

إصلاح التنظيم الصحي

خير الدين بن سلطان (*)

ترجع أول مبادرة لتنظيم هيكلية للصحة بالبلاد التونسية الى سنة 1884 وذلك باحداث هيكل اداري يعني بالتصرف في العدد الضئيل من مراكز العلاج المتوفرة آنذاك والمقصورة على العاصمة وبعض المدن الكبرى. ولم يحظ قطاع الصحة بوزارة تشرف عليه الا في سنة 1947 وذلك باحداث وزارة للصحة العمومية بمقتضى الامر المؤرخ في 25 أوت 1947. وبقطع النظر عن الفترتين المتراوحتين بين 1958 و1964 ثم بين سبتمبر ونوفمبر 1969 التي تم خلالها ادماج قطاعي الصحة العمومية والشؤون الاجتماعية في وزارة واحدة، فإن قطاع الصحة العمومية انفرد منذ ذلك التاريخ بوزارة تشرف عليه.

أما على المستوى الجهوي وإلى جانب الادارة المركزية. فإن أول تنظيم جهوي يرجع الى سنة 1957 والمتمثل آنذاك في المناطق الادارية للصحة العمومية التي كانت تضم كل واحدة منها معدل ولايتين وتطور هذا التنظيم الاداري الجهوي حتى سنة 1981 التي شهدت احداث الادارات الجهوي للصحة العمومية الي يوازي عددها اليوم عدد الولايات.

وفي الحقيقة فإن أول مبادرة للتنظيم الصحي للبلاد على مستوييه الهيكلي والوظيفي ترجع الى سنة 1969 وهي المتمثلة في اصدار القانون عدد 2 المؤرخ في 20 جانفي 1969. الا ان هذا التشريع، وبعد مرور اثنتين وعشرين سنة على سنه، أصبح لا يتماشى والتطور الذي عرفه القطاع الصحي بالبلاد فضلا عن كونه، منذ تاريخ اصداره، منقوصا إذ انه اقتصر على تنظيم الصحة في قطاعها العمومي دون اعتبار التطور الحاصل في القطاع الخاص. وقد بقي هذا القطاع خاضعا لاحكام أمر 1936/7/30 المتعلق باحداث دور الصحة.

وتفاديا لتلك النقائص تمت مراجعة قانون 1969 وأمر 1936 المذكورين انفا، وكان ذلك بمقتضى القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 المتعلق بالتنظيم الصحي الذي اتى لتحسين تشريعات اصبحت في معظمها غير مناسبة وسد الثغرات والنقائص الموجودة بها.

ومن جملة المبادئ التي جاء بها القانون الجديد تجدر الاشارة الى أنه اول نص تشريعي يقر مبدأ من مبادئ حقوق الانسان وهو الحق في الصحة ، وذلك تجسيدا لمبدأ الحق في الصحة للمواطنين المنصوص عليه بتوطئة دستور البلاد الصادر في غرة جوان 1959 كم يقر هذا القانون الجديد مبدأ وضع الخريطة الصحية وتحديد مفهومها كاداة لتخطيط الاستشارات العمومية والخاصة في قطاع الصحة حسب التوزيع الجغرافي واهمية التجهيزات الموجودة بمختلف المناطق .

على ان ما يتميز به القانون الجديد هو انه يشكل اول محاولة لتقديم سياسة متكاملة للتنظيم الصحي بالبلاد تشمل على قدم المساواة القطاع العمومي والقطاع الخاص . ويعكس هذا التمشي الحرص على اعتبار قطاع الصحة العمومية كلا لايتجزأ يتفاعل فيه القطاع العام والقطاع الخاص في كنف التكامل . واذا كان من مشمولات الدولة تأمين المرفق العمومي للصحة وذلك عن طريق تنظيم الهياكل الصحية العمومية وأسداء الخدمات الصحية بها ، فإن الدولة مدعوة بوصفها الضامن للصالح العام الى تنظيم الانشطة الصحية الخاصة لما لهذه الانشطة من تأثير في صحة المجموعة .

في خضم الجدل الفقهي المرتبط بنظرية المرفق العمومي هناك اجماع عل اعتبار أن المرفق العمومي يهدف الى تلبية مصلحة عامة .

ولئن وقعت مؤاخذه هذا التطابق بين المرق العمومي والمصلحة العامة على اساس ن هذه الاخيرة تفتقر الى معايير واضحة وثابتة من شأنها ان تعرف بها فإن مجال الصحة بقى ، عبر مختلف النظريات والمذاهب

وكذلك عبر مختلف التحولات في مشمولات الدولة، من بين المجالات التي تكتسب صبغة المصلحة العامة وهي بذلك موكلة الى الدولة للتكفل بها. ويكون تكفل الدولة بالمرفق العمومي للصحة على مستويين اثنين: على المستوى الوظيفي وذلك عن طريق اسداد الخدمات الصحية للمواطنين، وعلى المستوى الهيكلي عن طريق تنظيم المؤسسات والهيكل واحكام تسييرها.

العنوان الاول: المرفق العمومي للصحة في جانبه الوظيفي

1- مبادئ المرفق العمومي للصحة:

ان تأمين المرفق العمومي للصحة كان على امتداد خمس وثلاثين سنة والى اليوم من اوكد اولويات الدولة. فمذ الاستقلال كان الهدف الترفيع في مستوى الخدمات الصحية المسداة الى السكان، فعلى سبيل المثال يوفر القطاع الصحي سنة 1989 طبيا لكل 1.170 ساكنا بينما كانت النسبة سنة 1965 طبيا لكل 8.000 ساكن. اما عدد الاسرة الاستشفائية العمومية فهو يقدر سنة 1989 ب 16116 سريرا وذلك بمعدل سريرين لكل الف مساكن وهو ما يمثل 3، 92 من جملة الاسرة الاستشفائية بالبلاد. ان هذه الموارد البشرية و المادية تكلف المجموعة الوطنية نفقات باهظة، ذلك لان مجموع النفقات الصحية يمثل 5، 4 بالمائة من الناتج الدخلي الخام، تساهم فيه الموارد العمومية و المتأتية من ميزانية الدولة و من مساهمات الهيئات العمومية بنسبة 67٪.

و ترصد جملة هذه الموارد لاسداء الخدمات الصحية بمختلف الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في اطار الخدمات الصحية التي توفرها العلاجية منها و الوقائية. ذلك أن الحماية الصحية للمواطنين من الاوبئة و الافات الاجتماعية، و الوقاية من الامراض و العاهات هي مرتبطة شديد الارتباط بالصالح العام و هي، تبعا لذلك، موكولة الى الدولة التي تؤمنها في اطار مرفق عمومي. ولا أدل على ذلك من ادراج اثنتي عشر خدمة صحية في اطار برامج وطنية صحية وقع تصنيفها ضمن ثلاثة محاور

كبرى تتعلق برعاية صحة الام والطفل ، وبمقاومة الامراض المعدية و بالصحة المدرسية والجامعية ، وذلك الى جانب الخدمات الصحية العلاجية العادية التي تسديها المؤسسات الصحية في نطاق انشطتها التقليدية .

أما عن كيفية تكفل الهياكل الصحية بالمرضى فان القانون المشار اليه عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 فانه اقر في فصله 34 مبدأ المساواة أمام المرفق العمومي وذلك بالتنصيب على أن الهيكل الصحية العمومية المفتوحة لجميع الاشخاص الذين تتطلب حالتهم الصحية خدماتها ، كما أن الامر عدد 1634 لسنة 1981 والمتعلق بضبط التنظيم العام الداخلي للمستشفيات والمعاهد والمراكز المختصة التابعة لوزارة الصحة العمومية اشار في فصله الرابع الى أنه يجب على المؤسسات العمومية الاستشفائية والصحية الا تميز بين المرضى فيما يخص العلاج .

كما أنه نص في فصله الثالث على أن هذه المؤسسات تفتح في وجه كل الاشخاص الذين تستوجب حالتهم الصحية الخدمات المسداة من طرف هذه المؤسسات .

أما مبدأ الاستمرارية الذي هو ايضا من مكونات المرفق العمومي فقد وقع اقراره بالنسبة الى الصحة العمومية ضمن الامر المشار اليه في فصله الثالث الذي نص على أن المؤسسات الاستشفائية والصحية يجب ان تكون قادرة على استيعاب المرضى بالنهار والليل وان تعذر ذلك فانها تحاول ان تضمن قبولهم بمؤسسة اخر تابعة لوزارة الصحة العمومية . كما أنه يجب ان يسمح التنظيم الداخلي لنشاطها بقبول الحالات الاستعجالية بوجه خاص وعلاجها ، وذلك بصورة مستمرة وبصورة اعم فإن الفصل 66 من نفس الامر اشار الى ان الخدمات الطبية تجرى بصفة مستمرة بالمنشآت الاستشفائية والصحية التابعة للدولة ، وتحقيقا لتلك الاستمرارية في توفير المرفق العمومي للصحة فان الفصل 75 من الامر المشار اليه نظم حصص الاستمرار الليلية سواء بالنسبة الى المصالح الطبية للمؤسسات الاستشفائية أو بالنسبة الى أقسام الاستعجالي ،

والطب، والجراحة، والتوليد ونص نفس الفصل 75 على أي حصص لاستمرار الليلية تجسم بحضور متواصل لطبيب متربص داخلي في الجراحة، وطبيب مقيم في الطب العام على الأقل. كما اشار الفصل 76 الى حصة استمرار ادارية وفنية يمكن القيام بها سكاني من كلف بها وذلك في صورة نقص في الموظفين.

ومن ناحية اخرى فان مبدأ استمرارية المرفق العمومي للصحة يكتسي صبغة اكثر شمولية تراعى التوزيع الجغرافي للهياكل والمؤسسات الاستشفائية وتوفير الاطارات اللازمة للسهر عليها.

وفي هذا الصدد لعله من أهم مبررات الخريطة الصحية التي اقراها القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 في فصله الرابع هو الحرص على عقلنة تركيز الهياكل الصحية وتوزيعها عبر المناطق حتى تكتسي الشبكة الصحية اكثر نجاعة في تلبية طلبات الجهات. وفي نفس الاطار، وضمانا لتوفير العدد الكافي من الاطارات الصحية بمختلف الهياكل والمؤسسات الاستشفائية اينما وجدت وبالقدر الذي يتطلبه حجم انشطتها ونوعيتها، جاءت الاوامر المتعلقة بالانظمة الاساسية للاطباء ولاطباء الاسنان والصيدالة للصحة العمومية المؤرخة في 4 فيفري 1991 لتشترط على كل المتبدين بقطاع الصحة العمومية من هذه المهن ان يقضوا حال انتدابهم سنتين على الأقل في المناطق الصحية المعتمدة ذات الاولوية وهو اجراء من شأنه ان يجد من مظاهره التفاوت بين العاصمة والمدن الكبرى والمناطق الساحلية من جهة وبقية مناطق البلاد من جهة اخرى.

2 - إشكالية مجانية العلاج :

وفيما يتعلق بمجانية المرفق العمومي والذي اثار اكثر جدلا في الفقه القانوني، فان التشريع التونسي قد اقره بالنسبة الى الصحة على ان هذا الاقرار لم يكن مطلقا وذلك تماشيا والتوجهات الحديثة التي تركز على ادخال شيء من المرونة على مبدأ المجانية المطلقة وذلك بإدخال ترتيبات في تسيير المرافق العمومية.

ذلك ان هذا المبدأ، وان كان من الركائز الاساسية في نظرية المرفق العمومي عند بروزها، فهو ما انفك يتقهقر ليفسح المجال لاشكال وترتيبات عملية في تسيير المرافق العمومية تمتد من المجانية المطلقة الى دفع المقابل مروراً بالمجانية النسبية ومساهمة المرتفق في نفقات المرفق العمومي . لقد اقر التشريع التونسي هذه الترتيبات الاربعة وهي تمثل مختلف اشكال تكفل المرفق العمومي للصحة بالمرتفقين .

المجانية المطلقة وقع اقرارها بالفصل 35 من القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991 والمتعلق بالتنظيم الصحي ويستفيد بها كل تونسي معوز وزوجه واطفاله الذين هم في كفالته، كما يستفيد بها كل الاشخاص الذين تشملهم الحملات الوقائية او المصابين بامراض وبائية .

المجانية النسبية هي أيضا وقع اقرارها بالفصل 36 من القانون المشار اليه ويستفيد بها بعض الاصناف من التونسيين وازواجهم وبنائهم الذين هم في كفالتهم . وتتمثل هذه المجانية النسبية في دفع مساهمات رمزية من طرف المتفاعلين بالنسبة الى كل خدمة صحية تسديها اليهم المؤسسات الصحية .

المساهمة في نفقات المرفق العمومي من طرف المتفاعلين به اقرها ايضا القانون المشار اليه بالفصل 37 وهو نظام التغطية مقابل مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة العمومية، وفي الحقيقة فان المساهمة في نفقات المرفق العمومي للصحة تتم عن طريق المضمونين انفسهم على مستوى مساهماتهم الشهرية في موارد الصناديق، على ان تتكفل الصناديق بالتجميع والتسديد لياكل الصحة العمومية .

الانتفاع بالمرفق العمومي بمقابل : اقره الفصل 38 من القانون المشار اليه وهو رابع طريقة في تكفل المرافق العمومية للصحة بالمتنفعين بها . وان كان هذا النظام يوحي بأنه قد يكون تراجعا في مبدأ مجانية المرفق العمومي فانه يبقى ترتيبا خاصا لهذا المبدأ وذلك لاعتبارين اثنين : اولهما يتعلق بحجم المتنفعين بالمرفق العمومي والخاضعين لدفع مقابل اذ لا يمثل هذا الصنف الا قسما ضئيلا من جملة المتنفعين (حوالي 15٪) وثانيهما يتعلق بمقدار المقابل الذي هو دون تكاليف الخدمات المسداة اذ يقع تسديد الفارق بين الكلفة ومقدار المقابل من ميزانية الدولة كما هو الشأن بالنسبة الى المجانية النسبية والمطلقة او مساهمة الصناديق الاجتماعية .

العنوان الثاني : المرفق العمومي للصحة في جانبه الهيكلي

ان للجانب الهيكلي للمرفق العموم اهمية تضاهي اهمية الخدمات التي يسديها ذلك ان مردودية المرفق العمومي ونجاعته ونوعية خدماته هي نتيجة لتوفر جملة من العوامل والشروط كالموارد المادية والبشرية وكذلك هيكلية المؤسسات وحسن تسييرها .

ان هيكلية المرفق العمومي للصحة متعددة ومتشعبة ويمكن تصنيفها كغيرها من الهياكل الادارية الى هياكل مركزية وهياكل لامركزية .

الهياكل المركزية للمرفق العمومي للصحة في الادارة المركزية والهياكل الاستشارية .

الادارة المركزية للصحة العمومية وقع تنظيمها بمقتضى الامر عدد 793 لسنة 1981 المؤرخ في 9 جوان 1981 . وقد ضبط عدد الادارات ومشمولاتها وعلاقتها بين بعضها ومن خاصيات هيكلية الادارة المركزية للصحة العمومية تصنيف الوحدات الادارية حسب اختصاصها الى وحدات تقنية وهي التي لها علاقة مباشرة في تحديد السياسة الصحية

للبلاذ والسهر على تنفيذها وهي كلها مجمعة في ادارة عامة للصحة، والى وحدات اعداد الوسائل وهي الادارات والمصالح ذات الصبغة الادارية والمالية وكلها مجمعة في الكتابة العامة للوزارة.

اما على مستوى الادارات الجهوية التي وقع تركيزها بكل ولايات الجمهورية التي يتطابق نطاق اختصاصها مع التقسيم الاداري الى ولايات، فان هذه الازدواجية المبنية على الاختصاص تفسح المجال الى توحيد السلطة الادارية بين يدي المدير الجهوي للصحة العمومية الذي يمارس صلاحيات تقنية وادارية ومالية، شأنه في ذلك شأن الوزير على المستوى المركزي.

وتجدر الملاحظة ان الادارات الجهوية للصحة العمومية التي حلت محل المناطق الادارية للصحة العمومية» كادارات لا محورية خصصها الامر عدد 225 لسنة 1981 المؤرخ في 18 فيفري 1981 والمتعلق بتنظيم مشمولات انظارها بنوعين من الصلاحيات: منها التي منحها النص العام ومنها التي تتخذ في شأنه نصوص خصوصية. المشمولات الخاصة وهي المتعلقة بتطبيق السياسة الصحية الجهوية بالاتصال مع السلط الجهوية والمحلية وتنسيق أنشطة الصحة العمومية والسهر على السير الحسن للمصالح الاستشفائية في ميادين الصحة الاساسية، وحفظ الصحة ومقاومة الاوبئة والتطهير، والصدلة والمخابر ثم المشمولات في ميدان التصرف الاداري والمالي وهي التي تمارس بمقتضى التفويضات المسندة من وزير الصحة العمومية.

والى جانب ادارات التسيير والتصرف وقع تركيز هيآت استشارية في ميدان الصحة العمومية لعل من اقدمها المجلس الاعلى للصحة العمومية وهو مجلس ذو صلاحيات عامة. الا ان التمشى الجديد في هذا الميدان ارتكز على التكثيف من هذه الهيآت وتنويع اختصاصها تماشيا وتعدد مجالات الصحة بصفة عامة وذلك حتى تكون هذه الهياكل اكثر دقة في اناة القرار الاداري والتمهيد له. وقد جاء قانون جويلية 1991 في فصله الثامن لتعداد هذه الهيآت وهو المجلس الاعلى للصحة،

وللمجلس الاعلى للسكان، واللجنة الوطنية للاخلاقيات الطبية، والمجلس الوطني للدواء والمجلس الوطني للتجهيزات الطبية والتقنية، والمجالس الجهوية والمحلية للصحة العمومية، واللجنة الوطنية للمؤسسات الصحية الخاصة.

أما الخدمات الصحية في حد ذاتها والتي تمثل الجانب الظاهري للمرفق العمومي للصحة فقد اوكلها القانون الى ادارات لا مركزية في شكل مؤسسات عمومية وهي جملة الهياكل الصحية العمومية التي نظمها الباب الثاني من القانون عدد 63 لسنة 1991 المؤرخ في 29 جويلية 1991. وتعرض اليها بتصنيفها حسب معيارين اثنين :

تصنيف اول تقني حسب مهامها وتجهيزاتها واختصاصها الترابي الى اربعة اصناف وهي مراكز الصحة الاساسية، والمستشفيات المحلية، والمستشفيات الجهوية، والمؤسسات الصحية ذات الصبغة الجامعية.

وتصنيف ثان قانوني حسب قواعد تسييرها الى مؤسسات ذات صبغة ادارية، ومؤسسات عمومية للصحة وتجدر الاشارة في هذا الصدد الى انه وان كانت المؤسسات العمومية ذات الصبغة الادارية متعارفا عليها قانونا، فقها وتشريعا، وهي تلك التي تقابلها المؤسسات العمومية ذات الصبغة الصناعية والتجارية، فان المؤسسات العمومية للصحة هي تصور عملي يهدف الى خلق صنف قانوني جديد لا يندرج ضمن التصنيف التقليدي والمتعارف ياخذ من ميزات الصنفين التقليديين ما توفره للتصرف المحكم ولترشيد التسيير استجابة لما تقتضيه خصوصيات الهياكل الصحية . فعلى سبيل المثال اثبتت تجارب التصرف الاداري والمالي الخاصة بالمؤسسات العمومية الادارية ثقل اجراءات مجلة المحاسبة العمومية فتم التخلي عنها لفائدة الاجراءات الخاصة بالقانون التجاري التي هي اكثر مرونة ونجاعة للتحكم في النفقات خاصة عندما تعتمد المحاسبة التحليلية ومن ناحية اخرى وتجسيدا لمبدأ استمرارية المرفق

العمومي وقع التنصيب على مبدأ عدم قابلية ممتلكات المؤسسات العمومية للصحة للعقلة، وهو مبدأ تم تقليديا افراد المؤسسات العمومية ذات الصبغة الادارية به دون غيرها.

وخلاصة القول ان جملة الترتيبات الاجرائية التي جاء بها العنوان الاول الخاص بالمؤسسات العمومية للصحة انما هي تهدف الى تخصيص هذا الصنف القانوني الجديد بما يكفل له اكثر نجاعة في التصرف مع الاشارة الى انه سيشمل في مرحلة اولى الهياكل الصحية الضخمة التي هي اكثر تشعبا في تسييرها اعتبارا لتعدد اختصاصاتها ولحجم مواردها.

في الختام يمكن ان نلخص الاصلاح الذي ادخل على المرفق العمومي للصحة لجعله مواكبا لمتطلبات الساعة واخرجه من الازمة التي تؤدي فيها فيما يلي:

- إقرار الخريطة الصحية لعقلنة الاستشارات في هذا الميدان وتخطيط تركيز المنشآت الصحية في البلاد حسب حاجيات السكان وتوزيعهم الجغرافي.

- تنشيط وتعديل مبدأ المجانية في العلاج - تغيير طبيعة القانون للمؤسسات الصحية العمومية لتمتعها بالشخصية المدنية والاستقلال المالي اعتبارا تاجرا في علاقاتها مع الغير ويسهر على تسييرها مجلس ادارة يتكون أعضائه من مختلف المتدخلين.

- ادخال الاعلامية في التسيير وإعداد دليل الاجراءات الذي يحدد ويعرف بجميع مراحل الاعمال الادارية والفنية التي تحصل داخل المؤسسة.