وبما أنّ نظام المعلومات تعتريه الكثير من الإخلالات فمن الطبيعي أن تكون عملية الفوترة منقوصة خاصة وإنّ هياكل التدقيق الداخلي ومراقبة التصرّف غير موجودة.

وفي خصوص التصرف في قرارات التكفّل بمصاريف العلاج والتي لم يقع فوترتها فإنّ أغلبها يعود للسنوات الأولى من الإصلاح الإستشفائي وقد سبق شرح الأسباب التي حالت دون عملية الفوترة خاصّة بالنسبة لحوادث الشغل حيث لم يواكب زيادة النشاط تطوّرا في عدد الأعوان الأكفاء للقيام بهذه العملية أمّا فوترة النشاطات المتعلّقة بصناديق المساعدة فإنّ عديد الإخلالات الإجرائية قد شابت التصرّف في هذه القرارات لعلّ أهمّها عدم التنسيق بين الأقسام الطبية ومصلحة الفوترة نتيجة لعدم وجود وكيل قسم بالأقسام المعنية زيادة على تشابك وتكامل نشاط قسم جراحة القلب والشرايين مع قسم أمراض القلب بمستشفى الهادي شاكر والذي يستوجب تحويل المرضى بين قسم وآخر بدون إعلام مصلحة قبول المرضى.

وفي خصوص الالتزامات سواء بالنسبة لقسم الاستعجالي أو بقسم الإسعاف الطبي الاستعجالي فإنّها ذات مردودية ضعيفة جدا أو منعدمة وذلك لقلّة الضمانات القانونية التي توفّرها من ناحية التتبعات ذلك أن الظروف التي تحفّ بإمضاء الالتزامات والصبغة الاستعجالية للخدمات المقدمة تحول دون أخذ كافة البيانات لإستغلالها وأنّ عملية التتبّع تتولّد عنها مصاريف قد لا تغطيها المداخيل الحاصلة من جرّاء الاستخلاص. ومع ذلك فإنّ الإدارة تسعى إلى فوترة الالتزامات وتدقيق الإجراءات لمتابعتها ومحاولة استخلاصها.

ب) استخلاص المستحقات

تتّسم المهام التي تضطلع بها المؤسسة بتعدّد أوجهها حيث تلعب دورا اقتصاديا وعلميا واجتماعيا وهي أدوار تكون في بعضها متكاملة وفي البعض الآخر متنافرة ومتباعدة ويتمثّل ذلك خاصة في البعدين المالي والاجتماعي ولذلك فإنّ الإدارة العامة تحاول قدر المستطاع التوفيق بين هذين الدورين.

وفي هذا الإطار فإنّ عدم تنفيذ الأحكام ناتج عن الظروف الإجتماعية لبعض المرضى ولذا تحاول الإدارة استخلاص الديون باستصدار أذون بالدفع لحفظ حق المؤسّسة من ناحية التقادم.

1) التصرّف في الكمبيالات

إنّ طريقة التصرّف في الكمبيالات وخاصة تحريرها وإن كان مخالفا لدليل الإجراءات فهو ناتج عن عدم وجود وكلاء مقابيض بالصفة المطلوبة ويتطلّب تحريرها من طرف هذا السلك توفير ثلاث أعوان إضافيين لتغطية الفترات الصباحية والمسائية والليلية وفي هذه الصورة فإنّ مردودية هؤلاء الأعوان ستكون ضعيفة خاصّة بالنسبة للفترتين الأخيرتين مع أنّ الطريقة الحالية تسودها العديد من النقائص على المستوى الإجرائي فهي تمكّن من تحسين استغلال الطاقات البشرية المتوفّرة ومع ذلك فإنّ الإدارة العامة ستسعى إلى تلافي النقائص بـ :

- تحرير الكمبيالات والتصرف فيها من طرف أعوان إدارة المالية خاصة خلال الفترة الصباحية والمسائية.
- إجراء الجرد السنوي للكمبيالات.
- إصدار توصيات للتحري عند أخذ البيانات المدونة على الكمبيالات.

2) التصرّف في الخزينة

إنّ عملية تجميع الموارد من وكلاء المقابيض محل متابعة دائمة ولئن اكتشف الفريق الرقابي عملية عدم إيداع فهي حالة شاذة وناتجة عن تعدّد المهام المنوطة بعهدة القابض الرئيسي واضطلاعه في كثير من الأحيان بوظيفة وكيل المقابيض حيث يتولّى استخلاص المستحقات من المرضى لتسديد الشغورات ولكن يلاحظ من جهة أخرى أنّ دليل

الإجراءات يقتضي تواجد رقابة على مستوى مصلحة المالية وأخرى على مستوى مصلحة المحاسبة ونظرا لتأخر إنجاز القوائم المالية فإنّ هذه الرقابة غير موجودة وسيساهم تحيين المحاسبة في تدعيم هذه الرقابة والقضاء على المخاطر المنجرّة عن مثل هذه العملية.

أمّا من حيث النقص في سلك وكلاء المقابيض فإنّه من الواضح أن يؤثّر سلبيا على أداء المؤسسة وقد قامت الإدارة العامة بتدعيم هذا السلك بعونين ممّا مكّن من حلّ المشكل جزئيا ولكن تبقى الإشكالية في وجود أعوان أكفاء للإطلاع بهذه المهمّة خاصّة أنّ هذا السلك يقع انتدابه من الأعوان الشبه الطبيين.

ج) التصرّف في الصفقات

إنّ توسع النشاط الصحي بالمستشفى الجامعي الحبيب بورقيبة والتطوّر السريع لتقنيات الجراحة والعلاج من شأنه أن يحد من قدرة الإدارة العامة على التحديد الدقيق لحاجياتها من المستلزمات والأدوات الطبية كما وكيفا. ونظرا للطبيعة الاستعجالية لبعض الطلبات في هذا الإطار تضطر الإدارة العامة إلى الاستجابة لها في الإبان ممّا يحول دون الالتزام بمبدإ تجميع الحاجيات في بعض الحالات الطارئة زيادة على أنّ بعض التجهيزات الحديثة يقع اقتناؤها خلال السنة ولذا يجب شراء مستلزمات خاصّة بها بدون برمجة مسبقة.

ورغم ما سلف ذكره فإنّ الإدارة العامة تحرص على أخذ كل الإجراءات الضرورية لتفادي تجزئة الشراءات وذلك باعتماد الكميات التي تمّ التزوّد بها خلال السنوات الفارطة. كما ستحرص الإدارة على توفير بنك معطيات خاصّ بالمزوّدين لتجميع الشراءات والحدّ من ظاهرة الالتجاء إلى الاستشارات خاصّة في المواد غير الطبية.

وسعيا منها للحدّ من هذه النقائص المسجّلة في إطار إجراء طلبات العروض عملت الإدارة العامة منذ سنة 2006 على تدعيم مصلحة الكتابة القارة للصفقات بإطار إضافي كما تم سنة 2007 إلحاق مجازة في التصرّف بهذه الوحدة في إطار التربّص للإعداد للحياة المهنية.

أمّا في خصوص تنفيذ الصفقات فستعمل الإدارة العامة على مزيد إحكام مراقبة هذه المرحلة بأكثر دقة وتطبيق مقتضيات عقود الصفقات طبقا للإجراءات المعمول بها في هذا المجال.

وفي الأخير تجدر الملاحظة أنّ التصرّف السليم والناجع لا يكون إلاّ باعتماد نظام معلومات دقيق وشامل وتحديد مسالك إجرائية وإدارية للتمكّن من توفير ظروف ملائمة للرقابة الداخلية وهو هدف أساسي لبرنامج الإصلاح الإستشفائي على أنّه بالنسبة لمستشفى الحبيب بورقيبة هنالك عدة خصوصيات يجب أخذها بعين الاعتبار لتحقيق الأهداف المرجوّة :

- *إنّ نظام المعلومات بالمؤسسة مرتبط عضويا بمؤسسات أخرى وخاصّة مستشفى الهادي شاكر باعتبار تكامل أنشطة الأقسام بين ما هو طبي وجراحي وكذلك لاعتماد طبق تقني مشترك فأيّ تصحيح لإخلالات يتطلب إقناع عدة أطراف على مستوى المؤسّسة وخارجها ؛*
- *تشعّب مسالك التصرّف بالمؤسسة (وحدة للرنين المغناطيسي وقسم للطب النووي ووحدة لتفتيت الحصى وقسم استعجالي إلخ) بالإضافة إلى الأقسام الجراحية العادية وأقسام السرطانيات وتنوّع الأنشطة وخصوصية بعضها بالنسبة للآخر سينعكس على آليات التصرف بالمؤسسة ؛*
- *وجود المؤسسة كمحور أساسي في الخدمات الصحية بالجهة يحملها أعباءا ثقيلة خاصّة على مستوى تمويل الطبق الفني ممّا سينعكس سلبا على توازناتها المالية.*