المملكـة المغربيـــة
البرلمـــان
مجلـس المستشـــارين

تقرير المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية الخاصة بمناقشة وتقييم السياسات العمومية حول المرفق العمومي

عبد الكريم مهدي
رئيس المجموعة الموضوعاتية

أحمد تويزي
مقرر المجموعة الموضوعاتية

دورة أكتوبر 2019/2018

المدخل العام

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

طبقا لأحكام الفقرة الثانية من الفصل101 من الدستور والنظام الداخلي لمجلسنا الموقر خاصة المواد من 264 إلى 269، يشرفني أن أعرض على أنظاركم التقرير الذي أعدّته المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية لمناقشة وتقييم السياسات العمومية.

إن من أهم ما ميز أشغال المجلس خلال السنوات الأربع الأخيرة هو تفعيل هذا المقتضى الدستوري، بالرغم من الإكراهات المحيطة بهذه المهمة، وتعتبر هذه المحطة لحظة أساسية يبرز فيها التعاون القائم بين الجهازين التشريعي والتنفيذي، ذلك أن تفعيل البرلمان لهذا الاختصاص الموكول إليه طبقا للدستور،والمتمثل في تقييم السياسات العمومية للحكومة ، يستدعي انخراط الهيئات والمؤسسات الدستورية والقطاعات الوزارية المعنية باعتبارها شريكا وطرفا أساسيا في هذه العملية.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

إسمحوا لي بأن استعرض أمامكم مختلف الخطوات التي قطعها مجلس المستشارين لأجل الإعداد لهذه الجلسة، فاستنادا إلى الدستور وإلى مقتضيات النظام الداخلي، شرع المجلس في التحضير لهذه الجلسة في مستهل دورة أكتوبر 2017/2016، بمراسلة مختلف الفرق والمجموعات البرلمانية بتاريخ 21 أكتوبر 2016 لاقتراح مواضيع للتقييم، وقد بلغ

مجموع المقترحات 40 موضوعا،همّت مختلف مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وحيث إن أغلبها تتعلق بإصلاح الإدارة، انسجاما مع الخطاب الملكي السامي الموجه إلى البرلمان في افتتاح السنة التشريعية 2017/2106،وتماشيا مع خصوصية المكونات التي يتألف منها مجلس المستشارين، حصل الاتفاق داخل مكتب المجلس خلال الاجتماع المنعقد في 27 دجنبر 2016 على موضوع الخدمات التي يقدمها المرفق العمومي، نظرا لراهنية الموضوع وارتباطه الوثيق بالحياة اليومية للمواطن المغربي.

وتبعا لذلك، راسل المكتب في 30 دجنبر 2016 مختلف الفرق والمجموعات البرلمانية بغية اقتراح من يمثلها من الأعضاء داخل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة كآلية أوكل لها النظام الداخلي مهمة التحضير للجلسة السنوية لتقييم السياسات العمومية، وذلك استنادا إلى مبدأ التمثيل النسبي.

وبعد تشكيل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة من جميع الفرق والمجموعات بالمجلس، انعقد اجتماعها الأول برئاسة السيد عبد الحكيم بنشماش رئيس مجلس المستشارين بتاريخ 7 فبراير 2017، وتميّز بكلمة توجيهية ذكّر فيها السيد الرئيس بالمقتضيات الدستورية والتنظيمية المؤطرة لهذه العملية، ومقدّما لمحة عن التجربتين السابقتين، وعن عناصر القوة فيها، والقضايا التي لا تزال بحاجة إلى المعالجة، بحيث كان مجلس المستشارين سبّاقا لتفعيل هذا المقتضى الدستوري بالإعتماد على إمكانياته الذاتية.

وخلال الاجتماع الثاني المنعقد بتاريخ 9 فبراير 2017،والذي خصص جدول أعماله لانتخاب رئيس المجموعة الموضوعاتية ونائبين له ومقرّرها، تمت هيكلة المجموعة الموضوعاتية كما يلي:

- رئيس المجموعة الموضوعاتية: السيد عبد الكريم مهدي عن فريق الاتحاد العام لمقاولات المغرب؛
- النائب الأول لرئيس المجموعة الموضوعاتية: السيد علي العسري عن فريق العدالة والتنمية؛
- النائب الثاني لرئيس المجموعة الموضوعاتية: السيد محمد حيتوم عن فريق الاتحاد المغربي للشغل؛
- مقرّر المجموعة الموضوعاتية: السيد أحمد تويزي عن فريق الأصالة والمعاصرة.

وضمّت المجموعة الموضوعاتية في عضويتها كذلك، السادة:

- السيد رحال المكاوي والسيد حسن سليغوة عن الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية؛
- السيد عبد العزيز بنعزوز وعن فريق الأصالة والمعاصرة؛
- السيد امبارك السباعي عن الفريق الحركي؛
- السيد لحسن أدعي عن فريق التجمع الوطني للأحرار؛
- السيد عبد الحميد فاتحي عن الفريق الاشتراكي
- السيد محمد عدال عن الفريق الدستوري عن الديمقراطي الاجتماعي؛
- السيد المبارك الصادي عن مجموعة الكونفدرالية الديمقراطية للشغل؛
- السيد عبد اللطيف أعمو عن مجموعة العمل التقدمي.

وخلال اجتماعها الثالث المنعقد بتاريخ 14 أبريل 2017، انكبت المجموعة على وضع برنامج زمني لإنجاز مهمتها، أعقبتها اجتماعات متتالية على امتداد سنتين تشريعيتين (2017/2016 و2018/2017) بالإضافة إلى الدورة الحالية من السنة التشريعية (2019/2018)، بلغت في مجموعها إلى حدود اعتماد هذا التقرير، واحد وعشرون (21) اجتماعا.

وعقب تنصيب الحكومة الجديدة، راسل السيد رئيس مجلس المستشارين بتاريخ 4 ماي 2017 الحكومة في شخص رئيسها، والسيد الوزير المكلف بالعلاقات مع البرلمان، لإخبارهما بالموضوع المعتمد، وللإعراب عن تطلع مجلس المستشارين الى تعاون القطاعات الحكومية المعنية مع المجموعة الموضوعاتية، وتزويدها بما توفر لديها من معطيات ووثائق حول القضايا ذات الصلة بمحاور التقييم.

وقد اتبعت المجموعة الموضوعاتية في إنجاز مهتمها المراحل التالية:

- تحديد المحاور التي اشتغلت عليها المجموعة الموضوعاتية، حيث حصرت موضوع المرفق العمومي في المحاورالتالية:

*المراكز الجهوية للاستثمار؛

*الخدمات الصحية ؛

* منظومة التربية والتعليم.

- تعيين الطاقم الاداري المواكب لعمل المجموعة الموضوعاتية.

- توجيه مذكرة لرئاسة المجلس تتضمن القطاعات الوزارية المعنية، والهيئات والمؤسسات الوطنية، بغاية مدّ المجموعة بالآراء والدراسات الجاهزة لديها، بخصوص المحاور المذكورة أعلاه؛
  - تحديد هندسة للتقريرومنهجية إعداده؛
  - تجميع المادة الخام لإعداد التقرير من خلال المصادر والمراجع التالية
    - الدراسات المنجزة حو الاستراتيجيات المستهدفة و على تقارير المؤسسات الدستورية والهيئات الحكومية(المجلس الأعلى للحسابات،المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي،المندوبية السامية للتخطيط...)
    - عروض السادة الوزراء المشرفين على القطاعات موضوع التقييم مرفوقين بالسادة المسؤولين الجهويين.
    - الأسئلة الشفوية والكتابية لأعضاء المجلس ذات الصلة بموضوع التقييم وأجوبة الحكومة عليها.
  - إعداد المسودة الأولية.
  - توزيع التقرير الأولي للمجموعة على أعضاء المجموعة الموضوعاتية للإغناء وإبداء الملاحظات حول مضامينه.
  - اعتماد الصيغة النهائية للتقرير ورفعه إلى مكتب المجلس.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

بناء على عناصر المنهجية المعتمدة، شرعت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة في إنجاز مهام البحث وتجميع العناصر اللازمة لإعداد مسودة تقرير المجموعة الموضوعاتية.

وبهدف توضيح الرؤية، وجّه السيد رئيس المجموعة تطبيقا لمقتضيات المادة 266 من النظام الداخلي مذكرة إلى رئاسة المجلس بتاريخ 15 يونيو2017 يطلب فيها عقد اجتماعات مع القطاعات الحكومية المعنية، ويتعلق الأمر بطلب حضور وزير التربية الوطنية والتعليم العالي والبحث العلمي ومدراء الاكاديميات الجهوية للقطاع، والسيد وزير الصحة مرفوقا بالمسؤولين

الجهوين للقطاع، والسيد وزير الداخلية والسيدات والسادة مديرو المراكز الجهوية للاستثمار لإلقاء عروض حول الموضوع، كل في مجال اختصاصه.

كما تم استثمار الرصيد الوثائقي المتوفر في هذه المادة، سواء تعلق الأمر بالدراسات الصادرة عن عدد من المؤسسات، أو بالتفاعل الحاصل بين الحكومة ومجلس المستشارين من خلال الجلسات الأسبوعية للأسئلة الشفهية، وتقارير اللجان الدائمة الخاصة بمناقشة الميزانيات الفرعية للقطاعات المعنية.

ولقد تجاوب السادة الوزراء المعنيون مع طلبات المجموعة الموضوعاتية، حيث تقدموا بعروض أمام أعضاء المجموعة الموضوعاتية، في الاجتماعات المنعقدة على التوالي في 5 و10 و27يوليوز 2017، بحضور عدد من المندوبين الجهويين للقطاعات المذكرة أعلاه، في أجواء طبعها التفاعل الايجابي والمثمر بين السادة أعضاء المجموعة الموضوعاتية والسادة الوزراء.

وانطلاقا من المعطيات التي تم تجميعها من الوثائق المتوصل بها و التي كانت متوفرة، وكذلك في الاجتماعات التي تم عقدها مع القطاعات المعنية، تم إعداد المسودة الأولية لتقرير المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الذي أحيل على السادة أعضائها قصد الاطلاع وإبداء الملاحظات والإضافات الضرورية حول المضامين الواردة فيها.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

لقد كان من المفروض أن تنتهي مهمة المجموعة الموضوعاتية بتقديم التقرير النهائي إلى مكتب المجلس في غضون الحيز الزمني المتبقى أنذاك على اختتام الدورة التشريعية (2017/2016)، غير أن الظروف التي أحاطت بتشكيل المجموعة الموضوعاتية وطبيعة مهمتها، فرضت واقعا جديدا دفع بنا إلى اتخاذ قرار في الاجتماع الذي انعقد يوم الثلاثاء 25 يوليوز 2017 بمراسلة السيد رئيس المجلس لطلب تأجيل تقديم التقرير إلى حين استكمال جميع شروط إنجازه، وقد كان طلبنا مبررا بما سنأتي على تفصيله في هذا التقديم.

فمن بين ما استندنا إليه في طلب التأجيل هو الإكراه الزمني الناتج بالأساس عن التأخرالنسبي الحاصل في تشكيل المجموعة الموضوعاتية المكلفة بالتحضير للجلسة السنوية لمناقشة و

تقييم السياسات العمومية ، وكذلك نفس الشيئ بالنسبة لهيكلتها التي تأخرت إلى غاية شهر فبراير 2017 بتزامن مع نهاية دورة أكتوبر للسنة التشريعية(2017/2016)، و لم تباشر عملها إلا في منتصف أبريل 2017 بسبب تأخر تشكيل الحكومة الجديدة.

و بالرغم من هذه المعطيات غير المساعدة فإن المجموعة الموضوعاتية تسجل التجاوب غير المسبوق للقطاعات الحكومة المعنية بعملية التقييم (الداخلية ، التعليم والصحة)،حيث عرفت أشغالها و لأول مرة حضورا وازنا لمسؤولي هذه القطاعات من وزراء ووزراء منتدبيين وكتاب الدولة بالإضافة إلى المسؤولين المركزيين و المندوبين الجهويين للوزارات المعنية .

إن هذا الزخم في التعاطي الإيجابي للحكومة مع المجموعة الموضوعاتية،بالإضافة إلى مجهودات الأطر الإدارية للمجلس المواكبة لأشغال المجموعة من خلال البحث و التنقيب الذي قامت به في مختلف المصادر ذات الصلة ، مكنها من توفير رصيد هام من المعلومات والبيانات و المعطيات مما ساعدها على وضع تشخيص دقيق للقطاعات موضوع التقييم.

و لأن عمل المجموعة الموضوعاتية يتجاوز ما هو رصد و تشخيص إلى ما هو تحليل وتقيم وتحديد لمكامن النجاح أو التعثر في تنفيذ السياسات العمومية المراد تقييمها، و استحضارا منها لعوائق البداية التي و ضعتها في مواجهة إكراه الزمن.

وحيث إن العزم كان ولا يزال قويا على إخراج منتوج ذي قيمة إضافية يعكس إيجابا صورة مجلس المستشارين لدى الفاعلين و الرأي العام، لاسيما وأن القطاعات المذكورة تتسم بالطابع الحيوي والمركزي في حياة المواطن.

وحيث إننا بصدد التمرين الثالث في تجربة التقييم التي يفترض بل ويتعين علينا أن نصل بها إلى مرحلة النضج .

ولأن الاستماع لعروض السادة الوزاء والاطلاع على المعطيات الواردة في الوثائق الخاصة بالمخططات والاستراتيجيات لابد أن يوازيه عمل في أرض الواقع من خلال زيارات ميدانية ومهام استطلاعية تمكن من المقارنة بين المعبر عنه والمنجز منه.

ولأجل كل ما سبق ذكره ، التمسنا من السيد رئيس المجلس ومن خلاله السادة أعضاء المكتب الموافقة على تمديد أجل تقديم تقرير المجموعة الموضوعاتية إلى حين استكمال جميع مراحل عملية التقييم، وهو ما تمت الاستجابة له.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

ومع بداية السنة التشريعية 2018/2017 ،ظهرت معطيات جديدة دفعت المجموعة الموضوعاتية إلى التريث في استئناف نشاطها ومواصلة عملها،فبعد الخطاب الملكي السامي الذي أعلن فيه جلالة الملك نصره الله قصور السياسة العمومية في مجال الاستثمار العمومي، وعن مسؤولية المراكز الجهوية للإستثمار في ذلك ،وبعد تقرير المجلس الأعلى للحسابات، وبعد أن اعتمدت وزارة الصحة استراتيجية جديدة في المجال غير تلك التي انصب عليها عمل المجموعة الموضوعاتية سابقا، وبعد أن تم إعفاء السيدين الوزيرين السابقين للصحة والتعليم، أصبح الانكباب على تقييم السياسات العمومية في المجالات الثلاثة الآنف ذكرها يطرح سؤال الجدوى ،وبعد تداول أعضاء المجموعة في معطيات هذا الواقع الجديد، ارتأت رفع مذكرة في الموضوع إلى مكتب المجلس واستشارته في اتخاذ القرار المناسب للوضعية الجديدة.

وبعد تداوله في الموضوع اتخذ مكتب المجلس بتاريخ 7 ماي 2018 قرارا يقضي باستئناف المجموعة الموضوعاتية لعملها بنفس المنهجية وفي نفس المحاور .

وقد استأنفت المجموعة الموضوعاتية نشاطها بناء على قرار المكتب وعلى خلاصات اللقاء الخاص الذي جمعها بالسيد رئيس المجلس ،وقد وضعت برنامجا زمنيا لعملها يمتد على مدى خمسة أسابيع ،يتضمن من بين محاوره الاستماع من جديد للسادة الوزراء المعنيين بالقطاعات موضوع التقييم وهم على التوالي:

أولا: وزارة الداخلية، بخصوص تدبير المراكز الجهوية للإستثمار، وذلك في المحاور التالية:

1- الإطار القانوني والتنظيمي للمراكز الجهوية للاستثمار؛
2- استرتيجيات المراكز الجهوية للاستثمار لإنعاش الاستثمار؛
3- حصيلة عمل المراكز الجهوية للاستثمار منذ 2009 إلى غاية 2017؛
4- حكامة المراكز الجهوية للاستثمار.

ثانيا: وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي، في المواضيع التالية:

1- البنية التحتية التعليمية حسب الجهات؛
2- تدبير الموارد البشرية للقطاع؛
3- السياسة التعليمية؛
4- الخريطة المدرسية؛
5- الحكامة في قطاع التربية والتعليم.

ثالثا: وزارة الصحة، في المواضيع التالية:

1- البنية التحتية الصحية؛
2- تدبير الموارد البشرية للقطاع؛
3- السياسة الدوائية؛
4- الخريطة الصحية؛
5- الحكامة في قطاع الصحة؛

وقد تمت مراسلة السادة الوزراء المشرفين على لقطاعات المذكورة من أجل تقديم عروضهم حول استراتيجياتهم الجديدة في المحاور المحددة أعلاه أمام المجموعة الموضوعاتية، مرفوقين بالسادة المسؤولين الجهويين للاستماع إلى عروضهم حول وضعية كل قطاع جهويا، هكذا تم عقد لقاء مع السيد وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي بتاريخ 12 يونيو 2018 ولقائين آخرين مع السيد وزير الصحة يتاريخ 10 يوليوز 2018 وبتاريخ 16 يوليوز 2018.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

إن حصر التقييم في المحاور الآنف ذكرها كانت تجسيدا لوعينا الراسخ بالرهانات والتحديات الجسيمة التي تمثلها السياسات العمومية للتأهيل الاجتماعي والاقتصادي خلال السنوات الأخيرة، وتنامي ولوج المواطنين إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية، لذلك ركزت المجموعة الموضوعاتية في عملها على القطاعات التي تقدّم خدمات قريبة للمواطنين، وتلعب دورا مهما في تحسين ظروف عيشهم، وذلك قصد تحديد الوضعية الحقيقية التي تعيشها، والوقوف على مستوى الخدمات التي تقدمها، ورصد المنجزات والمكاسب التي تحققت وتحديد مكامن الخلل بها.

وفي هدا الإطار، أجمع أغلب أعضاء المجموعة الموضوعاتية المؤقتة على اختيار قطاع الصحة، إلى جانب التعليم لما له من دور حيوي ومهم في حياة السكان، ونظرا لما يعرفه من مشاكل واكراهات، منها ما هو مرتبط بالنمو الديمغرافي المتزايد، واتساع رقعة الفوارق الاجتماعية، ومنها ما هو مرتبط بالإمكانيات المحدودة المرصودة له من طرف الحكومة.

كما تم اختيار محور المراكز الجهوية للاستثمار، اعتبارا للأهمية البالغة التي تكتسيها ، ولما تسعى إلى تحقيقه من أهداف تتعلق أساسا بالمساعدة في إنشاء المقاولات ودعم الاستثمار، خاصة في ظل غياب إستراتيجية مشتركة للمراكز الجهوية للاستثمار، مما اثر على حسن سير هذه المرافق وإيجاد حلول للعقبات التي تعترضها خصوصا ما يتعلق بإنشاء الشبابيك الوحيدة المشرفة على إنشاء المقاولات ومصاحبة الاستثمارات وتتبعها ، وتحديد وضعيتها القانونية وكذا ضبط الموارد البشرية والمالية المرصودة لها ، إضافة إلى غياب حكامة حقيقية من حيث الهيكل التنظيمي لها وغياب نظام اساسي لموظفي المراكز الجهوية للاستثمار مع عدم كفاية الموارد البشرية المرصودة لها وعدم تعميم نظام تدبير الجودة بالإضافة إلى الدور المحدود لمديرية تنسيق الشؤون الاقتصادية في توجيه أنشطة المراكز الجهوية للاستثمار، مما يستدعي تضافر الجهود للمساهمة في مواكبة وتنفيذ السياسات العمومية والاستراتيجيات القطاعية في مجالات التنمية الاقتصادية بمختلف جهات المملكة من خلال اعتماد معايير الجودة والعمل على التحسين المستمر للخدمات المقدمة من قبل المراكز الجهوية للاستثمار لفائدة المقولات والمستثمرين.

وقد تناولت المجموعة الموضوعاتية المحاور المعتمدة انطلاقا من المعايير التالية:

- حكامة القطاع ؛
- البنية التحتية؛
- الموارد البشرية؛
- اختيار سياسة نموذجية في القطاع (السياسة الدوائية مثلا)؛
- خريطة الخدمات.

السيد الرئيس المحترم؛

السيدات والسادة الوزراء المحترمون؛

السيدات والسادة المستشارون المحترمون؛

نغتنم المناسبة في ختام هذا المدخل، لتقديم الشكر لأعضاء المجموعة الموضوعاتية وكافة مكونات المجلس من مكتب وفرق ومجموعات على التفاعل الايجابي والمثمر طيلة فترة التحضير للجلسة، ونتوجه بالشكر كذلك إلى الحكومة في شخص الوزراء المشرفين على القطاعات موضوع التقييم وإلى الأطر التابعة لها مركزيا وجهويا على التعاون والتجاوب التلقائي مع مبادرات المجموعة الموضوعاتية.

كما لا تفوتنا الفرصة لتقديم جزيل الشكر إلى طاقم الأطر الإدارية المواكبة لعمل المجموعة والتي بذلت مجهودا معتبرا في التنسيق والإعداد والبحث من أجل إعداد هذا التقرير.

تقييم السياسات العمومية المرتبطة بالمراكز الجهوية للاستثمار

مقتطف من الرسالة الملكية السامية الموجهة إلى الوزير الأول بتاريخ 9 يناير 2002

"....فانك تعلم مدى عزمنا الوثيق وعملنا الدءوب على إنعاش الاستثمار و النهوض به باعتباره وسيلة فعالة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ومؤكدين في عدة مناسبات على دوره الحيوي كمحفز أساسي للنمو ولا سيما في دعم مشاريع المقاولات الصغرى والمتوسطة في الصناعة التقليدية والسياحة والسكن وفي القطاعات الصناعية ومجالات الصناعات المرتبطة بالإنتاج الفلاحي و المعادن، التي تعد مصدرا لاينضب معينه لتوفير مناصب الشغل وخلق الثروات، و تشكل محركا قويا للتنمية و تعزيز الطاقات الإنتاجية وإمكانية الادخار بالنسبة لشبابنا و للفئات الوسطى التي تتطلع بكل استحقاق إلى المزيد من التقدم وتحمل المسؤولية وتحفيز طاقتها الخلاقة....".

تمهيد :

يضطلع الاستثمار بدور مهم على صعيد عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية للدول ،وذلك لكونه يعد قناة رئيسية يتدفق عبرها رأسمال مهم وخبرة علمية وتقنية.

ويمكن تعريف الاستثمار على أنه إضافة طاقات إنتاجية جديدة للأصول الإنتاجية الموجودة في المجتمع بإنشاء مشروعات جديدة أو التوسع في مشروعات قائمة أو إحلال أو تجديد مشروعات أنتهى عمرها الافتراضي.

كما يعتبر الاستثمار أيضا بؤرة اهتمام مختلف الفاعلين والخبراء والعارفين بخبايا الاقتصاد نظرا لقيمته المضافة.وتتجلى قيمته هاته في كونه يؤدى إلى زيادة الإنتاج و الإنتاجية مما يؤدى إلى زيادة الدخل الوطني وارتفاع دخل الفرد منه، وبالتالي تحسين مستوى معيشة المواطنين، توفير فرص عمل وتقليل نسبة البطالة، توفير التخصصات المختلفة من الفنيين والإداريين وموارد بشرية مؤهلة، إنتاج السلع والخدمات التي تشبع حاجات المواطنين وتصدير الفائض منها للخارج مما يوفر العملات الأجنبية اللازمة.

وقد شكل الاستثمار ولا يزال أحد الرهانات الكبرى لمغرب الألفية الثالثة، خاصة إذا ما استحضرنا التحديات الكبرى التي تفرضها الظرفية الإقتصادية الراهنة في ظل مناخ دولي معولم تنافسي لا يؤمن بالبقاء إلا للأقوى .

أمام هذه الرهانات، اعتمد المغرب العديد من الأوراش متعددة المجالات والقطاعات بهدف تشجيع وإنعاش الإستثمار، من بينها تجربة المراكز الجهوية للإستثمار سنة 2003، حيث تم إحداث 16 مركزا بحسب التوزيع الجهوي آنذاك وذلك بمرسوم رقم 2.09.435 بتاريخ 26 دجنبر 2003 1. وذلك بعد التوجيه الملكي برسالة للوزير الأول آنذاك السيد عبد الرحمان اليوسفي المؤرخة في 9 يناير2002، بغية النهوض بالاستثمار الذي يمثل عاملا محوريا في النمو.

[1] -مرسوم رقم 2.09.435 صادر في 23 من ذي الحجة 1430 (11 ديسمبر 2009) يقضي بتتميم المرسوم رقم 2.03.727 بتاريخ 2 ذي القعدة 1424 (26 ديسمبر 2003) بتنظيم المراكز الجهوية للاستثمار.

وبعد مرور حوالي عقد ونصف من التجربة، جاء الخطاب الملكي السامي في افتتاح السنة التشريعية(2016-2017) محملا بالعديد من الإشارات لهاته التجربة والعراقيل والنقائص التي أبانت عنها ،حيث قال جلالة الملك:

"..... إن المشاكل التي تواجه المواطن في الإدارة تتجسد بشكل واضح في العراقيل التي تعيق الاستثمار، رغم إحداث المراكز الجهوية واستعمال الشباك الوحيد لتبسيط المساطر و تسريع عملية اتخاذ القرار.

صحيح أن بعض المستثمرين، في بعض الحالات، يقدمون ملفات غير كاملة، إلا أنه بدل أن يقوم الشباك بمساعدتهم وعرض قائمة من الحلول لتشجيعهم، يلاحظ أنه يتم تعقيد الأمور عليهم وتكبيلهم بسلسلة من القيود والعراقيل.

وبهذه العقلية والتمادي في مثل هذه التصرفات، فإن الشباك الوحيد سيبقى دون جدوى.

وقد أكدت أكثر من مرة، على ضرورة حل المشاكل، ومعالجة الملفات في عين المكان. كما أعطيت تعليماتي للحكومة، ووجهتها لاتخاذ الإجراءات الإدارية بهذا الخصوص.

فما جدوى الرسالة التي وجهتها إلى الوزير الأول منذ 2002 وما فائدة الجهوية واللامركزية واللاتمركز، إذا استمر الوضع القديم واستمرت المشاكل السابقة ؟

إن هذا الوضع غير مقبول، ولا ينبغي أن يستمر. فالمستثمر عندما لا يتلقى جوابا وإذا لم يتم حل المشكل الذي يواجهه، فإنه يرجع أمواله إلى البنك، إذا كان مقيما في المغرب.

أما إذا كان من أبناء الجالية، وفضل الاستثمار في وطنه، فإنه يكون مجبرا على العودة بأمواله إلى الخارج.

وبذلك يتم حرمان الوطن من فرص الاستثمار والتنمية، وحرمان المواطنين من فرص الشغل.

إن الشباك الوحيد ليس إلا واحدا من الأوراش، لمعالجة العراقيل التي تواجه الاستثمار.

وإذا لم يتم إيجاد الحلول الناجعة لها، بعد كل هذه السنوات، فكيف سيتم تطبيق باقي النقط المهمة الواردة في رسالتنا إلى الوزير الأول والتي تخص علاقة المواطن بالإدارة وتبسيط المساطر وتشجيع الاستثمار؟.....). انتهى كلام جلالة الملك.

وبعد أقل من سنة من خطاب افتتاح الدورة التشريعية عاد جلالته للموضوع في الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى 18 لعيد العرش المجيد لسنة 2017 حيث كشف

عن واقع هاته المراكز من خلال هذا المقتطف "... فإن المراكز الجهوية للاستثمار تعد، باستثناء مركز أو اثنين، مشكلة وعائقا أمام عملية الاستثمار، عوض أن تشكل آلية للتحفيز، ولحل مشاكل المستثمرين، على المستوى الجهوي، دون الحاجة للتنقل إلى الإدارة المركزية ....".

وعلى إثر البلاغ الملكي بتاريخ 24 أكتوبر 2017، والذي تضمن أوامر ملكية للمجلس الأعلى للحسابات لدراسة وتقييم عمل المراكز الجهوية للاستثمار، كان الرئيس الأول للمجلس الأعلى للحسابات، قد رفع تقريرا مفصلا حول الاختلالات التي تشوب عمل هذه المراكز، أعقب ذلك تكليف ملكي لرئيس الحكومة بإعداد مقترح لإصلاحها.

وبناء على ذلك، تقدم السيد رئيس الحكومة يوم الخميس 19 أبريل 2018 بمقترح مفصل لإصلاح هذه المراكز، يعتمد من جهة على المحاور الكبرى للإصلاح، ومن جهة ثانية على آليات جعل هذه المراكز قاطرة لتحفيز وإنعاش الاستثمار.

وبهذا الشأن، تجدر الاشارة الى أنه عند المراحل الأخيرة لصياغة تقرير المجموعة الموضوعاتية، تم إقرار مجموعة من الإصلاحات التي تهم هذه المراكز، من خلال مشروع القانون رقم 18- 47 الذي عرض على المجلس الحكومي المنعقد بتاريخ 12 يوليوز 2018، والتي يمكن إجمالها في:

- إعادة هيكلة المراكز الجهوية؛
- إحداث اللجنة الجهوية الموحدة للاستثمار؛
- تبسيط المساطير والإجراءات المرتبطة بملفات الاستثمار على المستويين الجهوي والمركزي.

ومن أهم مستجدات مشروع القانون:

- تحويل المراكز الجهوية للاستثمار إلى مؤسسات عمومية يترأسها والي الجهة مع مجالس إدارة منفتحة على مختلف الفاعلين الجهويين في القطاعين العام والخاص
- تأليف مجلس الإدارة من رئيس الجهة، وممثلي الإدارات والمؤسسات العمومية منها الوكالة المغربية لتنمية الاستثمارات والصادرات والأنابيك ومكتب التكوين المهني وصندوق الضمان المركزي والوكالة الحضرية، ورئيس غرفة التجارة، والممثل الجهوي للمنظمة المهنية الأكثر تمثيلية، وشخصيات مستقلة مشهود لها بالكفاءة؛

- توسيع نطاق صلاحية المراكز لتشمل المراكبة الشاملة للشركات خاصة الصغرى والمتوسطة منها؛
- المساهمة في بلورة وتنزيل الاستراتيجيات المتعلقة بإنعاش الاستثمار الجهوي بتجانس مع السياسات العمومية؛
- المساهمة في تخطيط وتدبير الدعم المالي المقدم من لدن الدولة للمستثمرين؛
- التسوية الودية لخلافات الناشئة بين الإدارة والمستثمرين؛
- المراكز شبابيك وحيدة للاستثمار على المستوى الجهوي؛
- تكليف المراكز بالمعالجة المندمجة لملفات الاستثمار منذ وضع الطلبات المتعلقة بها إلى غاية منح التراخيص والقرارات في تعاون مع الإدارات والهيئات العمومية المعنية؛
- تنظيم المراكز في قطبين: " قطب دار المستثمر" و" قطب التحفيز الاقتصادي والعرض الترابي"؛
- اجتماع اللجنة الجهوية الموحدة للاستثمار مرة كل أسبوع بهدف الاستجابة بسرعة وفعالية لطلبات المستثمرين، لضمان يقظة اقتصادية جهوية من خلال جمع المعطيات الماكرو اقتصادية للجهة المعنية وتحيينها، وإحداث قاعدة معطيات تتعلق بفرص الاستثمار التي يمكن تجسيدها في شكل مشاريع على صعيد الجهة.
- قرارات اللجنة الجهوية ملزمة لكافة أعضائها، وهو ما سيلزم الإدارات المعنية التفويض لممثليهم الجهويين بشكل قانوني للسلط اللازمة لتمكينهم من اتخاذ القرارات التي تدخل في اختصاصاتهم.
- القرارات السلبية للجنة يجب أن تكون معللة بشكل ملائم، إذ يمكن الطعن فيها من لدن المستثمر المعني لدى اللجنة الوزارية التي يرأسها رئيس الحكومة او التظلم الاستعطافي أمام والي الجهة.

وبعد سنة من ذلك خصص جلالة الملك حيزا وافرا من خطابه السامي الموجه إلى الأمة بمناسبة الذكرى 19 لاعتلائه العرش لموضوع الاستثمار بصفة عامة والمراكز الجهوية بصفة خاصة ،حيث قال جلالة الملك :

"والواقع أنه لا يمكن توفير فرص الشغل، أو إيجاد منظومة اجتماعية عصرية ولائقة، إلا بإحداث نقلة نوعية في مجالات الاستثمار، ودعم القطاع الإنتاجي الوطني.

ولهذه الغاية، فإنه يتعين، على الخصوص، العمل، على إنجاح ثلاثة أوراش أساسية:

أولها : إصدار ميثاق اللاتمركز الإداري، داخل أجل لا يتعدى نهاية شهر أكتوبر المقبل، بما يتيح للمسؤولين المحليين، اتخاذ القرارات، وتنفيذ برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية، في انسجام وتكامل مع الجهوية المتقدمة.

وثانيها : الإسراع بإخراج الميثاق الجديد للاستثمار، وبتفعيل إصلاح المراكز الجهوية للاستثمار، وتمكينها من الصلاحيات اللازمة للقيام بدورها، مثل الموافقة على القرارات بأغلبية الأعضاء الحاضرين، عوض الإجماع المعمول به حاليا، وتجميع كل اللجان المعنية والاستثمار في لجنة جهوية موحدة، وذلك لوضع حد للعراقيل والتبريرات التي تدفع بها بعض القطاعات الوزارية.

وثالثها: اعتماد نصوص قانونية ، تنص :

من جهة، على تحديد أجل أقصاه شهر، لعدد من الإدارات، للرد على الطلبات المتعلقة بالاستثمار، مع التأكيد على أن عدم جوابها داخل هذا الأجل، يعد بمثابة موافقة من قبلها،

ومن جهة ثانية: على أن لا تطلب أي إدارة عمومية من المستثمر وثائق أو معلومات تتوفر لدى إدارة عمومية أخرى؛ إذ يرجع للمرافق العمومية التنسيق فيما بينها وتبادل المعلومات، بالاستفادة مما توفره المعلوميات والتكنولوجيات الحديثة.

وإننا نتوخى أن تشكل هذه الإجراءات الحاسمة حافزا قويا وغير مسبوق للاستثمار، وخلق فرص الشغل، وتحسين جودة الخدمات، التي تقدمها للمواطن، والحد من التماطل، الذي ينتج عنه السقوط في الرشوة، كما يعرف ذلك جميع المغاربة.

كما ستشكل دافعا لإصلاح الإدارة، حيث ستمكن من تفعيل مبدإ المحاسبة، والوقوف على أماكن التعثر التي تعاكس هذا الإصلاح.

ويتعين العمل على جعل هذه الإجراءات أمرا واقعا، في ما يخص مجال الاستثمار، على أن يتم تعميمها على كافة علاقات الإدارة مع المواطن.

غير أن النصوص، مهما بلغت جودتها، تبقى رهينة بمدى جدية والتزام كل مسؤول إداري، بحسن تطبيقها.

كما نؤكد على ضرورة تحيين برامج المواكبة الموجهة للمقاولات، بما في ذلك تسهيل ولوجها للتمويل، والرفع من إنتاجيتها، وتكوين وتأهيل مواردها البشرية.

ويبقى الهدف المنشود هو الارتقاء بتنافسية المقاولة المغربية، وبقدرتها على التصدير، وخلق فرص الشغل، ولا سيما منها المقاولات الصغرى والمتوسطة، التي تستدعي اهتماما خاصا؛ لكونها تشكل 95 في المائة من النسيج الاقتصادي الوطني.

ذلك أن المقاولة المنتجة تحتاج اليوم، إلى مزيد من ثقة الدولة والمجتمع، لكي يستعيد الاستثمار مستواه المطلوب، ويتم الانتقال من حالة الانتظارية السلبية، إلى المبادرة الجادة والمشبعة بروح الابتكار.

فاستعادة الحيوية الاقتصادية تظل مرتبطة بمدى انخراط المقاولة، وتجديد ثقافة الأعمال، واستثمار المؤهلات المتعددة، التي يتيحها المغرب، مع استحضار رهانات التنافسية الدولية، بل والحروب الاقتصادية أحيانا." انتهى كلام جلالة الملك.

لقد شكل موضوع إصلاح ميثاق الإستثمار والمراكز الجهوية للإستثمار أولوية كبرى لدى صاحب الجلالة الملك محمد السادس ، إذ ما فتئ يلح عليها في خطاباته للسنوات الأخيرة ، آخرها خطاب العرش ليوليوز 2018 ، الذي تناول بالتفصيل الجوانب التي يجب الإنكباب عليها من أجل إعداد ميثاق جديد للإستثمار.

حيث حدد الجوانب التشريعية والتنظيمية التي يتوجب تحيينها على مستوى هذه المراكز، ثم تحديد شهر كآجال قانونية للإجابة على ملفات الإستثمار المطالب بترخيص بشأنها ، مع حثه على ضرورة مواكبة المقاولات الصغرى والمتوسطة باعتبارها إحدى الدعامات الأساسية لتماسك المجتمع لإرتباطها بمختلف مكوناته بشكل متصل ومتواصل وتشكل 95 % من نسيج المقاولات بالمغرب .

ومن أبرز توجهات الإصلاح المرتقب ما يلي :

توسيع صلاحيتها في مجال تلقي والبث في طلبات الإستثمار

المرافقة على القرارات بأغلبية الأعضاء الحاضرين بدل الإجماع الذي كان معمول به في السابق .

تجميع كل اللجان المعنية بالإستثمار في لجنة جهوية موحدة

تسقيف الآجال القانونية للرد على طلبات الإستثمار في شهر واحد

تحميل الإدارات العمومية مسؤولية الحصول على الوثائق في إطار من التنسيق فيما بينها

وقد تضمن القانون رقم 47.18 المتعلق بالمراكز الجهوية للاستثمار و إحداث اللجان الجهوية الموحدة للاستثمار و المصادق عليه من طرف البرلمان خلال الدورة الحالية ثلاث محاور أساسية :

- المحور الأول يتعلق بإعادة هيكلة المراكز الجهوية للإستثمار لتحويلها لمؤسسات عمومية بمجالس إدارة تجتمع مرتين في السنة ومنفتحة على مختلف المكونات مجالس جهوية ، فاعلين خواص ، وتوسيع نطاق صلاحيتها لتشمل المواكبة الشاملة للشركات ، والمساهمة في بلورة الإستراتيجيات ذات الصلة التسوية الودية للنزاعات بين المستثمرين والإدارات مع إحداث قطبين بهذه المراكز قطب "دار المستثمر" ، وقطب " تحفيز الإستثمار والعرض الترابي "

- المحور الثاني يتعلق بإحداث اللجنة الجهوية الموحدة للإستثمار .

- المحور الثالث يتعلق بتبسيط ورقمنة المساطر والإجراءات المرتبطة بملفات الإستثمار على المستوى الجهوي والمركزي مع إحداث لجنة وزارة للقيادة برئاسة رئاسة الحكومة تتولى مواكبة تنزيل إصلاح المراكز الجهوية للإستثمار.

وعلى امتداد السنوات الماضية، خضعت المراكز الجهوية للإستثمار لمجموعة من عمليات التقييم المواكبة، بدءا من المعهد الديمقراطي الأمريكي سنة 2004، ومركز الدراسات الأمريكي ماكينزي سنة 2011، والمجلس الأعلى للحسابات في مناسبتين 2009 و2015، وذلك بغية معالجة مواطن الضعف والخلل في عمل هذه المراكز، وتثمين الفرص ونقط القوة لديها، ناهيك عن بعض الدراسات الأكاديمية والتحليلات المتفرقة لبعض المهتمين بالمجال.

وانطلاقا من هذا التقرير، سوف يتم رصد وضعية المراكز الجهوية للإستثمار خلال الفترة الزمنية 2009 – 2017 في محاولة للوقوف على أدوارها وأهم المكتسبات والنتائج المحققة من جانب، ثم العراقيل والصعوبات والإختلالات التي تعرفها، وإرفاقها في الأخير بالتوصيات التي تراها المجموعة الموضوعاتية كفيلة بتطوير أداء هذه المراكز.

أولا : الإطار القانوني للمراكز الجهوية للاستثمار والأدوار التي تقوم بها

يعود إحداث المراكز الجهوية للإستثمار لسنة 2003 من خلال المرسوم رقم 22.09.435، بموجبه منحت صفة المرافق العمومية المسيرة بصورة مستقلة تتمتع بالإستقلال المالي والإداري، وتخضع لوصاية وزارة الداخلية، ومنحت لها صلاحيات وأدوار تتماشى وبنياتها الإدارية المتمثلة في :

- **شباك المساعدة على خلق المقاولات**، والذي يشكل المخاطب الوحيد بالنسبة لكل شخص يرغب في خلق مقاولة. وتتحدد سمته في تمكين المستثمرين من وثيقة موحدة تتضمن جميع المعلومات (القانونية والتشريعية) الخاصة بإحداث مقاولة، كما يعمل على إعداد الوثائق الضرورية من خلال التدخل لدى الإدارات المختصة.
- **شباك مساعدة المستثمرين**، والذي تتحدد مهمته في تمكين المستثمرين من كل المعلومات الضرورية لإحداث المقاولة على الصعيد الجهوي، وكذلك دراسة طلبات الترخيص وإعداد العقود الإدارية الضرورية لإنجاز مشاريع استثمارية في القطاعات الصناعية والغذائية والمعدنية والسياحية، وإحالتها على المصادقة من طرف والي الجهة إذا كانت قيمة الاستثمار تقل عن 200 مليون درهم أو إعداد مشاريع عقود أو اتفاقيات مع الدولة بالنسبة للاستثمارات التي تتعدى 200 مليون درهم.

وتتولى إلى جانب الصلاحيات المذكورة مهام المساعدة في إعداد وتنفيذ السياسات التنموية الوطنية على المستوى الجهوي والترابي. وكذا المساعمة في إعداد السياسات التنموية على المستوى المحلي وإنعاش الإستثمار والتسويق ودعم جاذبية الجهات والعناية البعدية لخدمات الإستثمار .

[2] - مرسوم رقم 2.09.435 صادر في 23 من ذي الحجة 1430 (11 ديسمبر 2009) يقضي بتتميم المرسوم رقم 2.03.727 بتاريخ 2 ذي القعدة 1424 (26 ديسمبر 2003) بتنظيم المراكز الجهوية للاستثمار.

وتعمل المراكز الجهوية كذلك على التدخل من أجل حل الخلافات بشكل حبي بين المستثمرين والإدارة[3]. ومن أجل تطوير عمل هذه المراكز وفي إطار ملاءمة منظومتها وهيكلتها مع التقسيم الجهوي الجديد ، فقد تم تحيين الإطار التنظيمي لها بقرار لوزير الداخلية رقم 1046 بتاريخ 28 مارس 2016 ، الخاص بتنظيم المراكز الجهوية للإستثمار[4].

ثانيا: المراكز الجهوية للإستثمار أية استرتيجيات وإمكانات لإنعاش الإستثمار

تتبنى المراكز الجهوية للإستثمار في طريقة عملها على وضح استراتيجيات وأهداف بحسب كل مركز على حدة مستلهمة من مضمون الرسالة الملكية لسنة 2002، التي تشكل الطار المرجعي لكل المخططات والمبادرات التي تهم هذه المراكز [5]، ومن أجل تحقيق الأهداف التي وجدت من أجلها رصدت لها اعتمادات مالية وبشرية ولوجستيكية، وفيما يلي رصد للمحاور الأساسية لهاته الإستراتيجيات والآليات المتاحة لتحقيقها:

أولا : المحاور الأساسية لإستراتيجية عمل المراكز الجهوية للإستثمار:

سبق وتمت الإشارة في السابق لكون المراكز الجهوية للإستثمار لا تتوفر على استراتيجية موحدة، حيث ينفرد كل مركز باستراتيجية خاصة، وهو ما تمت الإشارة اليه في العديد من تقارير التقييم التي خضعت لها [6]، ومن خلال التقييم الإستراتيجي الذي أجرته مصالح وزارة الداخلية أمكن تحديد المحاور الإستراتيجية في:

- تحسين نجاعة تدبير الإستثمار ؛

---

[3]- للإشارة فالإستثمارات التي تتعدى قيمتها 200 مليون درهم ، تتم دراستها من طرف مديرية تنسيق الشؤون الإقتصادية قبل عرضها على اللجنة الوطنية التي يرأسها السيد رئيس الحكومة ، والتي بلغت برسم سنة 2015 ما مجموعه 16 ملفا من مشاريع بغلاف إجمالي قدره 26،28 مليار درهم. وقد تمت المصادقة على هذه المشاريع داخل اللجنة الوطنية للاستثمارات.

4- عرض للسيد وزير الداخلية ، أمام اللجنة الموضوعاتية للتقييم السياسات العمومية بمجلس المستشارين بتاريخ 27 يوليوز 2017 بقاعة الندوات.

[5] - مذكرة جواب وزير الداخلية ، على رسالة رئيس المجلس الأعلى للحسابات بخصوص التقرير السنوي المنجز حول المراكز الجهوية للإستثمار ، واردة في تقرير المجلس الأعلى لسنة 2015 **ص.83 .**

[6] - تقرير المجلس الأعلى للحسابات 2009 و 2015 ، وتقرير مكتب الدراسات ماكينزي ، وتقرير التقييم الإستراتيجي الذي أجرته وزراة الداخلية ...الخ .

- تحسين مناخ الأعمال ؛
- دعم تنافسية الإقتصاد الوطني بمختلف جهات المملكة ؛

وبغية تحقيق هذا المبتغى تم اعتماد مجموعة من الإجراءات والمبادرات تتمثل في :

- مواصلة تبسيط المساطر المتعلقة بالإستثمار ورفع العراقيل التي تعيق الإستثمار ونشاط المقاولات .
- مواصلة العمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة من طرف المراكز الجهوية للإستثمار واعتماد نظام الجودة بها.
- ملاءمة التمثيلية الترابية للمراكز الجهوية للإستثمار مع التقسيم الجهوي الجديد مع إحداث ملحقات جديدة لها لجعلها أكثر قربا بالنسبة للمستثمرين وحاملي المشاريع ولاراغبين في إحداث المقاولات .
- تخويل المراكز الجهوية للإستثمار صلاحيات ومهام جديدة وتقوية إمكاناتها المادية والبشرية على نحو يمكنها من القيام بأدوارها على الوجه الأمثل وفق نموذج مؤسساتي يتماشى مع أهداف الجهوية الموسعة، وتمكينها من القيام بدور المحفز الإقتصادي على الصعيد الترابي من خلال المساهمة في إعداد وتنفيذ المخططات الجهوية للتنمية الإقتصادية ومواكبة تنفيذ الإستراتيجيات القطاعية على المستوى الجهوي .

ثانيا : الإمكانات المرصودة للمراكز الجهوية للإستثمار:

1- على المستوى المالي :

من أبرز الملاحظات المسجلة بهذا الخصوص هو استقرار الإعتمادات المالية المرصودة لهذه المراكز لما يقارب العقد من الزمن دون أية زيادات تذكر. ومن زاوية أخرى التفاوت في الإعتمادات المرصودة بين هذه المراكز، والتي تعود للوسائل البشرية واللوجستيكية الموضوعة رهن إشارة هذه المراكز والتي ترتبط بالدينامية الإقتصادية للنفوذ الترابي لكل مركز.

	المركز الجهوي للإستثمار	الإعتمادات المرصودة بملايين الدراهم						
		2011 [7]	2012 [8]	2013 [9]	2014 [10]	2015 [11]	2016 [12]	2017 [13]
1	الرباط	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	7.5	7
2	الدار البيضاء	4.5	4.5	4.5	4.5	5	8.5	8
3	الغرب	4	4	4	4	4		
4	الشرق	3.7	3.7	3.7	3.7	4	5	5
5	فاس بولمان	3.5	3.5	3.5	3.5	4	7	6
6	طنجة تطوان	3.4	3.4	3.4	3.4	4	5	6
7	مكناس تافيلالت	3.3	3.3	3.3	3.3	4		
8	الشاوية ورديغة	4	4	4	4	4		
9	دكالة عبدة	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5		
10	مراكش تانسيفت	3.7	3.7	3.7	3.7	4	6	6
11	تادلة أزيلال	2.4	2.4	2.4	2.4	2.5	4	4
12	سوس ماسة	4	4	4	4	4	4	5
13	تازة الحسيمة	1.5	1.5	1.5	1.5	2.5		
14	واد الذهب الكويرة	1.5	1.5	1.5	1.5	2	2	3
15	العيون –بوجدور	3	3	3	3	3	4	4
16	كلميم السمارة	2.3	2.3	2.3	2.3	2.5	3	3

[7] - الجريدة الرسمية ، عدد 5904 ، بتاريخ 30 دجنبر 2010 ، ص .5529.

[8] - الجريدة الرسمية ، عدد 6048 ، بتاريخ 17ماي 2012 .

[9] - الجريدة الرسمية ، عدد 6113 ، بتاريخ 31 دجنبر 2012 ، ص .6733 .

[10] - الجريدة الرسمية ، عدد 6217 مكرر ، بتاريخ 31 دجنبر 2013، ص .5529.

[11] - الجريدة الرسمية ، عدد 6320 ، بتاريخ 25 دجنبر 2014 ، ص .8677 .

[12] - الجريدة الرسمية ، عدد 6423 ، بتاريخ 21 دجنبر2015 ، ص .10137.

[13] - الجريدة الرسمية ، عدد 6577 ، بتاريخ 12 يونيو 2017 ، ص .3520.

ملاحظة: بخصوص سنة 2017 و2016 فالميزانيات هي بحسب التقسيم الجهوي الجديد، وهو ما يفسر ارتفاع في ميزانيات بعض المراكز الجهوية، مع الإشارة إلى التغيير الذي عرفته تسميات بعض المراكز الجهوية للإستثمار.

2- على مستوى الموارد البشرية :

من المؤكد أن استراتيجية إدارة الموارد البشرية تعتبر جزء لا يتجزأ من استراتيجية المنظمة، وتقع في المستوى الثالث من هرم اتخاذ القرارات الاستراتيجية داخل الشركة حيث المستوى الأول في هذا الهرم: يُتخذ فيه القرارُ المتعلق بتحديد الخيار الاستراتيجي العام، والمستوى الثاني: يُتخذ فيه القراراتُ المتعلقة بوحدات الأعمال، وتحديد نشاطاتها الرئيسية، ومجالات الاستثمار فيها، أما المستوى الثالث: فيتخذ فيه القراراتُ المتعلقة بتحديد وظائف وممارسات هياكل المؤسسة.

وبهذا الخصوص، فالمراكز الجهوية للإستثمار رصدت لها بشكل نسبي الوسائل البشرية لمساعدتها على القيام بالأدوار المنوطة بها، وقد شكل هذا المعطى مصدر ملاحظات عدة من قبل تقارير التقييم التي خضعت لها هذه المراكز سواء تعلق الأمر بتقرير مركز الدراسات ماكينزي أو تقرير المجلس الأعلى للحسابات.

حيث أجمعت على غياب نظام أساسي خاص بموظفي هذه المراكز، بمقابل النقص الكبير الذي تعرفه من حيث عدد الموظفين وذلك بتفاوتات مختلفة بين المراكز الستة عشر.

وفي غياب توصل اللجنة الموضوعاتية بأية معطيات تفصيلية في الموضوع من لدن الوزارة الوصية، تبقى الملاحظة المسجلة بالتقارير المذكورة هي الزاوية التي رصدت من خلالها وضعية الموارد البشرية المتاحة لديها.

ثالثا : حصيلة عمل المراكز الجهوية للإستثمار منذ 2009 إلى غاية 2017

لقد جاءت النتائج المحصلة على الصعيد الجهوي متباينة سواء تعلق الأمر على مستوى التوزيع الترابي، او على المستوى القطاعي وكذلك الأمر بالنسبة لشباك المساعدة على إنشاء المقاولة (الشباك الأول)، أو على مستوى شباك مساعدة المستثمرين (الشباك الثاني).

أولا : شباك المساعدة على إنشاء المقاولة (الشباك الأول).

على مستوى هذا الشباك سجل ارتفاع في عدد المقاولات من 8700 مقاولة سنة 2003 إلى 27000 مقاولة خلال سنة 142016.

وسجل أيضا ارتفاع ما بين الأسدس الأول من السنة الجارية 2017 بإحداث 1508015 مقاولة مقارنة مع الأسدس الأول من سنة 2015 الذي عرف إحداث وإحداث 14368 مقاولة، وتم بالموازاة مع ذلك خلال العشرية الأخيرة تبسيط المساطر وتقليص معدل المدة الزمنية لإحداث المقاولة من شهرين أو أكثر إلى حوالي 3 أيام في المتوسط، وهو ما ساهم في تحسين ترتيب المغرب على المستوى الدولي في مجال سهولة خلق المقاولة ومناخ الأعمال16، حيث ارتقى المغرب إلى الرتبة 43 بعدما كان مصنفا في الرتبة 52 17.

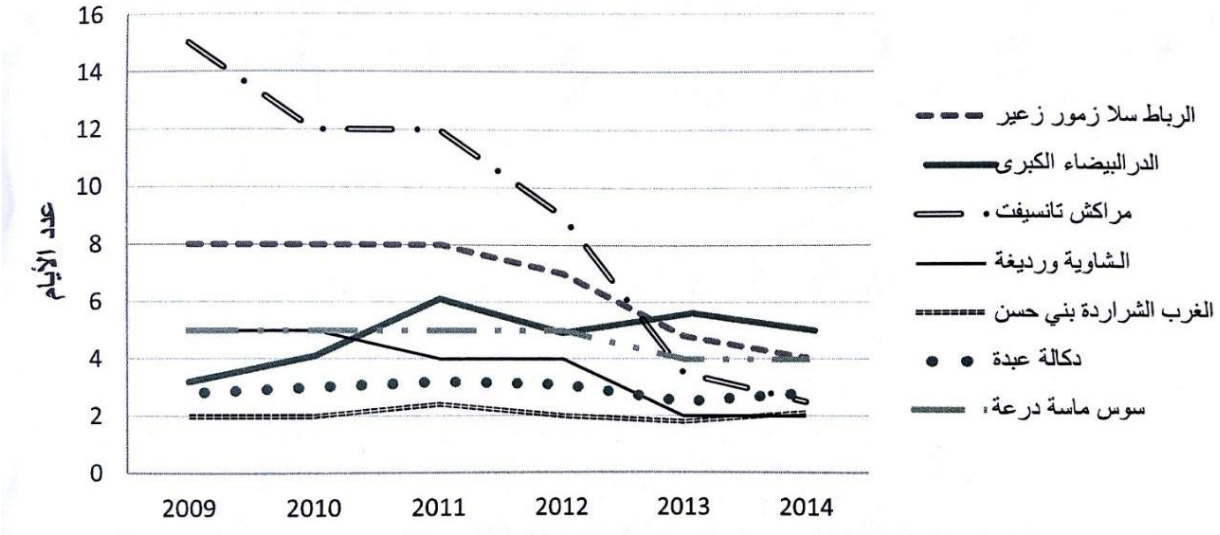
[14] - جواب وزير الداخلية على سؤال شفوي حول المراكز الجهوية للإستثمار ، خلال الجلسة المنعقدة يوم الثلاثاء 18 يوليوز 2017 انظر محضر الجلسة .

[15] - نفس المرجع السابق .

[16] - عرض لمنجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2015 ، ص. 125

[17] - تقرير المجلس الأعلى للحسابات 2015 ، ص. 74 .

تطور آجال إنشاء المقاولات في بعض المراكز الجهوية للإستثمار بين سنة 2009 و2014



المصدر : التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات لسنة 2015 [18]

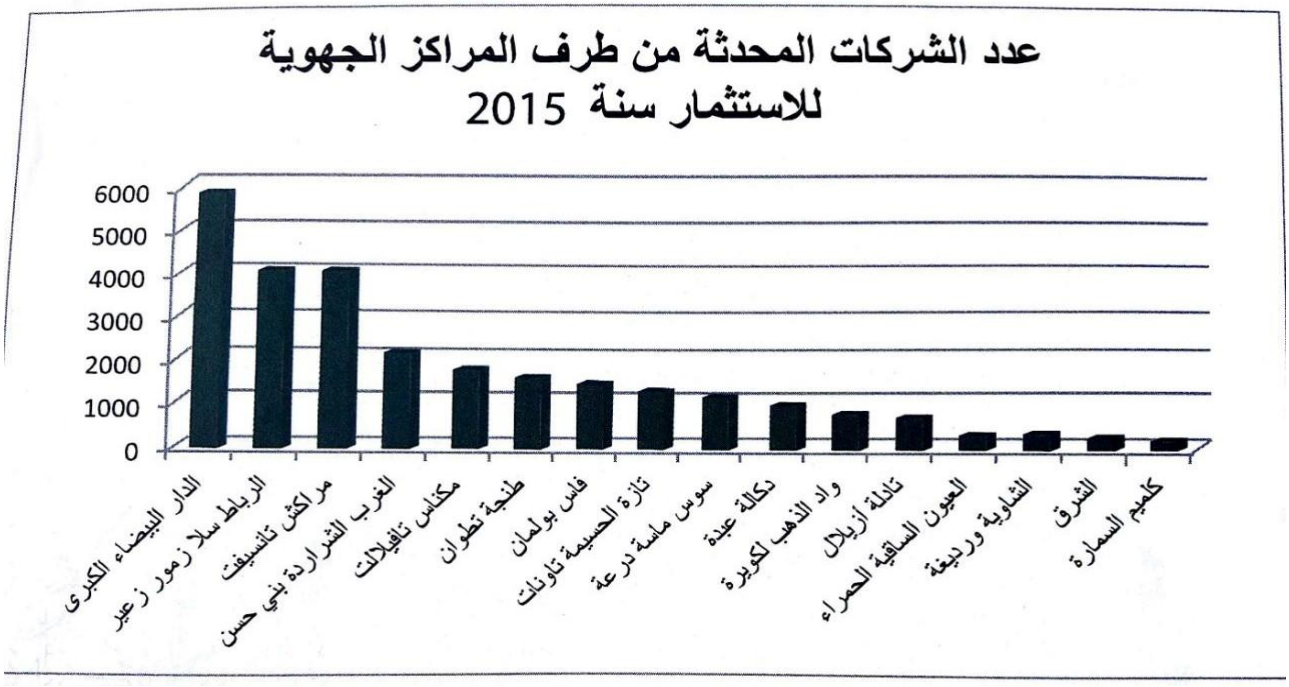
وقد توزعت المقاولات المحدثة بين القطاعات التالية على النحو الآتي:

- قطاع الخدمات: 48 %
- التجارة: 31 %
- البناء والأشغال العمومية: 13 %
- الصناعة: 2 %
- الصناعة التقليدية: 2 %
- الفلاحة والصيد البحري: 2 %
- السياحة: 1 %
- الطاقة والمعادن: 0.4 %

وفي ما يلي مبيان توضيحي بهذا الخصوص:19:

[18] - نفس المرجع السابق ، ص. 74 .

[19] - تقرير المجلس الأعلى للحسابات 2015 ، ص. 74



وقد تم تسجيل أن غالبية هذه المقاولات المحدثة تمركزت بين محور الدار البيضاء القنيطرة، جهة الدار البيضاء 22%، الرباط 16% مراكش تانسيفت 16 % الغرب الشراردة بني حسن 15 20%.

ثانيا : شباك مساعدة المستثمرين (الشباك الثاني) .

[20] - تقرير المجلس الأعلى للحسابات 2015 ، ص. 75

رابعا: حكامة المراكز الجهوية للإستثمار

- تحسين مناخ الأعمال وتبسيط الإجراءات الإدارية: وقد توجت هذه العملية بحصول 12 مركزا جهويا للاستثمار على شهادة الجودة ISO900121.ويتعلق الأمر بالمراكز الجهوية للإستثمار لكل من الرباط سلا زمور زعير، الدار البيضاء الكبرى، الغرب الشراردة بني حسن، والشاوية ورديغة، دكالة عبدة، تادلة أزيلال، تازة الحسمة، سوس ماسة درعة، مراكش تانسيفت الحوز، مكناس تافيلالت، ثم فاس بولمان22.

- تثمين النظام المعلوماتي الموحد «SI-Invest»، المعمول به حاليا على صعيد المراكز الجهوية للاستثمار، والذي يمكن من تتبع الملفات الاستثمارية ومواكبة جميع مراحل معالجتها والإطلاع على القرارات المتخذة بشأنها وإبراز المدة الزمنية لدراستها والبت فيها.

- احترام مسطرة تعيين المدراء الجدد بالمراكز الجهوية للإستثمار وفقا لمقتضيات المرسوم رقم 2.12.412 بتاريخ 11 أكتوبر 2012 بتطبيق أحكام المادتين 4 و5 من القانون التنظيمي رقم 02.12 المتعلق بالتعيين بالمناصب العليا.

[21] - عرض وزير الداخلية أمام لجنة الداخلية والبنيات التحتية بمجلس المستشارين ، بمناسبة تقديم الميزانية الفرعية للوزارة التي يشرف عليها ، ص . 12 .

[22] - منجزات وزارة الداخلية ، برسم السنة المالية 2015 ، ص. 126 .

خامسا: الإكراهات التي تعيق عمل المركز الجهوية للإستثمار

انطلاقا من محتويات تقارير التقييم والدراسات المنجزة بشأن المراكز الجهوية للإستثمار، تم تحديد العديد من نقاط الضعف التي كشفتها الممارسة الميدانية، إلى جانب وجود إكراهات موضوعية تعيق عمل هذه المراكز، ومن المؤشرات الدالة على بهذا الخصوص كون 40 % من المقاولات المحدثة مثلا سنة 2014 هي التي تمت على مستوى المراكز الجهوية للإستثمار في حين أن 60 % تمت خارج هذا الإطار 23.

أولا : نقاط ضعف المراكز الجهوية للإستثمار:

- تتجلى أبرز نقاط الضعف بحسب تقرير المجلس الأعلى للحسابات في :
- غياب سياسة منسجمة على مستوى الاستثمار الجهوي ؛
- عدم وضع استراتيجية مشتركة للمراكز الجهوية للإستثمار ؛
- عدم توفر المراكز على مخطط استراتيجي يهدف إلى إنعاش الاستثمار وتطوير البنيات التحتية لاستقبال المستثمرين وتحسين جودة خدمات المراكز الجهوية، وكذا روح المقاولة على المستوى الجهوي؛
- ضعف نظام المراقبة الداخلية، إذ يعاني من مجموعة من الثغرات، خاصة على مستوى شباك المساعدة على إنشاء المقاولات، وهو ما يؤدي إلى تزايد المخاطر بوجود أخطاء واختلالات؛
- عدم توفر المراكز على مؤشرات أداء محددة ودقيقة؛
- غياب النظام الأساسي لموظفي المراكز الجهوية للإستثمار وعدم كفاية الموارد البشرية المرصودة لها؛
- عدم تعميم نظام الجودة؛
- محدودية دور مديرية تنسيق الشؤون الإقتصادية في توجيه أنشطة المراكز الجهوية للإستثمار؛
- اعتماد الموارد المالية للمراكز الجهوية للإستثمار على دعم الدولة؛

[23] - التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات لسنة 2015 ،ص.76 .

- محدودية استغلال النظام المعلوماتي؛
- نقص في الربط المعلوماتي للمراكز الجهوية للإستثمار بالشركاء؛
- غياب نظام وحيد لأداء مصاريف خلق المقاولات؛
- قصور عملية المساعدة في إنشاء شركات الأشخاص الذاتيين ؛
- غياب تتبع المقاولات المنشأة.
- وبالنسبة لمركز الدراسات ماكينزي، فقد خلص إلى:
- أن المتاعب تبدأ في المرحلة الثانية، أي المرور إلى الشباك الثاني، الذي لا يوفر جميع الخدمات للمستفسرين؛
- وجود معيقات ترتبط بالعقار، وبالتحديد مسألة التأخير، الذي يطال تسليم تراخيص التأسيس؛
- نقص الوسائل المادية والبشرية، مما يؤدي إلى غياب التواصل بين مختلف الإدارات الأخرى المعنية؛
- أن المراكز الجهوية للإستثمار لا تتكيف مع خصوصيات كل منطقة على حدة، ولا تراهن على القطاعات الأساسية للتنمية المحلية ولا تشجع المشاريع من هذا القبيل، في الوقت الذي تشكل جهتان فقط بالمغرب الاستثناء في هذا المجال (الجهة الشرقية وجهة سوس ماسة).
- ثانيا : الإكراهات التي تعرقل عمل المراكز الجهوية للإستثمار :
- تتجلى أهم الإكراهات التي تواجه عمل المراكز الجهوية للإستثمارفي :
- التمثيلية المحدودة للإدارات لدى الشباك الوحيد، ويعتبر هذا الإكراه من بين العوائق التي تجبر في بعض الأحيان حاملي المشاريع لإحداث المقاولات إلى التنقل إلى بعض الإدارات، وقد تم تسجيل أن معدل تمثيلية الإدارات لدى المراكز الجهوية للإستثمار يتراوح بين واحد وأربعة، باستثناء أربعة مراكز التي تتوفر على تمثيلية جميع الإدارات (الرباط، الدار البيضاء، مراكش، الجهة الشرقية) 24.

[24] - التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات لسنة 2015 ،ص.76 .

- عدم تزويد المراكز الجهوية للإستثماربالمعلومات الكافية حول السياسات القطاعية التي لا تدخل في دائرة اختصاصها، مما يؤدي إلى ضعف قواعد المعطيات لديها والجهل بآليات التحفيز المخصصة لتشجيع الإستثمار25.
- ضعف التواصل وغياب التنسيق بين المتدخلين على المستوى الترابي حول الإمكانات الإقتصادية للجهات 26.
- عدم دقة الصلاحيات المخولة للمراكز الجهوية في ميدان التسويق الإقليمي27 .
- ضعف آليات التنسيق مع المصالح المكلفة بالإستثمار28.
- ضعف التدابير التحفيزية الخاصة بكل جهة.
- خصاص في دراسات الجدوى لبعض المشاريع المبرمجة.
- تمويل غير كاف لبعض محاور مخططات تنمية الجهات 29.

25 - نفس المرجع السابق ،ص .77 .

26 - نفس المرجع السابق ،ص. 78 .

27 - نفس المرجع السابق ،ص. 78 .

28 - نفس المرجع السابق ،ص. 79.

29 - نفس المرجع السابق ،ص. 80 .

سادسا: توصيات لتطوير أداء المراكز الجهوية للإستثمار

- تحويل مراكز جهوية للاستثمار إلى مراكز جهوية للتنمية الاقتصادية. وبواسطة صلاحيات مؤسساتية و مالية خاصة وموسعة؛
- تسيير مراكز الاستثمار بواسطة مجالس إدارة "مكونة من أعضاء تابعين لمختلف الملحقات الإدارية الجهوية (الوالي، ملحقين وزاريين جهويين، رؤساء المجالس الجهوية) بالإضافة إلى ممثلي المجتمع المدني و الجمعيات المهنية"؛
- الالتفاتة إلى الإيقاع البطيء للإدارات، وذلك بخلق مصلحة خاصة بالعقار وتسليم تراخيص التأسيس، هذه المصلحة التي ستكون على اتصال مباشر بالإدارة المعنية؛
- إعادة النظر في الوسائل المعلوماتية المستعملة حاليا، ووضع نظام فعال لتقييم فعالية المستخدمين وذلك لمواجهة نقص الوسائل وكفاءة العاملين30؛
- تعزيز دور المراكز الجهوية للإستثمار خاصة فيما يتعلق بالمواكبة وتطبيق السياسات القطاعية الوطنية والجهوية وتنزيل السياسات الوطنية على المستوى الترابي؛
- مساهمة المراكز الجهوية للإستثمار في مسلسل إعداد وتطبيق الإستراتيجية الخاصة بإنعاش الإستثمار ومخططات تنمية الجهات والعروض الإقليمية المندمجة بما يتفق مع الإستراتيجيات القطاعية؛
- تطوير نظام فعال لرفع التقارير ينبني على مؤشرات النتائج والأداء؛
- تحديد الإختصاصات والإلتزامات المتبادلة لكل الأطراف المعنية (الولايات، الجماعات الترابية، المراكز الجهوية للإستثمار، الوكالة المغربية لتنمية الإستثمار ...)، في مجالات المواكبة وتشجيعالإستثمارات على المستوى الجهوي؛
- ضبط العلاقة بين المراكز الجهوية للإستثمار ومديرية تنسيق الشؤون الإقتصادية في مجال تحديد الأنشطة الإستراتيجية وتنسيق أشغال المراكز وتبادل الخبرات والممارسات الفضلى ونقل الموظفين بين هذه المراكز وتوحيد المعلومات؛
- العمل على ضمان تمثيلية لكل الإدارات العمومية المعنية لدى الشباك الوحيد؛

[30] - تقرير مكتب الدراسات ماكينزي ، لسنة 2011 .

- وضع نظام ملائم لأداء تكاليف إنشاء المقاولات (شساعة المقاولات، الأداء الإلكتروني..
- ملاءمة الخدمات المقدمة لمختلف أصناف المقاولات حسب نظامها القانوني (شركات مساهمة، شركات ذات المسؤولية المحدودة، ..الخ) وكذا بالنسبة لحجمها (مقاولات صغيرة جدا، مقاولات صغرى، مقاولات متوسطة، أو كبرى)مع مراعاة حاجيات وخصوصيات كل جهة على حدة؛
- وضع إطار للتتبع يشرك كل المتدخلين ويأخذ بعين الإعتبار النظام القانوني الجديد لإنعاش الإستثمار؛
- وضع آليات للتتبع والتشاور لتجنب النزاعات المحتملة وايجاد الطرق لفضها .

تقييم السياسات العمومية المرتبطة بمنظومة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي

مقتطف من الخطاب الملكي السامي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الثانية من الولاية التشريعة العاشرة 13 اكتوبر 2017

....."والمغاربة اليوم يريدون لابنائهم تعليما جيدا ،لا يقتصر على الكتابة والقراءة فقط وانما يضمن لهم الانخراط في عالم المعرفة والتواصل ،والولوج والاندماج في سوق الشغل ويساهم في الارتقاء الفردي والجماعي ،بدل تخريج فئات عريضة من المعطلين ....."

تمهيد :

عرفت كرونولوجيا التعليم بالمغرب ومنذ العشر سنوات الأخيرة محطات تأمل بغية إصلاح ما آلت إليه منظومة التربية والتعليم في أوضاعها العامة، إن على مستوى التعلمات والحكامة، كمدخلات، أو على مستوى الموارد البشرية في القطاعات الخدماتية كمخرجات لسياسة التعليم ، بيد أن مخططات الإصلاح والاستراتيجيات التي تم تبنيها من طرف القطاع من قبيل الميثاق الوطني[31] والمخطط الاستعجالي ، لم تتمكن من التغلب على كل الاختلالات التي عرفتها المنظومة التعليمية , حيث عرف الإنفاق على التعليم ميزانية ذات خط تصاعدي مضطرد ، وصلت 6430 مليار درهم سنة 2015 أي بزيادة متوسطية بلغت % 3.5 على مدار العقد الأخير ، نتيجة الحكامة التي تعتمدها السياسة التعليمية ، على مستويات الوزارة ، والأكاديميات الجهوية،والنيابات التعليمية البعيدة عن مبدأ التشاركية المهنية ؛ في الدراسة واتخاذ القرار .

انطلاقا مما سبق , واعتبارا لمختلف التحديات التي يتعين على المغرب رفعها في مجال التعليم والتربية والتكوين والبحث العلمي ، ولرهان وضعية الأطفال في المغرب والسياسات العمومية المرتبطة بهم في مجال التعليم و الحاضرة في أهداف التنمية المستدامة ما بعد سنة 2015 ، ارتأى مجلس المستشارين ضرورة التطرق لوضعية التعليم ضمن تقرير الجلسة السنوية للتقييم لهاته السنة في إطار المرفق العمومي من اجل الوقوف على ما حققته منظومة التربية والتعليم من مكاسب وما اعتراها من نواقص وذلك من خلال محاور استرجاعية لمسار المغرب في مجال التربية والتعليم والتي سيستعرضها هذا التقرير من خلال المحاور التالية :

- أولا: منظومة التربية والتعليم من خلال التقارير الدولية والوطنية؛
- ثانيا : الموارد المرصودة للقطاع ؛
- ثالثا : الإصلاح البيداغوجي والبحث العلمي والتربوي؛
- رابعا: تعميم التعليم؛
- خامسا : حكامة القطاع؛
- خلاصات وتوصيات.

[31] الميثاق الوطني للتربية والتكوين الصادر في 2000

ويستند هذا التقييم الى المرجعيات التالية :

■دستور المملكة

- كرس التعليم كحق من بين الحقوق الأساسية للمواطنين ؛
- دعا إلى تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب الاستفادة من الحق في الحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة (الفصل 31) ؛
- أكد على أن التعليم الأساسي حق للطفل وواجب على الأسرة والدولة (الفصل 32)

■التوجيهات الملكية السامية

- تقييم منجزات الوضع الراهن لقطاع التربية والتكوين، وتحديد مكامن الضعف والاختلالات، مع اعتماد النقاش الواسع والبناء في مقاربة قضايا التربية والتكوين (خطاب 20 غشت 2013).
- اعتبار العنصر البشري هو الثروة الحقيقية للمغرب وأحد المكونات الأساسية للرأسمال غير المادي (خطاب 20 غشت 2014).
- دعوة المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي، لإعادة النظر في منظور مضمون الإصلاح، وفي المقاربات المعتمدة، والانكباب على القضايا الجوهرية للتعليم.
- دعوة القطاعات المعنية إلى مواصلة برامجها الإصلاحية دون توقف أو انتظار.
- التأكيد على ضرورة تجاوز الخلافات الإيديولوجية التي تعيق الإصلاح.
- ضرورة تمكين الأجيال القادمة من منظومة تربوية تتجاوز عملية «التراكم ونقل المعرفة» للانتقال إلى تشجيع روح الإبداع والابتكار والتفاعل (الرسالة الملكية الموجهة إلى المشاركين في الدورة الخامسة للقمة العالمية لريادة الأعمال – 20 نونبر 2014).
- الخطاب الملكي لافتتاح السنة التشريعية 2016 والذي استعرض أعطاب الإدارة المغربية بشكل عام.

■ **الميثاق الوطني للتربية والتكوين، والبرنامج الاستعجالي** ، كوثيقة مرجعية متوافق عليها لإصلاح المدرسة المغربية.

■**إرساء المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي**، وانخراطه في سلسلة من الأعمال الرامية إلى تقييم حصيلة تطبيق الميثاق الوطني، واستشراف آفاق تأهيل وتطوير المنظومة الوطنية للتربية والتكوين والبحث العلمي.

■ البرنامج الحكومي في شقه المتعلق بالتربية والتكوين.

■الحالة الراهنة لمنظومة التربية والتكوين، والتي تجمع مختلف التقارير والدراسات التقييمية الوطنية والدولية، على وضعيتها المتأزمة، وعلى حاجتها الماسة إلى الإصلاح الجذري والتأهيل حتى تؤدي الوظائف المنتظرة منها على كافة المستويات.

■الرؤية الإستراتيجية لإصلاح منظومة التربية والتكوين والبحث العلمي 2015-2030

اما بالنسبة لاهداف التقييم فهي :

- تتوخى رصد الاكراهات الأساسية لخدمات منظومة التربية في مختلف المجالات، وفق منظور يتجاوز التشخيص الى القيام بتحليل موضوعي للأسباب الكامنة وراء محدودية الخدمات المتعلقة بالمنظومة التربوية.
- تروم التعرف على انتظارات جميع الفئات المستهدفة، مع بلورة اقتراحات عملية لتطوير وضعية منظومة التربية والتعليم وفق مؤشرات واولويات واضحة المعالم على المدى القصير والمتوسط والبعيد.

أولا: منظومة التربية والتعليم من خلال التقارير الدولية والوطنية

أجمعت اغلب الدراسات والتقارير الدولية وغير الدولية والرسمية والدراسات التربوية على أن المنظومة التعليمية في المغرب تعرف مجموعة من الاختلالات والأعطاب، والتي سنستعرض البعض منها كالتالي :

❖ **تقرير اليونسكو يناير 2014**

حددت منظمة اليونسكو مشكلة التعليم في العالم العربي ومن ضمنه المغرب في النقاط التالية:

مشكلة الدعم: حيث خلصَت إلى أن هناك تباينًا بين الدول العربية على مستوى الإمكانات المادية؛ مثلًا الفرق البيِّن بين الدول البترولية والدول العربية الأخرى، سواء في آسيا وأفريقيا التي تتميَّز بمحدودية الدعم والميزانية المخصَّصة للتعليم؛

مشكلة طغيان الطابع النظري في المنظومة التعليمية: من خلال اعتماد طرق تقليدية كلاسيكية، تقوم على شَحن ذاكرة المتعلم، وإهمال جانب التطبيق العملي للمناهج الدراسية؛ وفي يناير 2014 صدر عن منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة "اليونسكو" التقريرُ العالمي الجديد حول "تحقيق الجودة في التعليم في العالم". ووضَع هذا التقريرُ المغربَ ضمن 21 أسوا دولة في مجال التعليم،إلى جانب عدد من الدول الإفريقية الفقيرة جدا.

❖ **تقرير التنمية البشرية لعام 2013 الذي أصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي:**

كشف هذا التقرير الذي يركز على ثلاثة مؤشرات: الصحة، والتعليم، والدخل الفردي في تصنيف البلدان أنَّ معدل إلمام البالغين بالقراءة والكتابة (من فئة 15 سنة فما فوق) بلغ 56.1%،كما أنَّ نسبة الحاصلين على مستوى التعليم الثانوي لا تتعدى (فئة 25 سنة فما فوق) 28%.

في حين سجلت النسبة الإجمالية للالتحاق بالتعليم تباينًا حسب الأسلاك التعليمية؛ حيث تم تسجيل على التوالي: 114% بالابتدائي، و56% بالثانوي و13.2% بالتعليم العالي. فيما ناهَز

معدلُ التسرب من التعليم الابتدائي 9.5%، وهي نسبة مرتفعة مقارنةً مع المعدلات المسجَّلة من طرف الدول ذات المستوى الاقتصادي المماثل لبلادنا.

❖ **تقرير البنك الدولي لسنة 322008:**

ضمن هذا التقرير الصادر يوم الاثنين 4 فبراير 2008 بعَمَّان بالأردنِّ حول" إصلاح التعليم في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا "قام خُبراءُ بتصنيف 14 دولة حسب معايير: الملاءمة والفعالية والمردودية لنظام التربية والتكوين، حصل فيه المغرب على الرتبة 11 متقدمًا بقليل على كل من العراق واليمن وجيبوتي, فحسَب هذا التقرير فالمغربُ صُنِّف في المراكز المتأخرة، رغم صدور الميثاق الوطني للتربية والتكوين سنة 2000، لكن تنزيله شابَتْه ثَغرات ونقائصَ، دفعَت إلى تبنِّي ما سُمي بالمخطط الاستعجالي لتسريع وتيرة الإصلاح.

كما أن التقارير الوطنية الرسمية هي الأخرى رصدت الاختلالات التي تعرفها المنظومة التعليمية في المغرب فصدرت في هذا الباب تقارير مختلفة ولعل من أبرزها :

❖ **تقرير الخمسينية:** وهو تقرير على مدى خمسين سنة من الاستقلال وآفاق سنة 2025 وقف على اختلالات كبرى للنظام التعليمي في المغرب حددها في النقاط التالية :

1- ضعف القدرة الإدماجية، والطاقة الاستيعابية بما لا يسمَح لعدد كبير من الأطفال البالغين سن التمدرس من ولوج المدرسة؛ مما يُعرَف في الأدبيات التربوية بـ"التعميم"، وهو من المبادئ الأساسية التي تم إقرارها بالمغرب بعد الاستقلال في إصلاح 1957م، إلى جانب التعريب والتوحيد والمغربة.

2- عدم تكيف المنظومة التربوية مع المعطيات الجديدة لسُوق الشغل، وهذا يفسِّر جانبًا من جوانب أزمة بطالة حاملي الشهادات.

3- : الهدر والتسرب المدرسي الذي يَطول أعدادًا كبيرة من التلاميذ والتلميذات؛ خاصة في الأوساط القروية والفقيرة والإناث.

4- عدم تكافؤ الفرص سواءٌ تعلَّق الأمر بالتفاوت بين الوسط الحضَريّ أو الوسط القروي أو بين الجهات والأقاليم أو بين الجنسين.

[32]: تقرير صادر عن البنك الدولي عنوانه "إصلاح التعليم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا سنة 2008

6- ضعف المردوديَّة وتراجع جودة التحصيل (القراءة والكتابة) وعدم التمكُّن من اللغات.

❖ **تقرير المجلس الأعلى للتعليم لسنة 2008**: تتجلى الإخفاقات التي تم رصدها من قبل تقرير المجلس أساسًا في:

- إشكالية الحكامة التربوية في مختلف المستويات، وهو ما حال دون إرساء آليات لتقويم الفاعلين فيها، وترسيخ مسؤولياتهم؛ بما يمكِّن من تحفيز الجميع على بذل المزيد من الجهود لتحسين أداء المدرسة العمومية

- الهدر المدرسي نتيجة ضعف مستويات تأهيل المدرسة العمومية والفقر وتدني المستوى الثقافي وارتفاع التمدرس .

- إشكالية ترسيخ آليات ملائمة للقيادة والضبط، من خلال تطوير هياكل التدبير على مستوى الأكاديميات والمؤسسات التعليمية، والتحيين المستمر والاستجابة المنتظمة لمتطلبات التدبير والتقويم والقيادة؛ ضمن رؤية مندمجة تقوم على التنسيق بين مختلف قطاعات التربية والتكوين.

- الانخراط المحدود للمدرسين في الإصلاح التربوي مما ترتب عنه أثر سلبي على أداء المنظومة، وخصوصًا على جودة التعلم، والقدرة على الاحتفاظ بالمتعلمين، نتيجة النقص المسجَّل في التكوين وتأطير المدرسين، الذين يواجهون اليوم ظروفَ عملٍ صعبةً؛ إذ لا يتم دائمًا إعدادهم للتكيُّف معها، علاوة على ضَعف آليات التقويم والمساءلة والتدبير المبنيّ على النتائج.

ثانيا: الموارد المرصودة للقطاع:

نظرا لتشابك القضايا المرتبطة بمنظومة التربية والتكوين،سيكون من الصعب الاحاطة الشاملة بمختلف التفاصيل ذات الصلة ، وسنحاول انطلاقا من المعطيات المتوفرة رصد المنجزات المحققة في ضوء الوسائل المؤطرة للقطاع بالمقارنة مع الاهداف المسطرة والتطلعات المنتظرة من القطاع، وبناءا عليه سنتعرض للموارد المرصودة للقطاع المادية والبشرية :

أ- المستوى المادي والتقني:

* التمويل :

رغم المجهودات المسجلة في السنوات الأخيرة، تبقى الميزانيات المخصصة للتربية والتكوين غير كافية من أجل ربح رهانات التعميم والجودة ورفع تحديات التنمية والمنافسة الدولية، مما يجعل حوالي23% المخصصة لميزانية التعليم غير كافية حاليا فمثلا،.ومن بين الاختلالات المسجلة في التدبير المالي للقطاع، يسجل تطور نفقات التسيير على حساب نفقات الاستثمار، وعليه يجب الزيادة في ميزانية الاستثمار وليس على حساب ميزانية التسيير، التي تحتاج بدورها إلى زيادة المناصب المالية، لتدارك اختلالات الموارد البشرية ورفع تحديات الجودة والفعالية الداخلية والخارجية،فالإصلاح والجودة لهما كلفتهما المالية أيضا والجدول التالي سيرصد تطور المؤشرات المالية :

تطور المؤشرات المالية:[33]

	2015	2016	2017	التطور	
				2015/2016	2016/2017
نفقات التسيير	43 851 792 000	42 969 921 000	40 667 212 000	-2,01	-5,36
النسبة من الميزانية العامة المخصصة للتسيير	22,52	22,78	21,66	1,18	-4,91
نفقات الاستثمار	2 467 500 000	2 783 445 000	3 979 286 000	8,81	42,96
النسبة من الميزانية العامة المخصصة للاستثمار	4,56	4,53	6,26	-0,66	38,19
المناصب المالية	7020	8360	8000	19,09	-4,31
النسبة من عدد المناصب المحدثة	31,27	32,22	33,73	3,03	4,69

توظيف ميزانية الاستثمار:[34]

المشاريع	المبالغ المرصودة
استكمال برنامج البناءات المدرسية في طور الانجاز	515 000 000
مساهمة الوزارة في برنامج تنمية العالم القروي والمناطق الجبلية	380 000 000
تنفيذ التزامات الوزا رة مع مختلف الشركاء	763 000 000
توسيع وتجهيز المؤسسات التعليمية والداخليات المحدثة	612 000 000
الاعتمادات المحولة للصندوق الخاص باستبدال أملاك الدولة	200 000 000
تأ هيل المؤسسات التعليمية والداخليات وتجهيزها	1 189 000 000
تطوير وتوسيع العرض المدرسي	1 500 000 000

[33] المذكرات التقديمية لمشروع الميزانيات الفرعية المتعلقة بوزارة التربية الوطنية والتعليم والبحث العالمي برسم قوانين المالية المقدمة امام اللجان المختصة بالبرلمان .

[34] نفس المرجع المشار اليه في الهامش اعلاه

*** الدعم التربوي**[35]:

على مستوى الدعم المادي والتربوي، أكدت حصيلة لقاءات الحوار الجهوي حول منظومة التربية والتكوين والبحث العلمي لسنة 2014 أهمية برامج الدعم المادي والاجتماعي لفائدة التلاميذ والتلميذات بالوسط القروي، ولفائدة الطلبة بالجامعات. لكنها أثارت في الوقت نفسه مسألة المعايير المعتمدة في اختيار الجماعات والأسر المستفيدة من برامج الدعم الاجتماعي بالنظر لوجود مناطق وجماعات محلية تم استثناؤها من هذا الدعم، ممّا يكرس نوعا من اللامساواة بين مناطق وجماعات محلية أكثر فقرا، ينضاف إلى ذلك وجود نوع من اللاتوازن في إحداث دور الطالبات بالوسط القروي.

و يرتكز الدعم الاجتماعي على خمسة مكونات: الداخليات والمطاعم المدرسية وبرنامج تيسير والمبادرة الملكية "مليون محفظة" والنقل المدرسي. ويهدف هذا الدعم إلى تشجيع التمدرس ومحاربة الهدر المدرسي خصوصا بالنسبة للتلاميذ المنحدرين من أسر معوزة غير أن فحص التدابير المتخذة في هذا الإطار برسم السنة الدراسية 2017/2016 ،أبان عن عدة اختلالات من أهمها:

- عدم توفر 566 إعدادية بالوسط القروي على داخليات خلافا لما ورد في ميثاق التربية والتكوين الذي ينص على أن "تحرص كل مدرسة إعدادية تستقبل التلاميذ من الوسط القروي على أن تتوافر لها داخلية تستوفي كل شروط الصحة والراحة والمراجعة"؛
- تجاوز الطاقة الإيوائية في 212 داخلية، وقد بلغ هذا التجاوز في البعض منها الضعف، مما أدى إلى إيواء التلاميذ في أماكن غير معدة لذلك كقاعات المراجعة وقاعات الاجتماعات والمكتبات؛
- ضعف استغلال الطاقة الإيوائية ب 246 داخلية تقريبا ، منها وحدات لا تستغل إلا بنسبة 4 في المائة من طاقتها الاستيعابية؛
- عدم توفر أماكن مخصصة للمطاعم المدرسية بالعديد من المؤسسات التعليمية؛ حيث يتم توزيع الوجبات في الهواء الطلق أو داخل الحجرات الدراسية لفائدة التلاميذ؛
- إيواء وإطعام ونقل التلاميذ المستفيدين من الدعم الاجتماعي في ظروف غير لائقة؛
- عدم صرف مبالغ المساعدات المالية المخصصة في إطار برنامج تيسير للعائلات المستفيدة منه منذ بداية الموسم الدراسي 2015/2014 .

[35] المنتدى الوطني للاصلاح المكتسبات والافق وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي والبحث العلمي

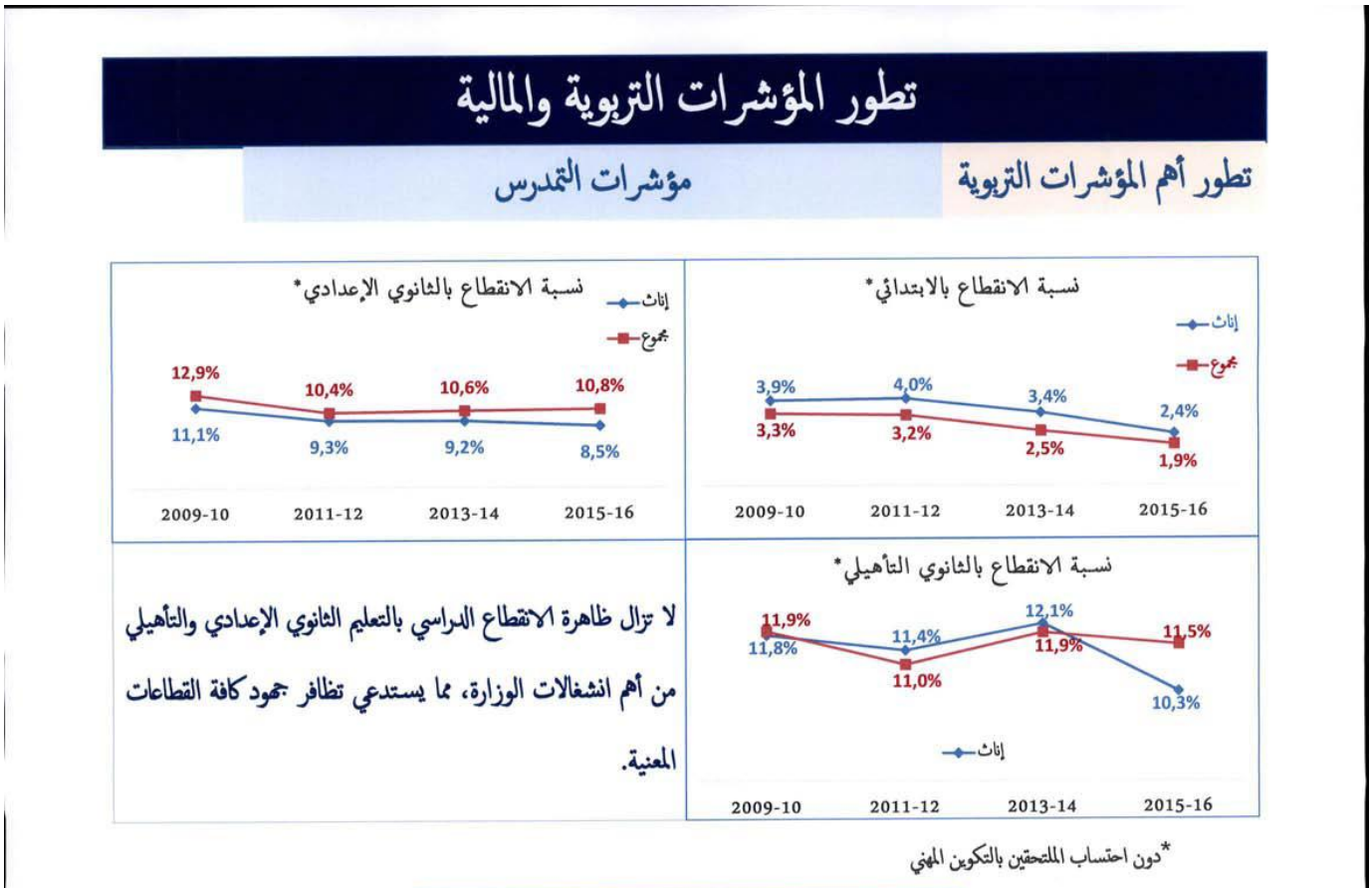
- التأخر في توزيع الأدوات واللوازم المدرسية على المستفيدين من المبادرة الملكية "مليون محفظة"؛ حيث فاقت مدة التأخير، في بعض المؤسسات، شهرين ابتداء من انطلاق الموسم الدراسي.

➢ *خدمات* الدعم الاجتماعي:[36]

رغم المجهودات المبذولة في مجال الدعم الاجتماعي، لا تزال نسب الهدر المدرسي والانقطاع عن الدراسة مرتفعة و بالرجوع إلى المعطيات المسجلة في نظام مسار، يتبين أن 141 218 ألف تلميذا غادروا الدراسة خلال السنة الدراسية 2017/2016، أي بمعدل 4 ٪ من مجموع التلاميذ خلال هذه السنة ويبين الجدول التالي وضعية الهدر المدرسي حسب كل سلك تربوي وحسب الوسط خلال السنة الدراسية 2017/2016. 37

البرامج / أعداد المستفيدين	2015-2016	2016-2017
عملية "مليون محفظة"	3 830 477	3 828 169
برنامج تيسير	832 379	859 975
النقل المدرسي	98 900	138 995
المطاعم	1 142 792	1 085 110
الداخليات	108 749	113 429

وفيما يلي مبيان يرصد أهم المؤشرات المرتبطة بالانقطاع عن التمدرس ما بين **2009 و2016**[38]



3- البنيات التحتية :

يتضح أن من ابرز التطورات التي عرفها قطاع التعليم خلال السنوات الأخيرة هوانه لازال يعرف نوعا من القصور على مستوى البنيات التحتية، فرغم توسيع الطاقة الاستيعابية للمؤسسات خلال السنوات الأخيرة، فإن التراب الوطني لازال يعرف خصاصا فيما يخص التغطية التربوية وتقريب المؤسسات من المستفدين، وخصوصا في الوسط القروي على المستوى الثانوي بنوعيه؛ بالإضافة إلى ملاحظة النقص الكبير للتجهيزات الخدماتية والصحية والتربوية (الكهربة، الماء الصالح للشرب، المراحيض، الأنشطة الموازية، قاعات المطالعة والمتعددة الوسائط، المختبر.....).

جدول يبين تطور البنية التحتية المدرسية [39]

البنيات التحتية	2008/2009	2016/2017	الفرق	نسبة التطور
المؤسسات	9397	10 833	1436	٪15
الحجرات	129 519	146 459	16 940	٪13
الداخليات	451	833	382	٪85
المطاعم	4753	6141	1388	٪29
الفرعيات	13 401	13 084	-317	٪2-

ب- على مستوى الموارد البشرية [40]:

سيعالج هذا الباب الصعوبات المرتبطة بتدبير الموارد البشرية في منظومة التربية والتكوين،من خلال :

* اكراهات توزيع الوظائف التدبيرية بالقطاع :

أصبح يشكل حاليا موظفو قطاع التعليم المدرسي ثلث القطاع العمومي 33٪؟، مع العلم أن نسبة مناصب المسؤولية و التدبيرية في هذا القطاع حسب منشور لوزارة تحديث

[39] المصدر وزارة التربية والتعليم والبحث العلمي

[40] خالد امجيدي : ازمة تدبير الموارد البشرية في قطاع التعليم المدرسي مجلة عالم التربية ملف العدد : ازمة التعليم في المغرب اوالعالم العربي العدد2014.

القطاعات العامة لا تتجاوز 3٪ من مجموع مناصب المسؤولية في القطاع العمومي وهذا يدل على اختلال كبير في بنية وتوزيع الوظائف والمسؤوليات داخل القطاع العمومي وندرة مناصب المسؤولية في قطاع التعليم المدرسي وهذا لا ينسجم مع الخطابات الرسمية الرامية إلى إصلاح منظومة التربية والتكوين والداعية إلى الاهتمام بالعنصر البشري كرهان لتحقيق التنمية .

ويعتبر كذلك الفائض والخصاص في هيئة التدريس اشكالية بنيوية وهيكلية تتميز بها المنظومة التربوية كما يوضح ذلك الجدول اسفله بالنسبة للفترة مابين 2017/2016/2011/2012

جدول يبين وضعية الفائض والخصاص في هيئة التدريس[41]

السنة الدراسية	السلك	الخريطة المدرسية النظرية				الخريطة المدرسية المعدلة			
		المتوفر	اللازم	الخصاص	الفائض	المتوفر	اللازم	الخصاص	الفائض
2011_2012	الابتدائي	125302	131322	12235	6215	الخرائط التوقعية لا تتضمن المعطيات الخاصة بالموارد البشرية			
	الاعدادي	55760	60480	10821	6093				
	التأهيلي	40816	44389	6511	2938				
	المجموع	**221878**	**236191**	**29567**	**15246**				
2012_2013	الابتدائي	124516	129292	11014	6238				
	الاعدادي	55695	62359	11799	5135				
	التأهيلي	43528	45738	5748	3538				
	المجموع	**223739**	**237389**	**28561**	**14911**				
2013_2014	الابتدائي	122905	128614	10916	5207				
	الاعدادي	54093	63888	13438	3669				
	التأهيلي	41440	43968	5588	3063				
	المجموع	**218438**	**236470**	**29942**	**11939**				
2014_2015	الابتدائي	121184	128512	10931	3603				
	الاعدادي	53087	65119	15309	3277				
	التأهيلي	43087	46993	7404	3409				
	المجموع	**217358**	**240624**	**33644**	**10289**				
2015_2016	الابتدائي	118643	127782	11536	2396	118888	الخريطة التوقعية لا تتضمن المعطيات الخاصة بالموارد البشرية		
	الاعدادي	52238	64487	14960	2711	53046			
	التأهيلي	44460	47015	6076	3521	47105			
	المجموع	**215341**	**239284**	**32572**	**8628**	219039			
2016_2017	الابتدائي	113201	128472	16325	1054	109731	112 613	6252	3370
	الاعدادي	50633	64974	16539	2198	48643	50 845	6332	4130
	التأهيلي	46665	48926	5088	4668	46057	43 619	4116	6555
	المجموع	**210499**	**242372**	**37952**	**7920**	204431	**207 077**	16700	14055

هذا وتبين للمجوعة الموضوعاتية انطلاقامن جلسات الاستماع والمناقشة الى رصد عدد من الصعوبات والاكراهات التي يمكن اجمالها فيما يلي :

[41] المرجع وزارة التربية الوطنية "المذكرة الاستعجالية الصادرة عن المجلس الاعلى للحسابات حول ظروف تهييئ وسير الدخول المدرسي 2017/2016

*** قصور النصوص التشريعية والتنظيمية:**

ويتجلى ذلك من خلال :

- غياب نظام أو دليل مرجعي حديث لتوصيف الوظائف القائمة وتحديد معالمها من حيث مهامها وواجباتها ومسؤولياتها ومتطلباتها والشروط التي يجب أن تتوفر في من يشغلها - قصور النظام الأساسي الحالي في احتواء ومعالجة جملة من الإشكاليات الأفقية والروتينية المتعلقة بتدبير الموارد البشرية (التقييم، الترقية ، التكوين المستمر، حركية وانتقال الموظفين .....).

- تعقد المساطر القانونية وعدم وضوح الكثير من الممارسات والمسالك الإدارية والتشريعات المنظمة وكذا كثرة الوثائق والمستندات.

*** ضعف استيعاب وتوظيف المقاربات التدبيرية الحديثة بقطاع التربية الوطنية**، وهذا يتجلى أساسا في ما يلي :

- محدودية الآليات والأساليب المعتمدة لتقييم وتخطيط الحاجيات وافتقارها إلى منهج علمي دقيق لتحديد الموارد واستشراف الكفاءات المتطلبة ؛

- عدم اعتماد تفعيل مقتضيات الحكامة الجيدة في ممارسة تدبير الموارد البشرية ؛

- صعوبة تدبير الخصاص في الموارد البشرية سيما في الوسط القروي ؛

- اعتماد أسلوب ممركز في تدبير الموارد البشرية،نتيجة ضعف اللاتمركز الترابي و الوظيفي وضعف ممارسة اللامركزية ؛

- ضعف آليات التنبؤ باحتياجات المنظومة من الموارد وشيوع التدبير الكلاسيكي.

ج- على مستوى التنظيم والتدبير :

تتجلى أهم منجزات الإصلاح في هذا المستوى، في إرساء الأسس القانونية والتنظيمية والمتمثلة اساس في المراسيم والآليات التدبيرية التالية : مرسوم إلزامية التعليم، تنظيم التعليم الأولي والخصوصي، الأكاديميات الجهوية، مراسيم تدبير نظام التربية والتكوين، مجالس تدبير المؤسسات، تحسين القدرات المؤسساتية والتقنية والتدبيرية، تنمية التعاون والشراكة، القوانين الأساسية لتنظيم التعليم العالي، إحداث المكتب الوطني للأعمال الجامعية الاجتماعية والثقافية، أكاديمية محمد السادس للغة العربية، المعهد الملكي للثقافة الأمازيغية،و إطار تأسيس الجمعيات ذات النفع العام.

ورغم هذه الترسانة التنظيمية والتدبيرية المحققة وغيرها، فإن أغلب الملاحظين والفاعلين التربويين يسجل أن أغلبها لازال شكليا وتنقصه كثيرا من الفعالية والجدية ، بالإضافة إلى بطء تأثيراتها الميدانية في المنظومة التربوية، مما يطرح عدة أسئلة حول جدوى وفعالية هذه الهياكل التنظيمية والقانونية.

ثالثا: تعميم التعليم [42]:

بلغت نسبة التمدرس على مستوى التعليم الابتدائي 99.1 ٪في 2015/2014 على الصعيد الوطني، منها 98.5٪ بالنسبة للفتيات على المستوى الوطني، و98.3 ٪ في الوسط القروي و98.4 ٪للفتيات في الوسط القروي

وتدل هذه النتائج على تعميم التعليم الابتدائي، وعلى أن الجهود الرامية إلى تمدرس الفتيات القرويات كانت هامة للغاية، غير ا ن هذه النتائج تظل هشة بالنظر إلى إشكال الهدر المدرسي المرتفع، مما يتعين اعتماد مؤشرات وطنية أكثر تقدما خاصة فيما يتعلق بالجهود المبذولة من اجل تعميم الولوج إلى التعليم: مؤشرات كمية ونوعية مع الاخد بعين الاعتبار ظروف التعلم (البنيات التحتية ، والموارد وعدد التلاميذ الخ....)

وبالنسبة للتعليم الثانوي الإعدادي عرفت نسبة التمدرس تحسنا كبيرا، حيث بلغت 90.4٪ في 2015/2014، 86.7 ٪ منها للإناث، وفي الوسط القروي بلغت هذه الأرقام 68.9 و75.1 ٪ 43

لذلك، يعتبر عامل الوسط الحضري قروي بدوره ، عاملا مهما من عوامل انعدام المساواة الاجتماعية ، فهو يتدخل بقوة في تعميق الفوارق المدرسية ، ويظهر تاثيره السلبي بشكل خاص في المجال القروي حيث لا يتجاوز معدل سنوات التمدرس بالنسبة للسكام من 15 سنة وما فوق ، 3.24 سنوات ، مقابل 7.13 سنوات في الوسط الحضري 44 (بمتوسط 5.64 سنوات على المستوى الوطني).

كما تظهر الفوارق الترابية جلية على مستوى النسبة الخاصة للتمدرس لبعض الفئات العمرية سنة 2016-2017،والتي تصل بالنسبة للفئة العمرية 14-12 الى 96.9٪ بالوسط الحضري و٪ 75.8 بالوسط القروي ، وبالنسبة للفئة العمرية 17-15،على التوالي ٪86 حضري و 40.6٪ قروي . وتلمس هذه الفوارق ايضا على مستوى نسبة السكان التي تصل للتعليم العالي (18 سنة فما فوق) والتي بلغت سنة 2014 ، 13.3٪ بالوسط الحضري و 2.3٪ بالوسط القروي .

[42] التقرير السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي برسم السنة 2015
[43] التقرير الاقتصادي والمالي الذي اعدته وزارة المالية والاقتصاد سنة 2015
[44]اطلس الفوارق الترابية 2016،الهيئة الوطنية للتقييم لدى المجلس الاعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي

وتتجلى هذه الفوارق ايضا في التأخر الحاصل في محاربة امية السكان خصوصا بالوسط القروي، تبين نتائج الاحصاء العام الاخير للسكان والسكنى،ان حوالي 10 ملايين مغربية ومغربي، (أي ما يقارب ثلث السكان) لا يعرفون القراءة والكتابة .

وعلى الرغم من التحسن الملحوظ في هذه النسب فان التعميم لم يتحقق بكيفية كاملة ولاسيما الوسط القروي كما يظل عدد الأطفال الذين يغادرون التعليم الثانوي الإعدادي قبل نهاية السلك وقبل الحصول على شهادته عددا مثير للقلق.

اعتبارا لما سبق، يمكن القول انه رغم الجهود المبذولة من اجل تعميم التعليم كما نصت عليه الاتفاقيات الدولية والتشريعات الوطنية، فان الملاحظ من خلال الأرقام السابقة أن المغرب لازال متأخرا في إرساء مشروع تعميم التعليم خاصة في الوسط القروي رغم كونه تعليم إجباري .45

وفي ما يلي جدولين يرصدان مؤشر التمدرس حسب الجهات :

جدول 1: متوسط سنوات الدراسة ومؤشر جيني للتربية بين سنة 1982 و2014.

السنة	1982	1994	2004	2014
متوسط سنوات التمدرس	1.94	3.13	4.04	5.64
مؤشر جيني للتربية	0.80	0.71	0.63	0.55

المصدر: حساب الهيئة الوطنية للتقييم اعتمادا على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى للمندوبية السامية للتخطيط لسنة 1982 و1994 و2004 و2014.

[45] ظهير الشريف رقم 1.63.071 الصادر في 25 جمادى 1963 الثانية 1383 / 13 نونبر 1963 حول الزامية التعليم كما وقع تغييره وتتميمه بالقانون رقم 04.00 الصادر بتنفيذ الظهير ررقم 1.00.2000 بتاريخ 15 من صفر 1421)19 ماي 2000)

جدول 3 : متوسط سنوات التمدرس ومؤشر جيني للتربية في الجهات المغربية وترتيبها الدولي سنة 2014.

الجهة	متوسط سنوات التمدرس		مؤشر جيني للتربية	
	القيمة	الرتبة	القيمة	الرتبة
طنجة – تطوان – الحسيمة	5.18	144	0.54	150
الشرق	5.28	142	0.54	150
فاس – مكناس	5.47	138	0.54	150
الرباط – سلا – القنيطرة	6.35	128	0.49	148
بني ملال – خنيفرة	4.85	149	0.57	153
الدار البيضاء الكبرى – سطات	6.71	120	0.46	144
مراكش – آسفي	4.76	151	0.58	153
درعة – تافيلالت	5.17	144	0.54	150
سوس – ماسة	5.19	144	0.55	150
كلميم – واد نون	5.67	136	0.54	150
العيون – الساقية الحمراء	7.08	117	0.42	134
الداخلة – وادي الذهب	6.25	128	0.45	143
المغرب	**5.64**	**136**	**0.55**	**150**

المصدر: حساب الهيئة الوطنية للتقييم اعتمادا على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى للمندوبية السامية للتخطيط لسنة 2014

وفي هذا السياق، قدم المجلس الأعلى للتربية والتكوين والبحث العلمي رؤية جديدة امام جلالة الملك في 20 ماي 2015 , تحمل عنوان "مدرسة من اجل مواطن الغد " وتتمحور الرؤية حول تسعة تدابير ذات الأولوية موزعة على الشكل التالي :

- التمكن من التعلمات الأساسية ؛
- التمكن من اللغات الاجنبية ؛
- دمج التعليم العام والتكوين المهني تثمين التكوين المهني ؛
- الكفاءات العرضانية والتفتح الذاتي ؛
- تحسين العرض المدرسي ؛
- التاطير التربوي ؛
- الحكامة ؛
- النزاهة والقيم بالمدرسة ؛
- التكوين المهني: تثمين الرأسمال البشري وتنافسية المقاولة.

فتعميم التعليم من الشروط الاساسية لتحقيق العدالة التعليمية، مما يستدعي تعميم التعليم الاولي و التركيز على وضع قاعدة مشتركة للكفايات ، واجراءات تعزيز الدعم الاجتماعي والمدرسي للتلاميذ في وضعية صعبة ، وتشجيع الانشطة الموازية ، بالاضافة الى تخصيص موارد اضافية ومدرسين متمرسين في المدارس التي تواجه صعوبات .

رابعا: الإصلاح البيداغوجي والبحث العلمي والتكوين المهني [46]

- **على المستوى البيداغوجي**، تبنى الإصلاح الاخير لمنظومة التربية والتعليم مقاربة الكفايات، كبيداغوجيا جديدة بديلة عن بيداغوجيا الأهداف،ومن بين أسباب التبني الرسمي لهذه المقاربة البيداغوجية،الارتقاء بالمتعلم إلى أسمى درجات التربية والتكوين، إذ أن المقاربة بالكفايات تستند إلى نظام متكامل من المعارف والأداءات والمهارات المنظمة التي تتيح للمتعلم، ضمن وضعية تعلمية، القيام بالإنجازات والأداءات الملائمة التي تتطلبها الوضعية؛ تركيز الأنشطة على المتعلم،وبناء عناصر الوضعية التعليمية وفق إيجابية المتعلم،حيث وظائف ومبادئ التعلم تتحدد في اعتبار المتعلم محورا فاعلا لأنه يبني المعرفة ذاتيا(التعلم الذاتي)،واعتبار كل أبعاد شخصية المتعلم العقلية والوجدانية (حل المشكلات،المشروع..) وتقنيات التنشيط واستراتيجيات التعلم الذاتي؛ اعتبار المدرس مسهلا لعمليات التعلم الذاتي، وذلك بما يوفره من شروط سيكوبيداغوجية وسوسيوبيداغوجية تتيح التعلم بالإضافة إلى التربية على القيم والاختيار واتخاذ القرار.

ولقد نجح الإصلاح، إلى حد ما، في ترجمة هذه المنطلقات البيداغوجية في البرامج والمناهج والكتب المدرسية.

- غير أن هناك بعض الاختلالات في هذا المستوى،تعود بالأساس إلى الضبابية والغموض فيما يخص مرجعية تحديد بيداغوجيا الكفايات "المغربية" تنظيرا وتطبيقيا؛ فهناك من يعتمد المرجعية الأنجلوساكسونية التي تعتبر الكفايات مجرد جيل ثالث من بيداغوجيا الأهداف ليس إلا، وهناك من يعتمد المرجعية الفرانكفونية ذات الخلفيات المعرفية للمدرسة التكوينية والسوسيوبنائية، والمدرسة المعرفية الجديدة Cognitivisme ؛مما يؤدي أحيانا إلى بعض الخلط ، وفي كل مرة يطرح السؤال: ماهي الكفايات؟!

ومما هو ملاحظ ان قرار الإصلاح لم يواكب التأطير والتكوين النظري والتطبيقي لجل الفاعلين التربويين الأساسيين؛ ثم أن تأليف الكتب المدرسية غالبا ما لا تحترم فيه دقة الشروط البيداغوجية الجديدة، مما يجعل بعضها يبتدئ بمدخل نظري للكفايات والبيداغوجية الحديثة، ثم بعد ذلك يضيع في تفاصيل بيداغوجيا الأهداف ، مما لا يسمح

[46] تقرير المجلس الأعلى للتربية والتعليم سنة 2008

بتطبيق بيداغوجيا الكفايات ،كبيداغوجيا حديثة لمدرسة حداثية، ما دام التعليم لازال يتخبط في مظاهر تقليدية، على مستوى البنايات والتجهيزات التربوية والاختلالات البشرية(الاكتظاظ،تناسل الأقسام المشتركة،خصاص في الأطر،تخلف البنايات والوسائل الديداكتيكية التعليمية...).؟!

- **البحث العلمي :**

أما في ما يتعلق بالبحث العلمي ،فقد تم توجيه البحث العلمي والتكنولوجي الوطني أساسا نحو البحث التطبيقي والتحكم في التكنولوجيا وملاءمتها، مع دعم الإبداع فيها،وأن ينظم البحث العلمي والتقني بطريقة ترفع من تماسكه وفعاليته، عبر مساهمة أكاديمية الحسن الثاني للعلوم والتقنيات، في تحديد السياسة الوطنية في مجال البحث العلمي والتكنولوجي، وعبر إعادة هيكلة الوحدات والمراكز العمومية للبحث، القائمة من أجل إنشاء شبكات للمهتمين في نفس المجالات، وتشجيع المقاولات للانضمام إليها،وعبر توطيد الوجائه (interfaces) بين الجامعات والمقاولات لترسيخ البحث،و العمل على الرفع التدريجي من الإمكانيات العمومية والخاصة المرصودة للبحث العلمي والتقني،وإمكانية إحداث صندوق وطني لدعم البحث والإبداع بتمويل من طرف الدولة والمقاولات العمومية والخاصة وهبات الخواص ومنح التعاون الدولي،كما يتعين نشر تقرير تقويمي تحت مسؤولية السلطة الحكومية المكلفة بالبحث العلمي والإبداع التكنولوجي.

ومن بين الاسئلة التي اثارتها المجموعة الموضاعتية تتعلق بكيفية التقدم والتنمية على اساس البحث العلمي والتربوي خاصة انه لازال مهمشا الى حد كبير في السياسات المعتمدة، فمؤسسات وميزانيات البحث العلمي لازالت ضعيفة وبدون الفعالية الحقيقية والميدانية .

- **التكوين المهني :**

بخصوص تقييم مردودية منظومة التكوين المهني[47]: في هذا الإطارتوقفت المجموعة الموضوعاتية عند :

محدودية المؤشرات المعتمدة من أجل تقييم منظومة التكوين المهني من حيث معدلي الإدماج والطلب، حيث يلاحظ مايلي :

[47] تقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2015

- **معدل الإدماج** :من أجل تقييم مردودية منظومة التكوين المهني: يعتمد قطاع التكوين المهني على دراسات تتبع إدماج الخريجين، وذلك عن طريق دراسة معدل الإدماج بعد تسعة أشهر من التخرج، وكذا دراسة حول مسارهم المهني بعد ثالث سنوات من تاريخ تخرجهم. ورغم ذلك تبقى هاته الدراسات محدودة، وذلك للأسباب التالية:

*التأخر في إنجاز هذه الدراسات، ونذكر في هذا الصدد، على سبيل المثال، الدراسة التي شرع فيها قطاع التكوين المهني سنة 2015 بخصوص معدل إدماج خريجي دفعتي 2010 و2011، ودراسة تتبع المسار المهني لخريجي 2008 و2010؛

*عدم إخضاع نتائج الدراسات إلى تحليل معمق، حيث يعتمد قطاع التكوين المهني فقط على معدل الإدماج الوطني كمؤشر لتقييم المردودية الخارجية لمنظومة التكوين المهني. لكن يبقى هذا المؤشر غير كاف لتقييم منظومة التكوين المهني. حيث توجد هناك عدة مؤشرات وخصائص واردة في هذه الدراسات والتي يتم تحليلها بشكل دقيق، نذكر منها على سبيل المثال معدل عدم ملائمة العمل المزاول للتخصص المحصل عليه، خصائص العمل المزاول، الأجرة الممنوحة عن العمل، إلخ.

- **معدل الطلب** :لقد سجل معدل الطلب (خلال السنة الدراسية 2015/2014، ما يعادل 3,2 مترشح لكل مقعد بيداغوجي على المستوى الوطني. وإذا اعتمدنا على هذا المؤشر، يتبين أن هناك عجزا في الطاقة الاستيعابية لمنظومة التكوين المهني، مما يمكن أن يؤدي إلى المطالبة ببرمجة بناء وتجهيز مراكز جديدة للتكوين المهني. إلا أن هذا المعدل الوطني يخفي بعض التباينات الموجودة بخصوصه

على مستوى مختلف القطاعات المعنية بالتكوين،لوحظ (بالرجوع، على سبيل المثال، إلى معطيات خريطة التكوين للسنة الدراسية 2014/2013)، أن هناك مجموعة من الشعب التي تتوفر سوى على عدد محدود من المتدربين، والذي لا يتعدى في كثير من الحالات، عشرة 10 متدربين في القسم الواحد. وبالإضافة إلى ذلك، لوحظ أن معدل الامتلاء عند الفاعلين في التكوين، خلال السنة الدراسية 2015/2014، هو أقل من الطاقة الاستيعابية المتوفرة. مما يتطلب معه القيام، أولا، بعقلنة الطاقة الاستيعابية المتوفرة قبل القيام ببرمجة بناء وتجهيز مراكز جديدة للتكوين المهني.

ويبرز الجدول التالي معدل الامتلاء برسم السنة الدراسية 2015/2014 لدى بعض القطاعات المتدخلة في التكوين المهني48:

القطاع	الطاقة الاستيعابية	عدد المتدربين	معدل الامتلاء٪
السياحة	5.130	4.143	81
الصناعة التقليدية	2.775	2.152	78
الفلاحة	4.845	4.166	86
الصيد البحري	1.604	758	47

- **غياب نظام معلوماتي مندمج من أجل تتبع منظومة التكوين المهني** : لا يتوفر قطاع التكوين المهني على نظام معلوماتي مندمج حول منظومة التكوين المهني يمكن من تتبع تطور خريطة التكوين والمؤشرات الرئيسية، من أجل ترشيد الموارد المتاحة وضمان تكوين جيد وملائمة العرض مع الطلب، وبالرغم من أن قطاع التكوين المهني يتوفر على بعض التطبيقات المعلوماتية المتعلقة بجمع إحصائيات خريطة التكوين المهني، وبتتبع اتفاقيات التكوين بالتدرج المهني وبتتبع مؤسسات التكوين المهني التابعة للقطاع الخاص، إلا أنها تبقى غير مندمجة. مما يؤثر على دقة المعلومات المجمعة،وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتم بعد إعداد المخطط المديري المعلوماتي الخاص بقطاع التكوين المهني، وذلك من أجل تحديد هندسة نظامه المعلوماتي وحاجياته من المشاريع المعلوماتية.

لذلك فرغم ما يبذل من جهد في هذا المستوى، لا زالت عدة اكراهات قائمة، وربما في تصاعد، أمام بطء وعدم التدخلات الرسمية المتعددة، وأمام غياب الحماس والجدية الكافية لدى الفاعلين والمسئولين.

[48] المصدر وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي والبحث العلمي)

خامسا :حكامة القطاع [49]

لقد تم إرساء لبنات حكامة جديدة تمثلت بالأساس في تعزيز الإطار القانوني للمنظومة ,ولاسيما القوانين المتعلقة بالتعليم الإلزامي ,والتعليم الأولي ,والتعليم الخاص ، والتعليم المهني ،وتنظيم التعليم العالي ،الذي ينص على استقلالية الجامعة ,والقانون50 المحدث والمنظم للأكاديميات الجهوية للتربية والتكوين وغيرها .

وتهدف عملية تحسين الحكامة من اجل تحسين الخدمات إلى مساندة جهود الحكومة الرامية إلى تحقيق حكامة أكثر فاعلية وكفاءة في قطاع التعليم من خلال عملية اللامركزية الجارية المصاحبة لذلك، وتعزيز التدبير والإدارة على مستوى المدرسة، إلا أن التقدم المحرز على صعيد عملية اللامركزية اتسم بالتباطؤ، ويرجع السبب الرئيسي في ذلك إلى المقاومة على المستوى المركزي، ومحدودية القدرات والإمكانات على المستويين الجهوي و المحلي، وستعمل قوة دفع عملية تحسن الحكامة على تسريع وتيرة تنفيذ إصلاحات اللامركزية ، والنقل الفعلي للمسؤوليات بناء على مبدأ تفريع السلطات والصلاحيات، ويتمثل الجانب الأبرز في :

- لا مركزية إدارة وتدبير الموارد البشرية وإسناد شؤونها إلى المؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية؛
- إيضاح العلاقة وخط المساءلة بين المؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية، والإدارات (المكاتب) التعليمية على مستوى المحافظات والمناطق؛ والمراكز الجهوية لتدريب وتكوين المعلمين؛
- تحسين قدرات وإمكانات المؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية في ما يخص تدبير الميزانية، وإتاحة المزيد من المرونة لها وتعزيز أدوات الرقابة بعد بحث استقرائي؛
- مراجعة تنظيم المؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية وهيكل الحكامة الخاص بها؛

[49] المجلس الاعلى للتعليم التقرير السنوي برسم السنة 2008

[50] تم احداث الاكاديميات الجهوية للتربية والتكوين بموجب الظهير الشريف رقم 1.00.203 الصادر في 15 صفر 1421 (19 ماي 2000) بتنفيذ القانون رقم 07.00 القاضي باحداث الاكاديميات الجهوية للتربية والتكوين والمنشور في الجريدة الرسمية عدد 4798 بتاريخ 25 ماي 2000

- زيادة مساءلة المؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية من خلال التمويل المستند إلى الأداء.
- إضفاء الصبغة اللامركزية على إدارة وتدبير الموارد البشرية؛ والتدابير والإجراءات المؤسسية المتخذة لتوضيح أدوار الوحدات اللامركزية؛

وستساهم الحكامة ، في تدبير أكثر فاعلية لشؤون المدارس من خلال زيادة الاستقلالية ، وتفعيل آليات المسائلة والرصد وتعزيز المتابعة والتقييم وبصورة أكثر تحديدًا، مايلي :

- مراجعة تشكيل مجلس المدرسة من أجل تحقيق التمثيل المتوازن وتوزيع المسؤوليات على نحو يحقق زيادة دور المجلس في تدبير موارد المدرسة؛
- تخصيص ميزانيات تشغيل منتظمة للمدارس بناء على خطط تطوير وتنمية المدارس؛
- وضع نظام للرصد والمتابعة لتقييم أداء المدرسة؛
- تحسين قدرات إدارة وتدبير شؤون المدرسة، من خلال تحسين اختيار المدرسة، وتدريب وتكوين نظار المدارس. المؤشرات المحتملة المرتبطة بالصرف و مراجعة وتعديل إطار مجلس المدرسة؛ ونسبة المدارس الابتدائية ومدارس المستوى الأدنى من التعليم الثانوي التي لديها خطط تطوير معتمدة وممولة؛ ونظام تقييم المدارس المصمم/المنفذ ؛ وبرنامج تدريب وتكوين نظام المدارس الذي تم وضعه/تنفيذه.

وعلى الرغم من انخراط وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني على مختلف المستويات في تنفيذ البرامج التي تدخل في إطار حكامة القطاع ، فإن حزمة التدابير المؤسسية المخططة والإجراءات التدخلية المزمعة ستتطلب مساندة فنية واستشارية وخاصة ببناء القدرات لتعزيز الأنشطة الإدارية، والخاصة بالرصد والمتابعة والتقييم لدى وزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والمؤسسات والمقاولات والوكالات العمومية التي تغطيها هذه العملية،وفي حالة اختيار أداة التمويل الخاصة بالمشروع الاستثماري، فإن المساعدة الفنية المطلوبة ستكون مكونًا من ضمن مكونات الحكامة الجيدة .

خلاصات

على الرغم من الجهود المبذولة من طرف القطاع للتغلب التدريجي على مردودية المشاكل التي تعترض منظومة التربية والتعليم ما تزال العديد من الثغرات قائمة تنعكس سلبا على المنظومة وجودة التعلمات وتقدم المحيط المدرسي، حيث لم تتمكن المنظومة من إيجاد حلول ناجعة لها، ويتعلق الأمر ب:

- **إشكالية الحكامة في مختلف المستويات**، وتتجسد في :

- النقل غير التام للمسؤوليات والصلاحيات على مستوى الجهات ؛

- تداخل الأدوار والاختصاصات بين الإدارة المركزية والجهات ؛

- ضعف فعالية مجالس الأكاديميات الجهوية ومجالس تدبير المؤسسات التعليمية وعدم انسجامها مع منطق التدبير التشاركي على الصعيد المجلسي (ضعف انخراط الشركاء في القضايا البيداغوجية غالبا مالا يحظى بالاهتمام من قبل هذه المجالس ..)

- **إشكالية تعبئة وتوزيع الموارد المالية**، وتتجسد في:

- ضعف الإنفاق التربوي بالنظر إلى الأهداف المعلنة والعجز المتراكم،بالرغم من أهمية الاعتمادات المرصودة في السنوات الأخيرة ؛
- عدم ابتكار مصادر جديد لتمويل المنظومة التربوية ، (الجماعات المحلية لاتساهم إلا بنسبة 0.5٪ من العرض التربوي)؛
- معايير برمجة ورصد الاعتمادات لا تخضع في الغالب للتدبير المعقلن ، ولا تراعي الخصوصيات المحلية والظروف والحاجيات المختلفة للمؤسسات والتلاميذ ولاسيما بالوسط القروي ؛
- انخراط المدرسين أمام ظروف صعبة لمزاولة التدريس ؛
- محدودية استيعاب النماذج البيداغوجية المعتمدة ؛
- تراجع الثقة الجماعية في المدرسة العمومية ؛
- العمل ببرامج متعددة ومختلفة تفتقر إلى التنسيق و اعتماد مقاربات مندمجة ؛

- محدودية ملائمة المضامين والوثائق المرجعية المؤطرة للمنظومة التربوية المقدمة مع المستجدات الوطنية والدولية .

- ضعف تدبير الموارد البشرية : حيث يفتقد نظام تحديد الحاجيات للدقة والشمولية اللازمتين ، كما أن الحركات الانتقالية للمدرسين تعالج أساسا بناء على معايير اجتماعية وعائلية أكثر منها لتلبية حاجيات المنظومة التربوية ، وفي نفس السياق يتم الترخيص بالتقاعد النسبي دون مراعاة للحاجيات إذ على سبيل الإشارة بلغ عدد المستفيدين من التقاعد النسبي 16.830 مدرسا خلال الفترة 2011-2016 منها 6.614 مدرسا خلال سنة 2016، يضاف إلى ذلك التدبير الممركز للموارد البشرية ؛إذ لا تتوفر الأكاديميات الجهوية على نظام خاص بالمستخدمين، وينحصر دورها على بعض الجوانب المفوضة لها من طرف الوزارة .51

هذا، وتجدر الإشارة كذلك إلى اكراهات أخرى ،على رأسها ثقل المساطر الإدارية و تعقدها و ضعف التواصل بين مديري المؤسسات التعليمية من جهة، و بينهم و بين باقي الأطراف و الشركاء من جهة ثانية،وكذا ضعف مضمون وظيفتهم،لاقتصارها في أحيان كثيرة على المهام الإدارية المحضة، و إغفال الجوانب التربوية والبيداغوجية مما يولد لدى غالبيتهم الرتابة والروتين .

إن استحضار مختلف الاختلالات والصعوبات والإشكالات السابقة الذكر ، يضع المنظومة الوطنية للتربية والتكوين والبحث العلمي أمام مجموعة من التحديات، منها :

*ما يتعلق بمدى قدرة المنظومة التربوية على المساهمة الفعلية في تنمية وتأهيل الرأسمال البشري ؛

*ما يتعلق بمدى قدرة المنظومة على تحقيق الاندماج والتكامل بمفهومه الشمولي ؛

*تحديات تتعلق بضرورة العمل على تكوين جيد للفاعلين التربويين على اختلافهم بمراعاة لتكامل وظائف المدرسة المغربية ولمشروع إصلاحها ؛

*تحدي يخص عمل المنظومة التربوية على تطوير تراكماتها المؤسساتية مع المحيط وقدرتها على الاستثمار الجيد لإمكاناته المعرفية والاجتماعية والثقافية والمادية.

[51] عرض الرئيس الاول للمجلس الاعلى للحسابات حول اعمال المحاكم المالية امام البرلمان 4 يوليوز 2017

توصيات

انطلاقا مما سبق، يمكن الاشارة الى عدد من التوصيات التي يمكن اجمالها كالتالي :

- اعتماد تخطيط مدرسي متعدد السنوات يبلور الرؤية الاستراتيجية 2015-2030 ويتوج بإعداد خريطة مدرسية استشرافية مرتكزة على معايير موضوعية في تحديد الحاجيات؛
- إرساء نظام معلوماتي مندمج، وذلك بالسهر على تنقية جميع المعطيات ودمج التطبيقات المعلوماتية المتعلقة بتدبير المنظومة التربوية؛
- مراجعة كيفية تقييم الحاجيات من المؤسسات المدرسية ،واختيار الأماكن المناسبة لها من أجل تفادي استغلالها بشكل ضعيف أو إغلاقها فيما بعد؛
- إعداد برنامج لتأهيل المؤسسات الدراسية والداخليات من أجل تحسين ظروف استقبال التلاميذ؛
- إخراج النظام الخاص المتعلق بمستخدمي الأكاديميات الجهوية للتربية والتكوين لتمكينها من النهوض بالمهام المنوطة بها
- اعتماد نظام شامل ومتوازن لتقييم الحاجيات من الموارد البشرية، مع إيلاء الأهمية اللازمة للموارد البشرية التي تخص التأطير البيداغوجي والإداري؛
- مراجعة طريقة تدبير حركية وتعيين المدرسين بهدف ترشيد استعمال الموارد المتاحة؛
- اتخاذ التدابير اللازمة من أجل تلبية الخصاص المسجل في الموارد البشرية بصفة عامة وفي هيئة المدرسين على وجه الخصوص وذلك عن طريق اعتماد نظم وخطط مضبوطة في ما يتعلق بتقويم حاجيات المنظومة التربوية من الموارد البشرية.
- إعدادخطة عمل متعددة السنوات لأجل توظيف وتكوين الأعداد اللازمة من المدرسين وذلك بتوافق مع جميع القطاعات المعنية بمجال التربية والتكوين .
- اتخاذ إجراءات استباقية فيما يتعلق بتدبير الاساتدة المستفيدين من التقاعد النسبي؛
- الحرص على الاحترام الكامل لحصص التدريس النظامية؛

- العمل وبطريقة تدريجية، على امتصاص الفائض من المدرسين بواسطة إعداد مخطط يهدف إلى إعادة انتشار الفائض من المدرسين؛
- اعتماد معايير أكثر موضوعية في تدبير الحركات الانتقالية؛
- وضع مخطط مناسب لتمويل جميع التدابير المتعلقة ببرامج الدعم الاجتماعي، وفق برنامج عمل مشترك بين جميع المتدخلين لتحسين فعالية هذه البرامج؛
- مراجعة نظام الاستهداف وتحديد شروط موضوعية للاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي قصد تمكين أبناء الأسر المعوزة من الاستفادة من هذا الدعم؛
- تحسين ظروف إطعام وإيواء ونقل التلاميذ المستفيدين من الدعم الاجتماعي.

كرونولوجيا الخطب والرسائل الملكية
للملك محمد السادس نصره الله ذات الصلة بمنظومة التربية والتكوين

الخطب و الرسائل	أهم المضامين
الذكرى الأولى لاعتلائه عرش المغرب.	تكتسي قضية التعليم أهمية قصوى لما لها من أثر في تكوين الأجيال وإعدادها خوض غمار الحياة والمساهمة في بناء الوطن بكفاءة واقتدار وبروح التفاني والإخلاص والتطلع إلى القرن الحادي والعشرين بممكنات العصر العلمية و مستجداته التقنية وما تفتحه من آفاق عريضة للاندماج في العالمية.
بمناسبة ذكرى ثورة الملك والشعب ، يوم الجمعة 20 غشت 1999.	الانكباب على ملف التعليم في ضوء مشروع الميثاق الذي أنجزته اللجنة الملكية الخاصة للتربية والتكوين وبالعناية التي هو جدير بها لأهميته في إعداد النشء وتأهيل أجيال المستقبل.
بمناسبة افتتاح الدورة الخريفية للسنة التشريعية الثالثة، يوم الجمعة 8 أكتوبر 1999.	على الرغم من الجهود المتلاحقة التي بذلت طوال أزيد من أربعة عقود لجعل تعليمنا يواكب مرحلة استرجاع الاستقلال ومتطلبات بنائه فإننا نلاحظ أن الأزمة المزمنة التي يعانيها والتي جعلت والدنا رضوان الله عليه يعين لجنة ملكية خاصة ممثلة فيها جميع الهيآت والفعاليات لوضع مشروع ميثاق وطني للتربية والتكوين.
بمناسبة ذكرى عيد العرش الثاني .	- وجوب انخراط جميع المعنيين كل من موقعه في جو من التعبئة الشاملة و التجند الكامل حول أهداف الميثاق بعيدا عن المزايدات والحساسيات قصد تفعيله مجددين التأكيد على قرارنا السامي بإعلان العشرية القادمة عشرية خاصة بالتربية والتكوين و ثاني أولوية وطنية بعد الوحدة الترابية بحيث لا يحل موعد 2010 إلا وقد تقلص بطريقة ملموسة ببلادنا أثر الأمية و التعليم غير النافع. - إنشاء مؤسسة للأعمال الاجتماعية لأسرة التعليم.
خطاب عيد العرش لـ30 يوليوز 2002.	- هنالك خطوات كبرى مازالت تنتظرنا في نهج سياسة تعليمية متناسقة . كما أن متابعة وتقييم وإغناء تفعيل إصلاح التعليم تتطلب تعزيز المهام التي تنهض بها ، بكل موضوعية ونزاهة، اللجنة الخاصة بالتربية والتكوين ، وذلك في أفق إيجاد جهاز قار يتولى مهام التقييم المتجرد والشمولي للمنظومة التربوية. - إعطاء دفعة قوية لهذا الإصلاح بتنصيب مؤسسة مُحَمَّد السادس للنهوض بالأوضاع الاجتماعية لأطر التربية والتكوين، وبتحسين وضعيتهم.
بمناسبة افتتاح السنة التشريعية 2002-2003.	جعل الملك مُحَمَّد السادس التعليم النافع من بين الأسبقيات الأربع، بقوله : "... فأنتم مطالبون بالعمل الجدي ، وباستخلاص العبرة من الحملة الانتخابية ، التي جعلتكم تقفون على انتظارات المواطنين، الذين يتطلعون لحلول ملموسة لمشاكلهم الواقعية الأساسية، التي ينبض بها قلب كل مواطن، بدل

الخطب و الرسائل	أهم المضامين
	جعل كل شيء ذا أسبقية، إنها الأسبقيات الأربع المتمثلة في: التشغيل المنتج، والتنمية الاقتصادية، والتعليم النافع ، والسكن اللائق".
في الذكرى الخامسة لاعتلاء العرش.	- تكريس السنوات الخمس المتبقية لتدارك التعثر في هذا الإصلاح الحيوي، بتعبئة كل الجهود ، لاستكمال الإصلاح الكيفي، لا الكمي فقط، لمنظومتنا التربوية، وتبويء المدرسة المكانة التي تستحقها في المجتمع. - تنصيب المؤسسة الدستورية للمجلس الأعلى للتعليم ، ليتولى ، في تركيبة تجمع بين التمثيلية والتخصص ، المهام المنوطة به، كقوة اقتراحية وتقويمية قارة ومتجردة، للإصلاح العميق والمستمر لمنظومة التعليم .
بمناسبة الذكرى السادسة لاعتلائه عرش المملكة المغربية.	تنصيب المجلس الأعلى للتعليم كمؤسسة دستورية، للتشاور والاقتراح البناء، والتوقع، والتقييم الموضوعي، لهذا الورش الحيوي.
بمناسبة تنصيب المجلس الأعلى للتعليم بمناسبة انطلاق الموسم الدراسي 2006-2007	إحداث هيئة وطنية للتقويم، ضمن أجهزة المجلس، ستضطلع بإنجاز تقويمات سنوية لاختيارات ومنجزات منظومتنا التربوية، بغية الإسهام في حسن سيرها وحكامتها والرفع المطرد من مؤشرات جودتها واستشراف آفاقها.
خطابه بمناسبة الذكرى الخامسة والخمسين لثورة الملك والشعب .	- إطلاق عملية وطنية، تهدف إلى إعطاء دفعة قوية لتعميم وإلزامية التعليم الأساسي، ضمانا لتكافؤ الفرص، ومحاربة للانقطاع عن الدراسة. ويتمثل ذلك في منح الكتب والأدوات المدرسية، لمليون طفل محتاج، غايتنا دعم الأسر المعوزة، في مواجهتها لتكاليف الدخول المدرسي. - تمويل هذه العملية أساسا، على الاعتمادات المرصودة للمبادرة الوطنية للتنمية البشرية، فضلا عن مساهمات السلطات والمؤسسات المعنية، والجماعات المحلية، والهيآت والجمعيات ذات المصداقية.
خطاب العرش لسنة 2009 .	الإصلاح القويم لنظام التربية والتعليم والتكوين، يشكل المسار الحاسم لرفع التحدي التنموي. فعلى الجميع أن يستشعر أن الأمر لا يتعلق بمجرد إصلاح قطاعي، وإنما بمعركة مصيرية لرفع هذا التحدي الحيوي.
خطاب العرش لسنة 2010 .	السياسة العمومية في قطاع التعليم، تستنزف مجموعة من الإمكانات المادية بدون أن تحقق عائدا لثرواتنا البشرية، مما سيعيق عملية الإقلاع المعرفي.
افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية الثامنة (2011).	توفير التعليم النافع، بالإصلاح العميق لمنظومة التربية والتكوين، والانخراط في اقتصاد المعرفة والابتكار، مفتاح تقدم المغرب".
خطاب 20 غشت 2012 بمناسبة ذكرى ثورة الملك والشعب.	ينبغي إعادة النظر في مقاربتنا، وفي الطرق المتبعة في المدرسة، للانتقال من منطق تربوي يرتكز على المدرس وأدائه، مقتصرا على تلقين المعارف للمتعلمين، إلى منطق آخر يقوم على تفاعل هؤلاء المتعلمين...

الخطب و الرسائل	أهم المضامين
خطاب 20 غشت 2013 بمناسبة ذكرى ثورة الملك والشعب.	الوضع الراهن لقطاع التربية والتكوين يقتضي إجراء وقفة موضوعية مع الذات، لتقييم المنجزات، وتحديد مكامن الضعف والاختلالات، ، و الابتعاد عن إخضاع تدبيره للمزايدات أو الصراعات السياسوية.
خطاب العرش 30 يوليوز 2015	في سياق الإصلاحات التي دأبنا على القيام بها من أجل خدمة المواطن، يظل إصلاح التعليم عماد تحقيق التنمية، ومفتاح الانفتاح والارتقاء الاجتماعي، وضمانة لتحصين الفرد والمجتمع من آفة الجهل والفقر، ومن نزوعات التطرف والانغلاق. لذا، ما فتئنا ندعو لإصلاح جوهري لهذا القطاع المصيري، بما يعيد الاعتبار للمدرسة المغربية، ويجعلها تقوم بدورها التربوي والتنموي المطلوب.
الخطاب الملكي السامي بمناسبة افتتاح الدورة الاولى من السنة التشريعية الثانية من الولاية التشريعة العاشرة 13 اكتوبر 2017	والمغاربة اليوم يريدون لابنائهم تعليما جيدا ،لا يقتصر على الكتابة والقراءة فقط وانما يضمن لهم الانخراط في عالم المعرفة والتواصل ،والولوج والاندماج في سوق الشغل ويساهم في الارتقاء الفردي والجماعي ،بدل تخريج فئات عريضة من المعطلين ....."

تقييم السياسات العمومية المرتبطة بمنظومة الصحة

بخصوص هذا المحور فقد تم تناوله حسب التقسيم التالي :

أولا: المرجعية الوطنية

1-التوجيهات الملكية السامية
2-الدستور
3-البرنامج الحكومي

ثانيا: عرض وزارة الصحة

ثالثا: المناقشة العامة

رابعا: جواب وزارة الصحة

خامسا: الخلاصات والتوصيات

سادسا: الملاحق

أولا: المرجعية الوطنية

تعمل الحكومة من أجل تنزيل برنامج عملها وفق ثلاثة مرجعيات وطنية، والتي تشمل التوجيهات الملكية السامية، والدستور، والبرنامج الحكومي، حيث سيتم تناولها على الشكل التالي:

1- التوجيهات الملكية السامية

يقوم جلالة الملك نصره الله في كل المناسبات بتقديم مجموعة من التوجيهات السامية للحكومة من أجل الإطلاع بمهامها كاملة في خدمة المواطنين والوطن، ومن بين المجالات التي يركز عليها جلالته في أغلب المناسبات، نجد قطاع الصحة لما يحضى به من أولوية في الخطب والرسائل الملكية.

مما لا شك فيه أن خطب ورسائل جلالة الملك بخصوص قطاع الصحة لكثيرة جدا، والتي يدعوا في أغلبها إلى العمل على توفير خدمات صحية في المستوى المطلوب وتمكين كافة المواطنين من الولوج إليها على قدم المساواة، ولعلى أخرها الخطاب الملكي السامي الذي ألقاه بمناسبة عيد العرش المجيد لسنة 2018.

ورغم توفر العديد من الخطب والرسائل الملكية في هذا المجال، إلا أننا سنقوم بذكر مقتطف من الرسالة الملكية السامية الموجهة إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة المنعقدة بتاريخ 1-2-3 يوليوز 2013 بمراكش.

"....فلقد عرف قطاع الصحة ببلادنا منذ انعقاد المناظرة الوطنية الأولى سنة 1959، تحقيق العديد من المنجزات الهامة في مختلف الجوانب، ونذكر منها على الخصوص، إقامة العديد من المؤسسات الاستشفائية العامة والمتخصصة المدنية والعسكرية، ومراكز القرب، وتطوير ودعم الخدمات الصحية بالعالم القروي في إطار المخطط العملي الخاص به، وإطلاق برنامج الأمومة بدون مخاطر، والبرنامج الوطني للتمنيع وتوفير الأدوية والتخفيض من ثمنها مع تشجيع استعمال الأدوية الجنيسة، والاعتناء بصحة الأشخاص دوي الاحتياجات الخاصة.

وفي نفس السياق، تم إحداث نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية "راميد"القائم على مبادئ التضامن لفائدة السكان المعوزين، وانجاز العديد من البنيات الاجتماعية، خاصة في إطار المبادرة الوطنية للتنمية البشرية.

وفي مجال التكوين،تم إحداث العديد من كليات الطب وطب الأسنان والصيدلة والمراكز الاستشفائية الجامعية، وكذلك مجموعة من معاهد تكوين الأطر المتخصصة في الميدان الصحي والتدبير الإداري لمرافق الصحة،مع الدعم التدريجي لطاقتها الاستيعابية.

وعلى مستوى التاطير القانوني، صدرت عدة نصوص تشريعية وتنظيمية تتعلق أساسا بالتغطية الصحية وبالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، تحدد مسؤوليات جميع المتدخلين في المجال الصحي كالدولة والجماعات الترابية والمؤسسات الصحية الخاصة وجمعيات المجتمع المدني كما تحدد مفهوم الخريطة الصحية الوطنية والتصاميم الجهوية للعلاجات وكيفية إعدادها.

إن هده الانجازات على أهميتها، تبقى دون مستوى طموحنا في هدا المجال، ونغتنم مناسبة انعقاد هده المناظرة، لنؤكد حرصنا الموصول على جعل النهوض بقطاع الصحة من الأوراش الحيوية الكبرى، وإيمانا .... بأن حق الولوج للخدمات الصحية، الذي كرسه الدستور الجديد للمملكة، يعد دعامة أساسية لترسيخ المواطنة الكريمة، وتحقيق ما نتوخاه لبلدنا من تنمية بشرية شاملة ومستدامة..."

2- الدستور

ينص الدستور المغربي لسنة 2011 في الفصل 31 منه على " تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في:

العلاج والعناية الصحية؛

الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛

....."

3- البرنامج الحكومي

تناول البرنامج الحكومي قطاع الصحة تحت عنوان "**تحسين وتعميم الخدمات الصحية**" والذي جاء فيه ما يلي:

" يسعى البرنامج الحكومي في مجال الصحة للفترة 2017-2021 إلى استكمال أوراش الإصلاح والبرامج التي انخرطت فيها الحكومة السابقة، خصوصا منها التغطية الصحية الشاملة وتعزيز الولوج إلى الخدمات الصحية وإصلاح الصحة العامة".

وقد تم حصر أهداف البرنامج الحكومي في هذا المجال في الأهداف التالية:

- تجويد القطاع وتحسين الاستقبال وتوفير الخدمات الصحية اللازمة للعموم بشكل عادل يضمن الولوج المتكافئ إلى الخدمات الصحية الأساسية، وخاصة في الولادة والمستعجلات؛
- جعل الأدوية الأساسية في متناول الفئات الاجتماعية ذات الدخل المحدود من خلال وضع سياسة دوائية تهدف إلى توفير الأدوية بجودة عالية وبتسعيرة عادلة، وذلك من خلال إعادة النظر في مسلسل الشراء العمومي للأدوية والمستلزمات الطبية وتحسين طريقة تدبير الأدوية بالمستشفيات العمومية؛
- توفير خدمات القرب في مجال الصحة والمتمثلة في الرعاية الأولية عبر تدعيم شبكة العلاجات الأساسية خاصة بالوسط القروي مع الاعتماد على الوحدات الطبية المتنقلة، والعمل على التحكم في المحددات الاجتماعية للصحة بالتنسيق مع مختلف القطاعات الحكومية؛
- وضع خارطة صحية قائمة على التوزيع العادل بين الجهات والمجالات والرفع من عدد مهنيي القطاع ووضع شروط تحفيزية لتشجيع التعاقد مع أطباء القطاع الخاص لسد الخصاص المسجل في بعض المناطق، والإسراع بإصدار قانون ينظم الشراكة الاستراتيجية بين وزارة الصحة والقطاع الخاص في إطار تعبئة الإمكانيات والموارد لتنمية قطاع الصحة؛
- وضع نظام يقظة صحية فعال في مواجهة الأوبئة والأمراض السارية والاعتناء بالأمراض المزمنة في إطار متغيرات النمو الديمغرافي والتحول الوبائي وأنماط العيش، وتوفير العناية الصحية للفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات الخاصة؛
- تنظيم وتحديث العرض الاستشفائي وخاصة قطاع المستعجلات ودعم الاستقلالية الإدارية والمالية للمؤسسات الاستشفائية الجهوية والإقليمية وإحداث نظام فعال "الإنقاذ والمستعجلات" على الصعيد الوطني وتأهيل المستشفيات الإقليمية والجهوية، وصيانة التجهيزات الصحية بالمستشفيات وإعادة الاعتبار للطب

العام وفرض احترام تراتبية العلاج، وتنظيم تنقل المرضى بين شبكة العلاجات الأساسية وشبكة المستشفيات؛

- تكوين أعداد إضافية من مهني الصحة للاستجابة للطلب على الخدمات الصحية، وإحداث مراكز استشفائية جديدة والشروع في بنائها نظرا للدور الذي تقوم به في تكوين الأطباء وتطوير العرض الطبي.

ثانيا: عروض وزارة الصحة

لقد عقدت المجموعة الموضوعاتية لقاءين مع السادة وزراء الصحة، حيث تم خلال اللقاء الأول الاستماع لعرض السيد لحسن الوردي، والذي تمحور حول ما تحقق في مجال الصحة منذ سنة 2011 إلى سنة 2016، بالإضافة إلى ما تسعى الوزارة لتحقيقه في الولاية الحكومية الحالية، وبعد إعفاءه من طرف جلالة الملك وتعيين السيد أنس الدكالي وزيرا للصحة، تم الاستماع له من أجل الوقوف على الحلول الناجعة المقدمة من طرف الوزارة قصد التغلب على الاختلالات التي يعرفها القطاع.

في هذا الإطار سنقوم بتقديم العرضين المقدمين من طرف السادة الوزراء نظرا لتكاملهما من حيث التطرق لنفس العناصر والمعطيات. قبل العمل على بسط أهم الأفكار المقدمة في عرضي السادة الوزراء، تجدر الإشارة إلى أن السيد وزير الصحة أناس الدكالي قد أفاد أمام أعضاء المجموعة الموضوعاتية أن الوزارة تعمل من أجل وضع إستراتيجية جديدة قصد التغلب على المشاكل والاختلالات التي يعرف هذا القطاع، وباعتماد مقاربة تشاركية، مؤكدا على أنه سيقدمها لأعضاء المجموعة الموضوعاتية بعد الانتهاء من تهيئها.

وبخصوص العروض المقدمة من طرف السادة الوزراء فقد أشارت إلى مجموعة من الإنجازات التي تم تحقيها على مستوى المحاور المحددة للتقييم والتي سيتم معالجتها على الشكل التالي:

1- البنية التحتية الصحية:

إن البنية التحتية الصحية، كجزء من العرض الصحي الوطني، هي قاعدة منظومة العلاج التي يعرفها القانون الإطار رقم 34.09 بتشكلها من قطاع عام وقطاع خاص.

أما العرض الصحي العمومي، فهو منظم في إطار 4 شبكات وهي:

1: شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية: التي تتكون من المستوصفات والمراكز الصحية من مستويين، قروية وحضرية،

2: شبكة المؤسسات الاستشفائية التي تنظم في شكل مراكز استشفائية إقليمية وجهوية وجامعية-بين جهوية،

3: الشبكة المندمجة للمستعجلات الطبية: وتتكون من البنيات والتجهيزات ووسائل التنقل الموجهة للتكفل بالمستعجلات،

4: وشبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية.

فأما الشبكة المندمجة للمستعجلات الطبية، فهي تتكون من:

* 80 وحدة للمستعجلات الطبية للقرب، منها 15 غير مشغلة في انتظار تعيين موارد بشرية،

* ومستعجلات "ما قبل الاستشفائية" تتوفر على 4 مروحيات و1498 سيارة اسعاف و16 مصحة طبية للمستعجلات والانعاش SMUR،

* ومصالح مستعجلات طبية استشفائية، 85 منها أساسية، 23 كاملة و30 متخصصة،

فيما يتعلق بشبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، فتعدادها 2886 مؤسسة، 71 في المائة منها متواجدة بالعالم القروي، بمعدل عدد ساكنة لكل مؤسسة يعادل 6418 نسمة، أدناه 1234 يسجل في جهة العيون الساقية الحمراء، وأقصاه 11079 بجهة الرباط سلا

القنيطرة. أما بالوسط الحضري، فيبلغ هذا المعدل 26200 نسمة لكل مؤسسة، 13796 بجهة كلميم واد نون كنسبة دنيا و31167 بجهة سوس ماسة كنسبة قصوى.

أما بخصوص الشبكة الاستشفائية، تتوفر بلادنا على 147 مستشفى، تمثل 70 في المائة من الطاقة السريرية الوطنية بما مجموعه 22654 سرير، أي بمعدل 1517 من الساكنة لكل سرير استشفائي، علما أن هذا المؤشر ينم عن عدم التوازن بين الجهات، بحيث يبلغ الحد الأدنى 910 بجهة العيون الساقية الحمراء والحد الأقصى 1996 بجهة بني ملال خنيفرة.

وفيما يتعلق بالقطاع الخاص، فهو يساهم بشكل مهم في العرض الصحي الوطني، بـ9418 من العيادات الطبية، وما يفوق 12000 صيدلية، و144 عيادة الفحص بالأشعة، و472 مختبر التحليلات الطبية، و125 مركزا لتصفية الدم. كما يتوفر القطاع الخاص على 487 مصحة خاصة، بطاقة استيعابية توازي 9840 من الأسرة، أي ما يمثل 30 في المائة من الطاقة الاستعابية السريرية الوطنية. ويعرف توزيع عرض علاجات القطاع الخاص على المستوى الوطني اختلالا مهما في التوازن بين الوسطين القروي والحضري وبين الجهات، بحيث يتمركز هذا العرض بشكل مكثف بكبريات التجمعات السكنية الحضرية.

2- الموارد البشرية:

تعرف منظومة الصحة أزمة كبيرة على مستوى الموارد البشرية، وتبينها عدد من المؤشرات أهمها:

* كثافة منخفضة، حيث معدل مهني الصحة بالنسبة لعدد السكان يبلغ 1.51 مهني لكل 1000 نسمة، أو بصيغة أخرى 1389 من الساكنة لكل طبيب و 1091 لكل ممرض،

* ومعدل عدد الأسرة لكل مهني استشفائي مرتفع ويبلغ 4 أسرة لكل مهني، مما يبين حجم المجهود الذي يجب أن يبذله هؤلاء المهنيين وجسامة المسؤولية الملقاة على عاتقهم،

كما أن ديمغرافية الأطر الصحية عرفت استفحال ثلاثة ظواهر سلبية خلال السنوات الأخيرة:

* ركود في أعدد المهنيين الصحيين لم يواكب تطور عدد السكان، ولم يساير التحول الوبائي المتميز ببروز تحدي الأمراض المزمنة وبالتالي تطور حاجيات الساكنة كما وكيفا،

* ارتفاع معدل السن، وما يترتب عنه من إحالات على التقاعد لا يتم تعويضها،

* ارتفاع نسبة التأنيث بالقطاع، وما تعنيه من إكراهات متزايدة للمهنيات ومرضاهن.

بالإضافة إلى وجود تباين كبير في توزيع مهني الصحة بين الجهات وبين الوسطين الحضري والقروي. حيث تتمركز 51 في المائة من الأطر الصحية في جهة الرباط-سلا-القنيطرة وجهة الدار البيضاء-سطات. كما أن العالم القروي يعد الأكثر تضررا لتوفره فقط على 6000 من مهني الصحة من بين 55000 في القطاع العمومي والخاص، أي بنسبة 11 في المائة فقط.

3: الخريطة الصحية

تهدف مقتضيات الخريطة الصحية إلى تلبية حاجيات الساكنة من حيث الخدمات والعلاجات الصحية من جهة، مع تحقيق توزيع عادل ومتناسق للعرض الصحي، وضبط عملية نمو العرض الصحي على المدى المتوسط والبعيد، فقد جاءت مضامين إطارها التشريعي والتنظيمي لتنزيل أبرز أدوات القانون الإطار 34.09 المتمثل في "المخطط الجهوي لعرض العلاجات"، و"معايير احداث الصيدليات"، و"الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ونظام الترخيص"، و"التنسيق المؤسساتي"، و"هيئات الحكامة" المكونة من اللجنة الاستشارية الوطنية للتنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص، اللجنة الوطنية واللجنة الجهوية لعرض العلاجات، وآليات تنسيق العلاجات.

ولعل أبرز ما جاء في المرسوم 2-14-562 بشأن تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، هو تنظيم عرض العلاجات عبر تحديد أربعة

شبكات للعلاج، وتحديد التقطيع الترابي الذي أصبح مكونا من الدائرة الصحية، الاقليم أو العمالة والجهات الصحية، ثم ما بين الجهات، وتحديد آليات تفعيل الخريطة الصحية من معايير إنشاء المؤسسات الصحية والتجهيزات سواء بالقطاع الخاص أو العام، وتمييز أنماط الخدمات المتنقلة، وتقنين سلة العلاجات حسب مستويات العلاج، وتكوين هيئات العرض الصحي.

4: السياسة الدوائية الوطنية

تستقي السياسة الدوائية أهميتها من تكريسها للحق في الولوج إلى الأدوية والمنتجات الصحية كجزء لا يتجزأ من الحق الدستوري في الولوج إلى الخدمات الصحية، وذلك بهدف تحسين صحة المواطنين وتعزيز مشاركتهم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلاد.

وقد تم تحديد لهذه السياسة عشرة أهداف وهي:

1- الانتقاء الرشيد للأدوية والمستلزمات الطبية الأساسية للشراء العمومي،
2- تعزيز نظام ضمان جودة وسلامة وفعالية الأدوية والمواد الصحية،
3- ضمان توازن أثمنة الأدوية والمستلزمات الطبية،
4- تشجيع الدواء الجنيس،
5- ضمان الولوج الشامل للأدوية والمنتجات الصحية بأثمنة في متناول كافة الساكنة،
6- وضع نظام فعال للشراء العمومي للأدوية والمستلزمات الطبية الأساسية يلبي حاجيات المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية،
7- التوزيع الفعال للأدوية والمستلزمات الطبية مع ضمان أدنى حد من الانقطاعات في المخزون،
8- تشجيع الاستعمال الرشيد للأدوية والمنتجات الصحية من طرف الأطباء الواصفين ومن طرف المستهلكين،
9- تعزيز الشفافية والحكامة الرشيدة في تنظيم القطاع وفي تدبير تعارض المصالح،

10- تنفيذ وتتبع السياسة الدوائية الوطنية.

وبخصوص المنجزات قد تم تخفيض سعر بيع حوالي 3600 دواء ومستلزم طبي وبنسبة تتراوح بين 20 و 80 في المائة. تشجيع الصناعة الدوائية. تشجيع التكوين في ميدان التكافؤ الحيوي والتجارب السريرية. وفي مجال تنظيم السوق الداخلية، وتعزيز الإطار التنظيمي الخاص بالقطاع الصيدلي.

5: الحكامة الصحية

بخصوص الحكامة الصحية قد عملة الوزارة على:

* إصدار 93 نصا قانونيا،

* تعزيزي تنزيل الجهوية على مستوى القطاع بإصدار القرار رقم 003-16 بتاريخ 4 يناير 2016،

* دعم وتفعيل برنامج الإصلاح الموازناتي عن طريق تعزيز اللاتمركز الميزانياتي وتشجيع التعاقد بين الإدارة المركزية والمديريات الجهوية،

* تعزيز الشراكة والتعون بالسهر على تنظيم عدة لقاءات ومنتديات وطنية ودولية،

* تم إطلاق برنامج يروم تقريب الخدمات من المواطنين "خدماتي".

ثالثا: المناقشة العامة

في إطار المناقشة العامة، تقدم السيدات والسادة المستشارين بمجموعة من الملاحظات، ورصد بعض الاختلالات التي تهم القطاع. بالإضافة إلى طرح مجموعة من الأسئلة على السادة الوزراء والتي تتعلق بالمحاور المحددة للتقييم. والتي سنقدمها على الشكل التالي:

1 : البنية التحتية

بخصوص البنية التحتية وتقديم العلاجات للمواطنين طالب السيدات والسادة المستشارين بعدم النظر إلى قطاع الصحة باعتباره قطاع غير منتج، ويشكل عبئا على الدولة، حيث أن العناية بصحة الإنسان هي الأساس من أجل تحقيق التنمية البشرية.

كما سجل المتدخلون صعوبة الولوج للعلاجات، مؤكدين على أن حق الولوج إلى الخدمات الصحية يصطدم بالعراقيل الإدارية والمالية، الشيء الذي يضطر معه المريض إلى تأجيل طلب العلاج أو التعايش مع المرض تحت تأثير الفقر.

وأشار السيدات والسادة المستشارين إلى انعدام العدالة الترابية والاختلال المجالي، ووجود نقص كبير في الأسرة مقارنة بعدد السكان. في هذا الإطار تساءل أحد المتدخلين حول عدد المستشفيات التي تم بنائها من سنة 2011 إلى سنة 2017؟ وأين وصلت مسألة بناء مستشفى جامعي في كل جهة؟

وأكد أحد المتدخلين على أن هناك تأخر في إنجاز بعض المستشفات، متسائلا عن أسباب تأخرها؟ وما هي المستشفيات التي تم تجهيزها من سنة 2011 إلى 2017؟

وأشار السيدات والسادة المستشارين إلى التدهور في وضعية المستشفيات العمومية المغربية، التي تفقد لأبسط شروط الصحة والسلامة المهنية، حيث أن مجملها أصبحت بنايات متهالكة آيلة للسقوط، إضافة إلى وجود آليات طبية معطلة بسبب غياب الصيانة. مع

انتشار الأمراض الخطيرة والقاتلة، بسبب التخلي التدريجي لوزارة الصحة عن برامج الوقاية والتربية والصحة.

وأفاد المتدخلين أن قطاع الصحة يعاني من نقص مهول في البنيات التحتية، لمواجهة تكاثر طلبات الاستشفاء، مؤكدين على توفر فقط خمسة مستشفيات جامعية، وبدورها تعاني من نقص في الوسائل اللوجستيكية أو مشاكل في الصيانة أو نقص في الأطر الصحية.

وشدد المتدخلين على نقص الحاصل، على مستوى البنية التحتية بمستشفيات الصحة، علاوة على نقص هذه المراكز بالعالم القروي، وتفتقر معظمها إلى التجهيزات الطبية اللازمة لتقديم خدمة صحية مقبولة للمواطنين، وعادة ما تشتغل في حالة فوضوية، وبأدوات متقادمة، وفي ظروف تطبيب غير سليمة.

وأكد أحد المتدخلين على ارتفاع عدد وفيات الأمهات الحوامل ووفيات المواليد الجدد مقارنة مع العديد من الدول ذات نفس المستوى الاقتصادي.

بالإضافة للوضعية المتدهورة التي تعرفها المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية والنفسية، وافتقارها لأبسط شروط المراقبة والسلامة الصحية.

2: الخريطة الصحية

سجل السادة المستشارين التأخر الحاصل في تفعيل الخريطة الصحية، حيث هناك جهة وحيدة هي التي هيئة نفسها، أما باقي الجهات فلازال العمل جاري لتفعيلها. مع وجود غياب خريطة صحية سوية مما يجعل معظم المستشفيات تتركز في المدن الكبرى وتهميش المدن النائية، والقرى.

وأشار أحد المتدخلين إلى وجود عملية تفويت القطاع انطلاقا من الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص.

إلى جانب تأكيد المتدخلين على ضعف التمويل العمومي لقطاع الصحة، وارتفاع نصيب النفقات الذاتية من جيوب الأسر المغربية بما يعادل 60 في المائة من النفقات الإجمالية على الرعاية الصحية.

وتساءل أحد المتدخلين حول ما تم انجازه حول طب الأسرة، ومطالبا الوزارة بتقديم التفاصيل حول التجربة النموذجية؟

3: الحكامة

سجل المتدخلين غياب إطار قانوني ينظم المهنة ويربط المسؤولية بالمحاسبة التي لا يمكن لها أن تتحقق بدون إرادة سياسية واضحة.

وأكدت أغلب المداخلات على سوء التسيير والتدبير وضعف الحكامة للمراكز الاستشفائية، حيث سجل قضاة المجلس الأعلى للحسابات خلال العشر سنوات الأخيرة اختلالات مالية كبرى في التدبير المالي للمراكز الاستشفائية.

مع إشارتهم إلى غياب نظام إدارة الجودة للخدمات والتتبع والتقييم للخدمات الصحية والعلاجية والتشخيص وتحاليل المختبرات وتدبير الأدوية، وهو ما يجعل العديد من الأدوية منتهية الصلاحية مخزونة في مستودعات المستشفيات.

كما أكد المتدخلين على الاختلالات التي رصدها تقرير المجلس الأعلى للحسابات بخصوص بكل من المركز الاستشفائي ابن الخطيب بفاس، المركز الاستشفائي الاقليمي الحسني بالدار البيضاء، المركز الاستشفائي الإقليمي للخميسات، المركز الاستشفائي لابن مسيك.

وأشار أحد المتدخلين لبعض النقائص المسجلة بخصوص إبرام وتنفيذ الصفقات الخاصة بتصفية الدم لفائدة مرضى القصور الكلوي المزمن الحاد.

وأكدت أغلب المداخلات على تدني ظروف الاستقبال والتكفل بالمرضى المعوزين وغياب الأدوية والتجهيزات وأدوات التشخيص والأطر الطبية المتخصصة. وعلى ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية.

بالإضافة إلى وجود حراكات اجتماعية احتجاجية واسعة ضد تردي القطاع،ووجود نقابات تحتج ضد القطاع وتطالب بحل مشاكلها، وتأكيدها على غياب التام للحوار الاجتماعي والقطاعي، وهذا يؤكد على وجود استياء عام وتظاهر يجعلنا في حاجة ماسة لسياسة صحية فعالة.

وبخصوص المراقبة والتفتيش تساءل أحد المتدخلين حول التفتيش للمصحات والقطاع الخاص؟ كما تساءل حول تقييم نظام تدبير الصفاقات العمومية؟

وأكد أغلب المتدخلين على فشل وتعثر نظام المساعدة الطبية، "الراميد" لذوي الدخل المحدود، ذلك انه لم يف بالأهداف المحددة له، والمتمثلة في الولوج المجاني لكل الفئات المعوزة للخدمات الصحية، وبالجودة المطلوبة طبيا، بالإضافة إلى التعقيدات الإدارية التي وضعتها الحكومة أمام المرضى المستفيدين، من بينها ضرورة لجوء المريض المستفيد إلى المؤسسات الصحية التي توجد في الإقليم مقر السكنى ووفق التقطيع الترابي، ناهيك عن طول انتظار المرضى من جراء المواعيد البعيدة الأمد.

وأفاد أحد المتدخلين أن المعايير التي بنيت عليها طريقة تحديد الفئة المستهدفة والأكثر احتياجا من أجل الاستفادة من نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود أصبحت متجاوزة وتعود لسنة 2004، حيث تم تحديدها بناء على الإحصائيات الصادرة عن المندوبية السامية للتخطيط، وبالتالي وجب مراجعة هذه المؤشرات بفعل ارتفاع الأسعار ، وكذا القدرة الشرائية للمواطنين. وحرمان فئة واسعة من المواطنين من التغطية الصحية من أصحاب المهن الحرة والحرفيين والتجار الصغار والمتوسطون.

وأكد أغلب المتدخلين على هزالة الميزانية المرصودة للقطاع مما يجعلها بعيدة عن معايير المنظمة العالمية للصحة التي حددت الحد الأدنى في 10 في المائة من الميزانية العامة للدولة.

4: الموارد البشرية

أشار جميع المتدخلين إلى النقص الكبير في الأطباء وخوصا المتخصصين في الفحص والتوليد، وتمركز الأطر الطبية في الرباط والدار البيضاء

في هذا الإطار تساءل السادة المستشارين حول عدد المناصب المخصصة للقطاع من سنة 2011 إلى سنة 2017. وكم عدد المحالين على التقاعد في هذه السنوات؟

كما أكد أحد المتدخلين على غياب التكوين المستمر والتدريب المتوافق مع الوظائف والكفاءات. إلى جانب ضعف في تكوين الأطباء والمهنيين وصعوبة انتقالهم للعمل في المناطق النائية.

وتساءل أحد المتدخلين حول إمكانية إعطاء المديرين الجهويين نفس المكانة التي يحتلها المديرين المركزيين؟

كما أشار أحد المتدخلين إلى مسألة الاقتطاع للمضربين وتوقف الحوار الاجتماعي.

5: السياسة الدوائية

أشار أحد المتدخلين إلى غلاء أثمنه الأدوية في المغرب بالمقارنة مع مثيلاتها في دول أخرى.

وتساءل أحد المتدخلين حول الفرق بين الدواء الأصلي والدواء الجانس؟ وهل هناك جرد للأدوية المتوفرة؟ والأدوية غير المتوفرة؟

كما تساءل أغلب المتدخلين حول وجود دراسة تقييمية بخصوص تحديد سعر الأدوية؟ وهل هناك تحسن في السياسة الدوائية؟

رابعا: جواب السيد وزير الصحة

نص الجواب المكتوب للسيد وزير الصحة عن تساؤلات السيدات والسادة المستشارين خلال مناقشة العرض الذي تقدم به في اجتماع المجموعة الموضوعاتية بمجلس المستشارين المنعقد يوم الاثنين 16 يوليوز 2018

في إطار تفعيل البرنامج الحكومي الذي أولى عناية هامة للقطاعات الاجتماعية خاصة قطاع الصحة وتأكيده على ضرورة استكمال تعميم التغطية الصحية ورفع الولوج إلى الخدمات الصحية. بلورت وزارة الصحة مخطط وطني للنهوض بالقطاع الصحي في أفق سنة 2025.

وعليه، وفي إطار مناقشة وتقييم السياسات العمومية بصفة عامة وتدارس واقع الصحة بالمغرب ومناقشة سبل تطوير سياسته وتجويد حكامته، قدم السيد وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية بمجلس المستشارين بتاريخ 10 يوليوز 2018 عرضا مفصلا تطرق فيه إلى مجموعة من المحاور همت بالخصوص التذكير بأبرز مكتسبات القطاع وأهم التحديات التي تواجهه وأهم القيم والمبادئ التي يرتكز عليها مخطط الصحة 2025 والمقاربة المنهجية التي تم اعتمادها. كما تطرق بتفصيل للدعامات الثلاث لهذا المخطط وهي:

- الدعامة الأولى: تنظيم وتطوير عرض العلاجات بهدف تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية؛
- الدعامة الثانية: تقوية البرامج الصحية الوطنية وبرامج محاربة الأمراض؛
- الدعامة الثالثة: تطوير حكامة القطاع وترشيد تخصيص الموارد واستعمالها.

وبعد ذلك تمت برمجة جلسة خاصة يوم الاثنين 16 يوليوز 2018 لمناقشة عرض السيد الوزير وقد تميزت هذه الجلسة بتدخل مجموعة من السيدات والسادة المستشارين تمحورت حول المواضيع التالية:

1. الموارد البشرية؛
2. البنية التحتية؛
3. التغطية الصحية؛
4. الوقاية ومحاربة الأمراض ؛
5. البرامج الصحية؛
6. السياسة الدوائية؛

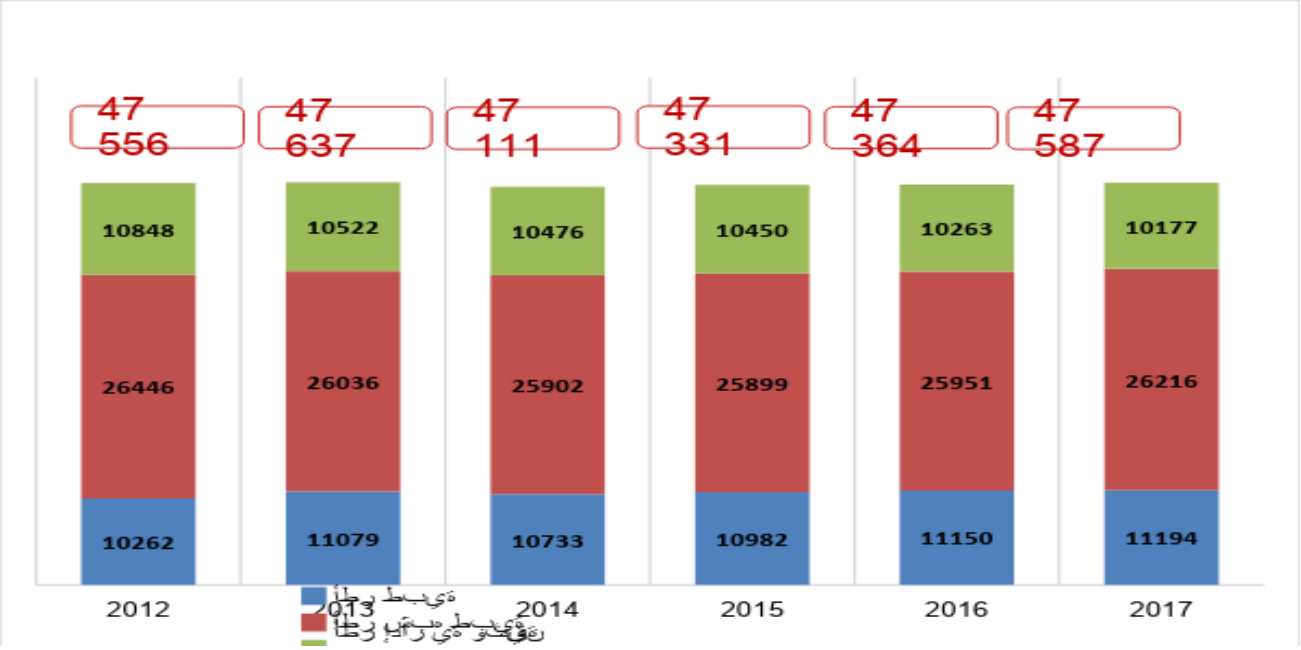
7. حكامة المنظومة الصحية؛
8. الخريطة الصحية.

ونظراً لأهمية الأسئلة المطروحة التي لم يسعف الوقت المخصص للجلسة، من التدقيق فيها، والتطرق الى كافة تفاصيلها، وكما تم التوافق بشأنه نوافيكم بعناصر الأجوبة المطلوبة في هذه الوثيقة المكتوبة.

وفي الأخير اغتنم هذه المناسبة لأعبر لكم عن تقديري الكبير، وسعادتي الكاملة لمساهماتكم القيمة والتي كانت بناءة وعميقة وهادفة، ودالة على اهتمامكم الكبير والمتزايد بقطاع اجتماعي هام وحساس كقطاع الصحة. وسنعمل جميعا من أجل تحسين الخدمات الصحية وتطويرها ببلادنا لكونها تأتي في صدارة أولويات المواطنات والمواطنين، وهو الهدف الذي لن نتمكن من تحقيقه إلا بتظافر جهود كافة المتدخلين وعلى رأسهم أنتنَّ وأنتم السيدات والسادة المستشارون.

1-الموارد البشرية

عدد موظفي وزارة الصحة



استقرار تطور عدد موظفي الصحة ما بين سنتي 2012 و2017.

أهم الإنجازات

- تم إرساء نظام إجازة-ماستر-دكتوراه عن طريق تعويض «معاهد تأهيل الأطر في الميدان الصحي» ب «المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة» التي تم إحداثها سنة 2013. مما سمح بالرفع من قدرة التكوين وكذا من فتح شعب جديدة بعدد من المعاهد.
- اعتماد نظام معلوماتي مدمج لتدبير الموارد البشرية.
- إطلاق موقع الكتروني خاص بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة كما يتم العمل على إعداد موقع خاص بمديرية الموارد البشرية.
- إعداد دليل المساطر المتعلقة بتدبير الموارد البشرية.
- إعداد عدة نصوص قانونية ودوريات لتأطير تدبير الموارد البشرية.
- الإدماج المباشر للأطباء المقيمين المتعاقدين ومراجعة منحة الخاصة بالأطباء المقيمين الغير متعاقدين والأطباء الداخليين بالإضافة إلى تمكينهم من التغطية الصحية.
- مراجعة القانون الأساسي المنظم للمراكز الاستشفائية الجامعية.
- التعويض عن الحراسة والخدمة الإلزامية والمداومة.
- التعويض عن الأخطار المهنية.
- التعويض عن المسؤولية.
- تحفيز العاملين بالوحدات الصحية المتنقلة.
- تحيين مذكرة الحركة الانتقالية سنويا باتفاق مع النقابات.
- الرفع من التعويض عن التخصص لفائدة الأطباء الاختصاصيين.
- منح الأطباء العامين المزاولين لمدة معينة في وزارة الصحة التخصص في الصحة الجماعاتية.
- استفادة الممرضين المجازين خريجي مدارس تكوين أفواج 1992 و1993 و1994 و1995 من أقدمية اعتبارية مدتها سنتان.
- إقرار نظام إجازة-ماستر-دكتوراه بالنسبة للممرضين.

- دعم المستشفيات بالموارد البشرية

لتجاوز الخصاص المسجل وضمان ولوج متكافئ للخدمات الصحية تبذل وزارة الصحة مجهودات كبيرة بهدف تعزيز المنظومة الصحية الوطنية بالموارد البشرية الضرورية، بغرض الرقي بجودة الخدمات المقدمة للمواطنين في مختلف مستشفيات المملكة. وفي هذا الإطار يبلغ عدد الأطر الطبية العاملة بالمستشفيات العمومية، 16 593 إطارا طبيا وممرضا موزعة على الشكل التالي:

- 3 440 طبيبا اختصاصيا؛
- 1039طبيبا عاما؛
- 12 114 ممرضا.

وتجدر الإشارة أنه تم تعزيز المستشفيات في الفترة الممتدة ما بين 2015 و2018 بالمناصب المفتوحة التالية:

الإطار	2015	2016	2017	2018
الأطباء العامون	64	62	45	300
الأطباء الاختصاصيون	440	332	290	430
الصيادلة	-	4	-	15
أطباء الأسنان	-	2	-	10
الممرضون	913	782	647	1786
المجموع	1417	1182	610	2541

- التوظيف بالتعاقد

في إطار التعاقد مع أطباء القطاع الخاص للعمل بالمؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة تم إصدار المرسوم رقم 2.12.507 بتاريخ 20 يناير 2015 المتعلق بوضعية الأطباء وأطباء الأسنان بالقطاع الخاص المتعاقدين مع وزارة الصحة. كما تم إصدار قرار لوزير الصحة رقم 672.17 الصادر في 23 من ذي الحجة 1438 (14 سبتمبر 2017) بتحديد الدوائر الإدارية ولائحة المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة التي يمكن للأطباء العامين والمتخصصين وأطباء الأسنان من القطاع الخاص المزاولة بها عن طريق التعاقد.

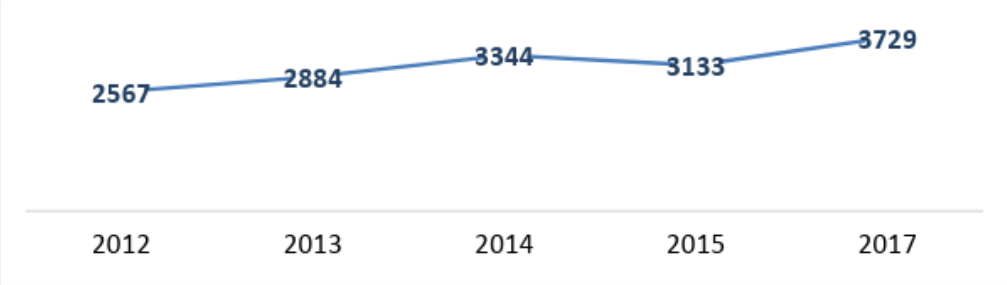
- التكوين

- المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة
  - الطاقة الاستيعابية

بلغت الطاقة الاستيعابية للمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة 5587 طالبا مقسمة إلى ثلاث سنوات من التكوين برسم سنة 2017-2018.

السنة	عدد الطلبة
السنة الأولى	**2261**
السنة الثانية	**1609**
السنة الثالثة	**1717**
المجموع	**5587**

- خريجي المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة



1- البنية التحتية

تطور البنيات التحتية الصحية حسب الجهات

مؤسسات الرعاية الصحية الأولية

الجهات	2013		المجموع 2013	2017		المجموع 2017	2013-2017
	مؤسسات الرعاية الصحية الأولية			مؤسسات الرعاية الصحية الأولية			
	الحضري	القروي		الحضري	القروي		
طنجة تطوان الحسيمة	71	185	256	78	187	265	9
الشرق	66	131	197	72	134	206	9
فاس مكناس	108	296	404	114	299	413	9
الرباط سلا القنيطرة	113	125	238	113	128	241	3
بني ملال خنيفرة	45	215	260	46	213	259	-1
الدار البيضاء سطات	170	180	350	187	179	366	16
مراكش آسفي	91	331	422	94	342	436	14
درعة تافيلالت	27	194	221	28	200	228	7
سوس ماسة	49	243	292	50	250	300	8
كلميم واد نون	21	71	92	21	72	93	1
العيون الساقية الحمراء	19	20	39	22	20	42	3
الداخلة وادي الذهب	5	10	15	6	10	16	1
المجموع	**785**	**2001**	**2786**	**831**	**2034**	**2865**	**79**

يتوفر القطاع الصحي على 2865 مؤسسة للرعاية الصحية الأولية منها :

- 831 مؤسسة بالوسط الحضري (29%)
  - 157 مركز صحي حضري مع وحدة للتوليد
  - 674 مركز صحي حضري
- 1984 مؤسسة بالوسط القروي (71%)
  - 411 مركز صحي قروي مع وحدة للتوليد
  - 859 مركز صحي قروي
  - 764 مستوصف قروي

وقد شهدت هذه المؤسسات تطورا نسبيا بلغ 3 في المئة ما بين 2013 و2017

المستشفيات العمومية

الجهات	2017	2013	الفرق ما بين 2013 و2017
طنجة تطوان الحسيمة	18	19	1
الشرق	10	15	5
فاس مكناس	20	21	1
الرباط سلا القنيطرة	19	19	0
بني ملال خنيفرة	9	11	2
الدار البيضاء سطات	25	26	1
مراكش آسفي	15	17	2
درعة تافيلالت	9	11	2
سوس ماسة	9	9	0
كلميم واد نون	4	5	1
العيون الساقية الحمراء	4	4	0
الداخلة وادي الذهب	1	1	0
المجموع	143	158	15

يتوفر القطاع الصحي على 158 مؤسسة استشفائية تُوَفِّرُ أزيد من 25.384 سرير وقد ارتفع عدد المؤسسات الاستشفائية بنسبة 10 في المئة ما بين سنة 2013 و2017.

3-التغطية الصحية

تعتبر وزارة الصحة إصلاح نظام التغطية الصحية أولوية اجتماعية كما يتبين ذلك في إطار استراتيجيتها 2017-2021، حيث ستعمل وزارة الصحة على استمرار توسيع التغطية الصحية لتشمل العاملين بالقطاع الخاص غير الأجراء.

هذا ونسجل تقدم ملحوظ في إرساء التغطية الصحية الأساسية منذ دخول القانون رقم 65.00 حيز التنفيذ سنة 2005، حيث بلغت نسبة التغطية الصحية 63 في المائة ولا سيما مع تعميم نظام المساعدة الطبية.

كما أنه في إطار تفعيل القانون 98-15 المتعلق بالتغطية الصحية لفائدة العاملين بالقطاع الخاص غير الأجراء، شرعت بعض القطاعات الحكومية في التشاور مع الفئات السوسيومهنية بغية إكمال النصوص التطبيقية، وذلك في أفق إصدار أولى بطاقات الاستفادة من هذه التغطية خلال سنة 2018 .

هذا إضافة إلى تفعيل مقتضيات القانون رقم 12-116 المتعلق بنظام التأمين الإجباري عن المرض الخاص بطلبة التعليم العالي، العمومي والخصوصي ومتدربي التكوين المهني الذين يتابعون دراستهم أو تكوينهم في أسلاك تتطلب التوفر على شهادة البكالوريا، إذ سيهم هذا النظام حوالي 280 000 طالب.

وفيما يخص مواصلة تمتيع الجميع بالتغطية الصحية الأساسية بما في ذلك كبار السن، فقد تم ابتداءا من سنة 2007 خلق أنظمة خاصة للتأمين الصحي لفائدة قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، أئمة المساجد، أعوان السلطة (الشيوخ والمقدمين) وضحايا انتهاك حقوق الإنسان.

كما صادقت الحكومة على مشروع القانون 16-63 المتعلق بتوسيع الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة الأب أو الأم أو الاثنين معا. وتم إحالة مشروع القانون إلى مجلس المستشارين قصد مناقشته والمصادقة عليه.

وانطلاقا من التوجيهات الملكية السامية للحكومة، الصادرة بتاريخ 10 شتنبر 2013، لوضع سياسة وطنية جديدة في مجال الهجرة واللجوء وفق مقاربة إنسانية مندمجة وشاملة، تم التوقيع بين الوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين بالخارج وشؤون الهجرة ووزارة الداخلية ووزارة الاقتصاد والمالية ووزارة الصحة على اتفاقية إطار عام للشراكة والتعاون في مجال تسهيل ولوج الخدمات الصحية لفائدة المهاجرين واللاجئين المقيمين بالمغرب بصفة قانونية.

أما فيما يخص نظام المساعدة الطبية وانطلاقا من التقييم المرحلي والزيارات الميدانية الذي تقوم بها وزارة الصحة، تبين بالفعل أنه رغم المجهودات المبذولة من طرف الوزارة وجميع الشركاء لإنجاح هذا المشروع المجتمعي، لازال نظام المساعدة الطبية يعتريه مجموعة من النواقص والاختلالات تتجلى أهمها في قلة الموارد البشرية التي لا زالت تشكل إكراها كبيرا بالنسبة للنظام نظرا للضغط الكبير والزيادة في الطلب على الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية مما يؤثر على قوائم الانتظار في المواعيد وجودة الخدمات.

هذا إضافة إلى غياب هيئة مستقلة لتدبير نظام المساعدة الطبية تسهر على ضمان ديمومة تمويل النظام وتوازنه المالي.

إشكالية الاستهداف والأهلية لبطاقة نظام المساعدة الطبية

حاليا تخضع عملية تحديد المستفيدين من نظام المساعدة الطبية إلى المرسوم رقم 2-08-177 الصادر في 29 سبتمبر 2008، بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون رقم 65-00 المتعلق بنظام المساعدة كما تتميمه وتعديله بالمرسوم رقم 2-11-199 الصادر في 06 سبتمبر 2011.

انطلاقا من التقييم المرحلي والزيارات الميدانية الذي تقوم بها وزارة الصحة، تبين بالفعل أنه رغم المجهودات المبذولة لإنجاح هذا المشروع المجتمعي، لازال نظام المساعدة الطبية يعاني من مجموعة من الإكراهات.

وفي إطار إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب وإرساء قواعد لقيادتها وحكامتها، تم إحداث أربع لجن موضوعاتية من بينها لجنة مقاربة الاستهداف تحت مسؤولية وزارة الداخلية وذلك بمنشور لرئيس الحكومة بتاريخ 30 مارس 2018.

وفي هذا الإطار، تعمل الحكومة على مشروعين مهمين هما السجل الاجتماعي الموحد والسجل الوطني للسكان، حيث سيتم وضع قاعدة بيانات مضبوطة عن الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للساكنة مما سيطور عمليات الاستهداف والأهلية للاستفادة من البرامج الاجتماعية للحكومة وخصوصا نظام المساعدة الطبية.

4.الوقاية ومحاربة الأمراض

لقاح التهاب السحايا

- تفرض السلطات السعودية تطعيم جميع الحجاج والمعتمرين إلزاميا ضد التهاب السحايا الناتج عن المكورات السحائية، وذلك بلقاح رباعي التكافؤ يغطي السلالات A،C ،Y و W135.
- هناك نوعان من اللقاحات:

• لقاح رباعي التكافؤ غير مقترن (**vaccin tétravalent non conjugué**) ؛

• لقاح رباعي التكافؤ مقترن(**vaccin tétravalent conjugué**) .

يلخص الجدول التالي مقارنة بين هذين النوعين من اللقاحات:

الخاصية	اللقاح المقترن	اللقاح غير المقترن
مدة الحماية	على الأقل 5 سنوات	على الأكثر 3 سنوات
تشبع استجابة جهاز المناعة	أبدا	نعم، ابتداء من الجرعة الثالثة
تخفيض حمل الجرثومة بالبلعوم	نعم	لا
ثمن بيع الجرعة الواحدة للعموم	785.00 درهم	174.00 درهم

- في الوقت الراهن، اللقاح غير المقترن، والذي يستخدم عادة لتطعيم الحجاج (الحج والعمرة)، غير متوفر بالصيدليات نظرا لنفاذ المخزون. ويرجع ذلك لتوقف الشركات المصنعة عن إنتاج اللقاح المؤهل من طرف المنظمة العالمية للصحة على المستوى العالمي.
- تم تأمين الكميات اللازمة لتلقيح الحجاج للموسم الحالي باللقاح غير المقترن، وابتداء من الموسم القادم للحج، سيتم استعمال اللقاح المقترن. وتجدر الإشارة الى أن هذا الأخير يستعمل أيضا في إطار البرنامج الوطني لمحاربة داء التهاب السحايا، نظرا لفاعليته ونجاعته.

محاربة داء السل

لا يزال السل يمثل تحديا كبيرا للصحة العامة ببلادنا. فوفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية (حسب آخر تقرير عالمي لسنة 2017)، فإن نسبة الحدوث في المغرب تبلغ 103 حالة لكل 100.000 نسمة. وقد مكنت مجهودات المنظومة الوطنية للصحة من تحقيق تقدم كبير في مجال الكشف المبكر)أكثر من (86% ونجاعة العلاج) أكثر من (87% ، إذ تم التكفل المجاني بما مجموعه 30.897 حالة إصابة بالسل بجميع أشكاله في عام 2017.

يتميز الانتشار الجغرافي للمرض بتمركزه في الأحياء الهامشية، الفقيرة والعالية الكثافة السكانية لكبريات المدن؛ ويشكل السل الرئوي 52 ٪من مجوع الحالات المسجلة.

وحسب الدراسة الميدانية التي قامت بها وزارة الصحة سنة 2014، فإن نسبة انتشار السل المقاوم للأدوية لاتزال منخفضة ولا تتجاوز1 ٪ بالنسبة للحالات الجديدة و8,7٪ بالنسبة للحالات المعاودة.

وبفضل تعزيز العرض الصحي بتبني أحدث وسائل التشخيص وتزويد المختبرات بالمعدات اللازمة، فإنه يتم تشخيص هذه الحالات المقاومة للأدوية بسهولة أكثر، حيث أن مجموع هذه الحالات التي تم تشخيصها وعلاجها مجانا بعقاقير الجيل الثاني من الأدوية بلغ سنة 2017, 217 حالة.

الوقاية والتكفل بالأمراض غير السارية

يعرف الوضع الصحي في المغرب ارتفاعا ملحوظا لعدد المرضى المصابين بالأمراض غير السارية المزمنة، خاصة السكري وارتفاع الضغط الدموي. ويرجع هذا الارتفاع إلى تزايد عوامل الإختطار الناتجة عن تغير العادات وأنماط العيش ببلادنا، إذ أظهرت النتائج الأولية للمسح الوطني الذي أجري في عام 2017 « **STEPWISE** » إلى الآتي :

- معدل انتشار مرض السكري عند الأشخاص الذين يفوق سنهم 20 سنة يصل إلى4,4 10% مقارنة ب 6,6% سنة 2000، أي أن عدد هؤلاء المرضى في المغرب يقدر بأكثر من مليوني شخص.
- معدل انتشار مرض ارتفاع الضغط الدموي عند الأشخاص الذين يفوق سنهم 18 سنة يصل إلى29,3%)مقارنة ب 33,6% سنة 2000
- وقد مكنت مجهودات المنظومة الوطنية للصحة من ارتفاع مضطرد لعدد المرضى الذين يتم التكفل بهم مجانا بمؤسسات الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة من سنة 2012 إلى سنة 2017 :
  - السكري من 450000 إلى 820000
  - ارتفاع الضغط الدموي من 253 352 إلى121 771

مكافحة التدخين

المغرب أول بلد وضع قانونا لمكافحة التدخين على الصعيد الإقليمي في أبريل 1991، الصادر بالجريدة الرسمية عدد 4318 بتاريخ 2 أغسطس 1995 برقم 15-91 والذي دخل حيز التطبيق بتاريخ 3 فبراير 1996، وهو يتعلق بمنع التدخين في بعض الأماكن العمومية وحضر أي دعاية أو إشهار لصالح التبغ وبيعه للقاصرين.

إلا أنه لم يصدر أي مرسوم تطبيقي يفعل هذا القانون، مع العلم ان دول أخرى تأخرت في مبادرتها التشريعية في شأن منع التدخين.

وكان الفريق الاستقلالي بمجلس النواب قد تقدم بتاريخ 2007/12/14 بمقترح قانون يقضي بتغيير وتتميم هذا القانون، وقد صادق مجلس النواب بالإجماع في شهر يوليوز 2008 على هذا المقترح إلا أنه لم يتم نشره بالجريدة الرسمية، حيث اعتبرت الامانة العامة للحكومة ان مناقشته من طرف الجنة البرلمانية تم فقط بحضور وزير العدل وبغياب وزير الصحة فطالبت اعادة مناقشته بحضور وزير الصحة.

الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ

تعتبر الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ أوّل معاهدة يتم التفاوض عليها برعاية منظمة الصحة العالمية، وقد وُضعت هذه الاتفاقية للاستجابة لمقتضيات طابع العولمة الذي يتسم به وباء التبغ، وبدأ تنفيذها يوم 27 فبراير 2005. وإلى حد هذا اليوم، تمت المصادقة عليها من قبل 180 بلدا.

وتجدر الإشارة إلى أن المغرب شارك بفعالية في أعمال منظمة الصحة العالمية لإعداد هذه الاتفاقية والتي وقع عليها في 16 أبريل 2004.

وبعد أن أبدت القطاعات الحكومية المختصة (الصناعة والتجارة -الاقتصاد والمالية -الداخلية – الفلاحة -الصحة) موقفها منها، تمت مباشرة مسطرة المصادقة عليها من قبل وزارة الشؤون الخارجية والتعاون لدى الأمانة العامة للحكومة بتاريخ 11غشت 2004 وتم اعتمادها من قبل المجلس الحكومي المنعقد بتاريخ 11 نونبر 2005. ويبقى المغرب الدولة الوحيدة في منطقة شرق المتوسط إلى جانب دولة الصومال التي لم تصادق بعد على هذه الاتفاقية.

5-البرامج الصحية

صحة الأم

أطلقت وزارة الصحة مجموعة من الاستراتيجيات والخطط الوطنية لتسريع خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة حقق بدلك خلالها المغرب إنجازات هامة تتمثل في تحسين مؤشر وفيات الأمهات حسب المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018 حيث انخفض من 112 وفاة للأمهات لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2010 إلى 72,6حالة وفاة أي بنسبة 38 %. كما سجلت أيضا نسب وفيات المواليد الجدد انخفاضا مهما حيث انخفضت النسبة من 21.7 سنة 2010 إلى 13.56 وفاة في كل 1000 ولادة حية سنة 2018 ويقدر هذا الانخفاض ب 35%.

كما عرف مؤشر مراقبة الحمل ارتفاعا ملحوظا حيث انتقل من77.1 بالمائة سنة 2011 الى 88 بالمائة سنة 2018

كذلك ارتفعت نسبة الولادة بالمصالح الصحية حيث بلغت 86 بالمائة سنة 2018 مقابل 72.7 بالمائة سنة 2011.

وتتمثل هذه الانجازات فيما يلي:

- إرساء مجانية العلاجات الخاصة بالولادة وحديثي الولادة وعلى نقل الأم أو المولود من دار الولادة إلى المؤسسة المؤهلة إذا تطلب الأمر ذلك ومجانية التحاليل البيولوجية الروتينية لتتبع الحمل لفائدة النساء الحوامل داخل المستشفيات الإقليمية والجهوية؛

- تحسين ظروف استقبال النساء الحوامل وتحسين متابعة الحمل والولادة وأنسنة مصالح الولادة؛

- إقرار رعاية الأمهات وحديثي الولادة في غضون 48 ساعة بعد الولادة الطبيعية تحت المراقبة الطبّية إرساء دورية وزارية تحت على تنظيم أربع زيارات ما قبل الولادة (الفحص السريري والفحوصات البيولوجية والفحص بالصدى والاختبارات المعملية) و3 زيارات ما بعد الولادة (الفحص السريري للأم والطفل معا)؛

- وضع نظام المساعدة الطبية للتوليد في المناطق القروية، النائية لنقل الأمهات والأطفال حديثي الولادة في حالات مستعصية إلى المستشفيات (SAMU-OR) ؛

- العمل بنظام الحراسة المستمرة في كل المؤسسات الاستشفائية التي تتكفل بصحة النساء عند الولادة

- إعداد ونشر المبادئ التوجيهية مع مراجعة دورية للبروتوكولات العلاجية وتطوير الكفاءات في ميدان مراقبة الحمل والولادة وما بعد الولادة وكذا تنظيم الأسرة؛

- إعادة النظر في تعويضات الحراسة والالزامية والحراسة في المناطق القروية بالنسبة للأطباء والقابلات ورفع من تكاليف التعويضات ذات الصلة إلى زيادة النشاط في جميع مؤسسات الولادة؛

- بناء مساكن لفائدة مهنيي الصحة العاملين في المناطق القروية؛

- توفير معدات التوليد بدور الولادة، سيارات الإسعاف والاكوغرافيا،

- مستلزمات الولادة القيصرية بالنسبة لأقسام التوليد بالمستشفيات،

- توفير الأدوية الحيوية (كبريتات المغنيسيوم أقراص الميسوبروستول.....)،

- إنشاء خطة تدريبية لصالح الأطباء والقابلات لتحسين مهاراتهم فيما يتعلق بالأطفال حديثي الولادة في الحالات الطارئة؛

- تطوير وتنفيذ المبادئ التوجيهية لتحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل والولادة ومضاعفات الولادة،

- الزيادة في عدد المتبارين المقبولين بالنسبة للقابلات وعدد الوظائف المخصصة للتدريب لأطباء التوليد، وأطباء الأطفال والإنعاش،

- توجيه التعيينات في المناطق التي تعاني من نقص الموظفين الطبيين وشبه الطبيين مع التركيز على دور الولادة في المناطق القروية والمعزولة،

- تعزيز الوقاية من خلال تقديم أربع فحوصات ما قبل الولادة ثلاثة ما بعد الولادة والمكوث الإجباري 48 ساعة بعد الولادة لمراقبة الأمهات والأطفال حديثي الولادة،

- توحيد تحصين النساء في سن الإنجاب ضد الكزاز ومكملات الحديد للنساء الحوامل والمرضعات،

- تعميم قسم الأمهات لتزويد النساء الحوامل فيما يخص أعراض المنبهة للمخاض، ونمط الحياة،

- والتغذية، والاستعداد للولادة والرعاية ما بعد الولادة...،

- وضع وتنفيذ مخطط التكوين المستمر لفائدة مهنيي الصحة في مجال التكفل بصحة الأم والمولود الجديد؛

- التصديق على مرافق الخدمات الصحية مع إجراء افتحاص لدور الولادة وتوحيد البناء وإعادة تطوير الهياكلة وإطلاق مسابقة لمستشفيات الولادة حول الجودة مع إنجاز وتنفيذ خطط التطوير لتصحيح أي قصور والشروط الخاصة بتنظيم تلك الخدمات ورعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة،

- تنفيذ نظام مراقبة وفيات الأمهات عند الولادة: يبدأ التحقيق بالتعاون مع وزارة الداخلية بعد كل إعلان حالة وفاة ما بين سن 15و49 سنة،

- إشراك الجمعيات العلمية والمجتمع المدني في تعزيز صحة الأم،

- التعبئة الاجتماعية والدعوة حول تحسين صحة الأمهات مع توسيع مفهوم دار الأمومة (دور الانتظار للنساء الحوامل في المناطق النائية)، وتعزيز التربية الوالدية بمشاركة وكلاء التنمية المحلية في تعزيز الولادة بالمرافق الصحية.

صحة الطفل

عرفت المؤشرات الخاصة بالحد من وفيات حديثي الولادة والأطفال الرضع انخفاضاً كبيراً يعكس الجهود التي تبذلها وزارة الصحة، والتي أكدها تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة78% مابين الفترة الممتدة من 1990 إلى 2018 (أي من 102 إلى22,16 لكل ألف ولادة حية) وبنسبة % 67 فيما يخص حديثي الولادة خلال نفس الفترة (أي من 41 إلى13,56 لكل ألف ولادة حية). ويعزى هذا التقدم الملحوظ إلى تظافر الجهود وتبني سياسة صحية ترتكز على برامج الرعاية الصحية الأولية والتي تشمل العديد من البرامج والأنشطة الخاصة بصحة الأطفال دون السن الخامسة:

- العناية بالأطفال حديثي الولادة،
- البرنامج الوطني للتمنيع،
- البرنامج الوطني للتغذية،
- استراتيجية الرعاية المتكاملة للطفل التي تهدف الحد من وفيات ومراضة الأطفال وكذا تعزيز نموهم السليم خلال الطفولة الصغرى

توفر وزارة الصحة مجموعة من الخدمات الصحية المجانية تستهدف دعم صحة الطفل منذ ولادته وتحسين الحالة الاجتماعية للمواطنين، وهي كالتالي:

- رعاية حديثي الولادة في حالات الطوارئ؛
- العمل على توافر الأدوية الأساسية واستخدامها؛
- إنعاش الأطفال حديثي الولادة (أربع قنوات الحياة: الحرارة، الرضاعة، التعقيم والتنفس)؛
- فحص قصور الغدة الدرقية الخلقي لدى حديثي الولادة؛
- إجراء مراقبة الأم والمولود بعد الولادة (إقامة 48 ساعة)؛
- تطبيب الفحوصات بعد الولادة (الأم والرضيع)؛
- تمديد الإدارة المتكاملة لصحة الطفل وحديثي الولادة في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية؛
- تعزيز الرضاعة الطبيعية؛
- مراقبة الحالة الصحية للطفل بما في ذلك نموه بواسطة الدفتر الصحي؛

- التطعيم بالفيتامينات أ ود؛

- التطعيم وفقا للجدول الزمني الوطني للتلقيح والذي يوفر التطعيمات ضد أثنا عشر مرضا تعفنيا مجانا؛

- التكفل المندمج لصحة الطفل وخاصة إدارة و علاج الالتهاب الرئوي (مع توفير المضادات الحيوية مجانا) ؛

- إدارة و علاج الإسهال مع توفير الأملاح مجانا.

بالإضافة الى هذا عملت وزارة الصحة على :

- تحيين و نسخ دلائل و دعائم التكوين تماشيا مع المستجدات في ما يخص التكفل بصحة الطفل بما في ذلك التحصين والتغذية؛

- تعزيز المكونين الجهويين في مجال الرعاية الصحية المتكاملة للطفل؛ وتدريب مهني الصحة في مجال الرعاية المتكاملة لصحة الطفل على صعيد الأقاليم لتعزيز مهاراتهم قصد تجويد الخدمات المقدمة في مجال صحة الطفل؛

- تعزيز الإشراف الداعم لمساعدة المهنيين الصحيين: تنظيم دورات تكوينية للمكونين في مجال الإشراف الداعم في إطار مقاربة مندمجة تهم الأم والطفل وتنظيم الأسرة.

- تحديث الدفتر الصحي للطفل (بما في ذلك جدول التحصين) من الولادة إلى سن 18 سنة وتحسيس الطلبة بأهميته وكيفية استعماله؛

- تعزيز عنصر التحسيس والإعلام لصالح الآباء لتحسين رعاية الأطفال في المنزل عبر صياغة وطباعة وسائل الإعلام و التكوين في إطار ارساء مقاربة أقسام الأمهات الخاصة بخدمة الطفولة مع تدريب مهني الصحة وتهدف مقاربة قسم الأمهات لخدمة الطفولة المبكرة إلى تعزيز عنصر التواصل من أجل تغيير سلوك الأسر في مجال الرعاية المنزلية: التغذية، طلب الرعاية الصحية عند ظهور علامات المرض، النظافة، تحفيز التنمية النفسية والعاطفية، الوقاية من الحوادث المنزلية .... ؛

- استخدام التكنولوجيات الجديدة في مجال التكوين وإنجاز دعائم تربوية لتشجيع التعلم عن بعد للمساهمة في تحسين جودة الخدمات المتعلقة بصحة الطفل؛

- اعداد بروتوكولات التكفل بالحالات الاستعجالية لدى الأطفال؛

اعطاء انطلاقة الخطة الوطنية للتصدي لمرض التهاب القصيبات الرئوية الحاد (**bronchiolites**) عند الرضع والأطفال وذلك سنة 2016.

الصحة المدرسية

تعتبر فئة التلاميذ والطلبة والشباب فئة هشة ذات احتياجات خاصة لذا فإن التدابير التي تم اتخاذها من أجل الاستجابة المتكاملة لهذه الاحتياجات والتي تراعي البعد الاجتماعي تندرج في إطار استراتيجية وطنية تمت بلورتها في إطار الشراكة مع جل المتدخلين في هذا المجال.

هذا ومن بين أهم هذه التدابير نخص بالذكر:

تنظيم حملة وطنية بداية كل موسم دراسي من أجل الكشف والتكفل بالمشاكل الصحية للتلاميذ والطلبة، وتستهدف هذه الحملة 1.5 مليون تلميذة وتلميذ سنوياً.

هذا وقد تميزت الحملة المنجزة برسم السنة الدراسية 2017-2018 بتحقيق نسبة تغطية بالفحوصات الطبية بلغت أزيد من 90% مع التكفل بما يقرب 249000 حالة مرضية. وقد تم كل ذلك من خلال المؤسسات الصحية المعبأة إضافة إلى تنظيم حوالي 4184 زيارة للفرق الصحة المتنقلة للمؤسسات التعليمة بالوسط القروي و19600 زيارة بالوسط الحضري وكذا 186 قافلة طبية متخصصة.

وفي هذا الإطار مثلا تم بإقليم تاونات تعبئة 42 طبيب عام، 2 أطباء لأمراض العيون، طبيب واحد للأمراض الجلدية، طبيبين لأمراض القلب، 4 أطباء لأمراض الأطفال، طبيب واحد للأمراض العقلية، 3 أطباء لأمراض الفم والأسنان، 129 ممرض وممرضة ومساعدة اجتماعية. (مع توفير معدات طبية ولوجستيكية : وحدتين لقياس البصر، 3 وحدات متنقلة لطب الاسنان، ووحدتين ثابتين لطب الأسنان)، حيث تم تحقيق خلال هذه الحملة بإقليم تاونات :

- تنظيم 75 زيارة للمؤسسات التعليمية بالعام الحضري؛
- تنظيم 246 زيارة للمؤسسات التعليمية بواسطة الفرق الطبية المتنقلة بالعام القروي.

وقد وصلت نسبة التغطية بالفحوصات الطبية بهذا الإقليم إلى 94.77% وتم التكفل ب 3532 حالة مرضية.

ومن أجل ضمان استكمال الكشف والتكفل من خلال توفير مجموعة من الخدمات المجانية كالفحوصات المتخصصة وفحص حدة البصر وطب الاسنان وكذا الانصات والمشورة فقد عملت الوزارة على احداث 94 مركز مرجعي للصحة المدرسية والجامعية وهي مؤسسات تهدف تحسين مسارات الولوج للعلاجات. وتقع هذه المراكز ضمن مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية.

كما يقوم قطاع الصحة بإحداث فضاءات الصحة للشباب. وهي مؤسسات صحية تقدم خدمات ملائمة لاحتياجات الشباب المتراوحة أعمارهم بين 10 و25 سنة في مجالات تعزيز الصحة وذلك عن طريق تقديم الخدمات التالية:

- الإنصات والتوجيه والعيادات النفسية؛

- العيادات الطبية بما في ذلك بعض التخصصات (طب النساء، الطب النفسي والعقلي، طب الجلد، طب العيون، طب الأسنان).

- التربية الصحية والولوج إلى المعلومات وذلك من خلال حصص للتنشيط الصحي والتي تنظم داخل الفضاء أو بالمؤسسات الأخرى المرتادة من طرف الشباب كالمدارس ودور الشباب والجمعيات إلخ...

وتقدم هذه الخدمات لجميع الشباب واليافعين سواء أكانوا متمدرسين أم لا ويعتبر الولوج إلى الخدمات حرًا، ومجانيا وبدون أي شروط. ويتميز فضاء الصحة للشباب بكونه مفتوح في وجه كل المشاركات وخصوصا من لدن الشباب الذين يمكن أن تكون مساهمتهم جد مهمة كالمشاركة في الأنشطة سواء داخل أو خارج الفضاء، كما يمكن أن يقدموا الدعم والمصاحبة للشباب الذي يعانون من مشاكل صحية وكذا إعطاء ملاحظات وتوصيات لتحسين الخدمات بالفضاء.

هذا وقد وصل عدد الفضاءات المحدثة على الصعيد الوطني الى 34 فضاء، كما تمت مأسسة هذه المؤسسة ضمن خريطة العرض الصحي من خلال المرسوم رقم 2-14-562 بتاريخ يوليوز 2015.

إضافة إلى الخدمات الصحية يقوم برنامج الصحة المدرسية والجامعية وتعزيز صحة اليافعين بتقديم خدمات تهدف إلى التربية على الصحة وعلى نمط العيش السليم. ويتم تنظيم هذه الأنشطة:

- في شكل برنامج يتم تقديمه داخل المؤسسات التعليمية ابان الفحوصات الطبية المنتظمة من طرف أطباء وممرضي الصحة المدرسية والجامعية؛

- من خلال تنظيم تظاهرات وخاصة أسبوع الصحة المدرسية حيث يتم تنظيم مجموعة من الأنشطة التربوية المتكاملة من طرف كل من مهنيي الصحة والمدرسين والفاعلين الجمعويين؛

- داخل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وخصوصا فضاءات الصحة لشباب.

ولدعم هذه الخدمات والبرامج يقوم قطاع الصحة بإنجاز عدة دعائم للتربية الصحية للتلاميذ والطلبة والشباب وكذا للمربيين والعاملين الصحيين (فلم تربوي حول التدخين؛ فلم تربوي حول نمط العيش السليم؛ قرص مدمج تفاعلي حول التدخين؛ دليل التربية الوالدية في مجال صحة الشباب؛ دليل التربية الصحية للشباب لفائدة المربيين موقع إلكتروني على شبكة الإنترنيت «**santejeunes.ma**».

كما تمت بلورة مجموعة من المقاربات التي من شأنها تعزيز التربية الصحية من خلال تنويع الفضاءات والمتدخلين ومنها:

- مقاربة للتربية الوالدية المتمحورة حول صحة ونمو الشباب وذلك من أجل تمكين الأسر من المعلومات والمهارات اللازمة لتعزيز الصحة؛

- مقاربة استعمال المهارات الحياتية المعززة للصحة؛

- تمكين الجمعيات من العمل داخل فضاءات الصحة للشباب.

تنمية الصحة بالعالم القروي (القوافل الطبية والوحدات الطبية المتنقلة)

يتميز الوضع الحالي للصحة ببلادنا بمجموعة من المكتسبات تتجلى أساسا في تحسن ملحوظ في العرض الصحي ونجاعة البرامج الصحية الوطنية وتقليص هام لنسبة وفيات الأمهات والأطفال وكذا تقليص واضح لعدد الحالات الجديدة لمجموعة من الأمراض السارية والقضاء على العديد منها.

إلا أن بعض التحديات المتعلقة بالتكافؤ في الولوج إلى الخدمات الصحية لدى شريحة من ساكنة الوسط القروي ما زالت قائمة، خصوصا في المناطق النائية والمناطق الصعبة الولوج، و يرجع ذلك إلى التوزيع الغير متوازن للعرض الصحي عبر التراب الوطني مع تفاوت بين الوسطين الحضري و القروي و بين الجهات و بين الأقاليم والعمالات بنفس الجهة و كذا بتزايد المراضة الناتج عن التحولات الوبائية و الغذائية و الديموغرافية.

ووعيا منها بواجب تدارك التفاوت في الولوج إلى الخدمات الصحية بين الجهات و بين الوسطين الحضري و القروي، تعمل الوزارة على تفعيل مجموعة من الإصلاحات الكبرى، كالمخطط الوطني الخاص للنهوض بالصحة في الوسط القروي في ظل سياق وطني يتميز بإرادة سياسية واضحة لتنمية الوسط القروي يتجلى في التصاريح الحكومية السابقة و كذا في التصريح الحكومي الأخير و المخططات الوطنية للصحة.

ونظرا للتوزيع الديموغرافي في البوادي والذي يتميز بتشتته، ومن أجل تقريب الخدمات الصحية إلى المواطنين، تعمل الوزارة على تعزيز النمط المتنقل للتغطية الصحية، الذي يعتبر أحد المكونات الأساسية للعرض الصحي وذلك بمقتضى المرسوم عدد 2- 14-562 في 7 شوال 1436 (الموافق ل 24 يوليوز 2015) المتعلق بالعرض الصحي والخطط الجهوية للعرض الصحي، وهو مرسوم تطبيقي للقانون الإطار رقم 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض الصحي.

وأهم الوسائل المعمول بها هي الوحدات الطبية المتنقلة والقوافل الطبية المتعددة الاختصاصات والمستشفى المتنقل.

تروم الوحدات الطبية المتنقلة إلى تقديم رزمانة من الخدمات الصحية محددة تشتمل على كل ما هو وقائي وعلاجي وتحسيسي، وذلك من طرف طاقم يتكون من طبيب وممرضة وتقني حفظ الصحة وسائق وذلك بصفة دورية (كل ثلاثة أشهر). و في هذا الإطار عملت الوزارة على مراجعة وظائف الفرق الطبية المتنقلة و تنظيمها مع تعزيز حظائر السيارات عبر الأقاليم (سيارات ذات الدفع الرباعي و البالغ عددها حاليا 350 وحدة) مع تخصيص ميزانية سنوية هامة لتوفير الوقود و لوازم الصيانة و كذا لتغطية تنقلات الفرق الطبية (ما معدله 10 مليون درهم سنويا).

كما أن المندوبيات الإقليمية تعمل على بلورة وتفعيل برامج سنوية للوحدات الطبية المتنقلة لتغطية الساكنة المستهدفة والتي تبعد بأزيد من 6 كيلومترات عن أقرب مركز صحي (والساكنة على بعد أقل من 6 كلم كلما كانت هناك صعوبات في الولوج). وقد عرفت الزيارات الميدانية للوحدات الطبية المتنقلة ارتفاعا

متزايدا حيث انتقل عدد الزيارات الميدانية من 5500 في سنة 2009 إلى 12859 زيارة ميدانية في 2016، تم على إثرها تقديم ما مجموعه 457961 فحصا طبيا.

وتهدف القوافل الطبية المتعددة الاختصاصات إلى تقريب الخدمات الاستشفائية من فحوصات طبية متخصصة وفحوصات تكميلية (الفحص بالأشعة والتحاليل المخبرية والكشوفات الوظيفية) وكذا إجراء بعض العمليات الجراحية (مرض الساد خصوصا).

وتعمل مصالح وزارة الصحة بمعية شركائها على تفعيل القوافل الطبية المتخصصة من خلال تعبئة موارد بشرية من أطباء وممرضين وتقنيين وإداريين وكذا تجهيزات وسائل تنقل على مستوى المواقع المستهدفة من أجل إسداء مجموعة من الخدمات الصحية تشتمل على فحوصات طبية (طب عام و فحوصات متخصصة) وفحوصات تشخيصية (الفحص بالأشعة و التحاليل الطبية) مع تقديم الأدوية و المواد الصحية وفق الحاجة وتقديم بعض العلاجات الجراحية (خصوصا جراحة العيون وعلاجات الفم والأسنان..)، بالإضافة إلى خدمات وقائية كالرصد المبكر لبعض الأمراض أو خدمات التوعية الصحية بخصوص بعض المشاكل الصحية المتفشية محليا. و تقدم هذه الأنشطة على مستوى المراكز الصحية أو خارجها أو / وعلى مستوى المراكز الاستشفائية، شريطة الاستجابة لمعايير السلامة المعمول بها .

و تنظم هذه القوافل الطبية المتخصصة من طرف المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة و / أو بطلب من العديد من الشركاء من جمعيات محلية و جهوية و وطنية و دولية تعنى بالنهوض بالصحة و كذا الجمعيات المهنية و العلمية و مؤسسات وطنية و كذا القطاع الخاص و شركاء آخرين، كما أن المصالح اللاممركزة السالفة الذكر مطالبة بضمان احترام مساطر الترخيص المعمول بها وفقا للدورية الوزارية عدد 046 / **DP**/2018 » الصادرة بتاريخ 18 أبريل 2018. وكذا تعزيز التنسيق مع كافة المصالح المختصة المعنية على المستوى المحلي والمركزي وكذا مع كافة الشركاء المعنيين.

وقد لوحظ في السنوات الأخيرة ارتفاع مهم في عدد القوافل الطبية المتخصصة المنجزة على مستوى العمالات والأقاليم، حيث انتقل عددها من 83 قافلة طبية في 2012 إلى 282 قافلة طبية في 2016 تم على إثرها تقديم ما مجموعه 295435 فحصا طبيا.

و في إطار المخطط الوطني للحد من أثار موجات البرد، يتم التنظيم السنوي لعمليات رعاية من أجل تعزيز التغطية الصحية على مستوى 28 إقليما مستهدفا و التي تهدف إلى دعم أنشطة الصحة المتنقلة إلى جانب تعزيز المراكز الصحية و المراكز الاستشفائية المرجعية بالموارد البشرية و التجهيزات و الادوية و كذا سيارات الإسعاف للتكفل بالحالات المستعجلة.

<u>وخلال شتاء 2016-2017، تم إنجاز ما يلي:</u>

- 4 403 زيارة للوحدات الطبية المتنقلة :
- 173 قافلة طبية متخصصة؛
- تقديم 520 650 خدمة صحية :

- إحالة 1 049 حالة على المراكز الاستشفائية المرجعية منها 35 عبر النقل المروحي .

كما تم خلال شتاء 2017-2018 إنجاز ما يلي :

- 5437 زيارة للوحدات الطبية المتنقلة
- 192 قافلة طبية متخصصة
- تقديم 734959 خدمة صحية
- إحالة 1698 حالة على المراكز الاستشفائية المرجعية.

وبخصوص الفترة القادمة، ستواصل وزارة الصحة الجهود المبذولة عبر مجموعة من الإجراءات أهمها: تعزيز العرض الصحي بالوسط القروي في إطار برنامج تقليص الفوارق الاجتماعية والترابية من خلال استثمارات مهمة في بناء وتأهيل وتجهيز المؤسسات الصحية بالوسط القروي وتعزيز توفير السكن الوظيفي لمهني الصحة وكذا توفير وسائل التنقل اللازمة لتفعيل برامج الصحة المتنقلة وكذا وسائل نقل الحالات المستعجلة؛

- توفير الميزانيات السنوية الكافية لتوظيف الوحدات الصحية من وقود وصيانة وتحفيز الفرق الطبية؛

- مواصلة تعزيز البرامج السنوية للصحة المتنقلة من وحدات طبية متنقلة، بالإضافة إلى تفعيل برامج سنوية للقوافل الطبية المتخصصة مع تحسين تنظيمها وتعزيز التنسيق بين كافة المتدخلين والشركاء الفاعلين في المجال من هيئات المجتمع المدني، والجمعيات المهنية والمؤسسات الوطنية والقطاع الخاص، وذلك وفق مخطط تصاعدي يأخذ بعين الاعتبار جودة العلاجات المقدمة وكذا استمرارية الخدمات الصحية؛

- تفعيل عمليات سنوية تحت إسم "رعاية" للتكفل بالحاجيات من الخدمات الصحية لفائدة ساكنة المناطق المعرضة لموجات البرد مع وضع خطط للتكفل بالحالات المستعجلة وتحسين الاستقبال بالمراكز الصحية والاستشفائية المرجعية وكذا تكثيف الزيارات الميدانية للوحدات الطبية المتنقلة والقوافل الطبية المتخصصة وتعزيز التنسيق بين كافة المتدخلين في هذا المجال؛

- تفعيل الاستراتيجية الوطنية للصحة الجماعاتية التي هي الآن في طور الإعداد والتي تهدف إلى إشراك الساكنة وجميع الشركاء من أجل تفعيل إجراءات وتدخلات على المستوى المحلي من أجل النهوض بالصحة لدى ساكنة الوسط القروي.

المستشفى المتنقل

تم اقتناء المستشفى المتنقل بناء على طلب عروض مفتوح حيث كانت المنافسة واحترام لكل المساطر القانونية. وقد تم طلب العروض بجزئيين (**en 2 lots**)

- مستشفى بدون جهاز سكانير ؛
- مستشفى كبير و بجهاز سكانير

وقد اكتفت الوزارة بمستشفى متنقل بدون جهاز السكانير أي الجزء الأول (1er lot)

6- السياسة الدوائية

في إطار تفعيل السياسة الدوائية الوطنية، تواصل وزارة الصحة تخفيض أثمنة الأدوية بغرض تسهيل ولوج المواطنات والمواطنين إلى الدواء، والتخفيف من عبئ نفقات التغطية الصحية.
وقد هم هذا التخفيض بالخصوص، الأدوية المستخدمة في علاج الأمراض المزمنة، كأمراض الضغط الدموي والسكري وبعض الأمراض الالتهابية والأمراض المعدية وأمراض الجهاز الهضمي والأدوية الخاصة بتخفيض نسبة الكوليسترول في الدم والمضادات الحيوية إلى جانب بعض أنواع السرطانات.

وفي هذا الصدد، تم تخفيض أثمنة 135 دواء سنة 2017، حيث بلغت نسبة تخفيض أدوية مرض السرطان 19% وأدوية تخفيض نسبة الكوليسترول 45% وأدوية أمراض الجهاز الهضمي .19%.

وتجدر الإشارة إلى أن وزارة الصحة قد عملت، منذ إصدار المرسوم 2.13.852 المتعلق بشروط وكيفية تحديد أثمنة الأدوية، على تخفيض أثمنة أكثر من 3600 دواء.
وتهدف السياسة الدوائية الوطنية التي سطرتها وزارة الصحة إلى تشجيع الصناعة الدوائية المحلية، بهدف ضمان ولوج عادل للأدوية والعلاجات لفائدة كل المواطنات والمواطنين ونذكر على سبيل المثال لا الحصر تشجيع إنتاج الأدوية الجنيسة لعلاج مرض التهاب الكبد الفيروسي « B » و « C» وإنتاج أدوية جنيسة ضد السرطان وخلق مناخ اقتصادي مناسب للاستثمار في ميدان الصناعة الدوائية.

ومن أجل تحسين الحكامة الجيدة: تم تطوير نظام معلوماتي متكامل آمن وشفاف يضمن حسن تتبع كل عملية التسجيل، وتحسين وقت معالجة طلبات تسجيل الملفات وكذا إدارة سجلات الأرشيف.
ولتعزيز الجودة: تم اعتماد مديرية الأدوية والصيدلة ككل بما فيه المختبر الوطني لمراقبة الأدوية بشهادة إيزو9001 نسخة 2015 من قبل منظمة دولية.
ولتعزيز وتوطيد التنظيم الصيدلي تم إعداد وصياغة نصوص تشريعية وتنظيمية من أهمها:

- قرار لوزير الصحة رقم 4217.15 يتعلق بكيفيات تحديد سعر البيع للعموم وسعر فوترة المستلزمات الطبية المرتبة في القسم الثالث (01 فبراير 2016)،
- قرار لوزير الصحة رقم 2853.15 بشأن تحديد نموذج التصريح بمؤسسات تصنيع أو استيراد أو تصدير أو توزيع أو صيانة المستلزمات الطبية ووثائق الملف المرافق له (4 أغسطس 2015)،

- قرار لوزير الصحة 2854.15 بشأن كيفيات إخبار الإدارة بتفويض عملية أو عدة عمليات تصنيع أو تصدير أو توزيع أو صيانة المستلزمات الطبية، عن طريق المناولة (4 أغسطس 2015)،
- قرار لوزير الصحة رقم 2076.14 بتحديد أسعار البيع للعموم لبعض الأدوية الأصلية وبالمصادقة على أسعار البيع للعموم لبعض الأدوية الجنيسة (5 يونيو 2014)،

7-حكامة المنظومة الصحية

تطور الميزانية المرصودة للقطاع الصحي خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي 2012 و2016

أبواب الميزانية	2012	2013	2014	2015	2016	التطور الكلي للميزانية بين 2016/2012
باب الموظفين	*6 652 384 000*	*6 422 147 000*	*7 368 194 000*	*7 441 876 000*	*7 523 969 000*	*13%*
باب المعدات والنفقات المختلفة	*3 428 000 000*	*3 950 000 000*	*4 050 000 000*	*4 154 500 000*	*4 256 965 000*	*24%*
باب الاستثمار: اعتمادات الأداء (النفقات الجديدة والاعتمادات المرحلة	*1 800 000 000*	*2 000 000 000*	*1 560 500 000*	*1 500 000 000*	*2 500 000 000*	*39%*
مجموع الميزانية	*11 880 384 000*	*12 372 147 000*	*13 129 000 000*	*13 096 376 000*	*14 280 934 000*	*20%*

عرفت ميزانية وزارة الصحة تطورا إجماليا بلغ 20 في المئة ما بين سنتي 2012 و2016 حيث انتقلت من 11 مليار و880 مليون درهم سنة 2012 لتبلغ 14 مليار و280 مليون درهم سنة 2016 أي ما يعادل تطورا سنويا يقدر ب5 في المئة.

فيما يخص التطور حسب الأبواب، شهد الغلاف المالي المخصص للاستثمار تطورا بلغ 39 في المئة ما بين سنتي 2012 و2016 حيث انتقل من مليار و800 مليون درهم سنة 2012 إلى ملياريين و500 مليون درهم سنة 2016.

وتجدر الإشارة الى أنه رغم الارتفاع النسبي للميزانية المرصودة لوزارة الصحة، الا أنها تبقى غير كافية لتحقيق الأهداف المسطرة وتلبية حاجيات القطاع من البنيات التحتية والموارد البشرية. وتمثل هذه الميزانية حوالي 5 في المئة فقط من الميزانية العامة للدولة في حين أن المنظمات الدولية وبالخصوص المنظمة العالمية للصحة توصي بنسبة لا تقل على 12 في المئة.

وتجدر الإشارة ايضا الى أن ميزانية الاستثمار تبقى جد محدودة أيضا بالمقارنة مع حجم المشاريع التي توجد في طور الإنجاز والتي التزمت بها وزارة الصحة، بما فيها تلك المبرمجة في إطار الاتفاقيات الموقعة أمام صاحب الجلالة، التي تجد الوزارة صعوبة كبيرة في تنفيذها بسبب قلة الموارد المالية المتاحة.

التفتيش بوزارة الصحة

تقوم وزارة الصحة (المفتشية العامة) بتنسيق مع مديرية الموارد البشرية بحملات تفتيشية بمختلف المديريات الجهوية والمندوبيات التابعة لوزارة الصحة والتي تهم حضور وغياب الموظفين، تفتيش المساطر المتعلقة بتدبير الموارد البشرية والتي تمكن من اتخاذ كل التدابير والإجراءات اللازمة في حق المتخلفين في حالة ضبط حالات غياب موظفين عن مقرات عملهم أو في حالة تواجد خرق لمقتضيات التنظيمية أو التشريعية الجاري بها العمل خصوصا العمل بالقطاع الخاص.

كما تولي الوزارة عناية خاصة لمراقبة أنشطة المصحات الخاصة حيث قامت الوزارة ما بين 2012 وأكتوبر 2017 ب :

- 450 مهمة تفتيش للمصحات الخاصة من طرف فرق تفتيش مشتركة مع الهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء.

الإجراءات المتخذة على ضوء مهمات التفتيش:

- إجراءات زجرية في حق 80 مصحة خاصة (الإغلاق الكلي ل 09 مصحات، التوقيف الجزئي ل23 مصحة وإنذار 48 مصحة)؛

إجراءات تأديبية في حق 62 طبيب تابع للقطاع العام لاشتغالهم بصفة غير قانونية بالقطاع الخاص.

صيانة التجهيزات على الصعيد الجهوي

تضم الهيكلة الجديدة للمديريات الجهوية عدة مصالح من بينها مصلحة المعدات والصيانة وعليه فإن الصيانة التقنية للتجهيزات الطبية والبيو طبية أصبحت من اختصاص المديريات الجهوية منذ سنة 2016 ولم تعد من اختصاص الإدارة المركزية وأصبحت من مسؤوليات المدراء الجهويين والمناديب كما يتم تكليف مدراء بعض المراكز الاستشفائية بتدبير صفقات الصيانة باعتبارها نفقة تتطلب تدبير القرب صمانا لاستمرارية الخدمة وللحد من عدد المتدخلين والوسطاء.

8- الخريطة الصحية

تهدف الخريطة الصحية والمخطط الجهوي لعرض العلاجات إلى توقع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة وتحفيز إجرائها، قصد الاستجابة على النحو الأمثل، لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، وتحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة والتحكم في تطور العرض الصحي.

تحدد الخريطة الصحية، على المستوى الوطني والجهوي، مكونات العرض ولا سيما:

- أنواع البنيات التحتية والمؤسسات الصحية والتجهيزات البيو طبية والموارد البشرية؛
- معايير وكيفية إحداثها مجاليا.

ويتم إعداد الخريطة الصحية استنادا إلى التحليل الشامل لعرض العلاجات الموجود وبناء على المعطيات الجغرافية والديموغرافية والوبائية، مع أخذ بعين الاعتبار التطور التكنولوجي الطبي.

كما تحدد الخريطة الصحية على المستوى الوطني وبين الجهات وعلى مستوى كل جهة:

- مجموع البنيات التحتية الصحية الموجودة؛
- أهمية وطبيعة البنيات التحتية الصحية والمؤسسات الصحية العمومية والخصوصية الثابتة والمتنقلة المتوقعة وكذا المجال الترابي الذي ستقدم فيه خدماتها؛
- مواصفات ومعايير وكيفيات إحداث البنيات التحتية والمنشآت الصحية.

ولتفعيل الخريطة الصحية، تم إصدار القانون الإطار رقم 09-34 الصادر بتاريخ 2 يوليوز2011 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات الصحية بالمغرب، وكذا المرسوم التطبيقي رقم 562-14-2 المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والتصاميم الجهوية لعرض العلاجات، والذي دخل حيز التطبيق رسميا بعد صدوره بالجريدة الرسمية بتاريخ 24 يوليوز 2015.

وفي هذا الصدد قامت الوزارة ب :

- إعداد المشاريع المخططات الجهوية لعرض العلاجات لجميع الجهات؛
- تطوير المنظومة المعلوماتية المتعلقة بعرض العلاجات **BOSS** وفق مقتضيات المرسوم رقم 562-14-2 المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات وبالخصوص التقطيع الصحي الجديد.
- الشروع في تطوير النظام الإعلامي للخريطة الصحية (**Système d'Information Décisionnel**).

خامسا : خلاصات وتوصيات

1-خلاصات:

من خلال التشخيص الذي قامت به المجموعة الموضوعاتية لقطاع الصحة نسجل ما يلي:

1. ضعف في نسبة الولوج إلى الطبيب العام: 0,6 استشارة طبية لكل مواطن سنويا؛
2. ضعف التأطير الطبي بالعالم القروي والمناطق الجبلية؛
3. نقص حاد في الموارد البشرية حيث نجد 1,51 لكل 1000 مواطن، وهناك نقص في المناصب المالية المرصودة للقطاع الصحي، مما يجعل العجز مستمر؛
4. يتوفر المغرب على سرير واحد لكل 1000 نسمة؛
5. حاليا الإنفاق المباشر للأسر على الصحة يقدر ب 50,7 %؛
6. هناك عجز على مستوى البنيات والموارد والإمكانيات، ولاسيما وضعية المستعجلات وخاصة في بعض المستشفيات؛
7. الطاقة الاستيعابية للمستشفيات العمومية ضعيفة وغير قادرة على مواكبة الطلب المتزايد في الحصول على العلاج؛
8. غياب العدالة المجالية والجهوية في قطاع الصحة سواء على مستوى البنية التحتية أو التجهيزات أو الموارد البشرية؛
9. العرض الصحي الكلي في شقه العمومي والخصوصي ضعيف على مستوى التكامل بين القطاعين العام والخاص حيث لم يستطيع هذا العرض إقامة توازن بين مختلف الجهات والأقاليم فيما يخص الخدمات الصحية الأساسية؛
10. نقص الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع الصحي، إذ لا يزال مجموع النفقات في مجال الصحة دون الحاجيات، مما يشكل عائق أمام تطور القطاع؛
11. غياب سياسة فعلية في مجال الأدوية؛
12. تطور قطاع الصحة لم يراعي النمو الديمغرافي الذي عرفه المغرب؛
13. غياب رؤية مبنية على مقاييس علمية من شأنها الرفع من مستوى مردودية الموارد البشرية، من خلال توزيعها بشكل جيد بين الجهات والأقاليم والمستشفيات، وعبر إعادة النظر في قياس العمل المنضبط؛

14. العرض الطبي يوجد دون مستوى الحاجيات بالنسبة لبعض الامراض مثل السكري والسرطان والقصور الكلوي، والأمراض النفسية وأمراض القلب والشرايين وهو الأمر الذي بدأ يظهر بحدة لدى الأشخاص المسنين.

2-توصيات

توصي المجموعة الموضوعاتية ب:

1. التسريع بإصدار المراسيم التطبيقية وخصوصا المرسوم المتعلق بمنع التدخين؛
2. تجويد الخدمات الصحية لتلبية انتظارات متزايدة ومتسارعة وملحة للمواطنين؛
3. الرفع من أجر الأطباء والممرضين وأطر وموظفين القطاع الصحي والزيادة في تعويضاتهم على المداومة وتعويضهم عن الخطر، وتحفيزهم على العمل في المناطق النائية والجبلية والقروية، والتسريع في تسوية وضعية الممرضين؛
4. دعم المخطط الوطني للمستعجلات؛
5. وضع خطة وطنية لتدارك الخصاص في الموارد البشرية والمستلزمات الطبية؛
6. ضرورة معالجة تداخل الاختصاصات بين هياكل وزارة الصحة ومصالحها الداخلية والخارجية، وطرق تنظيمها وتحديد المسؤوليات والصلاحيات والترسيم القانوني للمهام؛
7. تمتيع المديريات الجهوية بصلاحيات واسعة، وتمكينها من الموارد البشرية والمالية لأداء مهامها؛
8. إدماج مواد حقوق الإنسان والمواطنة في المناهج الدراسية لكليات الطب من أجل تكوين الطبيب المواطن؛
9. تجويد خدمات القطاع الصحي وخصوصا في تدبير المستشفيات واستقبال المواطنين وتيسير ولوجهم للخدمات الصحية؛
10. تخفيض تكلفة ولوج المواطنين للخدمات الصحية، وتعميم التغطية الصحية؛
11. محاربة ظاهرة استغلال المواطنين من طرف بعض أطباء القطاع الخاص وبعض المصحات الخاصة التي تفرض عليهم أداء مبالغ مالية غير قانونية ومبالغ فيها (وهو مايصطلح عليه بالنوار)، وتشديد المراقبة عليهم ومحاسبة المخالفين وكل من يقوم بابتزاز المواطنين؛
12. تقوية دور المفتشيات العامة وإعطائها الإمكانيات للقيام بدورها المتعلق بالمراقبة؛
13. تكوين الأطباء بالعدد الكافي والزيادة في المستشفيات الجامعية،

14. وضع آليات لقياس رضا الناس بخصوص الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي؛
15. تبني نظام صحي عادل ومنصف في ولوج والدواء والرعاية الصحية، والعمل على تفعيل مضامين الدستور على أرض الواقع حتى نتمكن من معالجة الإشكاليات الكثيرة التي تعني منها المنظومة الصحية ببلادنا؛
16. ضرورة تعميم النظام المعلوماتي داخل المستشفيات من أجل أخذ المواعيد، والأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للمريض، ومراقبة عمل الكوادر الطبية وتحسين تعاملها مع المرضى.

سادسا:ملحق تفصيلي حول قطاع الصحة

أولا: حكامة قطاع الصحة

إن الحكامة أساس نجاح أو فشل أي استراتيجية على اعتبار أن منهجية التدبير وقواعد التدبير وبرامج التدبير هي المحددات التي يتم الاعتماد عليها في الغالب من أجل قياس مدى كفاءة وفعالية أي سياسة من السياسات وخصوصا السياسات في المجالات الاجتماعية التي تستهدف المواطن بشكل مباشر.

هذا الدور الموكول للحكامة هو الذي جعلنا نتطرق لها في بداية التقرير كمحور أول، وذلك على الشكل التالي:

الإجراءات والتدابير:

تناولت الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 مسألة تعزيز الحكامة الصحية في مجموعة من الإجراءات والتي تم حصرها في الإجراءات والتدابير التالية:

- الإجراء 6: تنفيذ وتنظيم الشبكة المتكاملة للرعاية الطبية في حالة الطوارئ (رسوم):
  - إنشاء لجنة للتنسيق على أساس اتفاقية شراكة تحدد مجال تدخل كل الفرقاء.
  - تعزيز التعاون فيما بين القطاعات والشراكة بين القطاع العام والخاص.[52]
- الإجراء 10: تحسين ظروف الاستقبال والتكفل الاستشفائي:[53]
  - تعميم العمل بنظام أخذ المواعيد بالمستشفيات بواسطة الهاتف أو عبر الانترنيت.
  - تحسين الولوج إلى المعلومات مع وضع ونشر ميثاق المريض.
  - وضع نظام لتدبير وتتبع شكايات المواطنين داخل المستشفيات قصد اتخاذ الإجراءات المناسبة ضد المتورطين.
  - إنشاء لجنة محلية للشفافية داخل المستشفيات.
  - تعزيز مهام التفتيش للبنيات الصحية العمومية.
- الإجراء 11: تحسين جودة التكفل وسلامة المرضى:[54]
  - وضع استراتيجية شاملة لسلامة المرضى داخل المستشفيات.

[52] الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، ص: 28.

[53] نفس المرجع السابق ص: 29.

54 نفس المرجع السابق، ص 30.

- العمل بالتوصيات المتعلقة بالممارسة الطبية الجيدة خصوصا فيما يتعلق بالأمراض المهنية والمصالح الحيوية بالمستشفيات.
- وضع النصوص التنظيمية الخاصة بمساطر التقييم والاعتماد.
- وضع مسطرة لتقييم واعتماد المؤسسات الصحية بصفة متتالية: المستشفيات العمومية، مستشفيات الأمراض العقلية ومراكز التكفل بداء السرطان.

- الإجراء 13: تحسين الحكامة داخل المستشفيات:[55]

- الشروع في إصلاح المراكز الاستشفائية الجامعية.
- تعزيز الاستقلال الذاتي للمستشفيات مع إنشاء تجمعات استشفائية جهوية.
- وضع آليات التسيير المعتمدة على الفعالية والمردودية وذلك عبر اعتماد الحث على الفعالية في الأداء والتعاقد.
- مراجعة طرق توزيع الموارد المالية بين المستشفيات.

- الإجراء 26: تحسن التنسيق ما بين القطاعات:[56]

- تعزيز الاتصال حول مخطط العمل.
- تعبئة التشارك الجماعاتي حول الأهداف المسطرة.

- الإجراء 151: إنشاء وتفعيل اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة:[57]

- تنظيم ورش عمل لعرض نتائج الدراسة النوعية.
- تحديد أعضاء اللجنة الوطنية.
- تفعيل صلاحيات اللجنة.

- الإجراء 152: إعداد استراتيجية وطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية وتنفيذها على أساس اعتماد مبدأ "الصحة في تطوير جميع السياسات":

- تنظيم ورشة عمل للتحقق من صحة محتويات الاستراتيجية الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة.
- وضع وتنفيذ خطة عمل على المدى القصير (سنة واحدة) والمدى المتوسط (أربع سنوات).
- إعداد وتنفيذ برنامج الإعلام والتحسيس والدعوة إلى دعم تنفيذ خطة العمل.

---

55 نفس المرجع السابق، ص 30.

56 نفس المرجع السابق، ص 34.

57 الإجراءات من 151 إلى 168 موجودة بالاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 ، ص: من 81 إلى ص 87.

- الرصد المنتظم للتقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل.

- الإجراء 153: خلق شراكة مع الجامعات المغربية لتعزيز البحوث العلمية حول المحددات الاجتماعية للصحة:

- وضع اتفاقية شراكة لتحديد التزامات الأطراف المشاركة في الدراسات التي يتعين القيام بها.
- رصد التقدم المحرز في الأنشطة التي تشملها الاتفاقية.
- تفعيل نتائج وتوصيات الدراسة التي يتعين القيام بها.

- الإجراء 154: تطوير القوانين والأنظمة المتعلقة بالعرض الصحي:

- قانون يتعلق بمراجعة المهام وتشكيلة مجالس إدارة المستشفيات الجامعية.
- قانون المجلس الاستشاري الوطني للصحة.
- قانون نظام المعلومات الصحية الوطنية.
- قانون الخريطة الصحية والمخططات الجهوية للعرض الصحي.
- القانون المتعلق باللجنة الوطنية واللجان الجهوية للعرض الصحي.
- قانون اللجنة الاستشارية الوطنية للتنسيق بين القطاع العام والخاص.
- قانون الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- قانون نظام الاعتماد للمؤسسات الصحية العامة والخاصة.
- القانون المتعلق بالتدابير الرامية لتشجيع الاستثمار في مجال الصحة.
- قانون متعلق بنظام الترخيص للتجهيزات العالية التقنية والمعدات الطبية الحيوية الثقيلة.
- قانون الوكالة الوطنية للصحة العامة.
- قانون الوكالة الوطنية لسلامة الصحية للأدوية والمنتجات الصحية.
- قانون الوكالة الوطنية لسلامة الدم.
- قانون متعلق بالنقل الطبي.
- المرسوم المتعلق بالنظام الأساسي للأطباء المتعاقدين مع وزارة الصحة.
- المرسوم التطبيقي للقانون المتعلق بالوكالة الوطنية لسلامة الأدوية والمنتجات الصحية.
- المرسوم التطبيقي للقانون المتعلق بالمراكز الاستشفائية الجامعية.
- المرسوم المتعلق باختصاصات وتنظيم وزارة الصحة.

- المرسوم المتعلق بالتنسيق الوطني لنظام "راميد".
- المرسوم التطبيقي للقانون المتعلق بترخيص والمصادقة على المعدات الطبية الحيوية والثقيلة.
- القرار المتعلق بوظائف وتنظيم وزارة الصحة.

- الإجراء 155: مراجعات التشريعات والتنظيمات المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية قصد توسيعها لتشمل:
  - القطاع الخاص.
  - المهن الحرة.
  - الحرفيين.
  - الطلبة.

- الإجراء 156: صياغة النصوص التشريعية المتعلقة بحماية صحة الأشخاص:
  - قانون متعلق بحماية الأشخاص المشاركين في البحوث الطبية الحيوية.
  - قانون متعلق بالمساعدة على الإنجاب.
  - قانون متعلق بالتحاليل الجينية وتعريف بواسطة الحمض النووي.
  - قانون متعلق بالإعلام المريض.
  - قانون متعلق بحماية المرضى المصابين بالأمراض العقلية والنفسية (تحيين ظهير 1959).
  - قانون متعلق بلجنة الأخلاقيات الوطنية.

- الإجراء 157: إعداد القوانين المتعلقة بتأطير ممارسة المهن الصحية.
  - قانون متعلق بالهيئة الوطنية للأطباء (مراجعة).
  - قانون متعلق بممارسة المهن الطبية المساعدة (مراجعة).
  - قانون متعلق بممارسة الطب (مراجعة).
  - قانون متعلق بممارسة مهنة طب الأسنان (مراجعة).
  - قانون متعلق بمدونة أخلاقيات الطب (مراجعة).
  - قانون متعلق بالهيئة الوطنية للصيادلة (مراجعة).
  - قانون متعلق بممارسة المهن الصحية الأخرى (علم النفس، العلاج بتقويم العمود الفقري...).

- الإجراء 158: صياغة القوانين والأنظمة المتعلقة بالسلامة الصحية:

- قانون متعلق بالصحة العامة، اليقظة والسلامة الصحية.
- قانون متعلق باللجنة الوطنية لليقظة والسلامة الصحية.
- المرسوم المتعلق باللجنة الوطنية لليقظة الدوائية.
- قرار متعلق بنظام réactovigilance.
- قرار المتعلق بقواعد سلامة الدم.
- قرار متعلق بمعايير جودة المياه من أجل الغذاء.

- الإجراء 159: تطوير القوانين والنصوص المتعلقة بالأدوية والمنتجات الصحية:

- القانون المتعلق بالأجهزة الطبية.
- قانون متعلق بالمواد السامة (استعراض).
- قانون متعلق بمسببات الأمراض.
- قانون متعلق بتسويق بدائل حليب الأم.
- المرسوم المتعلق بالتكافؤ الحيوي للأدوية الجنسية.
- المرسوم المتعلق بقانون رقم 11.08 المتعلق باستخدام كواشف التشخيص في المختبر.
- المرسوم المتعلق بتفتيش الصيدليات.
- المرسوم المتعلق بطرح الأدوية بالأسواق.
- القرار المتعلق بالممارسات الجيدة للصيدليات.
- القرار المتعلق بالممارسات الجيدة لتوزيع الأدوية.
- القرار المتعلق بالممارسات الجيدة لتصنيع الأدوية.
- القرار المحدد لقائمة التحاليل السريرية التي يمكن ممارستها بالصيدليات.
- القرار المحدد لقائمة الكواشف المستخدمة بالتشخيص المخبري.
- القرار المحدد للمعايير التقنية التي يجب الوفاء بها من قبل شراكات الأدوية المصنعة للغازات الطبية.
- القرار المحدد لقواعد الممارسات التصنيعية الجيدة، والتغليف، والتخزين والحفظ والنقل والتوزيع للكواشف المستخدمة في التشخيص المخبري وكذلك التقييم التقني.

- الإجراء 160: إعداد النصوص التنظيمية المتعلقة بالموارد البشرية:

- المرسوم المتعلق بتعديل نظام ما بين القطاعي للأطباء.
- المرسوم المتعلق بتعديل القانون الأساسي للأطباء الداخليين والمقيمين بالمراكز الجامعية الاستشفائية.

- تعديل المرسوم المتعلق بالأجرة التكميلية للأساتذة الباحثين.
- المرسوم المتعلق بالتعويضات عن المسؤولية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية الأساسية.
- المرسوم المعدل للمرسوم المتعلق بالتعويضات عن الحراسة والمسؤولية.
- المرسوم المتعلق بتنظيم وضعية خريجي مدارس تكوين الأطر الشبه الطبية.
- المرسوم المتعلق بتنظيم وضعية الممرضين الحاصلين على دبلوم الإجازة للتعليم العالي.
- المرسوم المتعلق بإصلاح نظام المعهد الوطني للإدارة الصحية.
- المرسوم المتعلق بإصلاح نظام معاهد التكوين المهن الصحية.
- القرار المتعلق بالتعويضات الأطباء الداخليين والمقيمين بالمراكز الجامعية الاستشفائية.
- القرار المتعلق بإحداث معاهد للتكوين بالمهن الصحية (كلميم والداخلة).
- تعديل القرار المتعلق بإنشاء معاهد التدريب التقني للنقل والإسعاف (الرباط، فاس، مراكش، ووجدة).

- الإجراء 161: تعزيز قدرات المديريات الجهوية للصحة
- الإجراء 162: وضع ميزانيات – برامج جهوية، وآليات التحفيز من أجل تحسين مردودية المديريات الجهوية.
- الإجراء 163: توسيع سلطات المدراء الجهويين من خلال تفويض بعض الإجراءات الإدارية الجديدة على المستوى الجهوي.
- الإجراء 164: إدخال ميكنيزمات جديدة للدعم والتنسيق بين الجهات والإدارة المركزية.
- الإجراء 165: توطيد التجارب في مجال الاستعانة بمصادر خارجية للخدمات العامة والنقل والإمداد.
- الإجراء 166: إجراء تقييم لأنشطة المناولة في المراكز المستشفيات لأجل التحكم في التكاليف وتنظيم تطورها.
- الإجراء 167: تقوية الشراكة مع القطاع العام والخاص في مجال الخدمات الصحية:

- تحديد إطار للتعاون بين وزارة الصحة والجمعيات الطبية.
- إعداد نص تنظيمي لتأطير الممارسة الطبية في المؤسسات الصحية العمومية لتعويض النقص الكبير في الموارد البشرية الصحية بالمغرب.

- الإجراء 168: تطوير أشكال جديدة للشراكة بين القطاع العام والخاص لاسيما في مجال الاستثمارات الصحية.
  - تطوير مبادرات تمويل من القطاع الخاص لصالح المستشفيات العمومية.
  - استثمار المفاوضات بشأن قانون 94.10 في أفق تعزيز الشراكة بين القطاع العام والخاص.

حصيلة تنفيذ الإجراءات والتدابير المتعلقة بتعزيز حكامة قطاع الصحة:

من خلال دراسة العروض التي تقدم بها وزير الصحة بمناسبة تقديم الميزانيات الفرعية لسنوات 2014 و2015 و2016 و2017 أمام لجنة التعليم والشؤون الاجتماعية بمجلس المستشارين، وكذلك العرض الذي قدمه أمام المجموعة الموضوعاتية المؤقتة، وبعد القيام بجرد للحصيلة التشريعية من سنة 2011 إلى الوقت الحالي، فقد تم تسجيل الحصيلة التالية فيما يخص تعزيز حكامة القطاع:

- **على المستوى التشريعي والتنظيمي:**

فقد تم إصدار مجموعة من القوانين والمراسيم والقرارات وهي:

القوانين:[58]

- القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب وتشجيع الاستثمار في القطاع الصحي.
- القانون رقم 12.08 المتعلق بالهيأة الوطنية للطبيبات والأطباء.
- القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية.
- القانون رقم 109.13 المتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وأخذها وزرعها.
- القانون رقم 83.12 المتمم بموجبه القانون رقم 80.37 المتعلق بالمراكز الاستشفائية.
- القانون رقم 12.09 بتغيير الفصل 34 من الظهير الصادر في 22 ديسمبر 1922 المتعلق بتنظيم استيراد المواد السامة والمتاجرة بها وحيازتها.
- القانون رقم 12.86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاع العام والخاص.
- القانون رقم 115.13 يقضي بحل المجلسين الجهويين لصيادلة الشمال والجنوب وإحداث لجنة خاصة.
- القانون رقم 120.13 يقضي بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.
- القانون رقم 116.12 يتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة.

58الحصيلة التشريعية لوزارة الصحة، الموقع الرسمي للبرلمان، الموقع الرسمي للوزارة المكلفة بالعلاقة مع البرلمان والمجتمع المدني.

- القانون رقم 45.13 يتعلق بمزاولة مهنة الترويض والتأهيل وإعادة التأهيل الوظيفي.
- القانون رقم 25.14 يتعلق بمزاولة مهنة محضري ومناولي المنتجات الصحية.
- القانون رقم 70.13 يتعلق بالمراكز الاستشفائية الجامعية.
- القانون رقم 44.13 يتعلق بمزاولة مهنة القابلة.
- القانون رقم 43.13 يتعلق بمزاولة مهنة التمريض.

المراسيم:[59]

- مرسوم رقم 2.12.95 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير المرسوم رقم 2.99.649 الصادر بتاريخ 6 أكتوبر 1999 بشأن حماية وتعويض بعض الفئات من موظفي وزارة الصحة ضد الأخطار المهنية.
- مرسوم رقم 2.12.96 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير المرسوم رقم 2.99.651 الصادر بتاريخ 6 أكتوبر 1999 بشأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان المشتركة بين الوزارات.
- مرسوم رقم 2.12.97 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير المرسوم رقم 2.06.623 الصادر بتاريخ 13 أبريل 2007 بشأن التعويض عن الحراسة والتعويض عن الخدمة الإلزامية المنجزة من طرف بعض موظفي وزارة الصحة ومستخدمي المراكز الاستشفائية.
- مرسوم رقم 2.12.98 صادر في 15 مارس 2012 بإحداث تعويض عن المسؤولية لفائدة موظفي وزارة الصحة.
- مرسوم رقم 2.12.99 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.06.620 الصادر في 13 أبريل 2007 في شأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الممرضين بوزارة الصحة.
- مرسوم رقم 2.12.100 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.91.527 الصادر في 13 ماي 1993 المتعلق بوضعية الطلبة الخارجين والداخليين والمقيمين بالمراكز الاستشفائية.
- مرسوم رقم 2.12.101 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.90.471 الصادر في 25 ديسمبر 1990 يمنح أجرة تكميلية للمدرسين الباحثين في كليات الطب والصيدلة وكلية طب الأسنان.

59الموقع الرسمي لوزارة الصحة

- مرسوم رقم 2.12.149 صادر في 25 أبريل 2012 بتطبيق القانون رقم 11.08 المتعلق بالكواشف المستعملة لأغراض التشخيص في المختبر.
- مرسوم رقم 2.12.198 صادر في 12 يونيو 2012 يتعلق بالتكافؤ الحيوي للأدوية الجنسية.
- مرسوم رقم 2.12.387 صادر في 14 شتنبر 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.98.975 الصادر في 23 يناير 2001 في شأن وقاية العمال المعرضين لغبار الحري الصخري.
- مرسوم رقم 2.12.386 صادر في 14 شتنبر 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.08.528 الصادر في 21 ماي 2009 المتعلق بحماية العمال ضد المخاطر الناجمة عن البنزين والمواد التي تفوق فيها نسبة البنزين 1 بالمائة من الحجم.
- مرسوم رقم 2.12.506 صادر في 3 أكتوبر 2012 بتغيير المرسوم رقم 2.99.651 الصادر في 6 أكتوبر 1999 بشأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان المشتركة بين الوزارات.
- مرسوم رقم 2.12.380 صادر في 3 أكتوبر 2012 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.06.620 الصادر في 13 أبريل 2007 في شأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الممرضين بوزارة الصحة.
- مرسوم رقم 2.12904 صادر في 27 من جمادى الأولى 1434 (8 أبريل 2013) يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية.
- مرسوم رقم 2.12.380 صادر في 16 من ذي القعدة 1433 (3 أكتوبر 2012) بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.06.620 الصادر في 24 من ربيع الأول 1428 (13 أبريل 2007) في شأن النظام الأساسي الخاص بهيئة الممرضين بوزارة الصحة.
- مرسوم رقم 407.13.2 صادر في 10 يوليوز 2013 بتغيير وتتميم المرسوم رقم 74.86.2 الصادر في 5 يوليوز 1988 بتطبيق القانون رقم 80.37 المتعلق بالمراكز الاستشفائية.
- مرسوم رقم 358.12.2 صادر في 3 من صفر 1434 (17 ديسمبر 2012) بتحديد تأليف وكيفيات سير اللجنة الوطنية لدستور الأدوية.
- مرسوم رقم 562.14.2 المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات لتطبيق مقتضيات القانون رقم 09.34 حول المنظومة الصحية وعرض العلاجات.

القرارات:[60]

- قرار لوزير الصحة رقم 822.12 صادر في 20 فبراير 2012 بتغيير وتتميم قرار وزير الصحة رقم 719.08 الصادر في 8 أبريل 2008 بتحديد لائحة المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.
- قرار لوزير الصحة رقم 1034.12 صادر في 15 مارس 2012 بتغيير قرار وزيرة الصحة رقم 2290.08 الصادر في 3 نونبر 2008 بتغيير مبالغ بعض التعويضات الممنوحة للطلبة الداخليين والمقيمين بالمراكز الاستشفائية.
- قرار لوزير الصحة رقم 826.12 صادر في فاتح مارس 2012 بالمصادقة على مماثلة الأعمال غير المصنفة في المصنف العام للأعمال المهنية.
- قرار لوزير الصحة رقم 827.12 صادر في فاتح مارس 2012 بالمصادقة على مماثلة الأعمال غير المصنفة في مصنف أعمال التحاليل البيولوجية الطبية.
- قرار لوزير الصحة رقم 853.12 صادر في 28 فبراير 2012 بتحديد الأتعاب الواجب أدائها عن الفحوص الطبية الإجبارية المفروضة بموجب القانون رقم 52.05 المتعلق بمدونة السير على الطرق.
- قرار لوزير الصحة رقم 1845.12 صادر في 8 ماي 2012 بتتميم قرار وزيرة الصحة العمومية رقم 1904.94 الصادر في 4 يوليوز 1994 بتحديد أماكن إقامة معاهد لتأهيل الأطر في الميدان الصحي وأطوارها وفروعها.
- قرار لوزير الصحة رقم 2333.12 صادر في 13 يونيو 2012 بتتميم قرار وزيرة الصحة رقم 1363.11 الصادر في 16 ماي 2011 بشأن اختصاصات وتنظيم المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة.
- قرار لوزير الصحة رقم 2705.12 صادر في 24 يوليوز 2012 بتحديد شروط وكيفيات وبرامج اختيارات مباراة الترقية في الدرجة بالنسبة للأطباء وجراحي الأسنان التابعين للمديرية العامة للأمن الوطني.
- قرار لوزير الصحة رقم 779.13 صادر في 18 من ربيع الأخر 1434 (فاتح مارس 2013) بتتميم قرار وزيرة الصحة رقم 719.08 الصادر في فاتح ربيع الأخر 1429 (8 أبريل 2008) بتحديد لائحة المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

60- الموقع الرسمي لوزارة الصحة.

- قرار لوزير الصحة رقم 1131.13 صادر في 21 من جمادى الأولى 1434 (2 أبريل 2013) بتحديد قائمة تحاليل التوجيه السريري التي يمكن إنجازها من لدن صيادلة الصيدليات.
- قرار مشترك لوزير التجهيز والنقل ووزير الصحة رقم 13.1536 صادر في 13ماي 2013 بتغيير القرار المشترك رقم 11.2653 الصادر في 16 سبتمبر 2011 بتطبيق المادة رقم 21 من المرسوم رقم 311.10.2 الصادر بتطبيق مقتضيات القانون رقم 52.05 بمثابة مدونة السير في شأن رخص السياقة.
- قرار لوزير الصحة رقم 1299.13 صادر في 16 أبريل 2013 بإحداث بنيات مركزية تابعة لوزارة الصحة.
- قرار لوزير الصحة رقم 4556.14 بتاريخ 29 دجنبر 2014 المتعلق بتخفيض أسعار بيع بعض الأدوية الجنسية.
- القرار رقم 4557.14 بتاريخ 29 دجنبر 2014 بتحديد أسعار البيع للعموم لبعض الأدوية الأصلية وبالمصادقة على أسعار البيع للعموم لبعض الأدوية الجنسية والمثيلات الحيوية.
- القرار رقم 393.15 بتاريخ 9 فبراير 2015 بتخفيض أسعار بيع بعض الأدوية الجنسية.
- القرار رقم 2778.15 بتاريخ 27 يوليوز 2015 يتعلق بتخفيض أسعار بيع بعض الأدوية الأصلية.
- قرار رقم 2779.15 بتاريخ 27 يوليوز 2015 يتعلق بتحديد أسعار البيع للعموم لبعض الأدوية الأصلية.

- **على مستوى العمل على المحدّدات الاجتماعية:**

قامت الوزارة بإنجاز بعض الدراسات لمعرفة المحددات الاجتماعية للصحة والتي يكون لها الوقع الأكبر على القضايا المتعلقة بالحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة وتحديد المتدخلين الحاليين والمحتملين الذين لهم علاقة بهذه الإشكالية.

وقد تم تحديد هذه المحددات في الهشاشة الاقتصادية، العزلة المجالية والثقافية، الأمية، النوع، الولوج إلى المعلومة والتواصل، وأوصت الدراسة بتعزيز التعاون بين القطاعات وتنسيق تدخلات الأطراف حول المحددات الاجتماعية من خلال خلق لجنة وطنية معنية بالمحددات الاجتماعية للصحة بالمغرب.

وفي هذا الإطار تقوم الوزارة بإنجاز دراسة أخرى نوعية حول خلق اللجنة الوطنية، ولهذه الغاية عقدت مجموعة من اللقاءات التشاورية مع المتدخلين الاستراتيجيين المعنيين مباشرة بإشكالية وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة والذين يمثلون القطاعات الحكومية والمصالح المعنية الأخرى.[61]

- **على مستوى تعزيز مبدأ الجهوية:**[62]

قامت الوزارة بخلق وتعزيز دور ومهام المديريات الجهوية للصحة وتحديد المسؤوليات المنوطة بها، ومراجعة اختصاصات المصالح الخارجية وتنظيم المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة، وفي هذا الإطار تم إصدار القرار رقم 003.16 بتاريخ 4يناير 2016 المتعلق بإحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة.

كما تمت ملائمة الهيكل التنظيمي للمديريات الجهوية مع الاختصاصات الجديدة وتوسيع اختصاصات المسؤولين الجهويين والإقليمين وإرساء الجهوية في تدبير الموارد البشرية بتفويضهم 41 اختصاص.

وتفعيل القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات والمرسوم رقم 2.14.562 المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الذي يهدف إلى تنظيم عرض العلاجات وفق معايير علمية والقيام بتوزيع أمثل للموارد الصحية العمومية منها والخصوصية فيما بين الجهات والأقاليم وبين الوسطين القروي والحضري.

ولاعتماد التدبير المرتبط بالنتائج تفعيلا لمقتضيات القانون التنظيمي رقم 130.13 لقانون المالية قامت الوزارة بالإعداد للعمل بالتعاقد الداخلي على أساس مقاربة استراتيجية جديدة عبر وضع ميزانيات برامج جهوية، كآلية تحفيزية للرفع من مردودية المديريات الجهوية، وتم تنظيم مجموعة من الدورات التكوينية في مجال التخطيط الاستراتيجي والتتبع والتقييم وذلك لفائدة المسؤولين على الصعيد الجهوي، وقصد دعم مسلسل الجهوية واللامركزية خاصة في مجال التخطيط والبرمجة، فقد تم تنظيم ورشات تدريبية من أجل إعداد الخريطة الصحية الجهوية للعرض الصحي SROS ب 5 جهات : دكالة عبدة، سوس ماسة درعة، غرب شراردة بني حسين، مراكش تانسيفت الحوز والشاوية ورديغة.

[61] عرض السيد وزير الصحة أمام لجنة التعليم والشؤون الاجتماعية بمجلس المستشارين بمناسبة تقديمه مشروع المزانية الفرعية لوزارة الصحة سنة 2017.
[62] نفس المرجع السابق، والعرض الذي قدمه السيد وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية.

ولتسريع تنفيذ المشاريع المبرمجة سنة 2012 و2016 أو تلك التي توجد في طور الإنجاز تم عقد عدة اجتماعات مع كل الجهات لتجاوز الإكراهات التي حالت دون استكمال بعض المشاريع على الصعيد الجهوي والمحلي.

- **على مستوى التفتيش والمراقبة:**[63]

قد تم إدخال الافتحاص الخارجي بشكل أوتوماتيكي ضمن آليات التدبير المالي والمحاسباتي منذ يونيو 2013، وفي هذا الإطار تم افتحاص جميع المديريات الجهوية والمركزية.

كما تم القيام ب 24 مهمة تفتيش ومراقبة سنة 2012-2013 همت خمسة منها تفتيش وتقييم المصالح المركزية (مديريات وأقسام مركزية) و19 مهمات تفتيش وتقييم المصالح اللاممركزة (مستشفى ومندوبية) والنزاعات المثارة بين بعض الإدارات الصحية والجمعيات والشراكات، النزاعات المثارة بين الأطر المهنية الصحية والمواطنين، ظروف التكفل بالمرضى وتردي الخدمات الصحية بالمستشفيات.

وأن خمس مهمات للتفتيش والمراقبة همت المصحات الخاصة مقابل 107 مهمة تفتيش 2011 ويرجع هذا التراجع في المراقبة إلى أن الوزارة قد قامت بوضع استراتيجية جديدة في التعامل مع القطاع الخاص يكون هدفها التوافق عبر الهيئات النقابية الممثلة لها واعتماد مبدأ التحسيس من أجل تيسير تطبيق التدابير القانونية للحد من اشتغال مهني الصحة العمومية بالمصحات الخاصة. هذه الاستراتيجية توجت بقرار الحكومة الذي اتخذته في جلستها بتاريخ 08 نونبر 2012 والقاضي بتدعيم منع اشتغال مهني الصحة العمومية بالقطاع الخاص، ولإعطاء أصحاب المؤسسات الصحية الخاصة فرصة الاستعداد لتطبيق القرار الحكومي، فقد نص هذا القرار على مباشرة مهام التفتيش مع بداية سنة 2013.

كما قامت المفتشية العامة للوزارة بالبحث ومعالجة 237 شكاية تمحورت حول الإهمال، سوء الاستقبال والتغيبات، الرشوة في إسداء الخدمات وبيع الأدوية، العمل بالقطاع الخاص وتوجيه المرضى إليه، تردي الخدمات الصحية والأخطاء الطبية، كما عالجت المفتشية 33 شكاية وردت من مؤسسة الوسيط، منها 14 شكاية تمت تسوية ملفاتها.

[63] العروض المقدمة من طرف وزير الصحة بمناسبة تقديم مشاريع الميزانية الفرعية لسنوات 2013 و 2015 و 2017 أمام لجنة التعليم والشؤون الاجتماعية.

- **على مستوى الشراكة والتعاون:**[64]

من أجل تعزيز برامج التعاون والشراكة في المجال الصحي وقصد تعبئة موارد مالية إضافية قامت الوزارة بمجموعة من الإجراءات همت الانفتاح على المحيط الدولي والإقليمي والوطني وتعزيز الشراكة في إطار التعاون جنوب-جنوب والتعاون مع دول الخليج ومع بلدان أسيا وأوروبا وكذا منظمة الأمم المتحدة، وذلك عبر تبادل التجارب والخبرات وتعزيز القدرات، حيث قامت في الوزارة في هذا الإطار بتنظيم مجموعة من اللقاءات والمنتديات وتوقيع بعض الاتفاقيات وهي على الشكل التالي:

- تنظيم المناظرة الوطنية الثانية للصحة 2013 "حول حكامة المنظومة الصحية"، والندوة الدولية حول "التغطية الصحية للفئات المعوزة 2015"، واللقاء الوطني حول "تشجيع التبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية 2015"، والمنتدى الوطني حول "الصحة والإعاقة 2015"، والمناظرة الأولى للدواء والمواد الصحية 2015"، تنظيم الاجتماع السنوي الثالث والرابع (مارس 2012 وأبريل 2013) للتنسيق مع جميع الشركاء الدوليين ولتقديم أهم المنجزات في مجال التعاون وكذا أولويات وزارة الصحة للفترة ما بين 2012-2016.
- المتابعة المستمرة لجميع برامج التعاون (برامج التمويل المباشر مع المنظمات الدولية والتعاون الثنائي والجهوي وكذا برامج الدعم المالي مع الاتحاد الأوربي والوكالة الفرنسية للتنمية والبنك الإفريقي للتنمية والبنك الأوروبي للاستثمار).
- التوقيع على ملحق تعديلي للبرامج الخاصة بدعم القطاع الصحي (PASS) يتعلق بتنمية الصحة القروية.
- تحديد المرحلة الثالثة من دعم الاتحاد الأوربي والبنك الإفريقي للتنمية في مجال التغطية الصحية الأساسية.
- توقيع اتفاقية شراكة مع « Medicus Mundi » بمدريد ومندوبية وزارة الصحة بشفشاون من أجل تأهيل بعض المراكز الصحية الأساسية بدور للولادة بالوسط القروي وشراء سيارات للفرق المتنقلة وتكوين مهنيي الصحة إضافة إلى التحسيس الجماعاتي حول وفيات الأمهات والأطفال.
- تنظيم عدة اجتماعات للتنسيق والتتبع الخاصة بتسريع إنجاز مشروع " المغرب صحة III" الممول بنسبة 50 في المائة بقرض من طرف البنك الأوروبي للاستثمار.

[64] نفس المرجع السابق.

- نشر تقرير حول التعاون في مجال الصحة يشمل سنتي 2010 و2011.
- توقيع 97 اتفاقية شراكة مع مختلف الشركات منها:
  - 53 اتفاقية شراكة موقعة مع الجمعيات والشركات منها:
  - 23 اتفاقية مع الجمعيات المغربية في عدة مجالات.
  - 24 اتفاقية مع الجماعات المحلية منها 4 اتفاقيات في مجال تصفية الدم.
  - 4 اتفاقيات مع مختلف الوزارات.
  - اتفاقيتين مع وكالة التنمية.

33 اتفاقية مع معاهد التكوين الخاصة في مجال الشبه الطبي.

11 اتفاقية موقعة مع الجمعيات.

وهناك 50 اتفاقية شراكة في طور التوقيع مع الجمعيات والمجتمع المدني، من بينها 6 اتفاقيات تمت المصادقة عليها خلال سنة 2013.

وفي هذا الإطار، فقد تم إبرام ما مجموعه 60 اتفاقية تعاون في المجال الصحي على الصعيد الدولي وإبرام 323 اتفاقية شراكة مع الوزارات والقطاعات الحكومية الوطنية والجماعات الترابية ما بين 2012 و 2016.

كما تم إعداد التقرير الخامس حول التعاون في المجال الصحي برسم سنتي 2014-2015.

- **على مستوى تعزيز التواصل مع المواطنين:**[65]

نظمت وزارة الصحة البرنامج التواصلي والتشاوري "انتظارات" الذي يستمد مشروعيته من الدستور وخاصة الفصل 13 و الفصل 31 منه.

ويهدف برنامج إنتظارات الذي امتد من 5 أبريل إلى 5 يوليوز 2012 إلى فتح قنوات التواصل لرصد الإرتساماتوالإنتظارات الأساسية للمواطنين وكل المتدخلين في أفق عقد المناظرة الوطنية للصحة والخروج بميثاق وطني للصحة، وركز البرنامج على أربعة محاول وهي:

أولا: تنظيم 25 لقاء إذاعي تفاعلي مباشر لاستقبال مكالمات المواطينين المتعلقة بمنظورهم للمنظومة الصحية واقتراحاتهم لتجويدها.

ثانيا: إحداث صفحة خاصة على الشبكة الاجتماعية facebook لاستقبال أراء وملاحظات واقتراحات المواطنين: تم تجميع 130 مقال.

[65] نفس المرجع السابق.

ثالثا: تحليل واستثمار 6500 مقال صحفي ذو صلة بالقطاع الصحي والمشاكل المرتبطة به وذلك في الفترة ما بين مارس 2011 و ماي 2012.

رابعا: تنظيم جلسات استماع عمومية للخبراء بالقطاع الصحي والاكاديمين والفاعلين بالمجتمع المدني والمؤسسات الحكومية والغير حكومية المهتمة بالشأن الحقوقي والاجتماعي وذلك في الفترة ما بين 26 يونيو و 5 يوليوز، وقد سجلت هذه الجلسات مشاركة 90 متدخل في كل الهيئات.

وقد نظمت هذه الجلسات وفق المحاور التالية:

- الحق في الصحة.
- تمويل المنظومة الصحية.
- الحكامة وتدبير القطاعات الصحية.
- سياسة الأمن الصحي.
- مهن الصحة، إنتاج وتدبير الكفاءات.
- الصناعات الصيدلانية والسياسة الدوائية والتكنولوجيات.

وفي هذا الإطار تم تجميع 185 انتظارات للمواطنات والمواطنين قدمت في تقرير خاص خلال المناظرة الوطنية للصحة التي نظمت في 1 و 2 و3 يوليوز 2013.

كما قامت الوزارة بتيسير ولوج المواطنين إلى الخدمات الصحية وتوفير سبل فعالة للإنصاف والتظلم حيث تم إطلاق "برنامج خدماتي" في بداية 2016 ويتكون البرنامج من مجموعة من الخدمات الاستشارية والتوجيهية لفائدة المواطنين عبر الانترنيت والهاتف وهي:

- خدمة "ألو شكاية الصحة" حيث تم إحداث مركز لتلقي وتدبير الشكايات بوزارة الصحة عبر الهاتف خلال أوقات العمل 0801005353 أو عبر البوابة الإلكترونية www .chikayasante.ma
- خدمة "ألو موعدي" لتسهيل عملية أخذ المواعيد بمختلف المستشفيات العمومية كذلك عبر البوابة الإلكترونية www.mawidi.ma
- خدمة "ألو تسمم" عبر الهاتف بالاتصال بالرقم 0801000180
- خدمة " ألو اليقظة الوبائية" عبر الهاتف 0801004747
- خدمة "ألو مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة" 141.
- صحتي www.sehati.gov.ma
- صحة الشباب www.santejeune.ma

حكامة القطاع على ضوء مخطط 2025:

لتحسين حكامة القطاع وتطويرها جاء مخطط الصحة 2025 بمجموعة من الإجراءات التي تم تجميعها في المحاور التالية:

المحور العشرون: تعزيز التأطير التشريعي والتنظيمي في قطاع الصحة[66]

- إعداد ونشر النصوص القانونية المتعلقة بقطاع الصحة، المدرجة في البرامج التشريعي والتنظيمي للحكومة
- إحداث هيئات التشاور المنصوص عليها بموجب القانون 34-09
- تضمين الاستثمار الصحي في ميثاق الاستثمار الوطني
- تطوير نظام براءة الاختراع للتطبيقات والبرامجيات التي طورها قطاع الصحة

المحور الحادي والعشرون: إعادة هيكلة القطاع الصحي العمومي[67]

- إعادة تنظيم وزارة الصحة تماشيا مع متطلبات الجهوية المتقدمة، وإحداث مفتشيات جهوية للمصالح الصحية
- إحداث الوكالة الوطنية للصحة العمومية
- إحداث الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية
- إحداث المؤسسة المغربية للدم

المحور الثاني والعشرون: تشجيع الشراكة والتشاور

- تعزيز الشراكة مع الجماعات الترابية والمجالس الجهوية
- تشجيع السياحة الطبية بالتشاور مع القطاعات المعنية، ومرافقة الاستثمار في القطاع الخاص بالصحة وفقا للخريطة الصحية
- إحداث هيئات تشاورية جديدة حول الشأن الصحي وتعزيز الهيئات الحالية
- تعزيز التعاون الدولي في مجال الصحة بتوجيهه نحو أولويات القطاع
- تعزيز التنسيق بين القطاعات
- توحيد نظام شكاوي المرتفقين من خلال إضفاء الطابع الجهوي على معالجة الشكاوى

المحور الثالث والعشرون: إحداث منظومة معلوماتية صحية وطنية مندمجة[68]

- وضع الخطة الرئيسية لتكنولوجيا المعلوميات في وزارة الصحة

---

[66] العرض الذي قدمة وزير الصحة في إجتماع المجموعة الموضوعاتية المنعقد بتاريخ 10 يوليوز 2018

[67] نفس المرجع السابق

[68] نفس المرجع السابق

- استكمال بسط نظام اتخاذ القرارات المعلوماتي للخريطة الصحية (قاعدة بيانات عرض علاج الصحة، قاعدة بيانات المشاريع، نظام المعلومات الجغرافية)
- إدماج القطاع الخاص في نظام المعلوماتي لوزارة الصحة
- وضع سياسة حمائية لنظام المعلومات الصحي
- رقمنة عملية التموين بالأدوية وحوسبة نظام توزيعها اللوجستي

المحور الرابع والعشرون: تحسين تدبير وأداء المؤسسات والمصالح الصحية[69]

- إنشاء نظام فوترة حديث ومستقل بالمستشفيات
- تطوير استقلالية المستشفيات العمومية وإرساء أنماط إدارية جديدة بها، ولا سيما عن طريق إنشاء " التكتلات الاستشفائية الجهوية"
- تعزيز نمط التنظيم الاستشفائي على أساس التخصص وأقطاب التميز بالشبكات الاستشفائية في المدن الكبرى
- تحديث النظام الداخلي للمستشفيات
- تعميم أدوات التدقيق والرقابة الإدارية ومراجعة الحسابات في تدبير المصالح الصحية
- تتبع وتقييم تنفيذ مقتضيات السياسة الدوائية الوطنية، والسهر على تطبيق إجراءات منح ترخيص التسويق وفقا للنصوص القانونية المعمول بها

المحور الخامس والعشرون: مأسسة الجودة والسلامة في عملية العلاجات[70]

- وضع نظام خاص لتقييم المؤسسات الصحية
- إنشاء وكالة الفعالية والتقييم الاستشفائي
- استحداث أدوات الاعتماد والإشهاد بالمصالح والمؤسسات الصحية
- وضع سياسة وطنية لسلامة العلاجات على أساس معايير التكفل بالعلاج ونظم اليقظة الصحية

[69] نفس المرجع السابق
[70] نفس المرجع السابق

ثانيا: البنية التحيتة:

فيما يخص تعزيز البنية التحتية والرفع من مستوى جودتها فقد تم الإعلان عن مجموعة من الإجراءات والتدابير بهذا الخصوص في "الإستراتيجية الصحية 2012-2016" والمتمثلة فيما يلي:

الإجراءات والتدابير:

- الإجراء 1: يعرف وظائف ومستويات العلاجات الطبية الإستعجالية:[71]

المستوى الأول: يتعلق الأمر بالمستعجلات الطبية للقرب التي ستحدث ببعض المراكز الصحية الحضرية أو القروية التي تبعد كثيرا عن المستشفيات أو في المجمعات الحضرية التي لا تتوفر على مؤسسات استشفائية، وقد تمت برمجة إحداث 80 وحدة محلية للإسعاف الطبي خلال الفترة 2013-2016، 30 وحدة منها ستنجز خلال سنة 2013.

المستوى الثاني: يتعلق الأمر بالعلاجات الطبية الإستعجالية الأساسية التي توفرها المستشفيات المحلية والإقليمية والتي تتواجد بها التخصصات الخمس الأساسية.

المستوى الثالث: يتعلق الأمر بالعلاجات الطبية الإستعجالية الكاملة التي توفرها المراكز الاستشفائية الجهوية والجامعية.

■الإجراء 2: تعزيز الخدمات الاستعجالية ما قبل الإستشفائية:

- إحداث 11 مركزا لضبط وتنظيم التدخلات الطبية الاستعجالية.
- بداية تشغيل "بصفة تدريجية" الرقم الوطني الموحد والمجاني المخصص للمكالمات الطبية الاستعجالية "141".
- إحداث 15 وحدة للإنعاش الطبي "SMUR ".
- برمجة تشغيل 20 وحدة محلية للإسعاف الطبي بالوسط القروي خلال سنة 2013.
- تحديث وتوحيد معايير حضرية للنقل الصحي.
- توحيد معايير الولوج إلى خدمات الإنعاش على مستوى المراكز الإستشفائية الجهوية.

تشغيل مروحيات للنقل الطبي الاستعجالي.

■الإجراء 3: تطوير المستعجلات الطبية المتخصصة:

- تأهيل وتعزيز مصالح الإنعاش على المستوى الجهوي والجامعي.

[71] الإجراءات من 1 حتى 5، الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، ص: 27 و 28.

- تطوير أقطاب استعجالية طبية متخصصة في طب المواليد، الصحة العقلية والحروق على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية.
- إنشاء مراكز لمعالجة الرضوخ بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

■الإجراء 5: تشجيع التكوين المستمر لمهني الصحة للحفاظ وصقل المهارات المطلوبة في الممارسة الطبية الاستعجالية:

- إحداث معهد لتكوين التقنيين في النقل والإسعاف الصحي بالدار البيضاء وفتح مراكز جديدة بالرباط، فاس، مراكش، ووجدة.
- إنشاء "مركز الخبرة" في تقييم المستجلات (فاس).

■الإجراء 8: تعزيز وتأهيل العرض الاستشفائي:[72]

- إتمام أشغال بناء المركز الاستشفائي الجامعي بكل من فاس ومراكش ووجدة.
- إعطاء انطلاق الأشغال بالمركزين الاستشفائيين بكل من طنجة وأكادير.
- تأهيل وتشغيل 22 مستشفى محلي.
- بناء 41 بنية خاصة بأمراض السرطان منها 4 جهوية (مكناس، طنجة، أسفي، العيون).
- بناء 3 مستشفيات محلية جديدة.
- إعادة بناء وتأهيل 26 مستشفى في إطار مشروع "مغرب صحة III".
- إتمام تأهيل المختبرات الاستشفائية الجهوية.
- إتمام بناء 6 مراكز لتصفية الكلي.

■الإجراء 15: تعزيز الاستراتيجية بواسطة التغطية الصحية القارة:[73]

- تشغيل البنيات الصحية المغلقة.
- بناء مساكن التوظيف لتشجيع المهنيين على الاستقرار في الوسط القروي.
- دعم المؤسسات الصحية الأساسية مع دور الولادة بتجهيزات طبية وتقنية.
- توفير الأدوية الكافية بالمؤسسات الصحية الأساسية.
- توفير وسائل النقل الصحي لنقل المرضى (النساء) إلى المؤسسات القروية.
- الإجراء 22: تأهيل بنيات الولادة:[74]
- إعادة بناء وترميم بنيات الولادة.

[72] نفس المرجع السابق، ص: 29.
[73] نفس المرجع السابق، ص: 31.
[74] الإجراءات 22 و 23، نفس المرجع السابق، ص: 34.

- تعزيز التجهيزات الطبية لهذه البنيات.

■الإجراء 23: تنظيم وتعزيز عرض العلاجات الخاصة بالأطفال حديثي الولادة:

تأهيل 9 بنيات لطب المواليد.

- توفير التجهيزات الخاصة بالتكفل بالمواليد في كل مستوى.
- إنشاء على صعيد كل جهة وحدة للعناية المركزة خاصة بالتوليد كأقطاب جيدة.
- تحسين وفرة الأدوية الأساسية على مستوى جميع بنيات الولادة.

■الإجراء 51: ضمان حق الحصول على الخدمات الصحية لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة:

- الانتهاء من 11 مركز لعلاج النطق.

■الإجراء 54: تحسين التكفل بالمرضى المسنين:

- الانتهاء من بناء 3 مراكز للتكفل بالمسنين.

■الإجراء 74: تحديد طرق التكفل الجيد بالمرضى المعرضين للخطر:

- الانتهاء من بناء 6 مراكز لتصفية الكلي وإنشاء مراكز جديدة.

■الإجراء 78: تطوير بنيات التكفل بالسرطان:75

- بناء 4 مراكز جهوية (مكناس، طنجة، أسفي، العيون).
- بناء 10 بنيات للتكفل بمرض السرطان منها العلاج الكيميائي والمراكز المرجعية للصحة الإنجابية.

■ الإجراء 90: تنفيذ متنوع والبنية التحتية المناسبة لدعم الاضطرابات العقلية:76

- تعزيز القدرة السريرية الوطنية في مجال الطب النفسي للانتقال من 2234 سرير في 2011 إلى 2850 في عام 2016.
- الرفع من عدد مراكز علاج الإدمان من 5 مراكز في عام 2011 إلى 20 مركزا في عام 2016.
- إنشاء 3 مستشفيات جهوية متخصصة.

■الإجراء 94: تعزيز البرنامج الوطني للحد من الأضرار بما فيها العلاج الاستعجالي بالمطادونا:[77]

[75]- نفس المرجع السابق، ص: ص55.

[76]- نفس المرجع السابق، ص: 59.

[77]نفس المرجع السابق، ص: 60.

- بناء ستة مراكز لمعالجة الإدمان بكل من تطوان ومراكش والناظور 2012 و أكادير وفاس والحسيمة بحلول عام 2013 وتوسيع الخدمات المخصصة في 4 مراكز في حدود 2016 إلى موقع طنجة، العرائش، القصر الكبير، شفشاون.

حصيلة الوزارة فيما يخص محور البنية التحتية:

تنفيذا للإجراءات التي أعلنت عنها وزارة الصحة في إستراتيجية 2012-2016 فقد قامت بالنسبة للبنية التحتية بما يلي:[78]

- تجهيز وتشغيل ثلاثة مراكز استشفائية جامعية بكل من وجدة وفاس ومراكش، ومستشفيين جهويين في طور الإنجاز بكل من أكادير وطنجة، ومستشفيين جهويين في طور الدراسة بكل من الرباط والعيون[79].
- تشغيل ثلاثة مستشفيات إقليمية بكل من الجديدة وخنيفرةوبنجرير.
- تشغيل 6 مستشفيات للقرب بكل من امريرت بإقليم خنيفرة وزاكورة والسعيدية بإقليم بركان وقلعة مكونة بإقليم تنغير، وبويزكارن بكلميم وسوق السبت أولاد نمة بالفقيه بن صالح، و34 مستشفى جهوي للقرب جديد[80].
- بناء 12 دار ومصلحة للولادة.
- إتمام وتأهيل 7 مختبرات سريرية، اثنين منها بجهة مراكش-تانسيف، مختبر واحد بكل من جهة الشرق والرباط-سلا- القنيطرة، وتادلة أزيلال، وفاس بولمان، وطنجة تطوان.
- بناء 20 مركزا لتصفية الكلي بكل من بن بنسليمان وبرشيد وبن أحمد ودار بوعزة وبوسكورة وأبي جعد واشتوكة أيت باها وطاطا وقلعة السراغنة وبنجرير وشيشاوة واليوسفية وبولمان وجرسيف والفنيدق وسيدي إفني وسوق الأربعاء وتارجيست والدشيرة والفقيه بن صالح.
- تم اقتناء 4 أجهزة سكانير لفائدة المراكز الاستشفائية التالية: مستشفى السلامة بإقليم قلعة السراغنة، المستشفى الجهوي بكلميم، المستشفى الإقليمي الحسن الثاني بالداخلة، المستشفى الإقليمي سيدي احساين بن ناصر بورزازات، وتم تفويت صفقة

[78] العروض المقدمة من طرف وزير الصحة بمناسبة تقديم مشاريع الميزانية الفرعية لسنوات 2013 و 2015 و 2017 أمام لجنة التعليم والشؤون الاجتماعية، والعرض المقدم أمام المجموعة الموضوعاتية المؤقتة

[79] عرض وزير الصحة خلال اجتماع المجموعة الموضوعاتية المنعقد بتاريخ 16 يوليو 2018.

[80] عرض وزير الصحة خلال اجتماع المجموعة الموضوعاتية المنعقد بتاريخ 16 يوليو 2018.

اقتناء 9 أجهزة سكانير جديدة في طور التسليم لكل من الناظور والعيون ومكناس وأسفي وتاوريرت وسيدي إيفني وطنجة وإنزاكان وزاكورة.

- إحداث 58 وحدة للمستعجلات الطبية للقرب عبر التراب الوطني UMP.
- توفير الوسائل الضرورية لتشغيل 11 مصحة للمساعدة الطبية المستعجلة (SAMU ومركز ضبط وتنظيم التدخلات الطبية الاستعجالية (CRAM).
- اقتناء 393 وحدة للنقل الطبي الإستعجاليSMUR SAMU–) وتوزيعها على مختلف جهات المملكة.
- تشغيل 16 مصلحة متنقلة للمستعجلات وللإنعاش الطبي SAMU.
- اقتناء 12 سيارة إسعاف عبارة عن وحدات متنقلة للإنعاش مخصصة لنقل المرضى في حالة خطر وتحتوي على جميع المعدات اللازمة للإنعاش، و45 سيارة إسعاف عادية و28 سيارة إسعاف رباعية الدفع و59 وحدة طبية متنقلة مخصصة لنقل الفرق الطبية.
- اقتناء خدمات النقل الصحي الاستعجالي عبر 4 مروحيات بكل من مراكش ووجدة والعيون وطنجة.
- إحداث معهد لتكوين التقنيين في النقل والإسعاف الصحي بالدار البيضاء وفتح مسالك جديدة في نفس التخصص بمعهد الرباط وفاس ومراكش ووجدة.
- خلال سنتي 2012 و2013 تم استكمال أشغال بناء 7 مؤسسات استشفائية محلية بطاقة تزيد عن 45 سرير تم منها تشغيل مستشفى زاكورة وأمريرت و التحضير لتشغيل الخمسة الباقية بكل من مديونة الدار البيضاء و السعدية وقلعة مكونة وسوق السبت أولاد تايمة وبوزكارن (كلميم).
- تواصل الوزارة بناء 14 مستشفى محليا بطاقة إيوائية إجمالية تصل إلى 630 سرير بكل من حي سيدي مومن (الدار البيضاء) وميدلت و العيون سيدي موك (تاوريرت) والقصر الصغير والريش وأرفود ودمنات و إيمينتانوت و أيت وير وامزورن (الحسيمة) و جرف الملحة وسيدي يحي والدريوش.
- مواصلة الأشغال في 8 مراكز استشفائية في إطار برنامج "الصحة - المغرب III" في كل من الصويرة والراشدية وورزازات وشفشاون وقلعة السراغنة والعرائش وتازة وطانطان ومواصلة أشغال أربعة مراكز استشفائية إقليمية في كل من سلا والصخيرات - تمارة والقنيطرة وخنفرة.

- تم الانتهاء من بناء وتجهيز مستشفى بنجرير، ومواصلة الأشغال في تأهيل وتوسيع مستشفى أزرو وتأهيل مستشفى الحسيمة (الشطر الثاني). ومواصلة إنجاز الدراسة التقنية المتعلقة بإعادة بناء المستشفيات الإقليمية بالخميسات والفقيه بن صالح وخريبكة وبني ملال ومستشفى الاختصاصات بورزازات.
- في إطار الاتفاقية مع المجلس الملكي الاستشاري للشؤون الصحراوية ووزارة الداخلية، تم تشغيل المركز الاستشفائي ببوجدور ومصلحة المستعجلات بالمستشفى الجهوي بالعيون، والانتهاء من أشغال تأهيل المركزين الاستشفائيين بالسمارة والداخلة ومواصلة الأشغال بتأهيل ثلاثة مراكز استشفائية لكل من كلميم وأسا الزاك والعيون والسمارة.
- تم تجهيز 12 مختبرا وبائيا (الحسيمة، أكادير، الدار البيضاء أنفا، سطات، الداخلة، فاس، كلميم، مراكش، الرباط، تطوان، العيون وواد الذهب).
- تجهيز 8 مختبرات سريرية (الحسيمة، فاس، كلميم، العيون، مراكش، الرباط، وتطوان).
- تجهيز 8 مصالح لطب الأسنان بالمستشفيات الإقليمية (بني ملال وبركان، الحي الحسني، الفداء مرس السلطان، الداخلة، فكيك، خريبكة، وسيدي افني.
- تجهيز 6 مصالح لطب العيون بالمستشفيات الإقليمية (الحزو، بولمان، الداخلة، وجدة، سلا، تازة).
- تجهيز 5 مصالح للقلب والأوعية الدموية بالمستشفيات الإقليمية (القنيطرة، مكناس، تمارة، الحسيمة، فاس).
- تم بناء وتجهيز مراكز مندمجة لإعادة التأهيل متخصصة في الترويض الطبي والأعضاء الاصطناعية وذلك بكل من إقليمي سطات وتطوان، وإعادة الدراسة التقنية اللازمة لبناء مركزين جديدين للتأهيل بإقليمي ورزازات وخريبكة.
- استكمال بناء المركز الجهوي لتحاقن الدم بفاس ومواصلة الأشغال بكل من مركز مراكش والجديدة وبناء بنك للدم بشيشاوة.
- مواصلة بناء 7 وحدات ملحقة لتحاقن الدم بكل من أزيلال وبن جرير ووزان وسوق الأربعاء وطاطا وأسا وأبي الجعد.
- تشغيل قطب الأورام السرطانية لدى النساء في كل من الرباط والدار البيضاء.

- تشغيل مراكز الأنكلوجيا بكل من المركزين الاستشفائيين الجامعيين بفاس ومراكش، وبناء مركز الأنكلوجيا التابع للمركز الاستشفائي الجامعي بوجدة.
- بناء ثلاثة مراكز لأنكولوجيا القرب بكل من الرشيدية وتطوان وبني ملال.
- تشغيل خمسة مراكز مرجعية للصحة الإنجابية في كل من المحمدية وعين السبع الحي المحمدي والدار البيضاء أنفا (المركز الاستشفائي الجامعي) وصفرو وخريبكة، كما توجد 8 مراكز مرجعية تم الانتهاء من المراكز الموجودة بكل من خنيفرة وتارودانت والقنيطرة ومولاي رشيد ومواصلة الأشغال في مراكز كل من الخميسات وقلعة السراغنة والقصر الكبير وتيزنيت والجديدة.
- الانتهاء من أشغال بناء مركز الأنكولوجيا الإقليمي والمركز المرجعي للصحة الإنجابية بتطوان.
- تشغيل المركز الجهوي لعلاج السرطان بمكناس.
- مواصلة بناء مركز جهوي للأنكلوجيا بطنجة.
- تنفيذ مشروعين تجريبيين للعلاجات المخففة لألم السرطان ب بالرباط والدار البيضاء ومراكش وفاس ووجدة.
- تشغيل 4 مستشفيات للأمراض العقلية والنفسية بتطوان وطنجة ووجدةوتيت مليل، وأربعة مصالح للأمراض العقلية بكل من شفشاون والراشيدية والحي المحمدي.
- الشروع في إنجاز 3 مستشفيات للأمراض العقلية بكل من أكادير وقلعة السراغنة والقنيطرة بطاقة إيوائية لكل منها 120 سرير.
- خلق 4 مصالح للأمراض العقلية بكل من خنيفرة والجديدة وخريبكة وأسفي.
- إحداث 13 مركز لعلاج الإدمان بكل من وجدة والرباط ومراكش والناظور وتطوان والحسيمة وفاس وأكادير ومكناس وطنجة والعرائش والقصر الكبير وشفشاون.
- إنشاء 15 مصلحة مندمجة للطب النفسي والعقلي بالمستشفيات العمومية.
- إحداث أربعة وحدات للطب النفسي والعقلي للأطفال بالرباط والدار البيضاء وفاس ومراكش.
- إحداث مرصد وطني للمخدرات والإدمان بمستشفى الرازي بسلا.
- إحداث 20 مصلحة استشفائية مندمجة جديدة.

بخصوص العالم القروي تم بناء 43 مؤسسة للعلاجات الصحية الأولية.

- تجديد وتوسيع 13 مؤسسة للعلاجات الصحية.
- بناء ثلاثة مراكز لتشخيص داء السل والأمراض النفسية.
- بناء 131 مسكن للممرضين و40 مسكنا خاصا بالأطباء.
- اقتنت وزارة الصحة 73 سيارة إسعاف و59 سيارة رباعية الدفع لفائدة المؤسسات الصحية القروية.

أما بخصوص الصحة المتنقلة:

- تم القيام ب 28446 زيارة ميدانية للفرق الطبية المتنقلة في الفترة بين 2012 و 2015 ،
- والقيام ب 381 قافلة طبية متخصصة منذ تعميم نظام المساعدة الطبية "راميد".
- تم تشغيل مستشفى مدني متنقل بثلاثة مناطق قروية: الجماعة القروية بومية (ميدلت) والجماعة القروية تغديوين (الحوز) والجماعة القروية لقباب (خنيفرة).
- في إطار عملية رعاية، تم خلال سنة 2016 إنجاز 3554 زيارة ميدانية و90 قافلة طبية.

وكحصيلة عامة لمنجزات كافة الحكومات المتعاقبة على قطاع الصحة فهي تتمثل في:81

- 80 وحدة للمستعجلات الطبية للقرب، منها 15 غير مشغلة في انتظار تعيين الموارد البشرية.
- ومستعجلات ما قبل الاستشفائية تتوفر على 4 مروحيات و 1498 سيارة إسعاف و16 مصحة طبية للمستعجلات والإنعاش SMUR .
- و 85 مصلحة إستعجالية طبية استشفائية أساسية و 23 كاملة و30 متخصصة.
- 2886 مؤسسة للرعاية الصحية الأولية، 71 في المائة منها توجد بالعالم القروي، بمعدل 6418 نسمة لكل مؤسسة، وهذا المعدل يسجل تفاوت ما بين الجهات حيث نجد أدناه 1234 بجهة العيون الساقية الحمراء و أقصاه 11079 بجهة الرباط سلا القنيطرة. أما بالوسط الحضري فيبلغ المعدل 26200 نسمة لكل مؤسسة، كما يسجل كذلك تفاوت بين الجهات حيث نجد كأدنى نسبة ب 13796 بجهة كلميم واد نون و أعلاه بنسبة 31167 بجهة سوس ماسة.

وبخصوص الشبكة الاستشفائية فتتوفر بلادنا على 147 مستشفى تمثل 70 في المائة من الطاقة السريرية الوطنية بما مجموعه 22674 سرير، أي بمعدل 1517 من الساكنة لكل

[81] - العرض المقدم من طرف وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية المؤقتة.

سرير استشفائي، علما أن هذا المؤشر ينم عن تفاوت بين الجهات بحيث يبلغ الحد الأدنى 910 بجهة العيون الساقية الحمراء والحد الأقصى 1996 بجهة بني ملال خنيفرة.

أما فيما يخص القطاع الخاص فهو يساهم في العرض الصحي ب 9418 من العيادات الطبية و ما يفوق 12000 صيدلية و144 عيادة الفحص بالأشعة و 472 مختبر التحليلات الطبية و 125 مركزا لتصفية الدم، كما يتوفر القطاع الخاص على 487 مصحة خاصة بطاقة استعابية توازي 9840 من الأسرة، أي ما يمثل 30 في المائة من الطاقة الإستعابية السريرية الإجمالية، ويتمركز عرض العلاجات الخاص بكبريات التجمعات السكنية الحضرية.

البنية التحتية على ضوء مخطط 2025:

في المرحلة الحالية، جعلت الوزارة من التغلب على الإكراهات التي تعيق الولوج للخدمات الصحية دعامة أساسية من دعامة مخطط الصحة 2025، حيث تناولت خطوطها العريضة تطوير العرض الصحي في المحاور التالية:

المحور الثاني: تطوير الشبكة الاستشفائية العمومية[82]

- زيادة القدرة الاستعابية الاستشفائية الوطنية من خلال بناء وتشغيل مستشفيات عمومية جديدة، مع تطوير البنيات الاستشفائية الحالية،
- تحسين استخدام الأسرة الاستشفائية العمومية الحالية عن طريق تشجيع الاستشفاء غير التقليدي (مستشفى النهار، مستشفى الأسبوع، مستشفى المنزل، إلخ)
- تعزيز المعدات البيوطبية الاستشفائية بإدخال التقنيات الطبية الحديثة (الرصد التكنولوجي)
- إرساء وتنفيذ سياسة وطنية لصيانة الأصول الاستشفائية المادية وغير المادية

المحور الثالث: تعزيز شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، وشبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية، وتطوير الصحة المتنقلة خصوصا بالعالم القروي[83]

- تشغيل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية المغلقة، وفق متطلبات الخريطة الصحية

[82] العرض الذي قدمة وزير الصحة في إجتماع للمجموعة الموضوعاتية المنعقد بتاريخ 10 يوليوز 2018

[83] نفس المرجع السابق

- تطوير بنيات الرعاية الصحية الأولية في إطار الشراكة بين المديريات الجهوية للصحة ومجالس الجماعات الترابية
- تطوير الصحة المتنقلة، من أجل تغطية المناطق النائية وصعبة الولوج عن طريق توفير خدمات المستشفيات المتنقلة والوحدات الطبية المتخصصة وفقا لبرنامج سنوي
- مواصلة توسيع شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية
- تعزيز الدوائر الصحية القروية بسيارات الإسعاف، وتزويدها بالوحدات الصحية المتنقلة.

المحور الرابع: تعزيز الولوج إلى الشبكة الاستشفائية وشبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية[84]

- تطوير الطب الاستشفائي الجامعي والخدمات الصحية من المستوى الثالث؛
- تحسين نسبة ارتفاق المستشفيات، من خلال تحسين الاستقبال وأنسنة الخدمات؛
- تعزيز أخذ المواعيد عن بعد في المرافق الصحية؛
- العمل على احترام مسارات العلاجات من خلال تحسين التنسيق والترابط بين المؤسسات الصحية التي تحيل المرضى وتلك التي تستقبلهم.

المحور الخامس: تطوير صحة القرب وطب الأسرة

- إعادة تأهيل الطب العام ووضعه في قلب البرامج الصحية
- زيادة معدل التغطية من خلال عيادات الطبيب العام
- اعتماد نظام طب الأسرة- صحة الأسرة والمجتمع
- تكثيف القوافل الصحية والحملات الطبية الجراحية بشراكة مع فعاليات المجتمع المدني
- تطوير إجراءات الطب التضامني لصالح الساكنة والأقاليم المحتاجة، بشراكة مع كليات الطب والمستشفيات الجامعية والقطاع الخاص غير الربحي
- تعزيز التطبيب عن بعد
-

[84] نفس المرجع السابق

المحور السادس: دعم المخطط الوطني للمستعجلات الطبية[85]

- مواصلة تطوير مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية (SAMU) والمصالح طب المستعجلات والإنعاش (SMUR) والنقل الطبي الاستعجالي بواسطة المروحيات، وتعزيز مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية الاجتماعية بالتعاون مع القطاعات المعنية
- دراسة إمكانيات نقل الحالات المستعجلة باستعمال الطائرات الطبية
- تطوير النقل الصحي المتخصص في مستعجلات الأطفال ومستعجلات الأمراض النفسية
- تطوير مصالح المستعجلات والانعاش
- إنشاء وحدات جهوية للتكفل بحالات الحروق الكبيرة

[85] نفس المرجع السابق

ثالثا: الموارد البشرية

لقد كان قطاع الصحة خلال سنة 2011 يتوفر على 47494 موظف، منهم 8869 طبيب و26497 ممرض و10757 إطار إداري وغيره.[86]

وعلى الرغم من الزيادة في عدد المناصب المالية المرصودة لوزارة الصحة خلال السنوات الأخيرة، إلا أنها تظل أقل بكثير من احتياجات القطاع، حيث أن توسيع العرض الصحي بما في ذلك الرعاية الصحية في المستشفيات يزيد من تفاقم هذا العجز الذي يقدر حاليا بأكثر من 6000 طبيب (ة)، و 9000 ممرض (ة).[87]

وقصد التغلب على هذا الخصاص، عززت وزارة الصحة قدرات شعب التكوين في مجال الشبه طبي والتي بلغت سنة 2011 ما يقرب من 9100 طالب موزعين على 23 معهد.

كما أطلقت الحكومة مبادرة من أجل تكوين 3300 طبيب في أفق 2020، إلا أن هذه المبادرة تعرف صعوبات في تنفيذها.

بجانب ذلك، عرف عدد خرجي المعهد الوطني للإدارة الصحية INAS زيادة مهمة لتبلغ 331 خريج حاصل على الماجستير في الإدارة الصحية والصحة العامة.

وبالإضافة إلى هذه المناصب، فإن وزارة الصحة تحتاج كل سنة إلى 500 منصب لتوظيف الصيادلة وأطباء الأسنان والمهندسين والموظفين الإداريين والتقنيين.[88]

وللحد من هذا العجز في الموارد البشرية، قامت وزارة الصحة بوضع مجموعة من الإجراءات والتدابير في الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 والتي تتمثل في:

الإجراءات والتدابير:

- الإجراء 133: تحديث إدارة الموارد البشرية:
  - وضع وتنفيذ خطة للتدبير المندمج للموارد البشرية
  - إعداد الدليل المرجعي للوظائف والكفاءاتREC.
  - وضع وتدبير توقعي للوظائف والكفاءات GPEC.
  - لامركزة تدبير الموارد البشرية.
  - إعداد نظام معلوماتي مندمج لتدبير الموارد البشرية OLERP-RH).
  - وضع نظام الكتروني لحفظ الوثائق والملفات الإدارية للموظفين.

---

[86]: عرض السيد وزير الصحة بمناسبة تقديم مشروع الميزانية الفرعية لوزارة الصحة سنة 2013.

[87]: عرض السيد وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية.

[88]نفس المرجع السابق.

- إجراء دراسة حول نظام المعلومات لمعاهد التكوين في اطار مشروع TAMRID.

- الإجراء 134: تنفيذ اتفاق 05 يوليوز 2011 حول الحوار الاجتماعي:

- تعيين الجهاز الإداري لمؤسسة الحسن الثاني لموظفي وزارة الصحة.
- إرساء مكافأة على المردودية.
- الرفع من قيمة التعويض عن الحراسة والإلزامية.
- تعويض العاملين في المناطق النائية والصعبة.
- مراجعة الشبكة الاستدلالية للأطباء.
- منح تخصص"الصحةالجماعاتية" للأطباء العامين وفق شروط يتم تحديدها لاحقا.
- إضافة درجة جديدة للممرضين والممرضات.
- منح معادلة الشهادات الصادرة عن معاهد تكوين الأطر.
- إرساء نظامLMD (إجازة،ماجستير،دكتوراه)في معاهد تكوين الأطر.
- إنشاء المجلس الوطني للممرضات والممرضين.
- إزالة الاختبار الشفوي في الامتحانات المهنية.
- إرساء نظام التغطية الصحية لصالح الأطباء المقيمين والداخليين.
- معالجة وضعية الموظفين الملحقين بالمستشفيات الجامعية.
- توحيد نظام معاشات التقاعد لمستخدمي المستشفيات الجامعية.

- الإجراء 135: تحسين التكوين الأساسي والمستمر للأطر شبه الطبية:

- مراجعة النظام الأساسي لمعاهد تكوين الأطر من أجل ملائمتها مع النصوص المتعلقة بمؤسسات التعليم العالي غير الجامعية.
- توظيف الأساتذة المساعدين في معاهد تكوين الأطر.
- إعادة تصميم مناهج الطور الأول والثاني لمعاهد تكوين الأطر طبقا لمعايير LMD.
- إرسال بعثات للتكوين في مجال التمريض في الجامعات الأجنبية.
- تبني نظام الاعتماد لمعاهد تكوين الأطر.
- تنظيم بعثات الرصد لمعاهد تكوين الأطر.
- زيادة في أعداد مهني الصحة وخلق شعبة التكوين في مجال الإسعاف والعناية المركزة.
- تطوير البنية التحتية لمعاهد تكوين الأطر.
- فتح معاهد تكوين في الإسعاف في مدينة وجدة ، الرباط، مراكش، فاس.
- تطوير الخطة الوطنية للتكوين المستمر.

- الإجراء 136: تحسين التكوين الأساسي والتكوين المستمر للموظفين الإداريين:
  - صياغة نظام أساسي جديد للمعهد الوطني للإدارة الصحية.
  - إعادة صياغة برامج المعاهد التكوينية للمعهد.
  - تطوير برنامج التدريب للحصول على درجة التخصص في "الصحة الجماعاتية والأسرية".
  - إعداد برنامج وطني للتكوين المستمر في ميدان التدبير والتسيير.
- الإجراء 137:تحسين التكوين الأساسي والتكوين المستمر للأطباء:
  - مراجعة نظام الإقامة بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي والجهات المعنية في إطار إصلاح شامل للتكوين في ميدان الدراسات الطبية.
  - صياغة خطة وطنية للتكوين المستمر للأطر الطبية.
  - حصيلة تنفيذ الإجراءات والتدابير المتعلقة بالموارد البشرية:

في إطار مواصلة إصلاح وتحديث منظومة تدبير الموارد البشرية ، وتماشيا مع سياسة القرب التي تنهجها الوزارة لتحسين الخدمات الصحية لعموم الساكنة خاصة بالمناطق الوعرة والمعزولة،أكد السيد وزير الصحة خلال العرض الذي ألقاه بمناسبة مناقشة الميزانية الفرعية للوزارة برسم سنة 2017 أنه قد تم العمل على اتخاذ عدة تدابير تهدف في مجملها إلى تحسين وضعية العاملين بالقطاع عبر السهر على التدبير الجيد والمعقلن لمسارهم المهني وإيلائهم التأهيل الملائم.

وفي هذا الإطار، قامت وزارة الصحة خلال الخمس السنوات الأخيرة بتوظيف 14809 مهني الصحة بالمؤسسات الصحية العمومية، والتي شملت 3751 طبيب و10253 ممرض و717 من الإداريين والتقنيين و88 أستاذ مساعد بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، الشيء الذي مكن من الرفع من عدد الأطر الصحية العاملة بالقرى والمناطق الصعبة الولوج حيث وصلت نسبة التغطية بها إلى 75 في المائة، مقابل 57 في المائة سنة 2011.[89]

كما تم إحداث مؤسسات للتكوين العالي غير تابعة للجامعات، خاصة المدرسة الوطنية للصحة العمومية والمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة التي تخرج منها حوالي 11928 ممرض من بينهم 7677 في سلك الإجازة بالمهن التمريضية وتقنيات الصحة، بالإضافة

[89] عرض السيد وزير الصحة بمناسبة تقديم مشروع الميزانية الفرعية 2017.

إلى فتح سلك الماستر لحاملي دبلوم الطور الأول لمعاهد تأهيل الأطر في الميدان الصحي والدكتوراه لحاملي شهادة الطور الثاني.

وإلى جانب ذلك، تمت إعادة تنظيم المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة بإصدار قرار وزير الصحة رقم 2146.14 بتاريخ 6 يونيو2014 بتحديد مقرات المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة وملحقاتها.

كما تم تأهيل البنية التحتية لهذه المعاهد بكل من العيون، والقنيطرة ، وفاس ، والرشيدية،والصويرة، ومكناس،وأكادير، وتزنيت، وتوجد في طور التأهيل عدة معاهد أخرى بكل من الناظور، ووجدة، وورزازت، وطنجة، وتطوان، والرباط، وواد الذهب.

ولسن سياسة شفافة لتدبير الموارد البشرية، تم أيضا اتخاذ عدة إجراءات من أبرزها:

- مأسسة الحوار الاجتماعي على المستوى الوطني والجهوي،[90]
- تفعيل إحداث مؤسسة الحسن الثاني للنهوض بالأعمال الاجتماعية لفائدة العاملين بالقطاع الصحي العمومي.
- إخراج الدليل المرجعي للوظائف والكفاءات.
- وضع نظام معلوماتي مندمج خاص بتدبير المسار المهني للموارد البشرية.
- دعم التكوين بشقيه الأساسي والمستمر.
- إعطاء الأسبقية خلال الحركات الانتقالية للموارد البشرية العاملة بالمناطق النائية.[91]

ورغم المجهود المبذول من طرف الحكومة الحالية أو من طرف الحكومات المتعاقبة على تدبير الشأن العام فإن تدبير الموارد البشرية بقطاع الصحية لازال يعرف عدة اختلالات أكد عليها وزير الصحة خلال العرض الذي قدمه أمام المجموعة الموضوعاتية بتاريخ 10 يوليوز 2017 والتي تتمثل أهمها في:

- انخفاض معدل مهنيي الصحة بالنسبة لعدد السكان حيث يبلغ 1.51 مهني لكل 1.000 نسمة، أو بصيغة أخرى 1389 من الساكنة لكل طبيب و1091 لكل ممرض.
- معدل عدد الأسرة لكل مهني استشفائي مرتفع حيث يبلغ 4 أسرة لكل مهني، مما يبين حجم المجهود الذي يجب أن يبذله هؤلاء المهنيين وجسامة المسؤولية الملقاة على عاتقهم.

90أشار بعض المستشارين في إطار المناقشة العامة خلال اجتماع المجموعة الموضوعاتية إلى غياب شبه تام للحوار الاجتماعي مع الحكومة أو للحوار القطاعي مع الوزارات بما فيهم وزير الصحة.

91عرض السيد وزير الصحة بمناسبة تقديم مشروع الميزانية الفرعية لسنة 2017.

كما أن ديمغرافية الأطر الصحية عرفت استفحال ثلاث ظواهر سلبية خلال السنوات الأخيرة:

أولها: ركود في أعداد المهنيين الصحيين لم يواكب تطور عدد السكان، ولم يساير التحول الوبائي المتميز ببروز تحدي الأمراض المزمنة وبالتالي تطور حاجيات الساكنة كما وكيفا.

ثانيهما: ارتفاع معدل السن، وما يترتب عنه من إحالات على التقاعد لا يتم تعويضها.

ثالثهما: ارتفاع نسبة التأنيث بالقطاع، وما تعنيه من اكراهات متزايدة للمهنيات ومرضاهن.

وبالإضافة إلى وجود تباين كبير في توزيع مهني الصحة بين الجهات وبين الوسطين الحضري والقروي، حيث تتمركز الأطر الصحية في كل من جهة الرباط سلا القنيطرة وجهة الدار البيضاء سطات، بنسبة 51 في المائة من مجموع الأطر الطبية، مقابل ساكنة لا تتعدى 34 في المائة من مجموع سكان المغرب. كما أن العالم القروي يعد الأكثر تضررا لتوفره فقط على 6000 من مهني الصحة من بين 55000 في القطاعين العمومي والخاص، أي بنسبة 11 في المائة فقط.

وعلى صعيد أخر، أكد السيد وزير الصحة أن أزمة الموارد البشرية مرشحة لأن تدوم أكثر إذا لم تتخذ إجراءات جوهرية لتجاوزها، خصوصا وأن 11 في المائة من موظفي الصحة سيحالون على التقاعد برسم حد السن عند متم السنوات الخمسة المقبلة، أما في أفق 2030 فإن 28 في المائة من الأطباء و43 في المائة من الممرضين سيحالون على التقاعد، كما بلغ عدد المغادرين للعمل في الفترة ما بين 2012 و 2016، و9902 موظفا، منهم 1110 بصفة مؤقتة و8792 بصفة دائمة، وبلغ عدد الموظفين الموجودين في وضعية ترك الوظيفة 1187 خلال نفس الفترة.

جدول المناصب المالية المتوقعة بقطاع الصحة خلال سنوات تنفيذ الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016:

السنوات	المناصب المتوقعة لأطباء والممرضين
2012	4300
2013	4700
2014	4900
2015	4900
2016	5000

وقصد التغلب على الخصاص الحاصل في الموارد البشرية وتحسين ظروف العمل عملت الوزارة من خلال مخطط الصحة 2025 على تقديم إجراءات معالجة هذه الإشكاليات وذلك في المحاور التالية:

المحور الثامن عشر: معالجة الخصاص في الموارد البشرية الصحية

- مواصلة رفع المناصب المالية المخصصة للوزارة
- تعزيز أعداد ودور المساعدين الطبيين ومساعدي العلاجات
- تشجيع التعاقد مع المهنيين الصحيين (الشراكات مع الجماعات الترابية والقطاع الخاص والأطباء والممرضين المتقاعدين)، لا سيما لتشغيل المراكز الصحية القروية المغلقة
- مراجعة مناهج التكوين الأساسي وإحداث مسارات من نوع "الماستر المتخصص" بالمدارس الوطنية للصحة العمومية تتلاءم والاحتياجات الجديدة للنظام الصحي
- إرساء الشروط المناسبة لإنشاء وظيفة صحية عمومية

المحور التاسع عشر: تحسين ظروف العمل وتحفيز المهنيين الصحيين

- تعزيز الحوار الاجتماعي
- تحديث خريطة الخبرات الصحية الحالية ومباشرة تحديد الخبرات التي من الواجب تطويرها
- نشر وتنفيذ الاستراتيجية القطاعية للتكوين المستمر
- زيادة القدرة التكوينية في طب الأسرة من خلال التعلم الإلكتروني
- رفع القدرة التكوينية للمعاهد العليا للمهن الصحية وتقنيات الصحة
- مواصلة تنفيذ نظام ماستر-إجازة-دكتوراه على مستوى المدرسة الوطنية للصحة العمومية والمعاهد العليا للمهن الصحية وتقنيات الصحة
- مأسسة منحة المردودية، والعمل على الرفع من منحة الأخطار المهنية
- تقديم حوافز لمهنيي الصحة العاملين في المناطق الصعبة الولوج.

رابعا: السياسة الدوائية:

أصبحت المنتوجات الصيدلانية تحتل مكانة هامة في النظام الصحي المغربي، فهي بالإضافة إلى المستلزمات الطبية تمثل 31.7 في المائة من الإنفاق الإجمالي على الصحة (CNS2010)، وهذا ما يفسر كون الأدوية تعد من الإشكالية الكبرى في السنوات الأخيرة، الشيء الذي أثار نقاشات حادة حول ثمن الدواء، نسبة انتشار الدواء الجنيس، توافر الأدوية بالقطاع الخاص وترشيد استعمالها.

هذا وعلى الرغم من المجهودات الكبيرة التي تبذلها وزارة الصحة لتحسين الولوج وتوافر الأدوية وجودة استعمالها في القطاع الخاص والعام، إلا أن هناك مشاكل عديدة لا تزال تطرح نفسها بإلحاح وتتعلق ب:

- تقادم وعدم ملائمة بعض النصوص القانونية (أسعار الأدوية والمواد السامة).
- نسبة قليلة من انتشار الأدوية الجنيسة لا تتجاوز 30 في المائة.
- نفاذ مخزون بعض الأدوية في القطاع الخاص والعام (3 في المائة من طلبات العروض عديمة الجدوى).
- تفاعل متواضع لمنظومة اليقظة والسلامة الصحية فيما يتعلق بالأدوية.
- غياب سياسة دوائية وطنية تحدد رؤية واضحة وأهداف قابلة للقياس لهذا القطاع.
- عدم وجود نظام معلوماتي متكامل لرخص تسويق الأدوية وشواهد التسجيل وشهادات تسجيل للأجهزة الطبية، وعدد من الصيدليات على الصعيد الوطني وثمن الأدوية والثمن العمومي وما إلى ذلك من الإشكاليات.
- التأخير في نشر النصوص التطبيقية للقانون من أجل تنظيم القطاع (المعادلة الحيوية، والتجارب السريرية، والأجهزة الطبية، والتفتيش، وأفضل الممارسات).
- التأخير في عمليات تفتيش الصيدليات لاسيما على المستوى الجهوي.

من ناحية أخرى، فان زيادة كبيرة في الميزانيات المخصصة للأدوية والأجهزة الطبية في القطاع العام (1.5 مليار درهم في 2011) واعتماد تدابير وإجراءات من أجل مشاركة المصالح الطبية في تحديد الحاجيات، وتغيير الوضع القانوني لصيدليات المستشفيات RIH وتأهيلها، كل هذه الإجراءات مكنت من تدبير أفضل لهذه المواد بهدف تحسين التكفل الدوائي بالمرضى، لا سيما المصابين بالأمراض المزمنة مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم ومرض السل والحصول على الأدوية الحيوية أو باهضة الثمن.

زيادة على ذلك، ساعد اللجوء الواسع لطلبات العروض من تخفيض ثمن الأدوية، لجعلها في المتناول وأكثر يسرا بالنسبة للمالية العامة من أجل اقتناء كميات أوفر لفائدة المستشفيات والمراكز الصحية، إلا انه لا تزال هناك مشاكل متعلقة ب:

- وجود هيكل مركزي وحيد مخصص لشراء المنتوجات الصيدلية وتموين المستشفيات ومندوبيات وزارة الصحة.
- التأخير المسجل في تشغيل الصيدليات الجهوية (المخازن الجهوية).
- التأخير في تسليم الأدوية للمؤسسات الصحية مما يؤدي لنفاذ متكرر للمخزون.
- غياب برمجة التزويد بالتشاور مع المؤسسات الصحية.

وبخصوص تنفيد السياسة الدوائية الوطنية عملت الوزارة من خلال الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012.2016 على اتخاذ عدة اجراءات تمثلت فيما يلي:

الإجراءات والتدابير:[92]

- الإجراء 145: تحسين الولوجية المالية والجغرافية للأدوية:
  - إعداد نظام جديد لتسعيرة الأدوية.
  - استمرار جهود التخفيض الضريبي على الأدوية الباهظة الثمن.
  - إنشاء مرصد لمراقبة وتتبع تطور سوق الدواء، الاستهلاك، الثمن، الوصفات، والمبيعات الخ....
  - تشجيع الأدوية الجنيسة.
  - حوافز لتسجيل الأدوية الجنيسة الأقل تجنيسا.
- الإجراء 146: تحسين توافر الأدوية والمنتجات الصحية الأخرى لدى تجار الجملة والصيدليات:

وضع خرائط للقطاع الصيدلاني.

- إحداث خرائط لوحدات التوزيع بالجملة وللصيدليات.
- التحكم في حالات نفاذ المخزون والبدائل العلاجية.
- تعزيز قدرات المرصد الوطني لتوريد الأدوية والمنتجات الصحية.

- الإجراء 147: تشغيل الصيدليات الجهوية في القطاع العام(المخازن الجهوية).
  - تسريع بناء وإعادة تأهيل وتجهيز الصيدليات الجهوية.

[92] راجع الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 ص 77 و78 و79.

- تعيين الصيادلة وموظفي المناولة اللازمين لتشغيل الصيدليات الجهوية.
- وضع إجراءات التشغيل وتنظيم الصيدليات الجهوية وتنظيم المخازن.

- الإجراء 148:مراجعة اللائحة الوطنية للأدوية والمستلزمات الطبية الأساسية:

- مراجعة القائمة الوطنية للأدوية والمستلزمات الطبية الأساسية.
- المصادقة على القائمة النهائية في لجنة مكونة من أعضاء يمثلون مختلف المستعملين ومدبري البرامج الصحية.
- نشر وتوزيع القائمة الوطنية للأدوية للمؤسسات الصحية.

- الاجراء149:وضع سياسة دوائية وطنية:

- إعداد مشروع السياسة الدوائية الوطنية في إطار تشاوري.
- وضع مشروع قانون لإحداث وكالة للأدوية والمنتوجات الصحية.
- وضع مؤشرات ملائمة لتتبع وتقييم السياسة الدوائية الوطنية.PPN
- تسريع نشر النصوص التطبيقية في مجال التكافؤ الحيوي والمستلزمات الطبية، التفتيش، الكواشف، لجنة اليقظة الدوائية،الترخيص بالوضع في السوق.....الخ.
- إعداد النصوص المتعلقة بكيفية تحديد ثمن الأدوية.
- وضع الصيغة النهائية لمشاريع النصوص المتعلقة بالتجارب السريرية، والبحوث الطبية الحيوية،والمواد السامة.
- إعداد النصوص التطبيقية لمشروع القانون المتعلق بالمستلزمات الطبية.
- إعداد النصوص التطبيقية لمشروع القانون المتعلق بالبحوث الطبية الحيوية.
- إعداد مشروع نص بشأن المكملات الغذائية.
- إعداد مشروع النص حول مستحضرات التجميل والعناية الشخصية المتعلقة بالصحة.
- مراجعة ظهير 1958 بشان حماية الأطفال الصغار(الرضاعة واللهاية).

- الإجراء 150: تطوير نظام معلوماتي متكامل وأمن وشفاف خاص بالأدوية والمستلزمات الطبية:

- معالجة أوتوماتيكية لطلبات الحصول على ترخيص بالسوق AMM وتراخيص أخرى خاصة باستيراد الأدوية (حوسبة العمليات، تقديم طلبات الترخيص بالتسويق الكترونيا...الخ)؛

- وضع مؤشرات تتبع لتحسين عملية معالجة طلبات الترخيص بتسويق الأدوية والمنتوجات الصحية.
- استكمال قاعدة معطيات الأدوية؛
- إنشاء نظام الأرشفة المادية والرقمية.

حصيلة الوزارة بخصوص السياسة الدوائية:

في إطار تنفيذ السياسة الدوائية الوطنية وحرصها على توفير الأدوية والمستلزمات الطبية بكل المؤسسات الصحية، أكد السيد وزيرالصحة خلال العرض الذي قدمه أمام اللجنة الموضوعاتية بتاريخ 10 يوليوز 2017 على تحقيق خمس منجزات تتمثل فيما يلي:[93]

- تحديد سعر بيع الأدوية والمستلزمات الطبية للعموم:

تم تفعيل مقتضيات المرسوم رقم 2.13.852 المتعلق بشروط تحديد ثمن بيع الأدوية ابتداء من يونيو 2014، وهو ما مكن من تخفيض سعر بيع حوالي 3600 دواء ومستلزم طبي منتمية إلى فئات علاجية مختلفة، وبنسب انخفاض تتراوح ما بين 20 في المائة و80 في المائة، وفي هذا الإطار قد تم تخفيض ثمن أدوية فيروس الكبدي من 80 مليون سنتيم إلى 12 ألف درهم، كما تم تحسين الولوج للمواد الصحية لا سيما المستلزمات الطبية عبر صياغة ونشر قرار يتعلق بكيفيات تحديد سعر بيع المستلزمات الطبية للعموم وثمن فوترتها.

تشجيع الصناعة الوطنية اللأدوية:

تم دعم البحث والتطوير الدوائي بإصدار إطاره التشريعي المتمثل في القانون رقم 28.13 المتعلق بحماية الأشخاص المشاركين في الأبحاث البيوطبية، مع تشجيع التكوين في ميدان التكافؤ الحيوي والتجارب السريرية.

وفي مجال تنظيم السوق الداخلية، تم تعزيز الإطار التشريعي الخاص بالقطاع الصيدلي بإصدار نص القانون المتعلق بالمستلزمات الطبية، وكذلك تعزيز الإطار التنظيمي بإصدار مرسوم تطبيق للتكافؤ الحيوي ومرسوم تحديد سعر بيع الأدوية للعموم.

أما بخصوص دعم التصنيع المحلي، فقد تمكنت الوزارة من الترخيص في السوق المغربية للدواء الجنيس لالتهاب الكبد HEPATITE C والمصنع وطنيا لمادة سوفوسبيفير بثمن 3000 درهم للعلبة، أي 9000 درهم للعلاج الكامل، عوض 800.000 درهم بالنسبة للدواء

[93] عرض السيد وزير الصحة الذي قدمه أمام المجموعة الموضوعاتية.

الأصلي،مما يشكل كلفة منخفضة ب89 مرة مقارنة مع ثمن الدواء الأصلي وبنفس التكافؤ الحيوي.

على غرار ذلك، تم السهر على تصنيع أدوية بعض الأمراض المزمنة والمكلفة، كأدوية مضادات السرطان كأولوية على لائحة التشجيع الحالي للتصنيع المحلي.

- إخراج المرسوم رقم 2.14.841 المتعلق بالإذن بعرض الأدوية المعدة للاستعمال البشري في السوق:

يهدف إلى تحسين وتسهيل عملية منح رخصة الإذن بالعرض في السوق، ويحدد المدة الزمنية اللازمة لدراسة ملفات الطلبات والرد عليها بالنسبة لكل من الإدارة والمؤسسات الصيدلية الصناعية مع إمكانية تطبيق مسطرة سريعة لمنح الإذن لدواء ذي فائدة قصوى بالنسبة للصحة العامة تتعلق بتوفره أو بتيسير الحصول عليه.

- تعزيز الترسانة القانونية الصيدلانية:

بانجاز ونشر عدة نصوص قانونية وتنظيمية خاصة بالدواء والصيدلة تمكن من تقنين وهيكلة قطاع الأدوية بفعالية وعقلانية: وأبرزها القانون 12.84 المتعلق بالمستلزمات الطبية، والقانون 13.28 المتعلق بحماية الأشخاص المشاركين في الأبحاث البيوطبية، والقانون 12.92 المتعلق باستيراد، تسويق، حيازة واستعمال المواد السامة، والمرسوم 852.13.2 المتعلق بشروط وقواعد تحديد الأثمنة العمومية لبيع الأدوية، والمرسوم 841.14.2 المتعلق برخصة تسويق الأدوية، والمرسوم 198.12.2 المتعلق بالتكافؤ الحيوي للأدوية الجنيسة...وغيرها.

- تحسين الولوج للأدوية:

عبر تعزيز المرصد الوطني لتوفير الأدوية والمواد الصحية بتحديد لائحة الأدوية الإستراتيجية المتبعة عن قرب(الأدوية في وضعية احتكار والأدوية الأساسية) وإنشاء موقع على شبكة الانترنت خاص بالمرصد الوطني لتدبير وتتبع كل تصريحات بحالة مخزون المؤسسات الصيدلية وتصريحات انقطاع المخزون وتصريحات بمخزون السلامة، ووضع نظام معلوماتي لإدارة البيانات المتعلقة بالمرصد وضبط الانقطاع في الأدوية وبدائلها العلاجية، وصدور دورية وزارية حول التذكير بالمقتضيات التنظيمية الخاصة بمخزونات الأدوية والتزامات الصيادلة المسؤولين.

- وبخصوص إرساء لجنة وطنية حول تقدم تنفيذ السياسة الدوائية:

أفاد السيد الوزير أنه سيتم في غضون الأسابيع القليلة المقبلة صدور مقرر لوزير الصحة قاضي بإحداث لجنة وطنية سيكون من اختصاصها رصد وتتبع وتقييم السياسة الدوائية،

تتألف من ممثلي القطاع الصيدلي وممثلي مختلف الوزارات المعنية ويمكن أن تضم اللجنة أيضا كل شخصية أخرى مشهود لها بالخبرة والكفاءة في هذا الشأن.

السياسة الدوائية على ضوء مخطط الصحة 2025:

وبخصوص الإجراءات التي تهدف إلى تعزيز السياسة الدوائية فإن مخطط الصحة 2025 تناولها في:

المحور التاسع: تحسين الولوج إلى الادوية والموارد الطبيعية

- تنفيذ مقتضيات السياسة الدوائية الوطنية
- إعادة ضبط عملية تموين وتوزيع الأدوية والمنتجات الصحية
- تحسين تدبير واستخدام المنتجات الصحية
- الاستمرار في سياسة خفض أثمنة الأدوية والمستلزمات الطبية
- تحسين معدل استخدام الادوية الجنيسية.

خامسا : الخريطة الصحية

جاءت الإستراتيجية الصحية ل 2012-2016 خالية من الإجراءات والتدابير المتعلقة بهذا المحور، وحتى العروض المقدمة من طرف وزير الصحة بمناسبة تقديمه لمشاريع الميزانيات الفرعية لسنة 2012 و2013 و2014 و2015 و2016 و2017 لم تتطرق لهذا المحور، لكن بعد القيام ببحث في الموضوع قد تم التوصل لقانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات وهو القانون الذي يتطرق لموضوع الخريطة الصحية وصدر في عهد حكومة عباس الفاسي، أما الحكومة الحالية فقد قامت بإصدار المرسوم رقم 2.14.562 بتاريخ 7 شوال 1436 (24 يوليو 2015) بتطبيق هذا القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات.

وفيما يخص المقتضيات المتعلقة بعرض العلاجات والخريطة الصحية والمخطط الجهوي لعرض العلاجات الواردة في القانون الإطار والمرسوم المنفذ له سيتم تقديمها على الشكل التالي:

أولا: المقتضيات الواردة في القانون الإطار رقم 34.09 :[94]

قد تم تأطير مسألة الخريطة الصحية بوضع القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات الصادر تنفيذه بظهير شريف رقم 1.11.83 بتاريخ 29 من رجب 1432 (2 يوليو 2011) والذي نص في المادة 19 منه على مايلي: "يتم إحداث خريطة صحية ومخطط جهوي لغرض العلاجات"، كما أشار القانون المذكور أعلاه في المادة 20 إلى الهدف من وضع الخارطة الصحية والمخطط الجهوي والذي أجمله في "توقع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة وتحفيز إجرائها، قصد الاستجابة على النحو الأمثل، لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، وتحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة والتحكم في نمو العرض".

كما أشار القانون الإطار رقم 34.09 إلى أن الخريطة الصحية تحدد التقطيع الصحي على المستوى الوطني وبين الجهات وعلى مستوى كل جهة وتضم:

- مجموع البنية التحتية الصحية الموجودة،
- أهمية وطبيعة البنيات التحتية الصحية والمنشآت العمومية والخاصة الثابتة والمتنقلة المتوقعة وكذا المجال الترابي الذي ستقدم فيه خدماتها،

[94] القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الموقع الرسمي لوزارة العدل والحريات.

- مواصفات ومعايير وكيفيات إحداث البنيات التحتية والمنشآت الصحية.

وتحدد الخريطة الصحية شبكات للتكفل بمشاكل ومخاطر محددة تتعلق بالصحة، كما تحدد الموارد البشرية حسب الحاجيات والتخصصات.

أما بخصوص وضع الخريطة الصحية فقد أسندها القانون للإدارة بعد استشارة اللجنة الوطنية لعرض العلاجات المشار إليها في المادة 30 من القانون الإطار رقم 34.09 لمدة 10 سنوات، كما يجب تقييمها كل خمس سنوات وإن اقتضى الحال مراجعتها وفق نفس المسطرة، عند حدوث تغييرات هامة في المعطيات التي اعتمدت في إعدادها.

وأشار القانون الإطار في المادة 31 منه إلى أن العمل به سيتم بموجب النصوص التشريعية والتنظيمية المتخذة لتطبيقه.

ثانيا: المقتضيات والإجراءات الواردة في المرسوم رقم 2.14.562:[95]

قد أصدرت الحكومة مرسوم رقم 2.14.562 بتاريخ 7 شوال 1436 (24 يوليو 2015) بتطبيق القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، فيما يخص عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخطط الجهوي لعرض العلاجات.

وتطرق هذا المرسوم إلى أن مسألة تنظيم عرض العلاجات وفقا للخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات المنصوص عليها به والتي حددها على الشكل التالي:

النمط الثابت لعرض العلاجات في القطاع الخاص، سواء كان هذا الأخير يسعى إلى الحصول على الربح أم لا، من المؤسسات الصحية المحددة في:

- العيادات الطبية (الطب العام والطب المتخصص)،
- عيادات الفحص بالأشعة والتصوير الطبي،
- منشآت المساعدة الطبية المستعجلة،
- عيادات طب الأسنان،
- المصحات والمؤسسات التي تدخل في حكمها،
- المؤسسات الطبية الاجتماعية التي تتكفل طبيا بالأشخاص المسنين وبصفة عامة بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة،
- المؤسسات الصحية التي تتكفل بالتتبع والنقاهة،

95مرسوم رقم 2.14.562 بتاريخ 7 شوال 1436 (24 يوليو 2015) بتطبيق القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، فيما يخص عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخطط الجهوي لعرض العلاجات ، الموقع الرسمي لوزارة الصحة.

- مختبرات التحاليل الطبية،
- الصيدليات ومستودعات الأدوية،
- العيادات شبه الطبية.
- النمط الثابت في عرض العلاجات في القطاع العام من شبكات المؤسسات الصحية الأربعة التالية، التابعة لوزارة الصحة أو الموضوعة تحت وصايتها:
- شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية،
- الشبكة الاستشفائية،
- الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية،
- شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية.
- العلاجات والأعمال في إطار النمط المتنقل استجابة لحاجيات السكان وذلك من خلال:
- زيارات منزلية،
- وحدات طبية متنقلة،
- قوافل طبية متخصصة،
- مستشفيات متنقلة.

كما أن المرسوم نظم عرض العلاج في القطاع العام بالاستناد إلى مبدأ تدرج مستويات العلاج الذي يرتكز على نظام مرجعي-ضد مرجعي المحدد لمسارات علاج المرضى خارج الحالات الاستعجالية، إما داخل نفس المجال الترابي الصحي في شكل شبكات منسقة للعلاج أو بين المجالات الترابية الصحية في شكل مسالك العلاج.

ونظم عرض العلاجات الاستعجالية في شكل مستعجلات طبية للقرب ومستعجلات ما قبل الاستشفاء ومستعجلات طبية استشفائية، وتتولى مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية العمومية مهمة ضبطها.

وحدد المرسوم التقطيع الصحي الترابي الوطني بناء على التقسيم الإداري للمملكة، مع تتميم هذا التحديد عند الاقتضاء بناء على التقسيم الخاص الذي يضعه وزير الصحة لضبط المجالات الترابية الصحية الأكثر نجاعة للعمل الصحي.

وتتكون المجالات الترابية الصحية من:

- الدوائر الصحية:

يمكن أن تكون قروية أو حضرية حيث يتطابق المجال الترابي للدائرة الصحية القروية مع المجال الترابي لقيادة، ويتطابق المجال الترابي للدائرة الصحية الحضرية مع المجال الترابي لمقاطعة في الجماعات الخاضعة لنظام المقاطعات أو مع المجال الترابي لمجموع الجماعة عندما لا تكون هذه الأخيرة مقسمة إلى مقاطعات، وتقسم كل دائرة صحية إلى قطاعين صحيين أو أكثر، ويمثل القطاع الصحي المجال الترابي الذي يقدم فيه مركز صحي خدمات للساكنة.

ويجب أن تتوفر الدائرة الصحية على مجموع خدمات الرعاية الصحية الأولية المتعلقة بالوقاية وبالنهوض بالصحة وبأنماط العيش السليمة وكذا بالعلاجات المرتبطة بالولادة وبمستعجلات القرب وبالطب العام.

- العمالات والأقاليم الصحية:

تتطابق مع المجالات الترابية للعمالات أو الأقاليم حسب التقسيم الإداري للمملكة، وتمثل مجال تدخل المندوبية الإقليمية التابعة لوزارة الصحة، ويتم تقسيم كل عمالة أو إقليم صحي إلى دائرتين صحيتين أو أكثر، ويشمل عرض العلاجات بها بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية، خدمات إعادة التأهيل وخدمات المستوى الأول الاستشفائية والمحدد لائحتها في الملحق رقم 1 بالمرسوم.

- الجهات الصحية:

تتطابق مع المجال الترابي للجهات كما هو محدد في التقسيم الإداري للمملكة الجاري به العمل وتمثل مجال تدخل مديرية جهوية للصحة تابعة لوزارة الصحة، كما تتكون كل جهة صحية من عمالتين أو إقليمين صحيين أو عدة عمالات وأقاليم صحية، وزيادة على الخدمات المقدمة على مستوى العمالة أو الإقليم فإنها تقدم خدمات المستوى الثاني الاستشفائية المحددة في الملحق رقم 1 بالمرسوم.

- المجالات الترابية الصحية المشتركة بين عدة جهات:

تتطابق مع المجال الترابي الذي تقدم فيه الخدمات الصحية المشتركة بين عدة جهات بواسطة بنية تحتية أو تجهيز أو منشأة صحية أو منشأة ذات تكنولوجيا عالية، ولا سيما خدمات المستوى الثالث الاستشفائية والخدمات التي تقدمها أقطاب التميز أو المراكز المرجعية المشتركة بين عدة جهات، وتحدد لائحة خدمات المستوى الثالث الاستشفائية في الملحق رقم 1 بالمرسوم.

وتنقسم مؤسسات عرض العلاجات في القطاع العام إلى:

مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وهي:

المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الأول:

- مؤسسة للرعاية الصحية الأولية للاتصال الأول سواء كانت في الوسط القروي أو الحضري، يوضع تحت مسؤولية طبيب عام ويساعده ممرض (ة) رئيس (ة) ويقدم خدمات صحية في مجال الوقاية والعلاج والنهوض بالصحة تشمل، علاوة على المراقبة الوبائية، الخدمات التالية:
- الاستشارات في الطب العام،
- العلاجات التمريضية،
- تتبع صحة الأم والطفل،
- تتبع الأمراض المزمنة،
- تتبع صحة الشباب والمراهقين بما في ذلك الصحة المدرسية،
- خدمات التوعية والتربية من أجل الصحة.

المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الثاني:

يوضع تحت مسؤولية طبيب عام ويساعده ممرض (ة) مساعد (ة)، ويقدم بالإضافة إلى خدمات المركز الصحي القروي والحضاري من المستوى الأول، الخدمات التالية:

العلاجات الاستعجالية الأساسية المتعلقة بالتوليد،

التحاليل البيولوجية الأساسية اللازمة لتتبع صحة النساء الحوامل والمرضى المصابين بأمراض مزمنة،

الفحوصات بأشعة الصدى الصوتي للمرأة الحامل.

وعندما يكون المركز الصحي القروي والحضري من المستوى الثاني موطنا في مركز دائرة إدارية لا توجد في مجالها الترابي بنية استشفائية عمومية، يزود المركز بوحدة للولادة من أربعة إلى ثمانية أسرة، ويقدم زيادة على ذلك:

- الخدمات المتعلقة بالمستعجلات الطبية للقرب،
- علاجات الفم والأسنان،
- استشارات في الصحة العقلية.

ويتم دعم مؤسسات الرعاية الصحية الأولية القروية والحضرية ببنيات متخصصة تتولى تقديم خدمات تتعلق بالأنشطة المرتبطة بالبرامج الصحية، وتشمل هذه البنيات المتخصصة، المؤسسات الصحية التالي:

- المراكز المرجعية للصحة الإنجابية،
- مراكز تشخيص وعلاج الأمراض التنفسية،
- مختبرات الصحة العمومية (مختبرات التشخيص الوبائي ومختبرات المحافظة على البيئة).

المستوصفات القروية عند وجودها:

عندما يكون المجال التربي الذي يقدم فيه المركز الصحي القروي من المستوى الأول خدمات شاسعة، يمكن إحداث مستوصف قروي أو اثنين يتم إلحاقهما به، ويوضع كل واحد منهما تحت مسؤولية ممرض (ة).

كما يحدد المرسوم الشبكة الاستشفائية من المؤسسات التالية:

- المستشفيات الإقليمية،
- المستشفيات الجهوي،
- المستشفيات التابعة للمراكز الاستشفائية، المحدثة في شكل مؤسسات عمومية،
- المستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية،
- المراكز الجهوية لعلاج السرطان،
- مراكز تصفية الدم.

ويتم دعم الشبكة الاستشفائية بالمراكز التالية:

- المركز الوطني والمراكز الجهوية لتحاقن الدم وعلم مبحث الدم،
- المعهد الوطني للصحة،
- المركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية،
- المركز الوطني للوقاية من الأشعة الأيونية.

كما تم تحديد الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية في:

- المستعجلات الطبية للقرب،
- المستعجلات ما قبل الاستشفائية،
- المستعجلات الطبية الاستشفائية والتي تشمل: (الأساسية، الكاملة والمتخصصة).

وتم تحديد شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية في:

- المراكز المسماة "فضاءات صحة-الشباب"،
- مراكز إعادة التأهيل البدني وتقويم البصر وتقويم النطق،

- مراكز لتقويم العظام،
- مراكز معالجة الإدمان،
- المراكز الطبية الجامعية،
- مراكز العلاجات الملطفة.

معايير وكيفيات إحداث وتوطين البنيات التحتية والمنشآت الصحية:

مع مراعاة التقطيع الصحي المنصوص عليه في المرسوم رقم 2.14.562، يجب أن يستوجب إحداث وتوطين البنيات التحتية والمنشآت العمومية التابعة لشبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، لحاجيات السكان وفقا للمعايير التالية:

- المركز الصحي القروي من المستوى الأول: لساكنة لا يقل عددها عن 7000 نسمة،
- المركز الصحي القروي من المستوى الثاني: لساكنة لا يقل عددها عن 25000 نسمة،
- المركز الصحي الحضري من المستوى الأول: لساكنة لا يقل عددها على 25000 نسمة،
- المركز الصحي الحضري من المستوى الثاني: لساكنة لا يقل عددها عن 50000 نسمة.

ويتم تحديد الأسرة الاستشفائية التي ينبغي توفيرها على المستوى الجهوي، استنادا على عدد السكان وفق المعادلة التالية:

L=P xTAxDMS/365xTOM

- L: تعني عدد الأسرة المتوقعة،
- P: تعني عدد السكان المستهدفين،
- TA: تعني نسبة القبول في المستشفى المحددة في 7 في المائة.
- DMS: تعني المدة المتوسطة للإقامة بالمستشفى والمحددة في 5 أيام،
- TOM: تعني المعدل المتوسط لملأ الأسرة المحددة في 80 في المائة.

كما يشترط لإحداث مستشفى إقليمي علاوة على التقطيع الصحي، وجود ساكنة لا يقل عددها عن 200000 نسمة، وإذا قل عدد الساكنة عن هذا العدد، وحسب احتياجات الساكنة يمكن إحداث مستشفى للقرب إذا كان عدد السكان المعنيين 70000 نسمة على الأقل.

وأحدث القانون الإطار والمرسوم التطبيقي له لجنة وطنية ولجان جهوية لعرض العلاجات من بين هيئات التشاور في المجال الصحي قصد تمكين مختلف الشركاء في المنظومة الصحية من المساهمة في انسجام أعمالها وتحسين حكامتها، والتي سنتطرق لطريقة تشكيلها وتسييرها.

اللجنة الوطنية لعرض العلاجات:

يترأس اللجنة الوطنية لعرض العلاجات وزير الصحة أو من يعينه لهذا الغرض، وتضم علاوة على رئيسها الأعضاء التالية ذكرهم:

- ممثلين اثنين للسلطة الحكومية المكلفة بالداخلية، من بينهما المدير العام للجماعات المحلية أو من يمثله،
- ممثل للسلطة الحكومية المكلفة بالمالية،
- ممثل السلطة الحكومية المكلفة بإعداد التراب الوطني،
- ممثل السلطة الحكومية المكلفة بالتعليم العالي،
- ممثل السلطة الحكومية المكلفة بالتجهيز،
- ممثل للمندوبية السامية للتخطيط،
- مفتش مصلحة الصحة للقوات المسلحة الملكية أو من يمثله،
- رئيس المجلس الوطني للهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء أو من يمثله،
- رئيس المجلس الوطني للصيادلة أو من يمثله،
- رئيس المجلس الوطني لهيئة أطباء الأسنان أو من يمثله،
- مدراء المراكز الاستشفائية المحدثة في شكل مؤسسات عمومية،
- المفتش العام ومدراء الإدارة المركزية لوزارة الصحة،

يمكن أن تدعو اللجنة الوطنية لعرض العلاجات لحضور اجتماعاتها، بصفة استشارية، كل شخص ترى فائدة في حضوره.

تجتمع اللجنة بمبادرة من رئيسها وبدعوة منه.

يجب أن تبدي اللجنة الوطنية رأيها حول مشروع الخريطة الصحية المحالة إليها في أجل أقصاه 60 يوما، ابتداء من تاريخ الإحالة.

تتخذ قرارات اللجنة بأغلبية أعضائها الحاضرين وفي حالة تعادل الأصوات يرجح الجانب الذي يكون فيه الرئيس، وتضمن أشغالها في محاضر توقع من طرف الرئيس.

تتولى مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة التابعة لوزارة الصحة كتابة اللجنة الوطنية.

اللجنة الجهوية لعرض العلاجات:

يتولى رئاسة كل لجنة جهوية والي الجهة المعنية أو من يمثله، وتتألف من:

- عمال عمالات وأقاليم الجهة أو من يمثلونهم،
- رئيس مجلس الجهة أو من يمثله،
- ممثل السلطة الحكومية المكلفة بإعداد التراب الوطني على مستوى الجهة،
- رئيس المجلس للهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء أو من يمثله،
- رئيس المجلس الجهوي لهيئة الصيادلة أو من يمثله،
- رئيس المجلس الجهوي لهيئة أطباء الأسنان أو من يمثله،
- مدير مركز استشفائي محدث في شكل مؤسسة عمومية الموجود مقره بالجهة،
- ممثلين اثنين عن الإدارة المركزية لوزارة الصحة، يعينهما وزير الصحة،
- المدير الجهوي للصحة،
- مندوبو وزارة الصحة بعمالات وأقاليم الجهة،

يمكن أن تدعو اللجنة لحضور اجتماعاتها بصفة استشارية كل شخص ترى فائدة في حضوره.

تتولى المديرية الجهوية للصحة كتابة اللجنة الجهوية.

تجتمع اللجنة بدعوة من رئيسها وبمبادرة منه،

يجب أن تبدي رأيها حول مشروع المخطط الجهوي لعرض العلاجات المتعلقة بالجهة في أجل أقصاه 60 يوما، ابتداء من تاريخ إحالته إليها.

تتخذ قراراتها بأغلبية أصوات أعضائها الحاضرين، وفي حالة تعادل الأصوات يرجح جانب الرئيس، تضمن أشغالها في محاضر توقع من طرف الرئيس، وتوجه نسخة من هذه المحاضر إلى رئيس اللجنة الوطنية لعرض العلاجات.

ثالثا: الحصيلة المتعلقة بمحور الخريطة الصحية

من خلال العرض المقدم من طرف وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية فقد تم الوقوف على الحصيلة التالية:[96]

- إعداد دليل خاص بالمخططات الجهوية لعرض العلاجات ومواكبة وتأطير الجهات في تملك مضامين الخريطة الصحية وإعداد المخططات الجهوية لعرض العلاجات.

[96] العرض الذي قدمه وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية المؤقتة.

- مواكبة إعداد المخططات الجهوية لعرض العلاجات بجميع الجهات، ومن ثم الإشراف على تقديمها ومناقشتها بالكتابة العامة بمعية المديريات المركزية المعنية، في أفق المصادقة عليها من طرف اللجنان الجهوية لعرض العلاجات، وهو ما تمكنت منه لحد الآن جهة صحية واحدة وهي جهة سوس ماسة، على أن الجهات 11 الأخرى قطعت أشواطا كبيرة على نفس النهج.
- تم برمجة أزيد من 2000 مشروع تهم إحداث وتحديث مؤسسات الرعاية الصحية الأولية في إطار البرنامج الوطني لتقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالعالم القروي، وعلى سبيل المثال تم بناء 460 مؤسسة صحية قروية و153 دار للولادة واقتناء 394 سيارة إسعاف و331 وحدة صحية متنقلة.
- لتنزيل الخريطة الصحية على المدى المتوسط سيتم اعتماد المخططات الجهوية لعرض العلاجات من طرف اللجان الجهوية ثم من طرف اللجنة الوطنية لعرض العلاجات ليتم نشرها في الجريدة الرسمية.[97]

وفيما يتعلق بالخريطة الصحية فإن مخطط الصحة ل2025 يتطرق لها في الإجراء رقم 1 من المحور الأول المتعلق بتنظيم العرض الصحي الوطني حيث ينص على أن الوزارة ستقوم "بتفعيل مقتضيات الخريطة الصحية".

[97] عرض السيد وزير الصحة أمام المجموعة الموضوعاتية.

ملاحق عامة

الخطاب الملكي السامي الذي ألقاه صاحب الجلالة الملك مُحَمَّد السادس نصره الله يوم الجمعة 14 أكتوبر 2016 بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية التشريعية العاشرة 2017/2016

"الحمد لله ، والصلاة والسلام على مولانا رسول الله وآله وصحبه

السيدات والسادة البرلمانيين المحترمين،

إن افتتاح السنة التشريعية ليس مجرد مناسبة دستورية، للتوجه لأعضاء البرلمان، وإنما هو منبر أتوجه من خلاله، في نفس الوقت للحكومة وللأحزاب، ولمختلف الهيآت والمؤسسات والمواطنين.

كما أنه أيضا لا يشكل فقط، فرصة لتقديم التوجيهات، والنقد أحيانا، بخصوص العمل النيابي والتشريعي، بل هو منبر أستمع من خلاله لصوت المواطن، الذي تمثلونه.

ويسعدنا في البداية، أن نتقدم بالتهاني، لأعضاء مجلس النواب، على الثقة، التي وضعها فيهم المواطنون، لتمثيلهم بالمؤسسة التشريعية.

كما نعبر عن تقديرنا، لما أبانت عنه السلطات العمومية، من التزام بروح المسؤولية الوطنية، في كل مراحل الانتخابات.

وبصفتنا الساهر على صيانة الاختيار الديمقراطي، فإننا نؤكد تشبثنا بالتعددية الحزبية، التي وضع أسسها جدنا المقدس جلالة الملك مُحَمَّد الخامس، ورسخها والدنا المنعم جلالة الملك الحسن الثاني، طيب الله مثواهما وناضلت من أجلها الأجيال السابقة.

لقد انتهت الولاية التشريعية الأولى، بعد إقرار دستور 2011، والتي كانت ولاية تأسيسية، لما ميزها من مصادقة على القوانين المتعلقة بإقامة المؤسسات.

فالمرحلة التي نحن مقبلون عليها أكثر أهمية من سابقاتها، فهي تقتضي الانكباب الجاد على القضايا والانشغالات الحقيقية للمواطنين، والدفع قدما بعمل المرافق الإدارية، وتحسين الخدمات التي تقدمها.

السيدات والسادة البرلمانيين المحترمين،

إن الهدف الذي يجب أن تسعى إليه كل المؤسسات، هو خدمة المواطن. وبدون قيامها بهذه المهمة، فإنها تبقى عديمة الجدوى، بل لا مبرر لوجودها أصلا.

وقد ارتأيت أن أتوجه إليكم اليوم، ومن خلالكم لكل الهيآت المعنية ، وإلى عموم المواطنين، في موضوع بالغ الأهمية، هو جوهر عمل المؤسسات.

وأقصد هنا علاقة المواطن بالإدارة ، سواء تعلق الأمر بالمصالح المركزية، والإدارة الترابية ، أو بالمجالس المنتخبة، والمصالح الجهوية للقطاعات الوزارية.

كما أقصد أيضا، مختلف المرافق المعنية بالاستثمار وتشجيع المقاولات، وحتى قضاء الحاجيات البسيطة للمواطن، كيفما كان نوعها.

فالغاية منها واحدة، هي تمكين المواطن من قضاء مصالحه، في أحسن الظروف والآجال، وتبسيط المساطر، وتقريب المرافق والخدمات الأساسية منه.

أما إذا كان من الضروري معالجة كل الملفات، على مستوى الإدارة المركزية بالرباط، فما جدوى اللامركزية والجهوية، واللاتمركز الإداري، الذي نعمل على ترسيخه، منذ ثمانينيات القرن الماضي.

إن تدبير شؤون المواطنين، وخدمة مصالحهم، مسؤولية وطنية، وأمانة جسيمة، لا تقبل التهاون ولا التأخير.

ولكن مع كامل الأسف، يلاحظ أن البعض يستغلون التفويض، الذي يمنحه لهم المواطن، لتدبير الشأن العام في إعطاء الأسبقية لقضاء المصالح الشخصية والحزبية، بدل خدمة المصلحة العامة، وذلك لحسابات انتخابية.

وهم بذلك يتجاهلون بأن المواطن هو الأهم في الانتخابات، وليس المرشح أو الحزب، ويتنكرون لقيم العمل السياسي النبيل.

فإذا كانوا لا يريدون القيام بعملهم ولا يهتمون بقضاء مصالح المواطنين، سواء على الصعيد المحلي أو الجهوي، وحتى الوطني، فلما ذا يتوجهون إذن للعمل السياسي؟

إن الالتزام الحزبي والسياسي الحقيقي، يجب أن يضع المواطن فوق أي اعتبار، ويقتضي الوفاء بالوعود التي تقدم له، والتفاني في خدمته، وجعلها فوق المصالح الحزبية والشخصية.

ولأن النجاعة الإدارية معيار لتقدم الأمم، وما دامت علاقة الإدارة بالمواطن لم تتحسن، فإن تصنيف المغرب في هذا الميدان، سيبقى ضمن دول العالم الثالث، إن لم أقل الرابع أو الخامس.

حضرات أعضاء البرلمان المحترمين،

يقال كلام كثير بخصوص لقاء المواطنين بملك البلاد، والتماس مساعدته في حل العديد من المشاكل والصعوبات.

وإذا كان البعض لا يفهم توجه عدد من المواطنين إلى ملكهم من أجل حل مشاكل وقضايا بسيطة، فهذا يعني أن هناك خللا في مكان ما.

أنا بطبيعة الحال أعتز بالتعامل المباشر مع أبناء شعبي، وبقضاء حاجاتهم البسيطة، وسأظل دائما أقوم بذلك في خدمتهم .

ولكن هل سيطلب مني المواطنون التدخل لو قامت الإدارة بواجبها ؟

الأكيد أنهم يلجؤون إلى ذلك بسبب انغلاق الأبواب أمامهم، أو لتقصير الإدارة في خدمتهم، أو للتشكي من ظلم أصابهم.

حضرات السيدات والسادة البرلمانيين،

إن المرافق والإدارات العمومية، تعاني من عدة نقائص، تتعلق بالضعف في الأداء، وفي جودة الخدمات، التي تقدمها للمواطنين.

كما أنها تعاني من التضخم ومن قلة الكفاءة، وغياب روح المسؤولية لدى العديد من الموظفين.

إن الإدارة تعاني، بالأساس، من ثقافة قديمة لدى أغلبية المغاربة.

فهي تشكل بالنسبة للعديد منهم مخبأ، يضمن لهم راتبا شهريا، دون محاسبة على المردود الذي يقدمونه.

غير أن المسؤولية تتطلب من الموظف، الذي يمارس مهمة أو سلطة عمومية، تضع أمور الناس بين يديه، أن يقوم على الأقل بواجبه في خدمتهم والحرص على مساعدتهم .

والواقع أن الوظيفة العمومية لا يمكن أن تستوعب كل المغاربة. كما أن الولوج إليها يجب أن يكون على أساس الكفاءة والاستحقاق وتكافؤ الفرص.

السيدات والسادة البرلمانيين المحترمين،

إن الصعوبات التي تواجه المواطن في علاقته بالإدارة كثيرة ومتعددة، تبتدئ من الاستقبال، مرورا بالتواصل، إلى معالجة الملفات والوثائق؛ بحيث أصبحت ترتبط في ذهنه بمسار المحارب.

فمن غير المعقول أن يتحمل المواطن، تعب وتكاليف التنقل إلى أي إدارة، سواء كانت قنصلية أو عمالة، أو جماعة ترابية، أو مندوبية جهوية وخاصة إذا كان يسكن بعيدا عنها، ولا يجد من يستقبله، أو من يقضي غرضه.

ومن غير المقبول، أن لا تجيب الإدارة على شكايات وتساؤلات الناس وكأن المواطن لا يساوي شيئا، أو أنه مجرد جزء بسيط من المنظر العام لفضاء الإدارة.

فبدون المواطن لن تكون هناك إدارة. ومن حقه أن يتلقى جوابا عن رسائله، وحلولا لمشاكله، المعروضة عليها. وهي ملزمة بأن تفسر الأشياء للناس وأن تبرر قراراتها التي يجب أن تتخذ بناء على القانون .

وعلى سبيل المثال، فالعديد من المواطنين يشتكون من قضايا نزع الملكية، لأن الدولة لم تقم بتعويضهم عن أملاكهم، أو لتأخير عملية التعويض لسنوات طويلة تضر بمصالحهم، أو لأن مبلغ التعويض أقل من ثمن البيع المعمول به، وغيرها من الأسباب.

إن نزع الملكية يجب أن يتم لضرورة المصلحة العامة القصوى، وأن يتم التعويض طبقا للأسعار المعمول بها، في نفس تاريخ القيام بهذه العملية مع تبسيط مساطر الحصول عليه.

ولا ينبغي أن يتم تغيير وضعية الأرض التي تم نزعها، وتحويلها لأغراض تجارية، أو تفويتها من أجل المضاربات العقارية.

كما أن المواطن يشتكي بكثرة، من طول وتعقيد المسا طر القضائية، ومن عدم تنفيذ الأحكام، وخاصة في مواجهة الإدارة.

فمن غير المفهوم أن تسلب الإدارة للمواطن حقوقه، وهي التي يجب أن تصونها وتدافع عنها. وكيف لمسؤول أن يعرقل حصوله عليها وقد صدر بشأنها حكم قضائي نهائي؟

كما أنه من غير المعقول، أن لا تقوم الإدارة حتى بتسديد ما بذمتها من ديون للمقاولات الصغرى والمتوسطة، بدل دعمها وتشجيعها، اعتبارا لدورها الهام في التنمية والتشغيل.

كما أن المواطنين يشتكون أيضا من الشطط في استعمال السلطة والنفوذ، على مستوى مختلف الإدارات، ومن تعقيد المساطر، وطول آجال منح بعض الوثائق الإدارية.

إذ لا يعقل أن يسافر المواطن لطلب وثيقة، ويقدم كل الوثائق الضرورية، وينتظر أياما وأحيانا أسابيع للحصول عليها.

ففي العديد من القنصليات مثلا، لا يتم إخبار المواطنين بالأخطاء، التي تقع في الوثائق، بسبب غياب آلية لمتابعة الملفات، إضافة إلى التعقيدات الإدارية التي يتطلبها تصحيح أي خطإ.

وهو ما يكلف المواطن عناء وتكاليف التنقل إلى المغرب لإحضار وثائق الإثبات اللازمة لتصحيح هذا الخطإ، إضافة إلى غياب التنسيق بين الإدارات المعنية مما يعطل عملية تسليم الوثائق.

ومن بين القضايا الإدارية، الأكثر انتشارا، تلك التي تتعلق بتطبيق مدونة الأسرة، وما ينتج عن ذلك من مشاكل عائلية واجتماعية.

فبعد مرور أكثر من 12 سنة، على إطلاق هذا الإصلاح المجتمعي، هناك من لا يعرف لحد الآن، مضمون هذا القانون، وما له من حقوق وما عليه من واجبات، وخاصة في أوساط المغاربة بالخارج.

لذا، ندعو الحكومة وكافة المؤسسات المعنية، الإدارية والقضائية، لحسن تفعيله، ومواصلة التوعية بمضامينه، ومواكبته بالإصلاح والتحيين، لتجاوز المشاكل التي أبانت عنها التجربة والممارسة.

حضرات السيدات والسادة أعضا ء البرلمان،

إن المشاكل التي تواجه المواطن في الإدارة تتجسد بشكل واضح في العراقيل التي تعيق الاستثمار، رغم إحداث المراكز الجهوية واستعمال الشباك الوحيد لتبسيط المساطر و تسريع عملية اتخاذ القرار.

صحيح أن بعض المستثمرين، في بعض الحالات، يقدمون ملفات غير كاملة، إلا أنه بدل أن يقوم الشباك بمساعدتهم وعرض قائمة من الحلول لتشجيعهم، يلاحظ أنه يتم تعقيد الأمور عليهم وتكبيلهم بسلسلة من القيود والعراقيل.

وبهذه العقلية والتمادي في مثل هذه التصرفات، فإن الشباك الوحيد سيبقى دون جدوى.

وقد أكدت أكثر من مرة، على ضرورة حل المشاكل، ومعالجة الملفات في عين المكان. كما أعطيت تعليماتي للحكومة، ووجهتها لاتخاذ الإجراءات الإدارية بهذا الخصوص.

فما جدوى الرسالة التي وجهتها إلى الوزير الأول منذ 2002 وما فائدة الجهوية واللامركزية واللاتمركز، إذا استمر الوضع القديم واستمرت المشاكل السابقة ؟

إن هذا الوضع غير مقبول، ولا ينبغي أن يستمر. فالمستثمر عندما لا يتلقى جوابا وإذا لم يتم حل المشكل الذي يواجهه، فإنه يرجع أمواله إلى البنك، إذا كان مقيما في المغرب.

أما إذا كان من أبناء الجالية، وفضل الاستثمار في وطنه، فإنه يكون مجبرا على العودة بأمواله إلى الخارج.

وبذلك يتم حرمان الوطن من فرص الاستثمار والتنمية، وحرمان المواطنين من فرص الشغل.

إن الشباك الوحيد ليس إلا واحدا من الأوراش، لمعالجة العراقيل التي تواجه الاستثمار.

وإذا لم يتم إيجاد الحلول الناجعة لها، بعد كل هذه السنوات، فكيف سيتم تطبيق باقي النقط المهمة الواردة في رسالتنا إلى الوزير الأول والتي تخص علاقة المواطن بالإدارة وتبسيط المساطر وتشجيع الاستثمار ؟.

السيدات والسادة البرلمانيين المحترمين،

رغم السلبيات والنقائص التي تعاني منها بعض المرافق العمومية، فهذا لا يعني أن الوضع أسود، وأن الإدارة لا تقوم بواجبها، بل إنها تتوفر على مؤهلات مهنية وتقنية عالية، وتعرف تحسنا ملحوظا.

وخير دليل على ذلك، الأوراش الكبرى التي يتم إنجازها والسياسات القطاعية والوطنية الناجحة التي غيرت وجه المغرب وكان لها دور كبير في تحقيق تقدم ملموس في مختلف المجالات.

ولكن طموحنا أكبر، وتطلعات المواطن تفوق ما تقدمه الإدارة. كما أن التطور الذي يعرفه المغرب، يقتضي الرفع من مردوديتها .

إننا نؤمن بأن النجاعة الإدارية تساهم في النهوض بالتنمية، وفي جلب الاستثمار الوطني والأجنبي، وتعزيز الثقة التي يحظى بها المغرب.

لذا، ندعو الجميع، حكومة وبرلمانا، أحزابا ونقابات، جمعيات وموظفين، للتحلي بروح الوطنية والمسؤولية، من أجل بلورة حلول حقيقية للارتقاء بعمل المرافق الإدارية، والرفع من جودة الخدمات التي تقدمها للمواطنين.

إن إصلاح الإدارة يتطلب تغيير السلوكات والعقليات ، وجودة التشريعات، من أجل مرفق إداري عمومي فعال، في خدمة المواطن .

فالوضع الحالي، يتطلب إعطاء عناية خاصة، لتكوين وتأهيل الموظفين، الحلقة الأساسية في علاقة المواطن بالإدارة، وتمكينهم من فضاء ملائم للعمل، مع استعمال آليات التحفيز والمحاسبة والعقاب.

كما يتعين تعميم الإدارة الإلكترونية بطريقة مندمجة، تتيح الولوج المشترك للمعلومات بين مختلف القطاعات والمرافق.

فتوظيف التكنولوجيات الحديثة، يساهم في تسهيل حصول المواطن، على الخدمات، في أقرب الآجال، دون الحاجة إلى كثرة التنقل والاحتكاك بالإدارة، الذي يعد السبب الرئيسي لانتشار ظاهرة الرشوة، واستغلال النفوذ.

وهو ما سبق أن أكدنا على ضرورة محاربته في مفهومنا للسلطة.

وتعتبر الجهوية المتقدمة التي أصبحت واقعا ملموسا ، حجر الزاوية الذي يجب أن ترتكز عليه الإدارة، في تقريب المواطن من الخدمات والمرافق، ومن مركز القرار.

كما نشدد في نفس السياق، على ضرورة بلورة وإخراج ميثاق متقدم للاتمركز الإداري، يستجيب لمتطلبات المرحلة .

فعلى الجميع مواكبة التطور، والانخراط في الدينامية المؤسسية والتنموية، التي نقودها ببلادنا.

والكل مسؤول على نجاعة الإدارة العمومية والرفع من جودتها باعتبارها عماد أي إصلاح وجوهر تحقيق التنمية والتقدم، الذي نريده لأبناء شعبنا الوفي.

(إن أريد إلا الإصلاح ما استطعت وما توفيقي إلا بالله، عليه توكلت وإليه أنيب، صدق الله العظيم).

والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته".

المراجع المعتمدة في إعداد التقرير

1- المرجعيات المعتمدة :

أ- الخطب والتوجيهات الملكية السامية

ب- المرجعيات القانونية

- الدستور المغربي
- القانون التنظيمي المتعلق بمجلس المستشارين
- النظام الداخلي لمجلس المستشارين
- الظهير الشريف رقم 1-00-200 صادر في 15 من صفر 1421 (19 ماي 2000) بتنفيذ القانون رقم 04-00 بتغيير وتتميم الظهير الشريف رقم 1-63-071 الصادر في 25 من جمادى الآخرة 1383 (نوفمبر 1963) حول إلزامية التعليم الأساسي
- ظهير شريف رقم 1.00.203 صادر في 15 من صفر 1421 (19 ماي 2000) بتنفيذ القانون رقم 07.00 القاضي بإحداث الأكاديميات الجهوية للتربية والتكوين
- الميثاق الوطني للتربية والتعليم 2000
- البرنامج الاستعجالي 2009-2012
- الرؤية الاستراتيجية للتعليم 2015/2030

2-التقارير :

<u>تقارير وطنية</u> :

- وزارة المالية و الاقتصاد : التقرير الاقتصادي والمالي سنة 2015
- تقرير الخمسينية
- المجلس الأعلى للحسابات :
- *التقرير السنوي **2015**

* التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات 2009 .

***مذكرة استعجالية موجهة لوزير التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي 2017-2016**

- **المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي:**

* التقرير السنوي 2015

*المساواة بين النساء والرجال "الجانب الاجتماعي :حصيلة وتوصيات "

* متطلبات الجهوية وتحديات إدماج السياسات القطاعية 2013

* رأي المجلس الإقتصادي والإجتماعي حول توزيع الإستثمار بالجهات 2015

- **المجلس الأعلى للتربية والتعليم** :

*التربية على القيم بالمنظومة الوطنية للتربية والتكوين والبحث العلمي 2017-
*الأطلس المجالي الترابي للفوارق في التربية 2017
*تطبيق الميثاق الوطني للتربية والتكوين 200-2013"المكتيبات والمعيقات والتحديات دجنبر 2014
*** من اجل مدرسة الانصاف والجودة والارتقاء –رؤية استراتيجية للاصلاح 2015-2030**

- **تقارير المراكز والمؤسسات الدولية** :

*تقرير مكتب الدراساتماكينزي 2012.
*دراسة لمكتب دراسات inforisque.
*المعهد الديمقراطي الأمريكي ،
* تقرير التنمية البشرية لعام 2013 الذي اصدره برنامج الامم المتحدة الانمائي
*تقرير البنك الدولي: اصلاح التعليم في منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا 2008

3- **وثائق القطاعات الحكومية** :

*منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2015
* موجز إحصائيات التربية
* قانون المالية برسم برسم السنوات (2012-2016)

4- عروض حكومية امام البرلمان :

*عرض وزير الداخلية بمناسبة تقديم الميزانية الفرعية لوزارة الداخلية لسنة 2017 .
*عرض وزير الداخلية بمناسبة تقديم الميزانية الفرعية لوزارة الداخلية لسنة 2016.
*عرض السيد وزير التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي امام المجموعة الموضوعاتية .
*عرض السيد وزير الصحة امام المجموعة الموضوعاتية .

5- مواقع الكترونية لمؤسسات رسمية :

*موقع وزارة التربية الوطنية والتعليم العالي والبحث العلمي
*موقع المجلس الاعلى للتربية والتعليم
*موقع المجلس الاعلى للحسابات
*جهة الدار البيضاء الكبرى www.casainvest.ma
*جهة الشاوية ورديغة www.settatinvest.ma
*جهة دكالة عبدة www.eljadidainvest.com
*جهة فاس بولمان www.crifes.ma
*جهة الغرب شراردة بني احسن www.kenitrainvesti.ma
جهة كلميم السمارة www.cri-guelmim.ma

جهة مراكش تانسيفت الحوز www.crimarrakech.ma
جهة مكناس تافيلالت www.meknesinvest.ma
الجهة الشرقية www.orientalinvest.ma
جهة وادي الذهب لكويرة www.dakhlainvest.ma
جهة الرباط سلا زمور زعير www.rabatinvest.ma
جهة سوس ماسة درعة www.cri-agadir.ma
جهة تادلة أزيلال www.tadlazilalinvest.ma
جهة طنجة تطوان www.tanger-tetouaninvest.ma
جهة تازة الحسيمة تاونات . www.alhouceimainvest.ma

6- ابحاث ودراسات :

*رشيد وادي، المراكز الجهوية للاستثمار- المركز الجهوي للاستثمار لجهة الرباطسلا- زمور- زعير نموذجا ، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية-أكدال ، تخصص القانون العام، الموسم الجامعي2008/0

* المنتدى الوطني للاصلاح "المكتسبات والأفق "

* **مجلة عالم التربية العدد 2014 " ازمة تدبير الموارد البشرية في قطاع التعليم المدرسي**

أعضاء المجموعة الموضوعاتية

الاسم الكامل	المهمة	الفريق أو المجموعة
عبد الكريم مهدي	**الرئيس**	فريق الاتحاد العام لمقاولات المغرب
علي العسري	**النائب الأول**	فريق العدالة والتنمية
محمد حيتوم	**النائب الثاني**	فريق الاتحاد المغربي للشغل
احمد تويزي	**المقرر**	فريق الأصالة والمعاصرة
رحال المكاوي	**عضو**	الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية
حسن سليغوة	**عضو**	الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية
عبد العزيز بنعزوز	**عضو**	فريق الأصالة والمعاصرة
امبارك السباعي	**عضو**	الفريق الحركي
لحسن أدعي	**عضو**	فريق التجمع الوطني للأحرار
عبد الحميد فاتحي	**عضو**	الفريق الاشتراكي
محمد عدال	**عضو**	الفريق الدستوري الديمقراطي الاجتماعي
المبارك الصادي	**عضو**	مجموعة الكونفدرالية الديمقراطية للشغل
عبد اللطيف أعمو	**عضو**	مجموعة العمل التقدمي

الطاقم الإداري المواكب لعمل المجموعة الموضوعاتية

المهمة	اسم الإطار	الصفة	مجال التدخل
الإشراف العام	وحيد خوجة	أمين عام المجلس	
الإشراف المباشر	حسن الفاطمي	مدير مديرية التشريع والمراقبة .	
المنسق العام	احمد كجي	رئيس مصلحة بمديرية التشريع والمراقبة .	- التقديم والخلاصات. -التواصل والتوثيق -العلاقة بالمؤسسات العمومية والحكومة.
لجنة المتابعة	*احمد كجي *نجاة عز الدين الادريسي *علي الطيرة *توفيق مطيع	رئيس مصلحة بمديرية التشريع . مستشارة عامة . اطار بالامانة العامة للمجلس. اطار بمديرية التشريع والمراقبة .	مراجعة وتنسيق مواضيع التقرير
الفريق التقني	*علي الطيرة *محمد ادويري	اطار بالامانة العامة . اطار بالامانة العامة .	مراكز الاستثمار الجهوية
	نجاة عز الدين الادريسي	مستشارة عامة .	قطاع التربية الوطنية والتعليم والتكوين المهني العالي والبحث العالمي
	*توفيق مطيع * كريمة بنحلال.	*اطار بمديرية التشريع والمراقبة . * اطار بمديرية التشريع والمراقبة.	قطاع الصحة

الفهرس العام

الفهرس العام

مدخل :

❖ **المراكز الجهوية للاستثمار:**

تمهيد

المحور الأول : الإطار القانوني للمراكز الجهوية للإستثمار والأدوار التي تقوم بها المحور الثاني: المراكز الجهوية للإستثمار أية استرتيجيات وإمكانات لإنعاش الإستثمار

أولا : المحاور الأساسية لإستراتيجية عمل المراكز الجهوية للإستثمار:

ثانيا : الإمكانات المرصودة للمراكز الجهوية للإستثمار :

4- على مستوى الموارد البشرية :

5- على مستوى الإمكانات اللوجستيكية :

المحور الثالث : حصيلة عمل المراكز الجهوية للإستثمار

أولا : شباك المساعدة على إنشاء المقاولة (الشباك الأول).

ثانيا : شباك مساعدة المستثمرين (الشباك الثاني) .

ثالثا : حكامة المراكز الجهوية للإستثمار

المحور الرابع : نقاط الضعف والإكراهات التي تعيق عمل المركز الجهوية للإستثمار

أولا : نقاط ضعف المراكز الجهوية للإستثمار :

ثانيا : الإكراهات التي تعرقل عمل المراكز الجهوية للإستثمار

المحور الخامس: توصيات لتطوير أداء المراكز الجهوية للإستثمار

❖ خلاصات .

❖ المراجع المعتمدة في إعداد التقرير.

❖ السادة أعضاء المجموعة الموضوعاتية .

❖ اعضاء الطاقم الإداري المواكب لعمل المجموعة الموضوعاتية.

❖ فهرس المواضيع .

❖ قطاع التربية الوطنية والتكوين المهني والبحث العلمي:

المحور الاول : منظومة التربية والتعليم من خلال التقارير الدولية والوطنية :

- تقرير اليونسكو يناير 2014
- تقرير التنمية البشرية لعام 2013
- تقرير البنك الدولي لسنة 2008
- تقرير الخمسينية:

المحور الثاني: الموارد المرصودة للقطاع :

أ-على المستوى المادي والتقني:

-1-التمويل

2- الدعم التربوي

3- البنيات التحتية :

ب- على مستوى الموارد البشرية

1 – إكراهات توزيع الوظائف التدبيرية بالقطاع

2 - قصور النصوص التشريعية والتنظيمية

3 - ضعف استيعاب وتوظيف المقاربات التدبيرية الحديثة بقطاع التربية الوطنية

ج- على مستوى التنظيم والتدبير

المحور التالث: تعميم التعليم

المحور الرابع: الإصلاح البيداغوجي والبحث العلمي والتكوين المهني

- الإصلاح البيداغوجي

- البحث العلمي :

- التكوين المهني :

المحور الخامس: حكامة القطاع

المحور السادس: خلاصات وتوصيات

- التوصيات

❖ قطاع الصحة:

أولا: حكامة قطاع الصحة

-الإجراءات والتدابير

-حصيلة تنفيذ الإجراءات والتدابير المتعلقة بتعزيز حكامة قطاع الصحة:

- على مستوى التشريعي والتنظيمي

- على مستوى تعزيز مبدأ الجهوية

- على مستوى الشراكة والتعاون

- على مستوى تعزيز التواصل مع المواطنين

ثانيا: البنية التحيتة:

- الإجراءات والتدابير:

- حصيلة الوزارة فيما يخص محور البنية التحتية:

- بخصوص العالم القروي

- بخصوص الصحة المتنقلة:

ثالثا: الموارد البشرية

-الإجراءات والتدابير

-حصيلة تنفيذ الإجراءات والتدابير المتعلقة بالموارد البشرية

رابعا: السياسة الدوائية

- الإجراءات والتدابير

-إنشاء نظام الأرشفة المادية والرقمية.

-حصيلة الوزارة بخصوص السياسة الدوائية

خامسا : الخريطة الصحية

- المقتضيات الواردة في القانون الإطار رقم 34.09
- المقتضيات والإجراءات الواردة في المرسوم رقم 2.14.562
-الحصيلة المتعلقة بمحور الخريطة الصحية