Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

وثيقة معلومات البرنامج

مرحلة التقييم | تاريخ الإعداد / التحديث: 7 أبريل 2023 | رقم التقرير PIDA277067

معلومات أساسية

أ. بيانات البرنامج الأساسية

الدولة	الرقم التعريفي للمشروع	اسم البرنامج	الرقم التعريفي للمشروع الأصلي (إن وجد)
المغرب	P179014	برنامج إصلاح القطاع الصحي في المغرب	
المنطقة	التاريخ التقديري للتقييم	التاريخ التقديري للمجلس	مجال الممارسة الرئيسي
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	10 أبريل 2023	15 يونيو 2023	الصحة والتغذية والسكان
أداة التمويل	الجهة المقترضة	الجهة المنفذة	
برنامج التمويل القائم على النتائج	وزارة الاقتصاد والمالية	وزارة الصحة والحماية الاجتماعية	

الهدف الإنمائي المقترح للبرنامج

تعزيز القدرة المؤسسية والحوكمة من أجل تحسين تقديم خدمات الصحة العامة الجيدة في المناطق التي يشملها البرنامج.

التكلفة والتمويل

الملخص (مليون دولار أمريكي)

تكلفة البرنامج الحكومي	3,053.84
إجمالي التكاليف التشغيلية	3,053.84
إجمالي تكلفة البرنامج	3,053.84
إجمالي التمويل	3,053.84
فجوة التمويل	0.0

التمويل (مليون دولار أمريكي)

إجمالي قيمة التمويل المقدم من مجموعة البنك الدولي	300.00
قيمة قرض البنك الدولي	300.00
إجمالي المساهمة الحكومية	2.753.84

القرار

سمحت المراجعة للفريق بالتقييم أو التفاوض

ب. المقدمة والسياق

السياق القطري

1. **بعد حالة قوية من الانتعاش شهدتها البلاد بعد أزمة كوفيد-19، أدت سلسلة من الصدمات في جانب العرض المحلي والدولي إلى انخفاض مفاجئ نسبيًا في النمو الاقتصادي.** فقد عانى المغرب على الصعيد المحلي من موجة جفاف حادة ثانية، مما أدى إلى انهيار الإنتاج الزراعي، وهو ما يفسر السبب وراء نصف التباطؤ الاقتصادي الذي شهده عام 2022. أما على الصعيد الدولي، فقد واجه المغرب تباطؤًا مفاجئًا في أهم شركائه التجاريين وارتفاعًا في أسعار السلع الأساسية – وكان السبب الرئيسي وراء ذلك هو الحرب الدائرة بين روسيا وأوكرانيا. وبدورها، أدت هذه العوامل إلى تزايد ضغوط التضخم الناتجة عن جانب العرض ليصل معدل التضخم الأساسي إلى 8.5 في المائة في فبراير 2023، مما أثر بشكل غير متناسب على الأسر الفقيرة. وانخفض نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي من 7.9 في المائة إلى ما يقدر بنحو 1.2 في المائة بين عامي 2021 و2022. وأدت صدمة أسعار السلع واعتماد المغرب على واردات الطاقة والغذاء والدولار القوي إلى زيادة قيمة الدرهم في فاتورة الواردات بنسبة 39.6 في المائة. ورغم قوة أداء الصادرات وتحويلات العاملين، إلا أن عجز الحساب الجاري ارتفع من 2.3 إلى 3.4 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، وتم تمويل جزء كبير منه من خلال تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر.

2. **تعاملت الحكومة مع الصدمات المستمرة المصاحبة لجانب الطلب بتنفيذ حزمة من السياسات مرتفعة التكلفة.** ركزت استجابة الحكومة على الحفاظ على القوة الشرائية للأسرة من خلال دعم الأسعار، وحماية نحو ربع سلة الاستهلاك من ارتفاع معدلات التضخم، والمطالبة بتعبئة نفقات عامة إضافية تقترب من 2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، وقد أسهم ذلك النهج في التخفيف من المعدلات المتوقعة للفقر والضعف (على الرغم من وجود نهج أكثر فعالية من حيث التكلفة). ومن المتوقع أن يتسارع النمو الاقتصادي ليصل إلى 3.1 في المائة في عام 2023، وأن تنخفض معدلات المخاطر[1].

3. **تدرك الحكومة المغربية أنها تعاني من ضعف رأس المال البشري، وهو ما يشكل عقبة تحول دون النمو الاقتصادي، ويسعى النموذج التنموي الجديد إلى تسريع وتيرة التقدم.** بلغ مؤشر رأس المال البشري في المغرب 0.50 في عام 2020[2]، مما يشير إلى أن إنتاجية الأطفال المولودين اليوم ستكون 50 في المائة فقط، وهذا إذا تمكنوا من الوصول إلى جميع خدمات التعليم والصحة، بحلول سن الثامنة عشر. وهذه النسبة منخفضة مقارنةً بالمتوسط الذي سجلته بلدان منطقة شرق وشمال إفريقيا، لكنها أعلى من المتوسط الذي سجلته البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وفي مايو 2021، أعلنت الحكومة عن النموذج التنموي الجديد الطموح والشامل الذي يرسم طريقًا نحو النمو المستدام، ويتضمن هذا النموذج أربعة محاور، وهي: (1) اقتصادًا منتجًا ومتنوعًا؛ و(2) رأسمال بشري أكثر استعدادًا للمستقبل؛ و(3) فرص لإدماج الجميع؛ و(4) مجالات ترابية قادرة على التكيف. في إطار المحور الثاني، يعد إصلاح النظام الصحي أولوية، ويضع النموذج أهدافًا طموحة لتحسين مؤشر رأس المال البشري من 0.50 إلى 0.75، والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة من خلال تعميم التأمين الصحي، وتقليل النفقات الشخصية من 47 في المائة إلى 30 في المائة من النفقات الصحية الحالية، وتحسين كثافة مقدمي الخدمات الصحية من 1.65 إلى 4.50 لكل 1000 مواطن، بحلول نهاية عام 2035[3].

4. **أحرز المغرب تقدمًا ملحوظًا في النتائج الصحية على مدار العقد الماضي، لكن هناك بعض التفاوتات من الناحية الجغرافية.** خلال الفترة ما بين عامي 2010 و2018، انخفض معدل وفيات الأمهات بأكثر من الثلث، إذ هبط من 112 إلى 73 حالة وفاة بين الأمهات لكل 100 ألف ولادة حية[4]. كما انخفض معدل وفيات الأمهات في الريف بشكلٍ ملحوظ، إذ هبط من 148 إلى 111 حالة وفاة بين

---

[1] التحديث الاقتصادي للمغرب، شتاء 2023/2022، متاح على الرابط:
https://www.worldbank.org/en/country/morocco/publication/morocco-economic-monitor-winter-2022-2023

[2] البنك الدولي، مشروع رأس المال البشري، أكتوبر 2020. متاح على الرابط:
https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/hci/HCI_2pager_MAR.pdf

[3] اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، 2021. "النموذج التنموي الجديد: "يحرر الطاقات ويعيد الثقة من أجل تسريع المسيرة نحو التقدم والازدهار للجميع."

[4] مصدر جميع البيانات الواردة في هذه الفقرة هو المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة، 2018

الأمهات لكل 100 ألف ولادة حية. ومع ذلك، لا تزال هناك تفاوتات جهوية مستمرة في مؤشرات صحة الأم والطفل: ففي عام 1992، بلغت وفيات الأمهات في المناطق الريفية 1.27 ضعف معدل وفيات الأمهات في المناطق الحضرية؛ مقابل 2.47 ضعف في عام 2018. وتختلف تغطية التدخلات الصحية الرئيسية من جهة إلى أخرى: فنجد أن 94 في المائة من حالات الولادة في جهتي الدار البيضاء والرباط تمت بحضور كادر طبي ماهر، بينما بلغت هذه النسبة 67 في المائة فقط في درعة تافيلالت. وتظهر نفس التفاوتات في مختلف الجهات بالنسبة لمؤشرات صحة الأم والوليد والطفل الرئيسية الأخرى، وكذلك عبر المناطق الحضرية والريفية[5].

5. **في حين يُعزى عبء معظم الأمراض في المغرب إلى الأمراض غير المعدية، إلا أن معدلات تشخيصها وعلاجها ومكافحتها لا تزال منخفضة.** لقد شكّل ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم، وارتفاع نسبة السكر في الدم أهم ثلاثة عوامل تهدد الصحة في عام 2019[6]. ولم يسبق لنسبة 39 في المائة من البالغين فوق سن الثامنة عشر قياس ضغط الدم، ولم يسبق لنسبة 63 في المائة منهم قياس سكر الدم، مما يشير إلى انخفاض مستويات الفحوصات بين السكان رغم ارتفاع معدل انتشار الأمراض. وتظل التغطية الفعالة لكل من ارتفاع ضغط الدم والسكري منخفضة. وترتفع تغطية تدخلات الأمراض غير المعدية بين الإناث وفي المناطق الحضرية.

6. **تمكن المغرب من إجراء تحسينات كبيرة رغم محدودية موارده، إلا أن المنظومة الصحية لا تزال تواجه تحدياتٍ بالغة.** لا تنفق الحكومة المغربية سوى القليل على القطاع الصحي، إلى جانب محدودية قدرات الموارد المادية والبشرية المتاحة مقارنة بمتوسط الشريحة الدنيا من البلدان متوسط الدخل أو متوسطات بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حتى وإن كان متوسط نتائجه مشابهًا للبلدان المقارنة، مما يعني أن أداء قطاع الصحة يقترب من حدود الكفاءة. وفي ذات الوقت، بلغ مستوى مؤشر التغطية الصحية الفعالة في المغرب 58 في المائة، وهذا المعدل أقل من المعدلات المسجلة في بلدان المغرب العربي الأخرى أو في معظم بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا[7].

7. **هناك تباينات كبيرة بين الجهات المغربية تتعلق بعبء المرض، والاحتياجات الصحية، وأداء المنظومة الصحية، إلا أن حوكمة المنظومة لا تزال خاضعة للنظام المركزي، مع بعض القيود المتعلقة بإنتاج البيانات واستخدامها.** ويؤدي نظام الحوكمة المركزي، الذي لا يستخدم نظم المعلومات الصحية إلا في نطاق ضيق، إلى ضعف الاستجابة على المستويات المحلية، ويؤدي غياب نظام الإدارة القائم على الأداء إلى قيود إلزامية تعرقل توسيع نطاق توافر الخدمات الصحية وجودتها. وعلى الرغم من اعتماد إصلاحات اللاتمركز والإصلاحات الجهوية[8] منذ عام 2011[9]، إلا أن القطاع الصحي خاضع إلى حد كبير للنظام المركزي.

8. **أدت الاستجابة الفعالة لجائحة كوفيد-19 إلى الحد من أثر الجائحة.** على الرغم من القيود المعرقلة للمنظومة الصحية، نفذ المغرب تدابير صحية عامة فعالة ومتسقة، وأعلن عنها للجمهور لكسب ثقتهم وتقليل انتشار الأمراض. ومع الزيادات الكبيرة في الموازنة المخصصة للقطاع الصحي والتركيز على استمرارية الخدمة، انخفض التأثير على الخدمات الصحية الأساسية واستجابت المنظومة للزيادات المفاجئة في الحالات الشديدة. ونتيجة لمبادرة المغرب المبكرة لشراء اللقاح، أصبحت واحدة من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي سجلت أعلى معدلات التطعيم، وبالتالي تمكن من إعادة فتح أبوابه بأمان وسرعة، وقد أدى ذلك إلى انخفاض معدلات الإصابة والوفاة مقارنةً بالدول الأخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

9. **على مدى السنوات الثلاثة الماضية، شرع المغرب في عملية إصلاح شامل لتمويل القطاع الصحي، وتعزيز جمع**

---

[5] يتضمن التقييم الفني تقييمًا مفصلا للنتائج الصحية عبر الجهات والمناطق الحضرية والريفية بناء على أحدث البيانات المتاحة.

[6] معهد القياسات الصحية، 2022 (بيانات 2019) https://www.healthdata.org/morocco

[7] يُقصد بالتغطية الفعالة تغطية التدخلات المُعدلة حسب الحاجة والاستخدام والجودة، ويتم استطلاع نسبة التغطية على أساس نسبة المكاسب الصحية التي يمكن الحصول عليها من التدخل بالنسبة إلى ما يتم على أرض الواقع. هذه البيانات مأخوذة من معهد القياسات الصحية والتقييم، 2019 https://www.healthdata.org/morocco.

[8] يشير مصطلح اللاتمركز في السياق المغربي إلى إسناد المسؤوليات المحدودة المختلفة وأدوار صنع القرار إلى الكيانات الجهوية، بينما يشير مصطلح اللامركزية إلى نقل السلطة والمسؤوليات والكفاءات، بشكلٍ كامل أو شبه كامل، إلى الجماعات المحلية التي لها شخصية معنوية وموازنة مستقلة. وهناك ثلاثة أبعاد للامركزية في هذا السياق: البعد السياسي والبعد المالي والبعد الإداري. ويتلاءم نشر المجموعات الصحية الترابية مع تعريف اللامركزية في كلٍ من الأبعاد الثلاثة.

[9] قانون 2015 المنظم للجهات، وميثاق اللاتمركز الاداري 2018

الإيرادات، ومواءمة التجميع، وترشيد ترتيبات الشراء. قبل إطلاق عملية إصلاح تمويل القطاع الصحي، كان إنفاق الحكومة محدودًا على القطاع؛ وكان مجزأً بين ثلاثة من جهات الشراء، وعانى من ضعف الحماية من المخاطر المالية، وعانى ثلث السكان من الغياب التام للحماية من المخاطر المالية؛ وأنظمة الشراء السلبي التي تحظر استخدام الحوافز المالية لزيادة حجم الخدمات الصحية أو جودتها المرغوبة. وحاليًا أصبح لدى المستشفيات الثانوية التي تديرها خدمة الدولة بشكل مستقل، والتي تدعمها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية موازنة محدودة مستقلة وقدرة على الإدارة المالية، أما مستشفيات الجامعة المركزية فتحصل على إيراداتها من مزيج من الموازنات العالمية، والرسوم مقابل الخدمة، والمدفوعات على أساس الحالة. وقد زاد الإنفاق الحكومي على الصحة بنحو 10 في المائة[10] سنويًا منذ بداية عملية الإصلاح، وقد قامت الحكومة بتعميم التأمين الصحي لتسجيل الفئات السكانية التي لم تؤهل للتغطية من قبل بهدف الوصول إلى تغطية بنسبة 100 في المائة بحلول عام 2023.

10. **تشكل القيود المفروضة على توافر الموارد البشرية بالوظيفة الصحية وتوزيعها وإدارة أدائها واحدة من أكبر العراقيل التي تحول دون تقديم خدمات صحية جيدة في المغرب.** يبلغ عدد الأطباء في المغرب[11] حاليًا حوالي 27,881 طبيبًا (13,682 في القطاع العام و14.199 القطاع الخاص) وما مجموعه 35.789 من الكادر شبه الطبي (بما في ذلك 15,772 ممرضة عامة و5,757 قابلة). يبلغ عدد الأطباء لكل 1000 مواطن في المغرب 0.7 أطباء، ويقل هذا الرقم عن المتوسط المسجل في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (0.9 طبيب) لكل 1000 مواطن. وبالمثل، فإن عدد الممرضات والقابلات لكل 1000 مواطن في المغرب يبلغ 0.9؛ أي أقل من المتوسط المسجل في البلدان منخفضة الدخل (2.3 لكل 1000 مواطن). ووفقًا لتقديرات الحكومة، يحتاج القطاع إلى 32 ألف طبيب إضافي و65 ألف ممرض، وهو ما يزيد بشكل كبير عن السعة المتاحة حاليًا.

11. **بالاستناد إلى هذا الزخم وللتمكن من التعامل مع قيود المنظومة الصحية، أطلقت الحكومة في يوليو 2020 عملية إصلاح شاملة لقطاع الصحة وأعلنت عن الالتزام بتنفيذ هذه العملية تنفيذًا فعالا بالإرادة السياسية القوية والمشاركة.** أعلن الملك محمد السادس عن إصلاح المنظومة الصحية بعد ثلاثة أشهر من تفشي جائحة كوفيد-19 في خطابه السنوي، كما أُدرجت عملية الإصلاح في النموذج التنموي الجديد وبرنامج الحكومة الحالية في عام 2021. وتسعى عملية الإصلاح تلك إلى تحسين جودة خدمات المنظومة الصحية، والمساواة في الوصول إليها، وقدرتها على الصمود في أوقات الأزمات. ومن خلال أربعة محاور، يسعى برنامج إعادة تصميم جانب العرض في المنظومة الصحية إلى تعزيز القدرات المؤسسية والتنظيمية اللازمة لحوكمة المنظومة، وتوفير الموارد البشرية بالوظيفة الصحية وتحسين كفاءاته، وإعادة تنظيم تقديم الخدمات الصحية، وتعزيز القدرة التنظيمية والإنتاجية الدوائية.

12. **يدعم برنامج البنك الدولي تحقيق نتائج في مجالات برنامج إعادة تصميم جانب العرض في المنظومة الصحية المقرر تنفيذه خلال السنوات الخمس القادمة من قبل وزارة الصحة والحماية الاجتماعية.** وحيث أنه من المقرر تنفيذ البرنامج من أجل النتائج في أولى مراحل عملية الإصلاح، ستركز التدخلات على وضع اللبنات الأساسية للتنفيذ الناجح. وسوف تسهم عملية الإصلاح في توافر الخدمات الصحية عالية الجودة، وتقديم الرعاية المختصة، وتعزيز النظام الصحي من خلال تدخلات تحسين الحوكمة، والقوى العاملة الصحية، والقدرة على تقديم الخدمات. ورغم وضع الإطار التشريعي والرؤية الاستراتيجية للإصلاح من خلال إصدار القانون - الإطار رقم 06-22 في ديسمبر 2022، إلا أنه لا تزال هناك درجة من عدم اليقين فيما يتعلق بالجدول الزمني لاعتماد قوانين أخرى. وبالتالي، لا يشمل نطاق البرنامج التدخلات المتعلقة بهذه المؤسسات، ومن بين هذه التدخلات إنشاء الهيئة العليا للصحة، والوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، والوكالة المغربية للدم ومشتقاته. وسيتم التأكد من تنفيذ إجراءات الإصلاح من خلال نشر المراسيم التنفيذية للقوانين المذكورة، وإصدار القانون الإطار - رقم 08-22 (بشأن المجموعات الصحية الترابية، ضريبة السلع والخدمات) والقانون الإطار - رقم 09-22 (بشأن الموارد البشرية بالوظيفة الصحية).

13. **يحفز البرنامج من خلال ثلاثة مجالات للنتائج النتائج المتوافقة مع الأدلة الدولية لتحسين جودة الرعاية.** ويسعى برنامج إعادة تصميم المنظومة الصحية الحكومية إلى تقديم منظومة صحية عالية الجودة؛ منظومة "تعمل على تحسين الصحة في

[10] تحليل أجراه البنك الدولي لوثائق الحكومة المغربية.
[11] http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/index_2021.html

سياق معين من خلال تقديم الرعاية التي تسهم في تحسين النتائج الصحية أو الحفاظ عليها باستمرار، وذلك بكسب تقدير وثقة الجميع، والاستجابة لاحتياجات السكان المتغيرة."[12]

مجال النتائج رقم 1: تعزيز القدرة التنظيمية والمؤسسية لحوكمة المنظومة الصحية

14. **بالنظر إلى الدور الأساسي الذي تلعبه الحوكمة المعززة في تحسين جودة الخدمات الصحية وتوافرها، يدعم البرنامج جوانب برنامج إعادة تصميم المنظومة الصحية المزمع تنفيذه في السنوات الخمس المقبلة، على النحو المبين في القانون - الإطار رقم 06-22 والقانون الإطار - رقم 08-22 وكذلك برنامج الموازنة الثلاثية.** يدعم البرنامج تحقيق النتائج المتعلقة بكل بعد من أبعاد هذا النهج، وسيساعد على الانتقال نحو الحوكمة من أجل الجودة، من خلال دعم تحقيق النتائج التالية: تعزيز القدرات المؤسسية من خلال نظام الحوكمة اللامركزي الجديد؛ والتخفيف من حدة المخاطر المناخية؛ وتحديث طرق الدفع لمقدمي الخدمة خاصةً المستشفيات من أجل تحسين جودة الرعاية؛ وتحسين محتوى البيانات الصحية وجودتها وإمكانية الوصول إليها واستخدامها، وتنظيم منصات التبادل والتنسيق بين المستوى الجهوي والمستوى المركزي.

مجال النتائج رقم 2: تحسين توافر وتحفيز الموارد البشرية بالوظيفة الصحية

15. **في سبيل مواجهة التحديات المتعلقة بتوافر الموارد البشرية بالوظيفة الصحية وتوزيعها وتحسين أدائها في المغرب، يسعى برنامج إعادة تصميم المنظومة الصحية إلى تحسين توفير القوى العاملة الصحية وجودتها.** يسعى القانون الإطار رقم 06-22 والقانون رقم 09-22 إلى تحسين توافر القوى العاملة الصحية وتحفيزها وتطوير أدائها من خلال خمسة إجراءات: (1) تحسين توافر القوى العاملة الصحية وتوزيعها بتحسين القدرات التدريبية وتوظيف أطباء أجانب أو أطباء مغاربة من المقيمين بالخارج؛ و(2) تكليف المجموعات الصحية الترابية بتوظيف وإدارة أداء القوى العاملة بالوظيفة الصحية في مناطق التجمعات الخاصة بكل منها؛ و(3) تحسين أجور الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة من خلال إنشاء وضع خاص للقوى العاملة الصحية وإدخال نظام المكافآت على أساس الأداء علاوةً على الراتب الأساسي؛ و(4) تعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص؛ و(5) تحديث مناهج التدريب قبل الخدمة وأثناء الخدمة.

مجال النتائج رقم 3: تحسين البنية التحتية الصحية وإعادة تنظيم تقديم الخدمات

16. **يدعم هذا المجال من مجالات النتائج في البرنامج المحور الثالث لبرنامج إعادة تصميم المنظومة الصحية، وتحسين البنية التحتية الصحية وإعادة تنظيم تقديم الخدمات الصحية.** ولتناول عدم كفاية قدرة الموارد المادية، وتحسين الإنصاف المكاني والمساواة بين الجنسين فيما يتعلق بالنتائج الصحية، وتحسين جودة الخدمات الصحية، يلزم إعادة تنظيم منظومة تقديم الخدمات الصحية. وبالفعل، يتناول القانون – الإطار رقم 06-22 والقانون رقم 08-22 هذا الأمر من خلال عدة مكونات، ومنها: إعادة تنظيم مسارات الرعاية لتنفيذ عمليات ضبط البوابات (مؤسسات الرعاية الصحية الأولية في القطاع العام)؛ وإضفاء الطابع المؤسسي على أساليب تقييم وتحسين الجودة؛ وإعادة تأهيل وتطوير مرافق الصحة الأولية العامة والمستشفيات العامة لتحسين جودتها الهيكلية.

ج. الهدف الإنمائي المقترح للبرنامج

الهدف الإنمائي للبرنامج

17. تعزيز القدرة المؤسسية والحوكمة من أجل تحسين تقديم خدمات الصحة العامة الجيدة في المناطق التي يشملها البرنامج.

[12] Kruk, M.E., et al، 2018. النظم الصحية عالية الجودة في عصر أهداف التنمية المستدامة: حان وقت الثورة. لانسيت جلوبال هيلث 6. e1196–e1252. متاح على الرابط: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

18. سوف تُستخدم المؤشرات المبينة في الجدول التالي لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للبرنامج:

الهدف الإنمائي للبرنامج – مؤشرات مستوى النتائج	تعزيز القدرات المؤسسية والحوكمة	تحسين جودة تقديم خدمات الصحة العامة	تحسين جودة خدمات الصحة العامة
تنفيذ نظام جديد للحوكمة المركزية للتخفيف من حدة المخاطر المناخية	x		
تحديد الوضع الخاص للأخصائيين الصحيين من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة	x	x	x
تقييم وتحسين جودة خدمات الرعاية في المستشفيات والرعاية الصحية الأولية		x	x
إتاحة مجموعة الخدمات الصحية الأساسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية [13]		x	

د. التأثيرات البيئية والاجتماعية

19. **أجرى البنك تقييمًا للأنظمة البيئية والاجتماعية من أجل إثراء مرحلة إعداد البرنامج.** يفحص هذا التقييم الأنظمة البيئية والاجتماعية المطبقة في البرنامج لتقييم مدى الامتثال لأحكام سياسة البنك وتوجيهاته الخاصة بالبرامج القائمة على النتائج، وضمان حسن إدارة المخاطر البيئية والاجتماعية المصاحبة للبرنامج. بوجه عام، تتحقق الفوائد البيئية والاجتماعية للبرنامج من معالجة المعوقات التي تحول دون تنمية قطاع الصحة؛ إذ يعمل البرنامج على تمكين تحول القطاع من خلال تعزيز جميع جوانب المنظومة الصحية، مع التركيز على الحوكمة، والموارد البشرية بالوظيفة الصحية، وتقديم الخدمات. وتأتي الفوائد الاجتماعية للبرنامج من إشراك النساء والشباب، وخلق فرص العمل والمهارات المحتملة، وتعزيز سبل كسب العيش المستدامة، ومشاركة المواطنين والمجتمع المحلي.

جهة الاتصال

البنك الدولي

الاسم: دينيجان دوران
المسمى الوظيفي: اقتصادي في القطاع الصحي الدور: قائد فريق (مسؤول ADM)
رقم الهاتف: 5220+35509 البريد الإلكتروني: dduran1@worldbank.org

المقترض/العميل/المتلقي

[13] يرصد هذا المؤشر تحسين إمكانات تقديم الخدمة على مستوى الرعاية الصحية الأولية: عن طريق تطبيق نهج المراقبة والإشراف، سيكون هذا المشروع أول نقطة تواصل بين السكان والمنظومة الصحية.

مقترض: وزارة الاقتصاد والمالية
جهة الاتصال: عبد المجيد الملوكي
رقم الهاتف: 212537677385
المسمى الوظيفي: منسق بمجموعة البنك الدولي
البريد الإلكتروني:
m.mellouki@tresor.finances.gov.ma

جهات المنفذة

جهة المنفذة: وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
جهة الاتصال: عبد الوهاب بلمداني
رقم الهاتف: 212537761675
المسمى الوظيفي: مدير التخطيط والموارد المالية
البريد الإلكتروني: belabdou23@gmail.com

لمزيد من المعلومات، يُرجى التواصل مع:

البنك الدولي
1818شارع إتش، نيويورك
واشنطن، العاصمة، 20433
هاتف: 1000-473 (202)
الموقع الإلكتروني: http://www.worldbank.org/projects