

**THE WORLD BANK GROUP ARCHIVES**

**PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED**

**Folder Title:** Morocco - Health Development Project - Correspondence 03

**Folder ID:** 1564974

**Series:** Completion Reports and Audit Reports

**Dates:** 7/1/1995 - 10/1/1996

**Fonds:** Records of the Office of Operations Evaluation

**ISAD Reference Code:** WB IBRD/IDA OPE-06

**Digitized:** 11/22/2019

To cite materials from this archival folder, please follow the following format:  
[Descriptive name of item], [Folder Title], Folder ID [Folder ID], ISAD(G) Reference Code [Reference Code], [Each Level Label as applicable], World Bank Group Archives, Washington, D.C., United States.

The records in this folder were created or received by The World Bank in the course of its business.

The records that were created by the staff of The World Bank are subject to the Bank's copyright.

Please refer to <http://www.worldbank.org/terms-of-use-earchives> for full copyright terms of use and disclaimers.



THE WORLD BANK  
Washington, D.C.

© International Bank for Reconstruction and Development / International Development Association or  
The World Bank  
1818 H Street NW  
Washington DC 20433  
Telephone: 202-473-1000  
Internet: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

**PUBLIC DISCLOSURE AUTHORIZED**



**DECLASSIFIED  
WITH RESTRICTIONS  
WBG Archives**

The World Bank Group  
**Archives**



**1564974**

R1999-233 Other # 5 Box # 148737B  
Morocco - Health Development Project - Correspondence 03



# Record Removal Notice

<b>File Title</b> Morocco - Health Development Project - Correspondence 03		<b>Barcode No.</b>  1564974		
<b>Document Date</b>	<b>Document Type</b> Diskette			
<b>Correspondents / Participants</b>				
<b>Subject / Title</b> Morocco - back up files				
<b>Exception(s)</b>				
<b>Additional Comments</b>  Diskette drive unavailable.		The item(s) identified above has/have been removed in accordance with The World Bank Policy on Access to Information or other disclosure policies of the World Bank Group.		
		<table border="1"><tr><td><b>Withdrawn by</b> SHIRI ALON</td><td><b>Date</b> OCT. 3, 2018</td></tr></table>	<b>Withdrawn by</b> SHIRI ALON	<b>Date</b> OCT. 3, 2018
<b>Withdrawn by</b> SHIRI ALON	<b>Date</b> OCT. 3, 2018			

International Bank for Reconstruction and Development  
FOR OFFICIAL USE ONLY

SecM95-814

FROM: The Deputy Secretary

July 27, 1995

PROJECT COMPLETION REPORT

MOROCCO

Health Development Project

(Loan 2572-MOR)

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

Attached is a copy of a memorandum from Mr. Picciotto with its accompanying report entitled "Project Completion Report: Morocco: Health Development Project (Loan 2572-MOR)" dated June 26, 1995 (Report No. 14675) prepared by the Middle East and North Africa Region, with Part II contributed by the Borrower.

Distribution

Executive Directors and Alternates  
Office of the President  
Senior Management, Bank, IFC and MIGA

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

Document of  
The World Bank

FOR OFFICIAL USE ONLY

**DECLASSIFIED**

**OCT 03 2018**

**WBG ARCHIVES**

**Report No. 14675**

PROJECT COMPLETION REPORT

MOROCCO

HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)

JUNE 26, 1995

Human Resources Division  
Country Department I  
Middle East and North Africa Regional Office

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

## CURRENCY EQUIVALENTS

### At appraisal:

US\$1 = Dirham (DH) 9.47

DH1 = US\$0.106

### 1986-1994 Period Average

US\$ 1 = DH 8.4

DH 1 = US\$ 0.120

## FISCAL YEAR OF BORROWER

January 1 - December 31

## ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ADB	African Development Bank
FP	Family Planning
IEC	Information, Education and Communication
GDP	Gross Domestic Product
MCH	Maternal and Child Health
MOPH	Ministry of Public Health
PPF	Project Preparation Facility
SIAAP	Service d'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provinciales (Division in charge of ambulatory services at provincial level)
UAM	Unité d'Approvisionnement en Médicaments (Drug Supply Unit)

INAS

VGP

CPIN

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

June 26, 1995

## MEMORANDUM TO THE EXECUTIVE DIRECTORS AND THE PRESIDENT

**SUBJECT:** *Project Completion Report on Morocco  
Health Development Project (Loan 2572-MOR)*

Attached is the Project Completion Report (PCR) on the Morocco Health Development project (Loan 2572-MOR, approved in FY85) prepared by the Middle East and North Africa Regional Office. Part II was prepared by the Borrower.

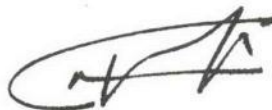
The main objective of the project was to accelerate the transition from an urban based and hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care services emphasizing outreach in rural areas. To achieve this objective the project was to (a) strengthen primary health care delivery, including family planning, in three provinces; (b) strengthen the capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) in planning, training, research, evaluation and health service administration; and (c) improve the supply, distribution and control of drugs.

Implementation of primary health care activities in the three pilot provinces was successful as demonstrated by improvements in the accessibility of services and service utilization. Efforts to strengthen the support system were less successful partly because the MOPH was reorganized several times during project implementation. Moreover, the training and health education activities included in the original project design were absorbed into projects financed by other donors and were not evaluated in the PCR. Studies of hospital management and health financing were delayed, but eventually proved useful to the borrower. The drug supply component was a source of considerable discussion throughout project implementation, and resulted in little apparent impact on drug policy.

The outcome of the project is rated as satisfactory. Improvements in the approach to primary health care delivery piloted under the project are being extended to non-project provinces. However, the financial sustainability of the primary health care approach established by the project is uncertain, and is the subject of a continuing dialogue with the borrower. Sustainability is therefore rated as uncertain. Institutional development is rated as modest as systems for assuring local adaptation of service delivery models remain dependent on continued prodding from the central administration rather than on improved organization and better incentives in regional and local administrations.

The PCR provides an adequate account of project implementation. An audit is planned.

Attachment



## TABLE OF CONTENTS

Preface . . . . .	i
Evaluation Summary . . . . .	iii
PART I. Project Review from Bank's Perspective . . . . .	1
- Background . . . . .	1
- Project Objectives and Description . . . . .	1
- Project Design . . . . .	4
- Project Implementation . . . . .	5
- Project Results and Outcome . . . . .	5
- Project Sustainability and Future Operation . . . . .	8
- Bank Performance . . . . .	9
- Borrower Performance . . . . .	10
- Key Lessons Learned . . . . .	10
PART II. Project Review from Borrower's Perspective . . . . .	13
PART III. Statistical Information . . . . .	19
- Table 1: Related Bank Loans/Credits . . . . .	19
- Table 2: Project Timetable . . . . .	20
- Table 3: Loan/Credit Disbursements . . . . .	21
- Table 4: Selected Monitoring and Impact Indicator in the Project Area . . . . .	21
- Table 5: Studies Included in Project . . . . .	22
- Table 6A: Project Costs . . . . .	23
- Table 6B: Project Financing . . . . .	23
- Table 7: Status of Legal Covenants . . . . .	24
- Table 8: Bank Resources: Staff Inputs . . . . .	25
- Table 9: Bank Resources: Missions . . . . .	26



**PROJECT COMPLETION REPORT**  
**MOROCCO**  
**HEALTH DEVELOPMENT PROJECT**  
**(LOAN 2572-MOR)**

**Preface**

This is the Project Completion Report (PCR) for the Health Project in the Kingdom of Morocco, for which loan 2572-MOR in the amount of US\$28.4 million equivalent was approved on June 6, 1985 and made effective on July 29, 1986.

The loan was closed on December 31, 1993 after two extensions from its original closing date of December 31, 1991. Final disbursement took place on April 12, 1994, at which time a balance of US\$ 2.6 million was canceled.

The PCR was prepared by Claire Voltaire, MN1HR of the MENA region and reviewed by Roslyn G. Hees, Division Chief, MN1HR, and René Vaurs, Acting Project Adviser, MN1DR.

Preparation of this PCR was begun during the Bank's final completion mission in May 1994. It is based on material in the project file, on the Borrower's financial completion report and on its impact evaluation of the basic health component which was carried out by the three pilot provinces and the Institut National d'Administration Sanitaire. (See Annex).

**MOROCCO  
HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)**

**Evaluation Summary**

Project Objectives and Description

1. The project aimed at accelerating the shift from an urban-based hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas. To that end, the project included four components which aimed at improving: (i) primary care delivery in three pilot provinces by strengthening the infrastructure and equipment as well as the logistics and monitoring of the programs delivery, and the training of medical staff; (ii) the management capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) at both central and provincial levels, in terms of planning, training, research and evaluation, and health service administration; (iii) training and IEC programs; and (iv) the supply of basic drugs by establishing a coordinated system for the procurement, storage, formulation, packaging, distribution and control of drugs for the public system.

Summary of Findings

2. The project has mixed results. Two of the four components were completed:
- a. The Primary Health Care component was fully implemented in its physical and "software" aspects though a large share of the new facilities only became functional at the very end of the project; to date 29 health facilities out of the 126 (more than 20%) built remain closed due to insufficient staff to man them. In contrast, reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods were put in place at the start of the project and are well assimilated by staff in all three provinces. The project has indeed permitted to improve population coverage.
  - b. It is difficult to measure the extent to which the project has strengthened MOPH management capacity as the ministry underwent several reorganizations during project implementation. While management of civil works certainly improved, procurement, program budgeting and resource allocation remain serious issues for the MOPH. The outcome of the two studies on the financing of the health sector and on hospital management which were carried out is uneven: (i) the health financing study was of good quality and served as a basis to the discussions on health financing reforms which have culminated with the preparation by the Government, with Bank support, of a health insurance reform proposal; (ii) the Hospital Management Study output is more difficult to assess as its diagnostic phase was never followed by the prospective one that was intended to specify and test the options for reform.
  - c. Training and IEC Component: Only 25% of the funds allocated to this component were disbursed, due to the availability of bilateral funds to finance training activities.
  - d. Improvement in the supply of basic drugs: This component remains incomplete. Equipment for the drug Unit built under the project has yet to be purchased and, despite some improvements, the Central Pharmacy organization, procedures for the procurement and distribution of drugs remain an issue for the MOPH.

4. Several factors adversely affected project implementation. In particular: (i) the lack of counterpart funds as a result of the economic situation, delays in allocation and release of funds and the weak capacity of MOPH to manage commitments and disbursements; (ii) frequent organizational and staff changes in the MOPH which resulted in a lack of continuity of the dialogue; and (iii) the relative passivity of the Bank contribution in its comments to studies and progress reports and in proposing remedial actions. The main findings of this post-evaluation are the following:

- a. The financial sustainability of the system needs to be addressed without delay. The MOPH has already integrated this lesson in its dialogue and indicated its intention to proceed with new investments only when the sustainability of the sector has been addressed i.e, when adequate investment and more importantly recurrent resources can be secured. To that end, the preparation of the proposed FY96 Health Management and Financing Project has been halted. If project does not proceed, the health sector sustainability should be addressed through the FY96 Social Priorities Project.
- b. The overall organization of the pharmaceutical sector and the provision of drugs to the public sector need to be reviewed. A thorough review of the pharmaceutical sector and the development of a drugs policy for the public sector should be carried out prior to any further financing of drugs in a project.
- c. The policies and project activities cannot be divorced from their implementation structure: The current organization of the MOPH and of the medical provinces is ill-adapted to the objectives pursued by the MOPH and discourage efficiency and accountability. While MOPH is fully aware of this issue and has prepared a new organizational chart more in line with its objectives, it has not yet been implemented. Implementation arrangements for future projects should be an integral part of their design and should take into account the overall organizational structure of the Ministry, or should not proceed without addressing needed changes.
- d. The impact of the strategies deployed to deliver basic services (fixed facilities outreach techniques and better organization) should be assessed carefully to facilitate the development of a cost-efficient approach, adaptable to the specificities of each region.
- e. The Bank should have a more pro-active attitude in its comments and proposals for remedial actions (ie. restructuring of the project, increasing the supervision of "pilot/demonstrative" aspects of the project). The preparation of new projects should not start before the results of the previous project can be built on, and lessons learned so as to be integrated into the new design.

5. Overall assessment. The project results are partly satisfactory. The improved approach to the delivery of primary health care is being adopted in non-project provinces, although the financial sustainability of the approach remains uncertain and is being examined as part of the Bank's dialogue in the country.

**PROJECT COMPLETION REPORT  
MOROCCO  
HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)**

**PART I. PROJECT REVIEW FROM BANK'S PERSPECTIVE**

**BACKGROUND**

1. In the late 1970s, Morocco faced major economic and financial difficulties. While the population was increasing rapidly, GDP growth slowed down, fiscal and external imbalances reached peak levels, in particular after the 1979 drought and unemployment increased, varying between 22 to 30 percent. In 1980, with Bank and IMF support, the Government adopted an ambitious plan for recovery aimed at liberalizing the economy and redressing fiscal imbalances. The prospect of a period of financial constraints resulting from these reforms induced the Government to examine the possible impact of dwindling average family income and food availability on the population health status. At the time, Maternal and Child Health (MCH), Family Planning (FP) and nutrition programs reached less than one-third of the target population, transportation costs for outreach activities were soaring and budgetary allocations for drugs were grossly insufficient. The MOPH endeavored to review its strategy, placing emphasis on the expansion of primary health to the entire population. Such strategic thinking was integrated in the 1981-85 National Economic Plan.

2. The Government's medium- and long-term objectives for the population, health and nutrition sectors, which project objectives derived from, included:

- a. in *population*, to control demographic growth so as to limit size to 30 million or less by 2000 by stepping up population activities and raising contraceptive prevalence;
- b. in *health and nutrition*, to minimize the impact of the economic crisis on the health of the population, to improve MOPH's management and hospital performance, and identify cost-effective alternatives to the current health and nutrition programs. Because of its heavy dependence on external funds, the Government's long-term objectives were to secure an adequate financing scheme for health care activities and eliminate pockets of malnutrition by raising domestic food production.

**PROJECT OBJECTIVES AND DESCRIPTION**

3. The project objectives, as defined in the Staff Appraisal Report, were to assist the Ministry of Public Health (MOPH) in strengthening and accelerating its on-going shift from an urban-based hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas.

4. The project consisted of four components which aimed at:

- a. *strengthening primary health care* in three provinces as a means to test a new delivery scheme before its implementation countrywide. Special attention was given to six core programs: immunization, FP, MCH, nutrition, front-line curative care and basic sanitation. The organization of the system was conceived to deliver these programs through polyvalent purpose staff, according to several types of strategies adapted to local conditions (terrain, population density..) by using a different mix of types of facilities, outreach techniques and staff. To achieve this objective, the following activities were to be implemented: upgrading and expanding the physical infrastructure; providing equipment; training of health staff; improving logistics and monitoring implementation to allow continuous adjustments. To that end, the project financed construction and rehabilitation of buildings, equipment, drugs, per-diems and vehicles;
- b. *strengthening the management capacity of MOPH* at central and provincial levels. The objectives were to improve capacities in terms of health sector planning, staff training, research and evaluation, and public health service administration, as a necessary condition for a large scale extension of the health care delivery experience to the rest of the country. Specifically, this component was to: (i) strengthen the planning capacity of the MOPH Infrastructure and Planning Department, in which the Project Unit was based; (ii) improve MOPH administration in particular in the areas of program budgeting and resource allocation, procurement and bidding procedures, civil works and maintenance, and management of personnel; and (iii) support the implementation of a health services monitoring and evaluation system and the realization of two studies on the financing of the health sector and hospital management. To that end, the project financed technical assistance and expert services, training and equipment;
- c. *strengthening training and IEC programs*; specifically this component was to: (i) strengthen the capacity to train paramedical personnel by completing the pedagogic equipment of a college of public health which had been financed under the Bank Third Education Project; and (ii) increase the capacity of the MOPH Health Education unit to produce IEC materials by providing audio-visual, printing and graphic equipment as well as technical assistance and fellowships for the production and dissemination of IEC materials; and
- d. *improving the supply of basic drugs* by (i) improving procedures and establishing a coordinated system for the procurement, storage, formulation<sup>1</sup>, packaging, distribution and control of drugs for the public health system; and

---

<sup>1/</sup> Formulation is the final stage of drug production, from intermediate ingredients to final or finished form. It consists of simple mechanical operations such as mixing, solving or dispersing and fragmentation into dosage forms.

(ii) redefining the respective roles of the Pharmacie Centrale, the National Drug Control Laboratory and the Drug Supply Unit (UAM) to be created under the project. Disbursements on this component were conditioned upon the creation of the structure in charge of managing this unit. To this end, the project was to finance the construction of storage, packing and shipment space, a packaging unit and a small formulation laboratory as well as the related equipment, training and technical assistance.

5. Clarity of Objectives. Overall, the project objectives were well defined and were an integral part of the Government objectives which were also supported by other donors and international organizations involved in Morocco (UNICEF, USAID, WHO). They were consistent with the Bank assistance strategy in the social sectors which included improving basic social services in rural areas and encouraging a shift from capital and foreign exchange intensive hospitals to expanding basic health services.

6. The degree of Government commitment to the project varied between components:

- a. The extensive preparation work carried out by the MOPH over the period 1979-1984 for the Primary Health component with the support of a project preparation facility (PPF), ensured a good understanding of the concepts and a strong ownership especially at provincial levels;
- b. The second component -- Management -- responded to the perceived needs of the MOPH and was meant to support its on-going structural reorganization. With regards to the studies, addressing sector financing and hospital management issues was rightly perceived by the Borrower as a means to develop a sustainable system in the medium and long term.
- c. The third component -- Training and IEC -- aimed at completing activities started in the Third Education Project (Loan 1220T-MOR), and as such its objectives were not reassessed and its implementation not expected to be problematic.
- d. While the objectives of the last component -- the improvement of the supply of basic drugs - were shared by all involved, the means to achieve them seem to have been ambiguous from the on-set of the project. There has been no doubt that the creation of the drug unit and the reorganization of the drug supply system were fully justified from a public health perspective. However, the scope of this component and the private pharmaceutical sector seem to have evolved early in the project, increasing doubts as the economic viability of the approach adopted.

## PROJECT DESIGN

7. This first Bank project in the health sector in Morocco initially included two components: basic health services and management capacity. Its design aimed mainly at creating a replicable model of basic health care while at the same time, strengthening the MOPH management capacity. It was also aimed at building a knowledge base, in particular in the areas of sector financing and hospital management which would have helped increase sector sustainability and would have permitted to build on initial achievements. The IEC and drugs supply components were added at a later stage of preparation, and their integration in the main concept of the project was not as strong.

8. The design of the project aimed successfully at improving the technical aspects of basic health care delivery, as well as the management of programs. The health planning activity which took place was a bottom-up effort in which each provincial unit defined its problems, goals, management modes and monitoring tools. However, the functional links between this unit (Service d'infrastructure des actions ambulatoires provinciales, SIAAP) in charge of ambulatory care and inter alia of the six core programs supported by the project, the medical province and the different departments at the central level were not redefined to ensure the coherence of the project with the overall organizational structure of the system. This may be explained by the fact that the MOPH was, at the time of appraisal, under-going a structural reorganization to eliminate the existing dichotomy between the administrative and technical functions. As a result the provinces had to concentrate their efforts in implementing as best as they could, directives from the central level, sometimes to the detriment of the more pro-active approach promoted by the project, in which they defined their objectives and strategies according to local priorities.

9. In the early 1990s, the MOPH underwent another reorganization which increased the number of departments at central level and provided them with increased autonomy. The provinces found themselves faced with an even greater number of interlocutors. Basic core programs were rightly being delivered by the same multi-purpose medical staff, and their supervision, monitoring and evaluation done by the same persons at provincial level. Nevertheless, at central level, program guidelines, training, monitoring and financing remained vertical, creating some overlaps and/or conflicting messages which made integration and coordination at the provincial level more difficult and cumbersome. The transfer of the Project Unit from the Direction des Affaires Techniques (Division de la Planification), to the Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire created an additional discrepancy between functions and structure.

10. Finally, with regard to the drug supply component, the project design foresaw the need for a close collaboration with the pharmaceutical private sector. However, it failed to set in place the mechanisms which would have ensured its collaboration.

## PROJECT IMPLEMENTATION

11. All project components were completed with the exception of the Drug Supply Unit and of the Training and IEC component which were executed only partially. Several factors influenced project implementation, causing significant delays:

- a. *Lack of counterpart funds:* Insufficient budgetary allocations as a result of the economic situation, delays in allocation and release of funds, political resistance to favor these provinces over others, and weak capacity of MOPH to manage commitments and disbursements, resulted in important delays from the project inception. In particular, the initial lag between Board presentation (June 1985), loan effectiveness (July 1986) and the first disbursements (March 1987), which was due to the lack of budgetary allocation, was never caught up. As a result, the loan closing date had to be extended twice (from December 31, 1991 to December 31, 1993).
- b. *Frequent changes in the MOPH and in the Bank:* Both institutions encountered several structural reorganizations and changes in individual responsibility. This resulted in additional delays as new mechanisms had to be designed and new managers had to become familiar with the project before taking action. This loss of momentum affected the levels of funds allocated to the project, as "lobbying" for the project was weaker. The transfer of responsibility for civil works from the MOPH to the Ministry of Public Works also caused delays in the construction of facilities.
- c. *Relative passivity in the Bank's contribution:* The frequent changes in task management described above and the conflicting priorities due to the simultaneous preparation and implementation of the Health Sector Investment Project (Loan 3171) led to a relative passivity of the Bank. It was slow or even silent in commenting on the two studies (Health Financing and Hospital Management) carried out by the Borrower, or on the project mid-term review prepared by the MOPH. The persistent misunderstanding in the realization of the last component -- improvement of the supply of drugs, which remains incomplete is another example, as explained in paragraph 19.

## PROJECT RESULTS AND OUTCOME

12. Primary Health Care. This component was fully implemented in its physical as well as its "software" aspects though a large share of the new facilities only became functional at the very end of the project; to date 29 health facilities out of the 126 (more than 20%) built, remain closed due to insufficient staff to man them. In contrast, reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods, were put in place at the start of the project and are well assimilated by staff in all three provinces. As illustrated by the MOPH

134 in 1994

↑

△



mid-term review and final evaluation of the component, progress has also been achieved by the provinces in evaluation of outputs and outcomes.

Accept in 2010

13. The global management and planning methods put in place during the project have enabled the efficient deployment of staff which in turn permitted an improved population coverage in the three provinces. The Health service monitoring system put in place as part of the project has facilitated the decision process and provided a number of monitoring and impact indicators. However, as illustrated by the MOPH evaluation report (see examples in Table 4 in Annex to this PCR) the selection of these indicators does not always permit to link coverage and impact.

14. As shown in the table below, access to a health facility has been greatly improved. The ratio of population to health facility has evolved greatly during the project period from one basic center for 75,000 in 1985 to one for 44,000. While the number of general practitioners allocated to the project area doubled during the 1985-92 period (from 33 to 61), the number of para-medical staff only progressed for the same period from 717 to 841.

Percentage of Population with access to a health facility in the project area

	1985	1988	1990	1992
< 3 Km	28	31	33	38
3 to 6 Km	14	15	17	14
6 to 10 Km	22	23	22	23
> 10 Km	36	31	28	25

15. Before being fully assessed, the deployment strategies for basic health care delivery developed in the project were generalized to all provinces, with external support from: (i) the Bank through the Health Sector Investment Project (Loan 3171-MOR), though with an evolution of the six core programs supported and, (ii) since 1992, the African Development Bank (ADB) in ten provinces. Considering the importance of the investments realized, in particular with regards to the construction of new centers, the achievements of the project have to be assessed in the context of their cost efficiency. This analysis should:

- (i) distinguish the earlier phase of the project during which improvements in service coverage were registered, though the new centers had not yet been constructed, suggesting that the reorganization of the provinces alone contributed to a large extent to the results obtained; and
- (ii) the cost-efficiency of the centers constructed cannot be assessed over the period of the project alone.

A  
Why will  
not be  
assess

Long-term

16. Strengthening of MOPH Management Capacity. The MOPH underwent several reorganizations during project implementation which did not always seem to be technically motivated. The project design did not take into account the then upcoming reorganization. Under these conditions, it is difficult to measure the extent to which the project improved central management as it was intended (see para. 4.b). While management of civil works certainly improved, procurement, program budgeting and resource allocation remain serious issues for the MOPH. This is compounded by the "balkanisation" of the MOPH Departments characterized by overlapping and scattered responsibilities which prevent measuring output and efficiency, and promoting accountability.

JW disagree

17. The health service monitoring system was put in place in the provinces, as described in para 13 above. The outcome of the two studies on the financing of the health sector and on hospital management which were carried out, is uneven:

more?

a. The health financing study was of good quality, considering the lack of information available at the time. It resulted in a thorough data collection and analysis. The study served as a basis to the discussions on health financing reforms which have culminated with the preparation by the Government, with Bank support, of a health insurance reform proposal. This study has however not yet translated into concrete results in the financing of the system. An indirect benefit of the study was a transfer of know-how between the foreign firm and the teams of local consultants, jointly in charge of its realization. This fruitful association led to the emergence of a group of young Moroccan experts who has since then contributed significantly to the debate on health issues. This study also led to the creation, within MOPH, of a Health Economics Unit.

JW said bad data

b. The Hospital Management Study output is more difficult to assess. The diagnostic phase to which each hospital included in the study actively participated, was never followed by the prospective one that was intended to specify and test the options for reform. Also, due to a lack of counterpart capacity or a shift in MOPH priorities, the results of the initial phase were insufficiently discussed.

incomplete

18. The results of the Training and IEC component are less clear. Only 25 percent of the funds initially allocated were actually disbursed. Half of this amount financed the equipment of the College of Public Health and the balance financed the production and dissemination of IEC materials. The lack of disbursements on this component is due to the availability of bilateral funds to finance the training activities. Though no formal amendment to the loan agreement was made, this component seems to have been dropped and was therefore not supervised.

JW: dropped due to other donors funding component through grants -

19. There is a discrepancy between the initial design of the last component - Improvement of the drug supply - described in paragraph 4.d, and its actual implementation, which remains unexplained by existing documentation and is probably at the origin of the misunderstanding between Bank and the MOPH. This was compounded by the fact that, until recently, the Bank's position with regard to drug sector policy was unclear. The UAM was built, though with three years delay, and with a design which does not correspond to its initial more modest concept. However the equipment remains to be purchased and, more importantly, the legal structure of UAM and the terms of its relationship with the private pharmaceuticals sector are still undefined. Despite some improvements, the Central Pharmacy organization, procedures for the procurement, distribution and control of drugs still need to be improved.

**PROJECT SUSTAINABILITY AND FUTURE OPERATION**

20. Technical Sustainability. The global management methods and deployment strategies developed in the project to deliver the six core health programs have become an integral part of planning practice and are unlikely to disappear. However, some of the key features of this strategy, such as the travelling nurse who greatly contributed to the increase in population coverage, are being put in question as this category of staff who is more likely to accept this function has been eliminated in favor of more qualified nurses. It may therefore prove more difficult, especially in the mountainous provinces with dispersed population, to attract new candidates. Signs of low morale are already evident in this category of staff, whose working conditions have deteriorated (lack of maintenance of motorcycles, delays in payment of per diem,..). Similarly, unless drugs and contraceptives, and means of transportation for the mobile teams remain regularly available, it is unlikely that the provinces will be able to maintain their coverage level. This situation is the more problematic that the population expectations have risen with the educational level and the previous availability of services.

21. Financial Sustainability. The operating budgets of the provinces had a line item specific to the project. However, no provision has been made to ensure an appropriate level of operating budget after project closing to continue financing the drugs, per diems, and other consumable items necessary to ensure the functioning of the programs. It is therefore expected that the project investments will not be preserved and that the achievements realized in terms of population coverage will not be sustained, unless a sufficient allocation for recurrent costs is maintained.

22. Both the Bank's on-going Health Sector Investment Project and the ADB recent Basic Health Project which finance operating costs, have equally failed to integrate mechanisms to ensure the progressive sustainability of the health system which would reflect the priority given to basic health services by the Government. On the contrary, the inclusion in the Health Sector investment Project (Loan 3171-MOR) of a significant component for the provision of drugs was an implicit acceptance that the financing of these operating costs would continue to depend on external financing.

||  
 decline in  
 provinces?

Finance  
 study  
 ↑

Dec 1996 - Social priorities

ask  
 JW

How does the Bank cooperate w/ other donors?

1990

23. The low level of national resources available in the public health sector and the related heavy reliance on external funds to finance not only investments but, increasingly, operating expenditures, considerably limit the MOPH capacity to articulate its operational priorities and control allocation of resources. All resources are already pre-allocated and pre-spent and the margin of maneuver is limited.

### **BANK PERFORMANCE**

24. During the 15-year period between project identification and loan closing, the Bank performance can be characterized by its irregularity, in terms of (i) the frequency of its missions and exchanges with the Borrower, and (ii) the quality and emphasis of its contribution and of the high turnover of its project managers, compounded by its organizational changes. Two phases can be distinguished:

- a. The first phase (preparation - early implementation) from 1979 to 1987, during which the project was handled by a specialized non-regional PHN Department. Field visits and correspondence, although infrequent, were very focussed and led to a systematic and thorough review of each of the project components, a broad discussion of all issues and agreement on the remedial actions and next steps.
- b. The post-Bank's reorganization phase, which scattered available health specialist resources. During this period, and even more after the start of the Health Sector Development Project (Loan 3171-MOR) which overshadowed the first project, supervision became less systematic, of shorter duration, concentrating on a limited number of themes -- mainly disbursement procedures and budgetary allocations -- which were rightly perceived as obstacles to timely implementation. As a result, difficulties in the realization of some of the components remained unseen or unaddressed for a long time. Bank documentation reflects this situation and progress and difficulties on some of the components remained unreported. Overall, Bank's attitude during the supervision period was rather passive and resulted in a number of missed opportunities to deepen the dialogue with the Borrower as illustrated by the following examples:
  - The Borrower's mid-term review report of the project was received but not commented on. Similarly, it is only after the strong insistence of the MOPH that the Bank commented on the study of health financing and there is no record on any written comment made to the MOPH on the hospital management study.
  - The implementation of the component aiming at improving the supply of drugs is another case in point. While the appraisal documentation clearly defines the drug Supply unit as a "procurement, packaging, distribution and limited formulation unit, with a close collaboration

with the private sector", this unit seems to have evolved -- at least in its building design --into a full production unit. This evolution which is not documented in the files, has resulted in a misunderstanding between the MOPH and the Bank. Despite its skepticism that a public production unit was economically justified considering the rapid evolution of the Moroccan private pharmaceutical industry, the Bank failed to clearly state its position or to provide the necessary support to: (i) undertake a full assessment of the economic feasibility of this unit; and (ii) develop a coherent drug policy. At the same time, the Bank sent opposite signals that the component could proceed by giving non-objection to the procurement documents for the construction and equipment of the UAM, and providing informal advice on its status.

### **BORROWER PERFORMANCE**

25. Overall, Borrower's performance was excellent with regards to analyzing issues and conceptualizing strategies. However, the project suffered from difficulties in operationalizing the policies defined and the implementation capacity of the MOPH remains weak as a result of its structural organization. During the second half of implementation, the project seems to have been put on "automatic pilot" and activities were being carried out -- though at a slow pace-- without a thorough review of their impact. This is the more surprising that this pilot experience was meant to lay the ground work for broader reforms countrywide, and that the technical aspects of service delivery were indeed generalized.

26. With regards to the realization of the health financing study, the Borrower's performance was commendable. The report was produced, discussed extensively within the health sector (through workshops, seminars...) and more generally in the Government. The MOPH was very successful in mobilizing external support (USAID, WHO..) on the topic, and translating the study's recommendations and implications into operational activities, such as the health insurance proposal.

27. Although difficult to assess in the absence of records, the Borrower's performance on the Hospital Management Study was not as good. Counterparts do not seem to have reviewed the study's findings with the consulting firm and very few discussions of the report took place. It is only with the preparation of the Hospital Management Project that the dialogue with the Bank on that subject was renewed.

### **KEY LESSONS LEARNED**

28. Both the Bank and the MOPH should make more systematic use of the findings of this project to build on their future operations. Though a good opportunity was missed with the on-going Health Sector Investment Project (Loan 3171-MOR), since it started before the lessons of the previous one could be fully drawn, its implementation has permitted a better understanding of the issues which should be addressed. The areas of focus of future operations should be:

- a. The financial sustainability of the health system needs to be addressed without delay. The MOPH has already integrated this lesson in its dialogue and has indicated its intention to proceed with new investments only when the sustainability of the sector as a whole has been addressed ie. when adequate investment and more importantly recurrent resources (staff salaries, drugs... ) can be secured. To that end, the preparation of the proposed FY96 Health Management and Financing Project has been halted although it attempted to support health financing and hospital management reforms identified through the two studies supported by the project. If the Health Management project does not proceed, the health sector sustainability should be addressed through the FY96 Social Priorities Project. ←
- b. The overall organization of the pharmaceutical sector and the provision of drugs to the public sector need to be reviewed. The continued financing of drugs through external funds has been a disincentive to exploring more cost-effective alternatives and to rationalizing the procurement of drugs. This has been ultimately detrimental to the development of a fair and transparent competition within the private sector and very costly for the Government, as the prices of drugs produced in Morocco are high and foreign exchange is mobilized to finance what should be local costs. A thorough review of the pharmaceutical sector and the development of a drugs policy for the public sector should be carried out prior to any further financing of drugs in a project.
- c. The policies and project activities cannot be divorced from their implementation structure: The current organization of the MOPH and of the medical provinces is ill-adapted to the objectives pursued by the MOPH and discourage efficiency and accountability. While MOPH is fully aware of this issue and has prepared a new organizational chart more in line with its objectives, it has not yet been implemented. Implementation arrangements for future projects should be an integral part of their design and should take into account the overall organizational structure of the Ministry, or should not proceed without addressing needed changes.
- d. The relative impact of the strategies deployed to deliver basic services (fixed facilities, outreach techniques and better organization) should be assessed carefully to facilitate the development of a cost-efficient approach, adaptable to the specifications of each region. ←  
*effective?*
- e. The Bank should ensure that appropriate mechanisms are included in the project design or, whenever possible, implemented prior to effectiveness to meet intended objectives. While the project design clearly stated that UAM should collaborate with the private sector, this failed to happen. The Bank should also have a more pro-active attitude in its comments and proposals for remedial actions (ie. restructuring of the project, increasing the supervision of "pilot/demonstrative" aspects of the project). The preparation of new projects should not start before the results of the previous project can be built on, and lessons learned so as to be integrated to the new design.

PROJECT COMPLETION REPORT  
MOROCCO  
HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)

PART II. PROJECT REVIEW FROM BORROWER'S PERSPECTIVE

EXECUTIVE SUMMARY

*Eng. translation  
INAS!*

INAS' mandate is to evaluate the Health Development Project in three provinces: Agadir, Taroudant and Settat. This project was implemented in these provinces in 1986 and comprises 4 main components:

1. Development of health services at the provincial level;
2. Management, research and evaluation at the level of the Ministry of Public Health;
3. Health training/education at the national level; and
4. Basic drug supply at the national level.

The project covers 2 million inhabitants and includes all levels of the system. Our evaluation mainly concerns the first component of the project: The development of basic health services.

This evaluation was carried out by INAS, UGP and teams from the three provinces. There has been no foreign technical assistance. Funds were allotted for the purpose of this evaluation from INAS' general budget and was about DH 50,000. This amount financed three three-day workshops in Rabat for a dozen participants. The evaluation was delayed from original schedule for logistical and human reasons (change of directors and staff responsible for health services in the provinces, weak research capacity of provinces).

An implementation progress report was attached to this evaluation to inform managers at central level on the dysfunctions identified during this crucial phase of the project, and in particular the status of implementation of the infrastructure and equipment components and, the ending of the project budgetary allocation. The proposed corrective measures are forwarded to all central managers.

The principal limitation of this evaluation is the time frame 1985-1992. In 1992, the newly built infrastructure was not quite functional. We therefore expect an under-estimated view of the level of health coverage in terms of access, availability and use.

To validate this evaluation, it is recommended to update this data through a second evaluation in 1996.

*doubt MOH will do; recomm. indep firm*

The main point of this evaluation is that local teams have been trained and involved in all stages, specific training on research methodology was taught to some participants.

The province presently has a detailed data base by sector and district which will serve for the planning of health services and the management of programs at the local level.

Evaluation of the Resources put in place.

- **Infrastructure:**

Infrastructure in the project area increased from 137 to 192 basic health services facilities. Architecture is satisfactory and well received by staff and population.

Facilities are large, but nurses quarters are found small.

Completion time of a random sample of 51 health facilities shows that 50% were built with within one year (3 months in Settat and 4 years in Taroudant).

- **Equipment:**

All facilities are sufficiently equipped and equipment remains in stock in provincial storage pending the opening of the recently completed facilities.

In Settat, there is equipment in stock for peripheral laboratories that should be redeployed for the national level.

The quality of equipment is adequate and appreciated by professionals. The Radiology units suffer serious problems with the relationship user-supplier (breakdown, absence of corrective maintenance and installation problems).

- **Budget:**

Public works and equipment used 60% of the budget allotted to the project. In 1992, the project represented between 81% and 18% of the operating budget depending on line items. This budget covered transportation expenses, office supplies, hygienic products, gas, drugs. The portion allotted to rural areas is important for all provinces.

The project management unit produced a financial evaluation report on the project.

*35 fac. only?*

*Staffing empir?  
with delays?*

*conclus →*



- **Human resources:**

In the three provinces, a total of 134 nurses were assigned between 1985-1992. The ratio nurses/health services facilities (all categories) reached 4.44% in 1992 compared to 5.25% in 1985. *why lower?*

Staff assignments do not correspond in parallel to the needs of the 50 new completed facilities which started operations in 1992. The situation will be worse if the other completed facilities are open (another twenty centers). *why? imple?*

Process Evaluation:

Project Implementation mechanisms represented an experiment for the Ministry of Public Health. Management structures were implemented and terms of reference were identified and set at all levels (central and provincial). However, the following problems were identified: lack of coordination, lack of synchronization central/peripheral, set up of the various project components and mobility of operational and supervisory staff. *[*

All project components under consideration were set up according to a plan which differs from one province to the other (see documents from provinces). *why?*

Due to project size and requirements, the management component has become a priority over research.

The study of this process is a lesson for everyone planning a similar project. This study on the process is documented in each province's specific report.

Impact Evaluation :

There has been a marked improvement of all priority health programs. In 1992, the immunization completion rate was 82%. The rate of recruitment of women in obstetrics reached 38%. Childbirth in supervised environments reached 35% (of which 45% in ambulatory environment). There is improvement in tuberculosis screening and a decrease of the 5 target diseases in the 3 provinces.

Indicators in these provinces are slightly above national averages.

According to the Ministry of Health's Office of Information and Statistics, infant mortality has significantly decreased between 1985 and 1992 for the 3 overall provinces. This decrease is similar to that of the national level.

*attributable to proj.?*

## RESULTS

### Service Delivery:

#### - Access:

The 1992 situation showed that, on average, every citizen, may find a clinic within 14 km. This distance varies depending on the province. *range?*

Population located farther than 10 km from a clinic dropped from 40 to 28% (extremes vary between 23 and 37%).

40% of inhabitants have access to a basic health center (35% minimum, 48% maximum). *dis.?*

#### - Availability:

*check* Basic health services (CPN, immunizations, PF, corrective, etc.) are available in most of the basic health services facilities.

### Delivery Strategy:

60% of population was covered by the urban and rural fixed site (1992):

12% by outreach teams.

19% by outreach personnel by contact point.

5% by house visits.

It is expected that the fixed site strategy will predominate over other delivery after the opening of about 20 centers.

The outreach strategy is hampered by difficulties at : viability, logistics, management and efficiency.

### Integration:

*PCR says success*  
In all newly completed health facilities, a model of integration of health services has been developed, particularly for the SMI/PF/Childbirth. The same polyvalent staff ensures the care of beneficiaries in its entirety in the same space and for different needs. This experiment has every chances of being successful. It will be interesting to study it after a while.

### Efficiency:

In the fixed strategy, the improvement of diagnostic tools, technology, allocation of essential drugs were accompanied by an improvement of care.

7

Use of health services:

All health facilities are under-utilized. In some centers, it is way beneath all acceptable norms despite availability of required resources. The rate average occupation rate of certain childbirth units varies between 22% in Settat and 42% in Agadir. This is quite low.

\*  
Why?

**OTHER ISSUES:**

1. Traditional midwives: The experience is positive and replicable. Its limits reside in the difficulty of maintaining motivation and ensuring continuity of supervision by the health team.
2. In-service training: The in-service training program is presently solid at the level of these provinces. Skills and attitudes are improved for overall personnel, particularly technical personnel of SIAAP. The decentralization of the training process started at the level of these provinces to extend to the national level. The managers of these provinces designed the training modules on the management process and participated in the revision of health programs structures at the national level.
3. Peripheral laboratories: There is a wide gap (as to performance and output) among laboratories. The problem of these laboratories is supervision and management of these units. Staff and population are satisfied with this technology.
4. Community participation: The population, through local authorities and groups, has been informed and solicited to participate in the design phase of the project. The actual role of the population could not be assessed in this study. It remains that its contribution is punctual and consists of mainly the allocation of required resources (land, fuel, etc.) and not the decision-making process. The project did not identify one preferable approach on which professionals could build on.
5. Competence of management personnel

?  
level of studies survey?

There is improvement in the managerial and programming capacity of all higher level staff of SIAAP and health districts. This situation may deteriorate if it does not resist the changes in the local political and administrative environment (partitioning, change of responsibilities, mobility of staff, lack of motivation).

## RECOMMENDATIONS

1. A second evaluation covering 1993 and 1994 is required to confirm the trend observed.
2. The achievements of the project must be sustained by local authorities.
3. The dysfunctions observed and reported to the central authorities will need to be considered for this and future projects.
4. The after-project financing needs must be assessed so that inadequate budget be provided in order to prevent the rapid degradation of the project's assets.
5. Any project must be preceded by a strategic evaluation. Decisions should remain subject to modifications during the life of the project and design should not be considered as immutable.
6. It is important to ensure the stability of key-personnel of the project at least until the end of the implementation phase.
7. The Health Development Project was a good vehicle for increased exchanges of views, communications, challenges between and with the local and central team. It spread the philosophy of basic health services which all teams adhered to and defended. What are the alternatives to create today in its place? Provincial teams are already discussing the "funeral of the project".

**PROJECT COMPLETION REPORT  
MOROCCO  
HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)**

**PART III. STATISTICAL INFORMATION**

**TABLE 1: RELATED BANK LOANS**

Loan Title	Purpose	Year of Approval	Status
<b>Preceding Operations</b>			
<p>This loan was the first Bank loan in the sector in Morocco. Prior to this loan, Bank involvement in the health sector was limited to a schistosomiasis component in the agriculture development Doukkala I Project (Loan 1201-MOR) and to a health manpower training component in the Third Education Project (Loan 1220T-MOR) which consisted in the construction, furnishing and equipping of a college of Public Health in Rabat, a school of medical technicians in Casablanca and three nursing schools in Oujda, Fes and Agadir.</p>			
<b>Following Operations</b>			
<p>Health Sector Investment Project (Ln 3171-MOR)</p>	<p>To support the Government strategy to reinforce (a) basic health; (b) referral, emergency and diagnostic services provided at regional and provincial hospitals, and building and biomedical equipment maintenance capabilities; (c) administration and management of services provided by the MOPH in order to increase efficiency, and facilitate the implementation of administrative reforms designed to decentralize the management of health services; and (d) sector and policy reforms which address longer term issues related to the evolution and structure of the public and private sector health services delivery systems, financing mechanisms, and the mobilization of resources in support of the sector.</p>	<p>FY90</p>	<p>Under supervision. 21 % disbursed. Closing date: December 31, 1996 (likely to be postponed).</p>
<p>Social Priorities Project</p>	<p>The proposed project would assist the Government in the implementation of its social strategy to help the least advantaged groups of Moroccan society play a full role in the country's economy, thus contributing both to increased productivity and enhanced equity. The basic health and nutrition component of this project would support the implementation of the medium-term action plan aiming at improving access of the target rural population to a package of essential services. To that end it would implement a number of intertwined actions: (a) rehabilitating/expanding the health infrastructure, while providing the necessary material, drugs (including contraceptives) and equipment; (b) promoting outreach and demand promotion strategies for the delivery of essential clinical and preventive services in remote areas; (c) strengthening and expanding FP services, and stimulating further demand for FP services (e.g. IEC programs); (d) improving the nutritional status of high risk groups and implementing programs to reduce the prevalence of micronutrient deficiencies; and (e) supporting actions aimed at redeploying and retraining the medical and paramedical personnel, in particular in the area of supervision and monitoring at the provincial level.</p>	<p>Planned FY96</p>	<p>Under Preparation</p>
<p>Health Management Project</p>	<p>The project would support Government efforts to (i) address major hospital internal efficiency issues to contain costs while improving quality of services; and (ii) introduce new health financing reforms, able to increase the level of resources available and promote equity. The proposed project would include the following components: (a) development of hospital management capacities; (b) improvement of service quality; and (c) development and implementation of new financing mechanisms and institutional development.</p>	<p>Planned Fy 96</p>	<p>Under preparation  Borrower asked to delay project preparation until sector financing issues have been addressed at the Governmental level.</p>

**TABLE 2: PROJECT TIMETABLE**

Steps in Project Cycle	Date Planned*	Date Actual
Identification	n/a	September 1979
Project Preparation Facility (PPF)	June 83	
Preparation	n/a	April 1980, June 1981
Appraisal	n/a	October 1984
Negotiations	n/a	April 1985
Board Presentation	n/a	June 6, 1985
Signing	Before October 1985	January 17, 1986
Effectiveness	October 1985	July 27, 1986
Midterm review carried out by the Borrower	December 1987	November 89
Project completion	June 30, 1990	**
Loan closing	December 31, 1991	December 31, 1993

\*As provided in Project Brief for processing steps up to Board Presentation, and in the Staff Appraisal Report (SAR) for steps occurring after Board Presentation.

\*\*All components were completed by June 1993 with the exception of the Drugs supply unit which remains incomplete to date. (see para. 19) and the IEC component which was dropped.

**TABLE 3: LOAN DISBURSEMENTS:  
CUMULATIVE ESTIMATED AND ACTUAL (US\$ million)**

	FY86	FY87	FY88	FY89	FY90	FY91	FY92	FY93	FY94
Appraisal Estimate	1.3	5.0	10.4	16.4	22.4	26.9	28.4	-	
Actual	0	0.13	1.13	3.54	7.93	13.98	19.33	23.52	25.84
Actual as % of estimate	0	0.02	0.1	0.21	0.35	0.52	0.68	0.82	0.90
Date of final disbursement	April 1994								

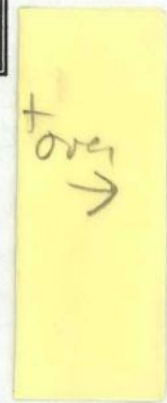
**TABLE 4: SELECTED MONITORING AND  
IMPACT INDICATORS IN THE PROJECT AREA**

	1985	1988	1990	1992
<b>IMMUNIZATION</b>				
- Vaccinal Coverage (BCG) (Recruitment rate of children less than one year old)	66%	83%	84%	92%
- Incidence of declared cases				
* Whooping-cough	393	11	10	14
* Measles	149	120	46	537
* Polio	4	0	0	0
<b>FAMILY PLANNING</b>				
* Rate of new acceptors (pills)	7%	9%	14%	13%
* Rate of new acceptors (IUD)	0.25%	0.56%	0.65%	1.7%
* Contraceptive prevalence rate*	NA	NA	NA	NA
<b>BASIC HEALTH SERVICES</b>				
* Drop-out rate for tuberculosis treatment	26%	16%	7%	4%
<b>MCH</b>				
* % of assisted deliveries	21%	24%	28%	35%
* % of assisted deliveries occurring in BHC	22%	26%	32%	45%
* Infant Mortality**	NA	57‰	52‰	48‰
* Number of neonatal tetanus cases	23	15	2	0
<b>SANITATION</b>				
* % Water points treated	75%	71%	81%	87%
* Incidence of Typhoid	37	15	12	9

Source: MOPH Project Evaluation Report (August 1994).

\* The 1992 DHS estimates the national prevalence rate at 41.5%. Only new acceptors and recruitment rates were monitored at province level

\*\* Estimates, for two of the 3 provinces.



**TABLE 5: STUDIES INCLUDED IN PROJECT**

Study	Purpose	Status	Impact of Study
<p>1. <u>Health Service Monitoring</u></p>	<p>MOPH was to implement a comprehensive monitoring and evaluation system for the present project, including family planning programs as a first step toward monitoring the progress of the Health Development Plan as a whole. Data collected by health facilities was to be processed and complemented by operational or evaluative research.</p>	<p>A service monitoring system was put in place in the provinces which has facilitated the decision process and permitted the mid-term review and post-evaluation of this project.</p>	<p>Data collection remains oriented towards services provided by the centers and is not often related to the total population. It is unclear whether these statistics, which represent a heavy administrative burden for the staff, are fully utilized in decision making.</p>
<p>2. <u>Study on the Financing of the Health Sector</u></p>	<p>Its purpose was to analyze the availability and allocation of funds, and the efficiency and equity of the present and alternative financing schemes.</p>	<p>Study completed in October 90. Was followed by several seminars and workshops to mobilize external support and led to the creation of a Health Economics Unit within MOPH.</p>	<p>The study's recommendations are being implemented, and have resulted in particular in the development of a health insurance scheme.</p>
<p>3. <u>Study on Hospital Management</u></p>	<p>Since hospitals absorb 72% of MOPH's operating budget, the study focused on hospital performance, cost containment and possible methods of cost recovery, in accordance with the alternatives of the study on financing.</p>	<p>Diagnostic completed in June 89. The assessment focussed on 5 areas: Structural and physical characteristics of the hospital sector within MOPH, human resources, financial resources and organizational structure.</p>	<p>While the diagnostic phase was carried out and provided insight on hospital management, the prospective phase intended to specify and test options for reform was not carried out. This phase is however expected to be developed as part of the Health Management project preparation.</p>



**TABLE 6A: PROJECT COSTS**

Item	Appraisal Estimate (US\$M)			Actual/latest estimate (US\$M) 1/		
	Local costs	Foreign costs	Total	Local costs 2/	Foreign costs 2/	Total
Development of basic health services	12.5	10.7	23.2	20.7	17.6	38.3 3/
Strengthening of MOPH Management	0.8	0.9	1.7	0.7	0.9	1.6
Strengthening of training and EIC Capacity	0.5	1.1	1.6	0.1	0.3	0.4
Improvement of drug supply system	2.4	4.4	6.8	4.7	8.2	12.94/
<b>Total Baseline Costs</b>	<u>16.2</u>	<u>17.1</u>	<u>33.3</u>	<u>26.2</u>	<u>27.0</u>	<u>53.2</u>
Contingencies	7.1	7.2	14.3			
PPF						0.06
<b>Total Project Costs</b>	<u>23.3</u>	<u>24.3</u>	<u>47.6</u>	<u>26.2</u>	<u>27.0</u>	<u>53.3 5/</u>

1/ Exchange rate used corresponds to 1986 - 1993 average (US\$ 1 = DH 8.4)

2/ Share of foreign costs in total calculated on the basis of appraisal estimates.

3/ Increase in cost of this component is due to the cumulative effects of:

(i) an increase in the number of centers built;

(ii) delays in implementation; and

(iii) increase in the square footage of the center following the adoption of modular plan.

4/ Estimated cost of completing component. Expended to date : US\$ 4.8M.

5/ Estimated cost of completing the project. Expended to date: US\$ 41.9M.

*Loan*  
 $28.4m$   
 $- 2.6m$  (cancelled)  


---

 $25.8$

**TABLE 6B: PROJECT FINANCING 1/**

Source	Appraisal Estimate (US\$M)			Actual/latest estimate (US\$M)		
	Local costs	Foreign costs	Total	Local costs	Foreign costs	Total
IBRD	4.1	24.3	28.4	1.5	24.0	25.5
Government	19.2	-	19.2	16.4	-	16.4
<b>Total</b>	<u>23.3</u>	<u>24.3</u>	<u>47.6</u>	<u>17.9</u>	<u>24.0</u>	<u>41.9</u>

1/ This table reflects the financing arrangements for expenses already occurred. Financing source to complete the project (US\$ 11.4M) has not yet been determined.

**TABLE 7: STATUS OF LEGAL COVENANTS**

Agree./Sect.	Coven. Type	Present Status	Original Fulfill. date	Revised fulfill. date	Description of covenant	Comments
3.02 (a)	7	CP			Establish & maintain a drug supply unit to undertake responsibility for the carrying out of the drug supply program included in Part D of project.	Only construction was completed. The legal status of the unit remains to be defined and equipment to be ordered.
3.02 (b)	4	CP	Each FY	-	Each fiscal year DSU is provided, through separate annual budgetary allocations, with funds sufficient to enable it to meet the estimated expenditures required for the carrying out of such a program.	Counterparts funds were insufficient for timely implementation.
Sc. 5.1a	5	C	-	-	Maintain & continue to operate PIU.	
Sc. 5.1a	5	C	-	-	DIPC continues to carry its operations with assistance of qualified staff in adequate numbers.	
Sc. 5.1a	5	CP	-		DSU is vested with responsibility for drug supply operation.	
Sc. 5.2a	5	C	12/31/86		Furnish to Bank proposed action plans for strengthening MOPH management.	
Sc. 5.2b	7	C			Hereafter carry out such plans.	Implemented 1990.
Sc. 5.3a	8	C	12/31/85		Establish & maintain thereafter an interministerial committee to coordinate study on health sector financing (part B.3b) & review results of the study.	
Sc. 5.3b	7	C	12/31/86		Furnish to Bank detailed report on progress in carrying out study.	Report completed October 1990.
Sc. 5.4a	5	C	12/31/87		Furnish to Bank detailed report on progress in carrying out study on hospital management (part B.3b)	Delayed by delay in project effectiveness. Report received 6/30/89.
Sc. 5.5a	7	C	12/31/87		Furnish to Bank detailed report on progress implementation of project, including findings and recommendations of health program study (part B.3b).	
Sc. 5.6a	7	NC	by 12/31 of each year	dropped	Furnish to Bank detailed program of production and dissemination of IEC material during the year following calendar year of health education materials (part C.2).	This project component has been dropped because of the availability of concessional funding for health education programs.
Sc. 5.6b	7	NC			Hereafter carry out such a program.	See above.
Sc. 5.7a	7	NC			Furnish to Bank for approval proposed programs of fellowship training (parts B, C, D) and lists of proposed candidates for training.	See above.
Sc. 5.7b	7	NC			Hereafter carry out such programs.	See above.

Status

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1. Account/audit   | C - Complied with            |
| 2. Financial Performance/generate revenue from beneficiaries         | NC - Not complied with       |
| 3. Flow and utilization of Projects funds                            | CP - Complied with Partially |
| 4. Counterpart funding   |                              |
| 5. Management aspects of the Project or of its executing agency      |                              |
| 6. Monitoring review and reporting                                   |                              |
| 7. Implementation  |                              |
| 8. Sectoral or cross-sectoral budgetary or other resource allocation |                              |
| 9. Sectoral or cross-sectoral budgetary/institutional action         |                              |
| 10. Other  |                              |

**TABLE 8: BANK RESOURCES: STAFF INPUTS**

Stage of project cycle	Planned		Actual	
	Weeks	US\$	Weeks	US\$
Through appraisal	n/a		85.6	
Appraisal - Board	n/a		79.6	
Board - Effectiveness	n/a		n/a <sup>1/</sup>	
Supervision	n/a <sup>3/</sup>		110.8	
Completion	n/a		7 <sup>2/</sup>	
<b>TOTAL</b>			<b>283</b>	

1/ Period Board & effectiveness cumulated with supervision.

2/ Estimate

3/ Data on planned staffweeks only exist for the period 89-94 and correspond to 85.5 sw (or average of 14.2 per year) which compare to an actual time of 76.2 sw for that period (or 12.7 average per year).

**TABLE 9: BANK RESOURCES: MISSIONS  
A. PREPARATION**

<u>M/Y</u>	<u>No. persons</u>	<u>Days in Field</u>	<u>Skills</u>	<u>Comments</u>
- March 1979 (Identification)	5	11 11 11 11 11	PH Specialist Loan Officer Education Specialist PH Specialist PH Specialist UNFDA	
- September 79 Preparation	4	10 10 10 10	RH Specialist Education Sp. Loan Officer PH Specialist	
- April 80 Preparation	4	11 11 11 11	PH Specialist Economist Loan Officer PH Sp. Consultant	
- June 81 Preparation		5	Economist	
- June 83	5	5 10 5 5 5	Economist 1w Architect 2w PH Specialist 1w PH Specialist 1w Imp. Specialist 1w	
- October 24 - Nov. 5, 83	2	12 8	PH. Specialist PH. Specialist	
March 84	1	20	PH. Specialist	
July 84 (Pre.appraisal)	1	3	PH. Specialist	
Sept. 84 Appraisal	9	20 20 20 20 20 20 20 ? ?	PH. Specialist Health Economist Economist Architect PF. Consultant Pharmac. Syst. Consultant Research Assistant Division Chief Loan Officer	
March 85	1	7	PH. Specialist	Review of project timetable and its budgetary implications

**TABLE 9 CONTINUED**  
**B. SUPERVISION**

<u>M/Y</u>	<u>No. persons</u>	<u>Days in Field</u>	<u>Skills</u>	<u>Project Rating</u>		<u>Problems</u>
				Overall rating	Dev. rating	
- June 86 (29 to 9)	3	12 12 15	PH. Specialist PH. Specialist Economist			
April 87	3	12 12 12	PH. Specialist Operations Assistant Health Economist			Reviewed new organizational Structure of MOP & IEC component slow to start
- February 88	1	? 1/	Disbursement Officer			Discussions on opening of Special Account
- August 88 2/	3	8 8 8	Health Specialist PH. Physician Architect	2	1	- Lack of operating resources - Restructuration of tuberculosis program
- January 89	4	8 8 8 8	PH. Specialist PH. Physician Pop. Specialist Hospital Ad. Sp.	2	1	
- October 89 2/	4	5 5 5 5	Health Specialist PH. Physician Architect Education/Training Sp.	2	1	- Mid-term review carried out by MOPH
- June 90 2/	3	5 5 5	Health Specialist Financial Analyst Architect	2	1	- Delays in payments to contractors; funds to be delegated to provinces - Bids for UAM to high
- November 90 2/	2	9 9	Health Specialist Financial Analyst	2	1	- Slow implementation - Projects costs to be updated
- February 91 2/	1	9	Financial Analyst			-Health Financing report received - New bid document for UAM reviewed
- May 91 2/	3	9 9 9	Health Specialist Financial Analyst Architect	2	1	-Discussion on feasibility of UAM

1/ Multi purpose missions. Share of time allocated to project not available.

2/ Starting August 1988, all missions covered both the Health Development Project and the Health Sector Investment Project. Mission time has been apportioned equally to each project which is likely to overestimate time actually spent on the first project.

**TABLE 9 CONTINUED**

**B. SUPERVISION (LTD)**

<u>M/Y</u>	<u>No. persons</u>	<u>Days in Field</u>	<u>Skills</u>	<u>Project Rating</u>		<u>Problems</u>
				Overall rating	Dev. rating	
October 91	4	8 8 8 8	Sr. PHN Specialist PH. MD Hospital Administ. Sp. Architect	2	1	- Disbursement Issues - lack of counterpart funds - Request for postponement of closing date
- May 92	2	5 5	Financial Analyst Implementation Specialist	2	1	- Limited budget allocations
- November 92	3	9 9 9	Financial Analyst Implementation Specialist Health Specialist	2	1	- Some centers ready but not staffed - Status of UAM to be defined - MOPH Negotiating with the Pharmaceutical private sector
- April 93	2	3 3	Project Officer PH Specialist	2	1	UAM equipment and status
- May 94 (PCR)	1	6	Project Officer	-	-	-----





The World Bank/IFC/MIGA  
OFFICE MEMORANDUM

DATE: October 31, 1994 05:09pm

TO: CLAIRE VOLTAIRE ( CLAIRE VOLTAIRE @A1@WBWASH )

FROM: Juliana Weissman, LA3HR ( JULIANA WEISSMAN@A1@WBHQB )

EXT.: 32786

SUBJECT: Morocco - Ln. 2572 Health Development PCR

I have the following comments on the Morocco Health Development Project PCR. You did an excellent job of pulling together information on the project.

1. Background - I do not see the cause and effect link between limited coverage of the MCH FP programs and soaring costs, as the latter are generally linked to inflation. You might want to elaborate further on the MOPH strategy for the 1981-85 plan, which I believe placed its emphasis on the expansion of primary health care to the entire population.

2. A related point, the government objectives were not to raise targets for contraceptive prevalence but to raise prevalence. This was done in the context of support to the family, and family planning (not "population") interventions were always integrated with maternal child health programs. In 1980, the MOH developed a strategy for expanding coverage in rural areas through the delivery, door-to-door, of a package of services which included contraceptive pills, oral rehydration salts if a child in the household had diarrhea, nutrition monitoring for children under five years of age, iron tablets for pregnant women, and referral for basic immunizations, and prenatal care. This served as the foundation for the design of the strategy developed in the new Bank-financed Health Development project.

3. I am not sure where your paragraph 2b comes from. I assume it is from the national development plan? It is a bit confusing, because I wasn't sure what relationship it had to the project.

4. Component D of the project, intended to improve the supply of drugs in the primary health care system only; perhaps part of the confusion with this component is in the SAR (I don't have a copy) where this is not specified.

5. A more negative aspect of the extended project preparation period mentioned in Para 6a is that there was limited political commitment of the MOH to the project. There may also have been some hesitation in the MOF to borrow for the social sectors. In the early 1980s, this was very common.

6. You are absolutely right about the add on components of drug



supply and education per para 7.

7. The health planning activity which took place in the three pilot provinces was a bottom up effort, in which each province, and each circonscription within the province, defined their own problems locally, established program goals, and applied the project monitoring tools developed by the project to their local project monitoring and evaluation. Each province took the local plans and aggregated them into a provincial plan. The center provided assistance for this effort, but it was very much a decentralized plan. What you have said in Para 8 is exactly the opposite of what actually happened at the provincial level.

8. I think that you have run together two different reorganizations in Para. 9. In the early 1980s the national government created more provinces, and the two-province pilot program of the Hlth Dev Project became a three province effort, when Tarodant (sp?) broke off from Agadir and became a separate province. In 1990, when the project had past its mid-point, the Ministry of Health reorganized and the Directions of Prevention and Encadrement, the Division of Planning, etc. were formed. Until 1990, the project was under the direction of the Direction of Technical Affairs.

9. Regarding implementation, you might want to add that there were two reasons for the lack of counterpart funds: 1) the difficult economic situation and delays in the MOF in allocating and releasing funds for all projects and 2) the difficulty within the Ministry of Health of giving more funds to some provinces than to others. The Minister was effectively prevented by the other provinces from giving special treatment to the three pilot provinces by the 47- odd others, who were also desperately short of funds and included such political heavyweights as Casablanca, Fez, Marrakech. The political feasibility of doing a project of this type was not fully examined during preparation.

10. I thought that for this project, the Ministry of Works was always responsible for construction. In the health sector investment project, the MOH tried to do its own construction, and encountered problems as a result.

11. The "relative passivity" of the Bank and "frequent changes in task management" appear to be contradicted by the tables in the back of the report, which show average levels of staff weeks invested in project supervision.

Comments were prepared on both studies, both of which encountered considerable delays in completion because of the slowness in payment of the consulting firms contracted for their preparation. I still have a copy of comments on the health financing study prepared by me and by Iraj. I will send you a copy. The financing study had a second phase in which the consultants tried to work out the cost of a national health insurance system. My comments on the second phase were very critical. They were

reviewed by a health insurance expert in the Bank, and according to him, they were right on target, and not appreciated at all by the consulting firm which prepared the second phase report or by the MOH which had requested the second phase report. A PHD in Health Care Quality Assurance was contracted to prepare comments on the hospital study. Iraj was task Manager at the time, so you would have to ask him about the dissemination of her report. I reviewed it and she did a good job. R.Y.?

Table 9 in the PCR shows that the health financing study was completed four years behind schedule, and the hospital study was completed two years later than expected. I am not sure how you can conclude that this was "efficient".

I am not sure what you mean by "persistent misunderstanding" of the drug component. Incidentally, I hope you were able to find the project supervision report which included a financial analysis of the component prepared by Iraj to update the analysis done at the time of project appraisal. It was summer of 1988, I think and was attached to the spn report as an annex.

12. In para 13, I think you mean to refer to the Health Sector Investment project, which expanded the programs to all provinces only after the mid-term review and evaluation of the results of the Health Development pilot effort by the MOH. It wasn't the reorganization of the provinces, but the health planning exercise carried out at the provincial and local levels which contributed to the results.

13. I think you could say that the project's impact on improvements in management at the MOH level are difficult to assess given the reorganization of the MOH in 1990 and subsequent dispersion of responsibility for the implementation of primary health care programs to several directorates. Your comment on "balkanization" is very apt. Perhaps it should be moved up to the section on implementation.

14. I think you have put a very positive spin on the health financing study, only some of which is deserved. I realize that at this point in time, it is difficult to separate what was done in this project from what followed. First of all, the study was not exemplary, not because the consultants did not try, but because the quantity and quality of information available on health financing in Morocco was so poor that they were hard-pressed to come up with anything very definitive. In addition to the four year delay in producing the report, which was not entirely the fault of the consultants, the report was very long, poorly organized and as a result, not easy to use.

The MOH did everything possible to maximize its value by organizing a national seminar to discuss the results, and involving the private sector in the debate on health financing policy. Unfortunately, the MOH and the consultants, in their eagerness to come up with a plan for national health insurance,

made some very incomplete estimates of the cost of such a system, based on the information in the first phase of the report, and I sent a series of comments which were critical of this effort, which neither the consultanting firm, the MOH contract economist, nor the MOH Project Manager, who was already under fire from the Minister, appreciated.

As of 1992 when I left MN2PH, there was only one consultant on contract at the MOH working on the follow-up to the study, and he left soon after to do international consulting. There was no Health Economic Unit. Perhaps this happened after 1992? There was no cadre of young Moroccan experts who were prepared by the consultant team for this particular study.

15. The hospital management study was more participatory in that the MOH team in each hospital which was included in the study was intimately involved in all aspects of the diagnosis. Unfortunately, because of the delay in completing the study and the reorganization of the MOH in 1990 which left no one in charge of the hospitals, the second phase of the study never took place. And you are right about the study never being discussed. The project design team at the MOH was on its way out by the time the study was completed, and there was neither a bureaucratic entity nor an individual with a commitment to this work left behind to follow up.

16. You are right about the training and iec component.

17. The architectural design for the drug supply unit has not been reviewed and approved at the time of appraisal, and you have to read the SAR four times to understand what is going on with this component. I always thought this was a deliberate effort on the part of the project preparation team to slip something into the project which was basically not acceptable to the Bank's management, but I could be wrong. Given that the team that prepared and implemented this project in the MOH was not really in control of the Central Pharmacy, you might say that it was very optimistic of them to think that they were going to be able to reform that part of the health system.

18. Has the itinerant nurse been eliminated, or the supply been depleted as itinerants reenter nursing training to upgrade their skill, increase their salaries, and move into better positions in the health care system? The upward mobility of nurses in the Moroccan health care system has always been a blessing and a curse because of this. I believe this problem was aggravated further in 1988 (about) when the Minister of Health (Ben Cheikh) closed many of the nurse training schools because the budget was so tight that he wasn't going to be able to hire the graduates. I think this is more of a problem of financial sustainability than technical. On the technical side, I would ask whether the approach to planning and providing services in rural areas is still valid, and if it were adequately financed, would it still work?

## Financial Sustainability

19. The purpose for the inclusion of financing for these services in the Health Sector Investment project was to expand the programs nationwide, not because the MOH was not committed to the continuation of the programs designed in the Hlth Dev project. There was widespread recognition that the MOH was badly underfunded, and the second project was intended to support programs like TB control until the disease was brought under control, at which point its budget would decline naturally, and to support other services until further use of the private sector reduced the population dependent on the public health system, etc. The sector investment project was designed to consider the changing dynamics of the health sector.

20. The commitment of the central government is or was clear; the inclusion of protected financing for the MOH operating budget in the second SAL is evidence of that. MOH determined the allocation of resources in the sector investment project; I do not know who made these decisions in the ADB project, but I would be surprised to hear that the MOH had given over to the donor community any power to articulate priorities and control allocation of resources. This idea that the budget is written in stone, as suggested at the end of your paragraph 21, does not represent the situation as it was when I last visited Morocco.

21. It is truly remarkable to consider that 15 years passed between project identification and closing. In fifteen years, what would you consider a high turnover of TMs? I thought that there were only 3 from 1979 to 1993. Is that higher than usual?

22. Re Bank performance during the post - 1987 phase. It was logical that the Sector Investment project overshadow the first project; this always happens as projects generally need and get more attention during the early phases of implementation. While it is acknowledged that concentrating on the problems which arose, eg., budgetary allocations and disbursements was necessary, it is not clear how the author has concluded that there were difficulties with some components which were unreported.

23. There seems to be a problem with the completeness of the records in the file; comments were prepared and sent on the mid-term review. Unfortunately, I did not keep any record of them; I assumed that they were sent to the files. The comments on the health financing and hospital studies were indeed prepared, in good time. Where does this comment on "strong Insistence of the MOH" come from? If anything, the critical comments on this study were not welcomed by everyone involved, as mentioned earlier.

24. One of the serious problems in the Bank was the lack of continuity of secretarial support for the project. The project

was passed from one temp to another for four years; many of these temps had never worked in the Bank before, and so it is quite possible that documents which were supposed to have been sent to the files did not arrive there. The disappearance of the comments on the financing and hospitals studies, as well as the supervision report which contained the updated financial analysis for the drug supply unit, are indicative of a problem. I wonder how many other documents were lost?.

R+

25. The comments on the drug unit are not entirely accurate. I am not sure where this "deep conviction" against the unit springs from; scepticism on the part of the post-1987 Bank team is more accurate, and that scepticism led to the decision to undertake a second financial analysis of the project component in 1988. Where was the misunderstanding between the MOH and the Bank? Once the updated financial analysis was completed, there was never any doubt that the Bank was going to finance the component. It seems again that there are either documents missing, or being misinterpreted. I do not remember all the details of the financial analysis, but I do remember that Iraj compared the unit costs with those of UNICEF and the MOH cost of drugs purchased over several years and concluded that the MOH could formulate and package drugs for its primary health care program more cheaply than it could procure them either from the private sector or from UNICEF. I would be very surprised to learn that the unit has evolved into a full production unit, as that was never the plan. Are you sure you are not mixing the two words, formulation and production, which are two very different processes?

26. Your paragraph 23 fails to recognize the political realities of the situation in the MOH. When the Minister changed in 1987, the new minister was not interested in the project, nor was he interested in saying anything nice about the project which his predecessor and his principal rivals for power in the MOH, Drs. Alaoui and Mechbal, had designed. He wanted a new project that he could take credit for. He also wanted to break the power of the Director of Technical Affairs, (Alaoui until 1987, then Mechbal up to 1990) who practically ran the ministry. While this was fine with ministers who were practicing medicine in the private sector and didn't want to spend too much time on MOH affairs, it was not fine for the post 1987 minister, who wanted to run the ministry himself. The power struggle went on for five years, until Mechbal, the former director of technical affairs, left the ministry and the country to take a WHO post in Beirut. Project implementation for both the old Hlth Dev project and the new Hlth Sector investment project was very difficult while this power struggle was going on. I do not know how the project fared after the new minister was appointed at the end of 1992; Iraj and Jean Christophe could say more about that.

27. I think again that with respect to the health financing study, the borrower's performance was not extraordinary. The report was indeed discussed extensively, but the external support

was mobilized long before the study was completed because health financing had already become a donor concern. AID and WHO work preceded the study, and followed it, but it was not mobilized as a result of the study. Incidentally, there were never any counterparts in the MOH staff for the study. The best the MOH could do was to hire one long term consultant to help with the study. (Tibouti)

28. When the MOH was reorganized in 1990, the group within the MOH which assumed responsibility for the hospitals was headed by an engineer who had no background in the health sector. The counterparts for the study were the individual hospital directors in the hospitals included in the study, but because of the delays in payment and implementation of the study, by the time it was finished, its "sponsor" in the MOH was gone and there were no technical personnel who had a stake in seeing that the results were disseminated. The same could be said for the health financing study, however in that case, the Minister was interested in putting together a health insurance system, and he had made a political commitment to do so, thus there was high level support for a follow up action. Is there going to be a hospital management project?

29. Your recommendation in Para 26 b to stop financing drugs in projects until the problem is reviewed is a rather draconian solution. Would you have them suspend immunization programs, treatment of pneumonia, tuberculosis and other diseases until they get their house in order? The private sector is protected and would probably go through a phase of consolidation and restructuring if its protection were lifted. The private sector is not enthusiastic about this kind of reform. I agree that it is important to understand what is going on in the pharmaceutical sector, and perhaps the Bank needs to assist with a piece of sector work, but you cannot suspend support for drug supplies in the public sector while the study goes on.

30. This project did indeed take into account the overall organizational problems of the MOH, and work was going forth on a reorganization of the MOH when the project was approved. A year later, a new Minister was appointed and he and one of his cronies put their heads together and came up with the current structure with out consulting anyone inside or outside the MOH. The fact that both of them were new to the ministry and new to the sector didn't seem to bother them. I do not think it is fair to imply that implementation arrangements for the project were not considered in their design; I believe they were.

Your last comment on reducing the turnover of Bank staff to concentrate the knowledge base and avoid conflicting signals is an interesting one. Would you have Bank staff sign a contract which would tie them to a project for a certain amount of time? How would you deal with all the Bank's reorganizations? What about the other side, the Ministry and its changes of personnel, leadership, policies, etc.

**PROJET  
CONFIDENTIEL**

**DECLASSIFIED**

**OCT 03 2018**

**WBG ARCHIVES**

**RAPPORT D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE**

**MAROC**

**PROJET DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ  
(PRÊT 2572-MOR)**

26 juin 1996

*Département de l'évaluation rétrospective des opérations*

## Taux de change <sup>1</sup>

Unité monétaire : dirham

	Dollars	DTS
1984	8,811	9,362
1985	10,062	10,568
1986	9,104	10,656
1987	8,359	11,066
1988	8,209	11,049
1989	8,488	10,673
1990	8,242	11,442
1991	8,707	11,658
1992	8,538	12,442
1993	9,299	13,257
1994	9,203	13,080
1995	8,482	12,589

## Sigles et abréviations

DAT	Direction des affaires techniques
DIU	Dispositif intra-utérin
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
INAS	Institut national d'administration sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDSS	Projet de développement des services de santé
PRISS	Projet d'investissement dans le secteur de la santé
RAP	Rapport d'achèvement du projet
RER	Rapport d'évaluation rétrospective
UAM	Unité d'approvisionnement en médicaments
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development

## Année budgétaire

1er janvier - 31 décembre

1. Source : plusieurs numéros de l'Annuaire international des statistiques financières. Établi par le Département des statistiques du FMI.



POUR USAGE OFFICIEL

Banque mondiale  
Washington, D.C. 20433  
États-Unis d'Amérique

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

Bureau du Directeur général  
Évaluation rétrospective des opérations

Le 26 juin 1996

## MÉ MORANDUM AUX ADMINISTRATEURS ET AU PRÉSIDENT

### OBJET : Rapport d'évaluation rétrospective sur le Projet de développement des services de santé (Prêt 2572-MOR)

On trouvera ci-joint le Rapport d'évaluation rétrospective (RER) établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations (OED) sur le Projet de développement des services de santé du Maroc. Le projet, d'un montant équivalant à 28,4 millions de dollars, a été approuvé en juin 1985. Il a été clos en décembre 1993 après avoir été prolongé à deux reprises. Un solde non décaissé de 2,56 millions de dollars a été annulé après le dernier décaissement, qui a été effectué en avril 1994.

Le projet avait pour objectifs d'améliorer la prestation des soins de santé primaires dans trois provinces et de renforcer les capacités du Ministère de la santé publique, aux niveaux central et provincial, pour qu'il devienne possible de mettre en place le système de prestations des soins de santé dans tout le pays. Le projet avait quatre composantes qui visaient à : a) améliorer les soins et à les développer dans les zones rurales en établissant un nouveau système de prestation des soins de santé dans le cadre d'une opération pilote et en l'améliorant, et en étendant l'infrastructure matérielle (70 % du coût total du projet); b) renforcer les capacités de gestion et de formulation de la politique du secteur de la santé du Ministère de la santé publique (5 %); c) appuyer des programmes de formation et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) (5 %); et d) assurer un meilleur approvisionnement en médicaments de base (20 %).

Malgré les retards de construction et la lenteur avec laquelle les fonds de contrepartie ont été décaissés, le projet a permis de construire et d'équiper 148 établissements sanitaires et, partant, de nettement améliorer l'accès aux services de santé de base dans les

**Le présent document fait l'objet d'une diffusion restreinte. Il ne peut être utilisé par ses destinataires que dans l'exercice de leurs fonctions officielles et sa teneur ne peut être divulguée sans l'autorisation de la Banque mondiale.**

zones rurales. Le nouveau système de prestation des soins de santé mis en place dans le cadre du projet couvre maintenant tout le pays. Il est difficile d'évaluer les résultats des efforts déployés pour renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la santé, car celui-ci a fait l'objet de plusieurs réorganisations pendant la phase d'exécution du projet. Ces efforts ont eu un plus grand impact dans les provinces qu'à l'échelon central. L'évaluation du projet par le groupe de la recherche du Gouvernement a été menée de manière satisfaisante, bien qu'en retard. Il n'a pas été possible d'obtenir des données pour assurer le suivi de la composante des soins de santé de base pendant l'exécution du projet, mais les données disponibles pour l'évaluation rendent très bien compte des accomplissements du projet. Des dons bilatéraux ont pu être utilisés pour financer les activités IEC, de sorte que 25 % seulement des ressources affectées à cette composante ont été décaissés.

La composante approvisionnement en médicaments ne semble guère avoir eu d'effet sur la politique pharmaceutique et n'a pas atteint son objectif, qui était d'améliorer l'approvisionnement en médicaments. C'est en grande partie à cause des retards constatés pour cette composante que le projet a dû être prolongé à deux reprises. Une nouvelle unité de stockage, de distribution et de préparation (qui est la dernière étape du processus de production d'un médicament à partir d'ingrédients intermédiaires, à laquelle il prend sa forme définitive — celle de comprimé, par exemple) a été construite dans le cadre du projet, mais n'était pas opérationnelle au moment de la clôture de ce dernier. Si l'unité de stockage et de distribution l'est devenue depuis, ce n'est toujours pas le cas de l'unité de préparation. Il est peu probable que le gouvernement recouvre son investissement dans cette unité (estimé à 13 millions de dollars).

Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations conclut, comme le RAP, que les résultats du projet sont satisfaisants et ses accomplissement en matière de développement des institutions moyens, et que la performance de la Banque et de l'emprunteur a été satisfaisante. L'évaluation rétrospective qualifie les effets du projet non pas d'incertains mais de probablement durables, et ce pour deux raisons : tous les établissements sanitaires sont maintenant opérationnels (nombre d'entre eux ne l'étaient pas au moment de la rédaction du RAP) et, malgré les difficultés techniques et financières auxquelles elles se heurtent, les autorités provinciales sont déterminées à les maintenir en opération et à préserver les acquis du projet.

D'importantes leçons peuvent être tirées de cette opération : les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats; il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus, et la supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.

Pièce jointe

## Table des matières

Préface.....	1
Tableaux synoptiques .....	2
Résumé de l'évaluation.....	6
<b>1. Vue générale du secteur.....</b>	<b>10</b>
<b>Renseignements généraux .....</b>	<b>10</b>
<b>Activités de la Banque dans le secteur .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Objectifs et teneur du projet.....</b>	<b>13</b>
Objectifs et composantes du projet .....	13
Conception du projet.....	14
Utilité du projet.....	15
<b>3. Exécution et résultats.....</b>	<b>16</b>
Exécution générale.....	16
Services de soins de santé primaires .....	17
Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique.....	20
Formation et IEC.....	21
Approvisionnement en médicaments.....	21
<b>4. Résultats de l'évaluation.....</b>	<b>23</b>
Résultats du projet.....	23
Durabilité .....	23
Impact du projet sur les institutions .....	24
Performance de l'emprunteur.....	24
Performance de la Banque .....	25
<b>5. Problèmes et enseignements.....</b>	<b>26</b>
Composante de l'approvisionnement en médicaments.....	26
Suivi et évaluation de la composante des soins de santé de base .....	28
Enseignements tirés du projet .....	30

## Tableaux de l'Annexe

1. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Agadir.....	31
2. Résultats de l'exécution du système PDSS — Agadir.....	31
3. Distribution de la population par type de couverture — Agadir.....	31
4. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Agadir	
5. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Taroudant .....	31
	32

6. Résultats de l'exécution du système PDSS — Taroudant .....	32
7. Distribution de la population par type de couverture — Taroudant .....	32
8. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Taroudant.....	32
9. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Settat.....	33
10. Résultats de l'exécution du système PDSS — Settat.....	33
11. Distribution de la population par type de couverture — Settat.....	33
12. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Settat.....	33
<b>Annexe 2 : Commentaires de l'emprunter .....</b>	<b>34</b>

Ce rapport a été établi par Mme Laura Raney (économiste de la santé), sous la direction de M. Robert van der Lugt (Chef de projet) qui a procédé à l'audit du projet en décembre 1995. Mme Diana Qualls et Mme Sophie Lefebvre ont fourni l'appui administratif. Le rapport a été publié par la Division de l'agriculture et des ressources humaines (Roger Slade, Chef de division) de la Direction de l'évaluation rétrospective des opérations (Francisco Aguirre-Sacasa, Directeur).

## Préface

On trouvera ci-après le Rapport d'évaluation rétrospective du Projet de développement des services de santé au Maroc pour lequel un prêt d'un montant équivalant<sup>2</sup> à 28,4 millions de dollars a été approuvé le 6 juin 1985 (Prêt 2572-MOR). Le projet devait initialement être clos le 31 décembre 1991 mais ne l'a été que le 31 décembre 1993 après avoir été prolongé à deux reprises. Un solde non décaissé de 2,56 millions de dollars (soit 9 % du total du prêt) a été annulé après le dernier décaissement, qui a été effectué le 12 avril 1994.

Le RER repose sur le rapport d'achèvement du projet (RAP)<sup>3</sup>, le rapport du Président<sup>4</sup>, le rapport d'évaluation<sup>5</sup>, l'examen des dossiers de la Banque, des rapports sectoriels et économiques et des entretiens avec les services de la Banque. Une mission du Département de l'évaluation rétrospective des opérations s'est rendue au Maroc en décembre 1995 où elle s'est entretenue du déroulement et des résultats du projet avec des fonctionnaires du Gouvernement, puis a visité plusieurs sites du projet dans les provinces de Taroudant, Agadir et Settat. Les évaluations de la composante des soins de santé de base effectuées par les autorités sanitaires dans les trois provinces pilotes et l'Institut national d'administration sanitaire (INAS) ont également servi à la préparation de ce rapport.

Le rapport d'achèvement du projet a été terminé en juillet 1995 et rend très bien compte de l'exécution du projet et des importants enseignements qui en ont été tirés. L'analyse du projet du point de vue de l'emprunteur figure dans la deuxième partie. On trouve dans le RER confirmation des principales conclusions du rapport d'achèvement, mais plusieurs de ces conclusions ainsi que certaines questions qui ne sont pas complètement traitées dans ledit rapport d'achèvement y sont examinées plus en détail. Il met en particulier l'accent sur la question des produits pharmaceutiques et sur le suivi et l'évaluation. Le rapport examine les résultats du projet dans le contexte des prêts de la Banque à l'ensemble du secteur. Les conclusions du rapport d'achèvement serviront de base au bilan des opérations de prêts dans le secteur de la santé que le Département de l'évaluation rétrospective prévoit d'effectuer.

Conformément aux procédures habituelles du Département, des exemplaires du projet de RER ont été adressés pour observations au Gouvernement du Maroc. Les nombreux commentaires que le rapport a suscités témoignent de l'importance qu'attachent les pouvoirs publics au projet. Ces commentaires, accompagnés des annotations et renvois pertinents, sont reproduits à l'Annexe 2.

---

2. Toutes les références au montant du prêt dans le texte et les tableaux du présent rapport sont exprimées en équivalent-dollars.

3. Rapport d'achèvement du projet : Maroc, Projet de développement des services de santé (Prêt 2572-MOR), Rapport n° 14675, 26 juin 1995.

4. Rapport du Président : Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (Prêt 2572-MOR). Rapport n° P-4079-MOR, 15 mai 1985.

5. Rapport d'évaluation. Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (prêt 2572-MOR), Rapport n° 5440-MOR, 15 mai 1985.

## TABLEAUX SYNOPTIQUES

### PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE AU MAROC (PRET 2572-MOR)

#### Principales données du projet (en millions de dollars)

	Prévisions	Résultats ou estimations	Résultats en % des prévisions à l'évaluation
	Total	Total	
Coût total du projet	47,6	53,3	112
Montant du prêt	28,4	25,8	91
Cofinancement	-	-	-
Montant annulé	-	2,6	nd
Date à laquelle les composantes physiques ont été achevées	06/90	06/93 (06/96) <sup>a</sup>	
Taux de rentabilité économique	nd	nd	nd
Résultats institutionnels : moyens			

a. Les investissements du projet avaient été, pour l'essentiel, menés à bien en 1993; la composante pharmaceutique devrait être achevée en 1996.

#### Décaissements cumulés prévus et effectifs (en millions de dollars)

	EX.86	EX.87	EX.88	EX.89	EX.90	EX.91	EX.92	EX.93	EX.94
Prévisions à l'évaluation	1,3	5,0	10,4	16,4	22,4	26,9	28,4	-	-
Résultats	0	0,13	1,13	3,54	7,93	13,98	19,33	23,52	25,84
Résultats en % des prévisions	0	0,02	0,1	0,21	0,35	0,52	0,68	0,82	0,90

Date du dernier décaissement : avril 1994

#### Dates marquantes

	Prévisions à l'évaluation <sup>a</sup>	Dates effectives
Identification	n/d	Mars 1979
Mécanisme de financement de la préparation des projets (PPF)	Juin 1983	Avril 1982
Préparation	n/d	Sept. 1979, avril 1980 et juin 1981
Préévaluation	n/d	Juillet 1984
Évaluation	n/d	Septembre 1984
Négociations	n/d	Avril 1985
Présentation au Conseil	n/d	6 juin 1985
Signature	Avant octobre 1985	17 janvier 1986
Entrée en vigueur	Octobre 1985	27 juillet 1986
Examen à mi-parcours réalisé par l'Emprunteur	Décembre 1987	Novembre 1989
Achèvement du projet	30 juin 1990	30 juin 1993 <sup>b</sup>
Clôture du prêt	31 décembre 1991	31 décembre 1993

a. Informations tirées de la note de présentation du projet pour les étapes antérieures à la présentation au Conseil et du Rapport d'évaluation pour les étapes suivantes.

b. Toutes les opérations des composantes étaient achevées en juin 1993, à l'exception de l'unité d'approvisionnement en médicaments qui ne l'est toujours pas (RAP, par. 19) et de la composante IEC qui a été abandonnée.

**Semaines de travail**

<b>Étape du cycle du projet</b>	<b>EX.84</b>	<b>EX.85</b>	<b>EX.86-93</b>	<b>EX.94</b>	<b>Total</b>
Préévaluation	85,6				85,6
Évaluation		79,6			79,6
Négociations <sup>a</sup>					nd
Supervision			110,8		110,8
RAP				7	7
<b>Total</b>					<b>283</b>

a. Inclus dans les chiffres indiqués pour l'évaluation.

## Missions

	Mois/ année	Nombre de personnes	Jours sur le terrain	Spécialités représentées <sup>a</sup>	Note du projet (globale)	Note du projet (Dév)	Types de problèmes
Identification	03/79	5	55	A/ Z/C/A/D			
Préparation	09/79	4	40	E/C/Z/A			
Préparation	04/80	4	44	A/F/Z/G			
Préparation	06/81	1	5	F			
	06/83	5	30	F/H/A/A/I			
	10/83	2	20	A/A			
	03/84	1	20	A			
Préévaluation	07/84	1	3	A			
Évaluation	09/84	9	140?	A/J/F/H/K/L/M/N/Z			
Postévaluation	03/85	1	7	A			Examen calendrier du projet et conséquences budgétaires.
Supervision 1	06/86	3	39	A/A/F			
Supervision 2	04/87	3	36	A/O/J			Examen nouvel organigramme Ministère santé; démarrage lent composante IEC.
Supervision 3	02/88	1	? <sup>c</sup>	P			Entretiens sur ouverture Compte spécial.
Supervision 4	08/88 <sup>b</sup>	3	24	Q/R/H	2	1	-Insuffisance ressources exploitation. -Restructuration programme tuberculose.
Supervision 5	01/89	4	32	A/A/S/T	2	1	
Supervision 6	10/89 <sup>b</sup>	4	20	Q/R/H/U	2	1	-Examen à mi-parcours par Ministère de la santé
Supervision 7	06/90 <sup>b</sup>	3	15	Q/V/H	2	1	-Retards paiements aux entreprises; fonds seront affectés aux provinces.
Supervision 8	11/90 <sup>b</sup>	2	18	Q/V	2	1	-Offres UAM trop hautes -Lente exécution -Coûts projets doivent être mis à jour
Supervision 9	02/91 <sup>b</sup>	1	9	V			-Obtention rapport sur financement santé. -Examen nouveau dossier appel d'offres pour UAM.
Supervision 10	05/91 <sup>b</sup>	3	27	Q/V/H	2	1	-Débat sur faisabilité UAM.
Supervision 11	10/91	4	32	W/X/T/H	2	1	-Problèmes décaissements -Insuffisance fonds de contrepartie
Supervision 12	05/92	2	10	V/I	2	1	-Demande de report date de clôture.
Supervision 13	11/92	3	27	V/I/Q	2	1	-Allocations budgétaires limitées -Certains centres prêts mais sans personnel. -Statut UAM doit être défini.
Supervision 14	04/93	2	6	Y/A	2	1	-Ministère santé négocie avec secteur pharmaceutique privé.
Achèvement	05/94	1	6	Y	-		-Matériels UAM n'ont pas été obtenus et statut unité non défini.

a. Symboles des spécialités : A = spécialiste SSP; B = spécialiste des prêts; C = spécialiste de l'éducation; D = spécialiste des soins de santé primaires de USFDA; E = spécialiste santé rurale; F = économiste; G = consultant sp. soins de santé primaires; H = architecte; I = spécialiste de l'exécution; J = économiste de la santé; K = consultant PF; L = consultant en recherche sur



systèmes pharmaceutiques; M = assistant; N = chef de division; O = préposé aux opérations; P = chargé des décaissements; Q = spécialiste de la santé; R = médecin SSP; S = spécialiste des questions de population; T = sp. adm. hôpitaux; U = sp. éducation/ formation; V = analyste financier; W = spécialiste senior population, santé, nutrition; X = médecin SSP; Y = responsable du projet; Z = chargé du prêt.

b. À dater d'août 1988, toutes les missions ont couvert à la fois le Projet de développement des services de santé et le Projet d'investissement dans le secteur de la santé. Elles ont réparti leur temps à parts égales entre les deux projets, ce qui signifie qu'elles ont probablement surestimé le temps qu'elles ont effectivement alloué au premier projet.

c. Missions à objectifs multiples. On ne connaît pas la proportion de temps allouée au projet.

## Résumé de l'évaluation

### Introduction

1. Le Projet de développement des services de santé du Maroc est la première opération réalisée au Maroc par le Groupe de la Banque mondiale dans le secteur de la santé. Il a permis d'aider le Ministère marocain de la santé publique à appuyer et à accélérer le passage d'un système de soins de santé axé sur des hôpitaux en milieu urbain à un système de soins de santé primaires plus efficace au plan des coûts et privilégiant les activités décentralisées dans les zones rurales. Ce système, qui est décrit dans le plan quinquennal de 1981-1985, a été conçu sur la base des principes énoncés lors de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 ».

### Conception du projet

2. Le projet avait pour objectifs d'améliorer la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, dans trois provinces et de renforcer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial, pour qu'il devienne possible de mettre en place le système de prestations des soins de santé dans tout le pays. Le projet avait quatre composantes qui visaient à : a) améliorer les soins et à les développer dans les zones rurales en établissant un nouveau système de prestations de soins de santé dans trois provinces (Agadir, Taroudant et Settat) dans le cadre d'une opération pilote donnant lieu à l'amélioration et à l'extension de l'infrastructure matérielle, la fourniture d'équipements, une aide en matière de formation et un soutien logistique; b) renforcer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique et conforter ce dernier dans son rôle de responsable de la politique du secteur de la santé; c) appuyer des programmes de formation et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC); et d) assurer un meilleur approvisionnement en médicaments de base.

### Exécution du projet

3. Cette opération s'est faite lentement. Le projet a pris effet en juillet 1986, six mois après sa signature et plus de 20 mois après son évaluation. Le premier décaissement a eu lieu en mars 1987, essentiellement parce que les fonds de contrepartie disponibles étaient insuffisants et n'ont été que lentement débloqués par le Ministère des finances. Les graves retards de construction qui se sont produits tiennent à divers facteurs, à savoir la lourdeur des procédures comptables de l'État, les difficultés qu'a eu l'emprunteur à s'adapter aux procédures de passation des marchés et de décaissement de la Banque, et le transfert de la responsabilité des travaux publics du Ministère de la santé publique à celui de l'équipement pendant l'exécution du projet. Ce dernier a été clos après avoir été prolongé à deux reprises d'une année. Un montant de 2,56 millions de dollars a été alors annulé.

4. Une fois construits, divers établissements sanitaires (20 % en 1994) sont restés fermés faute de crédits budgétaires et de personnel. Le manque de personnel est un problème dont souffre l'ensemble du secteur et pas seulement le projet. Cela dit, tous les établissements couverts par ce dernier étaient opérationnels au moment de l'évaluation rétrospective, même si certains ne pouvaient fonctionner à pleine capacité parce qu'ils n'avaient pas les effectifs requis. Comme signalé dans le rapport d'achèvement, pendant l'exécution du projet, le Ministère de la santé publique a fait l'objet de plusieurs réorganisations qui se sont traduites par une « balkanisation » des divers départements,

marquée par des chevauchements et l'éparpillement des responsabilités. L'impact du projet sur les institutions a donc été limité. Toutefois, son évaluation a été menée de manière très satisfaisante, bien qu'en retard, de même que les études consacrées au financement du secteur de la santé et à la gestion hospitalière. Seulement 25 % de la composante IEC ont été exécutés dans le cadre du projet, car d'autres donateurs ont fourni les fonds nécessaires pour financer ces activités. Quant à la composante visant à un meilleur approvisionnement des médicaments de base, son exécution a été considérablement retardée et elle n'est toujours pas totalement achevée. Certaines ambiguïtés quant aux fonctions qui doivent être remplies subsistent encore aujourd'hui, malgré la planification soigneuse à laquelle il a été procédé avant l'évaluation et malgré les accords auxquels le Gouvernement du Maroc, la Banque et le secteur privé étaient apparemment parvenus.

## Résultats

5. Deux ans après sa clôture, il ne fait aucun doute que le Projet de développement des services de santé a atteint son objectif principal, qui était d'améliorer et d'élargir l'accès aux services de santé de base dans les zones rurales. Plus de 134 établissements sanitaires ont été construits et équipés dans les zones rurales. L'indice population/établissement sanitaire s'est amélioré et est passé d'un centre de base pour 75.000 habitants en 1985 à un pour 44.000 en 1994, tandis que le nombre de médecins généralistes dans la zone du projet a plus que doublé. L'intégration du nouveau système de prestation de soins de santé mis au point dans le cadre du projet (réorganisation des méthodes de prestation, de planification, de supervision et de suivi des services) a été menée à bien par le personnel et le système mis en place dans trois provinces au départ a été étendu à l'ensemble du pays. Ce système de prestation continue de bénéficier de l'appui de la Banque, dans le cadre de projets-relais, et d'autres donateurs.
6. Les résultats obtenus ne sont pas aussi concluants pour la composante consacrée aux médicaments (21 % du coût total estimé du projet) que pour la composante des soins de santé de base. L'unité d'approvisionnement en médicaments a été constituée avec trois ans de retard et est beaucoup plus importante que le modeste service envisagé au départ. L'unité, qui était censée assurer le stockage et la distribution des médicaments dans le secteur de la santé publique et de préparer<sup>6</sup> un petit nombre de médicaments de base en étroite collaboration avec le secteur privé n'était pas opérationnelle au moment de la clôture du projet. L'équipement nécessaire à l'unité de préparation n'a pas été acheté au moyen des fonds du projet, et ni son statut juridique ni les conditions de sa gestion ni ses rapports avec le secteur privé n'ont été définis avant la clôture du projet. En raison du retard pris par sa construction, l'unité d'approvisionnement en médicaments n'a pu assumer sa fonction de stockage et de distribution que deux ans après la clôture. Les stocks de médicaments ont été transférés de la pharmacie centrale à la nouvelle unité en décembre 1995 au moment de l'évaluation rétrospective et, bien qu'acheté et payé par le gouvernement marocain, l'équipement de l'unité de préparation n'a pas été installé. On estime qu'il faudrait au moins six mois de plus pour que cette unité devienne opérationnelle. Par ailleurs, son statut juridique reste à définir et le gouvernement ne s'est toujours pas entendu avec le secteur privé sur ses modalités de fonctionnement. La gestion et le fonctionnement de cette unité de préparation reste donc une question en suspens. Il est peu probable que le gouvernement ne recouvre jamais les fonds investis dans cette unité (estimés à 13 millions de dollars).

---

6. La préparation est le dernier stade de la production d'un médicament à partir d'ingrédients intermédiaires, auquel il prend sa forme définitive. Elle consiste en opérations simples telles que mélange, dissolution ou dispersion et fragmentation en formes pharmaceutiques (comprimés, capsules, tubes, etc.).

7. Compte tenu des avantages relatifs des divers objectifs et composantes, les résultats du projet sont jugés satisfaisants. Dans le rapport d'achèvement, la durabilité du projet a été jugée incertaine, car de nombreuses installations n'étaient pas encore opérationnelles faute de personnel et de fonds. Toutefois, au moment de l'évaluation rétrospective, toutes les installations (à l'exception de l'unité d'approvisionnement en médicaments) étaient opérationnelles et assuraient des services de santé de base. Même si la qualité des prestations et l'efficacité du nouveau système de prestations de services sont parfois contestables, les provinces sont résolues à maintenir ce système, qui a été mis en place dans l'ensemble du pays. L'étude de financement du secteur de santé qui a été achevée en 1990 a été suivie de plusieurs séminaires et ateliers et a abouti à la création d'une unité d'économie de la santé au Ministère de la santé publique. Le financement du secteur de la santé fait actuellement l'objet d'un dialogue soutenu sur la politique à suivre entre le Maroc et la Banque (dans le cadre d'un projet en cours et d'un projet à venir). L'évaluation rétrospective note donc que le projet aura probablement des résultats durables.

8. Les résultats de la composante du renforcement du Ministère de la santé publique sont moins évidents étant donné la foule de changements qui se sont produits pendant les huit ans qu'a duré le projet, notamment les restructurations de 1985, 1989 et 1994, et la nomination de nouveaux ministres de la santé en 1987 et 1992 (voir le déroulement du projet à la Figure 1.1). Comme indiqué dans le rapport d'achèvement du projet, dans l'ensemble, la gestion des travaux publics s'est améliorée même si la passation de marchés, l'établissement du budget de programmes et la répartition des ressources continuent de poser de graves problèmes au Ministère de la santé publique. Comme le rapport d'achèvement, l'évaluation rétrospective juge que le projet n'a eu qu'un impact limité sur les structures institutionnelles. D'une manière générale, les conclusions du rapport d'évaluation rétrospective concordent avec celles du rapport d'achèvement et qualifient de satisfaisantes la performance de l'emprunteur et de celle la Banque, malgré certaines faiblesses dans l'un et l'autre cas.

### **Enseignements tirés du projet**

9. Les enseignements tirés de ce projet sont les suivants <sup>7</sup> :

- a) *Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent.* Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé présenté dans le volume relatif à l'exécution n'encourageait pas la poursuite de cette participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. Pour remédier à ce problème, il importe de faire preuve, non pas de moins de minutie dans la conception, mais de davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écoulaient entre la mission d'évaluation et les différentes missions de supervision de la Banque ne contribuent certainement pas à améliorer la situation.

---

7. L'INAS note une autre leçon importante, à savoir que la stabilité et le moral du personnel sont des conditions nécessaires au maintien du dynamisme du projet.

- b) *Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats.* Dans le projet à l'examen, l'évaluation a été menée à bien et a fourni énormément de données. Ces dernières ont néanmoins été produites trop tard pour pouvoir servir à l'exécution du projet ou à la conception du projet-relais.
- c) *Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus.* Malgré la préparation détaillée de la composante pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dans les phases initiales du projet, un défaut de cohérence dans les messages de la Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique. En fin de compte, on constate une certaine amertume au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.
- d) *La supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.* En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). L'importance accordée à cette opération s'est soldée par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
- e) *Les emprunteurs préfèrent que les dons financent les activités de formation et d'assistance technique.* Il est possible de leur donner satisfaction en améliorant la coordination des activités avec les bailleurs de fonds et en concevant et en exécutant ces composantes avec une souplesse accrue.

## 1. Vue générale du secteur

### Renseignements généraux

1.1 Au cours des 15 années qui ont suivi son accession à l'indépendance (1956), le Maroc a privilégié une politique économique conservatrice, et son PIB a augmenté de 4 % en moyenne par an. Vers le milieu des années 70, la politique économique a pris un tour plus ambitieux, et le taux de croissance économique a atteint 7,5 % par an pendant la période 1973-77. Toutefois, le Maroc, comme beaucoup d'autres pays en développement, a connu une crise économique en 1978, qui s'est prolongée au début des années 1980. Le gouvernement marocain a adopté un programme de stabilisation en 1978 pour remédier à la rapide détérioration de sa situation financière. Depuis lors, la Banque a aidé le Maroc dans le cadre d'un programme de réformes intensives reposant sur des prêts, des conseils de politique générale et des études économiques et sectorielles (l'efficacité de ce programme de la Banque est examinée dans une étude spécifique du Département de l'évaluation rétrospective des opérations<sup>8</sup>). Avec un PNB par habitant de 1.150 dollars en 1994, le Maroc reste un pays relativement pauvre, au bas du groupe des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure.

1.2 Le Maroc est actuellement en pleine transition démographique et épidémiologique. Depuis les années 60, le taux de mortalité est tombé de 19 pour 1.000 à 7,3 pour 1.000 en 1992 et le taux brut de natalité a été ramené de 50 à 28 pour 1.000. Le taux de mortalité infantile est passé de 119 à 57 pour 1.000, tandis que l'espérance de vie à la naissance est passé de 45 à 65 ans. Le taux d'emploi des méthodes modernes de contraception est évalué à 43 % en 1994 contre 13 % environ en 1984. L'indice synthétique de fécondité est tombé de 5,8 % en 1980 à 3,6 en 1994. La croissance démographique s'est ralentie pour passer d'environ 2,8 % par an pour la période 1955-60 à 2,1 % pour la période 1992-94. Malgré ces progrès, d'importants indicateurs continuent d'indiquer des résultats peu défavorables. Le taux de mortalité maternelle au Maroc est parmi les plus élevés d'Afrique, puisqu'il est en moyenne de 232 pour 100.000 alors qu'il n'est que de 50 en Tunisie et de 140 en Algérie. Sur l'ensemble des naissances, 40 % seulement ont lieu sous surveillance médicale. Les morts néonatales précoces contribuent encore pour moitié au taux de mortalité infantile. Les maladies infectieuses contre lesquelles il est possible de lutter restent une des grandes causes de mortalité et de morbidité parmi les enfants de un à cinq ans. La lutte contre les maladies transmissibles et les problèmes de santé maternelle et infantile est maintenant facilitée par l'instauration de programmes sanitaires et de modes de vie plus sains; ces maladies et problèmes continuent néanmoins de représenter un problème grave, particulièrement dans les zones rurales.

1.3 À l'époque du projet, l'organisation et la gestion du secteur de la santé se heurtaient à divers obstacles : l'inefficacité du système de prestations des soins de santé (qui privilégiait les prestations curatives et urbaines), l'absence d'une quelconque politique au Ministère de la santé publique et, partant, le manque de coordination entre les différents prestataires de services de santé, les carences de la planification et de la gestion interne du Ministère, la mauvaise utilisation des ressources par le sous-secteur hospitalier, l'insuffisance du financement global du secteur et la désorganisation et la complexité du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques qui se traduisaient par de graves pénuries de médicaments de base et menaçaient d'entamer la crédibilité de l'ensemble du système de soins de santé primaires.

---

8. Ce département prépare à l'heure actuelle une étude sur l'assistance au Maroc.

## Activités de la Banque dans le secteur

1.4 Le Projet de développement des services de santé (PDSS) a été le premier grand projet de la Banque dans le secteur de la santé au Maroc. L'intervention de la Banque dans ce secteur avait jusque-là pris la forme d'une composante du projet d'irrigation de Doukkala (Prêt 1201-MOR) portant sur la lutte contre la bilharziose (schistosomiase) et d'une composante du Troisième projet pour l'éducation (Prêt 1220-MOR) portant sur la formation d'agents sanitaires. Le PDSS avait pour objectif : a) de renforcer la prestation des soins de santé primaires (y compris la planification familiale) dans trois provinces; et b) d'améliorer la capacité du Ministère, aux niveaux central et provincial, dans les domaines de la planification des activités du secteur de la santé, de la formation du personnel, de la recherche et de l'évaluation et de l'administration du système de santé, condition nécessaire à la mise en place d'un système de prestations des soins de santé dans le reste du pays. Un prêt de 28,3 millions de dollars a couvert en partie le coût total prévu du projet d'un montant de 45,5 millions de dollars. Le projet a été exécuté entre 1985 et 1994.

1.5 La Banque maintient son appui au secteur de la santé grâce au Projet d'investissement dans le secteur de la santé de 1990 (PRISS - Prêt 3171-MOR pour un montant de 104 millions de dollars), qui s'appuie sur le Projet de développement des services de santé de 1985<sup>9</sup>. Ce projet-relais visait essentiellement : a) à renforcer les principaux services de soins de santé de base; b) à consolider l'administration de la gestion des services de santé; et c) à encourager des réformes du secteur et de la politique générale qui permettent de s'attaquer à des problèmes à long terme liés à l'évolution et à la structure des systèmes de prestations de services de santé des secteurs public et privé, aux mécanismes de financement et à la mobilisation de ressources à l'appui du secteur. Il est prévu que le projet sera achevé en décembre 1997 et l'exécution du projet est considérée à ce jour comme satisfaisante<sup>10</sup>. L'appui aux services de santé de base pourra être maintenu grâce au projet relatif aux soins de santé de base de 1996 (programme relatif aux priorités sociales) et à un projet sur la gestion et le financement du secteur de la santé prévu pour l'exercice 97 (voir Figure 1.1)<sup>11</sup>.

1.6 L'appui de la Banque a été et continue d'être axé sur le renforcement de la prestation de soins de santé de base, et ce de plus en plus dans les zones rurales pauvres. En outre, une aide a été apportée à la gestion et à l'administration des services de santé et à la réforme des orientations (secteur pharmaceutique, financement des services de santé et gestion hospitalière).

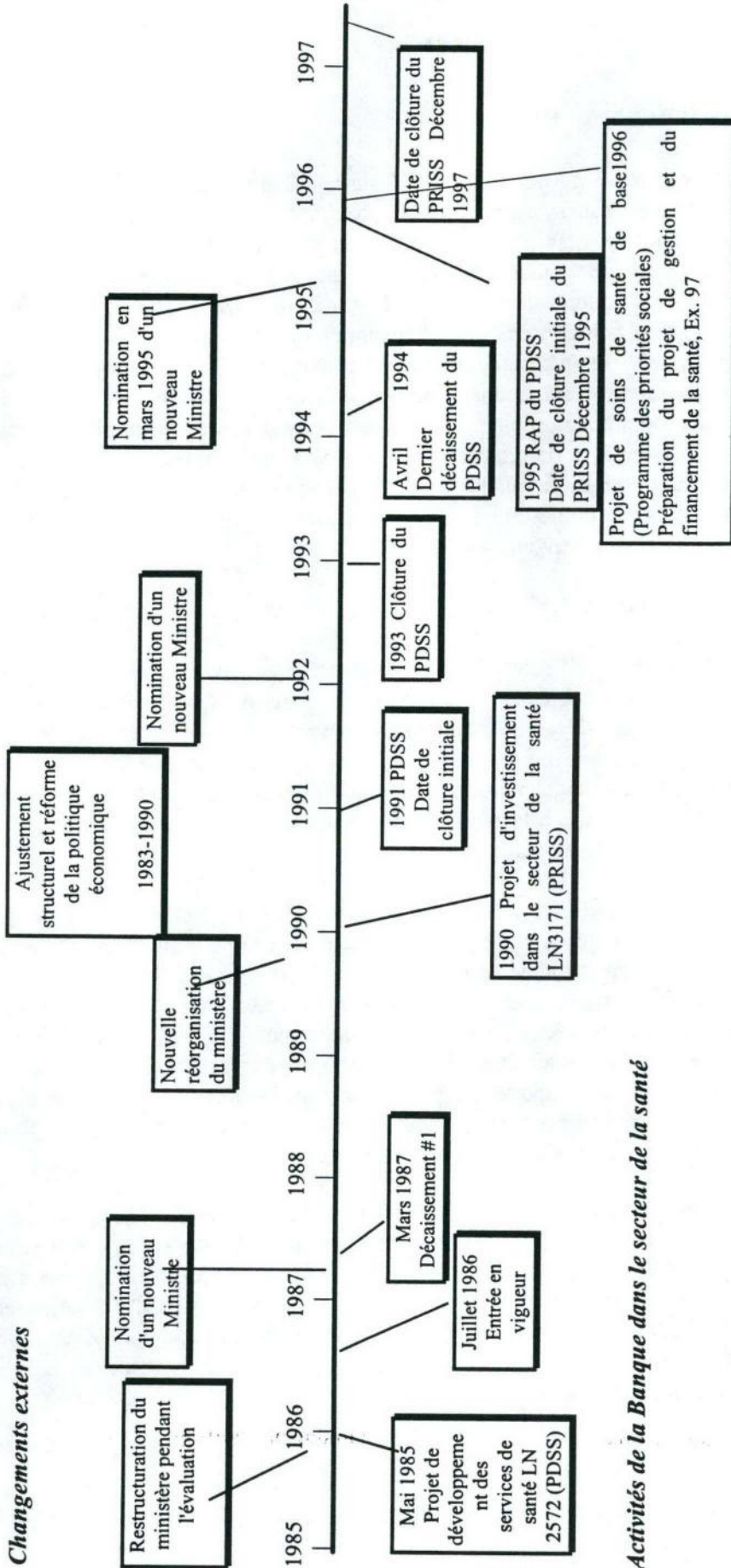
---

9. Rapport d'évaluation, Royaume du Maroc, Prêt d'investissement dans le secteur de la santé (Prêt 3171-MOR), Rapport n° 8108-MOR, 8 janvier 1990.

10. Rapport de supervision daté de juillet 1995.

11. Ce projet compléterait les interventions dans le secteur de l'USAID, du FNUAP et de l'UNICEF et comprendrait trois volets visant : a) à améliorer l'accès aux services de santé curatifs et préventifs essentiels dans les vingt provinces ciblées; b) à renforcer les services d'urgence, de diagnostic et d'aiguillage; et c) à procéder à des réformes administratives et de l'action publique. Pour plus de détails, se reporter au rapport d'évaluation sur le projet de soins de santé de base (programme des priorités sociales) au Maroc. Rapport n° 15073-MOR.

**Changements externes**



**Activités de la Banque dans le secteur de la santé**



## 2. Objectifs et teneur du projet

2.1 À la suite de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 », le Maroc a commencé à refondre son système de santé, centré à l'époque sur les établissements hospitaliers urbains. Le troisième plan d'aménagement du Maroc (1977-80) a donné lieu à d'ambitieux investissements dans de grands hôpitaux, qui se sont soldés par des budgets de fonctionnement insuffisants pour assurer les services de santé de base. Dans l'ensemble, les allocations de crédits sont restées faibles : en 1982, l'enveloppe de financement globale du secteur était de 8,35 dollars par habitant <sup>12</sup>. Le quatrième plan quinquennal (1981-85), marquant une rupture nette par rapport à la politique antérieure, a donné la priorité aux services de santé de base. Ce plan prévoyait de décentraliser la programmation, de perfectionner les systèmes d'information de gestion, d'améliorer la formation du personnel et de remédier à de graves pénuries de médicaments de base. Le cinquième plan quinquennal (1988-92) a mis l'accent, dans ses objectifs de santé, sur les soins de santé primaires, les services de santé de base et l'efficacité au plan des coûts, tout en continuant de s'intéresser au système d'approvisionnement en médicaments.

### Objectifs et composantes du projet

2.2 Le projet avait pour objectif d'accélérer le passage d'un système de santé privilégiant les soins hospitaliers dispensés en milieu urbain à un système de soins de santé primaires ayant un meilleur rapport coût-efficacité et privilégiant les activités décentralisées dans les zones rurales. Il visait à renforcer dans trois provinces la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, et d'améliorer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial, condition nécessaire à la mise en place du système de prestations de soins de santé dans le reste du pays. Le projet avait quatre composantes :

- a) *Services de santé primaires* (23 millions de dollars, soit 70 % du coût total du projet). Le système de soins de santé primaires envisagé dans le quatrième plan de développement (1981-85) devait être bien implanté dans trois provinces — Agadir, Settat, Taroudant — dans la perspective d'une future extension du projet à l'ensemble du pays. Le projet devait assurer les investissements nécessaires pour les nouveaux bâtiments, équipements et véhicules. Son exécution devait être suivie de près et accompagnée d'une recherche opérationnelle qui permette d'apporter au fur et à mesure les aménagements nécessaires. On espérait que le projet permettrait d'aboutir à une solution de rechange viable au système de prestations de soins de santé alors en vigueur.
- b) *Gestion* (1,7 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet). Le projet devait améliorer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique et renforcer son rôle en tant que responsable de la politique du secteur de la santé en renforçant ses moyens de planification, en lui assurant la capacité de mener à bien des études d'évaluation et en améliorant les procédures administratives. Le projet devait apporter équipements, fournitures, véhicules, assistance technique aux consultants locaux et étrangers, ainsi que des bourses pour la formation à l'étranger.

---

12. Contre 22 dollars en Algérie, et 31 dollars en Tunisie.

- c) *Formation et information, éducation et communication (IEC)* (1,6 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet). Le projet devait renforcer la capacité de former du personnel paramédical et de produire du matériel IEC grâce à un apport en équipement destiné à un centre de formation construit dans le cadre du troisième projet d'éducation. Il devait aussi fournir de l'équipement, des véhicules et de l'assistance technique pour la production et la diffusion de matériel IEC.
- d) *Approvisionnement en médicaments de base* (6,8 millions de dollars, soit 20 % du coût total du projet). Le projet devait créer une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) chargée de mettre en place un système coordonné d'achats, de stockage, de préparation, de conditionnement, de distribution et de contrôle des médicaments destinés au système de santé publique. Le projet devait également financer la construction de locaux de stockage, d'emballage et d'expédition, une unité de conditionnement et un petit laboratoire de préparation ainsi que l'équipement, la formation et l'assistance technique nécessaires au fonctionnement de cette unité.

### Conception du projet

2.3 Ce premier projet sanitaire s'est poursuivi pendant plus de dix ans avant d'être évalué. Un bref examen de la situation démographique du Maroc a été mené sur dossier en 1973. Bien que la Banque ait eu, à l'époque, pour principe de ne pas effectuer de prêts directs au secteur de la santé, une mission a été entreprise pendant l'exercice 1977 pour étudier la situation démographique et le système de fourniture de services de santé. Par ailleurs, il a été décidé, cette année-là, de ne pas donner suite à un projet sur la nutrition. Un rapport a été établi en 1978 sur le secteur de la santé dans lequel la Banque a reconnu la contribution que pourrait apporter un projet de services de santé maternelle et de planification familiale fondé sur une approche bénéficiant de l'appui de l'USAID.

2.4 Lors d'une mission de reconnaissance menée en 1978, il a été noté que le programme de planification familiale au Maroc faisait partie intégrante de la structure sanitaire, et une deuxième mission menée la même année a permis de constater que le gouvernement avait modifié sa position et était désormais disposé à discuter des questions de démographie<sup>13</sup>. Sur la base de ce dialogue, une mission de la Banque a défini en 1979 un projet intégré concernant la population, la santé et la nutrition et a recommandé que ce projet soit suivi d'un autre en 1984. Les travaux de préparation se sont poursuivis de 1979 à 1984, avec l'appui de la Banque et une assistance technique de l'OMS, de l'USAID et de l'UNICEF. Une avance PPF de 75.000 dollars a été approuvée pour ce projet en 1982. En 1984, la Banque a finalement procédé à une préévaluation puis à une évaluation du projet.

2.5 La préparation du volet concernant les services de santé primaires — le plus important du projet — comprenait une étude des facteurs socio-culturels déterminants en matière d'hygiène et d'assainissement dans les zones périurbaines et rurales. Menée à bien par le Ministère de la santé publique et l'Institut agronomique Hassan II avec l'aide de l'UNICEF, l'étude a permis de définir des interventions susceptibles d'être réalisées à l'échelon de la collectivité dans le cadre du projet. Ces interventions — programmes de santé maternelle et infantile, vaccinations, services de nutrition et d'assainissement de base — ne supposaient guère d'innovations et reposaient sur la vaste expérience acquise au Maroc. La stratégie de prestations de services de soins primaires a été élaborée d'après un relevé précis des données concernant la population, la topographie, les accès, les ressources

---

13. Ce système de planification familiale intégré était tout le contraire du programme de planification familiale vertical appliqué à l'époque en Tunisie.

matérielles et humaines existantes, et en étroite collaboration avec les collectivités et les responsables provinciaux de la santé.

2.6 La planification sanitaire dans les trois provinces pilotes s'est faite à partir de la base. Les localités ont défini leurs propres problèmes et arrêté les objectifs du programme. Chaque province a regroupé les plans locaux en un plan provincial. Le Ministère a apporté son concours à cet effort de décentralisation.

2.7 La composante consacrée aux médicaments visait à réorganiser tout le système d'approvisionnement en médicaments du secteur public. Les installations vieillissantes de la pharmacie centrale devaient être remplacées et une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) créée.

2.8 À la Banque, une note versée au dossier faisait l'éloge de l'évaluation du projet qui y était qualifiée d'une des plus détaillées, informatives et intéressantes du secteur sanitaire et indiquait que la masse d'informations et d'éléments d'analyse qu'elle contenait rendait bien compte de l'ampleur de la préparation d'un projet petit mais complexe et de la très bonne connaissance que l'on avait d'un secteur difficile. Toutefois, une autre note faisait état des préoccupations suscitées par la trop grande complexité du projet, demandait si les institutions locales étaient en mesure de le mettre en oeuvre efficacement, et faisait remarquer qu'une supervision très poussée du projet s'imposerait.

2.9 D'autres composantes, notamment celles de la gestion et de l'IEC, avaient également fait l'objet d'une recherche approfondie avec l'aide technique (entre autres) de l'UNICEF, de l'USAID et de l'OMS. C'est ce qui explique la très haute qualité technique du projet lors de son lancement <sup>14</sup>.

### **Utilité du projet**

2.10 Le projet visait à permettre la réalisation des objectifs fixés par le gouvernement pour le secteur tels qu'énoncés en termes précis dans le quatrième plan de développement (1981-85) pour les soins de santé de base, dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale, de la vaccination, de l'éducation sanitaire et de l'assainissement de base. Il donnait aussi la priorité à l'amélioration de la gestion des services de santé de base par le biais d'une décentralisation de la programmation, de l'amélioration du système d'information de gestion et du renforcement de la formation du personnel. Le projet se fondait sur les principes d'Alma Ata acceptés par la communauté internationale dans le cadre de la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 » et était conforme à la stratégie suivie à l'époque par la Banque en matière de santé. Cette dernière consistait à favoriser le passage d'un système hospitalier exigeant d'importants volumes de capitaux et de devises à des services de santé plus développés plus accessibles, physiquement et financièrement, aux catégories de population ayant un faible revenu. Le projet devait permettre de tester une solution de rechange au système de santé existant et préparer le terrain à sa mise en place dans l'ensemble du pays. Il devait donner lieu à la constitution d'un système de prestation de soins de santé efficace au plan des coûts privilégiant les soins de santé primaires et la planification familiale. Le projet a donc été jugé utile.

---

14. Mémoires internes de la Banque datés du 13 février 1985 et du 10 avril 1995.

### 3. Exécution et résultats

#### Exécution générale

3.1 *Gestion du projet.* Une unité chargée de l'exécution du projet et relevant de la Direction des affaires techniques (DAT) du Ministère de la santé publique a été créée en 1984. Cette unité s'est vue attribuer la responsabilité générale de toutes les opérations relatives à la passation des marchés, les décaissements et les opérations comptables liés au projet et se composait d'un coordinateur du projet et de cinq cadres (un administrateur, un médecin, un économiste et deux superviseurs principaux des services de santé) qui avaient tous participé activement à la préparation du projet. Par la suite, un architecte chevronné et quatre agents chargés du secrétariat et de l'appui sont venus compléter ces effectifs, tandis qu'un directeur par intérim de l'unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) a été nommé par le Ministre de la santé. En province, l'exécution du projet a été confiée aux directions médicales provinciales. Les travaux publics devaient être supervisés par les services pertinents du Ministère de la santé publique à Taroudant, Agadir et Settat, sous le contrôle général de l'architecte de l'unité chargée de l'exécution du projet, en consultation avec le Ministère de l'équipement. Ce dernier avait toutefois la charge des travaux publics, et le Ministère de la santé n'a pas directement participé à leur exécution.

3.2 *Financement.* Avant l'évaluation d'octobre 1984 et même après les négociations d'avril 1985, la Banque s'est déclarée préoccupée par les obstacles financiers auxquels se heurtait le gouvernement. La lenteur du déblocage des crédits d'équipement destinés au Ministère de la santé publique a retardé de neuf mois la signature du prêt. Même après que celui-ci ait été signé en janvier 1986, les difficultés posées par l'autorisation du budget de 1986 ont retardé son entrée en vigueur, qui n'a pu avoir lieu qu'en juillet 1986. L'insuffisance des fonds et les complications administratives ont été la source de difficultés pendant toute la durée du projet.

3.3 Pour faire face aux problèmes de financement, la Banque a proposé la création d'un fonds de roulement ou d'un compte spécial. Or, à l'époque, la législation marocaine interdisait la création d'un tel fonds en devises étrangères. À l'issue de nouveaux entretiens, il a été convenu en 1988 de créer un fonds de roulement en monnaie nationale dans une banque commerciale.

3.4 Les décaissements se sont faits plus lentement que prévu pendant les premières années d'exécution du projet parce que le Ministère des finances et le Ministère de la santé publique n'ont pas réussi à allouer des ressources de contrepartie suffisantes. Aussi, la quatrième année, le gouvernement s'est-il entendu avec la Banque sur un calendrier simplifié de décaissements, tandis que le Ministère des finances, de son côté, simplifiait les procédures de paiement des entrepreneurs de travaux publics et déléguait l'autorité nécessaire à ces paiements. Les décaissements ont de ce fait fortement augmenté en 1991. Seulement 8 millions de dollars, soit 28 % du prêt, avaient été décaissés pendant la période 1986-90; 5,9 millions, soit 20 % du prêt, l'ont été pendant les six premiers mois de 1991.

3.5 La concentration des ressources dans les trois provinces pilotes, bien que justifiée d'un point de vue technique, a par ailleurs suscité une résistance tout à fait compréhensible de la part des autres provinces et a compliqué la répartition annuelle du budget d'équipement. Ce problème a été résolu progressivement lorsque les principaux éléments du projet ont été menés à bien, qu'il est devenu clair que les retombées à long terme du projet étaient bénéfiques pour d'autres provinces que

les trois provinces pilotes et que des activités similaires ont été entreprises dans d'autres provinces dans le cadre du projet-relais.

### Services de soins de santé primaires

3.6 *Travaux publics.* Le développement des services de santé primaires, qui était la principale composante du projet, a essentiellement consisté à construire des dispensaires de base, cinq hôpitaux ruraux, cinq laboratoires auxiliaires et quatre unités de radiologie. Les travaux ont été retardés par suite : a) du démarrage tardif du projet; b) des problèmes posés par l'identification d'entrepreneurs disposés à accepter des travaux d'aussi faible importance et aussi dispersés; c) de la crise financière générale qu'a connue le Maroc en 1987, qui a amené le Ministère des finances à suspendre les paiements pendant dix mois; et d) de la lourdeur des procédures officielles de règlement qui a entraîné un retard de dix mois dans le paiement des entrepreneurs, lesquels ont à leur tour suspendu les travaux dans l'attente d'être payés. À la fin de 1987, 30 % seulement des travaux publics prévus pour cette année-là étaient en cours.

3.7 Pendant l'exécution du projet, la responsabilité des travaux publics a été transférée du Ministère de la santé publique au Ministère de l'équipement. Ces travaux ont toutefois continué de se caractériser par leur lenteur tout au long du projet. Aucun directeur de projet n'étant chargé de cette tâche à plein temps au niveau central, il a été difficile de remédier à ces retards. L'organisation relativement peu structurée du projet a, selon le personnel de la Banque, été le principal obstacle à l'apport d'une solution aux problèmes administratifs. Plusieurs hauts responsables provinciaux ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective s'être sentis à l'époque plus ou moins abandonnés par l'administration centrale.

3.8 Au total, 134 établissements sanitaires de base (non compris les cinq hôpitaux ruraux) ont été construits en milieu rural dans le cadre du projet. L'Institut national d'administration sanitaire (INAS) a évalué la composante des soins de santé primaires dans chacune des trois provinces. À cet effet, il a examiné le calendrier des travaux de construction d'un échantillon aléatoire d'établissements sanitaires relevant du projet dans les trois provinces<sup>15</sup>. Il en a conclu que 50 % des établissements ont été achevés dans l'année qui a suivi le début des travaux, qui ont duré de trois mois à Settât à quatre ans à Taroudant. À la fin du projet, environ 20 % des nouveaux établissements sont restés fermés faute de personnel. À Taroudant, l'équipe chargée de l'évaluation rétrospective a été informée que certains établissements étaient restés fermés de 18 mois à deux ans. Tous les établissements sanitaires étaient opérationnels au moment de l'évaluation rétrospective, mais les autorités provinciales ont fait remarquer que certains ne pouvaient fonctionner à pleine capacité faute de personnel. Par exemple, l'hôpital rural d'Ighrem, dans la province de Taroudant, n'avait pas les techniciens de laboratoire et de radiologie requis et fonctionnait plus comme un dispensaire que comme un hôpital. À Agadir, la mission d'évaluation rétrospective a été informée que certains établissements n'ont que des effectifs réduits, inférieurs aux normes établies : les centres de santé fonctionnent comme des dispensaires ruraux; les dispensaires ruraux comme des dispensaires ruraux de base; le personnel infirmier des centres d'accouchement, déjà peu nombreux, accouche aussi les patientes, assure les services de santé maternelle et infantile et participe aux activités d'information dans les zones rurales. La pénurie d'effectifs est réputée être un problème commun à tout le secteur et ne pas uniquement toucher le projet.

---

15. « Évaluation du projet de développement des services de santé dans les provinces d'Agadir, Taroudant et Settât. Période 1985-92 », Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Institut national d'administration sanitaire, Évaluations équipes de la délégation des trois provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

3.9 Les collectivités locales ont largement participé au projet. Elles sont intervenues dans le choix des sites et nombre d'entre elles ont fourni des terrains. Dans la province d'Agadir par exemple, les collectivités ont fait don de 23 parcelles pour les nouvelles constructions<sup>16</sup>. Au total, les collectivités ont offert 67 parcelles dans les trois provinces. Leur participation a également pris d'autres formes : rénovation et entretien général des bâtiments, alimentation en électricité, transports (pour les évacuations d'urgence) et fournitures (combustibles et désinfectants pour les points d'eau, par exemple).

3.10 *Résultats.* La composante des soins de santé primaires a été totalement exécutée et a eu un effet appréciable sur l'accès aux soins de santé. Au total, 134 établissements sanitaires de base (31 centres de santé, 16 dispensaires ruraux, 45 dispensaires ruraux de base et 42 centres d'accouchement) ont été construits dans des zones rurales jusqu'alors peu ou pas du tout desservies. Ces travaux ont permis de doubler le nombre d'installations dans les trois provinces, qui est passé de 136 en 1985 à 270 en 1994. Dans la province d'Agadir, qui est la principale bénéficiaire des nouvelles constructions réalisées dans le cadre du projet, le nombre des installations sanitaires de base a augmenté de 85 %. Ces travaux ont notablement amélioré l'accès aux soins de santé de base dans les trois provinces. Le ratio population/établissement sanitaire s'est amélioré, pour passer d'un centre de base pour 75.000 personnes en 1985 à un centre pour 44.000 en 1994, et le nombre de généralistes dans la zone du projet a plus que doublé.

3.11 Outre qu'elle a permis d'améliorer l'infrastructure, la composante des services de santé primaires a permis d'organiser et de mobiliser des équipes centrales et provinciales et de décentraliser la planification en faveur des soins de santé primaires. Le projet a permis de fixer des normes rationnelles et d'adopter des dispositions institutionnelles souples pour la mise en place de services de soins de santé primaires. Ces normes et dispositions ont été adoptées dans d'autres provinces à partir de juillet 1988 et ont, par la suite, été appliquées dans le reste du pays. Le nouveau système de prestations de services est devenu partie intégrante du système d'administration décentralisée des services de santé du Maroc. La plupart des responsables marocains ont indiqué à la mission d'évaluation rétrospective que les provinces continuaient de suivre les principes du PDSS, surtout pour ce qui est de la planification et de la gestion décentralisées, des mécanismes de fourniture de services et du travail en équipe instauré par le projet.

3.12 Les conclusions de l'évaluation de la composante des soins de santé primaires dans chacune des trois provinces réalisée par l'INAS se rapportent à la période 1985-92, et ne concernent pas les deux dernières années du projet<sup>17</sup>. L'étude sous-estime donc sans doute le niveau de couverture sanitaire en termes d'accès, de disponibilité et d'utilisation<sup>18</sup>. Les résultats obtenus grâce

---

16. Les autorités de la province d'Agadir ont noté que pas tous les établissements de santé inscrits au programme avaient été construits sur les terrains fournis.

17. Ces données sont tirées des rapports d'évaluation provinciaux suivants : « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Taroudant, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province de Taroudant, INAS et UGP « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province d'Agadir, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province d'Agadir, INAS et UGP, et « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Settat, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province de Settat, INAS et UGP.

18. L'INAS a recommandé une mise à jour du rapport en 1996, mais aucun crédit n'a été débloqué à cet effet. La mission d'évaluation reconnaît qu'il serait bon de procéder à une évaluation d'impact complémentaire qui porterait, entre autres, sur la satisfaction des patients ou la qualité des soins (par. 5.9).

au projet en termes d'accès physique aux services et de disponibilité de ces services sont présentés aux Tableaux 1 à 12 de l'Annexe et sont récapitulés ci-dessous dans le Tableau 3.1.<sup>19</sup>

**Tableau 3.1 - Évolution des indicateurs de l'accès aux services de santé dans les trois provinces**

	Agadir	Taroudant	Settat
Pourcentage de la population vivant à plus de 10 km d'un établissement sanitaire			
1985	41	43	28
1992 (1993) <sup>a</sup>	22	31	19
Pourcentage de la population desservie par des établissements sanitaires			
1985	36	38	16
1992 (1995)	49	46	57 <sup>b</sup>
Pourcentage des établissements où des docteurs se rendent régulièrement			
1985	9	8	24
1992 (1994)	22	12	36

a. Les années indiquées entre crochets sont celles des données relatives à Settat.

b. En 1995, il était de 72 %.

3.13 D'après l'évaluation de l'INAS, les indicateurs de santé se sont également améliorés dans les trois provinces :

- le taux de couverture vaccinale est passé de 66 % en 1985 à 92 % en 1992;
- les accouchements en milieu surveillé sont passés de 21 % en 1985 à 35 % en 1992;
- le pourcentage des nouveaux utilisateurs de moyens contraceptifs (pilules) a presque doublé entre 1985 et 1992, passant de 7 % à 13 %;
- d'après les estimations, la mortalité infantile a baissé de 57 pour 1.000 en 1988 à 48 pour 1.000 en 1995, et aurait donc suivi l'évolution à la baisse constatée au plan national; et
- l'incidence des cas déclarés de coqueluche et de poliomyélite a baissé.

3.14 Toutefois, comme d'autres bailleurs de fonds l'ont fait remarquer à la mission d'évaluation rétrospective, le secteur de la santé reste en butte à d'autres problèmes. Par exemple, la gamme des services de planification familiale assurés dans les établissements sanitaires reste insuffisante : environ 70 % des femmes utilisent la pilule; le nombre de visites auxquelles doivent se rendre celles qui souhaitent employer un DIU décourage ces dernières. Les services de vulgarisation ne répondent pas toujours à toutes les préoccupations des femmes : bien que les équipes mobiles soient censées compter une infirmière, elles ont souvent un infirmier. Le personnel féminin continue d'être insuffisant dans les zones rurales. D'autres problèmes ont aussi été évoqués : il est difficile de s'approvisionner régulièrement en contraceptifs, les visites du personnel infirmier itinérant sont irrégulières et le programme de vulgarisation est mené par les membres du personnel les moins qualifiés. Il n'y a toujours pas assez d'accoucheuses, et celles qui sont en activité opèrent essentiellement dans les zones urbaines et dans le cadre du secteur privé. Il importe toujours d'améliorer la qualité des soins et d'accroître l'efficacité de la prestation des services dans le secteur sanitaire.

19. Il est peu probable que toutes les améliorations qui seront réalisées soient uniquement imputables au projet, car divers autres facteurs influent vraisemblablement sur les résultats.

## **Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique**

3.15 Si de bons résultats ont été obtenus au niveau des provinces, les progrès accomplis au plan du renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique sont moins évidents. Il ne semble guère que la capacité de planification du Ministère ait été renforcée, et les nombreux bouleversements qu'a connus le Ministère pendant l'exécution du projet (deux réorganisations, deux nouveaux ministres et les réorganisations du personnel d'encadrement supérieur et de la direction du projet) ont contrecarré le déroulement des plans d'organisation des services, de rationalisation des procédures, de recyclage du personnel et de modernisation des techniques de bureau. Ces changements ont, à plusieurs reprises, interrompu le projet sur sa lancée et sapé l'engagement politique (voir le déroulement du projet à la Figure 1.1). À cet égard, la gestion du projet s'est le plus ressentie de la création de plusieurs départements techniques au lieu d'un seul. Il en a résulté un éparpillement des compétences techniques entre différents services et un chevauchement des responsabilités, de sorte que la direction du projet a dû travailler avec plusieurs départements au lieu d'un seul.

3.16 Comme indiqué dans le rapport d'achèvement, il est difficile dans ces circonstances de déterminer dans quelle mesure le projet a eu un effet positif sur la gestion à l'échelon central. L'administration des travaux publics s'est réellement améliorée. Le projet a par ailleurs permis d'élaborer un programme d'études pour appuyer le processus de planification et de gestion (suivi et évaluation, financement du secteur de la santé et gestion hospitalière) comme on le verra ci-après. En revanche, d'autres aspects de la capacité de gestion, comme l'établissement de budgets-programmes, l'allocation de ressources et la passation de marchés, restent très préoccupants. Le projet a eu un plus grand impact sur les institutions dans les provinces (par. 3.11).

3.17 *Suivi et évaluation.* L'évaluation du projet a été menée à bien de manière tout à fait satisfaisante (bien qu'en retard). Il n'a pas été possible d'obtenir les données qui auraient pu faciliter le suivi de la composante des soins de santé de base pendant la phase d'exécution, mais celles qui étaient disponibles ont fourni d'excellentes informations sur les réalisations du projet en termes d'accessibilité ainsi que sur les indicateurs de l'impact du projet (voir Tableau 3.1). Malheureusement, elles n'étaient pas prêtes au moment de la préparation du projet-relais, et il n'a pas été possible de tenir compte des résultats.

3.18 *Études.* Les études consacrées au financement des soins de santé et à la gestion hospitalière ont été menées à bien dans le cadre de cette composante. Elles ont toutes deux été entreprises avec un certain retard et les procédures de recrutement des cabinets de consultants ont pris beaucoup de temps. L'étude sur le financement des soins de santé a été achevée en octobre 1990 et a été suivie de plusieurs séminaires – dont un séminaire national sur les réformes du financement de la santé – et d'ateliers visant à mobiliser une aide extérieure. Elle a également débouché sur la création d'une unité d'économie sanitaire au sein du Ministère de la santé publique. Ses conclusions ont, par ailleurs, aidé le Ministère à préparer, avec l'aide de la Banque, une proposition de réforme de l'assurance-maladie. Le futur projet de gestion et de financement du secteur de la santé comporte une composante relative au financement des soins de santé qui est basée sur cette étude.

3.19 L'étude de la gestion hospitalière, qui porte sur les caractéristiques structurelles et physiques du secteur hospitalier dans le cadre du Ministère de la santé publique, les ressources humaines et les ressources financières, a été achevée en juin 1989. Conçue en tant que diagnostic du programme, elle a permis de mieux comprendre la gestion hospitalière. Elle devait toutefois être



suivie d'une phase durant laquelle les options de réforme seraient précisées et mises à l'essai; or, cette dernière n'a pas été menée à bien parce que l'étude a été terminée en retard et que, à la suite de la restructuration du Ministère de la santé publique de 1990, plus personne n'était responsable des hôpitaux. Le Ministère et la Banque ne se sont jamais entretenus officiellement de l'étude. La deuxième phase devrait néanmoins être incorporée dans le projet de gestion et de financement des soins de santé actuellement en préparation.

### **Formation et IEC**

3.20 Des fonds bilatéraux ayant été affectés de manière inattendue au financement des activités IEC après l'évaluation du projet, seulement 25 % des ressources allouées à la composante formation et IEC ont été décaissées. Cette somme a servi pour moitié environ à financer l'achat de matériels pour le collège de santé publique, et pour moitié à produire et diffuser du matériel IEC. Cette composante a donc été abandonnée — même si l'accord de prêt n'a jamais été officiellement modifié; ses objectifs de développement ont néanmoins été atteints grâce à l'appui d'autres donateurs — ce qui était une meilleure solution de l'avis du Maroc. Le gouvernement reste peu disposé à utiliser les ressources de la Banque pour financer des activités de formation et d'assistance technique lorsqu'il a accès, pour ce faire, à d'autres fonds alloués à titre de dons. On peut se demander pourquoi il n'a pas été envisagé de recourir à ce type de ressources pendant la préparation du projet.

### **Approvisionnement en médicaments**

3.21 La composante de l'approvisionnement en médicaments a fait l'objet de grandes discussions pendant le projet, qui ne semble toutefois guère avoir influé sur la politique pharmaceutique. Le retard qu'elle a pris explique en grande partie les deux prolongations du projet. Elle devait permettre de créer un nouveau service, l'UAM, qui aurait cumulé toutes les fonctions de gestion, d'administration et les fonctions techniques nécessaires à l'approvisionnement en médicaments qui étaient jusqu'alors réparties entre divers départements du Ministère de la santé publique. Outre le renforcement de la capacité centrale de gestion du système d'approvisionnement en médicaments, cette composante couvrait la construction de nouvelles installations destinées à l'UAM, à savoir : a) une zone de stockage et de manutention des médicaments; b) une unité d'emballage des médicaments destinés aux soins primaires; et c) une petite unité de préparation dotée d'un laboratoire de contrôle.

3.22 La construction des installations de l'UAM n'a commencé qu'en 1991, en retard sur le calendrier. Les premières soumissions présentées en 1990 ont été jugées trop élevées et de nouveaux appels ont dû être lancés pour l'ensemble du projet. L'examen du dossier ne permet pas réellement de comprendre pourquoi il a fallu quatre ans pour démarrer cette composante. Le bâtiment a été terminé en 1993, mais n'était pas opérationnel au moment de la clôture du projet; les stocks de médicaments n'avaient pas été transférés de la pharmacie centrale, le matériel de préparation n'avait pas été acheté et, fait plus important, le statut juridique de l'UAM et les modalités de ses relations avec le secteur pharmaceutique privé restaient encore à définir. Cette composante, qui devait permettre d'améliorer l'approvisionnement en médicaments, n'a, de ce fait, pas produit les résultats escomptés. En outre, le bâtiment de l'UAM qui a été construit ne correspond pas aux plans du modeste édifice retenus lors de l'évaluation. Il est bien noté dans le dossier du projet que les nouveaux plans ont été approuvés, mais rien n'explique comment on est passé des plans initiaux à ces derniers.

3.23 Le revirement de la Banque en ce qui concerne la composante des médicaments a posé de graves difficultés pendant l'exécution du projet. En effet, vers la fin du projet, la Banque a soudainement cessé d'appuyer l'idée d'une unité de préparation. Dans un aide-mémoire daté de décembre 1992, il est noté que la préparation n'était pas le moyen le plus efficace au plan des coûts de se procurer des médicaments de base. Parce qu'il était moins cher d'acheter ces derniers en vrac et de les reconditionner, la Banque a jugé préférable de faire de l'UAM un centre de conditionnement, de gestion informatisée des stocks et de distribution des médicaments pour les soins primaires. Là aussi, le dossier du projet ne fournit aucune explication sur cette décision de la Banque, qui a eu de fortes répercussions sur les relations entre l'institution et le gouvernement. Ce dernier a continué d'appuyer l'idée d'un service de préparation et les travaux de construction du bâtiment, qui avaient déjà commencé, se sont poursuivis.

3.24 Au moment de l'évaluation rétrospective, le bâtiment de l'UAM avait été divisé en deux secteurs eu égard à sa double fonction de centre de stockage et de distribution, d'une part, et de centre de préparation et de conditionnement des médicaments de base, d'autre part. L'unité a pu commencer à remplir la première fonction en décembre 1995, soit plus de 18 mois après la clôture du projet, lorsque les stocks de médicaments ont été amenés des locaux délabrés de l'ancienne pharmacie centrale. De grands progrès avaient été accomplis depuis la clôture du projet pour ce qui est de l'organisation de l'entrepôt de produits pharmaceutiques et la formulation des procédures de passation de marchés, de distribution et de contrôle des médicaments, mais l'unité de préparation n'était pas encore opérationnelle. Les matériels achetés par le gouvernement étaient bien arrivés, mais n'avaient pas encore été installés. Des bureaux séparés avaient été construits pour l'administration de l'unité de préparation, ce qui en faisait officiellement une entité distincte. Toutefois, rien n'avait été décidé quant au statut juridique de l'unité de préparation et de sa gestion à laquelle devait participer le secteur privé.

## 4. Résultats de l'évaluation

4.1 Selon le rapport d'achèvement, les résultats du projet sont satisfaisants, sa durabilité est incertaine et les accomplissements en matière de développement des institutions moyens; le Département de l'évaluation rétrospective des opérations a confirmé ces évaluations lors de l'examen de ce rapport. L'évaluation rétrospective aboutit aux mêmes conclusions mais considère que le projet aura probablement des effets durables. Les résultats obtenus par l'emprunteur de la Banque sont jugés satisfaisants.

### Résultats du projet

4.2 La plus importante composante du projet, qui portait sur les soins de santé de base, a représenté 70 % du coût total du projet. Le nouveau système de prestation des soins de santé (réorganisation de la prestation de services et méthodes de planification, de supervision et de suivi) a été mis en place dans les trois provinces puis, étant donné les excellents résultats qu'il a permis d'obtenir, dans le reste du pays. Grâce au projet, le nombre d'établissements sanitaires de base a doublé dans les trois provinces et l'accès aux services de santé de base s'est nettement amélioré dans les zones rurales. Malgré les importants accomplissements, les conditions de travail du personnel et la disponibilité des médicaments et de fournitures ont continué de poser des problèmes. La composante du renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique, qui devait appuyer la restructuration en cours du Ministère, n'a pas donné de bons résultats en raison des nombreux changements qui se sont produits au sein du Ministère au cours du projet. L'impact du projet sur les institutions a été plus marqué dans les provinces qu'au niveau national. Le système de suivi et d'évaluation envisagé a été mis en place et les deux études prévues ont été réalisées. Les montants affectés à la composante relative à la formation et l'IEC n'ont été décaissés qu'en partie parce que les activités ont été financées par des dons. La composante de l'approvisionnement en médicaments de base n'a pas atteint tous les objectifs recherchés. Elle a toutefois permis de renforcer la prestation de soins de santé primaires (y compris la planification familiale) dans les trois provinces, et les résultats du projet ont été jugés satisfaisants.

### Durabilité

4.3 *Durabilité technique.* Le projet envisageait de poursuivre différentes stratégies adaptées aux conditions locales (terrain, et densité de la population), d'employer un personnel polyvalent et d'utiliser divers établissements et services décentralisés. Ce nouveau système est devenu partie intégrante de l'effort de planification et de prestation et est maintenant employé dans tout le pays. Néanmoins, comme indiqué dans le rapport d'achèvement, la qualité des soins et l'efficacité des prestations restent préoccupantes. Les conditions de travail du personnel infirmier itinérant, qui contribue dans une mesure considérable à l'élargissement de la portée des services de santé, se sont dégradées parce que les motocyclettes ne sont pas entretenues et que les indemnités de subsistance sont souvent payées en retard. L'approvisionnement régulier en médicaments et contraceptifs ainsi que le transport des équipes mobiles soulèvent aussi des difficultés qui nécessiteront la poursuite des efforts en ce domaine. La dotation en personnel est également un problème, car le grade inférieur (c'est-à-dire la catégorie de personnel la plus susceptible d'accepter un poste d'infirmier itinérant) a été supprimé et il risque d'être difficile d'attirer dans les zones montagneuses pauvres les nouveaux effectifs qui sont plus qualifiés.

4.4 *Durabilité financière.* L'enveloppe budgétaire doit être suffisante pour financer les médicaments, les indemnités de voyage, les indemnités de subsistance et les fournitures nécessaires à la poursuite des opérations des établissements relevant du projet <sup>20</sup>. En règle générale, les ressources allouées au secteur de la santé sont réduites, en raison des priorités formulées pour les finances publiques. La mesure dans laquelle le Ministère de la santé publique peut structurer ses priorités opérationnelles et contrôler l'allocation des ressources est limitée par le fait que le financement des dépenses d'équipement et des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé reste largement tributaire de l'aide extérieure <sup>21</sup>.

4.5 *Durabilité générale.* Tous les établissements sont opérationnels même si, comme l'ont noté les autorités provinciales, certains ne le soient pas totalement parce qu'ils n'ont pas suffisamment de personnel. Les autorités provinciales sont déterminées à assurer la poursuite de leurs activités en dépit des obstacles financiers et techniques. L'évaluation rétrospective qualifie donc les réalisations du projet de durables. De plus, les efforts concernant les soins de santé de base sont poursuivis dans le cadre de deux projets-relais, le projet d'investissement dans le secteur de la santé de 1990 (PRISS) et le projet des soins de santé de base (programme des priorités sociales) de 1996. Le degré d'utilisation des services et leur qualité demeurent les principaux sujets de préoccupations du Maroc; on peut toutefois espérer que les projets en question permettront de s'attaquer au problème, car l'amélioration de l'accès au services n'a pas provoqué un accroissement proportionnel du recours à ces mêmes services.

#### **Impact du projet sur les institutions**

4.6 L'impact du projet sur les institutions est jugé moyen. Il est réduit à l'échelon central mais notable au niveau des provinces. En outre, le bureau du projet est maintenant versé dans la passation de marchés de travaux publics, et l'INAS et les provinces se sont livrés à une évaluation très utile des projets. Certains des accomplissements du projet au plan institutionnel ont déjà été mis en application dans d'autres régions du pays; d'autres pourraient l'être.

#### **Performance de l'emprunteur**

4.7 L'évaluation rétrospective conclut, comme le rapport d'achèvement, que l'emprunteur a obtenu d'excellents résultats en ce qui concerne l'analyse des problèmes et la conceptualisation des stratégies. Toutefois, il lui a été beaucoup plus difficile de mettre ces dernières en pratique. Les capacités d'exécution du Ministère de la santé publique restent insuffisantes et ont souffert des fréquentes réorganisations et réaffectations de personnel survenues pendant l'exécution du projet. Cette dernière a été lente; les activités de suivi et l'évaluation de son impact ont été très limitées – une importante lacune pour une opération pilote. Le concept de la prestation des services de santé de base a néanmoins été adopté et est mis en application dans tout le pays, en partie dans le cadre des autres projets-relais financés par la Banque. Par ailleurs, l'emprunteur a en général satisfait aux clauses juridiques du projet <sup>22</sup>. La performance de l'emprunteur est donc jugée satisfaisante.

---

20. Le personnel est payé directement par l'administration centrale du Ministère de la santé publique.

21. Se reporter aux commentaires de l'INAS. Celui-ci estime que les problèmes d'allocation des ressources tiennent à l'absence de planification stratégique du Ministère de la santé.

22. Décrites en détail au Tableau 7 du rapport d'achèvement.

## Performance de la Banque

4.8 La Banque a consacré d'importantes ressources et beaucoup de temps (par. 2.3-2.4) à l'identification, la préparation et l'évaluation de ce projet et a, de ce fait, produit un projet bien conçu, comme le note le rapport d'évaluation. Il est cependant regrettable que la Banque ait fini par accepter, à la demande du gouvernement, d'inclure dans le projet une composante d'approvisionnement en médicaments. Au bout du compte, cela a été une erreur. Des analyses approfondies ont été réalisées, de façon à structurer cette composante de manière optimale, et la performance de la Banque pendant cette période a été exemplaire.

4.9 Les activités de supervision de la Banque n'ont, en revanche, pas été aussi complètes ou approfondies que ses efforts de préparation et d'évaluation. Il a été noté, à maintes reprises, qu'en raison de sa complexité et des carences des institutions locales, le projet devait faire l'objet d'une supervision intense. Or, celle-ci n'a pas été adéquate. La première mission de supervision a eu lieu un an après l'approbation du projet par le Conseil (presque deux ans après son évaluation). Dix mois se sont écoulés entre la première et la deuxième missions de supervision de la Banque (juin 1986 et avril 1987) et un an a passé entre la deuxième et la troisième (août 1988)<sup>23</sup>. La qualité de la supervision semble également contestable, particulièrement pour la composante de l'approvisionnement en médicaments. Les efforts en ce domaine ont surtout porté sur les questions relatives aux décaissements, à la passation de marchés et aux allocations budgétaires. S'il est vrai que les difficultés rencontrées dans le cadre de ces opérations entravaient la bonne exécution du projet, l'attention qui leur a été portée a fait oublier l'importance des détails techniques. Les autorités marocaines ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective qu'elles regrettaient que les experts techniques de la Banque n'aient pas passé plus de temps sur le terrain à échanger des informations et s'entretenir avec leur collègues marocains. Cela vaut tout particulièrement pour Settat, où la composante pharmaceutique devait être exécutée et où les responsables ont eu le sentiment de ne pas obtenir leur dû. Comme ils l'ont indiqué à la mission d'évaluation rétrospective, les missions de la Banque ne venaient que pour la journée à Settat, mais passaient davantage de temps à Agadir et à Taroudant. Par ailleurs, les missions ont cessé de porter autant d'attention à l'exécution du projet pour s'attaquer à la conception du projet-relais sur les investissements dans le secteur de la santé, et ce dès la troisième mission de supervision qui a eu lieu en août 1988. Ainsi que le note le rapport d'achèvement du projet, du fait des carences de la supervision de la Banque, il a fallu beaucoup de temps pour que l'on remarque que certains problèmes continuaient de se poser pour diverses composantes ou pour que l'on prenne des mesures afin d'y remédier (par. 3.22).

4.10 La performance de la Banque a été très satisfaisante pendant la préparation et l'évaluation du projet; elle n'a pas été satisfaisante pendant la supervision. La mission d'évaluation rétrospective l'a donc jugée globalement satisfaisante. En dépit de certaines difficultés, la Banque et l'emprunteur ont continué de coopérer, et leur persévérance a fini par porter ses fruits puisqu'un dialogue plus productif se poursuit maintenant au niveau du secteur.

---

23. Pour plus d'informations, se reporter aux données de base. La mission de supervision de février 1988 n'est pas prise en compte car elle n'a fait intervenir que l'agent chargé des décaissements qui devait s'entretenir de la question du fonds de roulement. Pour aussi importante qu'elle puisse avoir été, on ne peut guère la considérer comme l'équivalent d'une supervision en bonne et due forme de la Banque.

## 5. Problèmes et enseignements

5.1 L'évaluation rétrospective a soulevé un certain nombre de questions. La présente section traite de deux d'entre elles, jugées les plus importantes – la composante d'approvisionnement en médicaments et le suivi et l'évaluation du projet.

### Composante de l'approvisionnement en médicaments

5.2 Cette composante n'a pas cessé d'être une source de confusion et de malentendus. Le concept de la préparation des médicaments a fait l'objet d'une analyse attentive et l'unité chargée de cette préparation a été conçue pour fournir les médicaments de base, relativement peu nombreux, dont le secteur de la santé avait besoin, mais le bâtiment qui a finalement été construit pour l'abriter ne ressemble en rien aux plans initiaux. Au lieu de ne couvrir que les 800 m<sup>2</sup> envisagés dans le rapport d'évaluation, l'unité s'étend en fait sur quelque 5.000 m<sup>2</sup>. Rien dans le dossier n'indique comment le nouveau plan a vu le jour et la raison pour laquelle il a été approuvé. Il est difficile de voir pourquoi il a été jugé nécessaire de construire une unité aussi importante étant donné que les médicaments de base requis par le secteur public sont d'un volume relativement faible (ils représentent environ 2 % de la consommation nationale) et ne rapportent guère sur le plan monétaire (les médicaments de base sont les moins coûteux).

5.3 D'après le rapport d'achèvement, le problème tient en partie au fait que jusqu'à une date récente, la Banque n'avait pas établi de directives générales en matière de médicaments. La décision de construire une unité de préparation avait été prise sur la base de deux analyses économiques détaillées selon lesquelles il coûterait moins cher au Ministère de la santé publique de préparer et de conditionner lui-même les médicaments destinés à son programme de soins de santé primaires que de se les procurer dans le secteur privé ou auprès de l'UNICEF<sup>24</sup>. Les conclusions de l'évaluation rétrospective diffèrent de celles du rapport d'achèvement selon lequel la Banque : a) n'a pas indiqué clairement ce qu'elle envisageait; b) n'a pas apporté l'appui nécessaire à une évaluation en bonne et due forme de la faisabilité économique de cette unité; et c) n'a pas formulé de politique pharmaceutique cohérente. S'il est vrai que la Banque n'avait pas de politique pharmaceutique d'ensemble, elle a élargi la portée de cette composante au-delà de ce qu'envisageait au départ le Ministère de la santé publique qui ne souhaitait alors que moderniser l'unité de production<sup>25</sup>. Tous les aspects de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments du secteur public ont été incorporés dans le projet, de sorte que l'intervention de la Banque a pris un tour plus directif.

5.4 Les problèmes que continue de poser cette composante ont surgi en cours d'exécution. S'il ne semble guère exister de raisons de penser que les services de la Banque aient exprimé les doutes que pouvaient leur inspirer cette composante au début du cycle du projet, le dossier montre que, à partir de 1992, c'est-à-dire six ans après l'entrée en vigueur du projet et un an après le démarrage des travaux de construction, la Banque a cessé d'appuyer cette unité. Ce revirement

---

24. La Banque a entrepris une nouvelle analyse de cette composante en 1987, qui a confirmé les conclusions des deux études précédentes.

25. Cette opération est incluse dans le projet des soins de santé de base de 1996 (programme des priorités sociales).

semble avoir tenu aux inquiétudes suscitées par les retards pris par l'achat des matériels, les possibilités d'assistance technique, le statut juridique incertain de l'unité et, fait plus important, l'absence de tout accord avec le secteur privé sur la gestion de la nouvelle unité. Il n'est toujours pas possible d'expliquer pourquoi ce revirement a eu lieu à une date aussi tardive. Le dossier du projet ne fournit guère d'éclaircissements en la matière, mais la genèse de la composante fournit certains indices.

5.5 La composante de l'approvisionnement en médicaments a été incluse dans le projet à une étape relativement tardive de la phase de conception. Au départ, le Ministère de la santé publique avait proposé que son unité de préparation, qui préparait 46 médicaments de base destinés au système de soins de santé primaires, soit modernisée dans le cadre du projet <sup>26</sup>. Le Ministère de la santé publique (avec l'aide de l'OMS et de l'UNICEF) et la Banque ont procédé à des analyses économiques détaillées des procédures de passation des marchés, de la gestion, de la distribution et de la production des médicaments de base.

5.6 La Banque a consacré d'importantes ressources à la conception de cette composante et a analysé toutes les solutions possibles. Elle a chargé un spécialiste international de la production et de la distribution des médicaments de base d'étudier le système pharmaceutique marocain. Dans son rapport, ce spécialiste suggérait d'apporter certaines améliorations au plan initial du gouvernement. Il s'est aussi entretenu à maintes reprises avec des représentants du secteur privé qui lui ont déclaré être prêts à appuyer le plan d'unité de préparation du gouvernement et à coopérer. La Banque a décidé qu'il était nécessaire de réorganiser le système d'approvisionnement en médicaments (la préparation comprise). L'unité de préparation a finalement été conçue sur la base des entretiens tenus avec les représentants du Ministère de la santé publique et de l'industrie pharmaceutique, en fonction des études techniques du Ministère. La conception finale de l'unité présupposait également (sur la base des discussions antérieures) que le Gouvernement du Maroc et le secteur privé collaboreraient d'une manière quelconque à la mise en place d'un système de préparation de médicaments. En fait, ils n'ont aucunement coopéré, et la question de la préparation des médicaments n'était toujours pas réglée au moment de l'évaluation rétrospective. Avec le recul, l'hypothèse selon laquelle les deux parties parviendraient à un accord quelconque semble avoir été erronée; elle n'a certainement pas été confirmée par les faits. La question des incitations au secteur privé n'a jamais été vraiment examinée; quant au Ministère de la santé publique, il souhaitait simplement remplacer son unité de préparation qui était en piètre état.

5.7 Les coûts de la composante de l'approvisionnement en médicaments ont été évalués à l'équivalent de 13 millions de dollars dans le rapport d'achèvement du projet, soit le double du montant indiqué lors de l'évaluation. Au moment de l'évaluation rétrospective, l'unité de préparation n'était toujours pas opérationnelle et de nombreux obstacles subsistaient; l'un d'entre eux, et non des moindres, tenait au fait qu'il n'avait pas été possible de s'entendre sur le statut juridique de l'unité de préparation et sa gestion par le secteur privé. Il est très préoccupant de noter que, malgré sa valeur technique (sa conception est excellente), l'intérêt financier et économique de l'unité reste contestable

---

26. Pour conforter sa position, le Ministère de la santé publique a assuré la Banque que : a) l'achat de ces médicaments sur les marchés mondiaux absorberait un volume trop important de devises étrangères et que les préparations ne répondraient pas aux besoins des services de soins de santé primaires; b) l'industrie pharmaceutique du pays ne s'était jamais montrée disposée à soumissionner, car la préparation de ces médicaments génériques bon marché exigeait la mobilisation de capitaux et d'une capacité de production, mais ne produisait que des bénéfices réduits; et c) son analyse économique des deux approches possibles (la préparation des médicaments par le Ministère et l'achat de grandes quantités sur les marchés mondiaux/locaux) indiquait que la préparation de ces médicaments par le Ministère permettrait de réaliser des économies.

parce qu'elle est trop importante et que le secteur public absorbe moins de 2% de tous les médicaments consommés dans le pays. Étant donné le manque de clarté de la position du gouvernement quant à : a) la capacité globale potentielle de l'unité, b) ses débouchés éventuels (le marché privé marocain, le marché public marocain, et/ou l'exportation); et c) sa politique de recouvrement des coûts, le secteur privé ne s'est guère montré enclin à assurer la gestion et l'exploitation de cette unité.

5.8 Il est surprenant que la Banque ait accepté l'idée d'une unité de préparation locale, puis ait contourné le problème lorsqu'il a pris des proportions importantes. Elle a manifestement eu tort de ne pas prêter plus grande attention à la question de l'unité de préparation et de ne pas confronter plus tôt les difficultés qu'elle risquait de susciter. Cette erreur peut être attribuée au manque d'expérience de la Banque dans le secteur pharmaceutique. La supervision de cette composante s'est révélée difficile parce que la Banque ne comptait pas de spécialistes des activités pharmaceutiques, et que la liste des consultants internationaux et les ressources disponibles pour la supervision étaient limitées. Toutefois, comme elle avait accepté de financer cette composante, l'institution aurait dû fournir les compétences techniques nécessaires aux fins de son exécution, comme elle l'avait fait pour la phase de conception. Le revirement de la Banque, qui a cessé d'appuyer l'unité à un stade aussi tardif du projet, a provoqué un certain ressentiment au Ministère de la santé publique. D'après le personnel de la Banque, cette question est devenue source d'amertume et ses effets se font encore sentir actuellement.

#### **Suivi et évaluation de la composante des soins de santé de base**

5.9 La structure du système de prestations de soins de santé de base mis au point dans le cadre du projet est le produit de l'examen détaillé des consultations médicales dans les établissements sanitaires d'Agadir et de Settat qui a été réalisé pendant la préparation du projet. Grâce à cette étude, le Ministère de la santé publique a pu obtenir un profil précis de la demande et se faire une idée assez nette des principales carences du système en vigueur. Les objectifs ci-après ont alors été retenus pour les centres de santé :

- a) *au plan de l'hospitalité* — amélioration de l'accueil des patients, adaptation des horaires aux besoins des consommateurs, réduction du temps d'attente, ouverture de l'accès au personnel infirmier et aux médecins;
- b) *au plan de la qualité des soins* — amélioration des services de laboratoire et de radiologie, transports en cas d'urgence, simplification des procédures d'aiguillage et d'admission des patients, amélioration des dossiers médicaux et fourniture de soins dentaires de base en cas d'urgence;
- c) *au plan de la distribution des médicaments de base* — amélioration de l'approvisionnement en médicaments nécessaires, délivrance d'ordonnances correctes et accroissement de l'efficacité du processus de distribution.

Le rapport d'évaluation note que les collectivités continueraient de recourir au programme de santé publique pour peu que des progrès soient accomplis en ces domaines. Un calendrier a donc été arrêté et il a été décidé de suivre attentivement les progrès accomplis. L'évaluation par l'INAS de la



composante des soins de santé de base entrepris ne couvre toutefois ni la question de la satisfaction des patients ni celle de la qualité des soins <sup>27</sup>.

5.10 L'évaluation de l'INAS a fait ressortir que les établissements offrant des soins de santé de base dans les trois provinces étaient sous-utilisés. Toutefois, elle ne fournit aucun chiffre à l'appui de cette observation et n'explique pas pourquoi il en est ainsi. En se fondant sur un petit nombre d'entretiens, la mission d'évaluation rétrospective a pu établir différentes raisons de la sous-utilisation des services : les centres sont trop éloignés et le trajet prend trop de temps, les patients ont l'impression que les services offerts sont de mauvaise qualité, il doivent attendre trop longtemps, les centres sont mal approvisionnés en médicaments et ils n'aiguillent pas les malades dans une mesure suffisante. Il a aussi été indiqué que les établissements privés ne sont pas très chers, que l'on y attend moins longtemps et qu'ils offrent de meilleurs services (leur personnel est plus agréable et les patients passent davantage de temps avec le médecin).

5.11 Il faudrait que le gouvernement mène une enquête auprès des patients pour déterminer s'ils sont satisfaits de la qualité des soins. L'INAS a fait savoir à la mission d'évaluation rétrospective qu'il souhaiterait entreprendre ce genre de recherche et pourrait engager des ressources à cet effet, mais a reconnu qu'il aurait besoin de l'aide d'un spécialiste. La mission d'évaluation rétrospective a recommandé d'inscrire les enquêtes auprès des patients et les études de la qualité des soins au programme des projets-relais.

5.12 Comme indiqué plus haut, les opérations de suivi et d'évaluation n'ont pas été effectuées à temps : elles ont eu lieu à la fin du projet et non pas à mi-parcours comme prévu. Par ailleurs, les rapports détaillés des provinces n'ont pas été remis à la Banque <sup>28</sup>. L'évaluation, qui a porté sur les trois provinces, n'en a pas moins constitué une importante opération, a été très bien exécutée et a procuré une masse de données dont on ne dispose pas pour les autres provinces. Bien que les projets-relais soient basés sur des principes similaires, les responsables provinciaux ont fait part de leur déconvenue; en effet, ils estiment qu'ils n'ont pas été suffisamment consultés sur les enseignements du projet et que les informations produites par le projet — au plan de l'exécution, des mesures, de l'évaluation administrative, etc. — n'ont pas été assez exploitées. À leur sens, les projets-relais ont, pour une large part, consisté à réinventer la roue. Comme le signale le rapport d'achèvement, la Banque a manqué l'occasion de mettre à profit l'expérience acquise aux fins de leur élaboration.

5.13 Les bases du suivi et de l'évaluation ont été jetées, qui peuvent facilement être élargies (pour couvrir d'autres provinces) et étendues à l'évaluation des impacts (au départ dans les trois provinces couvertes par le projet). L'INAS ayant fait la preuve de ses capacités dans ce domaine, la mission d'évaluation rétrospective suggère que la Banque envisage de l'aider à procéder à une évaluation similaire du PRISS (Projet d'investissement dans le secteur de la santé, Prêt 3171-MOR).

---

27. L'INAS a fait valoir que la Banque aurait pu fournir les ressources supplémentaires nécessaires à l'évaluation du projet. Cela aurait permis à l'Institut de préparer un rapport plus complet et ciblé sur l'impact du projet.

28. L'emprunteur et les services de la Banque ne sont pas d'accord sur ce point : le premier affirme que les rapports ont été communiqués à la Banque, tandis que cette dernière fait valoir qu'ils ne lui ont été présentés que de manière officieuse et ne lui ont pas été remis de manière officielle.

## Enseignements tirés du projet

5.14 Les enseignements tirés de ce projet sont les suivants <sup>29</sup> :

- a) *Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent.* Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé présenté dans le volume relatif à l'exécution n'encourageait pas la poursuite de cette participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. Pour remédier à ce problème, il importe de faire preuve, non pas de moins de minutie dans la conception, mais de davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écoulent entre la mission d'évaluation et les différentes missions de supervision de la Banque ne contribuent certainement pas à améliorer la situation.
- b) *Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats.* Dans le projet à l'examen, l'évaluation a été menée à bien et a fourni énormément de données. Ces dernières ont néanmoins été produites trop tard pour pouvoir servir à l'exécution du projet ou à la conception du projet-relais.
- c) *Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus.* Malgré la préparation détaillée de la composante pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dans les phases initiales du projet, un défaut de cohérence dans les messages de la Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique. En fin de compte, on constate un certain dépit au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.
- d) *La supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.* En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). L'importance accordée à cette opération s'est soldée par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
- e) *Les emprunteurs préfèrent que les dons financent les activités de formation et d'assistance technique.* Il est possible de leur donner satisfaction en améliorant la coordination des activités avec les bailleurs de fonds et en concevant et en exécutant ces composantes avec une souplesse accrue.

---

29. L'INAS note une autre leçon importante, à savoir que la stabilité et le moral du personnel sont des conditions nécessaires au maintien du dynamisme du projet.

## Tableaux de l'Annexe

**Tableau 1 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Agadir**

Année	Moins de 3 km	3 à 5 km	6 à 10 km	Plus de 10 km
1985	22	13	24	41
1992	36	20	22	22

**Tableau 2 - Résultats de l'exécution du système PDSS — Agadir**

### Évolution de la couverture sanitaire

Établissements sanitaires	1985	1992
	Nombre	Nombre
Centre de santé urbain	2	10
Dispensaire urbain	8	0
Centre de santé rural	7	11
Dispensaire rural	13	16
Dispensaire rural de base	15	24
Centres d'obstétrique urbains	1	2
Centres d'obstétrique ruraux	2	11
Laboratoires auxiliaires	0	5
Radiologie	1	5
Hôpitaux ruraux	0	1

**Tableau 3 - Distribution de la population par type de couverture — Agadir**

Année	Établissements permanents	Point de rencontre	Équipe mobile	Sans couverture
1985	36	15	3	30
1992	49	29	22	0

**Tableau 4 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Agadir  
(Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)**

Année	Visites médicales de routine %	Accouche- ments %	Soins pre et post natal %	Plannification familiale (Contraceptifs oraux) %	Plannifica- tion familiale (DIU) %	Vaccinations %	Laboratoires auxiliaires %
1985	9	3	23	45	2	45	0
1992	22	11	37	62	22	62	5
Augmen- tation	144	267	61	38	1000	38	400

**Tableau 5 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres —Taroudant**

Année	Moins de 3 km	3 à 5 km	6 à 10 km	Plus de 10 km
1985	26	14	17	43
1992	31	17	20	31

**Tableau 6 - Résultats de l'exécution du système PDSS —Taroudant**  
**Évolution de la couverture sanitaire**

Établissements sanitaires	1985	1992
	Nombre	Nombre
Centre de santé urbain	1	2
Dispensaire urbain	1	1
Centre de santé rural	5	8
Dispensaire rural	23	30
Dispensaire rural de base	20	22
Centres d'obstétrique urbains	1	0
Centres d'obstétrique ruraux	0	2
Maternités rurales	0	2
Laboratoires auxiliaires	2	2
Radiologie	0	0
Centres d'accouchement	1	2
Hôpitaux de zone	1	0
Hôpitaux ruraux	0	3

**Tableau 7 - Distribution de la population par type de couverture —Taroudant**

Année	Établissements permanents	Point de rencontre	Équipes mobiles	Sans couverture
1985	38	6	4	
1992	48	16	16	

**Tableau 8 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires— Taroudant**  
**(Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)**

Année	Visites médicales de routine %	Accouche ments %	Soins pré et post natal %	Plannification familiale (Contraceptifs oraux) %	Plannifica tion familiale (DIU) %	Vaccinations %	Laboratoires auxiliaires %
1985	8	14	24	47	7	38	2
1992	12	27	57	64	11	64	2
Augmen- tation	50	93	137	36	57	68	0

**Tableau 9 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres —Settat**

Année	Moins de 3 km	3 à 5 km	6 à 10 km	Plus de 10 km
1985	32%	15%	25%	28%
1993	41%	23%	17%	19%

**Tableau 10 - Résultats de l'exécution du système PDSS —Settat**  
**Évolution de la couverture sanitaire**

Établissements sanitaires	1985	1994
	Nombre	Nombre
Centre de santé urbain	3	13
Dispensaire urbain	3	0
Centre de santé rural	6	11
Dispensaire rural	30	36
Dispensaire rural de base	3	37
Centres d'obstétrique urbains	0	0
Centres d'obstétrique ruraux	2	15
Maternités rurales	2	15
Laboratoires auxiliaires	1	1
Radiologie	0	0
Hôpitaux de zone	0	2
Hôpitaux ruraux	0	1

**Tableau 11 - Distribution de la population par type de couverture —Settat**

Année	Installations permanentes	Lieu de rencontre	Visites à domicile	Équipes mobiles	Sans couverture
1985	16%	0%	58%	4%	28%
1993	72%	14%	10%	4%	

**Tableau 12 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Settat**  
**(Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)**

Année	Visites médicales de routine %	Accouche ments %	Soins pre et post natal (médecin) %	Soins pre et post natal (infirmière) %	Planification familiale (Contraceptifs oraux) %	Planifica -tion familiale (DIU) %	Vaccinations %	Laboratoire auxiliaire %
1985	24	23	71	66	86	35	82	0
1995	36	67	93	76	100	84	100	4
Augme ntation	50	191	31	15	16	140	22	400

- Fri May 24 14:59:23 1996  
+ S G POPULATION

717 P01

Page 2  
24/05/96 18:07

ROYAUME DU MAROC  
—  
PREMIER MINISTRE  
—  
MINISTRE CHARGE DE  
LA POPULATION  
—  
C.N.E.P.  
—

N° 25/224/S.6

Rabat, le 22 Mai 1996

Téléfax adressé à l'Attention de MONSIEUR ROGER SLADE, CHEF DE DIVISION DE  
L'AGRICULTURE ET DE DEVELOPPEMENT HUMAIN  
DEPARTEMENT DE L'EVALUATION RETROSPECTIVE  
DES OPERATIONS  
BANQUE MONDIALE.  
( Fax N° 202 47 76 391)

De la part de : MONSIEUR MOHAMED BIJAAD, SECRETAIRE GENERAL  
DU MINISTERE CHARGE DE LA POPULATION.

Texte : Je vous remercie pour votre lettre du 29 Avril 1996 relative  
à la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective  
du projet de développement des services de santé (Crédit  
2572 - MOR).

En réponse, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint  
quelques observations portant sur ce rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes  
salutations distinguées.

Le Secrétaire Général du Ministère  
Chargé de la Population

Signé : Mohamed BIJAAD

**QUELQUES OBSERVATIONS CONCERNANT LE  
RAPPORT D'EVALUATION RETROSPECTIVE DU  
PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE**

**a. Remarques de forme :**

- Le rapport d'évaluation se réfère aux Plans Marocains comme étant des Plans d'aménagement et non pas comme des Plans de développement économique et social ;
- Le rapport fait aussi référence aux Plans de développement 1980 - 85 et 1985 - 1990 . Les auteurs font probablement allusion aux plans 1981 - 85 et 1988 - 1992 .

**b. Remarques de fonds :**

- L'évaluation a porté beaucoup plus sur les aspects d'exécution et les résultats obtenus du projet, mais ne donne pas suffisamment d'indications sur les effets et l'impact du projet sur les bénéficiaires des provinces concernées par le projet, l'efficacité du nouveau système comparé à l'ancien, et la qualité des soins fournis. Il aurait été opportun de donner des indications sur l'utilisation effective qui est faite des résultats physiques du projet et de montrer comment le nouveau système a pu améliorer le temps d'attente dans les établissements sanitaires, l'accès au personnel médical et paramédical et l'attitude des bénéficiaires vis à vis de la qualité des soins fournis .

- Tue May 28 12:56:39 1996

073 P01

Page 2  
28/05/96 15:28

ROYAUME DU MAROC  
—  
PREMIER MINISTRE  
—  
MINISTÈRE DE L'INCITATION  
DE L'ÉCONOMIE  
—

**LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU PREMIER MINISTRE  
CHARGÉ DE L'INCITATION DE L'ÉCONOMIE**

A)

**MONSIEUR ROGER SLADE  
CHEF DE DIVISION DE L'AGRICULTURE ET DU  
DÉVELOPPEMENT HUMAIN  
DÉPARTEMENT DE L'ÉVALUATION RETROSPECTIVE DES  
OPÉRATIONS**

**BANQUE MONDIALE**

**F A X**

**OBJET / *Projet de Développement des Services de Santé  
(prêt 2572-MOR)***

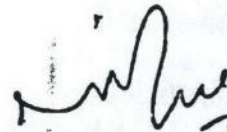
**REFER / *Votre lettre du 29 Avril 1996***

**--oOo--**

***Cher Monsieur,***

***Suite à votre lettre citée en référence, relative au rapport  
d'évaluation rétrospective du projet sus-mentionné, j'ai l'honneur de  
vous informer que la version préliminaire de ce rapport ne soulève  
aucune observation particulière de la part des autorités marocaines.***

***Veillez agréer, Cher Monsieur, l'expression de ma  
parfaite considération.***



**Signé :**

**Monkid MESTASSI  
Chargé de Mission auprès du  
Premier Ministre**



ROYAUME DU MAROC  
 ministère de la santé publique



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
 (I.N.A.S.)

28 MAI 1996

N° ..... 280 ...../INAS

**Monsieur Roger Slade, Chef**  
**Division de l'Agriculture et du Développement Humain**  
**Département de l'Evaluation Rétrospective des Opérations**  
**Banque Mondiale**  
**1818 H Street N.W.**  
**Washington, D.C. 20433 - U.S.A**

**Objet :** Analyse du projet de document du Rapport de l'Evaluation Rétrospective du PDSS.

Nous avons étudié avec beaucoup d'intérêt votre rapport qui porte sur l'évaluation du PDSS.

Nous avons acheminé, par ailleurs, une copie de ce rapport à chacune des trois provinces concernées : Agadir, Taroudant et Settat. Nous voudrions par la présente vous adresser notre feed-back qui est une synthèse de nos remarques; celles du Dr M. Lardi et des trois équipes des provinces sus-citées.

D'une manière générale, le contenu du rapport relate l'apport, les efforts, les difficultés d'expertise du projet PPS.

Cependant, on sent une redondance dans certains paragraphes de ce rapport. Nos principales remarques sont les suivantes :

Le rapport de l'INAS aurait pu être plus exhaustif et porter sur l'impact du projet si la Banque Mondiale avait mis à notre disposition le budget et la main d'oeuvre spécialisée.

**Page 5 :**

Plan d'aménagement à remplacer par « plan quinquennal 81-85 ».

**Page 9 3ème ligne:**

« création d'une unité d'économie de santé et non un service ».

Page 9 :

Il est nécessaire de définir ce qu'on entend par « viabilité » parce que la stratégie mobile, par exemple, ne serait se poursuivre au même rythme s'il y a réduction de ressources en carburant.

Page 10, ligne 4 :

Que signifie le volume sur l'exécution du projet ?

Page 11. Paragraphe (e) :

La restructuration du MSP et le départ du directeur du projet ont laissé un vide. Le problème de coordination s'est intensifié, le pilotage du projet est devenu quasiabsent à un moment donné de la vie du projet.

Le changement a porté aussi bien sur le Ministre, le Secrétaire Général, les directeurs, les délégués des provinces et les médecins-chefs de SIAAP de ces provinces.

Page 12. Paragraphe 1-2 :

La population du Maroc, selon le recensement de septembre 1994, est estimée à 26.023412 habitants et 50181 étrangers.

2.06 = la croissance démographique (recensement 1994).

Page 13. Paragraphe 1.3, ligne 2 :

Le système de santé était orienté vers les prestations curatives et urbaines.

Page 19 :

On est d'accord que le projet se caractérise par sa grande complexité ce qui nous a posé un problème dans la coordination, le suivi et l'évaluation.

Page 21 :

b) La Banque Mondiale n'a pas apporté l'aide nécessaire pour l'évaluation du projet.

Page 23 : Paragraphe 31.

La structure de la gestion du projet est détaillée dans le document d'évaluation du projet, menée par l'INAS et les 3 provinces. Nous pensons qu'il faut corriger cette partie.

Page 27 :

L'extension du projet a été faite au niveau national. Exemple : le laboratoire périphérique, la composante formation, extension de la couverture sanitaire, la structuration des programmes de soins de santé de base etc ....

Page 28, ligne 3 :

« les résultats obtenus..... accès physique (et non matériel).

Dans le tableau 3.1 :

Nous proposons d'ajouter « statistique de la zone ».

Page 29, paragraphe 4.4 :

Nous pensons que l'absence de la planification stratégique et l'incohérence dans la politique de santé entravent la capacité du MSP d'organiser de manière cohérente sa priorité opérationnelle et de maîtriser l'allocation des ressources.

Page 38 :

L'INAS peut être partenaire dans la gestion des projets de santé si le gouvernement le désire.

Nous partageons votre avis sur l'unité d'approvisionnement des médicaments.

Page 45, paragraphe 5-9 :

On ne fait pas d'hospitalisation dans les centres de santé.

Page 47, paragraphe 5.12 :

Nous avons mis à la disposition de la Banque Mondiale tous les documents de l'évaluation.

Page 49 :

Oui pour l'ensemble des conclusions sauf pour le point (e), difficile à comprendre le sens de cette phrase.

Le projet nécessite la stabilité des personnes clés dans la gestion des projets.

La rétention de ces personnes dans leurs postes nécessite une motivation sérieuse.

Enfin, nous joignons au présent document copie des fax émanant des provinces à ce sujet, ainsi que les corrections manuscrites des données statistiques figurant aux pages 50 à 52.

Nous espérons avoir répondu à vos attentes et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations les meilleures.



Le Directeur de L'INAS

Signé: Pr. H. FISSI BENBRAHIM

ROYAUME DU MAROC  
ministère de la santé publique



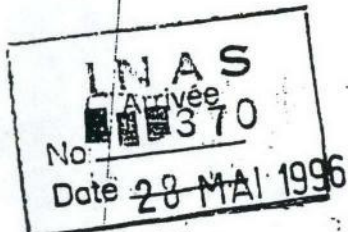
المملكة المغربية  
وزارة الصحة العمومية

TAROUDANT, le 28/05/96

PROVINCE DE TAROUDANT

/e Délégué du M.S.P. à la Province de

= TAROUDANT =  
=====



/-)

Monsieur Le Directeur de l'I.N.A.S.

= R A B A T =  
=====

OBJET / Rapport d'évaluation rétrospective -P.D.S.S.-.

-o-

J'ai l'honneur de vous faire part des observations à la lecture du R.E.R. concernant le P.D.S.S.

1- Concernant la forme : le rapport est à notre avis un peu narratif, engendrant, probablement sans le vouloir, des répétitions pouvant gêner parfois le lecteur .

2- Concernant le contenu :

2.1- Le rapport s'attarde sur "l'échec" de la composante U.A.M. sans pour autant convaincre quant aux causes de cet échec. Toutefois il a le mérite de reconnaître l'incompétence de la Banque Mondiale dans le domaine pharmaceutique .

2.2- Pour ce qui est des indicateurs de santé (p:28), des données par province seraient souhaitables . De même, il faut signaler l'interaction d'autres programmes dans la réalisation de performances, bien qu'il soit difficile de juger de l'impact réel du projet dans cette évolution .

2.3- La dénomination de "Poste de santé" (p: 26, dernière ligne) correspondrait au D.R.B!

2.4- Le rapport ne met pas l'accent sur la faiblesse de la mise en oeuvre de la composante I.E.C. au niveau provincial et que les provinces n'ont pas réellement bénéficié des ressources dans ce sens .

2.5- Le rapport ne signale pas la "déception" des cadres provinciaux exprimée lors des entretiens quant à l'absence de motivation par des stages et séminaires à l'étranger .

.../...

ROYAUME DU MAROC  
*ministère de la santé publique*



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية

PROVINCE DE TAROUDANT

(suite)

2.5- Le rapport sous estime, à notre avis, les efforts déployés au sein de l'administration centrale du M.S.P. en matière d'organisation (organigramme) et de procédures de gestion .

2.7- Génie Civile : le rapport ne signale pas les réserves émises concernant la conception des bâtiments en particulier l'étroitesse des logements infirmiers et installations techniques des hôpitaux ruraux (Radiologie, Labo.....)

-CONCLUSION :

d'une manière générale, le R.T.R. a repris les Préoccupations exprimées par les responsables provinciaux surtout quant à la pérennité du projet P.D.S.S. On note une certaine objectivité dans l'analyse des certaines défaillances dans les différentes étapes du projet .

Enfin, nous espérons que les recommandations issues de cette évaluation amèneront les responsables centraux à éviter "l'enterrement du projet" et préserver l'esprit du P.D.S.S. et ses acquis ./.

/e Délégué Provincial

.....



↳ DR Lardi

Settat le 24 Mai 1996

**Le Délégué du Ministère de la Santé Publique  
à la Province de Settat**

A

**Monsieur le Directeur de l'institut nationale  
d'administration sanitaire ( INAS )**

**Objet : Remarques concernant le rapport d'évaluation du projet PDSS**

**J**'ai l'honneur de vous adresser ci dessous nos remarques et suggestions après étude du rapport d'évaluation du projet de développement des services de santé :

- Le rapport ne fait pas référence aux études et évaluations intermédiaires et finales.
- Certains aspects n'ont pas été approfondis :
  - Participation communautaire.
  - Collaboration intersectorielle.
  - Evaluation qualitative de l'utilisation des services de santé.
  - Impact des interventions sanitaires mises en place.
  - Evaluation de la stratégie mobile.
  - Evaluation des conditions de travail .
  - Problèmes engendrés par le développement de l'infrastructure notamment l'insuffisance en ressource humaine.
  - Impact du projet sur la qualité de gestion des services de santé, sur la qualité des soins et sur l'état de santé de la population.

En outre nous partageons les conclusions des évaluateurs sur le fait que le projet ne peut être considéré comme expérience pilote car il existe plusieurs interactions de facteurs sanitaires auxquelles s'ajoutent le développement des programmes sanitaires.

**Dr. R HAZZAL Hassan**

JUN 04 '96 09:14AM

Jun. 4 '96 10:35

KONICA FAX 720

P. 1

**ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)**

Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.98.34/69.16.26

309

04 JUIN 1996

**Expéditeur : Pr N. Fikri Benbrahim**

**Directeur de l'INAS**

**Code fax expéditeur : 00-212-7-69 16 26**

**7-29 98 34**

**Destinataire : Monsieur Roger Slade**

**Chef de la Division de l'Agriculture et du Développement Humain**

**Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations**

**Banque Mondiale. Washington DC 20433 - USA.**

**Nombre de pages : 1**

**Date : 02/06/1996**

**Message :**

Comme suite à mon courrier correspondant au feed-back à votre document sur l'évaluation rétrospective du PDSS, je vous adresse les observations des équipes d'Agadir.

Veuillez croire à l'expression de mes sincères salutations.



**Le Directeur de l'INAS**

**Pr N. FIKRI BENBRAHIM**

OO/RH

AGADIR, le 27 MAI 1996

ROYAUME DU MAROC  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
 DELEGATION A LA WILAYA D'AGADIR  
 ET PREFECTURE D'AGADIR IDA OUTANANE



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية  
 مندوبية ولاية أكادير  
 وعمالة أكادير إداوتنان

N° 1889 /SIAAP/SSB.

27 MAI 1996

LE DELEGUE PREFECTORAL

السندوب

A

Monsieur le Directeur de l'INAS

- R A B A T -

O B J E T : Evaluation PDSS 1996.R E F E R : Votre correspondance N°244 du 14 Mai 1996.

Suite à votre correspondance sus-référenciée, j'ai l'honneur de vous faire part de nos observations :

\* Page 6 Paragraphe 4 et page 26 8è ligne :

- Les formations sanitaires construites dans le cadre du PDSS et considérées dans le document d'évaluation comme opérationnelles fonctionnent en réalité avec un effectif en personnel très réduit ne répondant pas aux normes exigées à titre d'exemple :

- Certains centres de santé fonctionnent comme D.R.  
 - Certains D.R. fonctionnent comme DRB par l'absence d'infirmières.

- Les infirmières des maisons d'accouchement déjà en nombre insuffisant sont appelées à faire :

- \* Les accouchements
- \* Les activités de SMI.
- \* Et participer aux activités des équipes mobiles sur le terrain.

Ces formations ont été ouvertes à cause de la pression de la population et des autorités locales.

\* Page 5 et 22 :

- Lire plan d'aménagement 1981-85 au lieu de 1980-85.

\* Page 17 :

- Lire plan d'aménagement 1988-92 au lieu de 1985-90.



Jun. 4 '96 15:41

KONICA FAX 720

P. 2

- 2 -

Page 23 :

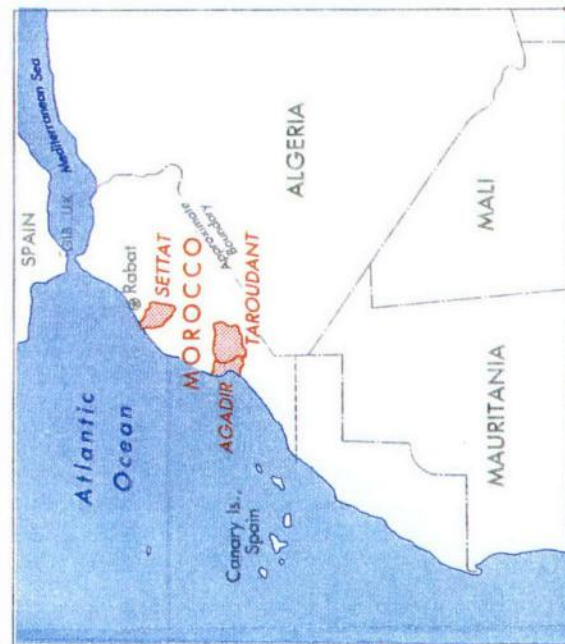
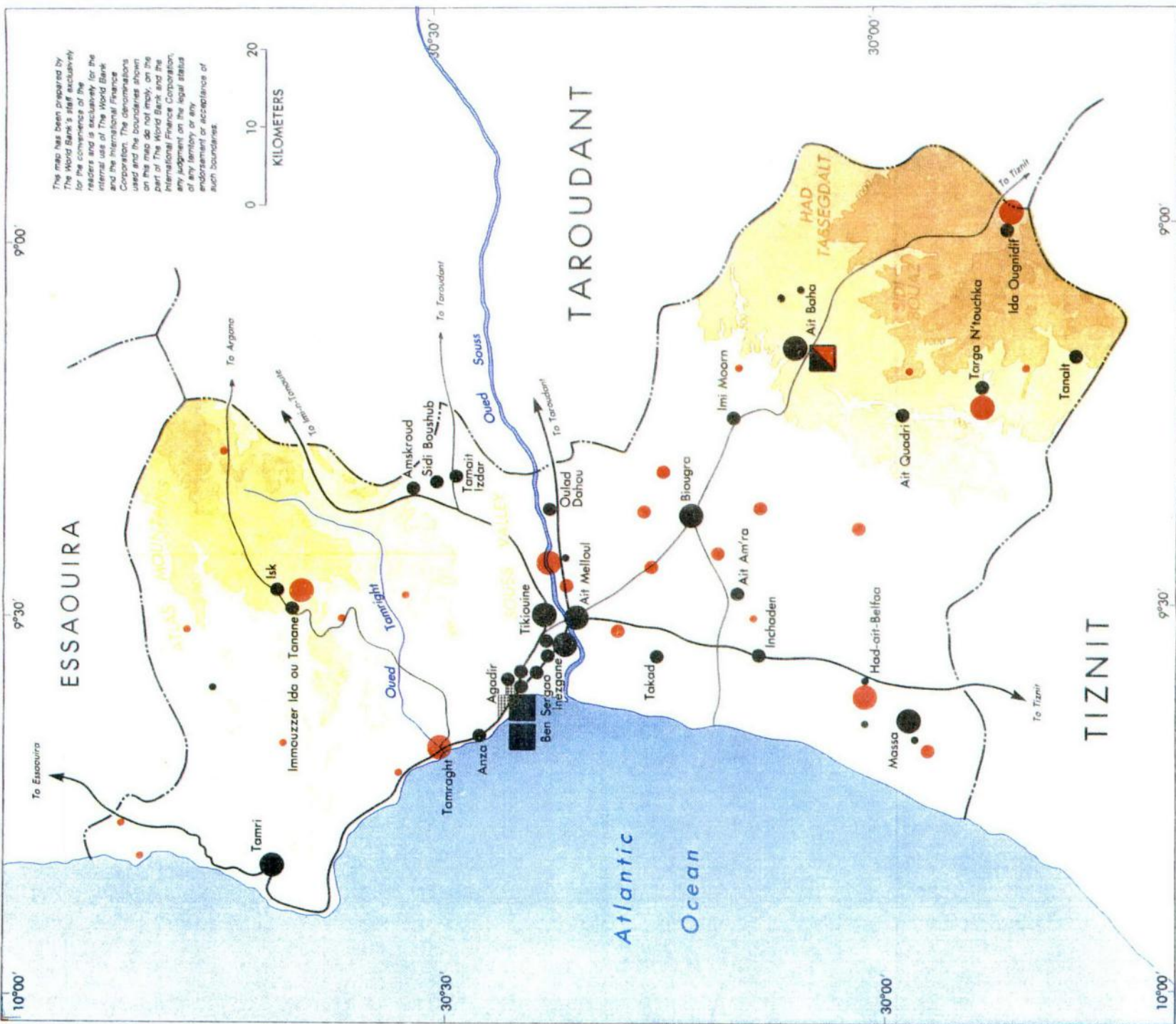
Le volet des travaux publics (genie civil) a été confié en totalité à la Délégation du Ministère de l'équipement. Les services du Ministère de la Santé Publique n'étaient pas impliqués directement à l'exécution des travaux de constructions. Leur intervention se limitait à leur présence au moment de l'ouverture des plis et lors de la réception provisoire des ouvrages.

Remarque générale :

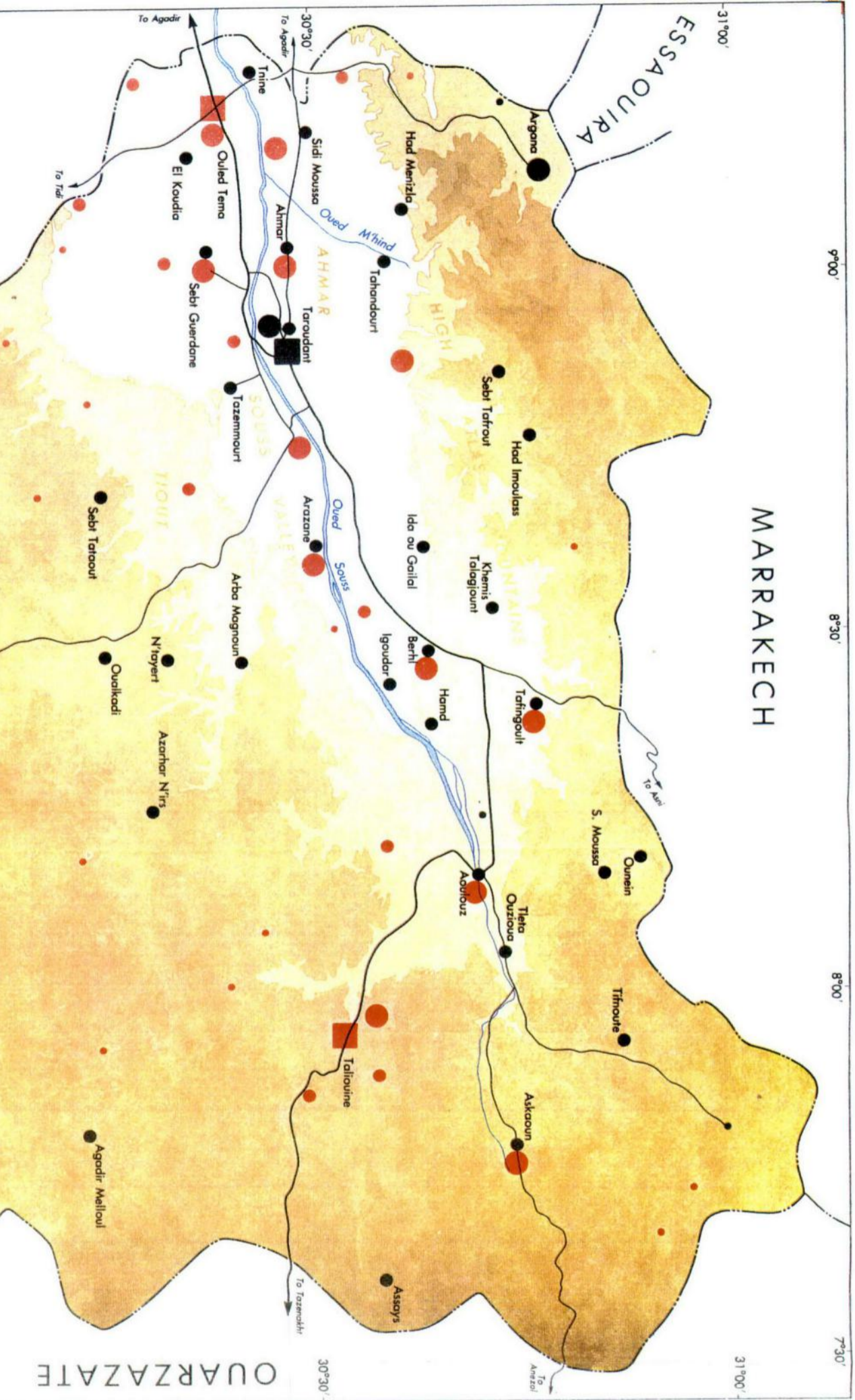
Le document d'évaluation n'a pas fait ressortir le problème des formations sanitaires programmées et non réalisées et pour lesquelles la population a cédé les parcelles de terrain pour leur construction./.



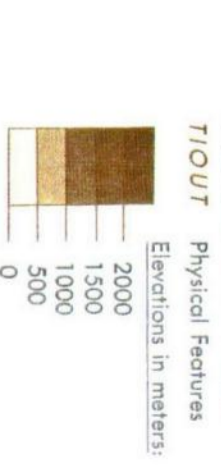
Dr. F. ...



# MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT I TAROUDANT PROVINCE



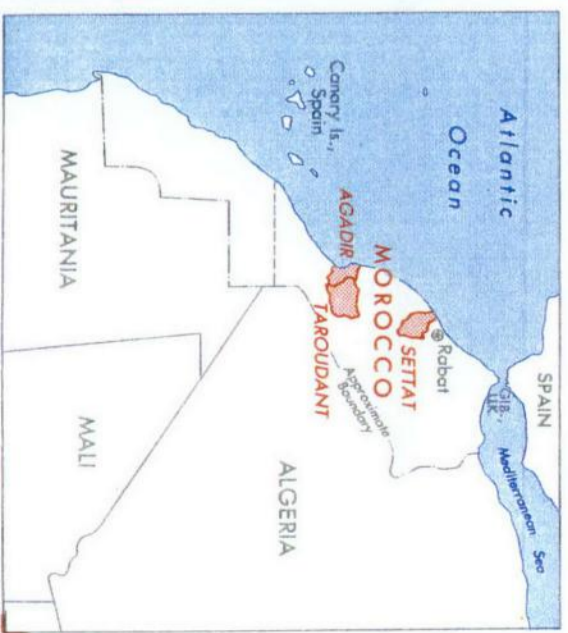
- EXISTING      PROPOSED
- Health Facilities:
- Basic Dispensaries
  - Dispensaries
  - Health Centers
  - Hospitals
- Tangent symbols indicate proposed transformations from lower order health facilities to higher order health facilities under the project



- Rivers
- Main Roads
- Secondary Roads
- Provincial Boundaries
- International Boundaries
- International Boundary (approximate)
- Indicates the Territory of the Former Spanish Sahara



This map has been prepared by The World Bank's staff exclusively for the convenience of the readers and is exclusively for the internal use of The World Bank and the International Finance Corporation. The designations used and the boundaries shown on this map do not imply, on the part of The World Bank and the International Finance Corporation, any judgment on the legal status of any territory or any endorsement or acceptance of such boundaries.



# MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT I SETTAT PROVINCE

- EXISTING**
- Basic Dispensaries
  - Dispensaries
  - Health Centers
  - Hospital
  - Transformation of a Hospital
- PROPOSED**
- Health Facilities†
  - Dispensaries
  - Health Centers
  - Transformation of a Hospital
- † Tangent symbols indicate proposed transformations from lower order health facilities to higher order health facilities under the project

Elevations in meters:

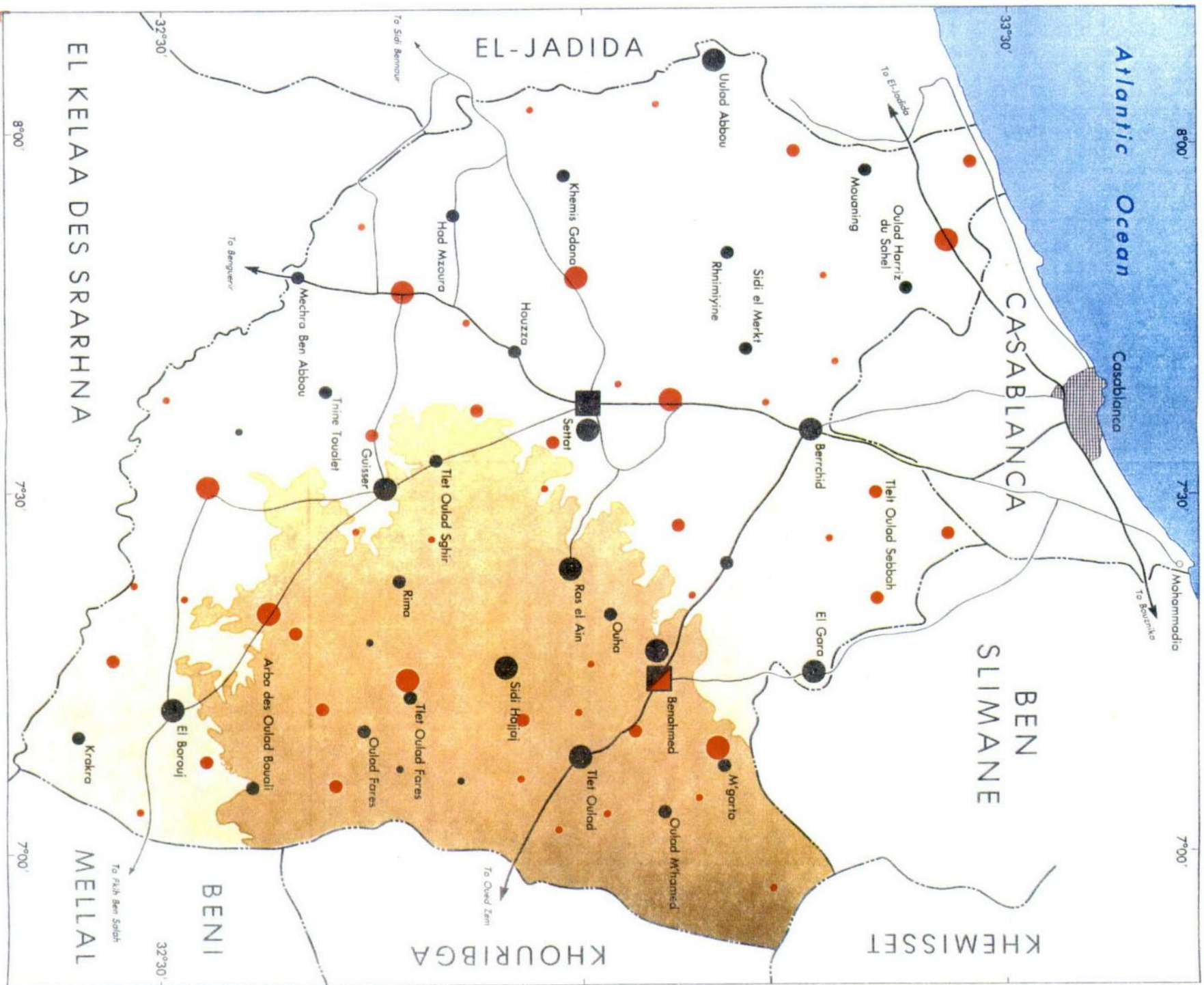


- Urban Area
- Main Roads
- Secondary Roads
- Provincial Boundaries

- International Boundaries
- International Boundary (approximate)
- Indicates the Territory of the Former Spanish Sahara (Western Sahara)



This map has been prepared by The World Bank's staff exclusively for the convenience of the Project and is exclusively for the internal use of The World Bank and the International Finance Corporation. The delineations used and the borders shown on the map do not imply, on the part of The World Bank and the International Finance Corporation, any judgment on the legal status of any territory or any endorsement or acceptance of such boundaries.





International Bank for Reconstruction and Development

FOR OFFICIAL USE ONLY

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

SecM96-790

FROM: Vice President and Secretary

July 19, 1996

File Copy

PERFORMANCE AUDIT REPORT

MOROCCO

HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)

Attached is a report entitled: "Performance Audit Report: Morocco - Health Development Project" (LOAN 2572-MOR) dated June 26, 1996, (Report No. 15798) prepared by the Operations Evaluation Department.

Distribution:

Executive Directors and Alternates  
President's Executive Committee  
Senior Management, Bank, IFC and MIGA

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

Document of  
**The World Bank**

**FOR OFFICIAL USE ONLY**

**DECLASSIFIED**

**OCT 03 2018**

**WBG ARCHIVES**

**Report No. 15798**

**PERFORMANCE AUDIT REPORT**

**MOROCCO**

**HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)**

**June 26, 1996**

**Operations Evaluation Department**

**This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.**

## Currency Equivalents<sup>1</sup>

Currency Unit = Dirhams

	US\$	SDR
1984	8.811	9.362
1985	10.062	10.568
1986	9.104	10.656
1987	8.359	11.066
1988	8.209	11.049
1989	8.488	10.673
1990	8.242	11.442
1991	8.707	11.658
1992	8.538	12.442
1993	9.299	13.257
1994	9.203	13.080
1995	8.482	12.589

## Abbreviations and Acronyms

CP	Central Pharmacy (Pharmacie Centrale)
DAT	Direction des Affaires Techniques (Technical Department of MOPH)
GOM	Government of Morocco
IEC	Information, Education and Communication
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
IUD	Intra-uterine Device
MOE	Ministry of Equipment
MOF	Ministry of Finance
MOPH	Ministry of Public Health
OED	Operations Evaluation Department
PAR	Performance Audit Report
PCR	Project Completion Report
PDSS	Projet de Développement des Services de Santé (Health Development Project)
PIU	Project Implementation Unit
PRISS	Project d'Investissement dans le Secteur de la Santé (Health Sector Investment Project)
SAR	Staff Appraisal Report
UAM	Unité d'Approvisionnement en Médicaments (Drug Supply Unit)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

## Fiscal Year

Government: January 1–December 31

1. Source: International Financial Statistics Yearbook, various issues. Prepared by IMF Statistics Department.



The World Bank  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

Office of the Director-General  
Operations Evaluation

June 26, 1996

**MEMORANDUM TO THE EXECUTIVE DIRECTORS AND THE PRESIDENT**

**SUBJECT: Performance Audit Report on Morocco  
Health Development Project (Loan 2572-MOR)**

Attached is the Performance Audit Report on the Morocco Health Development Project prepared by the Operations Evaluation Department (OED). The Loan for US\$28.4 million equivalent was approved in June 1985. The project was closed in December 1993 after two extensions, and an undisbursed balance of US\$2.56 million equivalent was canceled following final disbursement in April 1994.

The project's objectives were to strengthen primary health care delivery in three provinces and to improve the capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) at the central and provincial levels as a precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system and upgrading and extending the physical infrastructure (70 percent of total project costs); (b) to strengthen the management and policymaking capabilities of the MOPH (5 percent); (c) to support training and information, education, and communication (IEC) programs (5 percent); and (d) to improve the supply of basic drugs (20 percent).

Despite construction delays and slow release of counterpart funds, the project successfully constructed and equipped 148 health facilities, thus greatly improving access to basic health services in rural areas. The new health care delivery system developed under the project has since been expanded nationwide. The outcome of the attempt to strengthen the institutional capacity of the MOPH is difficult to measure, as the MOPH underwent several reorganizations during project implementation. Institutional impact was greater in the provinces than at the central level. The government's research group undertook a good evaluation of the project, albeit very late. Data were not available to monitor the basic health care component during implementation, but evaluation data do provide an excellent account of project accomplishments. Bilateral grants became available to finance IEC activities, thus only 25 percent of funds allocated to this component were disbursed.


The drug supply component had little apparent impact on drug policy and failed to achieve its objective of improving the drug supply. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. A new drug supply unit for storage, distribution, and formulation (the final stage of drug production from intermediate ingredients to a final form, such as tablets) was constructed under the project but was not operational at the time the project was closed. The storage and distribution unit has since become operational, but the formulation unit has not. It is doubtful if the government will ever recoup its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

OED, in agreement with the PCR, rates the project as satisfactory, institutional development as modest, and Bank and borrower performance as satisfactory. The audit upgrades the sustainability rating from uncertain to likely, for two reasons: all health facilities are now operational (many were not at the time of the PCR), and despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to the continued operation of the health facilities and maintenance of the gains made under the project.

Important lessons from this project are that monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to be used to influence outcomes; that clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings; and that design of new projects should not detract from the supervision of an ongoing project.

Attachment

A handwritten signature or set of initials in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by several smaller strokes.

## Contents

<b>Preface</b> .....	<b>3</b>
<b>Basic Data Sheet</b> .....	<b>5</b>
<b>Evaluation Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Sector Background</b> .....	<b>11</b>
Background .....	11
Bank Activities in the Sector .....	11
<b>2. Project Objectives and Content</b> .....	<b>14</b>
Project Objectives and Components .....	14
Project Design.....	15
Relevance.....	16
<b>3. Implementation and Results</b> .....	<b>17</b>
Overall Implementation.....	17
Primary Health Services .....	18
Enhanced MOPH Management Capacity .....	20
Training and IEC .....	21
Drug Supply.....	22
<b>4. Ratings</b> .....	<b>23</b>
Outcome .....	23
Sustainability .....	23
Institutional Impact .....	24
Borrower Performance .....	24
Bank Performance .....	24
<b>5. Issues and Lessons</b> .....	<b>26</b>
Drug Supply Component .....	26
Monitoring and Evaluation of Basic Health Component .....	28
Lessons .....	29

Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline .....	13
Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in Three Provinces.....	20

### Annex: Statistical Tables

1. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir.....	31
2. Results of the PDSS System Implementation—Agadir .....	31
3. Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir .....	31
4. Evolution of the Availability of Services—Agadir .....	31

This report was prepared by Ms. Laura Raney (Health Economist) guided by Mr. Robert van der Lugt (Task Manager), who audited the project in December 1995. Ms. Diana Qualls and Ms. Sophie Lefebvre provided administrative assistance. The report was issued by the Agriculture and Human Development Division (Roger Slade, Chief) of the Operations Evaluation Department (Francisco Aguirre-Sacasa, Director).

5. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant .....	32
6. Results of the PDSS System Implementation—Taroudant .....	32
7. Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant.....	32
8. Evolution of the Availability of Services—Taroudant.....	32
9. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat.....	33
10. Results of the PDSS System Implementation—Settat .....	33
11. Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat .....	33
12. Evolution of the Availability of Services—Settat .....	33
<b>Annex 2: Borrower Comments .....</b>	<b>34</b>

**Map:** IBRD 18651  
IBRD 18652  
IBRD 18653

## Preface

This is a Performance Audit Report (PAR) for the Morocco Health Development Project, for which a loan in the amount of US\$28.40 million equivalent<sup>1</sup> was approved on June 6, 1985 (Loan 2572-MOR). The project was closed December 31, 1993 after two extensions from its original closing date of December 31, 1991. An undisbursed balance of US\$2.56 million (nine percent of the total loan) was canceled following final disbursement on April 12, 1994.

The PAR is based on the Project Completion Report (PCR),<sup>2</sup> the President's Report,<sup>3</sup> the Staff Appraisal Report (SAR),<sup>4</sup> review of Bank files, sector and economic reports, and discussions with Bank staff. An OED mission visited Morocco in December 1995, discussed project experience and outcomes with Government officials, and visited several project sites in the provinces of Taroudant, Agadir and Settat. Evaluations of the basic health component carried out by the health authorities in the three pilot provinces and the Institute National d'Administration Sanitaire (INAS) were also used in the preparation of this report.

The PCR was completed in July 1995 and provides an excellent account of the implementation of the project and important lessons learned. The borrower's perspective on the project is included in Part 2. The PAR confirms the major findings of the PCR but examines in more detail several of these findings as well as some issues not fully covered in the PCR. In particular, it focuses on the issue of pharmaceuticals and monitoring and evaluation. It also examines the outcome of the project in the context of Bank lending for the sector as a whole. The findings of the PAR will be a building block for OED's forthcoming study of experience with health lending.

In accordance with normal OED procedures, copies of the draft PAR were sent to the Government of Morocco for comments. Numerous comments were received reflecting the importance government authorities attach to this project. These comments have been included in Annex 2 with appropriate cross references and annotations.

- 
1. All references to the Loan amount in the text and tables of this report are US\$ equivalent.
  2. Project Completion Report: Morocco, Health Development Project (Loan 2572-MOR), Report no. 14675, June 26, 1995.
  3. President's Report: Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. P-4079-MOR, May 15, 1985.
  4. Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. 5440-MOR, May 15, 1985.

## Basic Data Sheet

### MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)

#### Key Project Data (amounts in US\$ million)

Item	Appraisal Estimate	Actual or Current Estimate	Actual as % of Appraisal Estimate
	Total	Total	
Total project costs	47.6	53.3	112%
Loan amount	28.4	25.8	91%
Cofinancing	-	-	-
Cancellation	-	2.6	na
Date physical components completed	06/90	06/93 (06/96) <sup>a</sup>	
Economic rate of return	na	na	na
Institutional performance: Moderate			

a. Most of the project investments were completed in 1993; the pharmaceutical component is expected to be completed in 1996.

#### Cumulative Estimated and Actual Disbursements (amounts in US\$ million)

	FY86	FY87	FY88	FY89	FY90	FY91	FY92	FY93	FY94
Appraisal Estimate	1.3	5.0	10.4	16.4	22.4	26.9	28.4	-	-
Actual	0	0.13	1.13	3.54	7.93	13.98	19.33	23.52	25.84
Actual as % of Appraisal	0	0.02	0.1	0.21	0.35	0.52	0.68	0.82	0.90

Date of final disbursement: April 1994

#### Project Dates

	Date Planned <sup>a</sup>	Date Actual
Identification	n/a	March 1979
Project Preparation Facility (PPF)	June 1983	April 1982
Preparation	n/a	Sept. 1979, April 1980, & June 1981
Pre-appraisal	n/a	July 1984
Appraisal	n/a	September 1984
Negotiations	n/a	April 1985
Board Presentation	n/a	June 6, 1985
Signing	Before October 1985	January 17, 1986
Effectiveness	October 1985	July 27, 1986
Midterm review carried out by the Borrower	December 1987	November 1989
Project Completion	June 30, 1990	June 30, 1993 <sup>b</sup>
Loan Closing	December 31, 1991	December 31, 1993

a. As provided in Project Brief for processing steps up to Board Presentation, and in the Staff Appraisal Report (SAR) for steps occurring after Board Presentation.

b. All components were completed by June 1993 with the exception of the Drugs supply unit which remains incomplete to date (see para. 19 PCR) and the IEC component which was dropped.

#### Staff Inputs (staff weeks)

Stage of Project Cycle	FY84	FY85	FY86-93	FY94	Total
Preappraisal	85.6				85.6
Appraisal		79.6			79.6
Negotiations <sup>a</sup>					na
Supervision			110.8		110.8
PCR				7	7
<b>Total</b>					<b>283</b>

a. Included in Appraisal Figures.

## Mission Data

	Month/ Year	No. of Persons	Staff Days	Specialization <sup>a</sup>	Project Rating (Overall)	Project Rating (Dev)	Types of Problems
Identification	03/79	5	55	A/ Z/C/A/D			
Preparation	09/79	4	40	E/C/Z/A			
Preparation	04/80	4	44	A/F/Z/G			
Preparation	06/81	1	5	F			
	06/83	5	30	F/H/A/A/I			
	10/83	2	20	A/A			
	03/84	1	20	A			
Pre-appraisal	07/84	1	3	A			
Appraisal	09/84	9	140?	A/J/F/H/K/L/M/N/Z			
Post Appraisal	03/85	1	7	A			Review of project timetable and its budgetary implications
Supervision 1	06/86	3	39	A/A/F			
Supervision 2	04/87	3	36	A/O/J			Reviewed new organizational structure of MOP & IEC component slow to start. Discussions on opening of Special Account.
Supervision 3	02/88	1	? <sup>c</sup>	P			
Supervision 4	08/88 <sup>b</sup>	3	24	Q/R/H	2	1	-Lack of operating resources -Restructuration of tuberculosis program
Supervision 5	01/89	4	32	A/A/S/T	2	1	
Supervision 6	10/89 <sup>b</sup>	4	20	Q/R/H/U	2	1	-Mid-term review carried out by MOPH
Supervision 7	06/90 <sup>b</sup>	3	15	Q/V/H	2	1	-Delays in payments to contractors; funds to be delegated to provinces -Bids for UAM too high
Supervision 8	11/90 <sup>b</sup>	2	18	Q/V	2	1	-Slow implementation -Projects costs to be updated
Supervision 9	02/91 <sup>b</sup>	1	9	V			-Health Financing report received -New bid document for UAM reviewed
Supervision 10	05/91 <sup>b</sup>	3	27	Q/V/H	2	1	-Discussion on feasibility of UAM
Supervision 11	10/91	4	32	W/X/T/H	2	1	-Disbursement Issues -Lack of counterpart funds -Request for postponement of closing date
Supervision 12	05/92	2	10	V/I	2	1	-Limited budget allocations
Supervision 13	11/92	3	27	V/I/Q	2	1	-Some centers ready but not staffed -Status of UAM to be defined -MOPH negotiating with the pharmaceutical private sector
Supervision 14	04/93	2	6	Y/A	2	1	-UAM equipment not procured and status remains undefined
Completion	05/94	1	6	Y	-		-----

a. Specialization: A=PH Specialist; B=Loan Specialist; C=Education Specialist; D=PH Specialist UNFPA; E=RH Specialist; F=Economist; G=PH Sp. Consultant; H=Architect; I=Implementation Specialist; J=Health Economist; K=PF Consultant; L=Pharmac. Syst. Consultant Research; M=Assistant; N=Division Chief; O=Operations Assistant; P=Disbursement Officer; Q=Health Specialist; R=PH Physician; S=Pop. Specialist; T=Hosp. Ad. Sp.; U=Education/Training Sp.; V=Financial Analyst; W=Sr. PHN Specialist; X=PH MD; Y=Project Officer; Z=Loan Officer

b. Starting August 1988, all missions covered both the Health Development Project and the Health Sector Investment Project. Mission time has been apportioned equally to each project which is likely to overestimate time actually spent on the first project.

c. Multi-purpose missions. Share of time allocated to project not available.

## Evaluation Summary

### Introduction

1. The Morocco Health Development Project was the first World Bank Group operation in the health sector of Morocco. It assisted the Moroccan Ministry of Public Health (MOPH) to strengthen and accelerate its policy shift away from an urban-based, hospital-oriented health care system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas which was outlined in the 1981-1985 Development Plan, and in accordance with the principles spelled out in the 1978 Alma Ata conference "Health for All by the Year 2000."

### Project Design

2. The project objectives were to strengthen primary health care delivery including family planning in three provinces, and to improve the capacity of the MOPH at the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system in three provinces (Agadir, Taroudant and Settat), through upgrading and extending the physical infrastructure, providing equipment, support for training, and improvement in logistics; (b) to strengthen the management capabilities of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector; (c) to support training and information, education and communication (IEC) programs; and (d) to improve the supply of basic drugs.

### Implementation

3. Implementation proceeded slowly. The project became effective in July 1986, 6 months after it was signed and more than 20 months after it was appraised. The first disbursement was made in March 1987. Limited availability and slow release of counterpart funds by the Ministry of Finance (MOF) was a major cause of delays. Serious construction delays occurred and are attributed to several factors, including cumbersome government accounting procedures, the borrower's difficulties in adapting to Bank procurement and disbursement procedures, and the transfer of responsibilities for civil works from the MOPH to the Ministry of Equipment during project implementation. The project was closed after two one-year extensions. An amount of US\$2.56 million was canceled at that time.

4. Once built, a number of the health facilities (20 percent in 1994) remained closed because of lack of budget and staff. The staffing problem is generic in the health sector, not specific to the project. However, all project facilities were operational at the time of the audit though some were not operating at full capacity due to lack of staff. As noted in the PCR, the MOPH underwent several reorganizations during project implementation which resulted in the "balkanization" of the various departments, characterized by overlapping and scattered responsibilities. The institutional impact of the project was therefore limited. However, project evaluation was completed as was a very good (albeit late) effort, and studies were completed on financing the health sector and hospital management. Only 25 percent of the IEC component was implemented under the project, because of the availability of other donor grant funding to finance such activities. The component to improve the supply of basic drugs was substantially delayed and is still not fully completed. Ambiguities about its function continue today, despite



the careful planning prior to appraisal and apparent agreements reached among the Government of Morocco (GOM), the Bank and the private sector.

## Results

5. Two years after the closing of the Health Development Project, there is no doubt that the major component, to improve and expand basic health care to rural areas, was a success. Over 134 rural health facilities were constructed and equipped. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled. The new health care delivery system developed under the project (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully integrated by staff and has been generalized from the three provinces to the rest of the country. This delivery system continues to be supported under follow-up Bank projects and by other donors.

6. The outcome of the drug component (21 percent of total estimated project costs) was not as favorable as the basic health component. The drug supply unit was constructed after a three year delay and is much larger than the initial modest design. The unit, which was to provide storage and distribution of drugs for the public health sector as well as formulate<sup>1</sup> a small number of basic drugs in close collaboration with the private sector, was not operational at the time of project closure. The equipment for the formulation unit was not procured under the project, nor was the legal status or terms of its management and relationship with the private sector defined prior to closing. Delays in the construction of the drug supply unit meant that its storage and distribution function did not become operational until two years after closing. The stocks of medicines were transferred from the Central Pharmacy to the new unit in December 1995 at the time of the audit, and although the equipment for the formulation unit had been procured and paid for by the government, it was not installed. A delay of at least six more months was estimated before the formulation unit would become operational. In the meantime, the legal status of the unit remains to be defined, and the government still has not reached agreement with the private sector as to its operation. Thus the management and operation of this formulation unit remains in question. It is doubtful if the government will ever recover its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

7. Taking into account the relative merits of the various objectives and components, project outcome is rated as satisfactory. Sustainability was rated as uncertain in the PCR, as many facilities had not yet become operational because of staffing shortages and lack of funds. However, at the time of the audit, all facilities (except the drug supply unit) were operational and providing basic health services. While questions about quality of service and efficiency remain, the provinces are committed to the new service delivery approach, which has also been replicated nationwide. The study on the financing of the health sector which was completed in 1990 was followed by several seminars and workshops and led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Health sector financing is currently the subject of an intense policy dialogue between Morocco and the Bank (under an ongoing project as well as a forthcoming project). Therefore, the audit rates project sustainability as likely.

---

1. Formulation is the final stage of drug production, from intermediate ingredients to final or finished form. It consists of simple operations such as mixing, solving or dispersing, and fragmentation into dosage forms (tablets, capsules, tubes, etc.)

8. The results of the component to strengthen the MOPH are less clear given the host of changes that took place during the eight years of the project, including reorganizations in 1985, 1989 and 1994, and the appointment of new Ministers of Health in 1987 and 1992 (see project timeline, Figure 1.1). As the PCR states, on balance, the management of civil works improved, however procurement, program budgeting, and resource allocation remain serious issues for the MOPH. As in the PCR, the audit rates institutional impact as modest. Overall, the audit agrees with the satisfactory ratings given by the PCR for borrower and Bank performance, although selected aspects of both were weak.

## Lessons

9. The lessons from this project are as follows:<sup>2</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or the design of the follow-on project.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation of the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.
- (d) *New projects should not detract from the supervision of an ongoing project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.

---

2. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.

- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

# 1. Sector Background

## Background

1.1 During the first 15 years after independence (1956), a conservative approach to economic policy predominated in Morocco, and GDP increased at an average rate of 4 percent a year. During the mid-1970s, economic policy became more ambitious, and the rate of growth between 1973–1977 was 7.5 percent per year. But, like many other developing countries, Morocco experienced an economic crisis beginning in 1978 lasting through the early 1980s. The Moroccan Government adopted a stabilization program in 1978 in order to redress the rapidly deteriorating financial situation. Since then, the Bank has helped Morocco through an intense reform program, with loans, policy advice, and economic and sector work (the effectiveness of this Bank program is the topic of a special OED study).<sup>1</sup> With a per capita GNP of \$1,150 (1994), Morocco remains a relatively poor country at the lower end of the group of lower-middle-income countries.

1.2 Today, Morocco is in the midst of demographic and epidemiological transition. Since the 1960s, the mortality rate has declined from 19 per 1,000 to 7.3 per 1,000 in 1992, and the crude birth rate has fallen from 50 per 1,000 to 28 per 1,000. Infant mortality has declined from 119 per 1,000 to 57 per 1,000, and life expectancy at birth has increased from 45 to 65 years. The contraceptive prevalence rate for modern methods is estimated at 43 percent in 1994, compared with about 13 percent in 1984. The total fertility rate has decreased from 5.8 in 1980 to 3.6 in 1994. The annual population growth rate has slowed from 2.8 percent for 1955-1960 to 2.1 percent in 1992-1994. But despite these significant achievements, the performance of key indicators remains poor. The maternal mortality rate is among the highest in Africa, averaging 232 per 100,000 as compared to 50 in Tunisia and 140 in Algeria. Only 40 percent of all births take place in a medical setting. Early neonatal deaths still account for one-half of the infant mortality rate. Potentially controllable infectious diseases remain a leading cause of mortality and morbidity in children aged 1–5. Communicable diseases and maternal and child health problems have been brought under better control through health programs and improved lifestyles but still represent an important challenge particularly in the rural areas.

1.3 At the time of the project, the organization and management of the health sector faced several constraints: an ineffective system of health care delivery that was biased toward urban and curative care; the absence of policymaking in the MOPH and consequent lack of coordination among different health providers; weak internal planning and management within the MOPH; the hospital subsector's inefficient use of resources; insufficient overall financing for the sector; and the MOPH's disorganized and complex pharmaceutical supply system that resulted in severe shortages of basic drugs and threatened the credibility of the entire primary health system.

---

1. An OED country assistance review is presently under preparation.

## Bank Activities in the Sector

1.4 The Health Development Project (PDSS)<sup>2</sup> was the first major Bank project in the health sector in Morocco. Prior Bank involvement in the sector included a bilharzia (schistosomiasis) control component in the Doukkala Irrigation Project (Loan 1201-MOR) and a health worker training component in the Third Education Project (Loan 1220-MOR). The objectives of the PDSS were to (a) strengthen primary health care delivery in three provinces (including family planning), and (b) enhance the capacity of the MOPH at the central and provincial levels in planning for the health sector, training of staff, research and evaluation, and administration of the public health service as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. A loan of US\$28.3 million contributed to the expected total project cost of US\$45.5 million. The project was implemented in 1985–1994.

1.5 The Bank is continuing its support to the health sector with the 1990 Health Sector Investment Project (PRISS, Loan 3171-MOR for US\$104 million), which built on the 1985 Health Development Project.<sup>3</sup> This follow-on project focused on (a) reinforcing essential basic health services, (b) strengthening the administration of management of health services, and (c) promoting sector and policy reforms that address long-term issues related to the evolution and structure of the public and private sector health services delivery systems, financing mechanisms, and the mobilization of resources in support of the sector. The project is expected to be completed by December 1997, and project implementation thus far has been rated as satisfactory.<sup>4</sup> Continued support for basic health is planned with the 1996 Basic Health Project (Social Priorities Program) and a Health Management and Financing Project scheduled for FY97 (see Figure 1.1)<sup>5</sup>.

1.6 Bank support has been and remains focused on strengthening basic health care delivery, increasingly in poorer, rural areas. In addition, assistance has been provided for the managing and administrating of health services, and policy reform (including the pharmaceutical sector, health financing and hospital management).

---

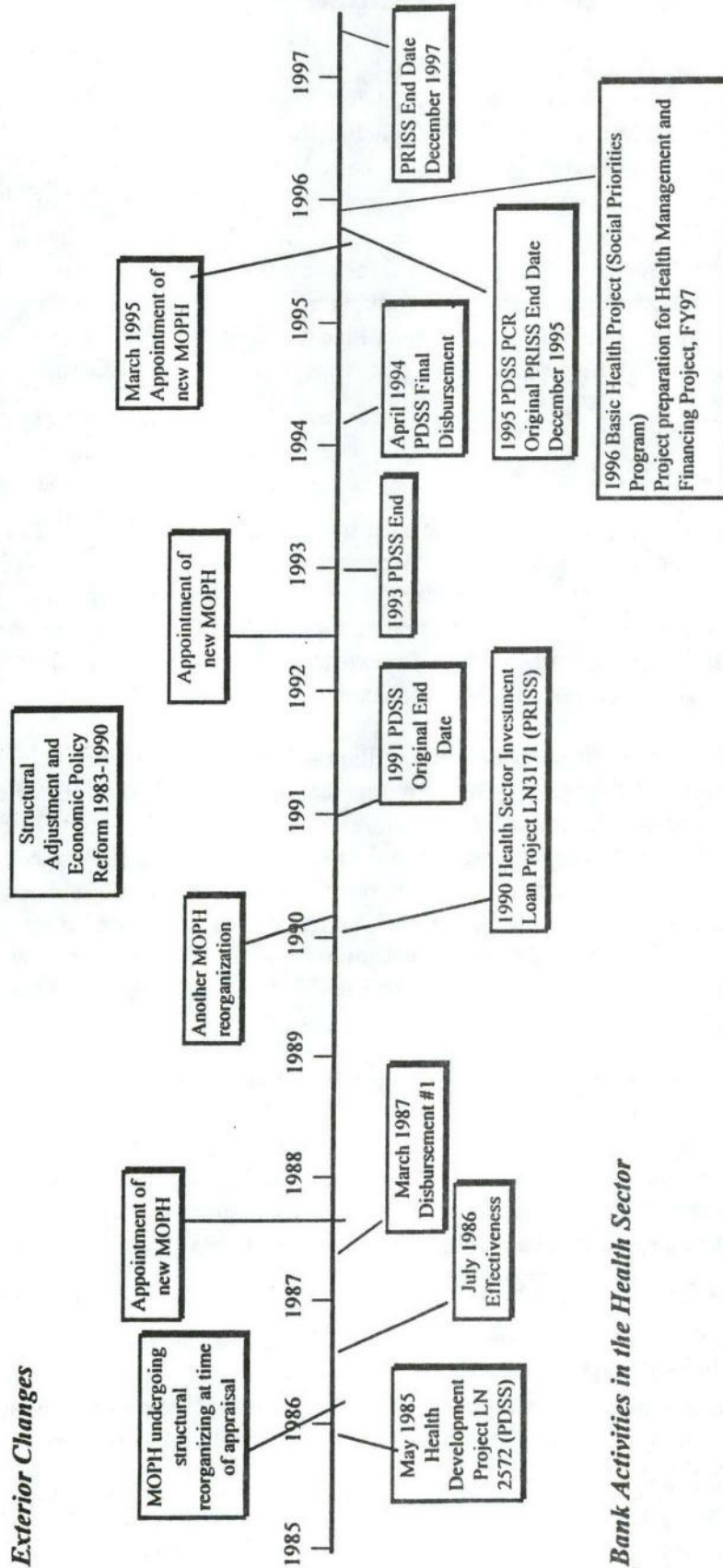
2. *Projet de Développement des Services de Santé.*

3. *Projet d'Investissement dans le secteur de la Santé.* See Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Sector Investment Project (Loan 3171-MOR), Report No. 8108-MOR, January 8, 1990.

4. *Supervision Report, July 1995.*

5. The project would complement USAID, UNFPA and UNICEF interventions in the sector and would consist of three components: (a) improving access to essential curative and preventive health care in 20 targeted provinces; (b) strengthening the emergency, diagnostic, and referral services; and (c) promoting administrative and policy reforms. For more details see the SAR, Morocco: Basic Health Project (Social Priorities Program), Report No. 15073-MOR.

Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline



## 2. Project Objectives and Content

2.1 Following the Alma Ata "Health for All by the Year 2000" conference in 1978, Morocco began to revamp its existing health system, which had been focused on urban hospitals. Morocco's Third Development Plan (1977–80) included ambitious investments in large hospitals that resulted in insufficient operating budgets for basic health services. The overall allocation of funds remained low: in 1982 sectoral financing totaled US\$8.35 per capita.<sup>6</sup> The Fourth Development Plan (1981–85) marked a sharp departure from the previous policy and gave priority to basic health services. This plan called for decentralizing programming, improving management information systems, upgrading training of personnel, and remedying severe shortages of basic drugs. The Fifth Development Plan (1988–92) health objectives emphasized primary care, basic health services, and cost-effectiveness, in addition to continued attention to the drug supply system.

### Project Objectives and Components

2.2 The project aimed at accelerating the shift from an urban-based, hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas. The project objectives were to strengthen primary health care delivery (including family planning) in three provinces, and to improve the MOPH's capacity at both the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components:

- (a) *Primary Health Services* (\$23 million—70 percent of total project costs). The primary health care system envisaged in the 1981–85 Fourth Development Plan was to be fully implemented in three provinces—Agadir, Settat, Taroudant—with a view to extending the project to the rest of the country. The project would provide investment in additional buildings, equipment and vehicles. Project implementation would be closely monitored and accompanied by operational research to allow for continuous adjustments. It was hoped that the project would result in a viable alternative to the then prevailing health care delivery system.
- (b) *Management* (\$1.7 million—5 percent of total project costs). The project was to improve the management capability of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector by strengthening the ministry's planning capacity, establishing a capacity to carry out evaluation studies, and improving administrative procedures. The project would provide equipment, supplies, vehicles, technical assistance for local and foreign consultants, and fellowships for overseas training.
- (c) *Training and Information, Education and Communication (IEC)* (\$1.6 million—5 percent of total project costs). The project would strengthen the capacity to train paramedical personnel and produce IEC materials by providing equipment for a training center constructed under the Third Education Project. It would also

---

6. Compared with Algeria at US\$22.0 and Tunisia at US\$31.0.

provide equipment, vehicles, and technical assistance for the production and dissemination of IEC materials.

- (d) *Supply of Basic Drugs* (\$6.8 million—20 percent of total project costs). The project would create a new drug supply unit (Unité d'Approvisionnement en Médicaments, or UAM) to establish a coordinated system for the procurement, storage, formulation, packaging, distribution, and control of drugs for the public health system. The project was also to finance the construction of storage, packing and shipment space, a packaging unit and a small formulation laboratory, and the equipment, training, and technical assistance needed to operate this unit.

## Project Design

2.3 More than a decade of activity preceded the appraisal of this first health project. A brief desk review of Morocco's demographic situation was conducted in 1973. Despite the Bank's policy against direct lending for health at that time, a mission was nevertheless undertaken in FY77 to review the population and health delivery system. At the same time, it was decided in 1977 not to pursue a nutritional project. A health sector report was prepared in 1978 in which the Bank recognized the potential contribution of a maternal health/family planning services project based on an approach being implemented with support from USAID.

2.4 A reconnaissance mission in 1978 noted that Morocco's family planning program was fully integrated within the health structure, and a second mission in that same year found that the government, contrary to its earlier views, was willing to discuss population issues<sup>7</sup>. Building on this dialogue, a Bank mission in 1979 identified an integrated population, health, and nutrition project and recommended that this project be followed by a second one in FY84. Further preparation took place during 1979–84, with Bank inputs and technical assistance by WHO, USAID and UNICEF. A \$75,000 project preparation facility was approved in 1982. The Bank finally pre-appraised and appraised the project in 1984.

2.5 Preparation of the Primary Health Services component—the major project component—included a study of the sociocultural determinants of hygiene and sanitation in peri-urban and rural areas. Carried out by the MOPH and the Institut Agronomique Hassan II with UNICEF support, the study identified suitable community-based interventions for implementation under the project. These interventions—maternal and child health programs, immunizations, nutrition and basic sanitation—involved little innovation and were based on extensive experience in Morocco. The primary care service delivery strategy was developed on the basis of precise mapping of population, topography, access, existing physical and human resources, and with the close involvement of communities and provincial health officials.

2.6 Health planning in the three pilot provinces was a bottom-up effort. Localities identified their own problems and established program goals. Each province aggregated the local plans into a provincial plan. The MOPH provided assistance to this decentralized effort.

---

7. The integrated family planning program was in stark contrast with the vertical family planning program at the time in Tunisia.



2.7 The drug component was designed to reorganize the entire public sector drug supply system. The aging facilities of the Central Pharmacy (CP) were to be replaced and a new drug supply unit (UAM) established.

2.8 Within the Bank, a note to the files praised the project appraisal as being one of the most comprehensive, informative, and interesting in the health sector, and stated that the wealth of information and analysis it contained reflected extensive preparation for a small but complex project and a deep understanding of a difficult sector. However, another note to the files expressed concern that the project appeared too complex, questioned whether local institutions were capable of carrying it out effectively, and suggested that intensive project supervision would be necessary.

2.9 Other components, such as management and IEC, had also carefully been researched with technical assistance from (among others) UNICEF, USAID, and WHO. As a result the project's technical quality at entry was very high.<sup>8</sup>

### **Relevance**

2.10 The project addressed the government's goals for the sector as laid out in the Fourth Development Plan (1981–1985) which set precise objectives for basic health in the areas of MCH, family planning, immunization, health education and basic sanitation. The Plan also gave priority to improving the management of basic health services by decentralizing programming, improving the management information system, and upgrading the training of personnel. The project was based on the internationally accepted Alma Ata principles of "Health for All by the Year 2000" and was also consistent with the Bank's health strategy at the time which encouraged the shift from capital and foreign exchange intensive hospitals to expanding basic health services in order to improve access and affordability to low-income groups. The project was to test an alternative to the existing health system and set the basis for its countrywide implementation. It incorporated the development of a cost-effective health care delivery system with emphasis on primary care and family planning. The project is therefore judged as relevant.

---

8. Internal Bank memoranda dated February 13, 1985 and April 10, 1995.

### 3. Implementation and Results

#### Overall Implementation

3.1 *Project Management.* A project implementation unit (PIU) was established in 1984 under the Direction des Affaires Techniques (DAT) in the MOPH. The PIU was given overall responsibility for conducting all project-related procurement, disbursement, and accounting operations and was staffed by a project coordinator and five professionals (an administrator, a medical doctor, an economist, and two chief supervisors of health services), all of whom had actively participated in project preparation. Later, an experienced architect and four secretarial and support staff were added, and a drug supply unit (UAM) interim director was designated by the Minister of Health. In the provinces, the project was implemented by the provincial Medical Directorates. Civil works were to be supervised by the MOPH's construction units in Taroudant, Agadir, and Settat under the overall responsibility of the PIU architect and in consultation with the Ministry of Equipment (MOE). However, the MOE was responsible for civil works, and the MOPH was not directly involved with their execution.

3.2 *Funding.* Prior to appraisal in October 1984 and even after negotiations in April 1985, the Bank expressed concerns about the government's financial constraints. Slow release of the 1985 investment budget for the MOPH delayed the signing of the loan for nine months. Even after the loan was signed in January 1986, problems with authorization of the 1986 budget delayed the effective date of the loan until July 1986. Insufficient funds and administrative complications continued to be limiting factors throughout the life of the project.

3.3 To address the funding problems, the Bank suggested the creation of a revolving fund or special account. However, Moroccan law at the time prevented the establishment of such funds in foreign currency. After further discussions, it was agreed in 1988 to establish a revolving fund in local currency in a commercial bank.

3.4 Disbursements were lower than anticipated during the first years of project implementation because of the failure of the Ministry of Finance (MOF) and the MOPH to allocate adequate counterpart resources. In response, during the fourth year of implementation the government reached agreement with the Bank on a simplified disbursement schedule, and the MOF simplified and delegated payment procedures to civil works contractors. As a result, disbursements accelerated sharply in 1991. In 1986–1990, only \$8 million (28 percent) of the loan was disbursed. In the first six months of 1991, \$5.9 million or 20 percent of the loan was disbursed.

3.5 The concentration of resources in the three pilot provinces, while justified from a technical standpoint, also created understandable resistance from other provinces and complicated the annual allocation of the investment budget. This problem was resolved gradually with the successful execution of major elements of the project, the growing recognition that the long-term benefits of the project extend beyond the three pilot provinces, and the replication of similar project activities in other provinces under the follow-up project.

#### Primary Health Services

3.6 *Civil Works.* The development of primary health services was the major component of the project and consisted of the construction of basic health clinics, five rural hospitals, five peripheral

laboratories, and four radiology units. Construction was delayed by (a) the project's late start; (b) difficulties in identifying contractors willing to deal with such small and widely dispersed construction; (c) the general financial crisis in Morocco in 1987, that led the MOF to curtail payments for ten months; and (d) cumbersome government payment procedures that caused a ten-month delay in paying contractors, who in turn suspended construction pending receipt of payment. Only 30 percent of the civil works planned for 1987 were underway by the end of that year.

3.7 Responsibility for civil works was transferred from the MOPH to the Ministry of Equipment (MOE) during implementation. However, progress on civil works remained slow throughout the life of the project. The absence of a full-time project director at the central level made it difficult to overcome these delays. The project's relatively loose organization was regarded by Bank staff as the bottleneck in efforts to solve administrative problems. Several key provincial officials told the audit mission they felt more or less abandoned by the central administration during this time.

3.8 Overall, 134 basic health facilities (not including the five rural hospitals) were constructed in rural areas under the project. The National Institute of Health Management (Institut National d'Administration Sanitaire—INAS) conducted an evaluation of the primary health care component in each of the three provinces. The INAS evaluation examined construction timetables for a random sample of project health facilities in the three provinces.<sup>9</sup> The findings show that 50 percent of the facilities were completed within one year of start of construction, though construction times varied from three months in Settat to four years in Taroudant. Upon project completion, approximately 20 percent of new facilities remained closed because of staffing shortages. In Taroudant, the audit team was told that certain facilities remained closed from 18 months to 2 years. All health facilities were operational at the time of the audit, though provincial authorities pointed out that some facilities are not fully operational because of a lack of staff. For example, the rural hospital in Ighrem in the province of Taroudant lacked laboratory and radiology technicians and was operating as a health center rather than a hospital. In Agadir the audit mission was told that some health facilities function with a reduced number of personnel, below the required norm: health centers function as rural dispensaries; rural dispensaries operate as basic rural dispensaries; and the nurses at the delivery houses, already at reduced numbers, also perform deliveries, undertake MCH activities, and take part in outreach activities in rural areas. The staffing shortages were said to be a general problem in the sector, not specific to the project.

3.9 Participation by local communities was substantial. They were involved in the selection of the sites, and many communities contributed land for construction. Communities in the province of Agadir, for example, donated 23 plots of land for new construction.<sup>10</sup> In total, communities contributed 67 plots of land in all three provinces. Other forms of participation included renovation and general maintenance of structures, provision of electricity, transport (for emergency evacuations), and supplies (such as fuel and disinfectant for water points).

3.10 *Results.* The primary health care component was fully implemented and had a significant impact on access to health care. In all, 134 new basic health facilities were constructed in previously under- or unserved rural areas: 31 health centers, 16 rural dispensaries, 45 health posts, and 42 delivery houses. This construction represents a doubling of the number of existing facilities in the three provinces, from 136 in 1985 to 270 in 1994. In the province of Agadir, which benefited the most

9. "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans les Provinces d'Agadir, Taroudant et Settat, Période 1985-1992," Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Institut National d'Administration Sanitaire, Evaluations Equipes de la Délégation des Trois Provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

10. Provincial authorities in Agadir noted that not all planned health facilities were constructed on the donated land.

from new construction under the project, the number of basic health facilities increased by 85 percent. This new construction greatly improved access to basic health care in the three provinces. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled.

3.11 In addition to the improved infrastructure, the other major achievement of the primary health services component was the organization and mobilization of the central and provincial teams, and decentralized planning in support of primary health care. The project established sound standards and flexible institutional arrangements for the delivery of primary health care services. These standards and arrangement were replicated in other provinces beginning in July 1988 and have since been expanded nationwide. This new service delivery system has become an integral part of Morocco's system of decentralized administration of health services. Most Moroccan officials indicated to the audit mission that the spirit of PDSS was very much still alive today in the provinces, especially the decentralized planning and management, service delivery mechanisms, and teamwork fostered under the project.

3.12 The findings of the INAS evaluation of the primary health care component in each of the three provinces cover the period 1985–1992, and thus exclude the last two years of the project.<sup>11</sup> The study therefore probably underestimates the level of health coverage in terms of access, availability, and use.<sup>12</sup> The results of the project in terms of physical access and availability of services are documented in Annex Tables 1–12 and are summarized below in Table 3.1.<sup>13</sup>

---

11. These data are from the following provincial evaluation reports: "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans la Province de Taroudant Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Taroudant, INAS, et UGP, "Evaluation du Project de Développement des Services de Santé dans la Province d'Agadir Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province d'Agadir, INAS, et UGP, and "Evaluation du Project de Développement des Services de Santé dans la Province de Settat Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Settat, INAS, et UGP.

12. INAS recommended an update of the report in 1996, but no funding has been made available. However, the audit agrees that it would be a good idea to do a follow-up impact type evaluation which would include issues of patient satisfaction or quality of care (para. 5.9).

13. It is unlikely that all of the improvements over time can be attributed solely to this project as various other factors most likely also had an impact.

**Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in the Three Provinces**

	Agadir	Taroudant	Settat
Percentage population more than 10 km away from a health facility			
1985	41	43	28
1992 (1993) <sup>a</sup>	22	31	19
Percentage population served by fixed facility			
1985	36	38	16
1992 (1993)	49	46	57 <sup>b</sup>
Percentage facilities visited regularly by doctors			
1985	9	8	24
1992 (1995)	22	12	36

a. In brackets, year of observation in Settat.

b. In 1995 it had reached 72 percent.

- 3.13 The INAS evaluation also reported improvement in health indicators in the three provinces:
- the immunization rate increased from 66 percent in 1985 to 92 percent in 1992;
  - assisted deliveries rose from 21 percent in 1985 to 35 percent in 1992;
  - the rate of new acceptors (pills) almost doubled between 1985 and 1992—from 7 percent to 13 percent;
  - infant mortality was estimated to have declined from 57 per 1,000 in 1988 to 48 per 1,000 in 1995, mirroring a national decline; and
  - the incidence of declared cases of whooping cough and polio declined.

3.14 Nevertheless, as reported to the audit mission by other donors, there are still problems that need to be overcome in the health sector. For example, the mix of family planning services provided in health facilities is still inadequate. Some 70 percent of women use the pill; IUDs require a number of visits, and this inconvenience discourages their use. Outreach services do not always address all women's concerns: the itinerant nurse is male. Though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse, there is still a shortage of female staff in rural areas. Other concerns expressed relate to the difficulties of maintaining an adequate supply of contraceptives, the irregularity of visits from itinerant nurses, and the fact that the outreach program is conducted by the less qualified staff. There are still not enough midwives, and those that exist are concentrated in urban areas and in the private sector. Improving the quality of care and the efficiency of service delivery are challenges that remain in the health sector.

### **Enhanced MOPH Management Capacity**

3.15 Despite the positive outcomes at the provincial level, the achievements of the project's component to enhance the management capacity of the MOPH are less certain. There is little evidence that the ministry's planning capacity has been strengthened, and numerous structural changes within the MOPH during project implementation—two reorganizations, the appointment of two new ministers, and other changes in senior staff and project management—hindered plans to address the organization of services, streamlining of procedures, retraining of staff, and modernization of office technology. These changes interrupted project momentum and undermined political commitment at various times (see Figure 1.1 for the timeline of events). One of the more immediate impacts of these various changes on project management was the creation of a number of technical departments, instead of one. As a result, technical expertise was scattered organizationally, and responsibilities overlapped, forcing project managers to communicate with several departments rather than one.

3.16 As the PCR notes, under these circumstances it is difficult to measure the extent to that the project improved central management. Management of civil works did improve. In addition, the project did have success in developing a program of studies designed to support the planning and management process (monitoring and evaluation, financing the health sector and hospital management) as noted below. However, other aspects of management capacity, including program budgeting, resource allocation, and procurement, remain serious concerns. Institutional impact in the provinces was more pronounced (para. 3.11).

3.17 *Monitoring and Evaluation.* Project evaluation was completed and was a very good (albeit late) effort. Data were not available to assist in monitoring the basic health care component during implementation but did provide an excellent account of the accomplishments of the project in terms of accessibility and indicators of project impact (see Table 3.1). Unfortunately, these data were not available at the time the follow-on project was being planned; thus, lessons learned were not incorporated.

3.18 *Studies.* The health financing and hospital management studies were completed under this component. For both, however, there were start-up delays and subsequent lengthy contracting arrangements for selection of consulting firms. The health financing study was completed in October 1990 and was followed by several seminars, including a national seminar on health financing reforms, and workshops to mobilize external support. The study also led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Study findings were also useful in to the MOPH in the preparation, with Bank support, of a health insurance reform proposal. The forthcoming Health Management and Financing Project contains a health financing component that builds upon this study.

3.19 The hospital management study was completed in June 1989. It focused on the structural and physical characteristics of the hospital sector within the MOPH, human resources, and financial resources. This study, which was to constitute the program's diagnostic phase, provided insight on hospital management, but the prospective phase intended to specify and test options for reform was not carried out because of the delay in completing the study and the reorganization of the MOPH in 1990, that left no one in charge of hospitals. The MOPH and the Bank never formally discussed the study. The second phase is, however, expected to be developed as part of the Health Management and Financing Project currently under preparation.

### **Training and IEC**

3.20 Because bilateral funds unexpectedly became available to finance IEC activities after the project was appraised, only 25 percent of the funds allocated to the training and IEC component were disbursed. Of this amount, about 50 percent was used to buy equipment for the College of Public Health and the other half to produce and disseminate IEC materials. This component was thus dropped, although no formal amendment to the loan agreement was ever made, but the component's development goals were achieved with support from other donors—a better solution from Morocco's perspective. The government remains reluctant to use Bank funding for training and technical assistance activities when other grant funding is available. It is unclear why the availability of grant funds was not considered during project preparation.

### **Drug Supply**

3.21 The drug supply component was a source of considerable discussion during the project but had little apparent impact on drug policy. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. The objectives of the component were to create a new entity, the UAM, that would have full responsibility for the managerial, administrative, and technical

functions of drug supply that had been scattered among various departments in the MOPH. In addition to strengthening the central capacity to manage the drug supply system, the component would construct a new facility for the UAM that would include (a) an area for the storage and handling of drugs, (b) a packaging unit for primary care drugs, and (c) a small formulation unit with a control laboratory.

3.22 Construction of the UAM building began only in 1991 after numerous delays. The original construction bids in 1990 were found to be too high, so the entire project had to be rebid. But it is unclear from the files why it took four years to begin with this component. The building was completed in 1993 but was not operational at the time of project closure; medicine stocks had not been transferred from the Central Pharmacy, the formulation equipment had not been purchased and, more importantly, the legal structure of the UAM and the terms of its relationship with the private pharmaceuticals sector remained to be defined. Thus, this component failed to achieve its objective of improving the drug supply. In addition, a further issue is the fact that the design of the UAM as constructed does not resemble the modest design approved during appraisal. While the files indicate that the drawings for the new design of the UAM were approved, existing documentation does not explain how this new design evolved from the original.

3.23 A major issue during project implementation was the shift in the Bank's position in regard to this drug component. Toward the end of the project, the Bank abruptly withdrew its support for the concept of the formulation unit. An aide-mémoire dated December 1992 stated that formulation was not the most cost-effective method for supplying basic drugs. Because purchasing them in bulk and repackaging them was cheaper, the Bank deemed it preferable to make the UAM a packaging, computerized stock management and distribution center for primary care drugs. Again, the files contain no information that explains the Bank's decision, which had a major impact on relations between the Bank and government. The government remained committed to the formulation unit, and construction, that was already underway, continued.

3.24 At the time of audit, the building for the UAM had been separated into two parts corresponding to its dual functions (storage and distribution, and the formulation and packaging of basic medicines). The storage and distribution function of the UAM became operational in December 1995, more than 18 months after project closure, when the drug stocks were transferred from the dilapidated Central Pharmacy. Considerable progress had been made since project closure in organizing the pharmaceutical warehouse and developing procedures for the procurement, distribution and control of drugs, but the formulation unit was not operational. Although the government-supplied equipment had arrived, it had not been installed. Separate offices had been built for the administration of the formulation unit, formalizing the unit as a separate entity. However, no progress had been made on either the legal operating status of the formulation unit or the management of the unit, which was to involve the private sector.

## 4. Ratings

4.1 The PCR rated the project outcome as satisfactory, sustainability as uncertain, and institutional development as moderate; these ratings were confirmed by OED during PCR review. The audit also confirms these ratings but upgrades the sustainability rating to likely. Borrower and Bank performance are rated as satisfactory.

### Outcome

4.2 The project's major contribution was the basic health component, that accounted for 70 percent of total project costs. The new health care delivery system (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully implemented in the three provinces, and based on its success, has been expanded to the rest of the country. The number of basic health facilities in the three provinces doubled as a result of the project, significantly improving access to basic health services in rural areas. Despite the substantial benefits, however, the working conditions of staff and the availability of drugs and supplies remain problematic. The component to enhance the MOPH's management capacity, that was meant to support the ministry's ongoing structural reorganization, did not succeed, largely because of the many changes that took place in the ministry during the project. The project's institutional impact was more pronounced in the provinces than at the national level. The monitoring and evaluation system and two studies envisioned under this component were successfully completed. The training and IEC component was only partially disbursed due to the availability of grant funding. The drug supply component failed to achieve its objectives. However, the objective of strengthening primary health care delivery (including family planning) in the three provinces was achieved, and project outcome is rated as satisfactory.

### Sustainability

4.3 *Technical.* To deliver services, the project envisioned using several types of strategies adapted to local conditions (such as terrain and population density), staff trained to perform a variety of tasks, and different mixes of facilities and outreach techniques. This new delivery scheme has become an integral part of planning and practice and has been extended nationwide. As the PCR states, however, concerns remain the quality of care and the efficiency of service delivery. Working conditions for the traveling nurses, who have contributed greatly to the increased coverage health services provide, have deteriorated as motorcycles are not maintained and per diem payments are often late. Problems ensuring regular supplies of drugs and contraceptives and transportation for the mobile teams will also require continued attention. Staffing is also a problem, since the lowest grade staff (those more likely to accept positions as traveling nurses) was eliminated, and it may be difficult to attract the newer, more qualified staff to the poor mountainous areas.

4.4 *Financial.* Appropriate budgetary resources are required to finance the drugs, travel allowances, per diems, and other consumables necessary to keep the program's project facilities functioning.<sup>14</sup> In general, the level of resources allocated to the health sector is low, part of the wider public finance prioritization issue. Continued heavy reliance on external funds to finance

---

14. Staff are paid directly from the central MOPH.



both health investments and operating costs limit the MOPH's capacity to articulate its operational priorities and control allocation of resources.<sup>15</sup>

4.5 *Overall.* All facilities are now operational, although as provincial authorities noted, some facilities are not fully operational because of a lack of staff. Despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to their continued operation. Hence, the audit rates the project achievements as sustainable. Also, there are two follow-up projects that are continuing the efforts in basic health care, 1990 Health Sector Investment Project (PRISS), and the 1996 Basic Health Project (Social Priorities Program). Utilization and quality of services are among the remaining issues for Morocco which hopefully these projects will address as improvement of access has not led to a proportional increase in utilization.

### **Institutional Impact**

4.6 Institutional impact is rated as moderate. At the central level it was limited, but at the provincial level it was substantial. In addition, the project unit became efficient in civil works procurement, and INAS and the provinces undertook a very valuable evaluation of the projects. Some of these institutional achievements have already been replicated; others could be.

### **Borrower Performance**

4.7 The audit agrees with the PCR that borrower performance was excellent with regard to analyzing issues and conceptualizing strategies. However, making the strategies operational was much more difficult. Implementation capacity in the MOPH remains weak and was substantially affected by the frequent restructurings and reassignments during the project implementation period. Project implementation was slow, and there was little monitoring and assessment of impact—a significant weakness in what was supposed to be a pilot operation. However, the approach to basic health services delivery was generalized throughout the country and is being implemented, partly in the framework of the other follow-on Bank-supported projects. Also, the borrower generally met the project's legal conditions.<sup>16</sup> Borrower performance is therefore rated as satisfactory.

### **Bank Performance**

4.8 The Bank spent substantial resources and time (see paras. 2.3-2.4) on the identification, preparation, and appraisal of this project and thus developed, as the SAR shows, a well-designed project. Regretfully, the Bank ultimately accepted the government's request to include a drug supply component in the project. In retrospect, this component turned out to be a mistake. In-depth analytical work was done to find the optimum design for this component, and Bank performance during this design period was exemplary.

4.9 However, Bank supervision was not as thorough or intense as its effort during preparation and appraisal. Concern had been expressed, more than once, that the complexity of the project and the weakness of local institutions would require intensive supervision. Supervision was not adequate, however. The first project supervision took place one year after

---

15. Note the comments by INAS. It is their opinion that lack of strategic planning in the MOPH is the cause of this allocation problem.

16. As detailed in PCR Table 7.

Board approval (almost two years after appraisal). Ten months passed between the Bank's first and second supervision missions (in June 1986 and April 1987), and a year between the second and the third (in August 1988).<sup>17</sup> The quality of supervision also appears to have been a problem, particularly in regard to the drug supply component. Supervision tended to focus on issues related to disbursement, procurement, and budget allocations. Although these issues were rightly perceived as hindering effective implementation, this focus came at the expense of attention to technical details. Moroccan officials indicated to the audit mission that they regretted the fact that Bank technical experts did not spend more time in the field sharing insights and advice with their Moroccan colleagues. This feeling was especially pronounced in Settat, where the drug component was to be implemented, where officials felt short changed. As they told the audit mission, Bank missions visited them only for the day and spent more time in Agadir and Taroudant. Furthermore, missions switched their attention from project implementation to the design of the follow-on Health Sector Investment Project beginning with the third supervision mission in August 1988. Hence, as recognized in the PCR, the lack of adequate Bank supervision meant that problematic aspects of some components remained unresolved or were not addressed for a long time (para. 3.22).

4.10 Bank performance during preparation and appraisal was highly satisfactory but unsatisfactory during supervision. On balance, the combined rating by the audit mission is satisfactory. Despite shortcomings, the relationship continued and perseverance ultimately paid off in terms of continued, and now improved, sector dialogue.

---

17. For details see Basic Data Sheet. The supervision mission in February 1988 is not counted as it was only a mission by the disbursement officer to discuss the revolving fund. Important as this was, it can hardly be regarded as a substitute for full Bank supervision.

## 5. Issues and Lessons

5.1 This audit raised a number of issues, but this section focuses on two deemed the most important—the drug supply component and the monitoring and evaluation of the project.

### Drug Supply Component

5.2 The drug supply component has been a continual source of confusion and misunderstanding. While the formulation concept was carefully analyzed, and the formulation unit was designed to focus on the relatively small number of basic drugs the health sector required, the formulation unit constructed bears no resemblance to the original design. Instead of the modest formulation unit of 800 square meters envisioned in the SAR, the actual unit is about 5,000 square meters. The files give no indication of how the new design originated or why it was approved. It is unclear why such a large unit was needed, given the relatively small volume of basic drugs the public sector consumes (about 2 percent of national consumption) and their low monetary value (basic drugs are the least expensive).

5.3 The PCR states that part of the problem may have been the fact that, until recently, the Bank did not have an overall policy on drugs. The decision to construct a formulation unit was backed up by two in-depth economic analyses which concluded that the MOPH could formulate and package drugs for its primary health care program more cheaply than it could procure them from either the private sector or UNICEF.<sup>18</sup> The audit disagrees with the PCR, which states that the Bank failed to (a) clearly state its position, (b) to provide the necessary support to undertake a full assessment of the economic feasibility of this unit, or (c) to develop a coherent drug policy. While the Bank did not pursue an overall drug policy, it did expand the scope of the component beyond the MOPH's original request only to modernize the production unit.<sup>19</sup> All aspects of public sector drug supply, storage, and distribution became part of the project, making the Bank's involvement more policy oriented.

5.4 The questions regarding this component that remain originated during its implementation. While there is scant evidence that Bank staff expressed skepticism regarding this component early in the project cycle, the files show that beginning in 1992, six years after the project became effective and a year after construction began, the Bank withdrew its support for such a unit. This turnaround appears to have been fueled by concerns about delays in procuring equipment, the availability of technical assistance, the uncertain legal status of the unit, and more importantly, the lack of agreement with the private sector concerning management of the new unit. The question of why this action was undertaken so late in the project cycle remains unanswered. There is little in the files to offer an explanation, but the history of this component points to some answers.

5.5 The drug supply component was added relatively late in the design phase. The MOPH originally proposed that its formulation unit, which prepared 46 basic drugs for the primary care

---

18. The Bank undertook another economic analysis of the component in 1987 which confirmed the findings of the earlier studies.

19. This matter is currently being pursued in the 1996 Basic Health Project (Social Priorities Program).

system, be modernized under the project.<sup>20</sup> Both the MOPH (with assistance from WHO and UNICEF) and the Bank undertook extensive economic analysis of procurement, management, and distribution procedures for and the production of basic drugs.

5.6 The Bank expended substantial resources on the design of this component and analyzed all possible alternatives. The Bank contracted an international technical expert in basic drug production and distribution to study Morocco's pharmaceutical system. His report suggested improvements to the government's original plan. He also had numerous discussions with the private sector, which indicated its support and agreed to cooperate with the government's plan for a formulation unit. The Bank became convinced that a reorganization of the drug supply system (including formulation) was necessary. Final design for the formulation unit was based on discussions with the MOPH officials and representatives of the pharmaceutical industry, backed up by the MOPH's technical studies. The final design was also predicated on the assumption that (based on the earlier discussion) there would be some form of cooperation between the government and the private sector regarding drug formulation. However, such cooperation did not take place, and this issue remained unresolved at the time of the audit. In retrospect, this assumption—that the two parties would reach some agreement—seems to have been flawed, as nothing was ever agreed to. The incentives for the private sector to cooperate were not fully examined, and the MOPH had its own agenda, namely to replace its dilapidated formulation unit.

5.7 The drug supply component costs were estimated in the PCR to reach US\$13 million equivalent, twice the amount estimated at appraisal. At the time of the audit, the formulation unit was still not operational and many obstacles remain, not the least of which is lack of agreement as to the legal status of the formulation unit and private sector management. A major concern is that despite its technical merits (the design of the formulation unit is very good), its financial and economic merits are doubtful given its large size and the fact that the public sector consumes less than 2 percent of all drugs in the country. The lack of clarity in the government's position with regard to (a) the unit's overall potential capacity; (b) the unit's potential market (internal private market, internal public market, and/or exports); and (c) its cost-recovery policy have resulted in the private sector's lack of interest in managing and operating this unit.

5.8 It is puzzling that the Bank agreed to local formulation, then dodged confronting the issue as it loomed ever larger. It is clear that the Bank was at fault for not paying closer attention to the issue of the formulation unit and addressing the potential problems earlier. This mistake may be attributed to the Bank's lack of experience in the pharmaceutical sector. Supervision of this component was reported to be difficult as there were no pharmaceutical specialists in the Bank and both the roster of international consultants as well funds for supervision were limited. However, since the Bank agreed to finance this component, it should have provided technical expertise during implementation, as it did during the design phase. The Bank's withdrawal of support for this formulation unit, which occurred so late into the project, resulted in resentment and bitterness on the part of the MOPH. Bank staff report that the issue has become somewhat of a sore point and carries over into current dialogue.

---

20. To substantiate its case, the MOPH reassured the Bank (a) that procuring these drugs in the international market was much too expensive in foreign currency and that the finished forms would not fit the needs of primary care; (b) that the local industry had consistently shown little interest in bidding for the formulation of these low-cost, generic drugs, which required that capital and production capacity be immobilized to produce even minimum benefits; and (c) that its economic analysis of two alternatives—formulation by the MOPH and procurement in bulk on the international and local markets—indicated potential savings through formulation by the MOPH.

## Monitoring and Evaluation of Basic Health Component

5.9 The design of basic health care delivery system developed under the project was based on a detailed study of patient consultations at health facilities in Agadir and Settat carried out during project preparation. This study provided the MOPH with a precise profile of current demand and a good insight into major flaws in the existing delivery system. As a result of the study, the following objectives were set for health centers:

- (a) *Hospitality*: improve the reception of patients, change working hours to meet patient's needs, decrease waiting times, and improve access to nurses and physicians.
- (b) *Quality of care*: improve laboratory and x-ray services, provide transportation for emergencies, make easier hospital referrals and admissions, improve medical records, and provide basic emergency dental care.
- (c) *Dispensing of basic drugs*: improve the supply of appropriate drugs, fill prescriptions correctly, and make distribution more efficient.

The SAR stated that progress in these areas would guarantee the continued participation of communities in the public health program. A timetable for improvement was set and progress was to be closely monitored. However, INAS' evaluation of the basic health care component did not address the issues of patient satisfaction or quality of care.<sup>21</sup>

5.10 The INAS evaluation pointed to the fact that basic health facilities in all three provinces were underutilized. However, the evaluation neither quantifies this observation nor documents the reasons why. On the basis of limited interviews, the audit mission was able to identify the following reasons for underutilization: the centers were too distant and took too much time to reach, patients believed the services were of poor quality, waiting times were too long, drugs were in short supply, and not enough referrals were provided. It was also mentioned that private facilities were not very expensive, had shorter waiting times, better service (that is, more pleasant staff and more time with physicians).

5.11 The government should undertake a patient survey to assess satisfaction with the quality of care. INAS noted to the audit mission its interest in undertaking such research and indicated that resources would be available but recognized that assistance from a specialist would be needed. The audit recommends that patient surveys and quality of care studies be included in the follow-on projects.

5.12 As noted above, the monitoring and evaluation was not timely, taking place at the end of the project rather than midway as planned, and detailed provincial reports were not provided to the Bank.<sup>22</sup> Nevertheless, the evaluation, which included all three provinces, was a significant undertaking, was very well done, and resulted in a wealth of data not available for the other provinces. While the follow-on projects are based on similar principles, provincial project

---

21. INAS responded that the Bank could have provided the necessary additional resources for the evaluation of the project. In that case, the report by INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project.

22. There is some disagreement on this point, with the borrower claiming they were provided and Bank staff claiming they were not officially submitted, only informally given.

officials expressed a sense of frustration that they had not been sufficiently consulted regarding lessons learned, and that the experience gained from the project—in terms of implementation, measurement, and administrative evaluation for instance—was insufficiently mined. They felt that the follow-on projects had, to a large extent, reinvented the wheel. As the PCR notes, the Bank missed the opportunity to incorporate lessons in follow-on projects.

5.13 A monitoring and evaluation base has been established that can easily be widened (to other provinces) and deepened to include evaluation of impacts (initially in the three project provinces). Since INAS has shown its capabilities in this respect, the audit suggests that the Bank consider supporting it to do a similar evaluation of PRISS (Health Sector Investment Project, Loan 3171-MOR).

### Lessons

5.14 The lessons from this project are as follows:<sup>23</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or to assist in the design of the follow-on project by providing lessons learned.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation that went into the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during the project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or

---

23. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.

frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.

- (d) *New projects should not detract from the supervision of an on-going project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.
- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

## Annex Tables

**Table 1: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	22	13	24	41
1992	36	20	22	22

**Table 2: Results of the PDSS System Implementation—Agadir  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	<i>1985 Number</i>	<i>1992 Number</i>
Urban Health Center	2	10
Urban Dispensary	8	0
Rural Health Center	7	11
Rural Dispensary	13	16
Basic Rural Dispensary	15	24
Urban Delivery Houses	1	2
Rural Delivery Houses	2	11
Peripheral Laboratory	0	5
Radiology	1	5
Rural Hospital	0	1

**Table 3: Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	36	15	3	46
1992	49	29	22	-

**Table 4: Availability of Services at Health Facilities—Agadir  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	9	3	23	45	2	45	0
1992	22	11	37	62	22	62	5
Increase	144	267	61	38	1000	38	400



**Table 5: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	26	14	17	43
1992	31	17	20	31

**Table 6: Results of the PDSS System Implementation—Taroudant  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	<i>1985 Number</i>	<i>1992 Number</i>
Urban Health Center	1	2
Urban Dispensary	1	1
Rural Health Center	5	8
Rural Dispensary	23	30
Basic Rural Dispensary	20	22
Urban Delivery Houses	1	0
Rural Delivery Houses	0	2
Rural Maternity	0	2
Peripheral Laboratory	2	2
Radiology	0	0
Birthing Houses	1	2
Zone Hospital	1	0
Rural Hospital	0	3

**Table 7: Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	38	6	4	52
1992	46	16	16	22

**Table 8: Availability of Services at Health Facilities—Taroudant  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	8	14	24	47	7	38	2
1992	12	27	57	64	11	64	2
Increase	50	93	137	36	57	68	0

**Table 9: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	32%	15%	25%	28%
1993	41%	23%	17%	19%

**Table 10: Results of the PDSS System Implementation—Settat  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	1985	1994
	<i>Number</i>	<i>Number</i>
Urban Health Center	3	13
Urban Dispensary	3	0
Rural Health Center	6	11
Rural Dispensary	30	36
Basic Rural Dispensary	3	37
Urban Delivery Houses	0	0
Rural Delivery Houses	2	15
Rural Maternity	2	15
Peripheral Laboratory	1	1
Radiology	0	0
Zone Hospital	0	2
Rural Hospital	0	1

**Table 11: Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Home Visits</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	16%	0%	58%	4%	28%
1993	57%	22%	13%	8%	-

**Table 12: Availability of Services at Health Facilities—Settat  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care (with Doctor) %</i>	<i>Pre and post Natal care (with nurse) %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laborator %</i>
1985	24	23	71	66	86	35	82	0
1995	36	67	93	76	100	84	100	4
Increase	50	191	31	15	16	140	22	400

**Royaume du Maroc**

\_\_\_\_\_  
**Prime Minister**

\_\_\_\_\_  
**Minister in Charge of  
the Population**

\_\_\_\_\_  
**C.N.E.P**  
\_\_\_\_\_

No. 25/224/S.G

Rabat, May 22, 1996

Fax to the attention of Mr. Roger Slade, Chief,  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
(Fax 202 47 76 391)

From: Mr. Mohamed Bijaad, General Secretary  
of the Minister in charge of Population

Text: Thank you for your letter dated from April 29, 1996,  
concerning the project audit report on the Health  
Development Project (Credit 2572-MOR). In answer,  
please find enclosed some observations regarding the  
report.

Sincerely,

Mohamed Bijaad  
General Secretary of the Minister  
in Charge of the Population

**SOME OBSERVATIONS CONCERNING  
THE PROJECT AUDIT REPORT ON  
THE HEALTH DEVELOPMENT PROJECT**

a. Comments on the form:

-The project audit report refers to the Moroccan plan as being plans of arrangement and not as being plans of economic and social development;

*Text adjusted accordingly*

-The report refers also to the development plans of 1980-85 and 1985-90. The authors probably referred to the plans of 1981-85 and 1988-1992.

*Text adjusted accordingly*

b. In depth comments:

-The evaluation focused a lot more on the implementation aspects and the results obtained on the project. But the report does not give enough indications on the effects and the impact of the project on the concerned provincial beneficiaries, on the efficacy of the new system compared to the old one, and on the quality of care provided. It would have been more appropriate to give some indications on the effectiveness of the usage, which is made of project's physical results and to show how the new system was able to improve the wait time in the sanitary establishment, the access of the medical and paramedical personnel and the attitude of the beneficiaries regarding the quality of the care given.

*This OED Performance Audit Report was not meant to be an impact evaluation. The issues mentioned are best addressed in an impact evaluation which provides evidence of development impact, five to ten years after project completion. OED is interested in the possibility of conducting an impact evaluation of the project in the future. In addition OED recommends that future, evaluations of Bank financed projects in the health sector in Morocco address utilization of basic health services, satisfaction with quality of care and the efficiency of the service delivery.*

**Royaume du Maroc**

**Prime Minister**

**Minister of the Incitement  
of the Economy**

**THE MINISTER DELEGATE OF THE FIRST MINISTER  
IN CHARGE OF THE INCITEMENT OF THE ECONOMY**

**MR. ROGER SLADE  
CHIEF, AGRICULTURAL AND  
HUMAN DEVELOPMENT DIVISION  
OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT  
WORLD BANK**

**F A X**

**Subject: Project Audit Report of the Health Development  
Project (Credit 2572-MOR)**

**Reference: Your letter of April 29, 1996**

Dear Sir,

Following your letter, concerning the project audit report of the above project, I have the privilege to inform you that the preliminary version of the report does not raise any observations on the part of the Moroccan authorities.

Sincerely,

Monkid Mestassi  
In charge of Mission for the  
Prime Minister

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)

No: 288/INAS

Mr. Roger Slade, Chief  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433 - U.S.A

**Subject:** Analysis of the Evaluation Report of the Health Development Project  
(PDSS)

We reviewed the report on the evaluation of the PDSS with a lot of interest.

In addition, we sent a copy of the report to each of our three concerned provinces: Agadir, Taroudant and Settat. Through this letter, we would like to present our feed-back, which is a synthesis of our comments: those of Dr. M. Lardi and those of the three teams of the above provinces.

As a general matter, the contents of the report relates to the contribution, the efforts, and the difficulties of expertise of the PPS project.

However, we sense a redundancy in some of the paragraphs. Our main comments are as follows:

The report of the INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project if the World Bank had put at our disposal the budget and the specialized manpower.

*Opinion added in  
footnote 21*

Page 7:

"Organization Plan" to be replaced by "Five Year Plan 1981-1985."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 8:

"creation of an economic unit of health (and not a service)."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 8:

It is necessary to define what we mean by "viability" because the mobile strategy, for example, would not be followed at the same pace if there is a reduction in gas resources.

Page 9, line 3:

What is the meaning of "the implementation volume for the project"?

Page 9. Paragraph (e):

The restructuring of the MSP and the departure of the director of the project left an empty space. The problem of coordination increased; the pile-driving of the project became almost absent at a given moment of the life of the project. The changes affected the Minister, as well as the general secretary, the directors, the provinces' delegates, and the chief doctors of the Regional Office in Charge of Ambulatory Service (SIAAP) in these provinces.

Page 11. Paragraph 1.2:

The population of Morocco, according to the census of September 1994, is estimated at 26,023,412 inhabitants and 50,181 foreigners.  
2.06=the demographic increase (census 1994)

*Text adjusted accordingly*

Page 11. Paragraph 1.3, line 3:

The health system targeted the curative and urban contributions.

*Text adjusted accordingly*

Page 15:

We agree that the project is characterized by its large complexity which caused problems for us with the coordination, the follow-up and the evaluation.

Page 14:

b) The World Bank did not provide the help necessary for the evaluation of the project.

*Opinion added in footnote 21*

Page 17: Para. 3.1:

The structure of the administration of the project is detailed in the document of the evaluation of the project, directed by the INAS and the three provinces. We think that it is necessary to correct this part.

*The information on the administrative structure was taken directly from the project files.*

Page 19: [para. 3.11]

The extension of the project was done at the national level, for example: the peripheral laboratory, the formation component, extension of the sanitary cover, the structure of the program of basic health care. etc....

Page 19, line 4:

"the results obtained.....physical access (and not material)."

*Text adjusted in para. 3.12*

In the table 3.1:

We are propose that you add "statistic of the zone."

*Text adjusted in Table 3.1*

Page 23, para. 4.4:

We think that the absence of the strategic planning and the incoherence in the politics of health thwart the capacity of the MOPH to organize its operational priority in a coherent manner and master the allocation of the resources.

*Opinion noted in footnote 15*

Page 24:

The INAS can be a partner in the administration of the health projects if the government desires it.

We share your opinion on the unity of supply of medicine.

Page 28, para. 5.9:

We don't provide hospitalization in the health centers.

*Translation error corrected*

Page 28, para. 5.12:

We have made all the documents of the evaluations available for the disposal of the World Bank

*Divergence of opinion on this point as explained in footnote 22*

Page 30:

Yes, for the conclusions, as a whole, except for the point (e); it is difficult to understand the meaning of this sentence.

The project needs the stability of the key persons in the administration of the projects.

The retention of these persons in their position requires a serious motivation.

Finally, we are attaching to the present document a copy of faxes coming from the provinces concerning this topic, as well as the written corrections of the statistical data on pages 50-52.

*Statistical data were taken from the final INAS evaluation reports (including the provincial reports) dated April 1994 as well as updates provided to the audit mission in the field. The written corrections of the statistical data conflict with the INAS evaluation reports, and without further justification, it is difficult to adjust official reports.*

We hope we have met your expectations.

Sincerely,

Pr. N. Fikri Benbrahim.

The Director of the INAS



Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

Taroudant, 05/28/96

**PROVINCE OF TAROUDANT**

The Delegate of M.S.P in the Province of TAROUDANT

The Director of the INAS. RABAT

Subject: The Evaluation Report - the Health Development Project (PDSS)

I have the honor to transmit to you our comments regarding the reading of the Evaluation Report of the PDSS.

1. Concerning the form: the report is, in our opinion, a little narrative, probably unintentionally, generating repetitions which could sometimes bother the reader.

2. Concerning the content:

2.1- The report emphasizes the "failure" of the drug supply unit component without being convincing about the cause of this failure. Nevertheless, the report has the merit to recognize the incompetence of the World Bank in the realm of pharmaceuticals.

2.2- As far as the health indicators are concerned (p. 14), figures given by the provinces would be desirable. Also, we have to factor in the interaction of the other programs in the realization of the performance, even though it is difficult to judge the real impact of the project on its evolution.

*See notice above  
on statistical data  
Text adjusted in  
footnote 13*

2.3- The denomination of "health post" (p. 19, last line) would correspond to the basic health dispensary?

*Text adjusted in  
para. 3.10*

2.4- The report does not point out the weakness of the implementation of the IEC component at the provincial level, and that the provinces did not really benefit from the resources in that way.

2.5- The report does not signal the "disappointment" of the provincial managers expressed during the meetings, concerning the absence of incentives for internships and workshops in foreign countries.

**Royaume du Maroc**  
**Ministry of Public Health**

**PROVINCE OF TAROUDANT**

(following)

2.6- The report underestimates, in our opinion, the efforts used within the central administration of the Ministry of Public Health, in the matter of organization (flow chart) and the administrative procedure.

2.7-Civil Engineering: the report does not draw attention to the reticence expressed concerning the conception of the buildings, in particular the narrowness of the nurses' lodgings and the technical installation of the rural hospitals (radiology, lab...).

**Conclusion:**

As a general matter, the evaluation report took back the worries expressed by the provincial delegates responsible concerning the lasting impacts of the project PDSS. We notice some objectivity in the analysis of some failures in the different stages of the project.

Finally, we hope that the recommendations from this evaluation will help the central delegates responsible avoid the "burial of the project" and preserve the spirit of the PDSS and of its achievements.

The Provincial delegate (Taroudant)

Settat, May 24, 1996

**The Delegate of the Ministry of the Public Health  
for the Province of Settat**

to

**Mr. the Director of the INAS**

**Subject: Comments concerning the evaluation report of the Health  
Development Project (PDSS)**

I have the privilege to address our comments and suggestions to you, after reviewing the evaluation report:

-The report does not refer to the studies nor to mid and final evaluations.

*See paras. 3.12,  
and 3.18-3.19*

-Some aspects were not studied in depth:

*While this comment  
is true, these items  
were included in  
the report.  
See para. 3.9*

- Community participation.

- Intersectorial collaboration.

- Qualitative evaluation of the utilization of the health services.

- Impact of the health interventions implemented.

- Evaluation of the mobile strategy.

- Evaluation of work conditions.

*See para. 5.10  
See para. 5.13*

- Problems due to the development of the infrastructure, especially the lack of human resources.

*See paras. 4.2 and  
4.3  
See paras. 3.8 and  
3.14.*

- Impact of the project on the quality of the administration of the health services, on the quality of the care, and on the state of the health of the population.

*The audit did not  
set out to be an  
impact study,  
though OED is  
interested in the  
possibility of  
conducting an  
impact evaluation  
of the project in the  
future.*

Also, we agree with the conclusions of the evaluators in that the project cannot be considered a pilot experiment since there are a large number of other health factors which complemented the development of the health programs.

Dr. Rhazzal Hassan

**ROYAUME DU MAROC  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S)  
Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.96.34/69.16.26**

---

**From:** Pr. N. Fikri Benbrahim  
Director of the National Institute of Health Administration (INAS)

**Fax:** 00-212-7-69 16 26

**To:** Mr. Roger Slade  
Chief, Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank. Washington DC 20433 - USA

**Date:** 06/03/1996

**Message:**

Following your letter seeking feedback on your document on the evaluation of the PDSS, here are the comments of the team of Agadir.

Sincerely,

The Director of INAS  
Pr. N. Fikri Benbrahim

Agadir, May 27, 1996

**ROYAUME DU MAROC**

**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

**DELEGATION TO THE WILAYA OF AGADIR  
AND PREFERCTUR OF AGADIR IDA OUTANANE**

No. 1889/SIAAP/SSB.

The Prefectoral Delegate

To  
The Director of INAS  
RABAT

Topic: Evaluation of the Health Development Project (PDSS)

Reference: Your correspondence No. 244 of May 14, 1996

Following your correspondence, named above, I have the honor of presenting our comments:

\* Page 7, Para. 4 and Page 18:

- The health facilities built during the PDSS and considered in the document of evaluation as operational, function in reality with a reduced number of personnel which does not correspond with the norm required. For example:

- some health centers function as rural dispensaries.
- some rural dispensaries function as basic rural dispensaries with the absence of nurses.
- the nurses of the delivery houses, already at reduced numbers, are also doing:

- \* the deliveries
- \* the MCH activities
- \* and take part into the outreach activities of the mobile team in

the field.

Those facilities were opened due to the pressure of the population and the local authority.

\* Page 7 and 16:

- read organization plan 1981-1985 instead of 1980-85.

\* Page 14:

- read organization plan 1988-92 instead of 1985-90

*Text adjusted in  
paras. 4, 3.8 and  
4.5*

*Text adjusted  
accordingly*

*Text adjusted  
accordingly*

Page 17:

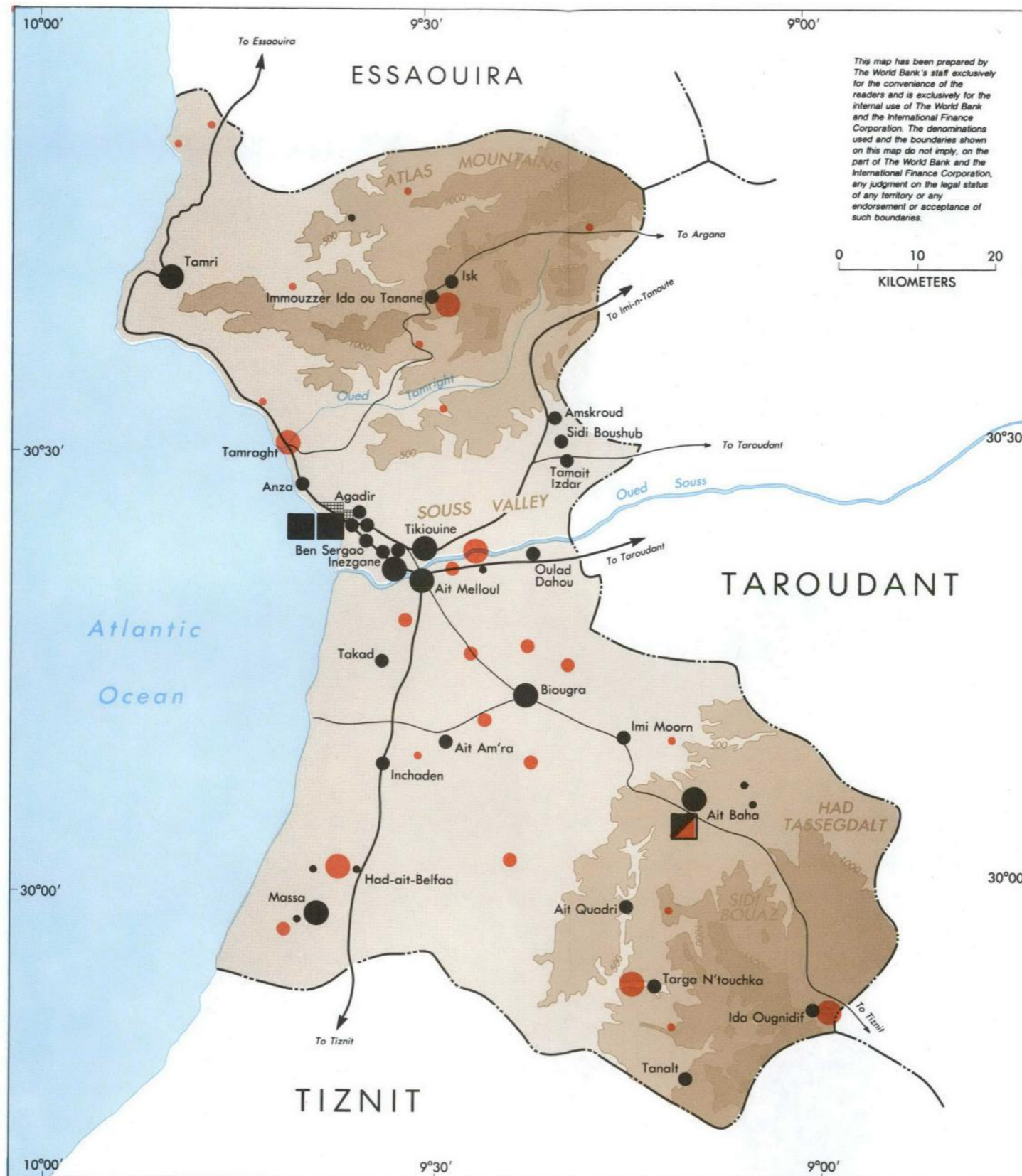
The civil engineering part was given to the Delegation of the Ministry of Equipment. The Ministry of Public Health was not directly involved with the execution of the construction works. Its involvement was limited to being present during the opening of the sealed orders and during the provisory reception of the constructions.

*Text adjusted in  
paras. 3.1 and 3.7*

General comments:

The evaluation document did not highlight the problem of planned health facilities that were not realized and for which the population gave up some parcels of land for their construction.

*Text adjusted in  
footnote 10*



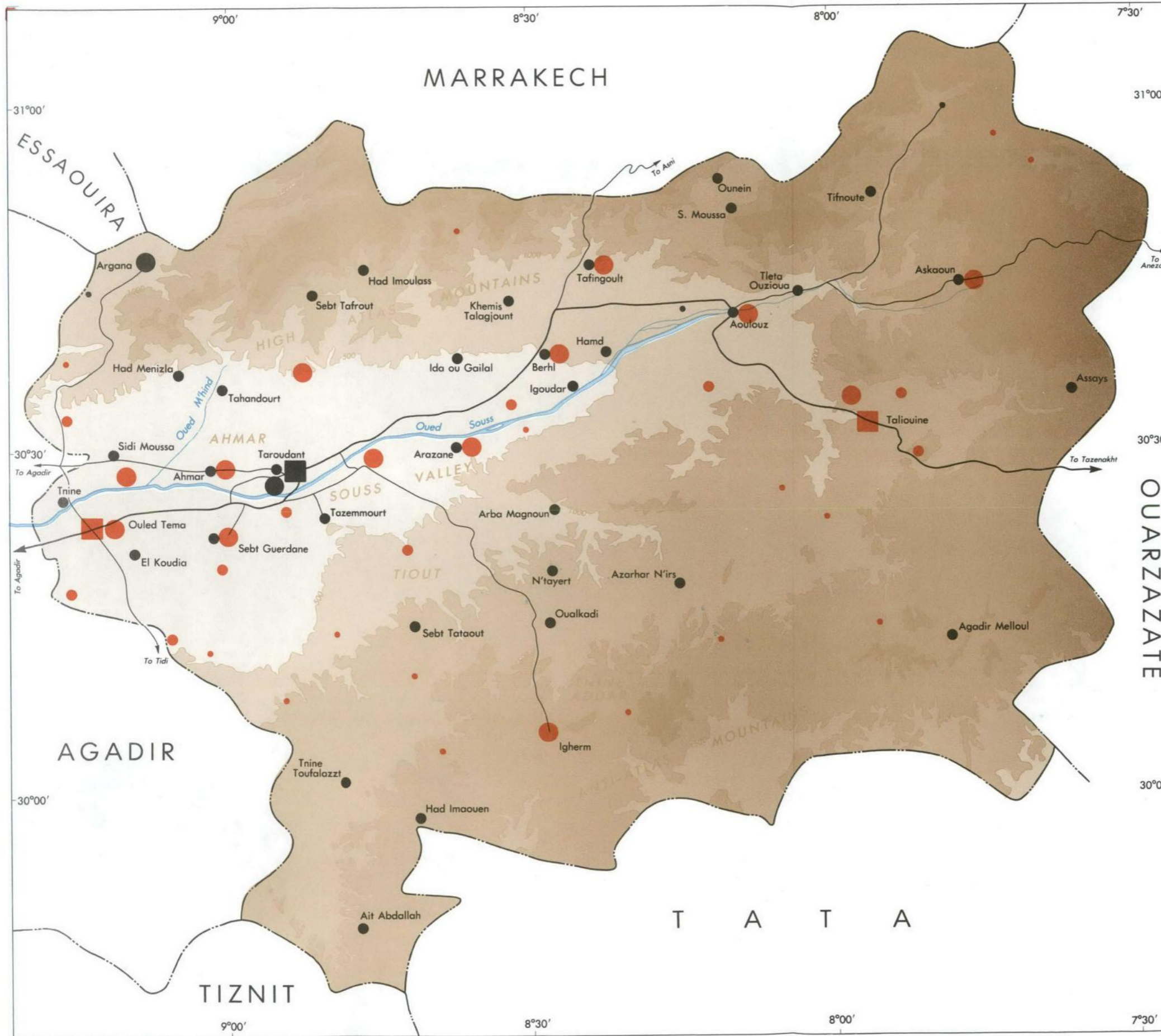
### MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT I AGADIR PROVINCE

- |          |          |                         |
|----------|----------|-------------------------|
| EXISTING | PROPOSED | Health Facilities:†     |
| ●        | ●        | Basic Dispensaries      |
| ●        | ●        | Dispensaries            |
| ●        | ●        | Health Centers          |
| ●        | ●        | Hospitals               |
| ■        | ■        | Extension of a Hospital |

† Tangent symbols indicate proposed transformations from lower order health facilities to higher order health facilities under the project

- ATLAS** Physical Features
- Elevations in meters:
- 2000
  - 1500
  - 1000
  - 500
  - 0
- Rivers
- Urban Area
- Main Roads
- Secondary Roads
- Provincial Boundaries
- International Boundaries
- International Boundary (approximate)
- Indicates the Territory of the Former Spanish Sahara (Western Sahara)





MOROCCO  
HEALTH DEVELOPMENT  
PROJECT I  
TAROUDANT PROVINCE

EXISTING      PROPOSED

**Health Facilities:**

- Basic Dispensaries
- Dispensaries
- Health Centers
- Hospitals

*Tangent symbols indicate proposed transformations from lower order health facilities to higher order health facilities under the project*

**TIOUT Physical Features**

**Elevations in meters:**

- 2000
- 1500
- 1000
- 500
- 0

Rivers

Main Roads

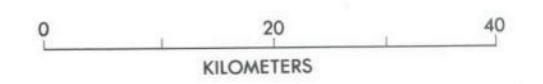
Secondary Roads

Provincial Boundaries

International Boundaries

International Boundary (approximate)

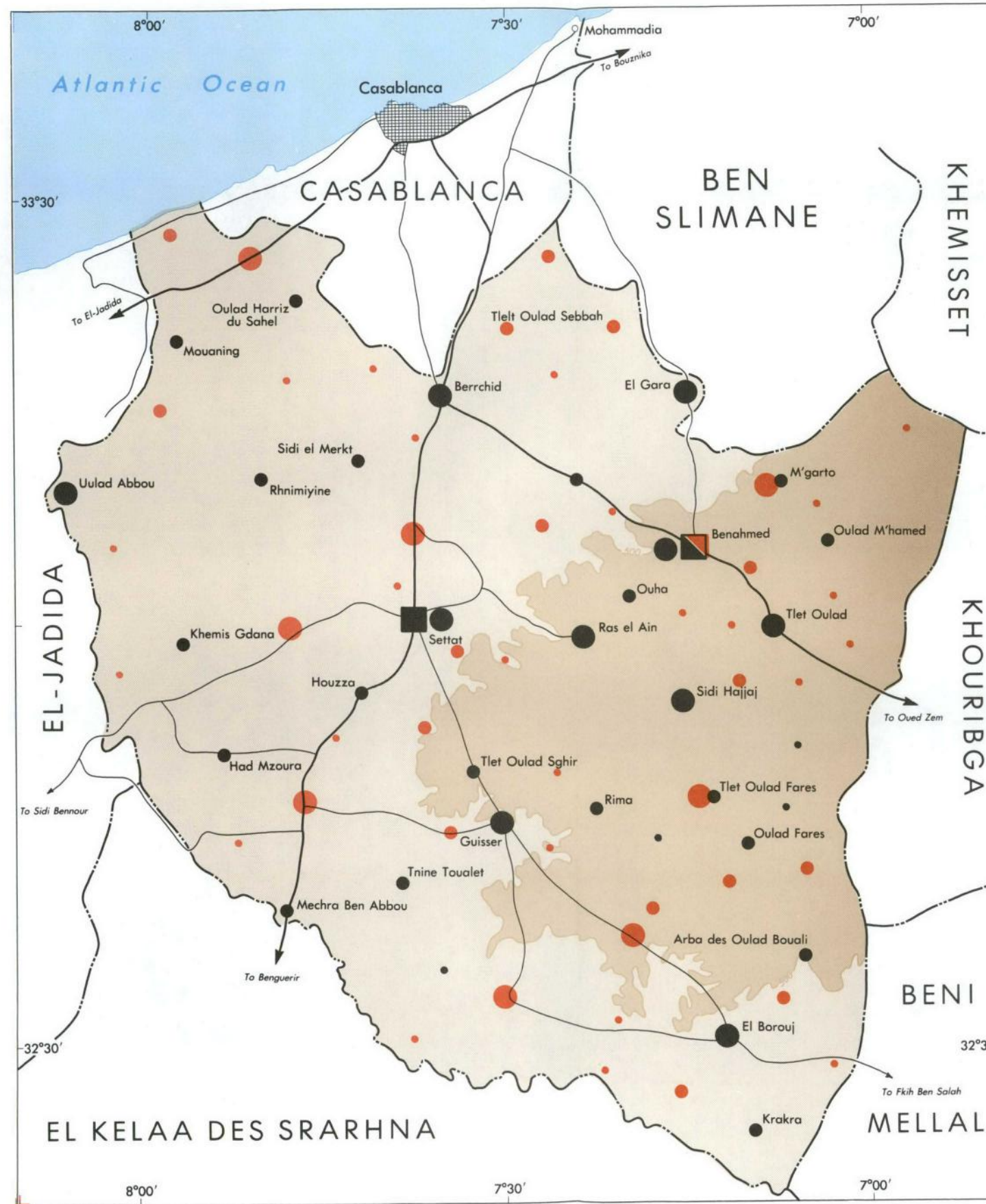
Indicates the Territory of the Former Spanish Sahara



*This map has been prepared by The World Bank's staff exclusively for the convenience of the readers and is exclusively for the internal use of The World Bank and the International Finance Corporation. The denominations used and the boundaries shown on this map do not imply, on the part of The World Bank and the International Finance Corporation, any judgment on the legal status of any territory or any endorsement or acceptance of such boundaries.*







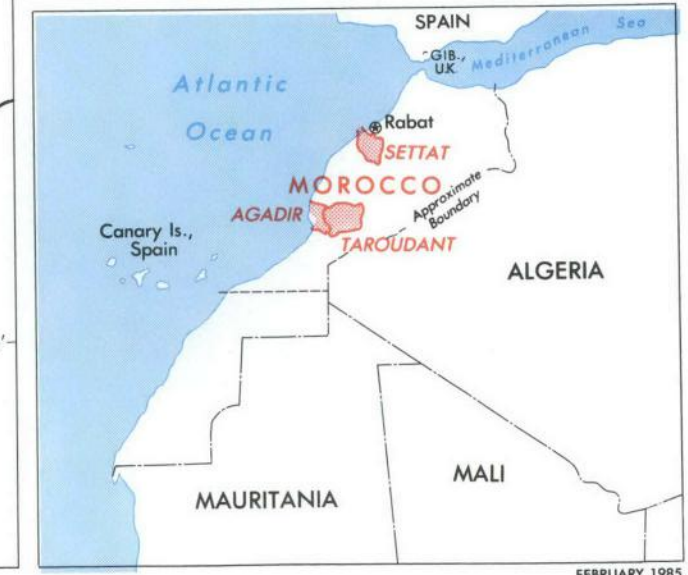
### MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT I SETTAT PROVINCE

- EXISTING**      **PROPOSED**      **Health Facilities:†**
- Basic Dispensaries
  - Dispensaries
  - Health Centers
  - Hospital
  - Transformation of a Hospital
- † Tangent symbols indicate proposed transformations from lower order health facilities to higher order health facilities under the project

- Elevations in meters:**
- 500
  - 0
- Urban Area
- Main Roads
- Secondary Roads
- Provincial Boundaries
- International Boundaries
- International Boundary (approximate)
- Indicates the Territory of the Former Spanish Sahara (Western Sahara)



This map has been prepared by The World Bank's staff exclusively for the convenience of the readers and is exclusively for the internal use of The World Bank and the International Finance Corporation. The denominations used and the boundaries shown on this map do not imply, on the part of The World Bank and the International Finance Corporation, any judgment on the legal status of any territory or any endorsement or acceptance of such boundaries.





Louis G. Vassiliou  
111 Chemin des Cadenasses  
06140 Tourrettes-sur-Loup  
FRANCE

Tel: [33] 93 59 24 79

11 September, 1996

Ms Laura Raney  
The World Bank  
- OED -  
1818 H Street NW  
Washington DC 20433

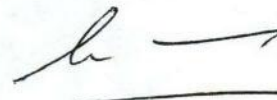
Dear Ms Raney,

Thank you for sending me copies of your two evaluation reports on the first Tunisia and Morocco health projects.

Congratulations for a clear and perceptive analysis and for having succeeded in pointing out shortcomings... as well as achievements. I read them both with great interest and it was gratifying to see that, "malgré tout", we did make an impact...

Please convey my best regards to Roger Slade.

Sincerely,

  
\_\_\_\_\_  
Louis G. Vassiliou

RECEIVED  
17 SEP 26 AM 9:25  
NEW YORK LIFE CLAIMS



صندوق الأمم المتحدة للسكان  
REPRESENTATION AU MAROC

23 Août 1996

Chère Madame Raney,

Objet: Maroc-Projet de Développement des Services de Santé(Prêt 2572-MOR  
Version Finale

J'ai le plaisir d'accuser réception du rapport final d'évaluation rétrospective que vous m'avez transmis et vous remercie de votre attention. En effet, ce document est un outil d'information très utile.

Avec l'espoir de vous revoir à Rabat dans un très proche avenir je vous prie d'agréer, chère Madame Raney l'assurance de ma haute considération.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dr. Khadija Laraqué-Liaut', written over the typed name.

Dr. Khadija Laraqué-Liaut  
Chargée Principale des Programmes  
FNUAP au Maroc.

**Madame Laura Raney,**  
**Economiste Santé.**  
**Division de l'Agriculture et**  
**du développement humain**  
**Département de l'évaluation**  
**rétrospective des opérations**  
**Planification Familiale**  
**Banque Mondiale.**

**FNUAP**



Fonds des Nations Unies  
pour la Population

CASIER ONU

Rabat - Chellah

MAROC



Madame Laura Raney

Division de l'Agriculture et du Développement Humain

Département de l'évaluation rétrospective des

opérations Planification Familiale

Banque Mondiale.

World Bank Mail Delivery

Name: LAURA SHERRILL RANEY

Washington

Room: **G 7-032**

09-10-96 09:35:22

CAO

*P.C.*

20000/3333





**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

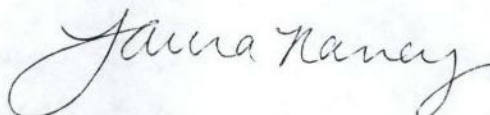
August 13, 1996

Mr. William Jansen  
Chief, Health Section  
USAID  
137 Av. Allal Ben Abdellah  
B.P. 120  
Rabat, Morocco

Dear Mr. Jansen,

I enjoyed meeting you and speaking with you and others on your staff, Nancy Nolan, Don Lauro, and Zohra Lhaloui, last December when I was in Rabat. I was sorry that I did not get to speak with Ursula Nodaly, but I am very appreciative of the warm welcome that you and your staff gave me as well as your generosity in terms of the time you spent with me discussing USAID's current work and the status of the health sector in Morocco. The evaluation that we were working on for the World Bank's Health Development project (Loan 2572-MOR) has just been published. It has limited circulation, but I thought you and your staff might be interested in the final product, thus I am enclosing a copy. If I can be of assistance in any way, please do not hesitate to contact me.

Sincerely,



Laura Raney  
Health Economist  
Agriculture and Human Development Division  
Operations Evaluation Department

Enclosure

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> August 13, 1996	
<b>NAME</b>			<b>ROOM. NO.</b>
Salim Habayeb			G 7-113
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: Performance Audit Report: Morocco Health Development Project (Ln. 2572)</b>			
<b>REMARKS:</b>			
<p>I'm sorry that I didn't get to talk with about this project, as I know you worked on it. I thought you might be interested in the audit. Did you also work on the Tunisia Health and Population Project (Ln. 2005)? We just finished that audit as well; if you'd like to see a copy, please don't hesitate to contact me, and I'll be glad to send it to you.</p>			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Laura Raney		G-7032	3-1759



**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Mr. Mostapha Benzine  
Directeur du FNUAP (Maroc)  
Fonds des Nations Unies par la population  
Casier O.N.U.  
Rabat-Chellah, Maroc

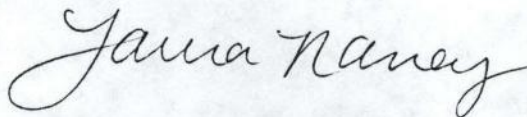
Monsieur le Directeur,

***Objet: Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Version Finale***

Par notre conversation de Décembre dernier concernant le projet mentionné, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Mme. Sabah Bencheqroun  
Chargée de mission  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif  
Rabat  
Maroc

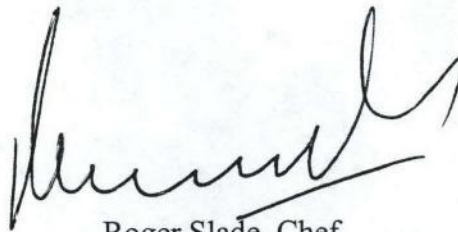
Madame Bencheqroun,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Mme. Rajae Mseffer Berrada  
Chargée de Programme  
UNICEF  
28, rue Oum Rabia  
Agdal-Rabat  
Morocco

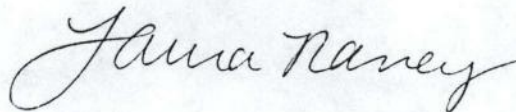
Madame Berrada,

***Objet: Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Version Finale***

Par notre conversation de Décembre dernier concernant le projet mentionné, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Madame Berrada, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Dr. Omar El Menzhi  
Délégué Provincial  
Ministère de la Santé Publique  
Délégation Provincial  
Settat  
Maroc

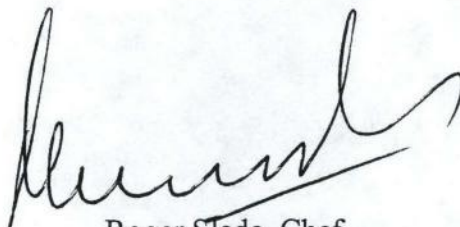
Docteur El Menzhi,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Docteur, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Dr. Khadija Laraqué-Liaut  
Chargée Principale des Programmes  
Fonds des Nations Unies par  
la Population (FNUAP)  
Casier O.N.U.  
Rabat-Chellah, Maroc

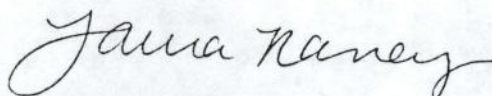
Dr. Laraqué-Liaut,

***Objet: Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Version Finale***

Par notre conversation de Décembre dernier concernant le projet mentionné, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Dr. Laraqué-Liaut, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Dr. Jean-Vincent Pillet  
Mas des Cadenasses  
313, Chemin des Cadenasses  
06140 Tourettes-sur-Loup  
France

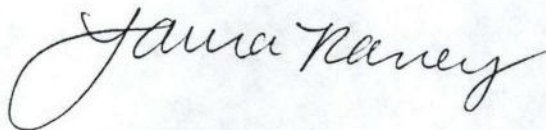
Dr. Pillet,

***Objet: Tunisie-Projet Santé et Population (Prêt 2005-TUN)  
Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Versions Finales***

Par notre conversation de Décembre dernier concernant les projets mentionnés, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, deux exemplaires des rapports finaux d'évaluation rétrospective tel qu'ils ont été distribués au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Dr. Pillet, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Mr. Pierre Poupard  
Coordinateur des Programmes UNICEF  
28, rue Oum Rabia  
Agdal-Rabat  
Morocco

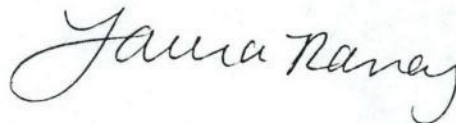
Mr. le Coordinateur,

*Objet: Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Version Finale*

Par notre conversation de Décembre dernier avec Mme Berrada concernant le projet mentionné, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Monsieur le Coordinateur, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièce jointe

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 13 Août, 1996

Dr. Louis Vassiliou  
Mas des Cadenasses  
111, Chemin des Cadenasses  
06140 Tourettes-Sur-Loup  
France

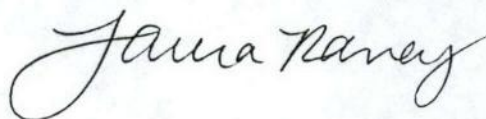
Dr. Vassiliou,

***Objet: Tunisie-Projet Santé et Population (Prêt 2005-TUN)  
Maroc-Projet de Développement des Services de Santé (Prêt 2572-MOR)  
Versions Finales***

Par notre conversation de Décembre dernier concernant les projets mentionnés, j'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, deux exemplaires des rapports finaux d'évaluation rétrospective tel qu'ils ont été distribués au Conseil d'administration de la Banque.

Merci beaucoup pour votre assistance.

Je vous prie de croire, Dr. Vassiliou, à l'assurance de ma haute considération.



Laura Raney, Economiste Santé  
Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes



**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Dr. Yossef N'Has  
Délégué Provincial  
Ministère de la Santé Publique  
Délégation Provincial  
Taroudant  
Maroc

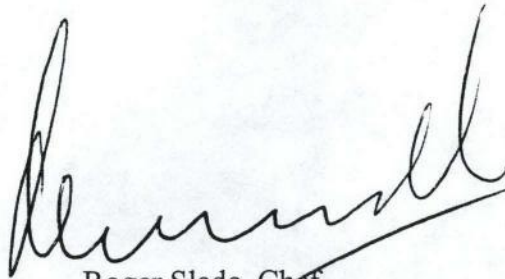
Monsieur le Docteur,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Docteur, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

Le 12 Août, 1996

Son Excellence Dr. Ahmed Alami  
Ministre de la Santé  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V  
Rabat  
Maroc

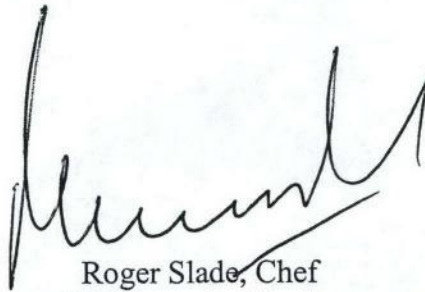
Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Son Excellence le Ministre Lamine Benomar  
Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Population  
Ministère de la Population  
Quartier de Ministères  
Rabat  
Maroc

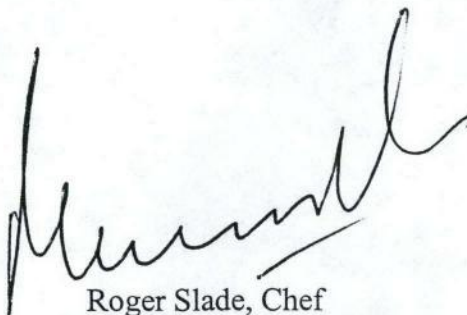
Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

Le 12 Août, 1996

Son Excellence Dr. Benbrahim Fikri  
Directeur, Institut National D'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca  
Rabat  
Maroc

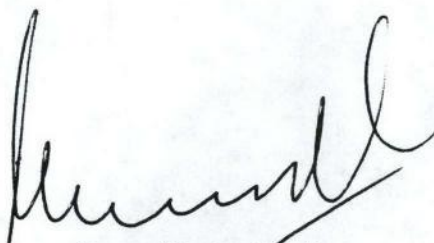
Monsieur le Directeur,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

Le 12 Août, 1996

Son Excellence le Ministre Mohamed Hama  
Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de l'incitation de l'économie  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif  
Rabat  
Maroc

Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Sladé, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Son Excellence le Ministre Mohamed Kabbaj  
Ministre des Finances et des Investissements Extérieurs,  
Division des projets financés  
Ministère des Finances et des Investissements Extérieurs  
Cité Administrative  
Rabat  
Maroc

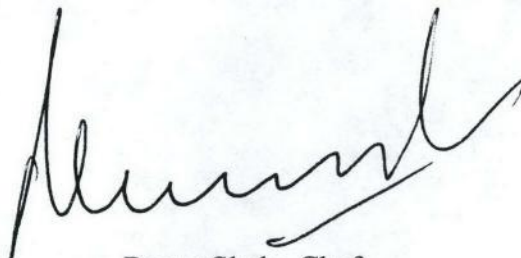
Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

Le 12 Août, 1996

Son Excellence le Ministre Mohamed Laaziri  
Directeur de la Planification, de la statistique et de l'Information  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V  
Rabat  
Maroc

Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, ~~Chief~~

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Son Excellence Dr. Mohamed Lardi  
Enseignant-Chercheur  
Institut National d'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca  
Rabat  
Maroc

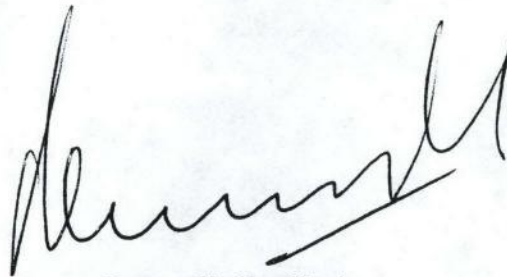
Monsieur le Docteur,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Docteur, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes



**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Dr. Farouk Falsa  
Délégué Provincial  
Ministère de la Santé Publique  
Délégation Provincial  
Agadir  
Maroc

Monsieur le Docteur,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Docteur, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

Le 12 Août, 1996

Son Excellence Le Ministre Monkid Mestassi  
Responsable de la coordination des relations avec la Banque Mondiale  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif  
Rabat  
Maroc

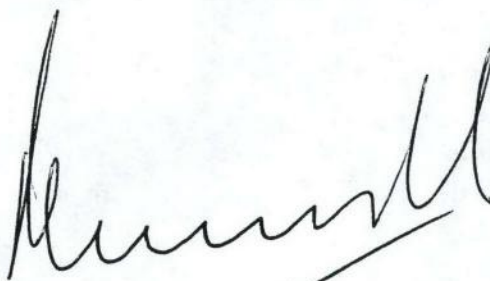
Monsieur le Ministre,

***Objet: Maroc - Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)  
Rapport Final***

Le 29 avril, 1996 je vous ai fait parvenir une copie de la version préliminaire (en français) du rapport d'évaluation rétrospective pour le projet ci-dessus mentionné.

J'ai l'honneur de vous remettre ci-joint, à titre d'information, un exemplaire du rapport final d'évaluation rétrospective tel qu'il a été distribué au Conseil d'administration de la Banque.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'agriculture et du développement humain  
Département de l'évaluation rétrospective des opérations

Pièces jointes

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> August 2, 1996	
<b>NAME</b>		<b>ROOM. NO.</b>	
Jean-Christophe Laederach		H 4-103	
<i>Ivaj Talai</i>			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: Performance Audit Report: Morocco Health Development Project (Loan 2572)</b>			
<b>REMARKS:</b>			
<p>Here's the final copy of our audit report, which I thought you might be interested in seeing. Thanks again for your input regarding the pharmaceutical component.</p>			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Laura Raney		G-7032	3-1759

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> July 30, 1996	
<b>NAME</b>		<b>ROOM. NO.</b>	
Juliana Weissman		I 5-141	
<i>Maryse Pieru-louis</i>		<i>&gt; Sent to all</i>	
<i>Clare Voltane</i>			
<i>Richard Slobin</i>			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: Performance Audit Report: Morocco Health Development Project</b>			
<b>REMARKS:</b>			
Here's a copy of the final report. Thank you so much for your input and assistance.			
<b>FROM</b> Laura Raney		<b>ROOM NO.</b> G7-032	<b>EXTENSION</b> 31759

Phone  
conversations  
7/16

add to PAR?  
justify modify?  
[import + enough  
evidence] ?  
FYI

Printed  
already  
7/15: can't pull  
(not worth it)  
keep for impact -

ALL - I N - 1 NOTE

DATE: 12-Jul-1996 03:23pm

TO: LAURA RANEY

( LAURA RANEY@A1@WBWASH )

FROM: Juliana Weissman, LASHC

( JULIANA WEISSMAN@A1@WBHQB )

EXT.: 32786

SUBJECT: Morocco PAR - Health Development Project

Filing system  
all mixed up  
- no proj. files

Thanks for sending me a copy of the report. FYI, there was a supervision mission to Morocco November 30 - December 12, 1987. I still have the travel record. I was surprised that all evidence of that mission had disappeared from the Division files. I checked my old travel records, and that is not the only mission that disappeared from the files. I found TEN other missions which are not on your list. Three of those show travel to Agadir and Tarodaount. If this is an indication of the completeness of the files on the project, .....

from  
comments

I remember the December 1987 mission well because we went to Agadir and Tarodaount. It was not possible to travel much in the field because it was raining every day. Even in Agadir it was pouring and the hotels were full of disgruntled German and Scandanavian tourists who had come to Morocco to escape the winter. I had not been in Morocco since 1983, and I had never seen rain like that there (it was their worst winter since the 1950s) so it was a memorable visit.

+ div. chief made  
another head of mission  
person - she was  
in charge of  
health mission  
+ 2 consultants

Your mentions of INAS reminded me of an extremely important institutional development initiative which began during that mission. Daniel Letouze, Director of Planning of the Canadian Hospital Assn. was there at the request of the Minister of Health to discuss the establishment of the INAS, which at that time did not exist. Daniel worked for two weeks with Dr. Belouali, the first Director of INAS, and they developed the plan for INAS. The Canadians and other donors provided a great deal of support for INAS over the next few years, and the Health Development project financed some computers and other equipment. It was an excellent example of an informal collaboration of donors which led to the establishment of an important training institution. Because of the low level of Bank investments in INAS, it probably isn't mentioned much in project supervision reports and the Bank's role in support of INAS has been largely overlooked or forgotten, perhaps by the Moroccans as well.

Clair's will be  
DIV. subsumed  
into larger  
group

Two other observations. When the Ministry reorganized, project supervision in Rabat required Bank missions to deal with five MOH Directors instead of one, and scheduling all those meetings in Rabat, plus the obligatory trips to the Ministry of Finance to plead for funds for the project ate up a lot of time that didn't get spent in the field. The MOH teams in the provinces are

absolutely right; they were not given a great deal of attention in many missions, but the focus of supervision had to be where the problems were, and the problems were in Rabat, not in the provinces. There were also problems of coordination with the Ministry of Equipment which required lengthy meetings in Rabat.

Just to complicate matters further, the Project Coordinator was a Division Chief with a nursing degree, no college degree. The Doctors who were the Directors of the MOH Departments were not quick to respond to his efforts to lead the implementation of the project. The original Project Coordinator had been an MD and MOH Director, senior to all the others who later became directors.

The Minister of Health who was appointed in 1987 took no interest in the project whatsoever, and could even be regarded as undermining it by the way in which he reorganized the Ministry. He was determined to break the power of the project's designer, a young and very capable MD who was eventually forced out of the ministry and left the country to work for WHO. None of these nasty events, and they were nasty, were mentioned in the ICR.

The new Minister was much more interested in getting that second project prepared, and even went so far as to call me to complain when I postponed a preparation mission by one month because the project team in the ministry said they would not be ready for the Bank mission.

There is no doubt that preparation of the next project took a lot of attention away from the Health Development Project, but it also helped indirectly because the resistance at the political level to the allocation of resources to the three provinces lessened when the other provinces saw that they too were to benefit from a Bank loan.

→ In theory, projects are supposed to need less intensive supervision as they mature. And the lack of attention to technical detail was a tribute to the excellent technical level of staff in the MOH. They knew as much about public health as many Bank staff and consultants.

? ( How helpful is the praise for the excellent preparation, which took more than five years and a considerable amount of resources. In the current climate of budget reductions, would the Bank consider this expenditure of resources acceptable or desirable? Staff are now encouraged to pull out if a project doesn't materialize within two years.

I think the project is very typical of the early PHN projects, which were prepared by new staff who had a strong technical background but little, if any experience in the preparation of Bank loans. Their lack of experience with project supervision often led to projects which could not be adequately supervised even with the budgets of earlier years. In fact, we were praised

*Amazed that  
found so much  
on prep - Sudan  
didn't know files  
I.*

for keeping supervision below 14 sw per year. Low supervision coefficients were considered a sign of efficiency.

CC: Susan Stout  
CC: IRAJ TALAI

( SUSAN STOUT@A1@WBHQB )  
( IRAJ TALAI@A1@WBWASH )

↓  
Ara Namani wrote PCR for Tunisia - desk Study  
(consultant)

Louis Vassilou prepared -  
never went to visit ONFPA  
(JW saw from AID point of view - Tunisia  
pop) '84

M'Henni didn't see PCR; only moy. coord.  
objections

---

MOROCCO - intensive training in 3 provinces  
(JW working for AID in Morocco) - suspicious of Bank  
- wanted WHO out, Bank in.

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 12-Jul-1996 06:42pm

TO: Laura Raney

( LAURA RANEY@A1@WBWASH )

FROM: Roger Slade, OEDD1

( ROGER SLADE@A1@WBHQB )

EXT.: 81293

SUBJECT: RE: Comments on Morocco audit from J. Weissmann

Laura,

I am not sure what this is all about please explain. The report  
can be retrieved from the print shop if necessary. ✓

Roger

*Printed already 7/15  
∴ decided not to pull*



Mon

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 09-Jul-1996 03:25pm

TO: LAURA RANEY

( LAURA RANEY@A1@WBWASH )

FROM: Juliana Weissman, LASHC

( JULIANA WEISSMAN@A1@WBHQB )

EXT.: 32786

SUBJECT: Morocco PPAR

I never did see a copy of the report on the Morocco Health development project. Could you send me a copy some day if you have an extra? I am in ho hurry to see it, but I am curious as to the conclusions of the report.

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 08-Jul-1996 10:13am

TO: GSDTI ( GSDTI )

FROM: Adala Bruce-Konuah, OEDD1 ( ADALA BRUCE-KONUAH )

EXT.: 35108

SUBJECT: Request for Translation Services

Requested By : ADALA BRUCE-KONUAH ; Extn: 35108 ; Room: G 7-041  
Dept/Div Nos. : 175/10 ; Bill MOC: 17510  
Contact Person : SOPHIE LEFEBVRE; Extn: 82372 ; Room: G7 040  
No. of Pages : 44; Spacing: 2  
Quality Level : 1

Translation From : ENGLISH ; Software: WORD 6.0  
Translation Into : FRENCH

Text : PERFORMANCE AUDIT REPORT--MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
Reference : NONE  
Tables? : N  
Graphics? : N

Service Required : UPDATING  
Electronic Copy? : Y ; Software: WORD 6.0;  
Deadline : 08/01/96  
Instructions :

Approved By : ROGER SLADE

Title: DIVISION CHIEF

CC: Roger Slade

( ROGER SLADE )

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 08-Jul-1996 10:21am

TO: ABRUCEKONUAH

( ABRUCEKONUAH@worldbank.org@INTE

FROM: LSMIS,

( LSMIS@Nowhere.worldbank.org@INT

EXT.:

SUBJECT: Translation Request(s): 97F0061

Your electronic translation request has been received.

Title: PERFORMANCE AUDIT REPORT--MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT

Your job number is 97F0061.

REMINDER:

THE TRANSLATION SERVICES HAS MOVED.

DOCUMENTS SHOULD BE SENT TO THE Q BUILDING - 3RD FLOOR

GSDTI web site (<http://gsd/m-z/trans.htm>)

CC: GSDTI

( GSDTI@worldbank.org@INTERNET )

French  
Section  
Doc  
w French  
97F0061

The World Bank/IFC/MIGA  
O F F I C E M E M O R A N D U M

DATE: August 1, 1996 05:51pm

TO: Adala Bruce-Konuah ( ADALA BRUCE-KONUAH )

FROM: Virginie Darrieu, GSDTI ( VIRGINIE DARRIEU )

EXT.: 30800

SUBJECT: French translation of "Performance audit report-Morocco..."

Mister,

This is to inform you, that you will find your document on:

- W:\drive
- French
- 97F0061.doc

Best regards,

Virginie.

For further informations, please contact Albert Garih at 31627

CC: Marie-Alice Fougy ( MARIE-ALICE FOUGY )

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 08-Jul-1996 10:13am

TO: GSDTI ( GSDTI )

FROM: Adala Bruce-Konuah, OEDD1 ( ADALA BRUCE-KONUAH )

EXT.: 35108

SUBJECT: Request for Translation Services

Requested By : ADALA BRUCE-KONUAH ; Extn: 35108 ; Room: G 7-041  
Dept/Div Nos. : 175/10 ; Bill MOC: 17510  
Contact Person : SOPHIE LEFEBVRE; Extn: 82372 ; Room: G7 040  
No. of Pages : 44; Spacing: 2  
Quality Level : 1

Translation From : ENGLISH ; Software: WORD 6.0  
Translation Into : FRENCH

Text : PERFORMANCE AUDIT REPORT--MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
Reference : NONE  
Tables? : N  
Graphics? : N

Service Required : UPDATING  
Electronic Copy? : Y ; Software: WORD 6.0;  
Deadline : 08/01/96  
Instructions :

Approved By : ROGER SLADE

Title: DIVISION CHIEF

CC: Roger Slade

( ROGER SLADE )

Terms used in the health and population project (Loan 2005-TUN)


**FRENCH**

MOPH  
ONPFP  
PCR  
MIS  
MCH  
BHS  
FP  
Family planning services

**ENGLISH**

MSP  
ONPFP  
Rapport d'achèvement du projet  
SIG  
SMI  
Services de santé de base  
PF  
Service de planning familial

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> July 2, 1996	
<b>NAME</b>			<b>ROOM. NO.</b>
Mr. Robert Picciotto, DGO			G 7-121
Mr. Francisco Aguirre-Sacasa, OEDDR			G 7-003
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: Morocco - Health Development Project - PAR Treatment of borrower comments</b>			
<b>REMARKS:</b>			
<p>Attached is Annex 2 from the above PAR. I believe it is an excellent example of how to treat borrower comments.</p> <p>This PAR was prepared by Laura Raney.</p> <p>cc: OEDD1 Staff</p>			
<b>FROM</b> Roger Slade, Chief OEDD1 		<b>ROOM NO.</b> G 7-035	<b>EXTENSION</b> 8-1293

**PERFORMANCE AUDIT REPORT**

**MOROCCO**

**HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)**

**June 26, 1996**

*Operations Evaluation Department*



**Royaume du Maroc**

\_\_\_\_\_  
**Prime Minister**

\_\_\_\_\_  
**Minister in Charge of  
the Population**

\_\_\_\_\_  
**C.N.E.P**  
\_\_\_\_\_

No. 25/224/S.G

Rabat, May 22, 1996

Fax to the attention of Mr. Roger Slade, Chief,  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
(Fax 202 47 76 391)

**From:** Mr. Mohamed Bijaad, General Secretary  
of the Minister in charge of Population

**Text:** Thank you for your letter dated from April 29, 1996,  
concerning the project audit report on the Health  
Development Project (Credit 2572-MOR). In answer,  
please find enclosed some observations regarding the  
report.

Sincerely,

Mohamed Bijaad  
General Secretary of the Minister  
in Charge of the Population

**SOME OBSERVATIONS CONCERNING  
THE PROJECT AUDIT REPORT ON  
THE HEALTH DEVELOPMENT PROJECT**

a. Comments on the form:

-The project audit report refers to the Moroccan plan as being plans of arrangement and not as being plans of economic and social development;

*Text adjusted accordingly*

-The report refers also to the development plans of 1980-85 and 1985-90. The authors probably referred to the plans of 1981-85 and 1988-1992.

*Text adjusted accordingly*

b. In depth comments:

-The evaluation focused a lot more on the implementation aspects and the results obtained on the project. But the report does not give enough indications on the effects and the impact of the project on the concerned provincial beneficiaries, on the efficacy of the new system compared to the old one, and on the quality of care provided. It would have been more appropriate to give some indications on the effectiveness of the usage, which is made of project's physical results and to show how the new system was able to improve the wait time in the sanitary establishment, the access of the medical and paramedical personnel and the attitude of the beneficiaries regarding the quality of the care given.

*This OED Performance Audit Report was not meant to be an impact evaluation. The issues mentioned are best addressed in an impact evaluation which provides evidence of development impact, five to ten years after project completion. OED is interested in the possibility of conducting an impact evaluation of the project in the future. In addition OED recommends that future evaluations of Bank financed projects in the health sector in Morocco address utilization of basic health services, satisfaction with quality of care and the efficiency of the service delivery.*

Royaume du Maroc

Prime Minister

Minister of the Incitement  
of the Economy

**THE MINISTER DELEGATE OF THE FIRST MINISTER  
IN CHARGE OF THE INCITEMENT OF THE ECONOMY**

**MR. ROGER SLADE  
CHIEF, AGRICULTURAL AND  
HUMAN DEVELOPMENT DIVISION  
OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT  
WORLD BANK**

**F A X**

**Subject: Project Audit Report of the Health Development  
Project (Credit 2572-MOR)**

**Reference: Your letter of April 29, 1996**

Dear Sir,

Following your letter, concerning the project audit report of the above project, I have the privilege to inform you that the preliminary version of the report does not raise any observations on the part of the Moroccan authorities.

Sincerely,

Monkid Mestassi  
In charge of Mission for the  
Prime Minister

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)

No: 288/INAS

Mr. Roger Slade, Chief  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433 - U.S.A

**Subject:** Analysis of the Evaluation Report of the Health Development Project  
(PDSS)

We reviewed the report on the evaluation of the PDSS with a lot of interest.

In addition, we sent a copy of the report to each of our three concerned provinces: Agadir, Taroudant and Settat. Through this letter, we would like to present our feed-back, which is a synthesis of our comments: those of Dr. M. Lardi and those of the three teams of the above provinces.

As a general matter, the contents of the report relates to the contribution, the efforts, and the difficulties of expertise of the PPS project.

However, we sense a redundancy in some of the paragraphs. Our main comments are as follows:

The report of the INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project if the World Bank had put at our disposal the budget and the specialized manpower.

*Opinion added in  
footnote 21*

**Page 7:**

"Organization Plan" to be replaced by "Five Year Plan 1981-1985."

*Text adjusted  
accordingly*

**Page 8:**

"creation of an economic unit of health (and not a service)."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 8:

It is necessary to define what we mean by "viability" because the mobile strategy, for example, would not be followed at the same pace if there is a reduction in gas resources.

Page 9, line 3:

What is the meaning of "the implementation volume for the project"?

Page 9, Paragraph (e):

The restructuring of the MSP and the departure of the director of the project left an empty space. The problem of coordination increased; the pile-driving of the project became almost absent at a given moment of the life of the project. The changes affected the Minister, as well as the general secretary, the directors, the provinces' delegates, and the chief doctors of the Regional Office in Charge of Ambulatory Service (SIAAP) in these provinces.

Page 11, Paragraph 1.2:

The population of Morocco, according to the census of September 1994, is estimated at 26,023,412 inhabitants and 50,181 foreigners.  
2.06=the demographic increase (census 1994)

*Text adjusted accordingly*

Page 11, Paragraph 1.3, line 3:

The health system targeted the curative and urban contributions.

*Text adjusted accordingly*

Page 15:

We agree that the project is characterized by its large complexity which caused problems for us with the coordination, the follow-up and the evaluation.

Page 14:

b) The World Bank did not provide the help necessary for the evaluation of the project.

*Opinion added in footnote 21*

Page 17: Para. 3.1:

The structure of the administration of the project is detailed in the document of the evaluation of the project, directed by the INAS and the three provinces. We think that it is necessary to correct this part.

*The information on the administrative structure was taken directly from the project files.*

Page 19: [para. 3.11]

The extension of the project was done at the national level, for example: the peripheral laboratory, the formation component, extension of the sanitary cover, the structure of the program of basic health care. etc....

Page 19, line 4:

"the results obtained.....physical access (and not material)."

*Text adjusted in para. 3.12*

In the table 3.1:

We are propose that you add "statistic of the zone."

*Text adjusted in Table 3.1*

Page 23, para. 4.4:

We think that the absence of the strategic planning and the incoherence in the politics of health thwart the capacity of the MOPH to organize its operational priority in a coherent manner and master the allocation of the resources.

*Opinion noted in footnote 15*

Page 24:

The INAS can be a partner in the administration of the health projects if the government desires it.

We share your opinion on the unity of supply of medicine.

Page 28, para. 5.9:

We don't provide hospitalization in the health centers.

*Translation error corrected*

Page 28, para. 5.12:

We have made all the documents of the evaluations available for the disposal of the World Bank

*Divergence of opinion on this point as explained in footnote 22*

Page 30:

Yes, for the conclusions, as a whole, except for the point (e); it is difficult to understand the meaning of this sentence.

The project needs the stability of the key persons in the administration of the projects.

The retention of these persons in their position requires a serious motivation.

Finally, we are attaching to the present document a copy of faxes coming from the provinces concerning this topic, as well as the written corrections of the statistical data on pages 50-52.

*Statistical data were taken from the final INAS evaluation reports (including the provincial reports) dated April 1994 as well as updates provided to the audit mission in the field. The written corrections of the statistical data conflict with the INAS evaluation reports, and without further justification, it is difficult to adjust official reports.*

We hope we have met your expectations.  
Sincerely,

Pr. N. Fikri Benbrahim.

The Director of the INAS

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

Taroudant, 05/28/96

**PROVINCE OF TAROUDANT**

The Delegate of M.S.P in the Province of TAROUDANT

The Director of the INAS. RABAT

Subject: The Evaluation Report - the Health Development Project (PDSS)

I have the honor to transmit to you our comments regarding the reading of the Evaluation Report of the PDSS.

1. Concerning the form: the report is, in our opinion, a little narrative, probably unintentionally, generating repetitions which could sometimes bother the reader.

2. Concerning the content:

2.1- The report emphasizes the "failure" of the drug supply unit component without being convincing about the cause of this failure. Nevertheless, the report has the merit to recognize the incompetence of the World Bank in the realm of pharmaceuticals.

2.2- As far as the health indicators are concerned (p. 14), figures given by the provinces would be desirable. Also, we have to factor in the interaction of the other programs in the realization of the performance, even though it is difficult to judge the real impact of the project on its evolution.

*See notice above  
on statistical data  
Text adjusted in  
footnote 13*

2.3- The denomination of "health post" (p. 19, last line) would correspond to the basic health dispensary?

*Text adjusted in  
para. 3.10*

2.4- The report does not point out the weakness of the implementation of the IEC component at the provincial level, and that the provinces did not really benefit from the resources in that way.

2.5- The report does not signal the "disappointment" of the provincial managers expressed during the meetings, concerning the absence of incentives for internships and workshops in foreign countries.

**Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health**

**PROVINCE OF TAROUDANT**

(following)

2.6- The report underestimates, in our opinion, the efforts used within the central administration of the Ministry of Public Health, in the matter of organization (flow chart) and the administrative procedure.

2.7-Civil Engineering: the report does not draw attention to the reticence expressed concerning the conception of the buildings, in particular the narrowness of the nurses' lodgings and the technical installation of the rural hospitals (radiology, lab...).

**Conclusion:**

As a general matter, the evaluation report took back the worries expressed by the provincial delegates responsible concerning the lasting impacts of the project PDSS. We notice some objectivity in the analysis of some failures in the different stages of the project.

Finally, we hope that the recommendations from this evaluation will help the central delegates responsible avoid the "burial of the project" and preserve the spirit of the PDSS and of its achievements.

**The Provincial delegate (Taroudant)**



Settat, May 24, 1996

**The Delegate of the Ministry of the Public Health  
for the Province of Settat**

to

**Mr. the Director of the INAS**

**Subject: Comments concerning the evaluation report of the Health  
Development Project (PDSS)**

I have the privilege to address our comments and suggestions to you, after reviewing the evaluation report:

-The report does not refer to the studies nor to mid and final evaluations.

*See paras. 3.12,  
and 3.18-3.19*

-Some aspects were not studied in depth:

*While this comment  
is true, these items  
were included in  
the report.  
See para. 3.9*

- Community participation.

- Intersectorial collaboration.

- Qualitative evaluation of the utilization of the health services.

- Impact of the health interventions implemented.

- Evaluation of the mobile strategy.

- Evaluation of work conditions.

*See para. 5.10  
See para. 5.13*

- Problems due to the development of the infrastructure, especially the lack of human resources.

*See paras. 4.2 and  
4.3  
See paras. 3.8 and  
3.14.*

- Impact of the project on the quality of the administration of the health services, on the quality of the care, and on the state of the health of the population.

*The audit did not  
set out to be an  
impact study,  
though OED is  
interested in the  
possibility of  
conducting an  
impact evaluation  
of the project in the  
future.*

Also, we agree with the conclusions of the evaluators in that the project cannot be considered a pilot experiment since there are a large number of other health factors which complemented the development of the health programs.

Dr. Rhazzal Hassan

ROYAUME DU MAROC  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S)  
Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.96.34/69.16.26

---

From: Pr. N. Fikri Benbrahim  
Director of the National Institute of Health Administration (INAS)

Fax: 00-212-7-69 16 26

To: Mr. Roger Slade  
Chief, Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank. Washington DC 20433 - USA

Date: 06/03/1996

Message:

Following your letter seeking feedback on your document on the evaluation of the PDSS, here are the comments of the team of Agadir.

Sincerely,

The Director of INAS  
Pr. N. Fikri Benbrahim

Agadir, May 27, 1996

ROYAUME DU MAROC

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DELEGATION TO THE WILAYA OF AGADIR  
AND PREFECTUR OF AGADIR IDA OUTANANE

No. 1889/SIAAP/SSB.

The Prefectoral Delegate

To  
The Director of INAS  
RABAT

Topic: Evaluation of the Health Development Project (PDSS)

Reference: Your correspondence No. 244 of May 14, 1996

Following your correspondence, named above, I have the honor of presenting our comments:

\* Page 7, Para. 4 and Page 18:

- The health facilities built during the PDSS and considered in the document of evaluation as operational, function in reality with a reduced number of personnel which does not correspond with the norm required. For example:

- some health centers function as rural dispensaries.
- some rural dispensaries function as basic rural dispensaries with the

absence of nurses.

- the nurses of the delivery houses, already at reduced numbers, are also doing:

- \* the deliveries
- \* the MCH activities
- \* and take part into the outreach activities of the mobile team in

the field.

Those facilities were opened due to the pressure of the population and the local authority.

\* Page 7 and 16:

- read organization plan 1981-1985 instead of 1980-85.

\* Page 14:

- read organization plan 1988-92 instead of 1985-90

*Text adjusted in  
paras. 4, 3.8 and  
4.5*

*Text adjusted  
accordingly*

*Text adjusted  
accordingly*

Page 17:

The civil engineering part was given to the Delegation of the Ministry of Equipment. The Ministry of Public Health was not directly involved with the execution of the construction works. Its involvement was limited to being present during the opening of the sealed orders and during the provisory reception of the constructions.

*Text adjusted in  
paras. 3.1 and 3.7*

General comments:

The evaluation document did not highlight the problem of planned health facilities that were not realized and for which the population gave up some parcels of land for their construction.

*Text adjusted in  
footnote 10*

**PROJET  
CONFIDENTIEL**

**DECLASSIFIED**

**OCT 03 2018**

**WBG ARCHIVES**

**RAPPORT D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE**

**MAROC**

**PROJET DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ  
(PRÊT 2572-MOR)**

26 juin 1996

Master  
branch -

## Taux de change <sup>1</sup>

Unité monétaire : dirham

	Dollars	DTS
1984	8,811	9,362
1985	10,062	10,568
1986	9,104	10,656
1987	8,359	11,066
1988	8,209	11,049
1989	8,488	10,673
1990	8,242	11,442
1991	8,707	11,658
1992	8,538	12,442
1993	9,299	13,257
1994	9,203	13,080
1995	8,482	12,589

## Sigles et abréviations

DAT	Direction des affaires techniques
DIU	Dispositif intra-utérin
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
INAS	Institut national d'administration sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDSS	Projet de développement des services de santé
PRISS	Projet d'investissement dans le secteur de la santé
RAP	Rapport d'achèvement du projet
RER	Rapport d'évaluation rétrospective
UAM	Unité d'approvisionnement en médicaments
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development

## Année budgétaire

1er janvier - 31 décembre

1. Source : plusieurs numéros de l'Annuaire international des statistiques financières. Établi par le Département des statistiques du FMI.

**POUR USAGE OFFICIEL  
DECLASSIFIED**

**OCT 03 2018**

**WBG ARCHIVES**

**Banque mondiale**  
Washington, D.C. 20433  
États-Unis d'Amérique

Bureau du Directeur général  
Évaluation rétrospective des opérations

Le 26 juin 1996

## **MÉMORANDUM AUX ADMINISTRATEURS ET AU PRÉSIDENT**

### **OBJET : Rapport d'évaluation rétrospective sur le Projet de développement des services de santé (Prêt 2572-MOR)**

On trouvera ci-joint le Rapport d'évaluation rétrospective (RER) établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations (OED) sur le Projet de développement des services de santé du Maroc. Le projet, d'un montant équivalant à 28,4 millions de dollars, a été approuvé en juin 1985. Il a été clos en décembre 1993 après avoir été prolongé à deux reprises. Un solde non décaissé de 2,56 millions de dollars a été annulé après le dernier décaissement, qui a été effectué en avril 1994.

Le projet avait pour objectifs d'améliorer la prestation des soins de santé primaires dans trois provinces et de renforcer les capacités du Ministère de la santé publique, aux niveaux central et provincial, pour qu'il devienne possible de mettre en place le système de prestations des soins de santé dans tout le pays. Le projet avait quatre composantes qui visaient à : a) améliorer les soins et à les développer dans les zones rurales en établissant un nouveau système de prestation des soins de santé dans le cadre d'une opération pilote et en l'améliorant, et en étendant l'infrastructure matérielle (70 % du coût total du projet); b) renforcer les capacités de gestion et de formulation de la politique du secteur de la santé du Ministère de la santé publique (5 %); c) appuyer des programmes de formation et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) (5 %); et d) assurer un meilleur approvisionnement en médicaments de base (20 %).

Malgré les retards de construction et la lenteur avec laquelle les fonds de contrepartie ont été décaissés, le projet a permis de construire et d'équiper 148 établissements sanitaires et, partant, de nettement améliorer l'accès aux services de santé de base dans les

**Le présent document fait l'objet d'une diffusion restreinte. Il ne peut être utilisé par ses destinataires que dans l'exercice de leurs fonctions officielles et sa teneur ne peut être divulguée sans l'autorisation de la Banque mondiale.**

zones rurales. Le nouveau système de prestation des soins de santé mis en place dans le cadre du projet couvre maintenant tout le pays. Il est difficile d'évaluer les résultats des efforts déployés pour renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la santé, car celui-ci a fait l'objet de plusieurs réorganisations pendant la phase d'exécution du projet. Ces efforts ont eu un plus grand impact dans les provinces qu'à l'échelon central. L'évaluation du projet par le groupe de la recherche du Gouvernement a été menée de manière satisfaisante, bien qu'en retard. Il n'a pas été possible d'obtenir des données pour assurer le suivi de la composante des soins de santé de base pendant l'exécution du projet, mais les données disponibles pour l'évaluation rendent très bien compte des accomplissements du projet. Des dons bilatéraux ont pu être utilisés pour financer les activités IEC, de sorte que 25 % seulement des ressources affectées à cette composante ont été décaissés.

La composante approvisionnement en médicaments ne semble guère avoir eu d'effet sur la politique pharmaceutique et n'a pas atteint son objectif, qui était d'améliorer l'approvisionnement en médicaments. C'est en grande partie à cause des retards constatés pour cette composante que le projet a dû être prolongé à deux reprises. Une nouvelle unité de stockage, de distribution et de préparation (qui est la dernière étape du processus de production d'un médicament à partir d'ingrédients intermédiaires, à laquelle il prend sa forme définitive — celle de comprimé, par exemple) a été construite dans le cadre du projet, mais n'était pas opérationnelle au moment de la clôture de ce dernier. Si l'unité de stockage et de distribution l'est devenue depuis, ce n'est toujours pas le cas de l'unité de préparation. Il est peu probable que le gouvernement recouvre son investissement dans cette unité (estimé à 13 millions de dollars).

Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations conclut, comme le RAP, que les résultats du projet sont satisfaisants et ses accomplissement en matière de développement des institutions moyens, et que la performance de la Banque et de l'emprunteur a été satisfaisante. L'évaluation rétrospective qualifie les effets du projet non pas d'incertains mais de probablement durables, et ce pour deux raisons : tous les établissements sanitaires sont maintenant opérationnels (nombre d'entre eux ne l'étaient pas au moment de la rédaction du RAP) et, malgré les difficultés techniques et financières auxquelles elles se heurtent, les autorités provinciales sont déterminées à les maintenir en opération et à préserver les acquis du projet.

D'importantes leçons peuvent être tirées de cette opération : les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats; il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus, et la supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.

Pièce jointe



## Table des matières

<b>Préface.....</b>	<b>1</b>
<b>Tableaux synoptiques .....</b>	<b>2</b>
<b>Résumé de l'évaluation.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Vue générale du secteur.....</b>	<b>10</b>
<b>Renseignements généraux .....</b>	<b>10</b>
<b>Activités de la Banque dans le secteur .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Objectifs et teneur du projet.....</b>	<b>13</b>
Objectifs et composantes du projet.....	13
Conception du projet.....	14
Utilité du projet.....	15
<b>3. Exécution et résultats.....</b>	<b>16</b>
Exécution générale.....	16
Services de soins de santé primaires .....	17
Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique.....	20
Formation et IEC.....	21
Approvisionnement en médicaments.....	21
<b>4. Résultats de l'évaluation.....</b>	<b>23</b>
Résultats du projet.....	23
Durabilité .....	23
Impact du projet sur les institutions .....	24
Performance de l'emprunteur.....	24
Performance de la Banque .....	25
<b>5. Problèmes et enseignements.....</b>	<b>26</b>
Composante de l'approvisionnement en médicaments.....	26
Suivi et évaluation de la composante des soins de santé de base .....	28
Enseignements tirés du projet .....	30

## Tableaux de l'Annexe

1. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Agadir.....	31
2. Résultats de l'exécution du système PDSS — Agadir.....	31
3. Distribution de la population par type de couverture — Agadir.....	31
4. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Agadir	
5. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, .....	31
en kilomètres — Taroudant .....	32

6. Résultats de l'exécution du système PDSS — Taroudant .....	32
7. Distribution de la population par type de couverture — Taroudant .....	32
8. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Taroudant.....	32
9. Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Settat.....	33
10. Résultats de l'exécution du système PDSS — Settat.....	33
11. Distribution de la population par type de couverture — Settat.....	33
12. Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Settat.....	33
<b>Annexe 2 : Commentaires de l'emprunter .....</b>	<b>34</b>

Ce rapport a été établi par Mme Laura Raney (économiste de la santé), sous la direction de M. Robert van der Lugt (Chef de projet) qui a procédé à l'audit du projet en décembre 1995. Mme Diana Qualls et Mme Sophie Lefebvre ont fourni l'appui administratif. Le rapport a été publié par la Division de l'agriculture et des ressources humaines (Roger Slade, Chef de division) de la Direction de l'évaluation rétrospective des opérations (Francisco Aguirre-Sacasa, Directeur).

## Préface

On trouvera ci-après le Rapport d'évaluation rétrospective du Projet de développement des services de santé au Maroc pour lequel un prêt d'un montant équivalant<sup>2</sup> à 28,4 millions de dollars a été approuvé le 6 juin 1985 (Prêt 2572-MOR). Le projet devait initialement être clos le 31 décembre 1991 mais ne l'a été que le 31 décembre 1993 après avoir été prolongé à deux reprises. Un solde non décaissé de 2,56 millions de dollars (soit 9 % du total du prêt) a été annulé après le dernier décaissement, qui a été effectué le 12 avril 1994.

Le RER repose sur le rapport d'achèvement du projet (RAP)<sup>3</sup>, le rapport du Président<sup>4</sup>, le rapport d'évaluation<sup>5</sup>, l'examen des dossiers de la Banque, des rapports sectoriels et économiques et des entretiens avec les services de la Banque. Une mission du Département de l'évaluation rétrospective des opérations s'est rendue au Maroc en décembre 1995 où elle s'est entretenue du déroulement et des résultats du projet avec des fonctionnaires du Gouvernement, puis a visité plusieurs sites du projet dans les provinces de Taroudant, Agadir et Settat. Les évaluations de la composante des soins de santé de base effectuées par les autorités sanitaires dans les trois provinces pilotes et l'Institut national d'administration sanitaire (INAS) ont également servi à la préparation de ce rapport.

Le rapport d'achèvement du projet a été terminé en juillet 1995 et rend très bien compte de l'exécution du projet et des importants enseignements qui en ont été tirés. L'analyse du projet du point de vue de l'emprunteur figure dans la deuxième partie. On trouve dans le RER confirmation des principales conclusions du rapport d'achèvement, mais plusieurs de ces conclusions ainsi que certaines questions qui ne sont pas complètement traitées dans ledit rapport d'achèvement y sont examinées plus en détail. Il met en particulier l'accent sur la question des produits pharmaceutiques et sur le suivi et l'évaluation. Le rapport examine les résultats du projet dans le contexte des prêts de la Banque à l'ensemble du secteur. Les conclusions du rapport d'achèvement serviront de base au bilan des opérations de prêts dans le secteur de la santé que le Département de l'évaluation rétrospective prévoit d'effectuer.

Conformément aux procédures habituelles du Département, des exemplaires du projet de RER ont été adressés pour observations au Gouvernement du Maroc. Les nombreux commentaires que le rapport a suscités témoignent de l'importance qu'attachent les pouvoirs publics au projet. Ces commentaires, accompagnés des annotations et renvois pertinents, sont reproduits à l'Annexe 2.

---

2. Toutes les références au montant du prêt dans le texte et les tableaux du présent rapport sont exprimées en équivalent-dollars.

3. Rapport d'achèvement du projet : Maroc, Projet de développement des services de santé (Prêt 2572-MOR), Rapport n° 14675, 26 juin 1995.

4. Rapport du Président : Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (Prêt 2572-MOR). Rapport n° P-4079-MOR, 15 mai 1985.

5. Rapport d'évaluation. Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (prêt 2572-MOR), Rapport n° 5440-MOR, 15 mai 1985.

## TABLEAUX SYNOPTIQUES

### PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE AU MAROC (PRET 2572-MOR)

#### Principales données du projet (en millions de dollars)

	Prévisions	Résultats ou estimations	Résultats en % des prévisions à l'évaluation
	Total	Total	
Coût total du projet	47,6	53,3	112
Montant du prêt	28,4	25,8	91
Cofinancement	-	-	-
Montant annulé	-	2,6	nd
Date à laquelle les composantes physiques ont été achevées	06/90	06/93 (06/96) <sup>a</sup>	
Taux de rentabilité économique	nd	nd	nd
Résultats institutionnels : moyens			

a. Les investissements du projet avaient été, pour l'essentiel, menés à bien en 1993; la composante pharmaceutique devrait être achevée en 1996.

#### Décaissements cumulés prévus et effectifs (en millions de dollars)

	EX.86	EX.87	EX.88	EX.89	EX.90	EX.91	EX.92	EX.93	EX.94
Prévisions à l'évaluation	1,3	5,0	10,4	16,4	22,4	26,9	28,4	-	-
Résultats	0	0,13	1,13	3,54	7,93	13,98	19,33	23,52	25,84
Résultats en % des prévisions	0	0,02	0,1	0,21	0,35	0,52	0,68	0,82	0,90

Date du dernier décaissement : avril 1994

#### Dates marquantes

	Prévisions à l'évaluation <sup>a</sup>	Dates effectives
Identification	n/d	Mars 1979
Mécanisme de financement de la préparation des projets (PPF)	Juin 1983	Avril 1982
Préparation	n/d	Sept. 1979, avril 1980 et juin 1981
Préévaluation	n/d	Juillet 1984
Évaluation	n/d	Septembre 1984
Négociations	n/d	Avril 1985
Présentation au Conseil	n/d	6 juin 1985
Signature	Avant octobre 1985	17 janvier 1986
Entrée en vigueur	Octobre 1985	27 juillet 1986
Examen à mi-parcours réalisé par l'Emprunteur	Décembre 1987	Novembre 1989
Achèvement du projet	30 juin 1990	30 juin 1993 <sup>b</sup>
Clôture du prêt	31 décembre 1991	31 décembre 1993

a. Informations tirées de la note de présentation du projet pour les étapes antérieures à la présentation au Conseil et du Rapport d'évaluation pour les étapes suivantes.

b. Toutes les opérations des composantes étaient achevées en juin 1993, à l'exception de l'unité d'approvisionnement en médicaments qui ne l'est toujours pas (RAP, par. 19) et de la composante IEC qui a été abandonnée.

**Semaines de travail**

<b>Étape du cycle du projet</b>	<b>EX.84</b>	<b>EX.85</b>	<b>EX.86-93</b>	<b>EX.94</b>	<b>Total</b>
Préévaluation	85,6				85,6
Évaluation		79,6			79,6
Négociations <sup>a</sup>					nd
Supervision			110,8		110,8
RAP				7	7
<b>Total</b>					<b>283</b>

a. Inclus dans les chiffres indiqués pour l'évaluation.

## Missions

	Mois/ année	Nombre de personnes	Jours sur le terrain	Spécialités représentées <sup>a</sup>	Note du projet (globale)	Note du projet (Dév)	Types de problèmes
Identification	03/79	5	55	A/ Z/C/A/D			
Préparation	09/79	4	40	E/C/Z/A			
Préparation	04/80	4	44	A/F/Z/G			
Préparation	06/81	1	5	F			
	06/83	5	30	F/H/A/A/I			
	10/83	2	20	A/A			
	03/84	1	20	A			
Préévaluation	07/84	1	3	A			
Évaluation	09/84	9	140?	A/J/F/H/K/L/M/N/Z			
Postévaluation	03/85	1	7	A			Examen calendrier du projet et conséquences budgétaires.
Supervision 1	06/86	3	39	A/A/F			
Supervision 2	04/87	3	36	A/O/J			Examen nouvel organigramme Ministère santé; démarrage lent composante IEC.
Supervision 3	02/88	1	? <sup>c</sup>	P			Entretiens sur ouverture Compte spécial.
Supervision 4	08/88 <sup>b</sup>	3	24	Q/R/H	2	1	-Insuffisance ressources exploitation. -Restructuration programme tuberculose.
Supervision 5	01/89	4	32	A/A/S/T	2	1	
Supervision 6	10/89 <sup>b</sup>	4	20	Q/R/H/U	2	1	-Examen à mi-parcours par Ministère de la santé
Supervision 7	06/90 <sup>b</sup>	3	15	Q/V/H	2	1	-Retards paiements aux entreprises; fonds seront affectés aux provinces.
Supervision 8	11/90 <sup>b</sup>	2	18	Q/V	2	1	-Offres UAM trop hautes -Lente exécution -Coûts projets doivent être mis à jour
Supervision 9	02/91 <sup>b</sup>	1	9	V			-Obtention rapport sur financement santé. -Examen nouveau dossier appel d'offres pour UAM.
Supervision 10	05/91 <sup>b</sup>	3	27	Q/V/H	2	1	-Débat sur faisabilité UAM.
Supervision 11	10/91	4	32	W/X/T/H	2	1	-Problèmes décaissements -Insuffisance fonds de contrepartie
Supervision 12	05/92	2	10	V/I	2	1	-Demande de report date de clôture.
Supervision 13	11/92	3	27	V/I/Q	2	1	-Allocations budgétaires limitées -Certains centres prêts mais sans personnel. -Statut UAM doit être défini.
Supervision 14	04/93	2	6	Y/A	2	1	-Ministère santé négocie avec secteur pharmaceutique privé.
Achèvement	05/94	1	6	Y	-		-Matériels UAM n'ont pas été obtenus et statut unité non défini.

a. Symboles des spécialités : A = spécialiste SSP; B = spécialiste des prêts; C = spécialiste de l'éducation; D = spécialiste des soins de santé primaires de USFDA; E = spécialiste santé rurale; F = économiste; G = consultant sp. soins de santé primaires; H = architecte; I = spécialiste de l'exécution; J = économiste de la santé; K = consultant PF; L = consultant en recherche sur

systemes pharmaceutiques; M = assistant; N = chef de division; O = préposé aux opérations; P = chargé des décaissements; Q = spécialiste de la santé; R = médecin SSP; S = spécialiste des questions de population; T = sp. adm. hôpitaux; U = sp. éducation/ formation; V = analyste financier; W = spécialiste senior population, santé, nutrition; X = médecin SSP; Y = responsable du projet; Z = chargé du prêt.

b. À dater d'août 1988, toutes les missions ont couvert à la fois le Projet de développement des services de santé et le Projet d'investissement dans le secteur de la santé. Elles ont réparti leur temps à parts égales entre les deux projets, ce qui signifie qu'elles ont probablement surestimé le temps qu'elles ont effectivement alloué au premier projet.

c. Missions à objectifs multiples. On ne connaît pas la proportion de temps allouée au projet.

## **Résumé de l'évaluation**

### **Introduction**

1. Le Projet de développement des services de santé du Maroc est la première opération réalisée au Maroc par le Groupe de la Banque mondiale dans le secteur de la santé. Il a permis d'aider le Ministère marocain de la santé publique à appuyer et à accélérer le passage d'un système de soins de santé axé sur des hôpitaux en milieu urbain à un système de soins de santé primaires plus efficace au plan des coûts et privilégiant les activités décentralisées dans les zones rurales. Ce système, qui est décrit dans le plan quinquennal de 1981-1985, a été conçu sur la base des principes énoncés lors de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 ».

### **Conception du projet**

2. Le projet avait pour objectifs d'améliorer la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, dans trois provinces et de renforcer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial, pour qu'il devienne possible de mettre en place le système de prestations des soins de santé dans tout le pays. Le projet avait quatre composantes qui visaient à : a) améliorer les soins et à les développer dans les zones rurales en établissant un nouveau système de prestations de soins de santé dans trois provinces (Agadir, Taroudant et Settat) dans le cadre d'une opération pilote donnant lieu à l'amélioration et à l'extension de l'infrastructure matérielle, la fourniture d'équipements, une aide en matière de formation et un soutien logistique; b) renforcer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique et conforter ce dernier dans son rôle de responsable de la politique du secteur de la santé; c) appuyer des programmes de formation et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC); et d) assurer un meilleur approvisionnement en médicaments de base.

### **Exécution du projet**

3. Cette opération s'est faite lentement. Le projet a pris effet en juillet 1986, six mois après sa signature et plus de 20 mois après son évaluation. Le premier décaissement a eu lieu en mars 1987, essentiellement parce que les fonds de contrepartie disponibles étaient insuffisants et n'ont été que lentement débloqués par le Ministère des finances. Les graves retards de construction qui se sont produits tiennent à divers facteurs, à savoir la lourdeur des procédures comptables de l'État, les difficultés qu'a eu l'emprunteur à s'adapter aux procédures de passation des marchés et de décaissement de la Banque, et le transfert de la responsabilité des travaux publics du Ministère de la santé publique à celui de l'équipement pendant l'exécution du projet. Ce dernier a été clos après avoir été prolongé à deux reprises d'une année. Un montant de 2,56 millions de dollars a été alors annulé.

4. Une fois construits, divers établissements sanitaires (20 % en 1994) sont restés fermés faute de crédits budgétaires et de personnel. Le manque de personnel est un problème dont souffre l'ensemble du secteur et pas seulement le projet. Cela dit, tous les établissements couverts par ce dernier étaient opérationnels au moment de l'évaluation rétrospective, même si certains ne pouvaient fonctionner à pleine capacité parce qu'ils n'avaient pas les effectifs requis. Comme signalé dans le rapport d'achèvement, pendant l'exécution du projet, le Ministère de la santé publique a fait l'objet de plusieurs réorganisations qui se sont traduites par une « balkanisation » des divers départements,



marquée par des chevauchements et l'éparpillement des responsabilités. L'impact du projet sur les institutions a donc été limité. Toutefois, son évaluation a été menée de manière très satisfaisante, bien qu'en retard, de même que les études consacrées au financement du secteur de la santé et à la gestion hospitalière. Seulement 25 % de la composante IEC ont été exécutés dans le cadre du projet, car d'autres donateurs ont fourni les fonds nécessaires pour financer ces activités. Quant à la composante visant à un meilleur approvisionnement des médicaments de base, son exécution a été considérablement retardée et elle n'est toujours pas totalement achevée. Certaines ambiguïtés quant aux fonctions qui doivent être remplies subsistent encore aujourd'hui, malgré la planification soigneuse à laquelle il a été procédé avant l'évaluation et malgré les accords auxquels le Gouvernement du Maroc, la Banque et le secteur privé étaient apparemment parvenus.

## Résultats

5. Deux ans après sa clôture, il ne fait aucun doute que le Projet de développement des services de santé a atteint son objectif principal, qui était d'améliorer et d'élargir l'accès aux services de santé de base dans les zones rurales. Plus de 134 établissements sanitaires ont été construits et équipés dans les zones rurales. L'indice population/établissement sanitaire s'est amélioré et est passé d'un centre de base pour 75.000 habitants en 1985 à un pour 44.000 en 1994, tandis que le nombre de médecins généralistes dans la zone du projet a plus que doublé. L'intégration du nouveau système de prestation de soins de santé mis au point dans le cadre du projet (réorganisation des méthodes de prestation, de planification, de supervision et de suivi des services) a été menée à bien par le personnel et le système mis en place dans trois provinces au départ a été étendu à l'ensemble du pays. Ce système de prestation continue de bénéficier de l'appui de la Banque, dans le cadre de projets-relais, et d'autres donateurs.

6. Les résultats obtenus ne sont pas aussi concluants pour la composante consacrée aux médicaments (21 % du coût total estimé du projet) que pour la composante des soins de santé de base. L'unité d'approvisionnement en médicaments a été constituée avec trois ans de retard et est beaucoup plus importante que le modeste service envisagé au départ. L'unité, qui était censée assurer le stockage et la distribution des médicaments dans le secteur de la santé publique et de préparer<sup>6</sup> un petit nombre de médicaments de base en étroite collaboration avec le secteur privé n'était pas opérationnelle au moment de la clôture du projet. L'équipement nécessaire à l'unité de préparation n'a pas été acheté au moyen des fonds du projet, et ni son statut juridique ni les conditions de sa gestion ni ses rapports avec le secteur privé n'ont été définis avant la clôture du projet. En raison du retard pris par sa construction, l'unité d'approvisionnement en médicaments n'a pu assumer sa fonction de stockage et de distribution que deux ans après la clôture. Les stocks de médicaments ont été transférés de la pharmacie centrale à la nouvelle unité en décembre 1995 au moment de l'évaluation rétrospective et, bien qu'acheté et payé par le gouvernement marocain, l'équipement de l'unité de préparation n'a pas été installé. On estime qu'il faudrait au moins six mois de plus pour que cette unité devienne opérationnelle. Par ailleurs, son statut juridique reste à définir et le gouvernement ne s'est toujours pas entendu avec le secteur privé sur ses modalités de fonctionnement. La gestion et le fonctionnement de cette unité de préparation reste donc une question en suspens. Il est peu probable que le gouvernement ne recouvre jamais les fonds investis dans cette unité (estimés à 13 millions de dollars).

---

6. La préparation est le dernier stade de la production d'un médicament à partir d'ingrédients intermédiaires, auquel il prend sa forme définitive. Elle consiste en opérations simples telles que mélange, dissolution ou dispersion et fragmentation en formes pharmaceutiques (comprimés, capsules, tubes, etc.).

7. Compte tenu des avantages relatifs des divers objectifs et composantes, les résultats du projet sont jugés satisfaisants. Dans le rapport d'achèvement, la durabilité du projet a été jugée incertaine, car de nombreuses installations n'étaient pas encore opérationnelles faute de personnel et de fonds. Toutefois, au moment de l'évaluation rétrospective, toutes les installations (à l'exception de l'unité d'approvisionnement en médicaments) étaient opérationnelles et assuraient des services de santé de base. Même si la qualité des prestations et l'efficacité du nouveau système de prestations de services sont parfois contestables, les provinces sont résolues à maintenir ce système, qui a été mis en place dans l'ensemble du pays. L'étude de financement du secteur de santé qui a été achevée en 1990 a été suivie de plusieurs séminaires et ateliers et a abouti à la création d'une unité d'économie de la santé au Ministère de la santé publique. Le financement du secteur de la santé fait actuellement l'objet d'un dialogue soutenu sur la politique à suivre entre le Maroc et la Banque (dans le cadre d'un projet en cours et d'un projet à venir). L'évaluation rétrospective note donc que le projet aura probablement des résultats durables.

8. Les résultats de la composante du renforcement du Ministère de la santé publique sont moins évidents étant donné la foule de changements qui se sont produits pendant les huit ans qu'a duré le projet, notamment les restructurations de 1985, 1989 et 1994, et la nomination de nouveaux ministres de la santé en 1987 et 1992 (voir le déroulement du projet à la Figure 1.1). Comme indiqué dans le rapport d'achèvement du projet, dans l'ensemble, la gestion des travaux publics s'est améliorée même si la passation de marchés, l'établissement du budget de programmes et la répartition des ressources continuent de poser de graves problèmes au Ministère de la santé publique. Comme le rapport d'achèvement, l'évaluation rétrospective juge que le projet n'a eu qu'un impact limité sur les structures institutionnelles. D'une manière générale, les conclusions du rapport d'évaluation rétrospective concordent avec celles du rapport d'achèvement et qualifient de satisfaisantes la performance de l'emprunteur et de celle la Banque, malgré certaines faiblesses dans l'un et l'autre cas.

### **Enseignements tirés du projet**

9. Les enseignements tirés de ce projet sont les suivants <sup>7</sup> :

- a) *Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent.* Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé présenté dans le volume relatif à l'exécution n'encourageait pas la poursuite de cette participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. Pour remédier à ce problème, il importe de faire preuve, non pas de moins de minutie dans la conception, mais de davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écoulent entre la mission d'évaluation et les différentes missions de supervision de la Banque ne contribuent certainement pas à améliorer la situation.

---

7. L'INAS note une autre leçon importante, à savoir que la stabilité et le moral du personnel sont des conditions nécessaires au maintien du dynamisme du projet.

- b) *Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats.* Dans le projet à l'examen, l'évaluation a été menée à bien et a fourni énormément de données. Ces dernières ont néanmoins été produites trop tard pour pouvoir servir à l'exécution du projet ou à la conception du projet-relais.
- c) *Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus.* Malgré la préparation détaillée de la composante pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dans les phases initiales du projet, un défaut de cohérence dans les messages de la Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique. En fin de compte, on constate une certaine amertume au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.
- d) *La supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.* En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). L'importance accordée à cette opération s'est soldée par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
- e) *Les emprunteurs préfèrent que les dons financent les activités de formation et d'assistance technique.* Il est possible de leur donner satisfaction en améliorant la coordination des activités avec les bailleurs de fonds et en concevant et en exécutant ces composantes avec une souplesse accrue.

## 1. Vue générale du secteur

### Renseignements généraux

1.1 Au cours des 15 années qui ont suivi son accession à l'indépendance (1956), le Maroc a privilégié une politique économique conservatrice, et son PIB a augmenté de 4 % en moyenne par an. Vers le milieu des années 70, la politique économique a pris un tour plus ambitieux, et le taux de croissance économique a atteint 7,5 % par an pendant la période 1973-77. Toutefois, le Maroc, comme beaucoup d'autres pays en développement, a connu une crise économique en 1978, qui s'est prolongée au début des années 1980. Le gouvernement marocain a adopté un programme de stabilisation en 1978 pour remédier à la rapide détérioration de sa situation financière. Depuis lors, la Banque a aidé le Maroc dans le cadre d'un programme de réformes intensives reposant sur des prêts, des conseils de politique générale et des études économiques et sectorielles (l'efficacité de ce programme de la Banque est examinée dans une étude spécifique du Département de l'évaluation rétrospective des opérations<sup>8</sup>). Avec un PNB par habitant de 1.150 dollars en 1994, le Maroc reste un pays relativement pauvre, au bas du groupe des pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure.

1.2 Le Maroc est actuellement en pleine transition démographique et épidémiologique. Depuis les années 60, le taux de mortalité est tombé de 19 pour 1.000 à 7,3 pour 1.000 en 1992 et le taux brut de natalité a été ramené de 50 à 28 pour 1.000. Le taux de mortalité infantile est passé de 119 à 57 pour 1.000, tandis que l'espérance de vie à la naissance est passé de 45 à 65 ans. Le taux d'emploi des méthodes modernes de contraception est évalué à 43 % en 1994 contre 13 % environ en 1984. L'indice synthétique de fécondité est tombé de 5,8 % en 1980 à 3,6 en 1994. La croissance démographique s'est ralentie pour passer d'environ 2,8 % par an pour la période 1955-60 à 2,1 % pour la période 1992-94. Malgré ces progrès, d'importants indicateurs continuent d'indiquer des résultats peu défavorables. Le taux de mortalité maternelle au Maroc est parmi les plus élevés d'Afrique, puisqu'il est en moyenne de 232 pour 100.000 alors qu'il n'est que de 50 en Tunisie et de 140 en Algérie. Sur l'ensemble des naissances, 40 % seulement ont lieu sous surveillance médicale. Les morts néonatales précoces contribuent encore pour moitié au taux de mortalité infantile. Les maladies infectieuses contre lesquelles il est possible de lutter restent une des grandes causes de mortalité et de morbidité parmi les enfants de un à cinq ans. La lutte contre les maladies transmissibles et les problèmes de santé maternelle et infantile est maintenant facilitée par l'instauration de programmes sanitaires et de modes de vie plus sains; ces maladies et problèmes continuent néanmoins de représenter un problème grave, particulièrement dans les zones rurales.

1.3 À l'époque du projet, l'organisation et la gestion du secteur de la santé se heurtaient à divers obstacles : l'inefficacité du système de prestations des soins de santé (qui privilégiait les prestations curatives et urbaines), l'absence d'une quelconque politique au Ministère de la santé publique et, partant, le manque de coordination entre les différents prestataires de services de santé, les carences de la planification et de la gestion interne du Ministère, la mauvaise utilisation des ressources par le sous-secteur hospitalier, l'insuffisance du financement global du secteur et la désorganisation et la complexité du système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques qui se traduisaient par de graves pénuries de médicaments de base et menaçaient d'entamer la crédibilité de l'ensemble du système de soins de santé primaires.

---

8. Ce département prépare à l'heure actuelle une étude sur l'assistance au Maroc.

## Activités de la Banque dans le secteur

1.4 Le Projet de développement des services de santé (PDSS) a été le premier grand projet de la Banque dans le secteur de la santé au Maroc. L'intervention de la Banque dans ce secteur avait jusque-là pris la forme d'une composante du projet d'irrigation de Doukkala (Prêt 1201-MOR) portant sur la lutte contre la bilharziose (schistosomiase) et d'une composante du Troisième projet pour l'éducation (Prêt 1220-MOR) portant sur la formation d'agents sanitaires. Le PDSS avait pour objectif : a) de renforcer la prestation des soins de santé primaires (y compris la planification familiale) dans trois provinces; et b) d'améliorer la capacité du Ministère, aux niveaux central et provincial, dans les domaines de la planification des activités du secteur de la santé, de la formation du personnel, de la recherche et de l'évaluation et de l'administration du système de santé, condition nécessaire à la mise en place d'un système de prestations des soins de santé dans le reste du pays. Un prêt de 28,3 millions de dollars a couvert en partie le coût total prévu du projet d'un montant de 45,5 millions de dollars. Le projet a été exécuté entre 1985 et 1994.

1.5 La Banque maintient son appui au secteur de la santé grâce au Projet d'investissement dans le secteur de la santé de 1990 (PRISS - Prêt 3171-MOR pour un montant de 104 millions de dollars), qui s'appuie sur le Projet de développement des services de santé de 1985<sup>9</sup>. Ce projet-relais visait essentiellement : a) à renforcer les principaux services de soins de santé de base; b) à consolider l'administration de la gestion des services de santé; et c) à encourager des réformes du secteur et de la politique générale qui permettent de s'attaquer à des problèmes à long terme liés à l'évolution et à la structure des systèmes de prestations de services de santé des secteurs public et privé, aux mécanismes de financement et à la mobilisation de ressources à l'appui du secteur. Il est prévu que le projet sera achevé en décembre 1997 et l'exécution du projet est considérée à ce jour comme satisfaisante<sup>10</sup>. L'appui aux services de santé de base pourra être maintenu grâce au projet relatif aux soins de santé de base de 1996 (programme relatif aux priorités sociales) et à un projet sur la gestion et le financement du secteur de la santé prévu pour l'exercice 97 (voir Figure 1.1)<sup>11</sup>.

1.6 L'appui de la Banque a été et continue d'être axé sur le renforcement de la prestation de soins de santé de base, et ce de plus en plus dans les zones rurales pauvres. En outre, une aide a été apportée à la gestion et à l'administration des services de santé et à la réforme des orientations (secteur pharmaceutique, financement des services de santé et gestion hospitalière).

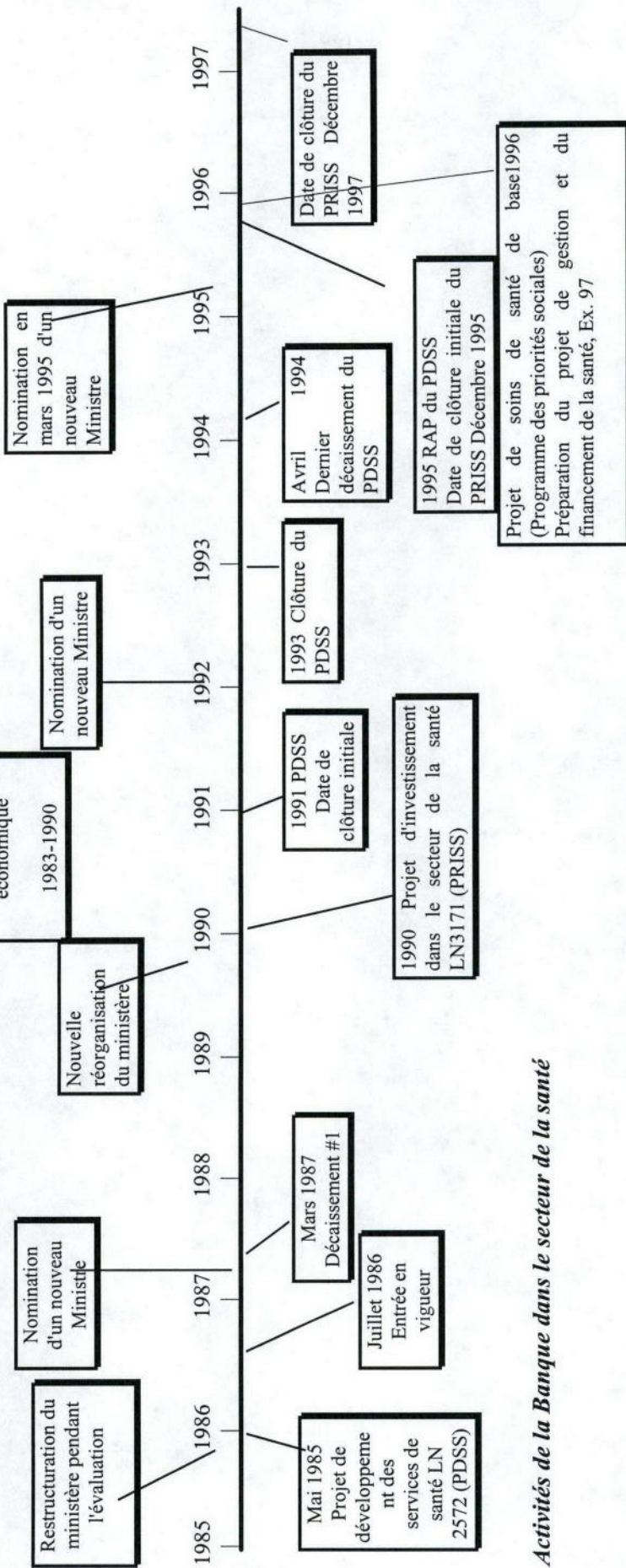
---

9. Rapport d'évaluation, Royaume du Maroc, Prêt d'investissement dans le secteur de la santé (Prêt 3171-MOR), Rapport n° 8108-MOR, 8 janvier 1990.

10. Rapport de supervision daté de juillet 1995.

11. Ce projet compléterait les interventions dans le secteur de l'USAID, du FNUAP et de l'UNICEF et comprendrait trois volets visant : a) à améliorer l'accès aux services de santé curatifs et préventifs essentiels dans les vingt provinces ciblées; b) à renforcer les services d'urgence, de diagnostic et d'aiguillage; et c) à procéder à des réformes administratives et de l'action publique. Pour plus de détails, se reporter au rapport d'évaluation sur le projet de soins de santé de base (programme des priorités sociales) au Maroc. Rapport n° 15073-MOR.

**Changements externes**



**Activités de la Banque dans le secteur de la santé**

## 2. Objectifs et teneur du projet

2.1 À la suite de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 », le Maroc a commencé à refondre son système de santé, centré à l'époque sur les établissements hospitaliers urbains. Le troisième plan d'aménagement du Maroc (1977-80) a donné lieu à d'ambitieux investissements dans de grands hôpitaux, qui se sont soldés par des budgets de fonctionnement insuffisants pour assurer les services de santé de base. Dans l'ensemble, les allocations de crédits sont restées faibles : en 1982, l'enveloppe de financement globale du secteur était de 8,35 dollars par habitant <sup>12</sup>. Le quatrième plan quinquennal (1981-85), marquant une rupture nette par rapport à la politique antérieure, a donné la priorité aux services de santé de base. Ce plan prévoyait de décentraliser la programmation, de perfectionner les systèmes d'information de gestion, d'améliorer la formation du personnel et de remédier à de graves pénuries de médicaments de base. Le cinquième plan quinquennal (1988-92) a mis l'accent, dans ses objectifs de santé, sur les soins de santé primaires, les services de santé de base et l'efficacité au plan des coûts, tout en continuant de s'intéresser au système d'approvisionnement en médicaments.

### Objectifs et composantes du projet

2.2 Le projet avait pour objectif d'accélérer le passage d'un système de santé privilégiant les soins hospitaliers dispensés en milieu urbain à un système de soins de santé primaires ayant un meilleur rapport coût-efficacité et privilégiant les activités décentralisées dans les zones rurales. Il visait à renforcer dans trois provinces la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, et d'améliorer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial, condition nécessaire à la mise en place du système de prestations de soins de santé dans le reste du pays. Le projet avait quatre composantes :

- a) *Services de santé primaires* (23 millions de dollars, soit 70 % du coût total du projet). Le système de soins de santé primaires envisagé dans le quatrième plan de développement (1981-85) devait être bien implanté dans trois provinces — Agadir, Settat, Taroudant — dans la perspective d'une future extension du projet à l'ensemble du pays. Le projet devait assurer les investissements nécessaires pour les nouveaux bâtiments, équipements et véhicules. Son exécution devait être suivie de près et accompagnée d'une recherche opérationnelle qui permette d'apporter au fur et à mesure les aménagements nécessaires. On espérait que le projet permettrait d'aboutir à une solution de rechange viable au système de prestations de soins de santé alors en vigueur.
- b) *Gestion* (1,7 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet). Le projet devait améliorer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique et renforcer son rôle en tant que responsable de la politique du secteur de la santé en renforçant ses moyens de planification, en lui assurant la capacité de mener à bien des études d'évaluation et en améliorant les procédures administratives. Le projet devait apporter équipements, fournitures, véhicules, assistance technique aux consultants locaux et étrangers, ainsi que des bourses pour la formation à l'étranger.

---

12. Contre 22 dollars en Algérie, et 31 dollars en Tunisie.

- c) *Formation et information, éducation et communication (IEC)* (1,6 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet). Le projet devait renforcer la capacité de former du personnel paramédical et de produire du matériel IEC grâce à un apport en équipement destiné à un centre de formation construit dans le cadre du troisième projet d'éducation. Il devait aussi fournir de l'équipement, des véhicules et de l'assistance technique pour la production et la diffusion de matériel IEC.
- d) *Approvisionnement en médicaments de base* (6,8 millions de dollars, soit 20 % du coût total du projet). Le projet devait créer une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) chargée de mettre en place un système coordonné d'achats, de stockage, de préparation, de conditionnement, de distribution et de contrôle des médicaments destinés au système de santé publique. Le projet devait également financer la construction de locaux de stockage, d'emballage et d'expédition, une unité de conditionnement et un petit laboratoire de préparation ainsi que l'équipement, la formation et l'assistance technique nécessaires au fonctionnement de cette unité.

### **Conception du projet**

2.3 Ce premier projet sanitaire s'est poursuivi pendant plus de dix ans avant d'être évalué. Un bref examen de la situation démographique du Maroc a été mené sur dossier en 1973. Bien que la Banque ait eu, à l'époque, pour principe de ne pas effectuer de prêts directs au secteur de la santé, une mission a été entreprise pendant l'exercice 1977 pour étudier la situation démographique et le système de fourniture de services de santé. Par ailleurs, il a été décidé, cette année-là, de ne pas donner suite à un projet sur la nutrition. Un rapport a été établi en 1978 sur le secteur de la santé dans lequel la Banque a reconnu la contribution que pourrait apporter un projet de services de santé maternelle et de planification familiale fondé sur une approche bénéficiant de l'appui de l'USAID.

2.4 Lors d'une mission de reconnaissance menée en 1978, il a été noté que le programme de planification familiale au Maroc faisait partie intégrante de la structure sanitaire, et une deuxième mission menée la même année a permis de constater que le gouvernement avait modifié sa position et était désormais disposé à discuter des questions de démographie<sup>13</sup>. Sur la base de ce dialogue, une mission de la Banque a défini en 1979 un projet intégré concernant la population, la santé et la nutrition et a recommandé que ce projet soit suivi d'un autre en 1984. Les travaux de préparation se sont poursuivis de 1979 à 1984, avec l'appui de la Banque et une assistance technique de l'OMS, de l'USAID et de l'UNICEF. Une avance PPF de 75.000 dollars a été approuvée pour ce projet en 1982. En 1984, la Banque a finalement procédé à une préévaluation puis à une évaluation du projet.

2.5 La préparation du volet concernant les services de santé primaires — le plus important du projet — comprenait une étude des facteurs socio-culturels déterminants en matière d'hygiène et d'assainissement dans les zones périurbaines et rurales. Menée à bien par le Ministère de la santé publique et l'Institut agronomique Hassan II avec l'aide de l'UNICEF, l'étude a permis de définir des interventions susceptibles d'être réalisées à l'échelon de la collectivité dans le cadre du projet. Ces interventions — programmes de santé maternelle et infantile, vaccinations, services de nutrition et d'assainissement de base — ne supposaient guère d'innovations et reposaient sur la vaste expérience acquise au Maroc. La stratégie de prestations de services de soins primaires a été élaborée d'après un relevé précis des données concernant la population, la topographie, les accès, les ressources

---

13. Ce système de planification familiale intégré était tout le contraire du programme de planification familiale vertical appliqué à l'époque en Tunisie.



matérielles et humaines existantes, et en étroite collaboration avec les collectivités et les responsables provinciaux de la santé.

2.6 La planification sanitaire dans les trois provinces pilotes s'est faite à partir de la base. Les localités ont défini leurs propres problèmes et arrêté les objectifs du programme. Chaque province a regroupé les plans locaux en un plan provincial. Le Ministère a apporté son concours à cet effort de décentralisation.

2.7 La composante consacrée aux médicaments visait à réorganiser tout le système d'approvisionnement en médicaments du secteur public. Les installations vieillissantes de la pharmacie centrale devaient être remplacées et une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) créée.

2.8 À la Banque, une note versée au dossier faisait l'éloge de l'évaluation du projet qui y était qualifiée d'une des plus détaillées, informatives et intéressantes du secteur sanitaire et indiquait que la masse d'informations et d'éléments d'analyse qu'elle contenait rendait bien compte de l'ampleur de la préparation d'un projet petit mais complexe et de la très bonne connaissance que l'on avait d'un secteur difficile. Toutefois, une autre note faisait état des préoccupations suscitées par la trop grande complexité du projet, demandait si les institutions locales étaient en mesure de le mettre en oeuvre efficacement, et faisait remarquer qu'une supervision très poussée du projet s'imposerait.

2.9 D'autres composantes, notamment celles de la gestion et de l'IEC, avaient également fait l'objet d'une recherche approfondie avec l'aide technique (entre autres) de l'UNICEF, de l'USAID et de l'OMS. C'est ce qui explique la très haute qualité technique du projet lors de son lancement<sup>14</sup>.

### **Utilité du projet**

2.10 Le projet visait à permettre la réalisation des objectifs fixés par le gouvernement pour le secteur tels qu'énoncés en termes précis dans le quatrième plan de développement (1981-85) pour les soins de santé de base, dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale, de la vaccination, de l'éducation sanitaire et de l'assainissement de base. Il donnait aussi la priorité à l'amélioration de la gestion des services de santé de base par le biais d'une décentralisation de la programmation, de l'amélioration du système d'information de gestion et du renforcement de la formation du personnel. Le projet se fondait sur les principes d'Alma Ata acceptés par la communauté internationale dans le cadre de la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 » et était conforme à la stratégie suivie à l'époque par la Banque en matière de santé. Cette dernière consistait à favoriser le passage d'un système hospitalier exigeant d'importants volumes de capitaux et de devises à des services de santé plus développés plus accessibles, physiquement et financièrement, aux catégories de population ayant un faible revenu. Le projet devait permettre de tester une solution de rechange au système de santé existant et préparer le terrain à sa mise en place dans l'ensemble du pays. Il devait donner lieu à la constitution d'un système de prestation de soins de santé efficace au plan des coûts privilégiant les soins de santé primaires et la planification familiale. Le projet a donc été jugé utile.

---

14. Mémoires internes de la Banque datés du 13 février 1985 et du 10 avril 1995.

### 3. Exécution et résultats

#### Exécution générale

3.1 *Gestion du projet.* Une unité chargée de l'exécution du projet et relevant de la Direction des affaires techniques (DAT) du Ministère de la santé publique a été créée en 1984. Cette unité s'est vue attribuer la responsabilité générale de toutes les opérations relatives à la passation des marchés, les décaissements et les opérations comptables liés au projet et se composait d'un coordinateur du projet et de cinq cadres (un administrateur, un médecin, un économiste et deux superviseurs principaux des services de santé) qui avaient tous participé activement à la préparation du projet. Par la suite, un architecte chevronné et quatre agents chargés du secrétariat et de l'appui sont venus compléter ces effectifs, tandis qu'un directeur par intérim de l'unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) a été nommé par le Ministre de la santé. En province, l'exécution du projet a été confiée aux directions médicales provinciales. Les travaux publics devaient être supervisés par les services pertinents du Ministère de la santé publique à Taroudant, Agadir et Settat, sous le contrôle général de l'architecte de l'unité chargée de l'exécution du projet, en consultation avec le Ministère de l'équipement. Ce dernier avait toutefois la charge des travaux publics, et le Ministère de la santé n'a pas directement participé à leur exécution.

3.2 *Financement.* Avant l'évaluation d'octobre 1984 et même après les négociations d'avril 1985, la Banque s'est déclarée préoccupée par les obstacles financiers auxquels se heurtait le gouvernement. La lenteur du déblocage des crédits d'équipement destinés au Ministère de la santé publique a retardé de neuf mois la signature du prêt. Même après que celui-ci ait été signé en janvier 1986, les difficultés posées par l'autorisation du budget de 1986 ont retardé son entrée en vigueur, qui n'a pu avoir lieu qu'en juillet 1986. L'insuffisance des fonds et les complications administratives ont été la source de difficultés pendant toute la durée du projet.

3.3 Pour faire face aux problèmes de financement, la Banque a proposé la création d'un fonds de roulement ou d'un compte spécial. Or, à l'époque, la législation marocaine interdisait la création d'un tel fonds en devises étrangères. À l'issue de nouveaux entretiens, il a été convenu en 1988 de créer un fonds de roulement en monnaie nationale dans une banque commerciale.

3.4 Les décaissements se sont faits plus lentement que prévu pendant les premières années d'exécution du projet parce que le Ministère des finances et le Ministère de la santé publique n'ont pas réussi à allouer des ressources de contrepartie suffisantes. Aussi, la quatrième année, le gouvernement s'est-il entendu avec la Banque sur un calendrier simplifié de décaissements, tandis que le Ministère des finances, de son côté, simplifiait les procédures de paiement des entrepreneurs de travaux publics et déléguait l'autorité nécessaire à ces paiements. Les décaissements ont de ce fait fortement augmenté en 1991. Seulement 8 millions de dollars, soit 28 % du prêt, avaient été décaissés pendant la période 1986-90; 5,9 millions, soit 20 % du prêt, l'ont été pendant les six premiers mois de 1991.

3.5 La concentration des ressources dans les trois provinces pilotes, bien que justifiée d'un point de vue technique, a par ailleurs suscité une résistance tout à fait compréhensible de la part des autres provinces et a compliqué la répartition annuelle du budget d'équipement. Ce problème a été résolu progressivement lorsque les principaux éléments du projet ont été menés à bien, qu'il est devenu clair que les retombées à long terme du projet étaient bénéfiques pour d'autres provinces que

les trois provinces pilotes et que des activités similaires ont été entreprises dans d'autres provinces dans le cadre du projet-relais.

### **Services de soins de santé primaires**

3.6 *Travaux publics.* Le développement des services de santé primaires, qui était la principale composante du projet, a essentiellement consisté à construire des dispensaires de base, cinq hôpitaux ruraux, cinq laboratoires auxiliaires et quatre unités de radiologie. Les travaux ont été retardés par suite : a) du démarrage tardif du projet; b) des problèmes posés par l'identification d'entrepreneurs disposés à accepter des travaux d'aussi faible importance et aussi dispersés; c) de la crise financière générale qu'a connue le Maroc en 1987, qui a amené le Ministère des finances à suspendre les paiements pendant dix mois; et d) de la lourdeur des procédures officielles de règlement qui a entraîné un retard de dix mois dans le paiement des entrepreneurs, lesquels ont à leur tour suspendu les travaux dans l'attente d'être payés. À la fin de 1987, 30 % seulement des travaux publics prévus pour cette année-là étaient en cours.

3.7 Pendant l'exécution du projet, la responsabilité des travaux publics a été transférée du Ministère de la santé publique au Ministère de l'équipement. Ces travaux ont toutefois continué de se caractériser par leur lenteur tout au long du projet. Aucun directeur de projet n'étant chargé de cette tâche à plein temps au niveau central, il a été difficile de remédier à ces retards. L'organisation relativement peu structurée du projet a, selon le personnel de la Banque, été le principal obstacle à l'apport d'une solution aux problèmes administratifs. Plusieurs hauts responsables provinciaux ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective s'être sentis à l'époque plus ou moins abandonnés par l'administration centrale.

3.8 Au total, 134 établissements sanitaires de base (non compris les cinq hôpitaux ruraux) ont été construits en milieu rural dans le cadre du projet. L'Institut national d'administration sanitaire (INAS) a évalué la composante des soins de santé primaires dans chacune des trois provinces. À cet effet, il a examiné le calendrier des travaux de construction d'un échantillon aléatoire d'établissements sanitaires relevant du projet dans les trois provinces<sup>15</sup>. Il en a conclu que 50 % des établissements ont été achevés dans l'année qui a suivi le début des travaux, qui ont duré de trois mois à Settât à quatre ans à Taroudant. À la fin du projet, environ 20 % des nouveaux établissements sont restés fermés faute de personnel. À Taroudant, l'équipe chargée de l'évaluation rétrospective a été informée que certains établissements étaient restés fermés de 18 mois à deux ans. Tous les établissements sanitaires étaient opérationnels au moment de l'évaluation rétrospective, mais les autorités provinciales ont fait remarquer que certains ne pouvaient fonctionner à pleine capacité faute de personnel. Par exemple, l'hôpital rural d'Ighrem, dans la province de Taroudant, n'avait pas les techniciens de laboratoire et de radiologie requis et fonctionnait plus comme un dispensaire que comme un hôpital. À Agadir, la mission d'évaluation rétrospective a été informée que certains établissements n'ont que des effectifs réduits, inférieurs aux normes établies : les centres de santé fonctionnent comme des dispensaires ruraux; les dispensaires ruraux comme des dispensaires ruraux de base; le personnel infirmier des centres d'accouchement, déjà peu nombreux, accouche aussi les patientes, assure les services de santé maternelle et infantile et participe aux activités d'information dans les zones rurales. La pénurie d'effectifs est réputée être un problème commun à tout le secteur et ne pas uniquement toucher le projet.

---

15. « Évaluation du projet de développement des services de santé dans les provinces d'Agadir, Taroudant et Settât. Période 1985-92 », Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Institut national d'administration sanitaire, Évaluations équipes de la délégation des trois provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

3.9 Les collectivités locales ont largement participé au projet. Elles sont intervenues dans le choix des sites et nombre d'entre elles ont fourni des terrains. Dans la province d'Agadir par exemple, les collectivités ont fait don de 23 parcelles pour les nouvelles constructions<sup>16</sup>. Au total, les collectivités ont offert 67 parcelles dans les trois provinces. Leur participation a également pris d'autres formes : rénovation et entretien général des bâtiments, alimentation en électricité, transports (pour les évacuations d'urgence) et fournitures (combustibles et désinfectants pour les points d'eau, par exemple).

3.10 *Résultats.* La composante des soins de santé primaires a été totalement exécutée et a eu un effet appréciable sur l'accès aux soins de santé. Au total, 134 établissements sanitaires de base (31 centres de santé, 16 dispensaires ruraux, 45 dispensaires ruraux de base et 42 centres d'accouchement) ont été construits dans des zones rurales jusqu'alors peu ou pas du tout desservies. Ces travaux ont permis de doubler le nombre d'installations dans les trois provinces, qui est passé de 136 en 1985 à 270 en 1994. Dans la province d'Agadir, qui est la principale bénéficiaire des nouvelles constructions réalisées dans le cadre du projet, le nombre des installations sanitaires de base a augmenté de 85 %. Ces travaux ont notablement amélioré l'accès aux soins de santé de base dans les trois provinces. Le ratio population/établissement sanitaire s'est amélioré, pour passer d'un centre de base pour 75.000 personnes en 1985 à un centre pour 44.000 en 1994, et le nombre de généralistes dans la zone du projet a plus que doublé.

3.11 Outre qu'elle a permis d'améliorer l'infrastructure, la composante des services de santé primaires a permis d'organiser et de mobiliser des équipes centrales et provinciales et de décentraliser la planification en faveur des soins de santé primaires. Le projet a permis de fixer des normes rationnelles et d'adopter des dispositions institutionnelles souples pour la mise en place de services de soins de santé primaires. Ces normes et dispositions ont été adoptées dans d'autres provinces à partir de juillet 1988 et ont, par la suite, été appliquées dans le reste du pays. Le nouveau système de prestations de services est devenu partie intégrante du système d'administration décentralisée des services de santé du Maroc. La plupart des responsables marocains ont indiqué à la mission d'évaluation rétrospective que les provinces continuaient de suivre les principes du PDSS, surtout pour ce qui est de la planification et de la gestion décentralisées, des mécanismes de fourniture de services et du travail en équipe instauré par le projet.

3.12 Les conclusions de l'évaluation de la composante des soins de santé primaires dans chacune des trois provinces réalisée par l'INAS se rapportent à la période 1985-92, et ne concernent pas les deux dernières années du projet<sup>17</sup>. L'étude sous-estime donc sans doute le niveau de couverture sanitaire en termes d'accès, de disponibilité et d'utilisation<sup>18</sup>. Les résultats obtenus grâce

---

16. Les autorités de la province d'Agadir ont noté que pas tous les établissements de santé inscrits au programme avaient été construits sur les terrains fournis.

17. Ces données sont tirées des rapports d'évaluation provinciaux suivants : « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Taroudant, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province de Taroudant, INAS et UGP « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province d'Agadir, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province d'Agadir, INAS et UGP, et « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Settat, période 1985-92 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Délégation de la province de Settat, INAS et UGP.

18. L'INAS a recommandé une mise à jour du rapport en 1996, mais aucun crédit n'a été débloqué à cet effet. La mission d'évaluation reconnaît qu'il serait bon de procéder à une évaluation d'impact complémentaire qui porterait, entre autres, sur la satisfaction des patients ou la qualité des soins (par. 5.9).

au projet en termes d'accès physique aux services et de disponibilité de ces services sont présentés aux Tableaux 1 à 12 de l'Annexe et sont récapitulés ci-dessous dans le Tableau 3.1. <sup>19</sup>

**Tableau 3.1 - Évolution des indicateurs de l'accès aux services de santé dans les trois provinces**

	Agadir	Taroudant	Settat
Pourcentage de la population vivant à plus de 10 km d'un établissement sanitaire			
1985	41	43	28
1992 (1993) <sup>a</sup>	22	31	19
Pourcentage de la population desservie par des établissements sanitaires			
1985	36	38	16
1992 (1995)	49	46	57 <sup>b</sup>
Pourcentage des établissements où des docteurs se rendent régulièrement			
1985	9	8	24
1992 (1994)	22	12	36

a. Les années indiquées entre crochets sont celles des données relatives à Settat.

b. En 1995, il était de 72 %.

3.13 D'après l'évaluation de l'INAS, les indicateurs de santé se sont également améliorés dans les trois provinces :

- le taux de couverture vaccinale est passé de 66 % en 1985 à 92 % en 1992;
- les accouchements en milieu surveillé sont passés de 21 % en 1985 à 35 % en 1992;
- le pourcentage des nouveaux utilisateurs de moyens contraceptifs (pilules) a presque doublé entre 1985 et 1992, passant de 7 % à 13 %;
- d'après les estimations, la mortalité infantile a baissé de 57 pour 1.000 en 1988 à 48 pour 1.000 en 1995, et aurait donc suivi l'évolution à la baisse constatée au plan national; et
- l'incidence des cas déclarés de coqueluche et de poliomyélite a baissé.

3.14 Toutefois, comme d'autres bailleurs de fonds l'ont fait remarquer à la mission d'évaluation rétrospective, le secteur de la santé reste en butte à d'autres problèmes. Par exemple, la gamme des services de planification familiale assurés dans les établissements sanitaires reste insuffisante : environ 70 % des femmes utilisent la pilule; le nombre de visites auxquelles doivent se rendre celles qui souhaitent employer un DIU décourage ces dernières. Les services de vulgarisation ne répondent pas toujours à toutes les préoccupations des femmes : bien que les équipes mobiles soient censées compter une infirmière, elles ont souvent un infirmier. Le personnel féminin continue d'être insuffisant dans les zones rurales. D'autres problèmes ont aussi été évoqués : il est difficile de s'approvisionner régulièrement en contraceptifs, les visites du personnel infirmier itinérant sont irrégulières et le programme de vulgarisation est mené par les membres du personnel les moins qualifiés. Il n'y a toujours pas assez d'accoucheuses, et celles qui sont en activité opèrent essentiellement dans les zones urbaines et dans le cadre du secteur privé. Il importe toujours d'améliorer la qualité des soins et d'accroître l'efficacité de la prestation des services dans le secteur sanitaire.

19. Il est peu probable que toutes les améliorations qui seront réalisées soient uniquement imputables au projet, car divers autres facteurs influent vraisemblablement sur les résultats.

## **Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique**

3.15 Si de bons résultats ont été obtenus au niveau des provinces, les progrès accomplis au plan du renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique sont moins évidents. Il ne semble guère que la capacité de planification du Ministère ait été renforcée, et les nombreux bouleversements qu'a connus le Ministère pendant l'exécution du projet (deux réorganisations, deux nouveaux ministres et les réorganisations du personnel d'encadrement supérieur et de la direction du projet) ont contrecarré le déroulement des plans d'organisation des services, de rationalisation des procédures, de recyclage du personnel et de modernisation des techniques de bureau. Ces changements ont, à plusieurs reprises, interrompu le projet sur sa lancée et sapé l'engagement politique (voir le déroulement du projet à la Figure 1.1). À cet égard, la gestion du projet s'est le plus ressentie de la création de plusieurs départements techniques au lieu d'un seul. Il en a résulté un éparpillement des compétences techniques entre différents services et un chevauchement des responsabilités, de sorte que la direction du projet a dû travailler avec plusieurs départements au lieu d'un seul.

3.16 Comme indiqué dans le rapport d'achèvement, il est difficile dans ces circonstances de déterminer dans quelle mesure le projet a eu un effet positif sur la gestion à l'échelon central. L'administration des travaux publics s'est réellement améliorée. Le projet a par ailleurs permis d'élaborer un programme d'études pour appuyer le processus de planification et de gestion (suivi et évaluation, financement du secteur de la santé et gestion hospitalière) comme on le verra ci-après. En revanche, d'autres aspects de la capacité de gestion, comme l'établissement de budgets-programmes, l'allocation de ressources et la passation de marchés, restent très préoccupants. Le projet a eu un plus grand impact sur les institutions dans les provinces (par. 3.11).

3.17 *Suivi et évaluation.* L'évaluation du projet a été menée à bien de manière tout à fait satisfaisante (bien qu'en retard). Il n'a pas été possible d'obtenir les données qui auraient pu faciliter le suivi de la composante des soins de santé de base pendant la phase d'exécution, mais celles qui étaient disponibles ont fourni d'excellentes informations sur les réalisations du projet en termes d'accessibilité ainsi que sur les indicateurs de l'impact du projet (voir Tableau 3.1). Malheureusement, elles n'étaient pas prêtes au moment de la préparation du projet-relais, et il n'a pas été possible de tenir compte des résultats.

3.18 *Études.* Les études consacrées au financement des soins de santé et à la gestion hospitalière ont été menées à bien dans le cadre de cette composante. Elles ont toutes deux été entreprises avec un certain retard et les procédures de recrutement des cabinets de consultants ont pris beaucoup de temps. L'étude sur le financement des soins de santé a été achevée en octobre 1990 et a été suivie de plusieurs séminaires – dont un séminaire national sur les réformes du financement de la santé – et d'ateliers visant à mobiliser une aide extérieure. Elle a également débouché sur la création d'une unité d'économie sanitaire au sein du Ministère de la santé publique. Ses conclusions ont, par ailleurs, aidé le Ministère à préparer, avec l'aide de la Banque, une proposition de réforme de l'assurance-maladie. Le futur projet de gestion et de financement du secteur de la santé comporte une composante relative au financement des soins de santé qui est basée sur cette étude.

3.19 L'étude de la gestion hospitalière, qui porte sur les caractéristiques structurelles et physiques du secteur hospitalier dans le cadre du Ministère de la santé publique, les ressources humaines et les ressources financières, a été achevée en juin 1989. Conçue en tant que diagnostic du programme, elle a permis de mieux comprendre la gestion hospitalière. Elle devait toutefois être

suivie d'une phase durant laquelle les options de réforme seraient précisées et mises à l'essai; or, cette dernière n'a pas été menée à bien parce que l'étude a été terminée en retard et que, à la suite de la restructuration du Ministère de la santé publique de 1990, plus personne n'était responsable des hôpitaux. Le Ministère et la Banque ne se sont jamais entretenus officiellement de l'étude. La deuxième phase devrait néanmoins être incorporée dans le projet de gestion et de financement des soins de santé actuellement en préparation.

### **Formation et IEC**

3.20 Des fonds bilatéraux ayant été affectés de manière inattendue au financement des activités IEC après l'évaluation du projet, seulement 25 % des ressources allouées à la composante formation et IEC ont été décaissées. Cette somme a servi pour moitié environ à financer l'achat de matériels pour le collège de santé publique, et pour moitié à produire et diffuser du matériel IEC. Cette composante a donc été abandonnée — même si l'accord de prêt n'a jamais été officiellement modifié; ses objectifs de développement ont néanmoins été atteints grâce à l'appui d'autres donateurs — ce qui était une meilleure solution de l'avis du Maroc. Le gouvernement reste peu disposé à utiliser les ressources de la Banque pour financer des activités de formation et d'assistance technique lorsqu'il a accès, pour ce faire, à d'autres fonds alloués à titre de dons. On peut se demander pourquoi il n'a pas été envisagé de recourir à ce type de ressources pendant la préparation du projet.

### **Approvisionnement en médicaments**

3.21 La composante de l'approvisionnement en médicaments a fait l'objet de grandes discussions pendant le projet, qui ne semble toutefois guère avoir influé sur la politique pharmaceutique. Le retard qu'elle a pris explique en grande partie les deux prolongations du projet. Elle devait permettre de créer un nouveau service, l'UAM, qui aurait cumulé toutes les fonctions de gestion, d'administration et les fonctions techniques nécessaires à l'approvisionnement en médicaments qui étaient jusqu'alors réparties entre divers départements du Ministère de la santé publique. Outre le renforcement de la capacité centrale de gestion du système d'approvisionnement en médicaments, cette composante couvrait la construction de nouvelles installations destinées à l'UAM, à savoir : a) une zone de stockage et de manutention des médicaments; b) une unité d'emballage des médicaments destinés aux soins primaires; et c) une petite unité de préparation dotée d'un laboratoire de contrôle.

3.22 La construction des installations de l'UAM n'a commencé qu'en 1991, en retard sur le calendrier. Les premières soumissions présentées en 1990 ont été jugées trop élevées et de nouveaux appels ont dû être lancés pour l'ensemble du projet. L'examen du dossier ne permet pas réellement de comprendre pourquoi il a fallu quatre ans pour démarrer cette composante. Le bâtiment a été terminé en 1993, mais n'était pas opérationnel au moment de la clôture du projet; les stocks de médicaments n'avaient pas été transférés de la pharmacie centrale, le matériel de préparation n'avait pas été acheté et, fait plus important, le statut juridique de l'UAM et les modalités de ses relations avec le secteur pharmaceutique privé restaient encore à définir. Cette composante, qui devait permettre d'améliorer l'approvisionnement en médicaments, n'a, de ce fait, pas produit les résultats escomptés. En outre, le bâtiment de l'UAM qui a été construit ne correspond pas aux plans du modeste édifice retenus lors de l'évaluation. Il est bien noté dans le dossier du projet que les nouveaux plans ont été approuvés, mais rien n'explique comment on est passé des plans initiaux à ces derniers.

3.23 Le revirement de la Banque en ce qui concerne la composante des médicaments a posé de graves difficultés pendant l'exécution du projet. En effet, vers la fin du projet, la Banque a soudainement cessé d'appuyer l'idée d'une unité de préparation. Dans un aide-mémoire daté de décembre 1992, il est noté que la préparation n'était pas le moyen le plus efficace au plan des coûts de se procurer des médicaments de base. Parce qu'il était moins cher d'acheter ces derniers en vrac et de les reconditionner, la Banque a jugé préférable de faire de l'UAM un centre de conditionnement, de gestion informatisée des stocks et de distribution des médicaments pour les soins primaires. Là aussi, le dossier du projet ne fournit aucune explication sur cette décision de la Banque, qui a eu de fortes répercussions sur les relations entre l'institution et le gouvernement. Ce dernier a continué d'appuyer l'idée d'un service de préparation et les travaux de construction du bâtiment, qui avaient déjà commencé, se sont poursuivis.

3.24 Au moment de l'évaluation rétrospective, le bâtiment de l'UAM avait été divisé en deux secteurs eu égard à sa double fonction de centre de stockage et de distribution, d'une part, et de centre de préparation et de conditionnement des médicaments de base, d'autre part. L'unité a pu commencer à remplir la première fonction en décembre 1995, soit plus de 18 mois après la clôture du projet, lorsque les stocks de médicaments ont été amenés des locaux délabrés de l'ancienne pharmacie centrale. De grands progrès avaient été accomplis depuis la clôture du projet pour ce qui est de l'organisation de l'entrepôt de produits pharmaceutiques et la formulation des procédures de passation de marchés, de distribution et de contrôle des médicaments, mais l'unité de préparation n'était pas encore opérationnelle. Les matériels achetés par le gouvernement étaient bien arrivés, mais n'avaient pas encore été installés. Des bureaux séparés avaient été construits pour l'administration de l'unité de préparation, ce qui en faisait officiellement une entité distincte. Toutefois, rien n'avait été décidé quant au statut juridique de l'unité de préparation et de sa gestion à laquelle devait participer le secteur privé.



## 4. Résultats de l'évaluation

4.1 Selon le rapport d'achèvement, les résultats du projet sont satisfaisants, sa durabilité est incertaine et les accomplissements en matière de développement des institutions moyens; le Département de l'évaluation rétrospective des opérations a confirmé ces évaluations lors de l'examen de ce rapport. L'évaluation rétrospective aboutit aux mêmes conclusions mais considère que le projet aura probablement des effets durables. Les résultats obtenus par l'emprunteur de la Banque sont jugés satisfaisants.

### Résultats du projet

4.2 La plus importante composante du projet, qui portait sur les soins de santé de base, a représenté 70 % du coût total du projet. Le nouveau système de prestation des soins de santé (réorganisation de la prestation de services et méthodes de planification, de supervision et de suivi) a été mis en place dans les trois provinces puis, étant donné les excellents résultats qu'il a permis d'obtenir, dans le reste du pays. Grâce au projet, le nombre d'établissements sanitaires de base a doublé dans les trois provinces et l'accès aux services de santé de base s'est nettement amélioré dans les zones rurales. Malgré les importants accomplissements, les conditions de travail du personnel et la disponibilité des médicaments et de fournitures ont continué de poser des problèmes. La composante du renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique, qui devait appuyer la restructuration en cours du Ministère, n'a pas donné de bons résultats en raison des nombreux changements qui se sont produits au sein du Ministère au cours du projet. L'impact du projet sur les institutions a été plus marqué dans les provinces qu'au niveau national. Le système de suivi et d'évaluation envisagé a été mis en place et les deux études prévues ont été réalisées. Les montants affectés à la composante relative à la formation et l'IEC n'ont été décaissés qu'en partie parce que les activités ont été financées par des dons. La composante de l'approvisionnement en médicaments de base n'a pas atteint tous les objectifs recherchés. Elle a toutefois permis de renforcer la prestation de soins de santé primaires (y compris la planification familiale) dans les trois provinces, et les résultats du projet ont été jugés satisfaisants.

### Durabilité

4.3 *Durabilité technique.* Le projet envisageait de poursuivre différentes stratégies adaptées aux conditions locales (terrain, et densité de la population), d'employer un personnel polyvalent et d'utiliser divers établissements et services décentralisés. Ce nouveau système est devenu partie intégrante de l'effort de planification et de prestation et est maintenant employé dans tout le pays. Néanmoins, comme indiqué dans le rapport d'achèvement, la qualité des soins et l'efficacité des prestations restent préoccupantes. Les conditions de travail du personnel infirmier itinérant, qui contribue dans une mesure considérable à l'élargissement de la portée des services de santé, se sont dégradées parce que les motocyclettes ne sont pas entretenues et que les indemnités de subsistance sont souvent payées en retard. L'approvisionnement régulier en médicaments et contraceptifs ainsi que le transport des équipes mobiles soulèvent aussi des difficultés qui nécessiteront la poursuite des efforts en ce domaine. La dotation en personnel est également un problème, car le grade inférieur (c'est-à-dire la catégorie de personnel la plus susceptible d'accepter un poste d'infirmier itinérant) a été supprimé et il risque d'être difficile d'attirer dans les zones montagneuses pauvres les nouveaux effectifs qui sont plus qualifiés.

4.4 *Durabilité financière.* L'enveloppe budgétaire doit être suffisante pour financer les médicaments, les indemnités de voyage, les indemnités de subsistance et les fournitures nécessaires à la poursuite des opérations des établissements relevant du projet<sup>20</sup>. En règle générale, les ressources allouées au secteur de la santé sont réduites, en raison des priorités formulées pour les finances publiques. La mesure dans laquelle le Ministère de la santé publique peut structurer ses priorités opérationnelles et contrôler l'allocation des ressources est limitée par le fait que le financement des dépenses d'équipement et des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé reste largement tributaire de l'aide extérieure<sup>21</sup>.

4.5 *Durabilité générale.* Tous les établissements sont opérationnels même si, comme l'ont noté les autorités provinciales, certains ne le soient pas totalement parce qu'ils n'ont pas suffisamment de personnel. Les autorités provinciales sont déterminées à assurer la poursuite de leurs activités en dépit des obstacles financiers et techniques. L'évaluation rétrospective qualifie donc les réalisations du projet de durables. De plus, les efforts concernant les soins de santé de base sont poursuivis dans le cadre de deux projets-relais, le projet d'investissement dans le secteur de la santé de 1990 (PRISS) et le projet des soins de santé de base (programme des priorités sociales) de 1996. Le degré d'utilisation des services et leur qualité demeurent les principaux sujets de préoccupations du Maroc; on peut toutefois espérer que les projets en question permettront de s'attaquer au problème, car l'amélioration de l'accès au services n'a pas provoqué un accroissement proportionnel du recours à ces mêmes services.

### **Impact du projet sur les institutions**

4.6 L'impact du projet sur les institutions est jugé moyen. Il est réduit à l'échelon central mais notable au niveau des provinces. En outre, le bureau du projet est maintenant versé dans la passation de marchés de travaux publics, et l'INAS et les provinces se sont livrés à une évaluation très utile des projets. Certains des accomplissements du projet au plan institutionnel ont déjà été mis en application dans d'autres régions du pays; d'autres pourraient l'être.

### **Performance de l'emprunteur**

4.7 L'évaluation rétrospective conclut, comme le rapport d'achèvement, que l'emprunteur a obtenu d'excellents résultats en ce qui concerne l'analyse des problèmes et la conceptualisation des stratégies. Toutefois, il lui a été beaucoup plus difficile de mettre ces dernières en pratique. Les capacités d'exécution du Ministère de la santé publique restent insuffisantes et ont souffert des fréquentes réorganisations et réaffectations de personnel survenues pendant l'exécution du projet. Cette dernière a été lente; les activités de suivi et l'évaluation de son impact ont été très limitées – une importante lacune pour une opération pilote. Le concept de la prestation des services de santé de base a néanmoins été adopté et est mis en application dans tout le pays, en partie dans le cadre des autres projets-relais financés par la Banque. Par ailleurs, l'emprunteur a en général satisfait aux clauses juridiques du projet<sup>22</sup>. La performance de l'emprunteur est donc jugée satisfaisante.

---

20. Le personnel est payé directement par l'administration centrale du Ministère de la santé publique.

21. Se reporter aux commentaires de l'INAS. Celui-ci estime que les problèmes d'allocation des ressources tiennent à l'absence de planification stratégique du Ministère de la santé.

22. Décrites en détail au Tableau 7 du rapport d'achèvement.

## Performance de la Banque

4.8 La Banque a consacré d'importantes ressources et beaucoup de temps (par. 2.3-2.4) à l'identification, la préparation et l'évaluation de ce projet et a, de ce fait, produit un projet bien conçu, comme le note le rapport d'évaluation. Il est cependant regrettable que la Banque ait fini par accepter, à la demande du gouvernement, d'inclure dans le projet une composante d'approvisionnement en médicaments. Au bout du compte, cela a été une erreur. Des analyses approfondies ont été réalisées, de façon à structurer cette composante de manière optimale, et la performance de la Banque pendant cette période a été exemplaire.

4.9 Les activités de supervision de la Banque n'ont, en revanche, pas été aussi complètes ou approfondies que ses efforts de préparation et d'évaluation. Il a été noté, à maintes reprises, qu'en raison de sa complexité et des carences des institutions locales, le projet devait faire l'objet d'une supervision intense. Or, celle-ci n'a pas été adéquate. La première mission de supervision a eu lieu un an après l'approbation du projet par le Conseil (presque deux ans après son évaluation). Dix mois se sont écoulés entre la première et la deuxième missions de supervision de la Banque (juin 1986 et avril 1987) et un an a passé entre la deuxième et la troisième (août 1988)<sup>23</sup>. La qualité de la supervision semble également contestable, particulièrement pour la composante de l'approvisionnement en médicaments. Les efforts en ce domaine ont surtout porté sur les questions relatives aux décaissements, à la passation de marchés et aux allocations budgétaires. S'il est vrai que les difficultés rencontrées dans le cadre de ces opérations entravaient la bonne exécution du projet, l'attention qui leur a été portée a fait oublier l'importance des détails techniques. Les autorités marocaines ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective qu'elles regrettaient que les experts techniques de la Banque n'aient pas passé plus de temps sur le terrain à échanger des informations et s'entretenir avec leur collègues marocains. Cela vaut tout particulièrement pour Settat, où la composante pharmaceutique devait être exécutée et où les responsables ont eu le sentiment de ne pas obtenir leur dû. Comme ils l'ont indiqué à la mission d'évaluation rétrospective, les missions de la Banque ne venaient que pour la journée à Settat, mais passaient davantage de temps à Agadir et à Taroudant. Par ailleurs, les missions ont cessé de porter autant d'attention à l'exécution du projet pour s'attaquer à la conception du projet-relais sur les investissements dans le secteur de la santé, et ce dès la troisième mission de supervision qui a eu lieu en août 1988. Ainsi que le note le rapport d'achèvement du projet, du fait des carences de la supervision de la Banque, il a fallu beaucoup de temps pour que l'on remarque que certains problèmes continuaient de se poser pour diverses composantes ou pour que l'on prenne des mesures afin d'y remédier (par. 3.22).

4.10 La performance de la Banque a été très satisfaisante pendant la préparation et l'évaluation du projet; elle n'a pas été satisfaisante pendant la supervision. La mission d'évaluation rétrospective l'a donc jugée globalement satisfaisante. En dépit de certaines difficultés, la Banque et l'emprunteur ont continué de coopérer, et leur persévérance a fini par porter ses fruits puisqu'un dialogue plus productif se poursuit maintenant au niveau du secteur.

---

23. Pour plus d'informations, se reporter aux données de base. La mission de supervision de février 1988 n'est pas prise en compte car elle n'a fait intervenir que l'agent chargé des décaissements qui devait s'entretenir de la question du fonds de roulement. Pour aussi importante qu'elle puisse avoir été, on ne peut guère la considérer comme l'équivalent d'une supervision en bonne et due forme de la Banque.

## 5. Problèmes et enseignements

5.1 L'évaluation rétrospective a soulevé un certain nombre de questions. La présente section traite de deux d'entre elles, jugées les plus importantes – la composante d'approvisionnement en médicaments et le suivi et l'évaluation du projet.

### Composante de l'approvisionnement en médicaments

5.2 Cette composante n'a pas cessé d'être une source de confusion et de malentendus. Le concept de la préparation des médicaments a fait l'objet d'une analyse attentive et l'unité chargée de cette préparation a été conçue pour fournir les médicaments de base, relativement peu nombreux, dont le secteur de la santé avait besoin, mais le bâtiment qui a finalement été construit pour l'abriter ne ressemble en rien aux plans initiaux. Au lieu de ne couvrir que les 800 m<sup>2</sup> envisagés dans le rapport d'évaluation, l'unité s'étend en fait sur quelque 5.000 m<sup>2</sup>. Rien dans le dossier n'indique comment le nouveau plan a vu le jour et la raison pour laquelle il a été approuvé. Il est difficile de voir pourquoi il a été jugé nécessaire de construire une unité aussi importante étant donné que les médicaments de base requis par le secteur public sont d'un volume relativement faible (ils représentent environ 2 % de la consommation nationale) et ne rapportent guère sur le plan monétaire (les médicaments de base sont les moins coûteux).

5.3 D'après le rapport d'achèvement, le problème tient en partie au fait que jusqu'à une date récente, la Banque n'avait pas établi de directives générales en matière de médicaments. La décision de construire une unité de préparation avait été prise sur la base de deux analyses économiques détaillées selon lesquelles il coûterait moins cher au Ministère de la santé publique de préparer et de conditionner lui-même les médicaments destinés à son programme de soins de santé primaires que de se les procurer dans le secteur privé ou auprès de l'UNICEF<sup>24</sup>. Les conclusions de l'évaluation rétrospective diffèrent de celles du rapport d'achèvement selon lequel la Banque : a) n'a pas indiqué clairement ce qu'elle envisageait; b) n'a pas apporté l'appui nécessaire à une évaluation en bonne et due forme de la faisabilité économique de cette unité; et c) n'a pas formulé de politique pharmaceutique cohérente. S'il est vrai que la Banque n'avait pas de politique pharmaceutique d'ensemble, elle a élargi la portée de cette composante au-delà de ce qu'envisageait au départ le Ministère de la santé publique qui ne souhaitait alors que moderniser l'unité de production<sup>25</sup>. Tous les aspects de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments du secteur public ont été incorporés dans le projet, de sorte que l'intervention de la Banque a pris un tour plus directif.

5.4 Les problèmes que continue de poser cette composante ont surgi en cours d'exécution. S'il ne semble guère exister de raisons de penser que les services de la Banque aient exprimé les doutes que pouvaient leur inspirer cette composante au début du cycle du projet, le dossier montre que, à partir de 1992, c'est-à-dire six ans après l'entrée en vigueur du projet et un an après le démarrage des travaux de construction, la Banque a cessé d'appuyer cette unité. Ce revirement

---

24. La Banque a entrepris une nouvelle analyse de cette composante en 1987, qui a confirmé les conclusions des deux études précédentes.

25. Cette opération est incluse dans le projet des soins de santé de base de 1996 (programme des priorités sociales).

semble avoir tenu aux inquiétudes suscitées par les retards pris par l'achat des matériels, les possibilités d'assistance technique, le statut juridique incertain de l'unité et, fait plus important, l'absence de tout accord avec le secteur privé sur la gestion de la nouvelle unité. Il n'est toujours pas possible d'expliquer pourquoi ce revirement a eu lieu à une date aussi tardive. Le dossier du projet ne fournit guère d'éclaircissements en la matière, mais la genèse de la composante fournit certains indices.

5.5 La composante de l'approvisionnement en médicaments a été incluse dans le projet à une étape relativement tardive de la phase de conception. Au départ, le Ministère de la santé publique avait proposé que son unité de préparation, qui préparait 46 médicaments de base destinés au système de soins de santé primaires, soit modernisée dans le cadre du projet <sup>26</sup>. Le Ministère de la santé publique (avec l'aide de l'OMS et de l'UNICEF) et la Banque ont procédé à des analyses économique détaillées des procédures de passation des marchés, de la gestion, de la distribution et de la production des médicaments de base.

5.6 La Banque a consacré d'importantes ressources à la conception de cette composante et a analysé toutes les solutions possibles. Elle a chargé un spécialiste international de la production et de la distribution des médicaments de base d'étudier le système pharmaceutique marocain. Dans son rapport, ce spécialiste suggérait d'apporter certaines améliorations au plan initial du gouvernement. Il s'est aussi entretenu à maintes reprises avec des représentants du secteur privé qui lui ont déclaré être prêts à appuyer le plan d'unité de préparation du gouvernement et à coopérer. La Banque a décidé qu'il était nécessaire de réorganiser le système d'approvisionnement en médicaments (la préparation comprise). L'unité de préparation a finalement été conçue sur la base des entretiens tenus avec les représentants du Ministère de la santé publique et de l'industrie pharmaceutique, en fonction des études techniques du Ministère. La conception finale de l'unité présupposait également (sur la base des discussions antérieures) que le Gouvernement du Maroc et le secteur privé collaboreraient d'une manière quelconque à la mise en place d'un système de préparation de médicaments. En fait, ils n'ont aucunement coopéré, et la question de la préparation des médicaments n'était toujours pas réglée au moment de l'évaluation rétrospective. Avec le recul, l'hypothèse selon laquelle les deux parties parviendraient à un accord quelconque semble avoir été erronée; elle n'a certainement pas été confirmée par les faits. La question des incitations au secteur privé n'a jamais été vraiment examinée; quant au Ministère de la santé publique, il souhaitait simplement remplacer son unité de préparation qui était en piètre état.

5.7 Les coûts de la composante de l'approvisionnement en médicaments ont été évalués à l'équivalent de 13 millions de dollars dans le rapport d'achèvement du projet, soit le double du montant indiqué lors de l'évaluation. Au moment de l'évaluation rétrospective, l'unité de préparation n'était toujours pas opérationnelle et de nombreux obstacles subsistaient; l'un d'entre eux, et non des moindres, tenait au fait qu'il n'avait pas été possible de s'entendre sur le statut juridique de l'unité de préparation et sa gestion par le secteur privé. Il est très préoccupant de noter que, malgré sa valeur technique (sa conception est excellente), l'intérêt financier et économique de l'unité reste contestable

---

26. Pour conforter sa position, le Ministère de la santé publique a assuré la Banque que : a) l'achat de ces médicaments sur les marchés mondiaux absorberait un volume trop important de devises étrangères et que les préparations ne répondraient pas aux besoins des services de soins de santé primaires; b) l'industrie pharmaceutique du pays ne s'était jamais montrée disposée à soumissionner, car la préparation de ces médicaments génériques bon marché exigeait la mobilisation de capitaux et d'une capacité de production, mais ne produisait que des bénéfices réduits; et c) son analyse économique des deux approches possibles (la préparation des médicaments par le Ministère et l'achat de grandes quantités sur les marchés mondiaux/locaux) indiquait que la préparation de ces médicaments par le Ministère permettrait de réaliser des économies.

parce qu'elle est trop importante et que le secteur public absorbe moins de 2% de tous les médicaments consommés dans le pays. Étant donné le manque de clarté de la position du gouvernement quant à : a) la capacité globale potentielle de l'unité, b) ses débouchés éventuels (le marché privé marocain, le marché public marocain, et/ou l'exportation); et c) sa politique de recouvrement des coûts, le secteur privé ne s'est guère montré enclin à assurer la gestion et l'exploitation de cette unité.

5.8 Il est surprenant que la Banque ait accepté l'idée d'une unité de préparation locale, puis ait contourné le problème lorsqu'il a pris des proportions importantes. Elle a manifestement eu tort de ne pas prêter plus grande attention à la question de l'unité de préparation et de ne pas confronter plus tôt les difficultés qu'elle risquait de susciter. Cette erreur peut être attribuée au manque d'expérience de la Banque dans le secteur pharmaceutique. La supervision de cette composante s'est révélée difficile parce que la Banque ne comptait pas de spécialistes des activités pharmaceutiques, et que la liste des consultants internationaux et les ressources disponibles pour la supervision étaient limitées. Toutefois, comme elle avait accepté de financer cette composante, l'institution aurait dû fournir les compétences techniques nécessaires aux fins de son exécution, comme elle l'avait fait pour la phase de conception. Le revirement de la Banque, qui a cessé d'appuyer l'unité à un stade aussi tardif du projet, a provoqué un certain ressentiment au Ministère de la santé publique. D'après le personnel de la Banque, cette question est devenue source d'amertume et ses effets se font encore sentir actuellement.

#### **Suivi et évaluation de la composante des soins de santé de base**

5.9 La structure du système de prestations de soins de santé de base mis au point dans le cadre du projet est le produit de l'examen détaillé des consultations médicales dans les établissements sanitaires d'Agadir et de Settat qui a été réalisé pendant la préparation du projet. Grâce à cette étude, le Ministère de la santé publique a pu obtenir un profil précis de la demande et se faire une idée assez nette des principales carences du système en vigueur. Les objectifs ci-après ont alors été retenus pour les centres de santé :

- a) *au plan de l'hospitalité* — amélioration de l'accueil des patients, adaptation des horaires aux besoins des consommateurs, réduction du temps d'attente, ouverture de l'accès au personnel infirmier et aux médecins;
- b) *au plan de la qualité des soins* — amélioration des services de laboratoire et de radiologie, transports en cas d'urgence, simplification des procédures d'aiguillage et d'admission des patients, amélioration des dossiers médicaux et fourniture de soins dentaires de base en cas d'urgence;
- c) *au plan de la distribution des médicaments de base* — amélioration de l'approvisionnement en médicaments nécessaires, délivrance d'ordonnances correctes et accroissement de l'efficacité du processus de distribution.

Le rapport d'évaluation note que les collectivités continueraient de recourir au programme de santé publique pour peu que des progrès soient accomplis en ces domaines. Un calendrier a donc été arrêté et il a été décidé de suivre attentivement les progrès accomplis. L'évaluation par l'INAS de la

composante des soins de santé de base entrepris ne couvre toutefois ni la question de la satisfaction des patients ni celle de la qualité des soins<sup>27</sup>.

5.10 L'évaluation de l'INAS a fait ressortir que les établissements offrant des soins de santé de base dans les trois provinces étaient sous-utilisés. Toutefois, elle ne fournit aucun chiffre à l'appui de cette observation et n'explique pas pourquoi il en est ainsi. En se fondant sur un petit nombre d'entretiens, la mission d'évaluation rétrospective a pu établir différentes raisons de la sous-utilisation des services : les centres sont trop éloignés et le trajet prend trop de temps, les patients ont l'impression que les services offerts sont de mauvaise qualité, il doivent attendre trop longtemps, les centres sont mal approvisionnés en médicaments et ils n'aiguillent pas les malades dans une mesure suffisante. Il a aussi été indiqué que les établissements privés ne sont pas très chers, que l'on y attend moins longtemps et qu'ils offrent de meilleurs services (leur personnel est plus agréable et les patients passent davantage de temps avec le médecin).

5.11 Il faudrait que le gouvernement mène une enquête auprès des patients pour déterminer s'ils sont satisfaits de la qualité des soins. L'INAS a fait savoir à la mission d'évaluation rétrospective qu'il souhaiterait entreprendre ce genre de recherche et pourrait engager des ressources à cet effet, mais a reconnu qu'il aurait besoin de l'aide d'un spécialiste. La mission d'évaluation rétrospective a recommandé d'inscrire les enquêtes auprès des patients et les études de la qualité des soins au programme des projets-relais.

5.12 Comme indiqué plus haut, les opérations de suivi et d'évaluation n'ont pas été effectuées à temps : elles ont eu lieu à la fin du projet et non pas à mi-parcours comme prévu. Par ailleurs, les rapports détaillés des provinces n'ont pas été remis à la Banque<sup>28</sup>. L'évaluation, qui a porté sur les trois provinces, n'en a pas moins constitué une importante opération, a été très bien exécutée et a procuré une masse de données dont on ne dispose pas pour les autres provinces. Bien que les projets-relais soient basés sur des principes similaires, les responsables provinciaux ont fait part de leur déconvenue; en effet, ils estiment qu'ils n'ont pas été suffisamment consultés sur les enseignements du projet et que les informations produites par le projet — au plan de l'exécution, des mesures, de l'évaluation administrative, etc. — n'ont pas été assez exploitées. À leur sens, les projets-relais ont, pour une large part, consisté à réinventer la roue. Comme le signale le rapport d'achèvement, la Banque a manqué l'occasion de mettre à profit l'expérience acquise aux fins de leur élaboration.

5.13 Les bases du suivi et de l'évaluation ont été jetées, qui peuvent facilement être élargies (pour couvrir d'autres provinces) et étendues à l'évaluation des impacts (au départ dans les trois provinces couvertes par le projet). L'INAS ayant fait la preuve de ses capacités dans ce domaine, la mission d'évaluation rétrospective suggère que la Banque envisage de l'aider à procéder à une évaluation similaire du PRISS (Projet d'investissement dans le secteur de la santé, Prêt 3171-MOR).

---

27. L'INAS a fait valoir que la Banque aurait pu fournir les ressources supplémentaires nécessaires à l'évaluation du projet. Cela aurait permis à l'Institut de préparer un rapport plus complet et ciblé sur l'impact du projet.

28. L'emprunteur et les services de la Banque ne sont pas d'accord sur ce point : le premier affirme que les rapports ont été communiqués à la Banque, tandis que cette dernière fait valoir qu'ils ne lui ont été présentés que de manière officieuse et ne lui ont pas été remis de manière officielle.

## Enseignements tirés du projet

5.14 Les enseignements tirés de ce projet sont les suivants<sup>29</sup> :

- a) *Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent.* Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé présenté dans le volume relatif à l'exécution n'encourageait pas la poursuite de cette participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. Pour remédier à ce problème, il importe de faire preuve, non pas de moins de minutie dans la conception, mais de davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écoulent entre la mission d'évaluation et les différentes missions de supervision de la Banque ne contribuent certainement pas à améliorer la situation.
- b) *Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats.* Dans le projet à l'examen, l'évaluation a été menée à bien et a fourni énormément de données. Ces dernières ont néanmoins été produites trop tard pour pouvoir servir à l'exécution du projet ou à la conception du projet-relais.
- c) *Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus.* Malgré la préparation détaillée de la composante pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dans les phases initiales du projet, un défaut de cohérence dans les messages de la Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique. En fin de compte, on constate un certain dépit au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.
- d) *La supervision du projet en cours ne devrait pas souffrir de la poursuite de nouveaux projets.* En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). L'importance accordée à cette opération s'est soldée par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
- e) *Les emprunteurs préfèrent que les dons financent les activités de formation et d'assistance technique.* Il est possible de leur donner satisfaction en améliorant la coordination des activités avec les bailleurs de fonds et en concevant et en exécutant ces composantes avec une souplesse accrue.

---

29. L'INAS note une autre leçon importante, à savoir que la stabilité et le moral du personnel sont des conditions nécessaires au maintien du dynamisme du projet.



## Tableaux de l'Annexe

**Tableau 1 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Agadir**

<i>Année</i>	<i>Moins de 3 km</i>	<i>3 à 5 km</i>	<i>6 à 10 km</i>	<i>Plus de 10 km</i>
1985	22	13	24	41
1992	36	20	22	22

**Tableau 2 - Résultats de l'exécution du système PDSS — Agadir**

### Évolution de la couverture sanitaire

<i>Établissements sanitaires</i>	<i>1985</i>	<i>1992</i>
	<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
Centre de santé urbain	2	10
Dispensaire urbain	8	0
Centre de santé rural	7	11
Dispensaire rural	13	16
Dispensaire rural de base	15	24
Centres d'obstétrique urbains	1	2
Centres d'obstétrique ruraux	2	11
Laboratoires auxiliaires	0	5
Radiologie	1	5
Hôpitaux ruraux	0	1

**Tableau 3 - Distribution de la population par type de couverture — Agadir**

<i>Année</i>	<i>Établissements permanents</i>	<i>Point de rencontre</i>	<i>Équipe mobile</i>	<i>Sans couverture</i>
1985	36	15	3	30
1992	49	29	22	0

**Tableau 4 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Agadir**

### (Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)

<i>Année</i>	<i>Visites médicales de routine %</i>	<i>Accouche ments %</i>	<i>Soins pre et post natal %</i>	<i>Plannification familiale (Contraceptifs oraux) %</i>	<i>Plannifica tion familiale (DIU) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Laboratoires auxiliaires %</i>
1985	9	3	23	45	2	45	0
1992	22	11	37	62	22	62	5
Augmen- tation	144	267	61	38	1000	38	400

**Tableau 5 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres — Taroudant**

<i>Année</i>	<i>Moins de 3 km</i>	<i>3 à 5 km</i>	<i>6 à 10 km</i>	<i>Plus de 10 km</i>
1985	26	14	17	43
1992	31	17	20	31

**Tableau 6 - Résultats de l'exécution du système PDSS — Taroudant  
Évolution de la couverture sanitaire**

<i>Établissements sanitaires</i>	<i>1985</i>		<i>1992</i>	
	<i>Nombre</i>		<i>Nombre</i>	
Centre de santé urbain	1		2	
Dispensaire urbain	1		1	
Centre de santé rural	5		8	
Dispensaire rural	23		30	
Dispensaire rural de base	20		22	
Centres d'obstétrique urbains	1		0	
Centres d'obstétrique ruraux	0		2	
Maternités rurales	0		2	
Laboratoires auxiliaires	2		2	
Radiologie	0		0	
Centres d'accouchement	1		2	
Hôpitaux de zone	1		0	
Hôpitaux ruraux	0		3	

**Tableau 7 - Distribution de la population par type de couverture — Taroudant**

<i>Année</i>	<i>Établissements permanents</i>	<i>Point de rencontre</i>	<i>Équipes mobiles</i>	<i>Sans couverture</i>
1985	38	6	4	
1992	48	16	16	

**Tableau 8 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Taroudant  
(Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)**

<i>Année</i>	<i>Visites médicales de routine %</i>	<i>Accouche ments %</i>	<i>Soins pré et post natal %</i>	<i>Plannification familiale (Contraceptifs oraux) %</i>	<i>Plannifica tion familiale (DIU) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Laboratoires auxiliaires %</i>
1985	8	14	24	47	7	38	2
1992	12	27	57	64	11	64	2
Augmen- tation	50	93	137	36	57	68	0

**Tableau 9 - Distribution de la population en fonction de l'éloignement, en kilomètres —Settat**

<i>Année</i>	<i>Moins de 3 km</i>	<i>3 à 5 km</i>	<i>6 à 10 km</i>	<i>Plus de 10 km</i>
1985	32%	15%	25%	28%
1993	41%	23%	17%	19%

**Tableau 10 - Résultats de l'exécution du système PDSS —Settat  
Évolution de la couverture sanitaire**

<i>Établissements sanitaires</i>	<i>1985</i>	<i>1994</i>
	<i>Nombre</i>	<i>Nombre</i>
Centre de santé urbain	3	13
Dispensaire urbain	3	0
Centre de santé rural	6	11
Dispensaire rural	30	36
Dispensaire rural de base	3	37
Centres d'obstétrique urbains	0	0
Centres d'obstétrique ruraux	2	15
Maternités rurales	2	15
Laboratoires auxiliaires	1	1
Radiologie	0	0
Hôpitaux de zone	0	2
Hôpitaux ruraux	0	1

**Tableau 11 - Distribution de la population par type de couverture —Settat**

<i>Année</i>	<i>Installations permanentes</i>	<i>Lieu de rencontre</i>	<i>Visites à domicile</i>	<i>Équipes mobiles</i>	<i>Sans couverture</i>
1985	16%	0%	58%	4%	28%
1993	72%	14%	10%	4%	

**Tableau 12 - Évolution de l'offre de services dans les établissements sanitaires — Settat  
(Pourcentage de tous les établissements offrant différents services)**

<i>Année</i>	<i>Visites médicales de routine %</i>	<i>Accouche ments %</i>	<i>Soins pre et post natal (médecin) %</i>	<i>Soins pre et post natal (infirmière) %</i>	<i>Planification familiale (Contraceptifs oraux) %</i>	<i>Planifica -tion familiale (DIU) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Laboratoire auxiliaire %</i>
1985	24	23	71	66	86	35	82	0
1995	36	67	93	76	100	84	100	4
Augme ntation	50	191	31	15	16	140	22	400

- Fri May 24 14:59:23 1996  
+ S G POPULATION

717 P01

Page 2  
24/05/96 18:07

ROYAUME DU MAROC  
—  
PREMIER MINISTRE  
—  
MINISTERE CHARGE DE  
LA POPULATION  
—  
**C.N.E.P.**  
—

N° 25/224/5.6

Rabat, le 22 Mai 1996

Téléfax adressé à l'Attention de MONSIEUR ROGER SLADE, CHEF DE DIVISION DE L'AGRICULTURE ET DE DEVELOPPEMENT HUMAIN DEPARTEMENT DE L'EVALUATION RETROSPECTIVE DES OPERATIONS BANQUE MONDIALE.  
( Fax N° 202 47 76 391)

De la part de : MONSIEUR MOHAMED BIJAAD, SECRETAIRE GENERAL DU MINISTERE CHARGE DE LA POPULATION.

Texte : Je vous remercie pour votre lettre du 29 Avril 1996 relative à la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet de développement des services de santé (Crédit 2572 - MOR).  
En réponse, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint quelques observations portant sur ce rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Secrétaire Général du Ministère  
Chargé de la Population

Signé : **Mohamed BIJAAD**

**QUELQUES OBSERVATIONS CONCERNANT LE  
RAPPORT D'EVALUATION RETROSPECTIVE DU  
PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE**

**a. Remarques de forme :**

- Le rapport d'évaluation se réfère aux Plans Marocains comme étant des Plans d'aménagement et non pas comme des Plans de développement économique et social ;
- Le rapport fait aussi référence aux Plans de développement 1980 - 85 et 1985 - 1990 . Les auteurs font probablement allusion aux plans 1981 - 85 et 1988 - 1992 .

**b. Remarques de fonds :**

- L'évaluation a porté beaucoup plus sur les aspects d'exécution et les résultats obtenus du projet, mais ne donne pas suffisamment d'indications sur les effets et l'impact du projet sur les bénéficiaires des provinces concernées par le projet, l'efficacité du nouveau système comparé à l'ancien, et la qualité des soins fournis. Il aurait été opportun de donner des indications sur l'utilisation effective qui est faite des résultats physiques du projet et de montrer comment le nouveau système a pu améliorer le temps d'attente dans les établissements sanitaires , l'accès au personnel médical et paramédical et l'attitude des bénéficiaires vis à vis de la qualité des soins fournis .

- Tue May 28 12:56:39 1996

Page 2  
073 P01 28/05/96 15:28

ROYAUME DU MAROC  
PREMIER MINISTRE  
MINISTERE DE L'INCITATION  
DE L'ECONOMIE

LE MINISTRE DELEGUE AUPRES DU PREMIER MINISTRE  
CHARGE DE L'INCITATION DE L'ECONOMIE

A)

MONSIEUR ROGER SLADE  
CHEF DE DIVISION DE L'AGRICULTURE ET DU  
DEVELOPPEMENT HUMAIN  
DEPARTEMENT DE L'EVALUATION RETROSPECTIVE DES  
OPERATIONS

BANQUE MONDIALE

F A X

OBJET / *Projet de Développement des Services de Santé  
(prêt 2572-MOR)*

REFER / *Votre lettre du 29 Avril 1996*

--oOo--

*Cher Monsieur,*

*Suite à votre lettre citée en référence, relative au rapport d'évaluation rétrospective du projet sus-mentionné, j'ai l'honneur de vous informer que la version préliminaire de ce rapport ne soulève aucune observation particulière de la part des autorités marocaines.*

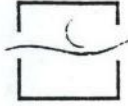
*Veillez agréer, Cher Monsieur, l'expression de ma parfaite considération.*



Signé :

*Monkid MESTASSI  
Chargé de Mission auprès du  
Premier Ministre*


ROYAUME DU MAROC  
*ministère de la santé publique*



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
 (I.N.A.S.)

28 MAI 1996

N°.....286...../INAS

**Monsieur Roger Slade, Chef**  
**Division de l'Agriculture et du Développement Humain**  
**Département de l'Evaluation Rétrospective des Opérations**  
**Banque Mondiale**  
**1818 H Street N.W.**  
**Washington, D.C. 20433 - U.S.A**

Objet : Analyse du projet de document du Rapport de l'Evaluation  
 Rétrospective du PDSS.

Nous avons étudié avec beaucoup d'intérêt votre rapport qui porte sur l'évaluation du PDSS.

Nous avons acheminé, par ailleurs, une copie de ce rapport à chacune des trois provinces concernées : Agadir, Taroudant et Settat. Nous voudrions par la présente vous adresser notre feed-back qui est une synthèse de nos remarques; celles du Dr M. Lardi et des trois équipes des provinces sus-citées.

D'une manière générale, le contenu du rapport relate l'apport, les efforts, les difficultés d'expertise du projet PPS.

Cependant, on sent une redondance dans certains paragraphes de ce rapport. Nos principales remarques sont les suivantes :

Le rapport de l'INAS aurait pu être plus exhaustif et porter sur l'impact du projet si la Banque Mondiale avait mis à notre disposition le budget et la main d'oeuvre spécialisée.

Page 5 :

Plan d'aménagement à remplacer par « plan quinquennal 81-85 ».

Page 9 3ème ligne:

« création d'une unité d'économie de santé et non un service ».

Page 9 :

Il est nécessaire de définir ce qu'on entend par « viabilité » parce que la stratégie mobile, par exemple, ne serait se poursuivre au même rythme s'il y a réduction de ressources en carburant.

Page 10, ligne 4 :

Que signifie le volume sur l'exécution du projet ?

Page 11. Paragraphe (e) :

La restructuration du MSP et le départ du directeur du projet ont laissé un vide. Le problème de coordination s'est intensifié, le pilotage du projet est devenu quasiabsent à un moment donné de la vie du projet.

Le changement a porté aussi bien sur le Ministre, le Secrétaire Général, les directeurs, les délégués des provinces et les médecins-chefs de SIAAP de ces provinces.

Page 12. Paragraphe 1-2 :

La population du Maroc, selon le recensement de septembre 1994, est estimée à 26.023412 habitants et 50181 étrangers.  
2.06 = la croissance démographique (recensement 1994).

Page 13. Paragraphe 1.3, ligne 2 :

Le système de santé était orienté vers les prestations curatives et urbaines.

Page 19 :

On est d'accord que le projet se caractérise par sa grande complexité ce qui nous a posé un problème dans la coordination, le suivi et l'évaluation.

Page 21 :

b) La Banque Mondiale n'a pas apporté l'aide nécessaire pour l'évaluation du projet.

Page 23 : Paragraphe 31.

La structure de la gestion du projet est détaillée dans le document d'évaluation du projet, menée par l'INAS et les 3 provinces. Nous pensons qu'il faut corriger cette partie.

Page 27 :

L'extension du projet a été faite au niveau national. Exemple : le laboratoire périphérique, la composante formation, extension de la couverture sanitaire, la structuration des programmes de soins de santé de base etc ....

Page 28, ligne 3 :

« les résultats obtenus..... accès physique (et non matériel).

Dans le tableau 3.1 :

Nous proposons d'ajouter « statistique de la zone ».



Page 29, paragraphe 4.4 :

Nous pensons que l'absence de la planification stratégique et l'incohérence dans la politique de santé entravent la capacité du MSP d'organiser de manière cohérente sa priorité opérationnelle et de maîtriser l'allocation des ressources.

Page 38 :

L'INAS peut être partenaire dans la gestion des projets de santé si le gouvernement le désire.

Nous partageons votre avis sur l'unité d'approvisionnement des médicaments.

Page 45, paragraphe 5-9 :

On ne fait pas d'hospitalisation dans les centres de santé.

Page 47, paragraphe 5.12 :

Nous avons mis à la disposition de la Banque Mondiale tous les documents de l'évaluation.

Page 49 :

Oui pour l'ensemble des conclusions sauf pour le point (e), difficile à comprendre le sens de cette phrase.

Le projet nécessite la stabilité des personnes clés dans la gestion des projets.

La rétention de ces personnes dans leurs postes nécessite une motivation sérieuse.

Enfin, nous joignons au présent document copie des fax émanant des provinces à ce sujet, ainsi que les corrections manuscrites des données statistiques figurant aux pages 50 à 52.

Nous espérons avoir répondu à vos attentes et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations les meilleures.



Le Directeur de L'INAS

Signé: Pr. H. FIKRI BANGRAHIM

ROYAUME DU MAROC  
ministère de la santé publique



المملكة المغربية  
وزارة الصحة العمومية

TAROUDANT, le 28/05/96

PROVINCE DE TAROUDANT

/e Délégué du M.S.P. à la Province de  
= TAROUDANT =  
=====



(-)

Monsieur Le Directeur de l'I.N.A.S.  
= R A B A T =  
=====

OBJET / Rapport d'évaluation rétrospective -P.D.S.S.-.

-o-

J'ai l'honneur de vous faire part des observations à la lecture du R.E.R. concernant le P.D.S.S.

1- Concernant la forme : le rapport est à notre avis un peu narratif, engendrant, probablement sans le vouloir, des répétitions pouvant gêner parfois le lecteur .

2- Concernant le contenu :

2.1- Le rapport s'attarde sur "l'échec" de la composante U.A.M. sans pour autant convaincre quant aux causes de cet échec. Toutefois il a le mérite de reconnaître l'incompétence de la Banque Mondiale dans le domaine pharmaceutique .

2.2- Pour ce qui est des indicateurs de santé (p:28), des données par province seraient souhaitables . De même, il faut signaler l'interaction d'autres programmes dans la réalisation de performances, bien qu'il soit difficile de juger de l'impact réel du projet dans cette évolution .

2.3- La dénomination de "Poste de santé" (p: 26, dernière ligne) correspondrait au D.R.B!

2.4- Le rapport ne met pas l'accent sur la faiblesse de la mise en oeuvre de la composante I.E.C. au niveau provincial et que les provinces n'ont pas réellement bénéficié des ressources dans ce sens .

2.5- Le rapport ne signale pas la "déception" des cadres provinciaux exprimée lors des entretiens quant à l'absence de motivation par des stages et séminaires à l'étranger .

.../...

ROYAUME DU MAROC  
*ministère de la santé publique*



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية

PROVINCE DE TAROUDANT

(suite)

2.5- Le rapport sous estime, à notre avis, les efforts déployés au sein de l'administration centrale du M.S.P. en matière d'organisation (organigramme) et de procédures de gestion .

2.7- Génie Civile : le rapport ne signale pas les réserves émises concernant la conception des bâtiments en particulier l'étroitesse des logements infirmiers et installations techniques des hôpitaux ruraux (Radiologie, Labo....)

-CONCLUSION :

d'une manière générale, le R.T.R. a repris les Préoccupations exprimées par les responsables provinciaux surtout quant à la pérennité du projet P.D.S.S. On note une certaine objectivité dans l'analyse des certaines défaillances dans les différentes étapes du projet .

Enfin, nous espérons que les recommandations issues de cette évaluation amèneront les responsables centraux à éviter "l'enterrement du projet" et préserver l'esprit du P.D.S.S. et ses acquis ./.

Le Délégué Provincial

Youssef



↳ Dr Lardi

Settat le 24 Mai 1996

**Le Délégué du Ministère de la Santé Publique  
à la Province de Settat**

A

**Monsieur le Directeur de l'institut nationale  
d'administration sanitaire ( INAS )**

**Objet : Remarques concernant le rapport d'évaluation du projet PDSS**

**J**'ai l'honneur de vous adresser ci dessous nos remarques et suggestions après étude du rapport d'évaluation du projet de développement des services de santé :

- Le rapport ne fait pas référence aux études et évaluations intermédiaires et finales.
- Certains aspects n'ont pas été approfondis :
  - Participation communautaire.
  - Collaboration intersectorielle.
  - Evaluation qualitative de l'utilisation des services de santé.
  - Impact des interventions sanitaires mises en place.
  - Evaluation de la stratégie mobile.
  - Evaluation des conditions de travail .
  - Problèmes engendrés par le développement de l'infrastructure notamment l'insuffisance en ressource humaine.
  - Impact du projet sur la qualité de gestion des services de santé, sur la qualité des soins et sur l'état de santé de la population.

En outre nous partageons les conclusions des évaluateurs sur le fait que le projet ne peut être considéré comme expérience pilote car il existe plusieurs interactions de facteurs sanitaires auxquelles s'ajoutent le développement des programmes sanitaires.

**Dr. R HAZZAL Hassan**

JUN 04 '96 09:14AM

Jun. 4 '96 12:35

KONICA FAX 720

P. 1

**ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)**

Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.98.34/69.16.26

309

04 JUIN 1996

**Expéditeur : Pr N. Fikri Benbrahim**

**Directeur de l'INAS**

**Code fax expéditeur : 00-212-7-89 16 26**

**7-29 98 34**

**Destinataire : Monsieur Roger Slade**

**Chef de la Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations  
Banque Mondiale. Washington DC 20433 - USA.**

**Nombre de pages : 1**

**Date : 03/06/1996**

**Message :**

Comme suite à mon courrier correspondant au feed-back à votre document sur l'évaluation rétrospective du PDSS, je vous adresse les observations des équipes d'Agadir.

Veuillez croire à l'expression de mes sincères salutations.



**Le Directeur de L'INAS**

**Pr N. FIKRI BENBRAHIM**

JUN 04 '96 09:14AM

Jun. 4 '96 10:35

KONICA FAX 720

P. 2

OO/RH

AGADIR, le 27 MAI 1996

ROYAUME DU MAROC  
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
 DELEGATION A LA WILAYA D'AGADIR  
 ET PREFECTURE D'AGADIR IDA OUTANANE



المملكة المغربية  
 وزارة الصحة العمومية  
 مندوبية ولاية أكادير  
 وعمالة أكادير إداوتنان

N° 1889 /SIAAP/SSB..

27 MAI 1996

LE DELEGUE PREFECTORAL

السندوب

A

Monsieur le Directeur de l'INAS

- R A B A T -

O B J E T : Evaluation PDSS 1996.R E F E R : Votre correspondance N°244 du 14 Mai 1996.

Suite à votre correspondance sus-référenciée, j'ai l'honneur de vous faire part de nos observations :

\* Page 6 Paragraphe 4 et page 26 8è ligne :

- Les formations sanitaires construites dans le cadre du PDSS et considérées dans le document d'évaluation comme opérationnelles fonctionnent en réalité avec un effectif en personnel très réduit ne répondant pas aux normes exigées à titre d'exemple :

- Certains centres de santé fonctionnent comme D.R.  
 - Certains D.R. fonctionnent comme DRB par l'absence d'infirmières.

- Les infirmières des maisons d'accouchement déjà en nombre insuffisant sont appelées à faire :

- \* Les accouchements
- \* Les activités de SMI.
- \* Et participer aux activités des équipes mobiles sur le terrain.

Ces formations ont été ouvertes à cause de la pression de la population et des autorités locales.

\* Page 5 et 22 :

- Lire plan d'aménagement 1981-85 au lieu de 1980-85.

\* Page 17 :

- Lire plan d'aménagement 1988-92 au lieu de 1985-90.

Jun. 4 '96 15:41

KONICA FAX 720

P. 2

- 2 -

Page 23 :

Le volet des travaux public (genie civil ) a été confié en totalité à la Délégation du Ministère de l'équipement. Les services du Ministère de la Santé Publique n'étaient pas impliqués directement à l'exécution des travaux de constructions. Leur intervention se limitait à leur présence au moment de l'ouverture des plis et lors de la réception provisoire des ouvrages.

Remarque générale :

Le document d'évaluation n'a pas fait ressortir le problème des formations sanitaires programmées et non réalisées et pour lesquelles la population a cédé les parcelles de terrain pour leur construction./.



Dr. F. M. ...

# OFFICE MEMORANDUM

DATE: June 25, 1996

JUN 26 1996

TO: Mr. Francisco Aguirre-Sacasa, OEDDR

THROUGH: Christian Delvoie, Acting Vice President, MNA

FROM: Roslyn G. Hees, Division Chief, MN1HR *WGH*

EXTENSION: 3-2778

SUBJECT: **MOROCCO: Health Development Project (Loan 2572-MOR)**  
**Draft PAR - Your memorandum of June 17, 1996**

*✓ Taken into account*

The majority of our earlier comments on the draft in reference have been incorporated. We however suggest the few minor updates and corrections below:

PARA. 3.14. Better justice to the discussion on women would be given if the middle of the paragraph was modified as follows: "...Outreach services do not always address all women's concerns: The itinerant nurse is male and, though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse, there is still shortage of female staff..."

PARA. 4.5. The last sentence needs to be updated to reflect the fact that Basic Health Project (social priorities program) has now been approved by the Board.

PARA. 5.7. The sentence "Thus, while formulating drugs..." remains misleading, as it mixes several unrelated arguments. The mention of formulation versus imports may not be valid in Morocco where 80% of the essential drugs are fabricated locally. Moreover, to our knowledge, no cost comparison has been made which would enable us to conclude that one of the solutions (private local provision versus public formulation) is cheaper than the other. The second point, related to the sustainability of the operation, is based on a number of unconfirmed assumptions: (i) that the plant would limit its activity solely to the formulation of the basic drugs needed by the public sector; (ii) that the Government subsidy on drugs will be transferred to the producer. You might want to say, rather, that the lack of clarity in the Government position with regards to (i) the plant's overall potential capacity; (ii) the plant's potential market (internal private and public market, exports...); and (iii) its cost-recovery policy; resulted in a lack of interest from the private sector to manage and operate this plant.



Claire Voltaire

-2-

June 25, 1996

cc: Messrs./Mmes. Derviř (o/r) (MNA); Costa (o/r) (MN1DR); Vaur (MN1CO);  
de Ferranti (HDD); Pardinas (LEGMN); Division Files, Mena Files.

CVOLTAIRE:mam  
M:\mor\par.doc

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> June 25, 1996	
<b>NAME</b>		<b>ROOM. NO.</b>	
Roger Slade, Chief, OEDD1			
<i>[Handwritten Signature]</i>			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input checked="" type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: MOROCCO: Health and Population Project (Loan 2572-MOR)</b>			
<b>Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
The comments received from the region on June 24 have been taken into account. Please approve for printing.			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Laura Raney <i>Laura Raney</i>		G7-032	3-1759

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> June 26, 1996	
<b>NAME</b>		<b>ROOM. NO.</b>	
Roger Slade, Chief, OEDD1			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input checked="" type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: MOROCCO: Health and Population Project (Loan 2572-MOR)</b>			
<b>Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
All comments received from both the government and the region have been taken into account. Please approve for printing.			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Laura Raney <i>Laura Raney</i>		G7-032	3-1759

THE FOLLOWING FILE(S) ERASED

FILE	FILE TYPE	OPTION	TEL NO.	PAGE	RESULT
035	MEMORY TX		23267	00/02	E-3)3)3)

ERRORS

- 1) HANG UP OR LINE FAIL      2) BUSY      3) NO ANSWER      4) NO FACSIMILE CONNECTION

**THE WORLD BANK GROUP**  
 Headquarters: Washington, D.C. 20433 U.S.A.  
 Tel. No. (202) 477-1234 • Fax (202) 477-6391 • Telex No. RCA 248423

**FACSIMILE COVER SHEET AND MESSAGE**

<b>DATE:</b>	June 26, 1996	<b>NO. OF PAGES:</b> 2 (including cover sheet)	<b>MESSAGE NO.:</b>
<b>TO:</b>	Mr. Prakas		<b>FAX NO.:</b> 23267
	Title:		
	Organization: {Company}		
	City/Country: {City, Country}		
<b>FROM:</b>	Laura Raney		<b>FAX NO.:</b> (202) (202) 522 3123
	Title: Health Economist		<b>Telephone:</b> (202) (202) 473-1759
	Dept/Div: OEDD1		<b>Dept./Div. No.:</b> 175-10
	Room No.: G 7-032		
<b>SUBJECT:</b>	Clearance of the Maps for Morocco		

**MESSAGE:**

Please find the Xeroxed copy of the form 14, in order for you to attach it to the negatives and send them to the printshop.

**ROYAUME DU MAROC  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S)  
Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.96.34/69.16.26**

---

**From:** Pr. N. Fikri Benbrahim  
Director of the National Institute of Health Administration (INAS)

**Fax:** 00-212-7-69 16 26

**To:** Mr. Roger Slade  
Chief, Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank, Washington DC 20433 - USA

**Date:** 06/03/1996

**Message:**

Following your letter seeking feedback on your document on the evaluation of the PDSS, here are the comments of the team of Agadir.

Sincerely,

The Director of INAS  
Pr. N. Fikri Benbrahim

# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		DATE: June 25, 1996	
<b>NAME</b>			<b>ROOM. NO.</b>
Roger Slade, Chief, OEDD1			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input checked="" type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: MOROCCO: Health and Population Project (Loan 2572-MOR)</b>			
<b>Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
The comments received from the region on June 24 have been taken into account. Please approve for printing.			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Laura Raney <i>Laura Raney</i>		G7-032	3-1759

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES  
June 26, 1996**MEMORANDUM TO THE EXECUTIVE DIRECTORS AND THE PRESIDENT****SUBJECT: Performance Audit Report on Morocco  
Health Development Project (Loan 2572-MOR)**

Attached is the Performance Audit Report on the Morocco Health Development Project prepared by the Operations Evaluation Department (OED). The Loan for US\$28.4 million equivalent was approved in June 1985. The project was closed in December 1993 after two extensions, and an undisbursed balance of US\$2.56 million equivalent was canceled following final disbursement in April 1994.

The project's objectives were to strengthen primary health care delivery in three provinces and to improve the capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) at the central and provincial levels as a precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system and upgrading and extending the physical infrastructure (70 percent of total project costs); (b) to strengthen the management and policymaking capabilities of the MOPH (5 percent); (c) to support training and information, education, and communication (IEC) programs (5 percent); and (d) to improve the supply of basic drugs (20 percent).

Despite construction delays and slow release of counterpart funds, the project successfully constructed and equipped 148 health facilities, thus greatly improving access to basic health services in rural areas. The new health care delivery system developed under the project has since been expanded nationwide. The outcome of the attempt to strengthen the institutional capacity of the MOPH is difficult to measure, as the MOPH underwent several reorganizations during project implementation. Institutional impact was greater in the provinces than at the central level. The government's research group undertook a good evaluation of the project, albeit very late. Data were not available to monitor the basic health care component during implementation, but evaluation data do provide an excellent account of project accomplishments. Bilateral grants became available to finance IEC activities, thus only 25 percent of funds allocated to this component were disbursed.

The drug supply component had little apparent impact on drug policy and failed to achieve its objective of improving the drug supply. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. A new drug supply unit for storage, distribution, and formulation (the final stage of drug production from intermediate ingredients to a final form, such as tablets) was constructed under the project but was not operational at the time the project was closed. The storage and distribution unit has since become operational, but the formulation unit has not. It is doubtful if the government will ever recoup its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

OED, in agreement with the PCR, rates the project as satisfactory, institutional development as modest, and Bank and borrower performance as satisfactory. The audit upgrades the sustainability rating from uncertain to likely, for two reasons: all health facilities are now operational (many were not at the time of the PCR), and despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to the continued operation of the health facilities and maintenance of the gains made under the project.

Important lessons from this project are that monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to be used to influence outcomes; that clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings; and that design of new projects should not detract from the supervision of an ongoing project.

Attachment

A handwritten signature or set of initials in black ink, consisting of a large loop on the left and several strokes on the right.



# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> June 25, 1996	
<b>NAME</b>		<b>ROOM. NO.</b>	
Roger Slade, Chief, OEDD1			
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input checked="" type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>RE: MOROCCO: Health and Population Project (Loan 2572-MOR)</b> <b>Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b> The comments received from the region on June 24 have been taken into account. Please approve for printing.			
<b>FROM</b> Laura Raney <i>Laura Raney</i>		<b>ROOM NO.</b> G7-032	<b>EXTENSION</b> 3-1759

A L L - I N - 1   N O T E

DATE: 25-Jun-1996 11:35am

TO: Claire Voltaire ( CLAIR VOLTAIRE )

FROM: Laura Raney, OEDD1 ( LAURA RANEY )

EXT.: 31759

SUBJECT: RE: MOROCCO: Health and Population Project (loan 2572-mor)  
DRAFT PAR

Thank you for your suggested modifications. I have changed the text accordingly. I especially appreciate your clarification on the drug component; I was trying to figure out how to reword that part, because, as you said, that section mixes several unrelated arguments. FYI, the cost comparison I was referring to was the Bank's 1987 analysis, though you are right that it might not be valid today. I had made the comments on sustainability after speaking with Denis Broun, though again, they rested on several (unconfirmed) assumptions.

Look forward to your comments on Tunisia! I wondered what you thought of the government's comments; they referred to several statements, which we thought were factual, as 'disparaging comments' and 'unfounded assertions.' Did they bring the issue of the audit up with you while you were there? Just curious.

CC: Roslyn Hees ( ROSLYN HEES )

CC: Maryse Pierre-Louis ( MARYSE PIERRE-LOUIS )

CC: Eva Jarawan ( EVA JARAWAN )

1  
2  
3  
4  
5

A L L - I N - 1 N O T E

DATE: 24-Jun-1996 05:03pm

TO: Laura Raney ( LAURA RANEY )

FROM: Claire Voltaire, MN1HR ( CLAIRE VOLTAIRE )

EXT.: 32784

SUBJECT: MOROCCO: Health and Population Project (loan 2572-mor)  
DRAFT PAR

As I was on mission and then negotiations, I have just now prepared an answer to F. Aguirre-Sacassa on both Morocco and Tunisia PARs (a bit disapointed I must say that no matter at what level you send them for comments, they always come back all the way down to me!! ), and since my comments are so minor, and the memos need to go through the proper channels, I thought I would give them directly to you, in case you see fit to adjust:

✓ PARA. 3.14. I still think you would give better justice to your discussion on women if you modified the middle of the paragraph as follows: "...Outreach services do not always address all women's concerns: The itinerant nurse is male. Though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse, there is still shortage of female staff..."

✓ PARA. 4.5. The last sentence needs to be updated to reflect the fact that Basic Health Project (social priorities program) has now been approved by the Board.

1997 | PARA. 5.7. Your sentence "Thus, while formulating drugs..." remains misleading, as it mixes several unrelated arguments. The mention of formulation versus imports may not be valid in Morocco where 80% of the essential drugs are fabricated locally; moreover, to our knowledge, no cost comparaisn has been made which would enable us to conclude that one of the solutions (private local provision versus public formulation) is cheaper than the other. Your second point, related to the sustainability of the operation, is based on a number of unconfirmed assumptions: (i) that the plant would limit its activity to the formulation of the sole drugs needed by the public sector; (ii) that the Government subsidy on drugs will be transfered to the producer. You might want to say, rather, that the lack of clarity in the Government's position with regards to (i) the plant's overall potential capacity; (ii) the plant potential market (internal private and public market, exports...); and (iii) its cost-recovery policy resulted in a lack of interest from the private sector to manage and operate this plant.

in the p. 5's

CC: Roslyn Hees

( ROSLYN HEES )

CC: Maryse Pierre-Louis  
CC: Eva Jarawan

( MARYSE PIERRE-LOUIS )  
( EVA JARAWAN )

This form must be typed

THE WORLD BANK GROUP  
PRINTING REQUEST

(Leave This Space Blank)

Read instructions on reverse

Title (or Description) of Item to be Printed PERFORMANCE AUDIT REPORT MOROCCO - Health Development Project (Loan 2572-MOR)	Report or Form No.	Report or Revision Date June 26, 1996
--	--------------------	--

Select One <input checked="" type="checkbox"/> Report <input type="checkbox"/> Form <input type="checkbox"/> Letterhead <input type="checkbox"/> Complimentary Slip <input type="checkbox"/> Other (specify) _____					
No. of Pages 45	Quantity	Job <input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Rerun	Classification (for reports only) RESTRICTED	Date and Time Required	
Requested By Laura Raney ID 22231 /Sophie		Ext. 82372	Room No. G 7-040	Dept./Div. Acronyms OEDDI	Dept./Div. Nos. 175/10

SPECIFICATIONS

SIZE:  8-1/2x11     8-1/2x14     11x17     Other \_\_\_\_\_

TEXT: Color of Paper White    No. of Pages 45    Print  1 side     2 sides

COVER: Color of Paper White    Print  1 side     2 sides

COVER HEADING:  World Bank     IFC     MIGA Masthead \_\_\_\_\_

CONSTRUCTION:  Assemble     Saddle-stitch     Perfect Bind     Staple upper left corner     Staple two on side     Pad

Fold    Finished Size \_\_\_\_\_    No. of Holes to be Punched: on top \_\_\_\_\_ on side \_\_\_\_\_

Carbonless    No. of Parts \_\_\_\_\_

MAPS - Requesting departments are responsible for clearing all new, revised or previously printed maps with the Cartography Section, GSDPG. The Print Shop requires clearance before any map is printed or released from shelf stock.

Map Cleared By Mr. Prakas	Date June 25, 96	List ALL MAPS (by IBRD No.) in this space IBRD 18651 18652    IBRD 18653	Charts (by no.) in this space
------------------------------	---------------------	--	-------------------------------

- Order of Assembly/Additional Instructions
- |  |  |
|--|--|
| 1. TITLE PAGE: Back-up with abbreviations (white hard cover, DOC. of WB, OFF. use & Caveat). | 5. BASIC DATA SHEETS: pages 5 - 6.                   |
| 2. COVERING MEMO: 2 pages.   | 6. EVALUATION SUMMARY : pages 7-10.                  |
| 3. TABLE OF CONTENTS: 2 pages, OFF. use.   | 7. MAIN TEXT: pages 11 - 30.                         |
| 4. PREFACE: 1 page <u>no back-up</u> .   | 8. ANNEX: pages 31 - 44; <u>page 45 no back-up</u> . |
|  | 9. MAP: IBRD 18651, 18652, 18653                     |

Delivery Instructions

_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____
_____ copies to _____	room no. _____

PRINTING APPROVAL: reports that require report numbers must be cleared by the IDU, HB-151.	Initials	Date	Signature Laura Raney	Date
--	----------	------	--------------------------	------

FOR PRINT SHOP USE ONLY

Special Instructions

---



---



---



---



---

THE WORLD BANK/IFC  
DISTRIBUTION OF REPORTS

REPORT TITLE PERFORMANCE AUDIT REPORT MOROCCO - Health Development Project (Loan 2572-MBR)				REPORT NO.	
REPORT DATE June 26, 1996		FORM PREPARED BY Sophie Lefebvre		EXT. 82372	
REMARKS				COLOR OF COVER <input type="checkbox"/> Gray/Buff <input checked="" type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>DISTRIBUTION TO STAFF BELOW DEPARTMENT DIRECTOR LEVEL</b> <small>Do not duplicate distribution made by Secretary's Dept. to Department Directors and above.</small>					
NAME	ROOM NO.	NO. OF COPIES	NAME	ROOM NO.	NO. OF COPIES
Roger Slade (Sophie Lefebvre)	G7-035	25			
OED Library	G7-154	5			
Africa Info. Center	J B1-085	1			
<b>FOR PRINT SHOP USE ONLY</b>					
Distributed by				Date	

# OFFICE MEMORANDUM

DATE: June 25, 1996

JUN 26 1996

TO: Mr. Francisco Aguirre-Sacasa, OEDDR

THROUGH: Christian Delvoie, Acting Vice President, MNA

FROM: Roslyn G. Hees, Division Chief, MN1HR

EXTENSION: 3-2778

SUBJECT: **MOROCCO: Health Development Project (Loan 2572-MOR)**  
**Draft PAR - Your memorandum of June 17, 1996**

✓  
*Taken into account*

The majority of our earlier comments on the draft in reference have been incorporated. We however suggest the few minor updates and corrections below:

PARA. 3.14. Better justice to the discussion on women would be given if the middle of the paragraph was modified as follows: "...Outreach services do not always address all women's concerns: The itinerant nurse is male and, though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse, there is still shortage of female staff..."

PARA. 4.5. The last sentence needs to be updated to reflect the fact that Basic Health Project (social priorities program) has now been approved by the Board.

PARA. 5.7. The sentence "Thus, while formulating drugs..." remains misleading, as it mixes several unrelated arguments. The mention of formulation versus imports may not be valid in Morocco where 80% of the essential drugs are fabricated locally. Moreover, to our knowledge, no cost comparison has been made which would enable us to conclude that one of the solutions (private local provision versus public formulation) is cheaper than the other. The second point, related to the sustainability of the operation, is based on a number of unconfirmed assumptions: (i) that the plant would limit its activity solely to the formulation of the basic drugs needed by the public sector; (ii) that the Government subsidy on drugs will be transferred to the producer. You might want to say, rather, that the lack of clarity in the Government position with regards to (i) the plant's overall potential capacity; (ii) the plant's potential market (internal private and public market, exports...); and (iii) its cost-recovery policy; resulted in a lack of interest from the private sector to manage and operate this plant.

cc: Messrs./Mmes. Derviş (o/r) (MNA); Costa (o/r) (MN1DR); Vours (MN1CO);  
de Ferranti (HDD); Pardinias (LEGMN); Division Files, Mena Files.

CVOLTAIRE:mam  
M:\mor\par.doc



# THE WORLD BANK GROUP

6/17 ✓  
✓

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> Date	
<b>NAME</b>			<b>ROOM NO.</b>
Mr. Robert Picciotto, DGO			G-7-121
Through: Mr. Francisco Aguirre-Sacasa, OEDDR <i>FAS</i>			G-7-003
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input checked="" type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: MOROCCO: Health Development Project [Loan 2572-MOR] Final Draft Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
<p>Herewith the final version of this PAR which you and the Region have already reviewed. Your comments as well as those received from the Region and the Borrower have been taken into account.</p> <p>Laura Raney and Robert van der Lugt prepared this report.</p>			
<b>FROM</b>		<b>ROOM NO.</b>	<b>EXTENSION</b>
Roger Slade, Chief, OEDD1 <i>[Signature]</i>		G-7-035	81293

RECEIVED

96 JUN 17 PM 2:48

DGO

# OFFICE MEMORANDUM

DATE: June 17, 1996

TO: Mr. Kemal Dervis, Regional Vice President, MNA

THROUGH: Mr. Robert Picciotto, DGO

FROM: Francisco Aguirre-Sacasa, OEDDR *FAS*

EXTENSION: 34380

SUBJECT: **MOROCCO: Health Development Project [Loan 2572-MOR]  
Final Draft Performance Audit Report**

The final draft of the Performance Audit Report on the above is attached. Comments from the Region and the Government have been received.

The attached report is scheduled to be printed for release to the Executive Directors and the President on June 25, 1996. Please confirm before that date that the earlier comments of your staff have been adequately reflected in this final draft.

Attachment

cc: Messrs. Ritchie (MN1DR), de Ferranti (HDD), Abushakra (LEGMN).

DRAFT  
CONFIDENTIAL

DECLASSIFIED

OCT 03 2018

WBG ARCHIVES

PERFORMANCE AUDIT REPORT

MOROCCO

HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)

June 14, 1996

*Operations Evaluation Department*

## Currency Equivalents<sup>1</sup>

Currency Unit = Dirhams

	US\$	SDR
1984	8.811	9.362
1985	10.062	10.568
1986	9.104	10.656
1987	8.359	11.066
1988	8.209	11.049
1989	8.488	10.673
1990	8.242	11.442
1991	8.707	11.658
1992	8.538	12.442
1993	9.299	13.257
1994	9.203	13.080
1995	8.482	12.589

## Abbreviations and Acronyms

CP	Central Pharmacy (Pharmacie Centrale)
DAT	Direction des Affaires Techniques (Technical Department of MOPH)
GOM	Government of Morocco
IEC	Information, Education and Communication
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
IUD	Intra-uterine Device
MOE	Ministry of Equipment
MOF	Ministry of Finance
MOPH	Ministry of Public Health
OED	Operations Evaluation Department
PAR	Performance Audit Report
PCR	Project Completion Report
PDSS	Projet de Développement des Services de Santé (Health Development Project)
PIU	Project Implementation Unit
PRISS	Project d'Investissement dans le Secteur de la Santé (Health Sector Investment Project)
SAR	Staff Appraisal Report
UAM	Unité d'Approvisionnement en Médicaments (Drug Supply Unit)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

## Fiscal Year

Government: January 1–December 31

1. Source: International Financial Statistics Yearbook, various issues. Prepared by IMF Statistics Department.

DECLASSIFIED  
OCT 03 2018  
WBG ARCHIVES**MEMORANDUM TO THE EXECUTIVE DIRECTORS AND THE PRESIDENT****SUBJECT: Performance Audit Report on Morocco  
Health Development Project (Loan 2572-MOR)**

Attached is the Performance Audit Report on the Morocco Health Development Project prepared by the Operations Evaluation Department (OED). The Loan for US\$28.4 million equivalent was approved in June 1985. The project was closed in December 1993 after two extensions, and an undisbursed balance of US\$2.56 million equivalent was canceled following final disbursement in April 1994.

The project's objectives were to strengthen primary health care delivery in three provinces and to improve the capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) at the central and provincial levels as a precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system and upgrading and extending the physical infrastructure (70 percent of total project costs); (b) to strengthen the management and policymaking capabilities of the MOPH (5 percent); (c) to support training and information, education, and communication (IEC) programs (5 percent); and (d) to improve the supply of basic drugs (20 percent).

Despite construction delays and slow release of counterpart funds, the project successfully constructed and equipped 148 health facilities, thus greatly improving access to basic health services in rural areas. The new health care delivery system developed under the project has since been expanded nationwide. The outcome of the attempt to strengthen the institutional capacity of the MOPH is difficult to measure, as the MOPH underwent several reorganizations during project implementation. Institutional impact was greater in the provinces than at the central level. The government's research group undertook a good evaluation of the project, albeit very late. Data were not available to monitor the basic health care component during implementation, but evaluation data do provide an excellent account of project accomplishments. Bilateral grants became available to finance IEC activities, thus only 25 percent of funds allocated to this component were disbursed.

The drug supply component had little apparent impact on drug policy and failed to achieve its objective of improving the drug supply. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. A new drug supply unit for storage, distribution, and formulation (the final stage of drug production from intermediate ingredients to a final form, such as tablets) was constructed under the project but was not operational at the time the project was closed. The storage and distribution unit has since become operational, but the formulation unit has not. It is doubtful if the government will ever recoup its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

OED, in agreement with the PCR, rates the project as satisfactory, institutional development as modest, and Bank and borrower performance as satisfactory. The audit upgrades the sustainability rating from uncertain to likely, for two reasons: all health facilities are now operational (many were not at the time of the PCR), and despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to the continued operation of the health facilities and maintenance of the gains made under the project.

Important lessons from this project are that monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to be used to influence outcomes; that clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings; and that design of new projects should not detract from the supervision of an ongoing project.

Attachment

## Contents

<b>Preface</b> .....	<b>3</b>
<b>Basic Data Sheet</b> .....	<b>5</b>
<b>Evaluation Summary</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Sector Background</b> .....	<b>11</b>
Background .....	11
Bank Activities in the Sector .....	11
<b>2. Project Objectives and Content</b> .....	<b>14</b>
Project Objectives and Components.....	14
Project Design.....	15
Relevance.....	16
<b>3. Implementation and Results</b> .....	<b>17</b>
Overall Implementation .....	17
Primary Health Services .....	18
Enhanced MOPH Management Capacity .....	20
Training and IEC .....	21
Drug Supply .....	22
<b>4. Ratings</b> .....	<b>23</b>
Outcome .....	23
Sustainability .....	23
Institutional Impact .....	24
Borrower Performance .....	24
Bank Performance .....	24
<b>5. Issues and Lessons</b> .....	<b>26</b>
Drug Supply Component .....	26
Monitoring and Evaluation of Basic Health Component .....	28
Lessons .....	29
Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline .....	13
Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in Three Provinces.....	20
<b>Annex: Statistical Tables</b>	
1. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir.....	31
2. Results of the PDSS System Implementation—Agadir .....	31
3. Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir .....	31
4. Evolution of the Availability of Services—Agadir .....	31

This report was prepared by Ms. Laura Raney (Health Economist) guided by Mr. Robert van der Lugt (Task Manager), who audited the project in December 1995. Ms. Diana Qualls and Ms. Sophie Lefebvre provided administrative support.

5. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant .....	32
6. Results of the PDSS System Implementation—Taroudant .....	32
7. Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant.....	32
8. Evolution of the Availability of Services—Taroudant.....	32
9. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat.....	33
10. Results of the PDSS System Implementation—Settat .....	33
11. Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat .....	33
12. Evolution of the Availability of Services—Settat .....	33
<b>Annex 2: Borrower Comments .....</b>	<b>34</b>



## Preface

This is a Performance Audit Report (PAR) for the Morocco Health Development Project, for which a loan in the amount of US\$28.40 million equivalent<sup>1</sup> was approved on June 6, 1985 (Loan 2572-MOR). The project was closed December 31, 1993 after two extensions from its original closing date of December 31, 1991. An undisbursed balance of US\$2.56 million (nine percent of the total loan) was canceled following final disbursement on April 12, 1994.

The PAR is based on the Project Completion Report (PCR),<sup>2</sup> the President's Report,<sup>3</sup> the Staff Appraisal Report (SAR),<sup>4</sup> review of Bank files, sector and economic reports, and discussions with Bank staff. An OED mission visited Morocco in December 1995, discussed project experience and outcomes with Government officials, and visited several project sites in the provinces of Taroudant, Agadir and Settat. Evaluations of the basic health component carried out by the health authorities in the three pilot provinces and the Institute National d'Administration Sanitaire (INAS) were also used in the preparation of this report.

The PCR was completed in July 1995 and provides an excellent account of the implementation of the project and important lessons learned. The borrower's perspective on the project is included in Part 2. The PAR confirms the major findings of the PCR but examines in more detail several of these findings as well as some issues not fully covered in the PCR. In particular, it focuses on the issue of pharmaceuticals and monitoring and evaluation. It also examines the outcome of the project in the context of Bank lending for the sector as a whole. The findings of the PAR will be a building block for OED's forthcoming study of experience with health lending.

In accordance with normal OED procedures, copies of the draft PAR were sent to the government of Morocco for comments. Numerous comments were received reflecting the importance government authorities attach to this project. These comments have been included in Annex 2 with appropriate cross references and annotations.

- 
1. All references to the Loan amount in the text and tables of this report are US\$ equivalent.
  2. Project Completion Report: Morocco, Health Development Project (Loan 2572-MOR), Report no. 14675, June 26, 1995.
  3. President's Report: Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. P-4079-MOR, May 15, 1985.
  4. Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. 5440-MOR, May 15, 1985.

## Basic Data Sheet

### MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)

#### Key Project Data (amounts in US\$ million)

Item	Appraisal Estimate	Actual or Current Estimate	Actual as % of Appraisal Estimate
	Total	Total	
Total project costs	47.6	53.3	112%
Loan amount	28.4	25.8	91%
Cofinancing	-	-	-
Cancellation	-	2.6	na
Date physical components completed	06/90	06/93 (06/96) <sup>a</sup>	
Economic rate of return	na	na	na
Institutional performance: Moderate			

a. Most of the project investments were completed in 1993; the pharmaceutical component is expected to be completed in 1996.

#### Cumulative Estimated and Actual Disbursements (amounts in US\$ million)

	FY86	FY87	FY88	FY89	FY90	FY91	FY92	FY93	FY94
Appraisal Estimate	1.3	5.0	10.4	16.4	22.4	26.9	28.4	-	-
Actual	0	0.13	1.13	3.54	7.93	13.98	19.33	23.52	25.84
Actual as % of Appraisal	0	0.02	0.1	0.21	0.35	0.52	0.68	0.82	0.90

Date of final disbursement: April 1994

#### Project Dates

	Date Planned <sup>a</sup>	Date Actual
Identification	n/a	March 1979
Project Preparation Facility (PPF)	June 1983	April 1982
Preparation	n/a	Sept. 1979, April 1980, & June 1981
Pre-appraisal	n/a	July 1984
Appraisal	n/a	September 1984
Negotiations	n/a	April 1985
Board Presentation	n/a	June 6, 1985
Signing	Before October 1985	January 17, 1986
Effectiveness	October 1985	July 27, 1986
Midterm review carried out by the Borrower	December 1987	November 1989
Project Completion	June 30, 1990	June 30, 1993 <sup>b</sup>
Loan Closing	December 31, 1991	December 31, 1993

a. As provided in Project Brief for processing steps up to Board Presentation, and in the Staff Appraisal Report (SAR) for steps occurring after Board Presentation.

b. All components were completed by June 1993 with the exception of the Drugs supply unit which remains incomplete to date (see para. 19 PCR) and the IEC component which was dropped.

#### Staff Inputs (staff weeks)

Stage of Project Cycle	FY84	FY85	FY86-93	FY94	Total
Preappraisal	85.6				85.6
Appraisal		79.6			79.6
Negotiations <sup>a</sup>					na
Supervision			110.8		110.8
PCR				7	7
<b>Total</b>					<b>283</b>

a. Included in Appraisal Figures.

## Mission Data

	Month/ Year	No. of Persons	Staff Days	Specialization <sup>a</sup>	Project Rating (Overall)	Project Rating (Dev)	Types of Problems
Identification	03/79	5	55	A/ Z/C/A/D			
Preparation	09/79	4	40	E/C/Z/A			
Preparation	04/80	4	44	A/F/Z/G			
Preparation	06/81	1	5	F			
	06/83	5	30	F/H/A/A/I			
	10/83	2	20	A/A			
	03/84	1	20	A			
Pre-appraisal	07/84	1	3	A			
Appraisal	09/84	9	140?	A/J/F/H/K/L/M/N/Z			
Post Appraisal	03/85	1	7	A			Review of project timetable and its budgetary implications
Supervision 1	06/86	3	39	A/A/F			
Supervision 2	04/87	3	36	A/O/J			Reviewed new organizational structure of MOP & IEC component slow to start. Discussions on opening of Special Account.
Supervision 3	02/88	1	?	P			-Lack of operating resources
Supervision 4	08/88 <sup>b</sup>	3	24	Q/R/H	2	1	-Restructuration of tuberculosis program
Supervision 5	01/89	4	32	A/A/S/T	2	1	
Supervision 6	10/89 <sup>b</sup>	4	20	Q/R/H/U	2	1	-Mid-term review carried out by MOPH
Supervision 7	06/90 <sup>b</sup>	3	15	Q/V/H	2	1	-Delays in payments to contractors: funds to be delegated to provinces
Supervision 8	11/90 <sup>b</sup>	2	18	Q/V	2	1	-Bids for UAM too high
Supervision 9	02/91 <sup>b</sup>	1	9	V			-Slow implementation
Supervision 10	05/91 <sup>b</sup>	3	27	Q/V/H	2	1	-Projects costs to be updated
Supervision 11	10/91	4	32	W/X/T/H	2	1	-Health Financing report received
Supervision 12	05/92	2	10	V/I	2	1	-New bid document for UAM reviewed
Supervision 13	11/92	3	27	V/I/Q	2	1	-Discussion on feasibility of UAM
Supervision 14	04/93	2	6	Y/A	2	1	-Disbursement Issues
Completion	05/94	1	6	Y	-	-	-Lack of counterpart funds

a. Specialization: A=PH Specialist; B=Loan Specialist; C=Education Specialist; D=PH Specialist UNFPA; E=RH Specialist; F=Economist; G=PH Sp. Consultant; H=Architect; I=Implementation Specialist; J=Health Economist; K=PF Consultant; L=Pharmac. Syst. Consultant Research; M=Assistant; N=Division Chief; O=Operations Assistant; P=Disbursement Officer; Q=Health Specialist; R=PH Physician; S=Pop. Specialist; T=Hosp. Ad. Sp.; U=Education/Training Sp.; V=Financial Analyst; W=Sr. PHN Specialist; X=PH MD; Y=Project Officer; Z=Loan Officer

b. Starting August 1988, all missions covered both the Health Development Project and the Health Sector Investment Project. Mission time has been apportioned equally to each project which is likely to overestimate time actually spent on the first project.

c. Multi-purpose missions. Share of time allocated to project not available.

## Evaluation Summary

### Introduction

1. The Morocco Health Development Project was the first World Bank Group operation in the health sector of Morocco. It assisted the Moroccan Ministry of Public Health (MOPH) to strengthen and accelerate its policy shift away from an urban-based, hospital-oriented health care system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas which was outlined in the 1981-1985 Development Plan, and in accordance with the principles spelled out in the 1978 Alma Ata conference "Health for All by the Year 2000."

### Project Design

2. The project objectives were to strengthen primary health care delivery including family planning in three provinces, and to improve the capacity of the MOPH at the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system in three provinces (Agadir, Taroudant and Settat), through upgrading and extending the physical infrastructure, providing equipment, support for training, and improvement in logistics; (b) to strengthen the management capabilities of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector; (c) to support training and information, education and communication (IEC) programs; and (d) to improve the supply of basic drugs.

### Implementation

3. Implementation proceeded slowly. The project became effective in July 1986, 6 months after it was signed and more than 20 months after it was appraised. The first disbursement was made in March 1987. Limited availability and slow release of counterpart funds by the Ministry of Finance (MOF) was a major cause of delays. Serious construction delays occurred and are attributed to several factors, including cumbersome government accounting procedures, the borrower's difficulties in adapting to Bank procurement and disbursement procedures, and the transfer of responsibilities for civil works from the MOPH to the Ministry of Equipment during project implementation. The project was closed after two one-year extensions. An amount of US\$2.56 million was canceled at that time.

4. Once built, a number of the health facilities (20 percent in 1994) remained closed because of lack of budget and staff. The staffing problem is generic in the health sector, not specific to the project. However, all project facilities were operational at the time of the audit though some were not operating at full capacity due to lack of staff. As noted in the PCR, the MOPH underwent several reorganizations during project implementation which resulted in the "balkanization" of the various departments, characterized by overlapping and scattered responsibilities. The institutional impact of the project was therefore limited. However, project evaluation was completed as was a very good (albeit late) effort, and studies were completed on financing the health sector and hospital management. Only 25 percent of the IEC component was implemented under the project, because of the availability of other donor grant funding to finance such activities. The component to improve the supply of basic drugs was substantially delayed and is still not fully completed. Ambiguities about its function continue today, despite the careful planning prior to appraisal and apparent agreements reached among the Government of Morocco (GOM), the Bank and the private sector.

## Results

5. Two years after the closing of the Health Development Project, there is no doubt that the major component, to improve and expand basic health care to rural areas, was a success. Over 134 rural health facilities were constructed and equipped. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled. The new health care delivery system developed under the project (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully integrated by staff and has been generalized from the three provinces to the rest of the country. This delivery system continues to be supported under follow-up Bank projects and by other donors.

6. The outcome of the drug component (21 percent of total estimated project costs) was not as favorable as the basic health component. The drug supply unit was constructed after a three year delay and is much larger than the initial modest design. The unit, which was to provide storage and distribution of drugs for the public health sector as well as formulate<sup>1</sup> a small number of basic drugs in close collaboration with the private sector, was not operational at the time of project closure. The equipment for the formulation unit was not procured under the project, nor was the legal status or terms of its management and relationship with the private sector defined prior to closing. Delays in the construction of the drug supply unit meant that its storage and distribution function did not become operational until two years after closing. The stocks of medicines were transferred from the Central Pharmacy to the new unit in December 1995 at the time of the audit, and although the equipment for the formulation unit had been procured and paid for by the government, it was not installed. A delay of at least six more months was estimated before the formulation unit would become operational. In the meantime, the legal status of the unit remains to be defined, and the government still has not reached agreement with the private sector as to its operation. Thus the management and operation of this formulation unit remains in question. It is doubtful if the government will ever recover its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

7. Taking into account the relative merits of the various objectives and components, project outcome is rated as satisfactory. Sustainability was rated as uncertain in the PCR, as many facilities had not yet become operational because of staffing shortages and lack of funds. However, at the time of the audit, all facilities (except the drug supply unit) were operational and providing basic health services. While questions about quality of service and efficiency remain, the provinces are committed to the new service delivery approach, which has also been replicated nationwide. The study on the financing of the health sector which was completed in 1990 was followed by several seminars and workshops and led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Health sector financing is currently the subject of an intense policy dialogue between Morocco and the Bank (under an ongoing project as well as a forthcoming project). Therefore, the audit rates project sustainability as likely.

8. The results of the component to strengthen the MOPH are less clear given the host of changes that took place during the eight years of the project, including reorganizations in 1985, 1989 and 1994, and the appointment of new Ministers of Health in 1987 and 1992 (see project

---

1. Formulation is the final stage of drug production, from intermediate ingredients to final or finished form. It consists of simple operations such as mixing, solving or dispersing, and fragmentation into dosage forms (tablets, capsules, tubes, etc.)

timeline, Figure 1.1 in Chapter 1). As the PCR states, on balance, the management of civil works improved, however procurement, program budgeting, and resource allocation remain serious issues for the MOPH. As in the PCR, the audit rates institutional impact as modest. Overall, the audit agrees with the satisfactory ratings given by the PCR for borrower and Bank performance, although selected aspects of both were weak.

## Lessons

9. The lessons from this project are as follows:<sup>2</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or the design of the follow-on project.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation of the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.
- (d) *New projects should not detract from the supervision of an ongoing project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.
- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

---

2. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.

# 1. Sector Background

## Background

1.1 During the first 15 years after independence (1956), a conservative approach to economic policy predominated in Morocco, and GDP increased at an average rate of 4 percent a year. During the mid-1970s, economic policy became more ambitious, and the rate of growth between 1973–1977 was 7.5 percent per year. But, like many other developing countries, Morocco experienced an economic crisis beginning in 1978 lasting through the early 1980s. The Moroccan Government adopted a stabilization program in 1978 in order to redress the rapidly deteriorating financial situation. Since then, the Bank has helped Morocco through an intense reform program, with loans, policy advice, and economic and sector work (the effectiveness of this Bank program is the topic of a special OED study).<sup>1</sup> With a per capita GNP of \$1,150 (1994), Morocco remains a relatively poor country at the lower end of the group of lower-middle-income countries.

1.2 Today, Morocco is in the midst of demographic and epidemiological transition. Since the 1960s, the mortality rate has declined from 19 per 1,000 to 7.3 per 1,000 in 1992, and the crude birth rate has fallen from 50 per 1,000 to 28 per 1,000. Infant mortality has declined from 119 per 1,000 to 57 per 1,000, and life expectancy at birth has increased from 45 to 65 years. The contraceptive prevalence rate for modern methods is estimated at 43 percent in 1994, compared with about 13 percent in 1984. The total fertility rate has decreased from 5.8 in 1980 to 3.6 in 1994. The annual population growth rate has slowed from 2.8 percent for 1955-1960 to 2.1 percent in 1992-1994. But despite these significant achievements, the performance of key indicators remains poor. The maternal mortality rate is among the highest in Africa, averaging 232 per 100,000 as compared to 50 in Tunisia and 140 in Algeria. Only 40 percent of all births take place in a medical setting. Early neonatal deaths still account for one-half of the infant mortality rate. Potentially controllable infectious diseases remain a leading cause of mortality and morbidity in children aged 1–5. Communicable diseases and maternal and child health problems have been brought under better control through health programs and improved lifestyles but still represent an important challenge particularly in the rural areas.

1.3 At the time of the project, the organization and management of the health sector faced several constraints: an ineffective system of health care delivery that was biased toward urban and curative care; the absence of policymaking in the MOPH and consequent lack of coordination among different health providers; weak internal planning and management within the MOPH; the hospital subsector's inefficient use of resources; insufficient overall financing for the sector; and the MOPH's disorganized and complex pharmaceutical supply system that resulted in severe shortages of basic drugs and threatened the credibility of the entire primary health system.

## Bank Activities in the Sector

1.4 The Health Development Project (PDSS)<sup>2</sup> was the first major Bank project in the health sector in Morocco. Prior Bank involvement in the sector included a bilharzia (schistosomiasis) control component in the Doukkala Irrigation Project (Loan 1201-MOR) and a health worker

1. An OED country assistance review is presently under preparation.

2. Projet de Développement des Services de Santé.

training component in the Third Education Project (Loan 1220-MOR). The objectives of the PDSS were to (a) strengthen primary health care delivery in three provinces (including family planning), and (b) enhance the capacity of the MOPH at the central and provincial levels in planning for the health sector, training of staff, research and evaluation, and administration of the public health service as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. A loan of US\$28.3 million contributed to the expected total project cost of US\$45.5 million. The project was implemented in 1985–1994.

1.5 The Bank is continuing its support to the health sector with the 1990 Health Sector Investment Project (PRISS, Loan 3171-MOR for US\$104 million), which built on the 1985 Health Development Project.<sup>3</sup> This follow-on project focused on (a) reinforcing essential basic health services, (b) strengthening the administration of management of health services, and (c) promoting sector and policy reforms that address long-term issues related to the evolution and structure of the public and private sector health services delivery systems, financing mechanisms, and the mobilization of resources in support of the sector. The project is expected to be completed by December 1997, and project implementation thus far has been rated as satisfactory.<sup>4</sup> Continued support for basic health is planned with the Basic Health Project (Social Priorities Program) currently under negotiation and a Health Management and Financing Project scheduled for FY97 (see Figure 1.1)<sup>5</sup>.

1.6 Bank support has been and remains focused on strengthening basic health care delivery, increasingly in poorer, rural areas. In addition, assistance has been provided for the managing and administrating of health services, and policy reform (including the pharmaceutical sector, health financing and hospital management).

---

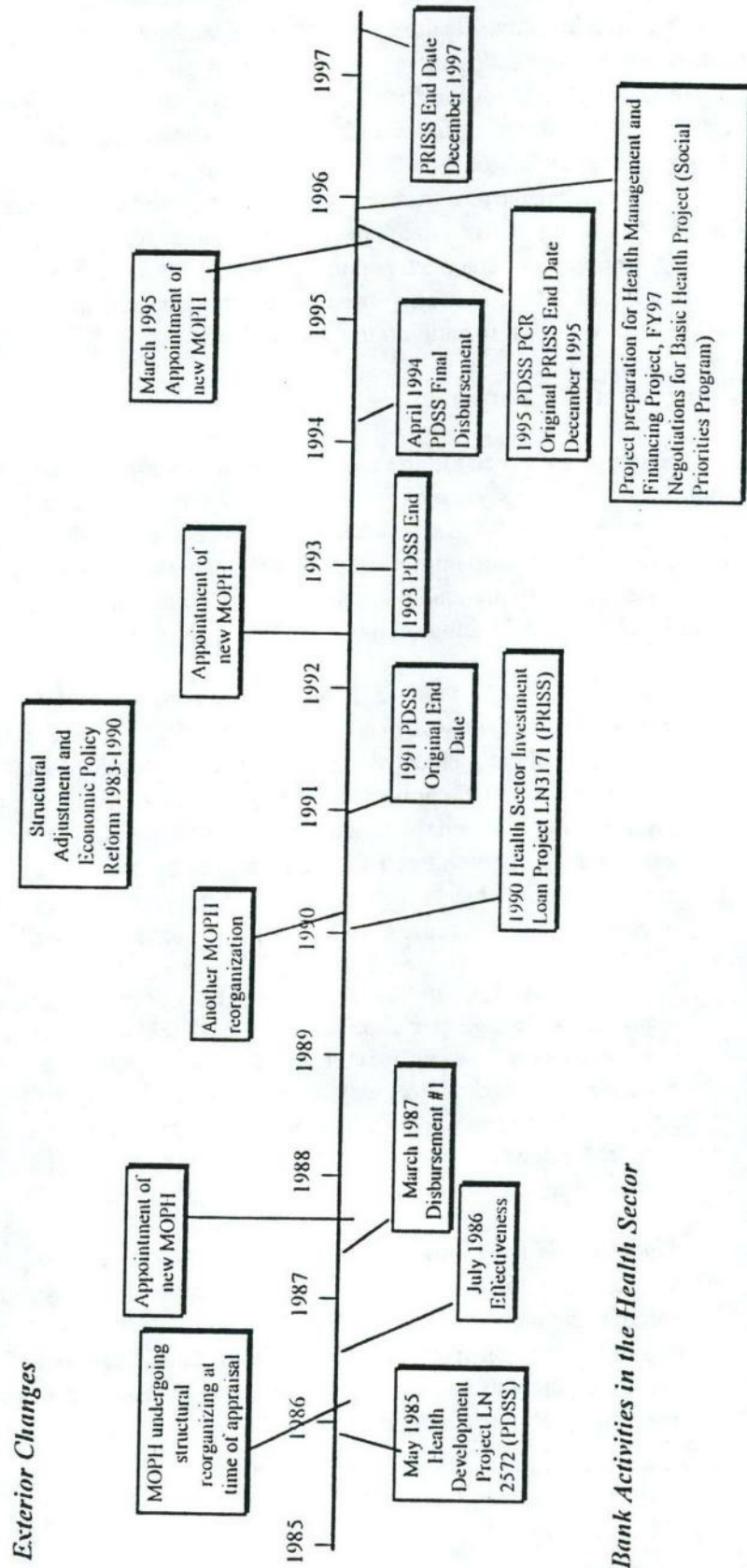
3. *Projet d'Investissement dans le secteur de la Santé*. See Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Sector Investment Project (Loan 3171-MOR), Report No. 8108-MOR, January 8, 1990.

4. Supervision Report, July 1995.

5. The project would complement USAID, UNFPA and UNICEF interventions in the sector and would consist of three components: (a) improving access to essential curative and preventive health care in 20 targeted provinces; (b) strengthening the emergency, diagnostic, and referral services; and (c) promoting administrative and policy reforms. For more details see the SAR, Morocco: Basic Health Project (Social Priorities Program), Report No. 15073-MOR.



Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline



## 2. Project Objectives and Content

2.1 Following the Alma Ata "Health for All by the Year 2000" conference in 1978, Morocco began to revamp its existing health system, which had been focused on urban hospitals. Morocco's Third Development Plan (1977–80) included ambitious investments in large hospitals that resulted in insufficient operating budgets for basic health services. The overall allocation of funds remained low: in 1982 sectoral financing totaled US\$8.35 per capita.<sup>6</sup> The Fourth Development Plan (1981–85) marked a sharp departure from the previous policy and gave priority to basic health services. This plan called for decentralizing programming, improving management information systems, upgrading training of personnel, and remedying severe shortages of basic drugs. The Fifth Development Plan (1988–92) health objectives emphasized primary care, basic health services, and cost-effectiveness, in addition to continued attention to the drug supply system.

### Project Objectives and Components

2.2 The project aimed at accelerating the shift from an urban-based, hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas. The project objectives were to strengthen primary health care delivery (including family planning) in three provinces, and to improve the MOPH's capacity at both the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components:

- (a) *Primary Health Services* (\$23 million—70 percent of total project costs). The primary health care system envisaged in the 1981–85 Fourth Development Plan was to be fully implemented in three provinces—Agadir, Settat, Taroudant—with a view to extending the project to the rest of the country. The project would provide investment in additional buildings, equipment and vehicles. Project implementation would be closely monitored and accompanied by operational research to allow for continuous adjustments. It was hoped that the project would result in a viable alternative to the then prevailing health care delivery system.
- (b) *Management* (\$1.7 million—5 percent of total project costs). The project was to improve the management capability of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector by strengthening the ministry's planning capacity, establishing a capacity to carry out evaluation studies, and improving administrative procedures. The project would provide equipment, supplies, vehicles, technical assistance for local and foreign consultants, and fellowships for overseas training.
- (c) *Training and Information, Education and Communication (IEC)* (\$1.6 million—5 percent of total project costs). The project would strengthen the capacity to train paramedical personnel and produce IEC materials by providing equipment for a training center constructed under the Third Education Project. It would also provide equipment, vehicles, and technical assistance for the production and dissemination of IEC materials.

---

6. Compared with Algeria at US\$22.0 and Tunisia at US\$31.0.

- (d) *Supply of Basic Drugs* (\$6.8 million—20 percent of total project costs). The project would create a new drug supply unit (Unité d'Approvisionnement en Médicaments, or UAM) to establish a coordinated system for the procurement, storage, formulation, packaging, distribution, and control of drugs for the public health system. The project was also to finance the construction of storage, packing and shipment space, a packaging unit and a small formulation laboratory, and the equipment, training, and technical assistance needed to operate this unit.

## Project Design

2.3 More than a decade of activity preceded the appraisal of this first health project. A brief desk review of Morocco's demographic situation was conducted in 1973. Despite the Bank's policy against direct lending for health at that time, a mission was nevertheless undertaken in FY77 to review the population and health delivery system. At the same time, it was decided in 1977 not to pursue a nutritional project. A health sector report was prepared in 1978 in which the Bank recognized the potential contribution of a maternal health/family planning services project based on an approach being implemented with support from USAID.

2.4 A reconnaissance mission in 1978 noted that Morocco's family planning program was fully integrated within the health structure, and a second mission in that same year found that the government, contrary to its earlier views, was willing to discuss population issues<sup>7</sup>. Building on this dialogue, a Bank mission in 1979 identified an integrated population, health, and nutrition project and recommended that this project be followed by a second one in FY84. Further preparation took place during 1979–84, with Bank inputs and technical assistance by WHO, USAID and UNICEF. A \$75,000 project preparation facility was approved in 1982. The Bank finally pre-appraised and appraised the project in 1984.

2.5 Preparation of the Primary Health Services component—the major project component—included a study of the sociocultural determinants of hygiene and sanitation in peri-urban and rural areas. Carried out by the MOPH and the Institut Agronomique Hassan II with UNICEF support, the study identified suitable community-based interventions for implementation under the project. These interventions—maternal and child health programs, immunizations, nutrition and basic sanitation—involved little innovation and were based on extensive experience in Morocco. The primary care service delivery strategy was developed on the basis of precise mapping of population, topography, access, existing physical and human resources, and with the close involvement of communities and provincial health officials.

2.6 Health planning in the three pilot provinces was a bottom-up effort. Localities identified their own problems and established program goals. Each province aggregated the local plans into a provincial plan. The MOPH provided assistance to this decentralized effort.

2.7 The drug component was designed to reorganize the entire public sector drug supply system. The aging facilities of the Central Pharmacy (CP) were to be replaced and a new drug supply unit (UAM) established.

---

7. The integrated family planning program was in stark contrast with the vertical family planning program at the time in Tunisia.

2.8 Within the Bank, a note to the files praised the project appraisal as being one of the most comprehensive, informative, and interesting in the health sector, and stated that the wealth of information and analysis it contained reflected extensive preparation for a small but complex project and a deep understanding of a difficult sector. However, another note to the files expressed concern that the project appeared too complex, questioned whether local institutions were capable of carrying it out effectively, and suggested that intensive project supervision would be necessary.

2.9 Other components, such as management and IEC, had also carefully been researched with technical assistance from (among others) UNICEF, USAID, and WHO. As a result the project's technical quality at entry was very high.<sup>8</sup>

### **Relevance**

2.10 The project addressed the government's goals for the sector as laid out in the Fourth Development Plan (1981–1985) which set precise objectives for basic health in the areas of MCH, family planning, immunization, health education and basic sanitation. The Plan also gave priority to improving the management of basic health services by decentralizing programming, improving the management information system, and upgrading the training of personnel. The project was based on the internationally accepted Alma Ata principles of "Health for All by the Year 2000" and was also consistent with the Bank's health strategy at the time which encouraged the shift from capital and foreign exchange intensive hospitals to expanding basic health services in order to improve access and affordability to low-income groups. The project was to test an alternative to the existing health system and set the basis for its countrywide implementation. It incorporated the development of a cost-effective health care delivery system with emphasis on primary care and family planning. The project is therefore judged as relevant.

---

8. Internal Bank memoranda dated February 13, 1985 and April 10, 1995.

### 3. Implementation and Results

#### Overall Implementation

3.1 *Project Management.* A project implementation unit (PIU) was established in 1984 under the Direction des Affaires Techniques (DAT) in the MOPH. The PIU was given overall responsibility for conducting all project-related procurement, disbursement, and accounting operations and was staffed by a project coordinator and five professionals (an administrator, a medical doctor, an economist, and two chief supervisors of health services), all of whom had actively participated in project preparation. Later, an experienced architect and four secretarial and support staff were added, and a drug supply unit (UAM) interim director was designated by the Minister of Health. In the provinces, the project was implemented by the provincial Medical Directorates. Civil works were to be supervised by the MOPH's construction units in Taroudant, Agadir, and Settat under the overall responsibility of the PIU architect and in consultation with the Ministry of Equipment (MOE). However, the MOE was responsible for civil works, and the MOPH was not directly involved with their execution.

3.2 *Funding.* Prior to appraisal in October 1984 and even after negotiations in April 1985, the Bank expressed concerns about the government's financial constraints. Slow release of the 1985 investment budget for the MOPH delayed the signing of the loan for nine months. Even after the loan was signed in January 1986, problems with authorization of the 1986 budget delayed the effective date of the loan until July 1986. Insufficient funds and administrative complications continued to be limiting factors throughout the life of the project.

3.3 To address the funding problems, the Bank suggested the creation of a revolving fund or special account. However, Moroccan law at the time prevented the establishment of such funds in foreign currency. After further discussions, it was agreed in 1988 to establish a revolving fund in local currency in a commercial bank.

3.4 Disbursements were lower than anticipated during the first years of project implementation because of the failure of the Ministry of Finance (MOF) and the MOPH to allocate adequate counterpart resources. In response, during the fourth year of implementation the government reached agreement with the Bank on a simplified disbursement schedule, and the MOF simplified and delegated payment procedures to civil works contractors. As a result, disbursements accelerated sharply in 1991. In 1986–1990, only \$8 million (28 percent) of the loan was disbursed. In the first six months of 1991, \$5.9 million or 20 percent of the loan was disbursed.

3.5 The concentration of resources in the three pilot provinces, while justified from a technical standpoint, also created understandable resistance from other provinces and complicated the annual allocation of the investment budget. This problem was resolved gradually with the successful execution of major elements of the project, the growing recognition that the long-term benefits of the project extend beyond the three pilot provinces, and the replication of similar project activities in other provinces under the follow-up project.

## Primary Health Services

3.6 *Civil Works.* The development of primary health services was the major component of the project and consisted of the construction of basic health clinics, five rural hospitals, five peripheral laboratories, and four radiology units. Construction was delayed by (a) the project's late start; (b) difficulties in identifying contractors willing to deal with such small and widely dispersed construction; (c) the general financial crisis in Morocco in 1987, that led the MOF to curtail payments for ten months; and (d) cumbersome government payment procedures that caused a ten-month delay in paying contractors, who in turn suspended construction pending receipt of payment. Only 30 percent of the civil works planned for 1987 were underway by the end of that year.

3.7 Responsibility for civil works was transferred from the MOPH to the Ministry of Equipment (MOE) during implementation. However, progress on civil works remained slow throughout the life of the project. The absence of a full-time project director at the central level made it difficult to overcome these delays. The project's relatively loose organization was regarded by Bank staff as the bottleneck in efforts to solve administrative problems. Several key provincial officials told the audit mission they felt more or less abandoned by the central administration during this time.

3.8 Overall, 134 basic health facilities (not including the five rural hospitals) were constructed in rural areas under the project. The National Institute of Health Management (Institut National d'Administration Sanitaire—INAS) conducted an evaluation of the primary health care component in each of the three provinces. The INAS evaluation examined construction timetables for a random sample of project health facilities in the three provinces.<sup>9</sup> The findings show that 50 percent of the facilities were completed within one year of start of construction, though construction times varied from three months in Settat to four years in Taroudant. Upon project completion, approximately 20 percent of new facilities remained closed because of staffing shortages. In Taroudant, the audit team was told that certain facilities remained closed from 18 months to 2 years. All health facilities were operational at the time of the audit, though provincial authorities pointed out that some facilities are not fully operational because of a lack of staff. For example, the rural hospital in Ighrem in the province of Taroudant lacked laboratory and radiology technicians and was operating as a health center rather than a hospital. In Agadir the audit mission was told that some health facilities function with a reduced number of personnel, below the required norm: health centers function as rural dispensaries; rural dispensaries operate as basic rural dispensaries; and the nurses at the delivery houses, already at reduced numbers, also perform deliveries, undertake MCH activities, and take part in outreach activities in rural areas. The staffing shortages were said to be a general problem in the sector, not specific to the project.

3.9 Participation by local communities was substantial. They were involved in the selection of the sites, and many communities contributed land for construction. Communities in the province of Agadir, for example, donated 23 plots of land for new construction.<sup>11</sup> In total, communities contributed 67 plots of land in all three provinces. Other forms of participation included renovation

9. "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans les Provinces d'Agadir, Taroudant et Settat, Période 1985-1992," Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Institut National d'Administration Sanitaire, Evaluations Equipes de la Délégation des Trois Provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

10. Provincial authorities in Agadir noted that not all planned health facilities were constructed on the donated land.

and general maintenance of structures, provision of electricity, transport (for emergency evacuations), and supplies (such as fuel and disinfectant for water points).

3.10 *Results.* The primary health care component was fully implemented and had a significant impact on access to health care. In all, 134 new basic health facilities were constructed in previously under- or unserved rural areas: 31 health centers, 16 rural dispensaries, 45 health posts, and 42 delivery houses. This construction represents a doubling of the number of existing facilities in the three provinces, from 136 in 1985 to 270 in 1994. In the province of Agadir, which benefited the most from new construction under the project, the number of basic health facilities increased by 85 percent. This new construction greatly improved access to basic health care in the three provinces. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled.

3.11 In addition to the improved infrastructure, the other major achievement of the primary health services component was the organization and mobilization of the central and provincial teams, and decentralized planning in support of primary health care. The project established sound standards and flexible institutional arrangements for the delivery of primary health care services. These standards and arrangement were replicated in other provinces beginning in July 1988 and have since been expanded nationwide. This new service delivery system has become an integral part of Morocco's system of decentralized administration of health services. Most Moroccan officials indicated to the audit mission that the spirit of PDSS was very much still alive today in the provinces, especially the decentralized planning and management, service delivery mechanisms, and teamwork fostered under the project.

3.12 The findings of the INAS evaluation of the primary health care component in each of the three provinces cover the period 1985–1992, and thus exclude the last two years of the project.<sup>11</sup> The study therefore probably underestimates the level of health coverage in terms of access, availability, and use.<sup>12</sup> The results of the project in terms of physical access and availability of services are documented in Annex Tables 1–12 and are summarized below in Table 3.1.<sup>13</sup>

---

11. These data are from the following provincial evaluation reports: "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans la Province de Taroudant Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Taroudant, INAS, et UGP, "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans la Province d'Agadir Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province d'Agadir, INAS, et UGP, and "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans la Province de Settat Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Settat, INAS, et UGP.

12. INAS recommended an update of the report in 1996, but no funding has been made available. However, the audit agrees that it would be a good idea to do a follow-up impact type evaluation which would include issues of patient satisfaction or quality of care (para. 5.9).

13. It is unlikely that all of the improvements over time can be attributed solely to this project as various other factors most likely also had an impact.

**Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in the Three Provinces**

	Agadir	Taroudant	Settat
Percentage population more than 10 km away from a health facility			
1985	41	43	28
1992 (1993) <sup>a</sup>	22	31	19
Percentage population served by fixed facility			
1985	36	38	16
1992 (1993)	49	46	57 <sup>b</sup>
Percentage facilities visited regularly by doctors			
1985	9	8	24
1992 (1995)	22	12	36

a. In brackets, year of observation in Settat.

b. In 1995 it had reached 72 percent.

3.13 The INAS evaluation also reported improvement in health indicators in the three provinces:

- the immunization rate increased from 66 percent in 1985 to 92 percent in 1992;
- assisted deliveries rose from 21 percent in 1985 to 35 percent in 1992;
- the rate of new acceptors (pills) almost doubled between 1985 and 1992—from 7 percent to 13 percent;
- infant mortality was estimated to have declined from 57 per 1,000 in 1988 to 48 per 1,000 in 1995, mirroring a national decline; and
- the incidence of declared cases of whooping cough and polio declined.

3.14 Nevertheless, as reported to the audit mission by other donors, there are still problems that need to be overcome in the health sector. For example, the mix of family planning services provided in health facilities is still inadequate. Some 70 percent of women use the pill; IUDs require a number of visits, and this inconvenience discourages their use. Outreach services do not always address all women's concerns. The itinerant nurse is male, though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse. There is still a shortage of female staff in rural areas. Other concerns expressed relate to the difficulties of maintaining an adequate supply of contraceptives, the irregularity of visits from itinerant nurses, and the fact that the outreach program is conducted by the less qualified staff. There are still not enough midwives, and those that exist are concentrated in urban areas and in the private sector. Improving the quality of care and the efficiency of service delivery are challenges that remain in the health sector.

### **Enhanced MOPH Management Capacity**

3.15 Despite the positive outcomes at the provincial level, the achievements of the project's component to enhance the management capacity of the MOPH are less certain. There is little evidence that the ministry's planning capacity has been strengthened, and numerous structural changes within the MOPH during project implementation—two reorganizations, the appointment of two new ministers, and other changes in senior staff and project management—hindered plans to address the organization of services, streamlining of procedures, retraining of staff, and



modernization of office technology. These changes interrupted project momentum and undermined political commitment at various times (see Figure 1.1 for the timeline of events). One of the more immediate impacts of these various changes on project management was the creation of a number of technical departments, instead of one. As a result, technical expertise was scattered organizationally, and responsibilities overlapped, forcing project managers to communicate with several departments rather than one.

3.16 As the PCR notes, under these circumstances it is difficult to measure the extent to that the project improved central management. Management of civil works did improve. In addition, the project did have success in developing a program of studies designed to support the planning and management process (monitoring and evaluation, financing the health sector and hospital management) as noted below. However, other aspects of management capacity, including program budgeting, resource allocation, and procurement, remain serious concerns. Institutional impact in the provinces was more pronounced (para. 3.11).

3.17 *Monitoring and Evaluation.* Project evaluation was completed and was a very good (albeit late) effort. Data were not available to assist in monitoring the basic health care component during implementation but did provide an excellent account of the accomplishments of the project in terms of accessibility and indicators of project impact (see Table 3.1). Unfortunately, these data were not available at the time the follow-on project was being planned; thus, lessons learned were not incorporated.

3.18 *Studies.* The health financing and hospital management studies were completed under this component. For both, however, there were start-up delays and subsequent lengthy contracting arrangements for selection of consulting firms. The health financing study was completed in October 1990 and was followed by several seminars, including a national seminar on health financing reforms, and workshops to mobilize external support. The study also led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Study findings were also useful in to the MOPH in the preparation, with Bank support, of a health insurance reform proposal. The forthcoming Health Management and Financing Project contains a health financing component that builds upon this study.

3.19 The hospital management study was completed in June 1989. It focused on the structural and physical characteristics of the hospital sector within the MOPH, human resources, and financial resources. This study, which was to constitute the program's diagnostic phase, provided insight on hospital management, but the prospective phase intended to specify and test options for reform was not carried out because of the delay in completing the study and the reorganization of the MOPH in 1990, that left no one in charge of hospitals. The MOPH and the Bank never formally discussed the study. The second phase is, however, expected to be developed as part of the Health Management and Financing Project currently under preparation.

### **Training and IEC**

3.20 Because bilateral funds unexpectedly became available to finance IEC activities after the project was appraised, only 25 percent of the funds allocated to the training and IEC component were disbursed. Of this amount, about 50 percent was used to buy equipment for the College of Public Health and the other half to produce and disseminate IEC materials. This component was thus dropped, although no formal amendment to the loan agreement was ever made, but the component's development goals were achieved with support from other donors—a better solution

from Morocco's perspective. The government remains reluctant to use Bank funding for training and technical assistance activities when other grant funding is available. It is unclear why the availability of grant funds was not considered during project preparation.

### Drug Supply

3.21 The drug supply component was a source of considerable discussion during the project but had little apparent impact on drug policy. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. The objectives of the component were to create a new entity, the UAM, that would have full responsibility for the managerial, administrative, and technical functions of drug supply that had been scattered among various departments in the MOPH. In addition to strengthening the central capacity to manage the drug supply system, the component would construct a new facility for the UAM that would include (a) an area for the storage and handling of drugs, (b) a packaging unit for primary care drugs, and (c) a small formulation unit with a control laboratory.

3.22 Construction of the UAM building began only in 1991 after numerous delays. The original construction bids in 1990 were found to be too high, so the entire project had to be rebid. But it is unclear from the files why it took four years to begin with this component. The building was completed in 1993 but was not operational at the time of project closure; medicine stocks had not been transferred from the Central Pharmacy, the formulation equipment had not been purchased and, more importantly, the legal structure of the UAM and the terms of its relationship with the private pharmaceuticals sector remained to be defined. Thus, this component failed to achieve its objective of improving the drug supply. In addition, a further issue is the fact that the design of the UAM as constructed does not resemble the modest design approved during appraisal. While the files indicate that the drawings for the new design of the UAM were approved, existing documentation does not explain how this new design evolved from the original.

3.23 A major issue during project implementation was the shift in the Bank's position in regard to this drug component. Toward the end of the project, the Bank abruptly withdrew its support for the concept of the formulation unit. An aide-mémoire dated December 1992 stated that formulation was not the most cost-effective method for supplying basic drugs. Because purchasing them in bulk and repackaging them was cheaper, the Bank deemed it preferable to make the UAM a packaging, computerized stock management and distribution center for primary care drugs. Again, the files contain no information that explains the Bank's decision, which had a major impact on relations between the Bank and government. The government remained committed to the formulation unit, and construction, that was already underway, continued.

3.24 At the time of audit, the building for the UAM had been separated into two parts corresponding to its dual functions (storage and distribution, and the formulation and packaging of basic medicines). The storage and distribution function of the UAM became operational in December 1995, more than 18 months after project closure, when the drug stocks were transferred from the dilapidated Central Pharmacy. Considerable progress had been made since project closure in organizing the pharmaceutical warehouse and developing procedures for the procurement, distribution and control of drugs, but the formulation unit was not operational. Although the government-supplied equipment had arrived, it had not been installed. Separate offices had been built for the administration of the formulation unit, formalizing the unit as a separate entity. However, no progress had been made on either the legal operating status of the formulation unit or the management of the unit, which was to involve the private sector.

## 4. Ratings

4.1 The PCR rated the project outcome as satisfactory, sustainability as uncertain, and institutional development as moderate; these ratings were confirmed by OED during PCR review. The audit also confirms these ratings but upgrades the sustainability rating to likely. Borrower and Bank performance are rated as satisfactory.

### Outcome

4.2 The project's major contribution was the basic health component, that accounted for 70 percent of total project costs. The new health care delivery system (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully implemented in the three provinces, and based on its success, has been expanded to the rest of the country. The number of basic health facilities in the three provinces doubled as a result of the project, significantly improving access to basic health services in rural areas. Despite the substantial benefits, however, the working conditions of staff and the availability of drugs and supplies remain problematic. The component to enhance the MOPH's management capacity, that was meant to support the ministry's ongoing structural reorganization, did not succeed, largely because of the many changes that took place in the ministry during the project. The project's institutional impact was more pronounced in the provinces than at the national level. The monitoring and evaluation system and two studies envisioned under this component were successfully completed. The training and IEC component was only partially disbursed due to the availability of grant funding. The drug supply component failed to achieve its objectives. However, the objective of strengthening primary health care delivery (including family planning) in the three provinces was achieved, and project outcome is rated as satisfactory.

### Sustainability

4.3 *Technical.* To deliver services, the project envisioned using several types of strategies adapted to local conditions (such as terrain and population density), staff trained to perform a variety of tasks, and different mixes of facilities and outreach techniques. This new delivery scheme has become an integral part of planning and practice and has been extended nationwide. As the PCR states, however, concerns remain the quality of care and the efficiency of service delivery. Working conditions for the traveling nurses, who have contributed greatly to the increased coverage health services provide, have deteriorated as motorcycles are not maintained and per diem payments are often late. Problems ensuring regular supplies of drugs and contraceptives and transportation for the mobile teams will also require continued attention. Staffing is also a problem, since the lowest grade staff (those more likely to accept positions as traveling nurses) was eliminated, and it may be difficult to attract the newer, more qualified staff to the poor mountainous areas.

4.4 *Financial.* Appropriate budgetary resources are required to finance the drugs, travel allowances, per diems, and other consumables necessary to keep the program's project facilities functioning.<sup>14</sup> In general, the level of resources allocated to the health sector is low, part of the wider public finance prioritization issue. Continued heavy reliance on external funds to finance

---

14. Staff are paid directly from the central MOPH.

both health investments and operating costs limit the MOPH's capacity to articulate its operational priorities and control allocation of resources.<sup>15</sup>

4.5 *Overall.* All facilities are now operational, although as provincial authorities noted, some facilities are not fully operational because of a lack of staff. Despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to their continued operation. Hence, the audit rates the project achievements as sustainable. Also, there are two follow-up projects that are continuing the efforts in basic health care, 1990 Health Sector Investment Project (PRISS), and the Basic Health Project (Social Priorities Program) currently under negotiation. Utilization and quality of services are among the remaining issues for Morocco which hopefully these projects will address as improvement of access has not led to a proportional increase in utilization.

### **Institutional Impact**

4.6 Institutional impact is rated as moderate. At the central level it was limited, but at the provincial level it was substantial. In addition, the project unit became efficient in civil works procurement, and INAS and the provinces undertook a very valuable evaluation of the projects. Some of these institutional achievements have already been replicated; others could be.

### **Borrower Performance**

4.7 The audit agrees with the PCR that borrower performance was excellent with regard to analyzing issues and conceptualizing strategies. However, making the strategies operational was much more difficult. Implementation capacity in the MOPH remains weak and was substantially affected by the frequent restructurings and reassignments during the project implementation period. Project implementation was slow, and there was little monitoring and assessment of impact—a significant weakness in what was supposed to be a pilot operation. However, the approach to basic health services delivery was generalized throughout the country and is being implemented, partly in the framework of the other follow-on Bank-supported projects. Also, the borrower generally met the project's legal conditions.<sup>16</sup> Borrower performance is therefore rated as satisfactory.

### **Bank Performance**

4.8 The Bank spent substantial resources and time (see paras. 2.3-2.4) on the identification, preparation, and appraisal of this project and thus developed, as the SAR shows, a well-designed project. Regretfully, the Bank ultimately accepted the government's request to include a drug supply component in the project. In retrospect, this component turned out to be a mistake. In-depth analytical work was done to find the optimum design for this component, and Bank performance during this design period was exemplary.

4.9 However, Bank supervision was not as thorough or intense as its effort during preparation and appraisal. Concern had been expressed, more than once, that the complexity of the project and the weakness of local institutions would require intensive supervision. Supervision was not adequate, however. The first project supervision took place one year after Board approval (almost two years after appraisal). Ten months passed between the Bank's first and second supervision

15. Note the comments by INAS. It is their opinion that lack of strategic planning in the MOPH is the cause of this allocation problem.

16. As detailed in PCR Table 7.

missions (in June 1986 and April 1987), and a year between the second and the third (in August 1988).<sup>17</sup> The quality of supervision also appears to have been a problem, particularly in regard to the drug supply component. Supervision tended to focus on issues related to disbursement, procurement, and budget allocations. Although these issues were rightly perceived as hindering effective implementation, this focus came at the expense of attention to technical details. Moroccan officials indicated to the audit mission that they regretted the fact that Bank technical experts did not spend more time in the field sharing insights and advice with their Moroccan colleagues. This feeling was especially pronounced in Settat, where the drug component was to be implemented, where officials felt short changed. As they told the audit mission, Bank missions visited them only for the day and spent more time in Agadir and Taroudant. Furthermore, missions switched their attention from project implementation to the design of the follow-on Health Sector Investment Project beginning with the third supervision mission in August 1988. Hence, as recognized in the PCR, the lack of adequate Bank supervision meant that problematic aspects of some components remained unresolved or were not addressed for a long time (para. 3.22).

4.10 Bank performance during preparation and appraisal was highly satisfactory but unsatisfactory during supervision. On balance, the combined rating by the audit mission is satisfactory. Despite shortcomings, the relationship continued and perseverance ultimately paid off in terms of continued, and now improved, sector dialogue.

---

17. For details see Basic Data Sheet. The supervision mission in February 1988 is not counted as it was only a mission by the disbursement officer to discuss the revolving fund. Important as this was, it can hardly be regarded as a substitute for full Bank supervision.

## 5. Issues and Lessons

5.1 This audit raised a number of issues, but this section focuses on two deemed the most important—the drug supply component and the monitoring and evaluation of the project.

### Drug Supply Component

5.2 The drug supply component has been a continual source of confusion and misunderstanding. While the formulation concept was carefully analyzed, and the formulation unit was designed to focus on the relatively small number of basic drugs the health sector required, the formulation unit constructed bears no resemblance to the original design. Instead of the modest formulation unit of 800 square meters envisioned in the SAR, the actual unit is about 5,000 square meters. The files give no indication of how the new design originated or why it was approved. It is unclear why such a large unit was needed, given the relatively small volume of basic drugs the public sector consumes (about 2 percent of national consumption) and their low monetary value (basic drugs are the least expensive).

5.3 The PCR states that part of the problem may have been the fact that, until recently, the Bank did not have an overall policy on drugs. The decision to construct a formulation unit was backed up by two in-depth economic analyses which concluded that the MOPH could formulate and package drugs for its primary health care program more cheaply than it could procure them from either the private sector or UNICEF.<sup>18</sup> The audit disagrees with the PCR, which states that the Bank failed to (a) clearly state its position, (b) to provide the necessary support to undertake a full assessment of the economic feasibility of this unit, or (c) to develop a coherent drug policy. While the Bank did not pursue an overall drug policy, it did expand the scope of the component beyond the MOPH's original request only to modernize the production unit.<sup>19</sup> All aspects of public sector drug supply, storage, and distribution became part of the project, making the Bank's involvement more policy oriented.

5.4 The questions regarding this component that remain originated during its implementation. While there is scant evidence that Bank staff expressed skepticism regarding this component early in the project cycle, the files show that beginning in 1992, six years after the project became effective and a year after construction began, the Bank withdrew its support for such a unit. This turnaround appears to have been fueled by concerns about delays in procuring equipment, the availability of technical assistance, the uncertain legal status of the unit, and more importantly, the lack of agreement with the private sector concerning management of the new unit. The question of why this action was undertaken so late in the project cycle remains unanswered. There is little in the files to offer an explanation, but the history of this component points to some answers.

5.5 The drug supply component was added relatively late in the design phase. The MOPH originally proposed that its formulation unit, which prepared 46 basic drugs for the primary care

---

18. The Bank undertook another economic analysis of the component in 1987 which confirmed the findings of the earlier studies.

19. This matter is currently being pursued in the Basic Health Project (Social Priorities Program) under negotiation.

system, be modernized under the project.<sup>20</sup> Both the MOPH (with assistance from WHO and UNICEF) and the Bank undertook extensive economic analysis of procurement, management, and distribution procedures for and the production of basic drugs.

5.6 The Bank expended substantial resources on the design of this component and analyzed all possible alternatives. The Bank contracted an international technical expert in basic drug production and distribution to study Morocco's pharmaceutical system. His report suggested improvements to the government's original plan. He also had numerous discussions with the private sector, which indicated its support and agreed to cooperate with the government's plan for a formulation unit. The Bank became convinced that a reorganization of the drug supply system (including formulation) was necessary. Final design for the formulation unit was based on discussions with the MOPH officials and representatives of the pharmaceutical industry, backed up by the MOPH's technical studies. The final design was also predicated on the assumption that (based on the earlier discussion) there would be some form of cooperation between the government and the private sector regarding drug formulation. However, such cooperation did not take place, and this issue remained unresolved at the time of the audit. In retrospect, this assumption—that the two parties would reach some agreement—seems to have been flawed, as nothing was ever agreed to. The incentives for the private sector to cooperate were not fully examined, and the MOPH had its own agenda, namely to replace its dilapidated formulation unit.

5.7 The drug supply component costs were estimated in the PCR to reach US\$13 million equivalent, twice the amount estimated at appraisal. At the time of the audit, the formulation unit was still not operational and many obstacles remain, not the least of which is lack of agreement as to the legal status of the formulation unit and private sector management. A major concern is that despite its technical merits (the design of the formulation unit is very good), its financial and economic merits are doubtful given its large size and the fact that the public sector consumes less than 2 percent of all drugs in the country. Thus, while formulating drugs may in theory be cheaper than importing them, the operation is not likely to be sustainable because of the small volume of drugs formulated and the low prices in the public sector, which leave no room for profit. There is thus little incentive for private firms to reach an agreement regarding cooperation with the MOPH in the management and operation of the formulation unit.

5.8 It is puzzling that the Bank agreed to local formulation, then dodged confronting the issue as it loomed ever larger. It is clear that the Bank was at fault for not paying closer attention to the issue of the formulation unit and addressing the potential problems earlier. This mistake may be attributed to the Bank's lack of experience in the pharmaceutical sector. Supervision of this component was reported to be difficult as there were no pharmaceutical specialists in the Bank and both the roster of international consultants as well funds for supervision were limited. However, since the Bank agreed to finance this component, it should have provided technical expertise during implementation, as it did during the design phase. The Bank's withdrawal of support for this formulation unit, which occurred so late into the project, resulted in resentment and bitterness on

---

20. To substantiate its case, the MOPH reassured the Bank (a) that procuring these drugs in the international market was much too expensive in foreign currency and that the finished forms would not fit the needs of primary care; (b) that the local industry had consistently shown little interest in bidding for the formulation of these low-cost, generic drugs, which required that capital and production capacity be immobilized to produce even minimum benefits; and (c) that its economic analysis of two alternatives—formulation by the MOPH and procurement in bulk on the international and local markets—indicated potential savings through formulation by the MOPH.

the part of the MOPH. Bank staff report that the issue has become somewhat of a sore point and carries over into current dialogue.

### **Monitoring and Evaluation of Basic Health Component**

5.9 The design of basic health care delivery system developed under the project was based on a detailed study of patient consultations at health facilities in Agadir and Settat carried out during project preparation. This study provided the MOPH with a precise profile of current demand and a good insight into major flaws in the existing delivery system. As a result of the study, the following objectives were set for health centers:

- (a) *Hospitality*: improve the reception of patients, change working hours to meet patient's needs, decrease waiting times, and improve access to nurses and physicians.
- (b) *Quality of care*: improve laboratory and x-ray services, provide transportation for emergencies, make easier hospital referrals and admissions, improve medical records, and provide basic emergency dental care.
- (c) *Dispensing of basic drugs*: improve the supply of appropriate drugs, fill prescriptions correctly, and make distribution more efficient.

The SAR stated that progress in these areas would guarantee the continued participation of communities in the public health program. A timetable for improvement was set and progress was to be closely monitored. However, INAS' evaluation of the basic health care component did not address the issues of patient satisfaction or quality of care.<sup>21</sup>

5.10 The INAS evaluation pointed to the fact that basic health facilities in all three provinces were underutilized. However, the evaluation neither quantifies this observation nor documents the reasons why. On the basis of limited interviews, the audit mission was able to identify the following reasons for underutilization: the centers were too distant and took too much time to reach, patients believed the services were of poor quality, waiting times were too long, drugs were in short supply, and not enough referrals were provided. It was also mentioned that private facilities were not very expensive, had shorter waiting times, better service (that is, more pleasant staff and more time with physicians).

5.11 The government should undertake a patient survey to assess satisfaction with the quality of care. INAS noted to the audit mission its interest in undertaking such research and indicated that resources would be available but recognized that assistance from a specialist would be needed. The audit recommends that patient surveys and quality of care studies be included in the follow-on projects.

5.12 As noted above, the monitoring and evaluation was not timely, taking place at the end of the project rather than midway as planned, and detailed provincial reports were not provided to the

---

21. INAS responded that the Bank could have provided the necessary additional resources for the evaluation of the project. In that case, the report by INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project.



Bank.<sup>22</sup> Nevertheless, the evaluation, which included all three provinces, was a significant undertaking, was very well done, and resulted in a wealth of data not available for the other provinces. While the follow-on projects are based on similar principles, provincial project officials expressed a sense of frustration that they had not been sufficiently consulted regarding lessons learned, and that the experience gained from the project—in terms of implementation, measurement, and administrative evaluation for instance—was insufficiently mined. They felt that the follow-on projects had, to a large extent, reinvented the wheel. As the PCR notes, the Bank missed the opportunity to incorporate lessons in follow-on projects.

5.13 A monitoring and evaluation base has been established that can easily be widened (to other provinces) and deepened to include evaluation of impacts (initially in the three project provinces). Since INAS has shown its capabilities in this respect, the audit suggests that the Bank consider supporting it to do a similar evaluation of PRISS (Health Sector Investment Project, Loan 3171-MOR).

## Lessons

5.14 The lessons from this project are as follows:<sup>23</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or to assist in the design of the follow-on project by providing lessons learned.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation that went into the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during the project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or

22. There is some disagreement on this point, with the borrower claiming they were provided and Bank staff claiming they were not officially submitted, only informally given.

23. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.

frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.

- (d) *New projects should not detract from the supervision of an on-going project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.
- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

## Annex Tables

**Table 1: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	22	13	24	41
1992	36	20	22	22

**Table 2: Results of the PDSS System Implementation—Agadir  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	1985	1992
	<i>Number</i>	<i>Number</i>
Urban Health Center	2	10
Urban Dispensary	8	0
Rural Health Center	7	11
Rural Dispensary	13	16
Basic Rural Dispensary	15	24
Urban Delivery Houses	1	2
Rural Delivery Houses	2	11
Peripheral Laboratory	0	5
Radiology	1	5
Rural Hospital	0	1

**Table 3: Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	36	15	3	46
1992	49	29	22	-

**Table 4: Availability of Services at Health Facilities—Agadir  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	9	3	23	45	2	45	0
1992	22	11	37	62	22	62	5
Increase	144	267	61	38	1000	38	400

**Table 5: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	26	14	17	43
1992	31	17	20	31

**Table 6: Results of the PDSS System Implementation—Taroudant  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	1985	1992
	<i>Number</i>	<i>Number</i>
Urban Health Center	1	2
Urban Dispensary	1	1
Rural Health Center	5	8
Rural Dispensary	23	30
Basic Rural Dispensary	20	22
Urban Delivery Houses	1	0
Rural Delivery Houses	0	2
Rural Maternity	0	2
Peripheral Laboratory	2	2
Radiology	0	0
Birthing Houses	1	2
Zone Hospital	1	0
Rural Hospital	0	3

**Table 7: Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	38	6	4	52
1992	46	16	16	22

**Table 8: Availability of Services at Health Facilities—Taroudant  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	8	14	24	47	7	38	2
1992	12	27	57	64	11	64	2
Increase	50	93	137	36	57	68	0

**Table 9: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	32%	15%	25%	28%
1993	41%	23%	17%	19%

**Table 10: Results of the PDSS System Implementation—Settat  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	<i>1985 Number</i>	<i>1994 Number</i>
Urban Health Center	3	13
Urban Dispensary	3	0
Rural Health Center	6	11
Rural Dispensary	30	36
Basic Rural Dispensary	3	37
Urban Delivery Houses	0	0
Rural Delivery Houses	2	15
Rural Maternity	2	15
Peripheral Laboratory	1	1
Radiology	0	0
Zone Hospital	0	2
Rural Hospital	0	1

**Table 11: Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Home Visits</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	16%	0%	58%	4%	28%
1993	57%	22%	13%	8%	-

**Table 12: Availability of Services at Health Facilities—Settat  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care (with Doctor) %</i>	<i>Pre and post Natal care (with nurse) %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laborator %</i>
1985	24	23	71	66	86	35	82	0
1995	36	67	93	76	100	84	100	4
Increase	50	191	31	15	16	140	22	400

Royaume du Maroc

\_\_\_\_\_  
Prime Minister

\_\_\_\_\_  
Minister in Charge of  
the Population

\_\_\_\_\_  
C.N.E.P  
\_\_\_\_\_

No. 25/224/S.G

Rabat, May 22, 1996

Fax to the attention of Mr. Roger Slade, Chief,  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
(Fax 202 47 76 391)

From: Mr. Mohamed Bijaad, General Secretary  
of the Minister in charge of Population

Text: Thank you for your letter dated from April 29, 1996,  
concerning the project audit report on the Health  
Development Project (Credit 2572-MOR). In answer,  
please find enclosed some observations regarding the  
report.

Sincerely,

Mohamed Bijaad  
General Secretary of the Minister  
in Charge of the Population

**SOME OBSERVATIONS CONCERNING  
THE PROJECT AUDIT REPORT ON  
THE HEALTH DEVELOPMENT PROJECT**

a. Comments on the form:

-The project audit report refers to the Moroccan plan as being plans of arrangement and not as being plans of economic and social development;

*Text adjusted accordingly*

-The report refers also to the development plans of 1980-85 and 1985-90. The authors probably referred to the plans of 1981-85 and 1988-1992.

*Text adjusted accordingly*

b. In depth comments:

-The evaluation focused a lot more on the implementation aspects and the results obtained on the project. But the report does not give enough indications on the effects and the impact of the project on the concerned provincial beneficiaries, on the efficacy of the new system compared to the old one, and on the quality of care provided. It would have been more appropriate to give some indications on the effectiveness of the usage, which is made of project's physical results and to show how the new system was able to improve the wait time in the sanitary establishment, the access of the medical and paramedical personnel and the attitude of the beneficiaries regarding the quality of the care given.

*This OED Performance Audit Report was not meant to be an impact evaluation. The issues mentioned are best addressed in an impact evaluation which provides evidence of development impact, five to ten years after project completion. OED is interested in the possibility of conducting an impact evaluation of the project in the future. In addition OED recommends that future, evaluations of Bank financed projects in the health sector in Morocco address utilization of basic health services, satisfaction with quality of care and the efficiency of the service delivery.*

Royaume du Maroc

Prime Minister

Minister of the Incitement  
of the Economy

**THE MINISTER DELEGATE OF THE FIRST MINISTER  
IN CHARGE OF THE INCITEMENT OF THE ECONOMY**

**MR. ROGER SLADE  
CHIEF, AGRICULTURAL AND  
HUMAN DEVELOPMENT DIVISION  
OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT  
WORLD BANK**

**FAX**

**Subject: Project Audit Report of the Health Development  
Project (Credit 2572-MOR)**

**Reference: Your letter of April 29, 1996**

Dear Sir,

Following your letter, concerning the project audit report of the above project, I have the privilege to inform you that the preliminary version of the report does not raise any observations on the part of the Moroccan authorities.

Sincerely,

Monkid Mestassi  
In charge of Mission for the  
Prime Minister



Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)

No: 288/INAS

Mr. Roger Slade, Chief  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433 - U.S.A

**Subject:** Analysis of the Evaluation Report of the Health Development Project  
(PDSS)

We reviewed the report on the evaluation of the PDSS with a lot of interest.

In addition, we sent a copy of the report to each of our three concerned provinces: Agadir, Taroudant and Settat. Through this letter, we would like to present our feed-back, which is a synthesis of our comments: those of Dr. M. Lardi and those of the three teams of the above provinces.

As a general matter, the contents of the report relates to the contribution, the efforts, and the difficulties of expertise of the PPS project.

However, we sense a redundancy in some of the paragraphs. Our main comments are as follows:

The report of the INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project if the World Bank had put at our disposal the budget and the specialized manpower.

*Opinion added in  
footnote 21*

Page 5:

"Organization Plan" to be replaced by "Five Year Plan 1981-1985."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 9, 3rd line:

"creation of an economic unit of health (and not a service)."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 9:

It is necessary to define what we mean by "viability" because the mobile strategy, for example, would not be followed at the same pace if there is a reduction in gas resources.

Page 10, line 4:

What is the meaning of "the implementation volume for the project"?

Page 11. Paragraph (e):

The restructuring of the MSP and the departure of the director of the project left an empty space. The problem of coordination increased; the pile-driving of the project became almost absent at a given moment of the life of the project. The changes affected the Minister, as well as the general secretary, the directors, the provinces' delegates, and the chief doctors of the Regional Office in Charge of Ambulatory Service (SIAAP) in these provinces.

Page 12. Paragraph 1-2:

The population of Morocco, according to the census of September 1994, is estimated at 26,023,412 inhabitants and 50,181 foreigners.  
2.06=the demographic increase (census 1994)

*Text adjusted  
accordingly*

Page 13. Paragraph 1.3, line 2:

The health system targeted the curative and urban contributions.

*Text adjusted  
accordingly*

Page 19:

We agree that the project is characterized by its large complexity which caused problems for us with the coordination, the follow-up and the evaluation.

Page 21:

b) The World Bank did not provide the help necessary for the evaluation of the project.

*Opinion added in  
footnote 21*

Page 23: Para. 3.1:

The structure of the administration of the project is detailed in the document of the evaluation of the project, directed by the INAS and the three provinces. We think that it is necessary to correct this part.

*The information on  
the administrative  
structure was taken  
directly from the  
project files.*

Page 27: [para. 3.11]

The extension of the project was done at the national level, for example: the peripheral laboratory, the formation component, extension of the sanitary cover, the structure of the program of basic health care. etc....

Page 28, line 3:

"the results obtained.....physical access (and not material)."

*Text adjusted in  
para. 3.12*

In the table 3.1:

We propose that you add "statistic of the zone."

*Text adjusted in  
Table 3.1*

Page 37, para. 4.4:

We think that the absence of the strategic planning and the incoherence in the politics of health thwart the capacity of the MOPH to organize its operational priority in a coherent manner and master the allocation of the resources.

*Opinion noted in footnote 15*

Page 38:

The INAS can be a partner in the administration of the health projects if the government desires it.

We share your opinion on the unity of supply of medicine.

Page 45, para. 5-9:

We don't provide hospitalization in the health centers.

*Translation error corrected*

Page 47, para. 5.12:

We have made all the documents of the evaluations available for the disposal of the World Bank

*Divergence of opinion on this point as explained in footnote 22*

Page 49:

Yes, for the conclusions, as a whole, except for the point (e); it is difficult to understand the meaning of this sentence.

The project needs the stability of the key persons in the administration of the projects.

The retention of these persons in their position requires a serious motivation.

Finally, we are attaching to the present document a copy of faxes coming from the provinces concerning this topic, as well as the written corrections of the statistical data on pages 50-52.

*Statistical data were taken from the final INAS evaluation reports (including the provincial reports) dated April 1994 as well as updates provided to the audit mission in the field. The written corrections of the statistical data conflict with the INAS evaluation reports, and without further justification, it is difficult to adjust official reports.*

We hope we have met your expectations.  
Sincerely,

Pr. N. Fikri Benbrahim.

The Director of the INAS

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

Taroudant, 05/28/96

**PROVINCE OF TAROUDANT**

The Delegate of M.S.P in the Province of TAROUDANT

The Director of the INAS. RABAT

Subject: The Evaluation Report - the Health Development Project (PDSS)

I have the honor to transmit to you our comments regarding the reading of the Evaluation Report of the PDSS.

1. Concerning the form: the report is, in our opinion, a little narrative, probably unintentionally, generating repetitions which could sometimes bother the reader.

2. Concerning the content:

2.1- The report emphasizes the "failure" of the drug supply unit component without being convincing about the cause of this failure. Nevertheless, the report has the merit to recognize the incompetence of the World Bank in the realm of pharmaceuticals.

2.2- As far as the health indicators are concerned (p.28), figures given by the provinces would be desirable. Also, we have to factor in the interaction of the other programs in the realization of the performance, even though it is difficult to judge the real impact of the project on its evolution.

*See notice above  
on statistical data  
Text adjusted in  
footnote 13*

2.3- The denomination of "health post" (p. 26, last line) would correspond to the basic health dispensary?

*Text adjusted in  
para. 3.10*

2.4- The report does not point out the weakness of the implementation of the IEC component at the provincial level, and that the provinces did not really benefit from the resources in that way.

2.5- The report does not signal the "disappointment" of the provincial managers expressed during the meetings, concerning the absence of incentives for internships and workshops in foreign countries.

**Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health**

**PROVINCE OF TAROUDANT**

(following)

2.6- The report underestimates, in our opinion, the efforts used within the central administration of the Ministry of Public Health, in the matter of organization (flow chart) and the administrative procedure.

2.7-Civil Engineering: the report does not draw attention to the reticence expressed concerning the conception of the buildings, in particular the narrowness of the nurses' lodgings and the technical installation of the rural hospitals (radiology, lab...).

**Conclusion:**

As a general matter, the evaluation report took back the worries expressed by the provincial delegates responsible concerning the lasting impacts of the project PDSS. We notice some objectivity in the analysis of some failures in the different stages of the project.

Finally, we hope that the recommendations from this evaluation will help the central delegates responsible avoid the "burial of the project" and preserve the spirit of the PDSS and of its achievements.

**The Provincial delegate (Taroudant)**

Settat, May 24, 1996

The Delegate of the Ministry of the Public Health  
for the Province of Settat

to

Mr. the Director of the INAS

**Subject: Comments concerning the evaluation report of the Health  
Development Project (PDSS)**

I have the privilege to address our comments and suggestions to you, after reviewing the evaluation report:

-The report does not refer to the studies nor to mid and final evaluations.

*See paras. 3.12,  
and 3.18-3.19*

-Some aspects were not studied in depth:

*While this comment  
is true, these items  
were included in  
the report.  
See para. 3.9*

- Community participation.
- Intersectorial collaboration.
- Qualitative evaluation of the utilization of the health services.
- Impact of the health interventions implemented.
- Evaluation of the mobile strategy.
- Evaluation of work conditions.

*See para. 5.10  
See para. 5.13*

- Problems due to the development of the infrastructure, especially the lack of human resources.

*See paras. 4.2 and  
4.3  
See paras. 3.8 and  
3.14.*

- Impact of the project on the quality of the administration of the health services, on the quality of the care, and on the state of the health of the population.

*The audit did not  
set out to be an  
impact study,  
though OED is  
interested in the  
possibility of  
conducting an  
impact evaluation  
of the project in the  
future.*

Also, we agree with the conclusions of the evaluators in that the project cannot be considered a pilot experiment since there are a large number of other health factors which complemented the development of the health programs.

Dr. Rhazzal Hassan

**ROYAUME DU MAROC**  
**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**  
**INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE**  
**(I.N.A.S)**  
**Collège de Santé Publique**  
**Km 5, Route de Casablanca**  
**Rabat - Maroc**  
**Tél : 69 16 26**  
**Fax : 69.96.34/69.16.26**

---

**From:** Pr. N. Fikri Benbrahim  
Director of the National Institute of Health Administration (INAS)

**Fax:** 00-212-7-69 16 26

**To:** Mr. Roger Slade  
Chief, Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank. Washington DC 20433 - USA

**Date:** 06/03/1996

**Message:**

Following your letter seeking feedback on your document on the evaluation of the PDSS, here are the comments of the team of Agadir.

Sincerely,

The Director of INAS  
Pr. N. Fikri Benbrahim

Agadir, May 27, 1996

ROYAUME DU MAROC

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DELEGATION TO THE WILAYA OF AGADIR  
AND PREFECTUR OF AGADIR IDA OUTANANE

No. 1889/SIAAP/SSB.

The Prefectoral Delegate

To  
The Director of INAS  
RABAT

Topic: Evaluation of the Health Development Project (PDSS)

Reference: Your correspondence No. 244 of May 14, 1996

Following your correspondence, named above, I have the honor of presenting our comments:

\* Page 6, Para. 4 and Page 26, line 8:

- The health facilities built during the PDSS and considered in the document of evaluation as operational, function in reality with a reduced number of personnel which does not correspond with the norm required. For example:

- some health centers function as rural dispensaries.

- some rural dispensaries function as basic rural dispensaries with the absence of nurses.

- the nurses of the delivery houses, already at reduced numbers, are also doing:

\* the deliveries

\* the MCH activities

\* and take part into the outreach activities of the mobile team in

the field.

Those facilities were opened due to the pressure of the population and the local authority.

\* Page 5 and 22:

- read organization plan 1981-1985 instead of 1980-85.

\* Page 17:

- read organization plan 1988-92 instead of 1985-90

*Text adjusted in  
paras. 4, 3.8 and  
4.5*

*Text adjusted  
accordingly*

*Text adjusted  
accordingly*



Page 23:

The civil engineering part was given to the Delegation of the Ministry of Equipment. The Ministry of Public Health was not directly involved with the execution of the construction works. Its involvement was limited to being present during the opening of the sealed orders and during the provisory reception of the constructions.

*Text adjusted in  
paras. 3.1 and 3.7*

General comments:

The evaluation document did not highlight the problem of planned health facilities that were not realized and for which the population gave up some parcels of land for their construction.

*Text adjusted in  
footnote 10*

**DRAFT  
CONFIDENTIAL**

**PERFORMANCE AUDIT REPORT**

**MOROCCO**

**HEALTH DEVELOPMENT PROJECT  
(LOAN 2572-MOR)**

June 14, 1996

*Operations Evaluation Department*

## Currency Equivalents<sup>1</sup>

*Currency Unit = Dirhams*

	US\$	SDR
1984	8.811	9.362
1985	10.062	10.568
1986	9.104	10.656
1987	8.359	11.066
1988	8.209	11.049
1989	8.488	10.673
1990	8.242	11.442
1991	8.707	11.658
1992	8.538	12.442
1993	9.299	13.257
1994	9.203	13.080
1995	8.482	12.589

## Abbreviations and Acronyms

CP	Central Pharmacy (Pharmacie Centrale)
DAT	Direction des Affaires Techniques (Technical Department of MOPH)
GOM	Government of Morocco
IEC	Information, Education and Communication
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
IUD	Intra-uterine Device
MOE	Ministry of Equipment
MOF	Ministry of Finance
MOPH	Ministry of Public Health
OED	Operations Evaluation Department
PAR	Performance Audit Report
PCR	Project Completion Report
PDSS	Projet de Développement des Services de Santé (Health Development Project)
PIU	Project Implementation Unit
PRISS	Projet d'Investissement dans le Secteur de la Santé (Health Sector Investment Project)
SAR	Staff Appraisal Report
UAM	Unité d'Approvisionnement en Médicaments (Drug Supply Unit)
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

## Fiscal Year

Government: January 1–December 31

---

1. Source: International Financial Statistics Yearbook, various issues. Prepared by IMF Statistics Department.

The World Bank  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

Office of the Director-General  
Operations Evaluation

## MEMORANDUM TO THE EXECUTIVE DIRECTORS AND THE PRESIDENT

### **SUBJECT: Performance Audit Report on Morocco Health Development Project (Loan 2572-MOR)**

Attached is the Performance Audit Report on the Morocco Health Development Project prepared by the Operations Evaluation Department (OED). The Loan for US\$28.4 million equivalent was approved in June 1985. The project was closed in December 1993 after two extensions, and an undisbursed balance of US\$2.56 million equivalent was canceled following final disbursement in April 1994.

The project's objectives were to strengthen primary health care delivery in three provinces and to improve the capacity of the Ministry of Public Health (MOPH) at the central and provincial levels as a precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system and upgrading and extending the physical infrastructure (70 percent of total project costs); (b) to strengthen the management and policymaking capabilities of the MOPH (5 percent); (c) to support training and information, education, and communication (IEC) programs (5 percent); and (d) to improve the supply of basic drugs (20 percent).

Despite construction delays and slow release of counterpart funds, the project successfully constructed and equipped 148 health facilities, thus greatly improving access to basic health services in rural areas. The new health care delivery system developed under the project has since been expanded nationwide. The outcome of the attempt to strengthen the institutional capacity of the MOPH is difficult to measure, as the MOPH underwent several reorganizations during project implementation. Institutional impact was greater in the provinces than at the central level. The government's research group undertook a good evaluation of the project, albeit very late. Data were not available to monitor the basic health care component during implementation, but evaluation data do provide an excellent account of project accomplishments. Bilateral grants became available to finance IEC activities, thus only 25 percent of funds allocated to this component were disbursed.

The drug supply component had little apparent impact on drug policy and failed to achieve its objective of improving the drug supply. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. A new drug supply unit for storage, distribution, and formulation (the final stage of drug production from intermediate ingredients to a final form, such as tablets) was constructed under the project but was not operational at the time the project was closed. The storage and distribution unit has since become operational, but the formulation unit has not. It is doubtful if the government will ever recoup its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

**This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.**

OED, in agreement with the PCR, rates the project as satisfactory, institutional development as modest, and Bank and borrower performance as satisfactory. The audit upgrades the sustainability rating from uncertain to likely, for two reasons: all health facilities are now operational (many were not at the time of the PCR), and despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to the continued operation of the health facilities and maintenance of the gains made under the project.

Important lessons from this project are that monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to be used to influence outcomes; that clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings; and that design of new projects should not detract from the supervision of an ongoing project.

Attachment

# Contents

<b>Preface</b>	3
<b>Basic Data Sheet</b>	5
<b>Evaluation Summary</b>	7
<b>1. Sector Background</b>	<b>11</b>
Background	11
Bank Activities in the Sector	11
<b>2. Project Objectives and Content</b>	<b>14</b>
Project Objectives and Components	14
Project Design	15
Relevance	16
<b>3. Implementation and Results</b>	<b>17</b>
Overall Implementation	17
Primary Health Services	18
Enhanced MOPH Management Capacity	20
Training and IEC	21
Drug Supply	22
<b>4. Ratings</b>	<b>23</b>
Outcome	23
Sustainability	23
Institutional Impact	24
Borrower Performance	24
Bank Performance	24
<b>5. Issues and Lessons</b>	<b>26</b>
Drug Supply Component	26
Monitoring and Evaluation of Basic Health Component	28
Lessons	29
Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline	13
Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in Three Provinces	20
<b>Annex: Statistical Tables</b>	
1. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir	31
2. Results of the PDSS System Implementation—Agadir	31
3. Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir	31
4. Evolution of the Availability of Services—Agadir	31

This report was prepared by Ms. Laura Raney (Health Economist) guided by Mr. Robert van der Lugt (Task Manager), who audited the project in December 1995. Ms. Diana Qualls and Ms. Sophie Lefebvre provided administrative support.

5. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant ..... 32  
6. Results of the PDSS System Implementation—Taroudant ..... 32  
7. Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant..... 32  
8. Evolution of the Availability of Services—Taroudant..... 32  
9. Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat..... 33  
10. Results of the PDSS System Implementation—Settat ..... 33  
11. Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat ..... 33  
12. Evolution of the Availability of Services—Settat ..... 33

**Annex 2: Borrower Comments .....34**

## Preface

This is a Performance Audit Report (PAR) for the Morocco Health Development Project, for which a loan in the amount of US\$28.40 million equivalent<sup>1</sup> was approved on June 6, 1985 (Loan 2572-MOR). The project was closed December 31, 1993 after two extensions from its original closing date of December 31, 1991. An undisbursed balance of US\$2.56 million (nine percent of the total loan) was canceled following final disbursement on April 12, 1994.

The PAR is based on the Project Completion Report (PCR),<sup>2</sup> the President's Report,<sup>3</sup> the Staff Appraisal Report (SAR),<sup>4</sup> review of Bank files, sector and economic reports, and discussions with Bank staff. An OED mission visited Morocco in December 1995, discussed project experience and outcomes with Government officials, and visited several project sites in the provinces of Taroudant, Agadir and Settat. Evaluations of the basic health component carried out by the health authorities in the three pilot provinces and the Institute National d'Administration Sanitaire (INAS) were also used in the preparation of this report.

The PCR was completed in July 1995 and provides an excellent account of the implementation of the project and important lessons learned. The borrower's perspective on the project is included in Part 2. The PAR confirms the major findings of the PCR but examines in more detail several of these findings as well as some issues not fully covered in the PCR. In particular, it focuses on the issue of pharmaceuticals and monitoring and evaluation. It also examines the outcome of the project in the context of Bank lending for the sector as a whole. The findings of the PAR will be a building block for OED's forthcoming study of experience with health lending.

In accordance with normal OED procedures, copies of the draft PAR were sent to the government of Morocco for comments. Numerous comments were received reflecting the importance government authorities attach to this project. These comments have been included in Annex 2 with appropriate cross references and annotations.

- 
1. All references to the Loan amount in the text and tables of this report are US\$ equivalent.
  2. Project Completion Report: Morocco, Health Development Project (Loan 2572-MOR), Report no. 14675, June 26, 1995.
  3. President's Report: Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. P-4079-MOR, May 15, 1985.
  4. Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Development Project (Ln. 2572-MOR), Report no. 5440-MOR, May 15, 1985.



## Basic Data Sheet

### MOROCCO HEALTH DEVELOPMENT PROJECT (LOAN 2572-MOR)

#### Key Project Data (amounts in US\$ million)

Item	Appraisal Estimate	Actual or Current Estimate	Actual as % of Appraisal Estimate
	Total	Total	
Total project costs	47.6	53.3	112%
Loan amount	28.4	25.8	91%
Cofinancing	-	-	-
Cancellation	-	2.6	na
Date physical components completed	06/90	06/93 (06/96) <sup>a</sup>	
Economic rate of return	na	na	na
Institutional performance: Moderate			

a. Most of the project investments were completed in 1993; the pharmaceutical component is expected to be completed in 1996.

#### Cumulative Estimated and Actual Disbursements (amounts in US\$ million)

	FY86	FY87	FY88	FY89	FY90	FY91	FY92	FY93	FY94
Appraisal Estimate	1.3	5.0	10.4	16.4	22.4	26.9	28.4	-	-
Actual	0	0.13	1.13	3.54	7.93	13.98	19.33	23.52	25.84
Actual as % of Appraisal	0	0.02	0.1	0.21	0.35	0.52	0.68	0.82	0.90

Date of final disbursement: April 1994

#### Project Dates

	Date Planned <sup>a</sup>	Date Actual
Identification	n/a	March 1979
Project Preparation Facility (PPF)	June 1983	April 1982
Preparation	n/a	Sept. 1979, April 1980, & June 1981
Pre-appraisal	n/a	July 1984
Appraisal	n/a	September 1984
Negotiations	n/a	April 1985
Board Presentation	n/a	June 6, 1985
Signing	Before October 1985	January 17, 1986
Effectiveness	October 1985	July 27, 1986
Midterm review carried out by the Borrower	December 1987	November 1989
Project Completion	June 30, 1990	June 30, 1993 <sup>b</sup>
Loan Closing	December 31, 1991	December 31, 1993

a. As provided in Project Brief for processing steps up to Board Presentation, and in the Staff Appraisal Report (SAR) for steps occurring after Board Presentation.

b. All components were completed by June 1993 with the exception of the Drugs supply unit which remains incomplete to date (see para. 19 PCR) and the IEC component which was dropped.

#### Staff Inputs (staff weeks)

Stage of Project Cycle	FY84	FY85	FY86-93	FY94	Total
Preappraisal	85.6				85.6
Appraisal		79.6			79.6
Negotiations <sup>a</sup>					na
Supervision			110.8		110.8
PCR				7	7
<b>Total</b>					<b>283</b>

a. Included in Appraisal Figures.

**Mission Data**

	<i>Month/ Year</i>	<i>No. of Persons</i>	<i>Staff Days</i>	<i>Specialization<sup>a</sup></i>	<i>Project Rating (Overall)</i>	<i>Project Rating (Dev)</i>	<i>Types of Problems</i>
Identification	03/79	5	55	A/ Z/C/A/D			
Preparation	09/79	4	40	E/C/Z/A			
Preparation	04/80	4	44	A/F/Z/G			
Preparation	06/81	1	5	F			
	06/83	5	30	F/H/A/A/I			
	10/83	2	20	A/A			
	03/84	1	20	A			
Pre-appraisal	07/84	1	3	A			
Appraisal	09/84	9	140?	A/J/F/H/K/L/M/N/Z			
Post Appraisal	03/85	1	7	A			Review of project timetable and its budgetary implications
Supervision 1	06/86	3	39	A/A/F			
Supervision 2	04/87	3	36	A/O/J			Reviewed new organizational structure of MOP & IEC component slow to start. Discussions on opening of Special Account.
Supervision 3	02/88	1	? <sup>c</sup>	P			-Lack of operating resources
Supervision 4	08/88 <sup>b</sup>	3	24	Q/R/H	2	1	-Restructuration of tuberculosis program
Supervision 5	01/89	4	32	A/A/S/T	2	1	
Supervision 6	10/89 <sup>b</sup>	4	20	Q/R/H/U	2	1	-Mid-term review carried out by MOPH
Supervision 7	06/90 <sup>b</sup>	3	15	Q/V/H	2	1	-Delays in payments to contractors; funds to be delegated to provinces
Supervision 8	11/90 <sup>b</sup>	2	18	Q/V	2	1	-Bids for UAM too high
Supervision 9	02/91 <sup>b</sup>	1	9	V			-Slow implementation
Supervision 10	05/91 <sup>b</sup>	3	27	Q/V/H	2	1	-Projects costs to be updated
Supervision 11	10/91	4	32	W/X/T/H	2	1	-Health Financing report received
Supervision 12	05/92	2	10	V/I	2	1	-New bid document for UAM reviewed
Supervision 13	11/92	3	27	V/I/Q	2	1	-Discussion on feasibility of UAM
Supervision 14	04/93	2	6	Y/A	2	1	-Disbursement Issues
Completion	05/94	1	6	Y	-	-	-Lack of counterpart funds

a. Specialization: A=PH Specialist; B=Loan Specialist; C=Education Specialist; D=PH Specialist UNFPA; E=RH Specialist; F=Economist; G=PH Sp. Consultant; H=Architect; I=Implementation Specialist; J=Health Economist; K=PF Consultant; L=Pharmac. Syst. Consultant Research; M=Assistant; N=Division Chief; O=Operations Assistant; P=Disbursement Officer; Q=Health Specialist; R=PH Physician; S=Pop. Specialist; T=Hosp. Ad. Sp.; U=Education/Training Sp.; V=Financial Analyst; W=Sr. PHN Specialist; X=PH MD; Y=Project Officer; Z=Loan Officer

b. Starting August 1988, all missions covered both the Health Development Project and the Health Sector Investment Project. Mission time has been apportioned equally to each project which is likely to overestimate time actually spent on the first project.

c. Multi-purpose missions. Share of time allocated to project not available.

## Evaluation Summary

### Introduction

1. The Morocco Health Development Project was the first World Bank Group operation in the health sector of Morocco. It assisted the Moroccan Ministry of Public Health (MOPH) to strengthen and accelerate its policy shift away from an urban-based, hospital-oriented health care system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas which was outlined in the 1981-1985 Development Plan, and in accordance with the principles spelled out in the 1978 Alma Ata conference "Health for All by the Year 2000."

### Project Design

2. The project objectives were to strengthen primary health care delivery including family planning in three provinces, and to improve the capacity of the MOPH at the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components: (a) to improve and expand care to rural areas by piloting a new health care delivery system in three provinces (Agadir, Taroudant and Settat), through upgrading and extending the physical infrastructure, providing equipment, support for training, and improvement in logistics; (b) to strengthen the management capabilities of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector; (c) to support training and information, education and communication (IEC) programs; and (d) to improve the supply of basic drugs.

### Implementation

3. Implementation proceeded slowly. The project became effective in July 1986, 6 months after it was signed and more than 20 months after it was appraised. The first disbursement was made in March 1987. Limited availability and slow release of counterpart funds by the Ministry of Finance (MOF) was a major cause of delays. Serious construction delays occurred and are attributed to several factors, including cumbersome government accounting procedures, the borrower's difficulties in adapting to Bank procurement and disbursement procedures, and the transfer of responsibilities for civil works from the MOPH to the Ministry of Equipment during project implementation. The project was closed after two one-year extensions. An amount of US\$2.56 million was canceled at that time.

4. Once built, a number of the health facilities (20 percent in 1994) remained closed because of lack of budget and staff. The staffing problem is generic in the health sector, not specific to the project. However, all project facilities were operational at the time of the audit though some were not operating at full capacity due to lack of staff. As noted in the PCR, the MOPH underwent several reorganizations during project implementation which resulted in the "balkanization" of the various departments, characterized by overlapping and scattered responsibilities. The institutional impact of the project was therefore limited. However, project evaluation was completed as was a very good (albeit late) effort, and studies were completed on financing the health sector and hospital management. Only 25 percent of the IEC component was implemented under the project, because of the availability of other donor grant funding to finance such activities. The component to improve the supply of basic drugs was substantially delayed and is still not fully completed. Ambiguities about its function continue today, despite the careful planning prior to appraisal and apparent agreements reached among the Government of Morocco (GOM), the Bank and the private sector.

## Results

5. Two years after the closing of the Health Development Project, there is no doubt that the major component, to improve and expand basic health care to rural areas, was a success. Over 134 rural health facilities were constructed and equipped. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled. The new health care delivery system developed under the project (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully integrated by staff and has been generalized from the three provinces to the rest of the country. This delivery system continues to be supported under follow-up Bank projects and by other donors.

6. The outcome of the drug component (21 percent of total estimated project costs) was not as favorable as the basic health component. The drug supply unit was constructed after a three year delay and is much larger than the initial modest design. The unit, which was to provide storage and distribution of drugs for the public health sector as well as formulate<sup>1</sup> a small number of basic drugs in close collaboration with the private sector, was not operational at the time of project closure. The equipment for the formulation unit was not procured under the project, nor was the legal status or terms of its management and relationship with the private sector defined prior to closing. Delays in the construction of the drug supply unit meant that its storage and distribution function did not become operational until two years after closing. The stocks of medicines were transferred from the Central Pharmacy to the new unit in December 1995 at the time of the audit, and although the equipment for the formulation unit had been procured and paid for by the government, it was not installed. A delay of at least six more months was estimated before the formulation unit would become operational. In the meantime, the legal status of the unit remains to be defined, and the government still has not reached agreement with the private sector as to its operation. Thus the management and operation of this formulation unit remains in question. It is doubtful if the government will ever recover its investment in this unit (estimated to be US\$13 million).

7. Taking into account the relative merits of the various objectives and components, project outcome is rated as satisfactory. Sustainability was rated as uncertain in the PCR, as many facilities had not yet become operational because of staffing shortages and lack of funds. However, at the time of the audit, all facilities (except the drug supply unit) were operational and providing basic health services. While questions about quality of service and efficiency remain, the provinces are committed to the new service delivery approach, which has also been replicated nationwide. The study on the financing of the health sector which was completed in 1990 was followed by several seminars and workshops and led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Health sector financing is currently the subject of an intense policy dialogue between Morocco and the Bank (under an ongoing project as well as a forthcoming project). Therefore, the audit rates project sustainability as likely.

8. The results of the component to strengthen the MOPH are less clear given the host of changes that took place during the eight years of the project, including reorganizations in 1985, 1989 and 1994, and the appointment of new Ministers of Health in 1987 and 1992 (see project

---

1. Formulation is the final stage of drug production, from intermediate ingredients to final or finished form. It consists of simple operations such as mixing, solving or dispersing, and fragmentation into dosage forms (tablets, capsules, tubes, etc.)

timeline, Figure 1.1 in Chapter 1). As the PCR states, on balance, the management of civil works improved, however procurement, program budgeting, and resource allocation remain serious issues for the MOPH. As in the PCR, the audit rates institutional impact as modest. Overall, the audit agrees with the satisfactory ratings given by the PCR for borrower and Bank performance, although selected aspects of both were weak.

## Lessons

9. The lessons from this project are as follows:<sup>2</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or the design of the follow-on project.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation of the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.
- (d) *New projects should not detract from the supervision of an ongoing project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.
- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

---

2. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.

## 1. Sector Background

### Background

1.1 During the first 15 years after independence (1956), a conservative approach to economic policy predominated in Morocco, and GDP increased at an average rate of 4 percent a year. During the mid-1970s, economic policy became more ambitious, and the rate of growth between 1973-1977 was 7.5 percent per year. But, like many other developing countries, Morocco experienced an economic crisis beginning in 1978 lasting through the early 1980s. The Moroccan Government adopted a stabilization program in 1978 in order to redress the rapidly deteriorating financial situation. Since then, the Bank has helped Morocco through an intense reform program, with loans, policy advice, and economic and sector work (the effectiveness of this Bank program is the topic of a special OED study).<sup>1</sup> With a per capita GNP of \$1,150 (1994), Morocco remains a relatively poor country at the lower end of the group of lower-middle-income countries.

1.2 Today, Morocco is in the midst of demographic and epidemiological transition. Since the 1960s, the mortality rate has declined from 19 per 1,000 to 7.3 per 1,000 in 1992, and the crude birth rate has fallen from 50 per 1,000 to 28 per 1,000. Infant mortality has declined from 119 per 1,000 to 57 per 1,000, and life expectancy at birth has increased from 45 to 65 years. The contraceptive prevalence rate for modern methods is estimated at 43 percent in 1994, compared with about 13 percent in 1984. The total fertility rate has decreased from 5.8 in 1980 to 3.6 in 1994. The annual population growth rate has slowed from 2.8 percent for 1955-1960 to 2.1 percent in 1992-1994. But despite these significant achievements, the performance of key indicators remains poor. The maternal mortality rate is among the highest in Africa, averaging 232 per 100,000 as compared to 50 in Tunisia and 140 in Algeria. Only 40 percent of all births take place in a medical setting. Early neonatal deaths still account for one-half of the infant mortality rate. Potentially controllable infectious diseases remain a leading cause of mortality and morbidity in children aged 1-5. Communicable diseases and maternal and child health problems have been brought under better control through health programs and improved lifestyles but still represent an important challenge particularly in the rural areas.

1.3 At the time of the project, the organization and management of the health sector faced several constraints: an ineffective system of health care delivery that was biased toward urban and curative care; the absence of policymaking in the MOPH and consequent lack of coordination among different health providers; weak internal planning and management within the MOPH; the hospital subsector's inefficient use of resources; insufficient overall financing for the sector; and the MOPH's disorganized and complex pharmaceutical supply system that resulted in severe shortages of basic drugs and threatened the credibility of the entire primary health system.

### Bank Activities in the Sector

1.4 The Health Development Project (PDSS)<sup>2</sup> was the first major Bank project in the health sector in Morocco. Prior Bank involvement in the sector included a bilharzia (schistosomiasis) control component in the Doukkala Irrigation Project (Loan 1201-MOR) and a health worker

1. An OED country assistance review is presently under preparation.

2. Projet de Développement des Services de Santé.

training component in the Third Education Project (Loan 1220-MOR). The objectives of the PDSS were to (a) strengthen primary health care delivery in three provinces (including family planning), and (b) enhance the capacity of the MOPH at the central and provincial levels in planning for the health sector, training of staff, research and evaluation, and administration of the public health service as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. A loan of US\$28.3 million contributed to the expected total project cost of US\$45.5 million. The project was implemented in 1985–1994.

1.5 The Bank is continuing its support to the health sector with the 1990 Health Sector Investment Project (PRISS, Loan 3171-MOR for US\$104 million), which built on the 1985 Health Development Project.<sup>3</sup> This follow-on project focused on (a) reinforcing essential basic health services, (b) strengthening the administration of management of health services, and (c) promoting sector and policy reforms that address long-term issues related to the evolution and structure of the public and private sector health services delivery systems, financing mechanisms, and the mobilization of resources in support of the sector. The project is expected to be completed by December 1997, and project implementation thus far has been rated as satisfactory.<sup>4</sup> Continued support for basic health is planned with the Basic Health Project (Social Priorities Program) currently under negotiation and a Health Management and Financing Project scheduled for FY97 (see Figure 1.1)<sup>5</sup>.

1.6 Bank support has been and remains focused on strengthening basic health care delivery, increasingly in poorer, rural areas. In addition, assistance has been provided for the managing and administrating of health services, and policy reform (including the pharmaceutical sector, health financing and hospital management).

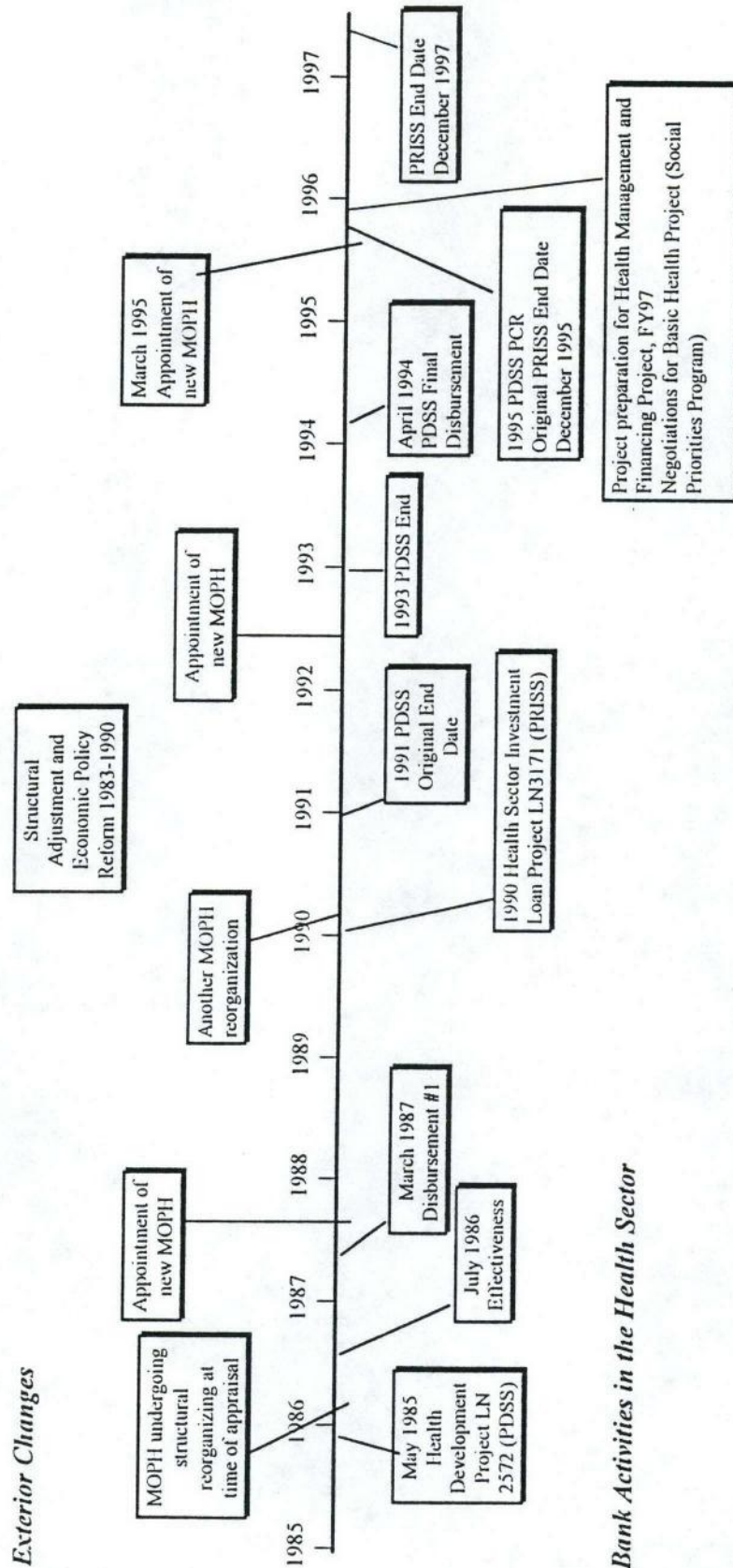
---

3. *Projet d'Investissement dans le secteur de la Santé*. See Staff Appraisal Report, Kingdom of Morocco Health Sector Investment Project (Loan 3171-MOR), Report No. 8108-MOR, January 8, 1990.

4. Supervision Report, July 1995.

5. The project would complement USAID, UNFPA and UNICEF interventions in the sector and would consist of three components: (a) improving access to essential curative and preventive health care in 20 targeted provinces; (b) strengthening the emergency, diagnostic, and referral services; and (c) promoting administrative and policy reforms. For more details see the SAR, Morocco: Basic Health Project (Social Priorities Program), Report No. 15073-MOR.

Figure 1.1: Morocco Health Sector Activities Timeline





## 2. Project Objectives and Content

2.1 Following the Alma Ata "Health for All by the Year 2000" conference in 1978, Morocco began to revamp its existing health system, which had been focused on urban hospitals. Morocco's Third Development Plan (1977–80) included ambitious investments in large hospitals that resulted in insufficient operating budgets for basic health services. The overall allocation of funds remained low: in 1982 sectoral financing totaled US\$8.35 per capita.<sup>6</sup> The Fourth Development Plan (1981–85) marked a sharp departure from the previous policy and gave priority to basic health services. This plan called for decentralizing programming, improving management information systems, upgrading training of personnel, and remedying severe shortages of basic drugs. The Fifth Development Plan (1988–92) health objectives emphasized primary care, basic health services, and cost-effectiveness, in addition to continued attention to the drug supply system.

### Project Objectives and Components

2.2 The project aimed at accelerating the shift from an urban-based, hospital-oriented health system to a more cost-effective system of primary care emphasizing outreach activities in the rural areas. The project objectives were to strengthen primary health care delivery (including family planning) in three provinces, and to improve the MOPH's capacity at both the central and provincial levels as a necessary precondition for extending the health care delivery system to the rest of the country. The project had four components:

- (a) *Primary Health Services* (\$23 million—70 percent of total project costs). The primary health care system envisaged in the 1981–85 Fourth Development Plan was to be fully implemented in three provinces—Agadir, Settat, Taroudant—with a view to extending the project to the rest of the country. The project would provide investment in additional buildings, equipment and vehicles. Project implementation would be closely monitored and accompanied by operational research to allow for continuous adjustments. It was hoped that the project would result in a viable alternative to the then prevailing health care delivery system.
- (b) *Management* (\$1.7 million—5 percent of total project costs). The project was to improve the management capability of the MOPH and strengthen its role as policymaker for the health sector by strengthening the ministry's planning capacity, establishing a capacity to carry out evaluation studies, and improving administrative procedures. The project would provide equipment, supplies, vehicles, technical assistance for local and foreign consultants, and fellowships for overseas training.
- (c) *Training and Information, Education and Communication (IEC)* (\$1.6 million—5 percent of total project costs). The project would strengthen the capacity to train paramedical personnel and produce IEC materials by providing equipment for a training center constructed under the Third Education Project. It would also provide equipment, vehicles, and technical assistance for the production and dissemination of IEC materials.

---

6. Compared with Algeria at US\$22.0 and Tunisia at US\$31.0.

- (d) *Supply of Basic Drugs* (\$6.8 million—20 percent of total project costs). The project would create a new drug supply unit (Unité d'Approvisionnement en Médicaments, or UAM) to establish a coordinated system for the procurement, storage, formulation, packaging, distribution, and control of drugs for the public health system. The project was also to finance the construction of storage, packing and shipment space, a packaging unit and a small formulation laboratory, and the equipment, training, and technical assistance needed to operate this unit.

## Project Design

2.3 More than a decade of activity preceded the appraisal of this first health project. A brief desk review of Morocco's demographic situation was conducted in 1973. Despite the Bank's policy against direct lending for health at that time, a mission was nevertheless undertaken in FY77 to review the population and health delivery system. At the same time, it was decided in 1977 not to pursue a nutritional project. A health sector report was prepared in 1978 in which the Bank recognized the potential contribution of a maternal health/family planning services project based on an approach being implemented with support from USAID.

2.4 A reconnaissance mission in 1978 noted that Morocco's family planning program was fully integrated within the health structure, and a second mission in that same year found that the government, contrary to its earlier views, was willing to discuss population issues<sup>7</sup>. Building on this dialogue, a Bank mission in 1979 identified an integrated population, health, and nutrition project and recommended that this project be followed by a second one in FY84. Further preparation took place during 1979–84, with Bank inputs and technical assistance by WHO, USAID and UNICEF. A \$75,000 project preparation facility was approved in 1982. The Bank finally pre-appraised and appraised the project in 1984.

2.5 Preparation of the Primary Health Services component—the major project component—included a study of the sociocultural determinants of hygiene and sanitation in peri-urban and rural areas. Carried out by the MOPH and the Institut Agronomique Hassan II with UNICEF support, the study identified suitable community-based interventions for implementation under the project. These interventions—maternal and child health programs, immunizations, nutrition and basic sanitation—involved little innovation and were based on extensive experience in Morocco. The primary care service delivery strategy was developed on the basis of precise mapping of population, topography, access, existing physical and human resources, and with the close involvement of communities and provincial health officials.

2.6 Health planning in the three pilot provinces was a bottom-up effort. Localities identified their own problems and established program goals. Each province aggregated the local plans into a provincial plan. The MOPH provided assistance to this decentralized effort.

2.7 The drug component was designed to reorganize the entire public sector drug supply system. The aging facilities of the Central Pharmacy (CP) were to be replaced and a new drug supply unit (UAM) established.

---

7. The integrated family planning program was in stark contrast with the vertical family planning program at the time in Tunisia.

2.8 Within the Bank, a note to the files praised the project appraisal as being one of the most comprehensive, informative, and interesting in the health sector, and stated that the wealth of information and analysis it contained reflected extensive preparation for a small but complex project and a deep understanding of a difficult sector. However, another note to the files expressed concern that the project appeared too complex, questioned whether local institutions were capable of carrying it out effectively, and suggested that intensive project supervision would be necessary.

2.9 Other components, such as management and IEC, had also carefully been researched with technical assistance from (among others) UNICEF, USAID, and WHO. As a result the project's technical quality at entry was very high.<sup>8</sup>

### **Relevance**

2.10 The project addressed the government's goals for the sector as laid out in the Fourth Development Plan (1981–1985) which set precise objectives for basic health in the areas of MCH, family planning, immunization, health education and basic sanitation. The Plan also gave priority to improving the management of basic health services by decentralizing programming, improving the management information system, and upgrading the training of personnel. The project was based on the internationally accepted Alma Ata principles of "Health for All by the Year 2000" and was also consistent with the Bank's health strategy at the time which encouraged the shift from capital and foreign exchange intensive hospitals to expanding basic health services in order to improve access and affordability to low-income groups. The project was to test an alternative to the existing health system and set the basis for its countrywide implementation. It incorporated the development of a cost-effective health care delivery system with emphasis on primary care and family planning. The project is therefore judged as relevant.

---

8. Internal Bank memoranda dated February 13, 1985 and April 10, 1995.

### 3. Implementation and Results

#### Overall Implementation

3.1 *Project Management.* A project implementation unit (PIU) was established in 1984 under the Direction des Affaires Techniques (DAT) in the MOPH. The PIU was given overall responsibility for conducting all project-related procurement, disbursement, and accounting operations and was staffed by a project coordinator and five professionals (an administrator, a medical doctor, an economist, and two chief supervisors of health services), all of whom had actively participated in project preparation. Later, an experienced architect and four secretarial and support staff were added, and a drug supply unit (UAM) interim director was designated by the Minister of Health. In the provinces, the project was implemented by the provincial Medical Directorates. Civil works were to be supervised by the MOPH's construction units in Taroudant, Agadir, and Settat under the overall responsibility of the PIU architect and in consultation with the Ministry of Equipment (MOE). However, the MOE was responsible for civil works, and the MOPH was not directly involved with their execution.

3.2 *Funding.* Prior to appraisal in October 1984 and even after negotiations in April 1985, the Bank expressed concerns about the government's financial constraints. Slow release of the 1985 investment budget for the MOPH delayed the signing of the loan for nine months. Even after the loan was signed in January 1986, problems with authorization of the 1986 budget delayed the effective date of the loan until July 1986. Insufficient funds and administrative complications continued to be limiting factors throughout the life of the project.

3.3 To address the funding problems, the Bank suggested the creation of a revolving fund or special account. However, Moroccan law at the time prevented the establishment of such funds in foreign currency. After further discussions, it was agreed in 1988 to establish a revolving fund in local currency in a commercial bank.

3.4 Disbursements were lower than anticipated during the first years of project implementation because of the failure of the Ministry of Finance (MOF) and the MOPH to allocate adequate counterpart resources. In response, during the fourth year of implementation the government reached agreement with the Bank on a simplified disbursement schedule, and the MOF simplified and delegated payment procedures to civil works contractors. As a result, disbursements accelerated sharply in 1991. In 1986–1990, only \$8 million (28 percent) of the loan was disbursed. In the first six months of 1991, \$5.9 million or 20 percent of the loan was disbursed.

3.5 The concentration of resources in the three pilot provinces, while justified from a technical standpoint, also created understandable resistance from other provinces and complicated the annual allocation of the investment budget. This problem was resolved gradually with the successful execution of major elements of the project, the growing recognition that the long-term benefits of the project extend beyond the three pilot provinces, and the replication of similar project activities in other provinces under the follow-up project.

## Primary Health Services

3.6 *Civil Works.* The development of primary health services was the major component of the project and consisted of the construction of basic health clinics, five rural hospitals, five peripheral laboratories, and four radiology units. Construction was delayed by (a) the project's late start; (b) difficulties in identifying contractors willing to deal with such small and widely dispersed construction; (c) the general financial crisis in Morocco in 1987, that led the MOF to curtail payments for ten months; and (d) cumbersome government payment procedures that caused a ten-month delay in paying contractors, who in turn suspended construction pending receipt of payment. Only 30 percent of the civil works planned for 1987 were underway by the end of that year.

3.7 Responsibility for civil works was transferred from the MOPH to the Ministry of Equipment (MOE) during implementation. However, progress on civil works remained slow throughout the life of the project. The absence of a full-time project director at the central level made it difficult to overcome these delays. The project's relatively loose organization was regarded by Bank staff as the bottleneck in efforts to solve administrative problems. Several key provincial officials told the audit mission they felt more or less abandoned by the central administration during this time.

3.8 Overall, 134 basic health facilities (not including the five rural hospitals) were constructed in rural areas under the project. The National Institute of Health Management (Institut National d'Administration Sanitaire—INAS) conducted an evaluation of the primary health care component in each of the three provinces. The INAS evaluation examined construction timetables for a random sample of project health facilities in the three provinces.<sup>9</sup> The findings show that 50 percent of the facilities were completed within one year of start of construction, though construction times varied from three months in Settat to four years in Taroudant. Upon project completion, approximately 20 percent of new facilities remained closed because of staffing shortages. In Taroudant, the audit team was told that certain facilities remained closed from 18 months to 2 years. All health facilities were operational at the time of the audit, though provincial authorities pointed out that some facilities are not fully operational because of a lack of staff. For example, the rural hospital in Ighrem in the province of Taroudant lacked laboratory and radiology technicians and was operating as a health center rather than a hospital. In Agadir the audit mission was told that some health facilities function with a reduced number of personnel, below the required norm: health centers function as rural dispensaries; rural dispensaries operate as basic rural dispensaries; and the nurses at the delivery houses, already at reduced numbers, also perform deliveries, undertake MCH activities, and take part in outreach activities in rural areas. The staffing shortages were said to be a general problem in the sector, not specific to the project.

3.9 Participation by local communities was substantial. They were involved in the selection of the sites, and many communities contributed land for construction. Communities in the province of Agadir, for example, donated 23 plots of land for new construction.<sup>11</sup> In total, communities contributed 67 plots of land in all three provinces. Other forms of participation included renovation

9. "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans les Provinces d'Agadir, Taroudant et Settat, Période 1985-1992," Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Institut National d'Administration Sanitaire, Evaluations Equipes de la Délégation des Trois Provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

10. Provincial authorities in Agadir noted that not all planned health facilities were constructed on the donated land.

and general maintenance of structures, provision of electricity, transport (for emergency evacuations), and supplies (such as fuel and disinfectant for water points).

3.10 *Results.* The primary health care component was fully implemented and had a significant impact on access to health care. In all, 134 new basic health facilities were constructed in previously under- or unserved rural areas: 31 health centers, 16 rural dispensaries, 45 health posts, and 42 delivery houses. This construction represents a doubling of the number of existing facilities in the three provinces, from 136 in 1985 to 270 in 1994. In the province of Agadir, which benefited the most from new construction under the project, the number of basic health facilities increased by 85 percent. This new construction greatly improved access to basic health care in the three provinces. The ratio of population to health facility improved from one basic center per 75,000 people in 1985 to one for 44,000 people in 1994, and the number of general practitioners in the project area more than doubled.

3.11 In addition to the improved infrastructure, the other major achievement of the primary health services component was the organization and mobilization of the central and provincial teams, and decentralized planning in support of primary health care. The project established sound standards and flexible institutional arrangements for the delivery of primary health care services. These standards and arrangement were replicated in other provinces beginning in July 1988 and have since been expanded nationwide. This new service delivery system has become an integral part of Morocco's system of decentralized administration of health services. Most Moroccan officials indicated to the audit mission that the spirit of PDSS was very much still alive today in the provinces, especially the decentralized planning and management, service delivery mechanisms, and teamwork fostered under the project.

3.12 The findings of the INAS evaluation of the primary health care component in each of the three provinces cover the period 1985–1992, and thus exclude the last two years of the project.<sup>11</sup> The study therefore probably underestimates the level of health coverage in terms of access, availability, and use.<sup>12</sup> The results of the project in terms of physical access and availability of services are documented in Annex Tables 1–12 and are summarized below in Table 3.1.<sup>13</sup>

---

11. These data are from the following provincial evaluation reports: "Evaluation du Projet de Développement des Services de Santé dans la Province de Taroudant Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Taroudant, INAS, et UGP, "Evaluation du Project de Développement des Services de Santé dans la Province d'Agadir Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province d'Agadir, INAS, et UGP, and "Evaluation du Project de Développement des Services de Santé dans la Province de Settat Période 1985-1992," Avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Délégation de la Province de Settat, INAS, et UGP.

12. INAS recommended an update of the report in 1996, but no funding has been made available. However, the audit agrees that it would be a good idea to do a follow-up impact type evaluation which would include issues of patient satisfaction or quality of care (para. 5.9).

13. It is unlikely that all of the improvements over time can be attributed solely to this project as various other factors most likely also had an impact.

**Table 3.1: Change Over Time in Access Indicators in the Three Provinces**

	Agadir	Taroudant	Settat
Percentage population more than 10 km away from a health facility			
1985	41	43	28
1992 (1993) <sup>a</sup>	22	31	19
Percentage population served by fixed facility			
1985	36	38	16
1992 (1993)	49	46	57 <sup>b</sup>
Percentage facilities visited regularly by doctors			
1985	9	8	24
1992 (1995)	22	12	36

a. In brackets, year of observation in Settat.

b. In 1995 it had reached 72 percent.

3.13 The INAS evaluation also reported improvement in health indicators in the three provinces:

- the immunization rate increased from 66 percent in 1985 to 92 percent in 1992;
- assisted deliveries rose from 21 percent in 1985 to 35 percent in 1992;
- the rate of new acceptors (pills) almost doubled between 1985 and 1992—from 7 percent to 13 percent;
- infant mortality was estimated to have declined from 57 per 1,000 in 1988 to 48 per 1,000 in 1995, mirroring a national decline; and
- the incidence of declared cases of whooping cough and polio declined.

3.14 Nevertheless, as reported to the audit mission by other donors, there are still problems that need to be overcome in the health sector. For example, the mix of family planning services provided in health facilities is still inadequate. Some 70 percent of women use the pill; IUDs require a number of visits, and this inconvenience discourages their use. Outreach services do not always address all women's concerns. The itinerant nurse is male, though the inter-disciplinary mobile teams are supposed to have a female nurse. There is still a shortage of female staff in rural areas. Other concerns expressed relate to the difficulties of maintaining an adequate supply of contraceptives, the irregularity of visits from itinerant nurses, and the fact that the outreach program is conducted by the less qualified staff. There are still not enough midwives, and those that exist are concentrated in urban areas and in the private sector. Improving the quality of care and the efficiency of service delivery are challenges that remain in the health sector.

### **Enhanced MOPH Management Capacity**

3.15 Despite the positive outcomes at the provincial level, the achievements of the project's component to enhance the management capacity of the MOPH are less certain. There is little evidence that the ministry's planning capacity has been strengthened, and numerous structural changes within the MOPH during project implementation—two reorganizations, the appointment of two new ministers, and other changes in senior staff and project management—hindered plans to address the organization of services, streamlining of procedures, retraining of staff, and

modernization of office technology. These changes interrupted project momentum and undermined political commitment at various times (see Figure 1.1 for the timeline of events). One of the more immediate impacts of these various changes on project management was the creation of a number of technical departments, instead of one. As a result, technical expertise was scattered organizationally, and responsibilities overlapped, forcing project managers to communicate with several departments rather than one.

3.16 As the PCR notes, under these circumstances it is difficult to measure the extent to that the project improved central management. Management of civil works did improve. In addition, the project did have success in developing a program of studies designed to support the planning and management process (monitoring and evaluation, financing the health sector and hospital management) as noted below. However, other aspects of management capacity, including program budgeting, resource allocation, and procurement, remain serious concerns. Institutional impact in the provinces was more pronounced (para. 3.11).

3.17 *Monitoring and Evaluation.* Project evaluation was completed and was a very good (albeit late) effort. Data were not available to assist in monitoring the basic health care component during implementation but did provide an excellent account of the accomplishments of the project in terms of accessibility and indicators of project impact (see Table 3.1). Unfortunately, these data were not available at the time the follow-on project was being planned; thus, lessons learned were not incorporated.

3.18 *Studies.* The health financing and hospital management studies were completed under this component. For both, however, there were start-up delays and subsequent lengthy contracting arrangements for selection of consulting firms. The health financing study was completed in October 1990 and was followed by several seminars, including a national seminar on health financing reforms, and workshops to mobilize external support. The study also led to the creation of a health economics unit within the MOPH. Study findings were also useful in to the MOPH in the preparation, with Bank support, of a health insurance reform proposal. The forthcoming Health Management and Financing Project contains a health financing component that builds upon this study.

3.19 The hospital management study was completed in June 1989. It focused on the structural and physical characteristics of the hospital sector within the MOPH, human resources, and financial resources. This study, which was to constitute the program's diagnostic phase, provided insight on hospital management, but the prospective phase intended to specify and test options for reform was not carried out because of the delay in completing the study and the reorganization of the MOPH in 1990, that left no one in charge of hospitals. The MOPH and the Bank never formally discussed the study. The second phase is, however, expected to be developed as part of the Health Management and Financing Project currently under preparation.

### **Training and IEC**

3.20 Because bilateral funds unexpectedly became available to finance IEC activities after the project was appraised, only 25 percent of the funds allocated to the training and IEC component were disbursed. Of this amount, about 50 percent was used to buy equipment for the College of Public Health and the other half to produce and disseminate IEC materials. This component was thus dropped, although no formal amendment to the loan agreement was ever made, but the component's development goals were achieved with support from other donors—a better solution



from Morocco's perspective. The government remains reluctant to use Bank funding for training and technical assistance activities when other grant funding is available. It is unclear why the availability of grant funds was not considered during project preparation.

## Drug Supply

3.21 The drug supply component was a source of considerable discussion during the project but had little apparent impact on drug policy. The delay in this component was in a large measure the reason for the two extensions of the project. The objectives of the component were to create a new entity, the UAM, that would have full responsibility for the managerial, administrative, and technical functions of drug supply that had been scattered among various departments in the MOPH. In addition to strengthening the central capacity to manage the drug supply system, the component would construct a new facility for the UAM that would include (a) an area for the storage and handling of drugs, (b) a packaging unit for primary care drugs, and (c) a small formulation unit with a control laboratory.

3.22 Construction of the UAM building began only in 1991 after numerous delays. The original construction bids in 1990 were found to be too high, so the entire project had to be rebid. But it is unclear from the files why it took four years to begin with this component. The building was completed in 1993 but was not operational at the time of project closure; medicine stocks had not been transferred from the Central Pharmacy, the formulation equipment had not been purchased and, more importantly, the legal structure of the UAM and the terms of its relationship with the private pharmaceuticals sector remained to be defined. Thus, this component failed to achieve its objective of improving the drug supply. In addition, a further issue is the fact that the design of the UAM as constructed does not resemble the modest design approved during appraisal. While the files indicate that the drawings for the new design of the UAM were approved, existing documentation does not explain how this new design evolved from the original.

3.23 A major issue during project implementation was the shift in the Bank's position in regard to this drug component. Toward the end of the project, the Bank abruptly withdrew its support for the concept of the formulation unit. An aide-mémoire dated December 1992 stated that formulation was not the most cost-effective method for supplying basic drugs. Because purchasing them in bulk and repackaging them was cheaper, the Bank deemed it preferable to make the UAM a packaging, computerized stock management and distribution center for primary care drugs. Again, the files contain no information that explains the Bank's decision, which had a major impact on relations between the Bank and government. The government remained committed to the formulation unit, and construction, that was already underway, continued.

3.24 At the time of audit, the building for the UAM had been separated into two parts corresponding to its dual functions (storage and distribution, and the formulation and packaging of basic medicines). The storage and distribution function of the UAM became operational in December 1995, more than 18 months after project closure, when the drug stocks were transferred from the dilapidated Central Pharmacy. Considerable progress had been made since project closure in organizing the pharmaceutical warehouse and developing procedures for the procurement, distribution and control of drugs, but the formulation unit was not operational. Although the government-supplied equipment had arrived, it had not been installed. Separate offices had been built for the administration of the formulation unit, formalizing the unit as a separate entity. However, no progress had been made on either the legal operating status of the formulation unit or the management of the unit, which was to involve the private sector.

## 4. Ratings

4.1 The PCR rated the project outcome as satisfactory, sustainability as uncertain, and institutional development as moderate; these ratings were confirmed by OED during PCR review. The audit also confirms these ratings but upgrades the sustainability rating to likely. Borrower and Bank performance are rated as satisfactory.

### Outcome

4.2 The project's major contribution was the basic health component, that accounted for 70 percent of total project costs. The new health care delivery system (reorganization of service delivery, planning, supervision and monitoring methods) was successfully implemented in the three provinces, and based on its success, has been expanded to the rest of the country. The number of basic health facilities in the three provinces doubled as a result of the project, significantly improving access to basic health services in rural areas. Despite the substantial benefits, however, the working conditions of staff and the availability of drugs and supplies remain problematic. The component to enhance the MOPH's management capacity, that was meant to support the ministry's ongoing structural reorganization, did not succeed, largely because of the many changes that took place in the ministry during the project. The project's institutional impact was more pronounced in the provinces than at the national level. The monitoring and evaluation system and two studies envisioned under this component were successfully completed. The training and IEC component was only partially disbursed due to the availability of grant funding. The drug supply component failed to achieve its objectives. However, the objective of strengthening primary health care delivery (including family planning) in the three provinces was achieved, and project outcome is rated as satisfactory.

### Sustainability

4.3 *Technical.* To deliver services, the project envisioned using several types of strategies adapted to local conditions (such as terrain and population density), staff trained to perform a variety of tasks, and different mixes of facilities and outreach techniques. This new delivery scheme has become an integral part of planning and practice and has been extended nationwide. As the PCR states, however, concerns remain the quality of care and the efficiency of service delivery. Working conditions for the traveling nurses, who have contributed greatly to the increased coverage health services provide, have deteriorated as motorcycles are not maintained and per diem payments are often late. Problems ensuring regular supplies of drugs and contraceptives and transportation for the mobile teams will also require continued attention. Staffing is also a problem, since the lowest grade staff (those more likely to accept positions as traveling nurses) was eliminated, and it may be difficult to attract the newer, more qualified staff to the poor mountainous areas.

4.4 *Financial.* Appropriate budgetary resources are required to finance the drugs, travel allowances, per diems, and other consumables necessary to keep the program's project facilities functioning.<sup>14</sup> In general, the level of resources allocated to the health sector is low, part of the wider public finance prioritization issue. Continued heavy reliance on external funds to finance

---

14. Staff are paid directly from the central MOPH.

both health investments and operating costs limit the MOPH's capacity to articulate its operational priorities and control allocation of resources.<sup>15</sup>

4.5 *Overall.* All facilities are now operational, although as provincial authorities noted, some facilities are not fully operational because of a lack of staff. Despite financial and technical constraints, provincial authorities are committed to their continued operation. Hence, the audit rates the project achievements as sustainable. Also, there are two follow-up projects that are continuing the efforts in basic health care, 1990 Health Sector Investment Project (PRISS), and the Basic Health Project (Social Priorities Program) currently under negotiation. Utilization and quality of services are among the remaining issues for Morocco which hopefully these projects will address as improvement of access has not led to a proportional increase in utilization.

### **Institutional Impact**

4.6 Institutional impact is rated as moderate. At the central level it was limited, but at the provincial level it was substantial. In addition, the project unit became efficient in civil works procurement, and INAS and the provinces undertook a very valuable evaluation of the projects. Some of these institutional achievements have already been replicated; others could be.

### **Borrower Performance**

4.7 The audit agrees with the PCR that borrower performance was excellent with regard to analyzing issues and conceptualizing strategies. However, making the strategies operational was much more difficult. Implementation capacity in the MOPH remains weak and was substantially affected by the frequent restructurings and reassignments during the project implementation period. Project implementation was slow, and there was little monitoring and assessment of impact—a significant weakness in what was supposed to be a pilot operation. However, the approach to basic health services delivery was generalized throughout the country and is being implemented, partly in the framework of the other follow-on Bank-supported projects. Also, the borrower generally met the project's legal conditions.<sup>16</sup> Borrower performance is therefore rated as satisfactory.

### **Bank Performance**

4.8 The Bank spent substantial resources and time (see paras. 2.3-2.4) on the identification, preparation, and appraisal of this project and thus developed, as the SAR shows, a well-designed project. Regretfully, the Bank ultimately accepted the government's request to include a drug supply component in the project. In retrospect, this component turned out to be a mistake. In-depth analytical work was done to find the optimum design for this component, and Bank performance during this design period was exemplary.

4.9 However, Bank supervision was not as thorough or intense as its effort during preparation and appraisal. Concern had been expressed, more than once, that the complexity of the project and the weakness of local institutions would require intensive supervision. Supervision was not adequate, however. The first project supervision took place one year after Board approval (almost two years after appraisal). Ten months passed between the Bank's first and second supervision

15. Note the comments by INAS. It is their opinion that lack of strategic planning in the MOPH is the cause of this allocation problem.

16. As detailed in PCR Table 7.

missions (in June 1986 and April 1987), and a year between the second and the third (in August 1988).<sup>17</sup> The quality of supervision also appears to have been a problem, particularly in regard to the drug supply component. Supervision tended to focus on issues related to disbursement, procurement, and budget allocations. Although these issues were rightly perceived as hindering effective implementation, this focus came at the expense of attention to technical details. Moroccan officials indicated to the audit mission that they regretted the fact that Bank technical experts did not spend more time in the field sharing insights and advice with their Moroccan colleagues. This feeling was especially pronounced in Settat, where the drug component was to be implemented, where officials felt short changed. As they told the audit mission, Bank missions visited them only for the day and spent more time in Agadir and Taroudant. Furthermore, missions switched their attention from project implementation to the design of the follow-on Health Sector Investment Project beginning with the third supervision mission in August 1988. Hence, as recognized in the PCR, the lack of adequate Bank supervision meant that problematic aspects of some components remained unresolved or were not addressed for a long time (para. 3.22).

4.10 Bank performance during preparation and appraisal was highly satisfactory but unsatisfactory during supervision. On balance, the combined rating by the audit mission is satisfactory. Despite shortcomings, the relationship continued and perseverance ultimately paid off in terms of continued, and now improved, sector dialogue.

---

17. For details see Basic Data Sheet. The supervision mission in February 1988 is not counted as it was only a mission by the disbursement officer to discuss the revolving fund. Important as this was, it can hardly be regarded as a substitute for full Bank supervision.

## 5. Issues and Lessons

5.1 This audit raised a number of issues, but this section focuses on two deemed the most important—the drug supply component and the monitoring and evaluation of the project.

### Drug Supply Component

5.2 The drug supply component has been a continual source of confusion and misunderstanding. While the formulation concept was carefully analyzed, and the formulation unit was designed to focus on the relatively small number of basic drugs the health sector required, the formulation unit constructed bears no resemblance to the original design. Instead of the modest formulation unit of 800 square meters envisioned in the SAR, the actual unit is about 5,000 square meters. The files give no indication of how the new design originated or why it was approved. It is unclear why such a large unit was needed, given the relatively small volume of basic drugs the public sector consumes (about 2 percent of national consumption) and their low monetary value (basic drugs are the least expensive).

5.3 The PCR states that part of the problem may have been the fact that, until recently, the Bank did not have an overall policy on drugs. The decision to construct a formulation unit was backed up by two in-depth economic analyses which concluded that the MOPH could formulate and package drugs for its primary health care program more cheaply than it could procure them from either the private sector or UNICEF.<sup>18</sup> The audit disagrees with the PCR, which states that the Bank failed to (a) clearly state its position, (b) to provide the necessary support to undertake a full assessment of the economic feasibility of this unit, or (c) to develop a coherent drug policy. While the Bank did not pursue an overall drug policy, it did expand the scope of the component beyond the MOPH's original request only to modernize the production unit.<sup>19</sup> All aspects of public sector drug supply, storage, and distribution became part of the project, making the Bank's involvement more policy oriented.

5.4 The questions regarding this component that remain originated during its implementation. While there is scant evidence that Bank staff expressed skepticism regarding this component early in the project cycle, the files show that beginning in 1992, six years after the project became effective and a year after construction began, the Bank withdrew its support for such a unit. This turnaround appears to have been fueled by concerns about delays in procuring equipment, the availability of technical assistance, the uncertain legal status of the unit, and more importantly, the lack of agreement with the private sector concerning management of the new unit. The question of why this action was undertaken so late in the project cycle remains unanswered. There is little in the files to offer an explanation, but the history of this component points to some answers.

5.5 The drug supply component was added relatively late in the design phase. The MOPH originally proposed that its formulation unit, which prepared 46 basic drugs for the primary care

---

18. The Bank undertook another economic analysis of the component in 1987 which confirmed the findings of the earlier studies.

19. This matter is currently being pursued in the Basic Health Project (Social Priorities Program) under negotiation.

system, be modernized under the project.<sup>20</sup> Both the MOPH (with assistance from WHO and UNICEF) and the Bank undertook extensive economic analysis of procurement, management, and distribution procedures for and the production of basic drugs.

5.6 The Bank expended substantial resources on the design of this component and analyzed all possible alternatives. The Bank contracted an international technical expert in basic drug production and distribution to study Morocco's pharmaceutical system. His report suggested improvements to the government's original plan. He also had numerous discussions with the private sector, which indicated its support and agreed to cooperate with the government's plan for a formulation unit. The Bank became convinced that a reorganization of the drug supply system (including formulation) was necessary. Final design for the formulation unit was based on discussions with the MOPH officials and representatives of the pharmaceutical industry, backed up by the MOPH's technical studies. The final design was also predicated on the assumption that (based on the earlier discussion) there would be some form of cooperation between the government and the private sector regarding drug formulation. However, such cooperation did not take place, and this issue remained unresolved at the time of the audit. In retrospect, this assumption—that the two parties would reach some agreement—seems to have been flawed, as nothing was ever agreed to. The incentives for the private sector to cooperate were not fully examined, and the MOPH had its own agenda, namely to replace its dilapidated formulation unit.

5.7 The drug supply component costs were estimated in the PCR to reach US\$13 million equivalent, twice the amount estimated at appraisal. At the time of the audit, the formulation unit was still not operational and many obstacles remain, not the least of which is lack of agreement as to the legal status of the formulation unit and private sector management. A major concern is that despite its technical merits (the design of the formulation unit is very good), its financial and economic merits are doubtful given its large size and the fact that the public sector consumes less than 2 percent of all drugs in the country. Thus, while formulating drugs may in theory be cheaper than importing them, the operation is not likely to be sustainable because of the small volume of drugs formulated and the low prices in the public sector, which leave no room for profit. There is thus little incentive for private firms to reach an agreement regarding cooperation with the MOPH in the management and operation of the formulation unit.

5.8 It is puzzling that the Bank agreed to local formulation, then dodged confronting the issue as it loomed ever larger. It is clear that the Bank was at fault for not paying closer attention to the issue of the formulation unit and addressing the potential problems earlier. This mistake may be attributed to the Bank's lack of experience in the pharmaceutical sector. Supervision of this component was reported to be difficult as there were no pharmaceutical specialists in the Bank and both the roster of international consultants as well funds for supervision were limited. However, since the Bank agreed to finance this component, it should have provided technical expertise during implementation, as it did during the design phase. The Bank's withdrawal of support for this formulation unit, which occurred so late into the project, resulted in resentment and bitterness on

---

20. To substantiate its case, the MOPH reassured the Bank (a) that procuring these drugs in the international market was much too expensive in foreign currency and that the finished forms would not fit the needs of primary care; (b) that the local industry had consistently shown little interest in bidding for the formulation of these low-cost, generic drugs, which required that capital and production capacity be immobilized to produce even minimum benefits; and (c) that its economic analysis of two alternatives—formulation by the MOPH and procurement in bulk on the international and local markets—indicated potential savings through formulation by the MOPH.

the part of the MOPH. Bank staff report that the issue has become somewhat of a sore point and carries over into current dialogue.

### **Monitoring and Evaluation of Basic Health Component**

5.9 The design of basic health care delivery system developed under the project was based on a detailed study of patient consultations at health facilities in Agadir and Settat carried out during project preparation. This study provided the MOPH with a precise profile of current demand and a good insight into major flaws in the existing delivery system. As a result of the study, the following objectives were set for health centers:

- (a) *Hospitality*: improve the reception of patients, change working hours to meet patient's needs, decrease waiting times, and improve access to nurses and physicians.
- (b) *Quality of care*: improve laboratory and x-ray services, provide transportation for emergencies, make easier hospital referrals and admissions, improve medical records, and provide basic emergency dental care.
- (c) *Dispensing of basic drugs*: improve the supply of appropriate drugs, fill prescriptions correctly, and make distribution more efficient.

The SAR stated that progress in these areas would guarantee the continued participation of communities in the public health program. A timetable for improvement was set and progress was to be closely monitored. However, INAS' evaluation of the basic health care component did not address the issues of patient satisfaction or quality of care.<sup>21</sup>

5.10 The INAS evaluation pointed to the fact that basic health facilities in all three provinces were underutilized. However, the evaluation neither quantifies this observation nor documents the reasons why. On the basis of limited interviews, the audit mission was able to identify the following reasons for underutilization: the centers were too distant and took too much time to reach, patients believed the services were of poor quality, waiting times were too long, drugs were in short supply, and not enough referrals were provided. It was also mentioned that private facilities were not very expensive, had shorter waiting times, better service (that is, more pleasant staff and more time with physicians).

5.11 The government should undertake a patient survey to assess satisfaction with the quality of care. INAS noted to the audit mission its interest in undertaking such research and indicated that resources would be available but recognized that assistance from a specialist would be needed. The audit recommends that patient surveys and quality of care studies be included in the follow-on projects.

5.12 As noted above, the monitoring and evaluation was not timely, taking place at the end of the project rather than midway as planned, and detailed provincial reports were not provided to the

---

21. INAS responded that the Bank could have provided the necessary additional resources for the evaluation of the project. In that case, the report by INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project.

Bank.<sup>22</sup> Nevertheless, the evaluation, which included all three provinces, was a significant undertaking, was very well done, and resulted in a wealth of data not available for the other provinces. While the follow-on projects are based on similar principles, provincial project officials expressed a sense of frustration that they had not been sufficiently consulted regarding lessons learned, and that the experience gained from the project—in terms of implementation, measurement, and administrative evaluation for instance—was insufficiently mined. They felt that the follow-on projects had, to a large extent, reinvented the wheel. As the PCR notes, the Bank missed the opportunity to incorporate lessons in follow-on projects.

5.13 A monitoring and evaluation base has been established that can easily be widened (to other provinces) and deepened to include evaluation of impacts (initially in the three project provinces). Since INAS has shown its capabilities in this respect, the audit suggests that the Bank consider supporting it to do a similar evaluation of PRISS (Health Sector Investment Project, Loan 3171-MOR).

### Lessons

5.14 The lessons from this project are as follows:<sup>23</sup>

- (a) *Projects should retain a degree of flexibility to adjust their "blueprint" to changing needs.* Both beneficiaries and provincial health authorities were involved in project design, but the detailed blueprint specified in the implementation volume did not promote continuation of this participatory element through project implementation. Field staff complained to the audit mission about the rigidities of project design and Bank procedures. The answer must not be less thoroughness during design, but more openness during implementation. Long gaps in Bank missions between appraisal and supervision and between supervisions are certainly not helpful in this respect.
- (b) *Monitoring and evaluation systems need to be available from the beginning of the implementation period if they are to influence outcomes.* In this project, a good evaluation was completed and provided a wealth of data. However, these data were produced too late to be useful for project implementation or to assist in the design of the follow-on project by providing lessons learned.
- (c) *Clear communication and continuous dialogue between the Bank and the implementing agency are essential to avoid misunderstandings.* Despite the extensive preparation that went into the pharmaceutical component, serious misunderstandings arose that negatively affected the outcome of this component. It is unclear if these misunderstandings were caused by a lack of agreement during the project's initial stages, a lack of consistency in Bank messages, and/or

---

22. There is some disagreement on this point, with the borrower claiming they were provided and Bank staff claiming they were not officially submitted, only informally given.

23. INAS adds that another important lesson is that continuity in staffing and motivation of staff are necessary to maintain project momentum.



frequent staff changes in both the Bank and the MOPH. The end result was a lingering bitterness on the part of the MOPH and embarrassment on the part of the Bank that continue to affect the current health sector dialogue.

- (d) *New projects should not detract from the supervision of an on-going project.* In the case of this project, preparation for the follow-on project began almost immediately (with the third supervision mission). The focus on preparing the follow-up project resulted in inadequate supervision of this project.
- (e) *Borrowers prefer grant funding for training and technical assistance activities.* This preference can be accommodated with improved donor coordination and flexibility in the design and implementation of such components.

## Annex Tables

**Table 1: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	22	13	24	41
1992	36	20	22	22

**Table 2: Results of the PDSS System Implementation—Agadir  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	<i>1985 Number</i>	<i>1992 Number</i>
Urban Health Center	2	10
Urban Dispensary	8	0
Rural Health Center	7	11
Rural Dispensary	13	16
Basic Rural Dispensary	15	24
Urban Delivery Houses	1	2
Rural Delivery Houses	2	11
Peripheral Laboratory	0	5
Radiology	1	5
Rural Hospital	0	1

**Table 3: Distribution of the Population by Method of Coverage—Agadir**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	36	15	3	46
1992	49	29	22	-

**Table 4: Availability of Services at Health Facilities—Agadir  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	9	3	23	45	2	45	0
1992	22	11	37	62	22	62	5
Increase	144	267	61	38	1000	38	400

**Table 5: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	26	14	17	43
1992	31	17	20	31

**Table 6: Results of the PDSS System Implementation—Taroudant  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	1985	1992
	<i>Number</i>	<i>Number</i>
Urban Health Center	1	2
Urban Dispensary	1	1
Rural Health Center	5	8
Rural Dispensary	23	30
Basic Rural Dispensary	20	22
Urban Delivery Houses	1	0
Rural Delivery Houses	0	2
Rural Maternity	0	2
Peripheral Laboratory	2	2
Radiology	0	0
Birthing Houses	1	2
Zone Hospital	1	0
Rural Hospital	0	3

**Table 7: Distribution of the Population by Method of Coverage—Taroudant**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	38	6	4	52
1992	46	16	16	22

**Table 8: Availability of Services at Health Facilities—Taroudant  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laboratory %</i>
1985	8	14	24	47	7	38	2
1992	12	27	57	64	11	64	2
Increase	50	93	137	36	57	68	0

**Table 9: Distribution of the Population by Kilometric Radius—Settat**

<i>Year</i>	<i>Less than 3 km</i>	<i>3 to 5 km</i>	<i>6 to 10 km</i>	<i>More than 10 km</i>
1985	32%	15%	25%	28%
1993	41%	23%	17%	19%

**Table 10: Results of the PDSS System Implementation—Settat  
Evolution of Health Coverage**

<i>Health Facilities</i>	<i>1985 Number</i>	<i>1994 Number</i>
Urban Health Center	3	13
Urban Dispensary	3	0
Rural Health Center	6	11
Rural Dispensary	30	36
Basic Rural Dispensary	3	37
Urban Delivery Houses	0	0
Rural Delivery Houses	2	15
Rural Maternity	2	15
Peripheral Laboratory	1	1
Radiology	0	0
Zone Hospital	0	2
Rural Hospital	0	1

**Table 11: Distribution of the Population by Method of Coverage—Settat**

<i>Year</i>	<i>Fixed Facilities</i>	<i>Meeting Point</i>	<i>Home Visits</i>	<i>Mobile Teams</i>	<i>Not Covered</i>
1985	16%	0%	58%	4%	28%
1993	57%	22%	13%	8%	-

**Table 12: Availability of Services at Health Facilities—Settat  
(Percent of all facilities offering various services)**

<i>Year</i>	<i>Regular Visits by a Physician %</i>	<i>Deliveries %</i>	<i>Pre and Post Natal Care (with Doctor) %</i>	<i>Pre and post Natal care (with nurse) %</i>	<i>Family Planning (Oral Contraceptives) %</i>	<i>Family Planning (IUD) %</i>	<i>Vaccinations %</i>	<i>Peripheral Laborator %</i>
1985	24	23	71	66	86	35	82	0
1995	36	67	93	76	100	84	100	4
Increase	50	191	31	15	16	140	22	400

Royaume du Maroc

\_\_\_\_\_  
Prime Minister

\_\_\_\_\_  
Minister in Charge of  
the Population

\_\_\_\_\_  
C.N.E.P  
\_\_\_\_\_

No. 25/224/S.G

Rabat, May 22, 1996

Fax to the attention of Mr. Roger Slade, Chief,  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
(Fax 202 47 76 391)

From: Mr. Mohamed Bijaad, General Secretary  
of the Minister in charge of Population

Text: Thank you for your letter dated from April 29, 1996,  
concerning the project audit report on the Health  
Development Project (Credit 2572-MOR). In answer,  
please find enclosed some observations regarding the  
report.

Sincerely,

Mohamed Bijaad  
General Secretary of the Minister  
in Charge of the Population

**SOME OBSERVATIONS CONCERNING  
THE PROJECT AUDIT REPORT ON  
THE HEALTH DEVELOPMENT PROJECT**

a. Comments on the form:

-The project audit report refers to the Moroccan plan as being plans of arrangement and not as being plans of economic and social development;

*Text adjusted accordingly*

-The report refers also to the development plans of 1980-85 and 1985-90. The authors probably referred to the plans of 1981-85 and 1988-1992.

*Text adjusted accordingly*

b. In depth comments:

-The evaluation focused a lot more on the implementation aspects and the results obtained on the project. But the report does not give enough indications on the effects and the impact of the project on the concerned provincial beneficiaries, on the efficacy of the new system compared to the old one, and on the quality of care provided. It would have been more appropriate to give some indications on the effectiveness of the usage, which is made of project's physical results and to show how the new system was able to improve the wait time in the sanitary establishment, the access of the medical and paramedical personnel and the attitude of the beneficiaries regarding the quality of the care given.

*This OED Performance Audit Report was not meant to be an impact evaluation. The issues mentioned are best addressed in an impact evaluation which provides evidence of development impact, five to ten years after project completion. OED is interested in the possibility of conducting an impact evaluation of the project in the future. In addition OED recommends that future, evaluations of Bank financed projects in the health sector in Morocco address utilization of basic health services, satisfaction with quality of care and the efficiency of the service delivery.*

Royaume du Maroc

Prime Minister

Minister of the Incitement  
of the Economy

THE MINISTER DELEGATE OF THE FIRST MINISTER  
IN CHARGE OF THE INCITEMENT OF THE ECONOMY

MR. ROGER SLADE  
CHIEF, AGRICULTURAL AND  
HUMAN DEVELOPMENT DIVISION  
OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT  
WORLD BANK

F A X

**Subject: Project Audit Report of the Health Development  
Project (Credit 2572-MOR)**

**Reference: Your letter of April 29, 1996**

Dear Sir,

Following your letter, concerning the project audit report of the above project, I have the privilege to inform you that the preliminary version of the report does not raise any observations on the part of the Moroccan authorities.

Sincerely,

Monkid Mestassi  
In charge of Mission for the  
Prime Minister

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S.)

No: 288/INAS

Mr. Roger Slade, Chief  
Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank  
1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433 - U.S.A

Subject: Analysis of the Evaluation Report of the Health Development Project  
(PDSS)

We reviewed the report on the evaluation of the PDSS with a lot of interest.

In addition, we sent a copy of the report to each of our three concerned provinces: Agadir, Taroudant and Settat. Through this letter, we would like to present our feed-back, which is a synthesis of our comments: those of Dr. M. Lardi and those of the three teams of the above provinces.

As a general matter, the contents of the report relates to the contribution, the efforts, and the difficulties of expertise of the PPS project.

However, we sense a redundancy in some of the paragraphs. Our main comments are as follows:

The report of the INAS could have been more exhaustive and focused on the impact of the project if the World Bank had put at our disposal the budget and the specialized manpower.

*Opinion added in  
footnote 21*

Page 5:

"Organization Plan" to be replaced by "Five Year Plan 1981-1985."

*Text adjusted  
accordingly*

Page 9, 3rd line:

"creation of an economic unit of health (and not a service)."

*Text adjusted  
accordingly*



Page 9:

It is necessary to define what we mean by "viability" because the mobile strategy, for example, would not be followed at the same pace if there is a reduction in gas resources.

Page 10, line 4:

What is the meaning of "the implementation volume for the project"?

Page 11. Paragraph (e):

The restructuring of the MSP and the departure of the director of the project left an empty space. The problem of coordination increased; the pile-driving of the project became almost absent at a given moment of the life of the project. The changes affected the Minister, as well as the general secretary, the directors, the provinces' delegates, and the chief doctors of the Regional Office in Charge of Ambulatory Service (SIAAP) in these provinces.

Page 12. Paragraph 1-2:

The population of Morocco, according to the census of September 1994, is estimated at 26,023,412 inhabitants and 50,181 foreigners.  
2.06—the demographic increase (census 1994)

*Text adjusted  
accordingly*

Page 13. Paragraph 1.3, line 2:

The health system targeted the curative and urban contributions.

*Text adjusted  
accordingly*

Page 19:

We agree that the project is characterized by its large complexity which caused problems for us with the coordination, the follow-up and the evaluation.

Page 21:

b) The World Bank did not provide the help necessary for the evaluation of the project.

*Opinion added in  
footnote 21*

Page 23: Para. 3.1:

The structure of the administration of the project is detailed in the document of the evaluation of the project, directed by the INAS and the three provinces. We think that it is necessary to correct this part.

*The information on  
the administrative  
structure was taken  
directly from the  
project files.*

Page 27: [para. 3.11]

The extension of the project was done at the national level, for example: the peripheral laboratory, the formation component, extension of the sanitary cover, the structure of the program of basic health care. etc....

Page 28, line 3:

"the results obtained.....physical access (and not material)."

*Text adjusted in  
para. 3.12*

In the table 3.1:

We are propose that you add "statistic of the zone."

*Text adjusted in  
Table 3.1*

Page 37, para. 4.4:

We think that the absence of the strategic planning and the incoherence in the politics of health thwart the capacity of the MOPH to organize its operational priority in a coherent manner and master the allocation of the resources.

*Opinion noted in footnote 15*

Page 38:

The INAS can be a partner in the administration of the health projects if the government desires it.

We share your opinion on the unity of supply of medicine.

Page 45, para. 5-9:

We don't provide hospitalization in the health centers.

*Translation error corrected*

Page 47, para. 5.12:

We have made all the documents of the evaluations available for the disposal of the World Bank

*Divergence of opinion on this point as explained in footnote 22*

Page 49:

Yes, for the conclusions, as a whole, except for the point (e); it is difficult to understand the meaning of this sentence.

The project needs the stability of the key persons in the administration of the projects.

The retention of these persons in their position requires a serious motivation.

Finally, we are attaching to the present document a copy of faxes coming from the provinces concerning this topic, as well as the written corrections of the statistical data on pages 50-52.

*Statistical data were taken from the final INAS evaluation reports (including the provincial reports) dated April 1994 as well as updates provided to the audit mission in the field. The written corrections of the statistical data conflict with the INAS evaluation reports, and without further justification, it is difficult to adjust official reports.*

We hope we have met your expectations.

Sincerely,

The Director of the INAS

Pr. N. Fikri Benbrahim.

Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health

Taroudant, 05/28/96

**PROVINCE OF TAROUDANT**

The Delegate of M.S.P in the Province of TAROUDANT

The Director of the INAS. RABAT

Subject: The Evaluation Report - the Health Development Project (PDSS)

I have the honor to transmit to you our comments regarding the reading of the Evaluation Report of the PDSS.

1. Concerning the form: the report is, in our opinion, a little narrative, probably unintentionally, generating repetitions which could sometimes bother the reader.

2. Concerning the content:

2.1- The report emphasizes the "failure" of the drug supply unit component without being convincing about the cause of this failure. Nevertheless, the report has the merit to recognize the incompetence of the World Bank in the realm of pharmaceuticals.

2.2- As far as the health indicators are concerned (p.28), figures given by the provinces would be desirable. Also, we have to factor in the interaction of the other programs in the realization of the performance, even though it is difficult to judge the real impact of the project on its evolution.

*See notice above  
on statistical data  
Text adjusted in  
footnote 13*

2.3- The denomination of "health post" (p. 26, last line) would correspond to the basic health dispensary?

*Text adjusted in  
para. 3.10*

2.4- The report does not point out the weakness of the implementation of the IEC component at the provincial level, and that the provinces did not really benefit from the resources in that way.

2.5- The report does not signal the "disappointment" of the provincial managers expressed during the meetings, concerning the absence of incentives for internships and workshops in foreign countries.

**Royaume du Maroc  
Ministry of Public Health**

**PROVINCE OF TAROUDANT**

(following)

2.6- The report underestimates, in our opinion, the efforts used within the central administration of the Ministry of Public Health, in the matter of organization (flow chart) and the administrative procedure.

2.7-Civil Engineering: the report does not draw attention to the reticence expressed concerning the conception of the buildings, in particular the narrowness of the nurses' lodgings and the technical installation of the rural hospitals (radiology, lab...).

**Conclusion:**

As a general matter, the evaluation report took back the worries expressed by the provincial delegates responsible concerning the lasting impacts of the project PDSS. We notice some objectivity in the analysis of some failures in the different stages of the project.

Finally, we hope that the recommendations from this evaluation will help the central delegates responsible avoid the "burial of the project" and preserve the spirit of the PDSS and of its achievements.

**The Provincial delegate (Taroudant)**

Settat, May 24, 1996

**The Delegate of the Ministry of the Public Health  
for the Province of Settat**

to

**Mr. the Director of the INAS**

**Subject: Comments concerning the evaluation report of the Health  
Development Project (PDSS)**

I have the privilege to address our comments and suggestions to you, after reviewing the evaluation report:

-The report does not refer to the studies nor to mid and final evaluations.

*See paras. 3.12,  
and 3.18-3.19*

-Some aspects were not studied in depth:

*While this comment  
is true, these items  
were included in  
the report.*

- Community participation.

*See para. 3.9*

- Intersectorial collaboration.

- Qualitative evaluation of the utilization of the health services.

*See para. 5.10  
See para. 5.13*

- Impact of the health interventions implemented.

- Evaluation of the mobile strategy.

*See paras. 4.2 and  
4.3*

- Evaluation of work conditions.

*See paras. 3.8 and  
3.14.*

- Problems due to the development of the infrastructure, especially the lack of human resources.

- Impact of the project on the quality of the administration of the health services, on the quality of the care, and on the state of the health of the population.

*The audit did not  
set out to be an  
impact study,  
though OED is  
interested in the  
possibility of  
conducting an  
impact evaluation  
of the project in the  
future.*

Also, we agree with the conclusions of the evaluators in that the project cannot be considered a pilot experiment since there are a large number of other health factors which complemented the development of the health programs.

Dr. Rhazzal Hassan

**ROYAUME DU MAROC  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE  
(I.N.A.S)  
Collège de Santé Publique  
Km 5, Route de Casablanca  
Rabat - Maroc  
Tél : 69 16 26  
Fax : 69.96.34/69.16.26**

---

**From:** Pr. N. Fikri Benbrahim  
Director of the National Institute of Health Administration (INAS)

**Fax:** 00-212-7-69 16 26

**To:** Mr. Roger Slade  
Chief, Agriculture and Human Development Division,  
Operations Evaluation Department  
World Bank. Washington DC 20433 - USA

**Date:** 06/03/1996

**Message:**

Following your letter seeking feedback on your document on the evaluation of the PDSS, here are the comments of the team of Agadir.

Sincerely,

The Director of INAS  
Pr. N. Fikri Benbrahim

Agadir, May 27, 1996

**ROYAUME DU MAROC**

**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

**DELEGATION TO THE WILAYA OF AGADIR  
AND PREFECTUR OF AGADIR IDA OUTANANE**

No. 1889/SIAAP/SSB.

The Prefectoral Delegate

To  
The Director of INAS  
RABAT

Topic: Evaluation of the Health Development Project (PDSS)

Reference: Your correspondence No. 244 of May 14, 1996

Following your correspondence, named above, I have the honor of presenting our comments:

\* Page 6, Para. 4 and Page 26, line 8:

- The health facilities built during the PDSS and considered in the document of evaluation as operational, function in reality with a reduced number of personnel which does not correspond with the norm required. For example:

- some health centers function as rural dispensaries.
- some rural dispensaries function as basic rural dispensaries with the absence of nurses.
- the nurses of the delivery houses, already at reduced numbers, are also doing:

\* the deliveries

\* the MCH activities

\* and take part into the outreach activities of the mobile team in the field.

Those facilities were opened due to the pressure of the population and the local authority.

\* Page 5 and 22:

- read organization plan 1981-1985 instead of 1980-85.

\* Page 17:

- read organization plan 1988-92 instead of 1985-90

*Text adjusted in  
paras. 4, 3.8 and  
4.5*

*Text adjusted  
accordingly*

*Text adjusted  
accordingly*

Page 23:

The civil engineering part was given to the Delegation of the Ministry of Equipment. The Ministry of Public Health was not directly involved with the execution of the construction works. Its involvement was limited to being present during the opening of the sealed orders and during the provisory reception of the constructions.

*Text adjusted in  
paras. 3.1 and 3.7*

General comments:

The evaluation document did not highlight the problem of planned health facilities that were not realized and for which the population gave up some parcels of land for their construction.

*Text adjusted in  
footnote 10*



# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> June 6, 1996	
<b>NAME</b>			<b>ROOM. NO.</b>
Maryse Pierre-Louis			H 4-117
Claire Voltaire			H 4-114
URGENT		PER YOUR REQUEST	
FOR COMMENT		PER OUR CONVERSATION	
FOR ACTION		NOTE AND FILE	
FOR APPROVAL/CLEARANCE		<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
FOR SIGNATURE		PREPARE REPLY	
NOTE AND CIRCULATE		NOTE AND RETURN	
<b>RE: MOROCCO: Health Development Project (Loan 2572-MOR)</b> <b>Draft Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
More comments regarding the draft Audit, FYI, from the province of Agadir.			
<b>FROM</b> Laura Raney		<b>ROOM NO.</b> G 7-032	<b>EXTENSION</b> 3-1759



# THE WORLD BANK GROUP

<b>ROUTING SLIP</b>		<b>DATE:</b> June 3, 1996	
<b>NAME</b>			<b>ROOM. NO.</b>
Maryse Pierre-Louis			H 4-117
Claire Voltaire			H 4-114
<input type="checkbox"/>	URGENT	<input type="checkbox"/>	PER YOUR REQUEST
<input type="checkbox"/>	FOR COMMENT	<input type="checkbox"/>	PER OUR CONVERSATION
<input type="checkbox"/>	FOR ACTION	<input type="checkbox"/>	NOTE AND FILE
<input type="checkbox"/>	FOR APPROVAL/CLEARANCE	<input checked="" type="checkbox"/>	FOR INFORMATION
<input type="checkbox"/>	FOR SIGNATURE	<input type="checkbox"/>	PREPARE REPLY
<input type="checkbox"/>	NOTE AND CIRCULATE	<input type="checkbox"/>	NOTE AND RETURN
<b>RE: MOROCCO: Health Development Project (Loan 2572-MOR) Draft Performance Audit Report</b>			
<b>REMARKS:</b>			
Attached are the comments we received from INAS regarding the draft Audit, FYI.			
<b>FROM</b> Laura Raney		<b>ROOM NO.</b> G 7-032	<b>EXTENSION</b> 3-1759

# OFFICE MEMORANDUM

DATE: May 17, 1996

TO: Roger Slade, Chief, OEDD1

FROM: Roslyn G. Hees, Chief, MN1HR *RGH*

EXTENSION: 3-2778

SUBJECT: **Morocco: Health Development Project (loan no 2572-MOR)**  
**Draft Performance Audit Report - Your Memo of April 16**

As per your request, we have reviewed the draft report in reference. As mentioned in the report, your evaluation broadly concurs with our internal review, and we have therefore no comments on its overall content. The following are only reactions to the reading:

We were satisfied to learn that one of our major sources of concerns -- the fact that a number of centers remained unstaffed -- has been addressed and that all centers are now functioning.

We were surprised at your optimism regarding the sustainability of the project reflected by your upgrading of the rating compared with the PCR. In our dialogue with Morocco, the over-reliance of the GVT on external funds endangers the sustainability of the system, and lessens the capacity of decision-makers to plan and prioritize, and is at odds with the stated priority of the GVT to address social sector issues.

Your recommendations to undertake a beneficiary assessment (para. 5.11) and to request INAS to carry out an evaluation of the on-going Health Sector Investment Project (para. 5.13) are well taken. However, in both cases, the major issue is to integrate the findings of these studies into policy and behavior change. We would welcome the evaluator's insight on this.

We also include below some editorial suggestions:

*page 13, paragraph 1.2:* The contraceptive prevalence rate for modern methods is estimated at 43% in 1994 (rather than 25%).(Source: MOH, 1995).

*page 23, paragraph 3.3, last line:* Your remark: "as the Central Bank was reluctant to deal with special accounts," seems to erroneously imply that the choice of having the special account in a commercial bank was for lack of a better option. This is in fact the preferred solution and the Bank does not require that special accounts be opened in the Central Bank. We suggest to simply delete that comment.

*page 29, paragraph 3.14:* It might be preferable to separate the discussion of the itinerant nurse, who is indeed male, from that of the presence of a female nurse within the multi-disciplinary mobile teams. These two outreach methods have complementary objectives. The past success of the itinerant nurse program is likely to have been closely linked to the fact that these staff were males, as working conditions (motorcycles, conditions of dirt roads, housing conditions in villages...) make it unlikely that this role could have been filled by women (both culturally and practically). This program is currently falling apart as a combined result of the perverse effect of the policy to increase the proportion of women nurses and to improve the technical skills levels (which meant eliminating the level of assistant-nurse, which was that of most itinerant nurses).

*page 29, paragraph 3.18, last sentence:* We believe you meant to refer to the forthcoming Health Management and Financing Project rather than to the Social Priorities Project which mainly concentrates on strengthening basic services in under-served areas and does not tackle financing issues.

*page 31, paragraph 3.22:* The dialogue between the Borrower and the Bank with regards to the UAM concerned the creation of a production unit versus that of a formulation/packaging/stocking/distributing unit (and not, as mentioned, between formulation and packaging).

*page 34, paragraph 4.4 and 4.5:* Our earlier comment on sustainability applies. You accurately describe the sector main issues, yet your assessment of likely sustainability seems to be based mainly on the continued support of the Bank to the sector ! In these same paragraphs, you may want to add utilization and quality of services as one of the remaining issues for Morocco as improvement of access has not led to a proportional increase in utilization.

*page 38 and 41, paragraphs 5.1 and 5.8:* Since equipment has not yet been purchased/delivered, it is unclear whether UAM can be defined as a production or a formulation plant (with the exception of the small portion of the building being used for storage and dispatching of drugs) ! Its size however (compared with the needs of the public sector as you rightly point out) might point towards a production unit.

*page 38, paragraph 5.2:* The wording of the PCR may have been misleading. The Department did not mean to imply that the appraisal team did not clearly state the intended objectives of this component, but rather that the Bank did not, then, have an overall policy on drugs. As rightly stated in para. 5.3, the lack of clarity is a result of the Bank not having taken a definitive position as the component evolved during implementation.

*page 41, paragraph 5.7:* We are not clear on the link made between the sustainability of UAM and the prices of the public sector. The cost of subsidizing drugs to the GVT exists whether drugs are formulated by UAM or imported. We believe that the statement related to the overcapacity of the private pharmaceutical sector is erroneous; while it is indeed not yet functioning at full capacity, the sector is looking at broadening its export market on a regional basis and even expanding to prepare for the expected surge of activity with the implementation of the mandatory health insurance program.

*Annexes:* Tables 1.4, 2.4, and 3.4 are difficult to understand as denominators vary from one column to the next and are not explained.

cc: Messrs./Mmes: Ritchie, Costa (MN1DR); Rene Vaurs (MN1CO); de Ferranti (HDD)  
Heyneman (EMTHR); Gruss (LEGMN); Morocco Team,  
Division Files, Mena Files.

C.VOLTAIRE  
M:\cv\pcr.doc

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

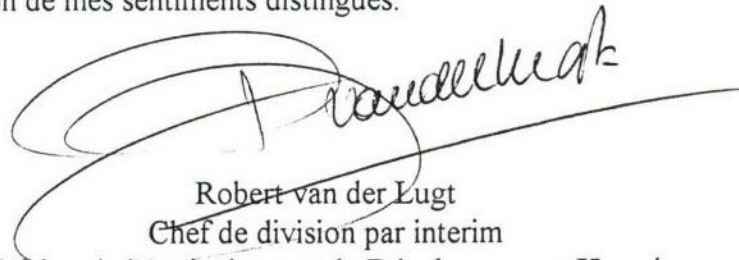
le 13 mai 1996

Dr. Yossef N'Has  
Délégué Provincial  
Ministère de la Santé Publique  
Délégation Provincial  
Taroudant - Maroc

Monsieur le Docteur,

Nous attirons votre attention sur l'importance du rapport relatif à l'évaluation retrospective du Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572 ). Nous avons transmis ce rapport à Monsieur le Ministre de la Santé le 29 avril 1996. Nous espérons que ce document vous sera utile.

Mme. Raney et moi-même voudrions vous remercier à nouveau de votre chaleureux accueil et de votre obligeance pendant notre mission à Taroudant, et vous prions d'agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments distingués.



Robert van der Lugt  
Chef de division par interim  
Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'évaluation Rétrospective des Operations



# Record Removal Notice

**File Title**  
Morocco - Health Development Project - Correspondence 03

**Barcode No.**

1564974

<b>Document Date</b>	<b>Document Type</b>
	Diskette

**Correspondents / Participants**

**Subject / Title**  
96F0753.doc.

**Exception(s)**

**Additional Comments**

Diskette drive unavailable.

The item(s) identified above has/have been removed in accordance with The World Bank Policy on Access to Information or other disclosure policies of the World Bank Group.

<b>Withdrawn by</b> SHR. ALON	<b>Date</b> Oct. 3, 2018
----------------------------------	-----------------------------

PROJET  
CONFIDENTIEL

MICHEL BOUSSOMMIER

*Thank you*

4, LES VOILNANS  
01210 VERNONNEX - FRANCE

TÉL. 33 - 50 42 78 00  
FAX 33 - 50 42 71 38

DECLASSIFIED

CCT 03 2018

WBG ARCHIVES

RAPPORT D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE

ROUTING SLIP		Date
NAME		ROOM NO.
<i>Mr. Boussonnier</i>		
<b>URGENT</b>	For Action/Comment	Per Your Request
Appropriate Disposition	Information/Discard	Returned
Approval/Clearance	Note And Return	See My E-Mail
File	Per Our Conversation	Signature/Initial
RE:		
REMARKS <i>Reference material. Kindly return by regular mail. Thank you</i>		
From	Room No.	Ext.
<i>Aide</i>		

SANTÉ

Département



Version translation

sent vs 4/29

(we made formatting changes)

FOR THE FILES

## Taux de change 1

Unité monétaire : dirham

	Dollars	DTS
1984	8,811	9,362
1985	10,062	10,568
1986	9,104	10,656
1987	8,359	11,066
1988	8,209	11,049
1989	8,488	10,673
1990	8,242	11,442
1991	8,707	11,658
1992	8,538	12,442
1993	9,299	13,257
1994	9,203	13,080
1995	8,482	12,589

## Sigles et abréviations

DAT	Direction des affaires techniques
DIU	Dispositif intra-utérin
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
INAS	Institut national d'administration sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDSS	Projet de développement des services de santé
PRISS	Projet d'investissement dans le secteur de la santé
RAP	Rapport d'achèvement du projet
RER	Rapport d'évaluation rétrospective
UAM	Unité d'approvisionnement en médicaments
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development

## Année budgétaire

1er janvier - 31 décembre

---

1 Source : Plusieurs numéros de l'Annuaire international des statistiques financières. Établi par le Département des statistiques du FMI.

## Table des matières

Préface .....	3
Fiche	
Résumé de l'évaluation.....	5
<b>1. Vue générale du secteur .....</b>	<b>12</b>
Renseignements généraux.....	12
Activités de la Banque dans le secteur.....	13
<b>2. Objectifs et contenu du projet.....</b>	<b>16</b>
Conception du projet.....	16
Objectifs et composantes du projet.....	19
Adéquation du projet .....	21
<b>3. Exécution et résultats .....</b>	<b>22</b>
Ensemble de l'exécution .....	22
Services de santé primaires .....	24
Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique.....	28
Formation et IEC.....	31
Approvisionnement en médicaments.....	31
<b>4. Résultats de l'évaluation .....</b>	<b>34</b>
Résultats du projet.....	34
Durabilité .....	35
Incidence sur les structures institutionnelles.....	37
Résultats obtenus par l'emprunteur.....	37
Résultats obtenus par la Banque.....	38
<b>5. Conclusions, problèmes et leçons.....</b>	<b>40</b>
Volet consacré à l'approvisionnement en médicaments.....	40
Suivi et évaluation de la composante concernant les soins de santé de base.....	44
Enseignements tirés .....	47

Figure 1: Déroulement des activités dans le secteur de la santé au Maroc

### Tableaux en annexe

Le présent rapport a été établi pour Mme. Laura Raney (consultant), avec les conseils de M. Robert van der Lugt (Chef de projet) qui a procédé à l'évaluation rétrospective du projet en Décembre 1995. Mme Diana Qualls a apporté son concours sur le plan administratif.

## Préface

On trouvera ci-après le Rapport d'évaluation rétrospective sur le Projet de développement des services de santé au Maroc pour lequel un prêt d'un montant équivalant 2 à 28,4 millions de dollars a été approuvé le 6 juin 1985 (Prêt 2572-MOR). Le projet a été clos le 31 décembre 1993 après avoir été prolongé deux fois à partir du 31 décembre 1991, date originale de clôture. Un solde non décaissé de 2,56 millions de dollars (soit 9 % du total du prêt) a été annulé après un dernier décaissement le 12 avril 1994.

Le RER repose sur le rapport d'achèvement du projet (RAP) 3, sur le rapport du Président 4, le rapport d'évaluation 5 sur l'examen des dossiers de la Banque, sur les rapports sectoriels et économiques et sur des entretiens avec le personnel de la Banque. Une mission du Département de l'évaluation rétrospective des opérations s'est rendue au Maroc en décembre 1995 où elle a discuté du déroulement et du résultat du projet avec des fonctionnaires du Gouvernement, puis a visité plusieurs sites du projet dans les provinces de Taroudant, Agadir et Settat. Les évaluations de la composante sanitaire de base effectuées par les autorités sanitaires dans les trois provinces pilotes et à l'Institut national d'administration sanitaire ont également servi à la préparation de ce rapport.

---

2 Toutes les références au montant du prêt dans le texte et les tableaux du présent rapport sont exprimées en équivalent-dollars.

3 Rapport d'achèvement du projet : Maroc, Projet de développement des services de santé (Prêt 2572-MOR), Rapport n° 14675, 26 juin 1995.

4 Rapport du Président : Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (Prêt 2572-MOR). Rapport n° P-4079-MOR, 15 mai 1985.

5 Rapport d'évaluation. Projet de développement des services de santé au Royaume du Maroc (prêt 2572-MOR), Rapport n° 5440-MOR, 15 mai 1985.

Le rapport d'achèvement du projet a été terminé en juillet 1995 et rend très bien compte de l'exécution du projet et des importants enseignements qui en ont été tirés. Le point de vue de l'emprunteur sur le projet figure à la partie 2. On trouve dans le RER confirmation des principales conclusions du rapport d'achèvement, mais plusieurs de ces conclusions ainsi que certaines questions qui ne sont pas complètement traitées dans ledit rapport d'achèvement y sont examinées plus en détail. En particulier, l'accent est mis sur la question des produits pharmaceutiques et sur le suivi et l'évaluation. Sont également examinés les résultats du projet dans le contexte du prêt de la Banque à l'ensemble du secteur.

Les conclusions du rapport d'achèvement constitueront une pierre angulaire du bilan que doit dresser le Département de l'évaluation rétrospective des opérations en ce qui concerne les prêts accordés dans le domaine de la santé.

Selon la procédure normalement appliquée par le Département, des exemplaires du projet de RER ont été adressés pour observations au Gouvernement du Maroc.

## **Résumé de l'évaluation**

### **Introduction**

1. Le Projet de développement des services de santé du Maroc a constitué la première opération menée au Maroc par le Groupe de la Banque mondiale dans le secteur de la santé. Il a permis d'aider le Ministère marocain de la santé publique à renforcer et à activer sa politique consistant à passer d'un système de soins de santé urbains axé sur les hôpitaux à un système de soins de santé primaires ruraux qui a été décrite dans le plan d'aménagement de 1980-1985 et qui répond aux principes énoncés lors de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 ».

### **Conception**

2. Le projet avait pour objectif d'améliorer la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, dans trois provinces et de renforcer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial pour pouvoir assurer une large extension du système de prestations des soins de santé au reste du pays. Le projet comprenait quatre éléments qui visaient :

- 1) à dispenser des soins de meilleure qualité dans les zones rurales en établissant, à titre d'expérience pilote, un nouveau système de prestations de soins de santé dans trois provinces (Agadir, Taroudant et Settat) fondé sur l'amélioration et l'extension de l'infrastructure matérielle, l'apport d'équipement, l'aide à la formation et le soutien logistique; 2) à renforcer la capacité de planification, de suivi et d'évaluation du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial; 3) à financer des

programmes de formation et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC); et 4) à assurer un meilleur approvisionnement en médicaments de base.

### **Exécution**

3. L'exécution s'est faite lentement. Le projet a pris effet en juillet 1986, six mois après sa signature et plus de 20 mois après son évaluation. Le premier décaissement a eu lieu en mars 1987. Le peu de fonds de contrepartie disponibles et leur lent déblocage par le Ministère des finances sont pour l'essentiel à l'origine de ces retards. Les graves retards de construction qui se sont produits tiennent à divers facteurs, notamment la pesanteur des procédures comptables de l'État, la difficulté qu'a eue l'emprunteur à s'adapter aux procédures de passation des marchés et de décaissement de la Banque, et le transfert des responsabilités en matière de travaux publics du Ministère de la santé publique à celui des travaux publics pendant l'exécution du projet. Le projet a été clos après deux prolongations d'une année. Un montant de 2,56 millions de dollars a été alors annulé.

4. Une fois construites, diverses installations sanitaires (20 % en 1994) sont restées fermées faute de crédits budgétaires et de personnel. Le manque de personnel est un problème qui n'est pas particulier au projet mais commun à l'ensemble du secteur sanitaire. Cela dit, toutes les installations relevant du projet étaient opérationnelles au moment de l'évaluation rétrospective. Comme signalé dans le rapport d'achèvement, pendant l'exécution du projet, le Ministère de la santé publique a connu plusieurs restructurations qui se sont traduites par une « balkanisation » des divers départements, marquée par des chevauchements et l'éparpillement des responsabilités. L'impact du projet sur les institutions a donc été limité. Toutefois, un système de suivi et d'évaluation a été mis en place avec succès (encore que tardivement) et des études ont été réalisées sur le financement du secteur de la

santé et la gestion hospitalière. Seuls 25 % du volet IEC ont été exécutés dans le cadre du projet, car d'autres donateurs ont fournis gracieusement les fonds nécessaires pour financer ces activités. Quant à l'élément visant à un meilleur approvisionnement des médicaments de base, son exécution a été fortement retardée et n'est toujours pas totalement achevée. Certaines ambiguïtés quant à la fonction de cet élément subsistent encore aujourd'hui, malgré la planification soignée à laquelle il a été procédé avant l'évaluation et malgré les accords auxquels le Gouvernement du Maroc, la Banque et le secteur privé étaient apparemment parvenus.

### Résultats

5. Deux ans après sa clôture, il ne fait aucun doute que le projet de développement des services de santé a réussi à améliorer l'accès aux services de santé de base dans les zones rurales. Plus de 134 établissements sanitaires ruraux ont été construits et équipés. L'indice population/établissements sanitaires s'est amélioré et est passé d'un centre de base pour 75.000 habitants en 1985 à un pour 44.000 en 1994, tandis que le nombre de médecins généralistes dans la zone du projet a plus que doublé. La mise en place au titre du projet du nouveau système de prestation de soins de santé (réorganisation des méthodes de prestation, de planification, de supervision et de suivi des services) a été couronnée de succès et le système a été généralisé dans tout le pays à partir des trois premières provinces. Ce système de prestation continue d'être financé sous forme de projets-relais de la Banque et par d'autres donateurs.

6. Les résultats obtenus dans la composante consacrée aux médicaments (21 % du coût total estimé du projet) n'ont pas été aussi concluants que dans celle concernant les soins de santé de base. L'unité d'approvisionnement en médicaments a été construite avec trois ans de retard et est beaucoup



plus importante que la modeste unité initialement prévue. L'unité, qui était censée assurer le stockage et la distribution des médicaments dans le secteur de la santé publique ainsi que de préparer<sup>6</sup> un petit nombre de médicaments de base en étroite collaboration avec le secteur privé n'était pas opérationnelle au moment de la clôture du projet. L'équipement nécessaire à l'unité de préparation n'a pas été acheté sur les fonds du projet et ni son statut juridique ni les conditions de sa gestion ni ses rapports avec le secteur privé n'ont davantage été définis avant la clôture du projet. Les retards de construction de l'unité d'approvisionnement en médicaments ont fait que sa fonction de stockage et de distribution n'a pu s'exercer que deux ans après la clôture. Les stocks de médicaments ont été transférés de la pharmacie centrale à la nouvelle unité en décembre 1995 au moment de l'évaluation rétrospective et, bien qu'acheté et payé par le Gouvernement marocain, l'équipement de l'unité de préparation n'a pas été installé. On estime qu'il faudrait au moins six mois de plus pour que l'installation devienne opérationnelle. Par ailleurs, le statut juridique de l'unité reste à définir et le Gouvernement ne s'est toujours pas entendu avec le secteur privé sur ses modalités de fonctionnement. La gestion et le fonctionnement de cette unité de préparation reste donc une question en suspens. Il est peu probable que le Gouvernement ne récupère jamais les fonds investis dans cette unité (estimés à 13 millions de dollars).

7. Compte tenu de la valeur relative des divers objectifs et éléments, les résultats du projet sont jugés satisfaisants. Dans le rapport d'achèvement, la durabilité du projet a été jugée incertaine, car de nombreuses installations n'étaient pas encore opérationnelles faute de personnel et de fonds. Toutefois, au moment de l'évaluation rétrospective, toutes les installations (à l'exception de l'unité d'approvisionnement en médicaments) étaient opérationnelles et assuraient des services de santé de

---

<sup>6</sup> La préparation est le dernier stade de la production d'un médicament à partir d'ingrédients intermédiaires jusqu'à leur forme définitive ou finie. Il s'agit d'opérations simples telles que mélange, dissolution ou dispersion et fragmentation en formes pharmaceutiques (comprimés, capsules, tubes, etc.).

base. Même si l'on continue de s'interroger sur la qualité des prestations et l'efficacité du nouveau système de prestations de services, les provinces sont résolues à maintenir ce système, lequel a été transposé dans d'autres provinces du pays. L'étude de financement du secteur de santé qui a été achevée en 1990 a été suivie de plusieurs séminaires et ateliers et a abouti à la création d'un service d'économie sanitaire au sein du Ministère de la santé publique. Le financement du secteur de la santé fait actuellement l'objet d'un dialogue soutenu sur la politique à suivre entre le Maroc et la Banque (dans le cadre d'un projet en cours). De ce fait, le projet est jugé dans l'évaluation rétrospective comme probablement viable.

8. Les résultats du volet consacré au renforcement du Ministère de la santé publique sont moins évidents étant donné la foule de changements qui se sont produits pendant les huit ans qu'a duré le projet, notamment les restructurations de 1985, 1989 et 1994 et la nomination de nouveaux Ministres de la santé en 1987 et 1992 (voir le déroulement du projet à la Figure 1, Chapitre 1). Comme indiqué dans le rapport d'achèvement du projet, dans l'ensemble, la gestion des travaux publics s'est améliorée, même si la passation de marchés, l'établissement du budget de programmes et la répartition des ressources continuent de poser de sérieux problèmes au Ministère de la santé publique. Comme dans le rapport d'achèvement, l'impact du projet sur les structures institutionnelles est jugé faible dans l'évaluation rétrospective. D'une manière générale, les évaluations satisfaisantes du rapport d'évaluation rétrospective concordent avec celles du rapport d'achèvement pour ce qui est des résultats obtenus par l'emprunteur et la Banque, malgré certaines faiblesses dans l'un et l'autre cas.

#### **Enseignements tirés et conclusions**

9. Les leçons et les conclusions tirées de ce projet sont les suivantes :

- a) Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent. Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé établi dans le volume sur l'exécution n'encourageait pas le maintien de cet élément de participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. La réponse à cela ne doit pas être moins de minutie dans la conception, mais davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écourent entre les missions de la Banque, entre l'évaluation et la supervision et entre les diverses supervisions ne vont certainement pas dans le bon sens.
  
- b) Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats. Dans le projet à l'examen, l'élément bien conçu de suivi et d'évaluation mis en place a fourni énormément de données. Ces données ont néanmoins été produites trop tard pour pouvoir servir à l'exécution du projet ou à la conception du projet-relais.
  
- c) Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus. Malgré la préparation détaillée du volet pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats de ce volet. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dès le début, un défaut de cohérence dans les messages de la

Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique qui ont gêné les partenaires dans leur interaction. Il en est résulté finalement une amertume persistante au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.

- d) La mise au point de nouveaux projets ne devrait pas empêcher la supervision du projet en cours. En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). Centrer tous les efforts sur la préparation du projet-relais s'est soldé par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
  
- e) Les emprunteurs préfèrent que leurs dons aillent aux activités de formation et d'assistance technique. Cette préférence n'est pas incompatible avec une meilleure coordination entre les donateurs et avec une certaine souplesse dans la mise au point et l'exécution de ces éléments.

## 1. Vue générale du secteur

### Renseignements généraux

1.1 Après avoir accédé à l'indépendance en 1956, le Maroc a suivi une politique économique conservatrice qui lui a valu 4 % en moyenne de croissance par an jusqu'à la fin des années 1970. Puis, au début des années 1980, le Maroc, comme beaucoup d'autres pays en développement, a connu une crise économique. La Banque a aidé ce pays dans le cadre d'un programme de réformes intensives reposant sur des prêts, des conseils de politique générale et des études économiques et sectorielles. L'efficacité de ce programme de la Banque est examinée dans une étude spécifique du Département de l'évaluation rétrospective des opérations <sup>7</sup>. Avec un PNB par habitant de 1.150 dollars en 1994, le Maroc reste un pays relativement pauvre situé au bas du groupe des pays à revenu moyen inférieur. Il en va de même pour les principaux indicateurs du secteur de la santé.

1.2 Le Maroc est en pleine transition démographique. Sa population actuelle (1992) totale est de 26,5 millions d'habitants. Dans l'ensemble, le pays a fait de grands progrès dans l'amélioration de son état de santé et de sa fécondité. La croissance démographique s'est ralentie pour passer d'environ 2,8 % en 1960 à 2,1 % en 1994. Le taux brut annuel de natalité effective est passé de 50 pour 1.000 dans les années 1960 à 29 pour 1.000 en 1994. Le taux d'emploi des méthodes modernes de contraception est évalué à 25 % en 1994 contre 13 % environ en 1984. Le taux total de fécondité était de 5,8 % en 1980 et de 3,6 en 1994. En trente ans, le taux de mortalité infantile est passé de 119 à 57 pour 1.000, tandis que l'espérance de vie à la naissance est passé de 45 à 65 ans. Mais certains autres indicateurs restent faibles. Le taux de — mortalité maternelle — de 232 sur 100.000 — est parmi

---

<sup>7</sup> Ce département prépare à l'heure actuelle un bilan de l'aide apportée au Maroc.

les plus élevés d'Afrique du Nord 8. Les morts néonatales précoces représentent encore la moitié du taux de mortalité infantile. Sur l'ensemble des naissances, 40 % seulement ont lieu en milieu surveillé. S'agissant de la santé, les maladies transmissibles et les problèmes de santé maternelle et infantile qui s'y rapportent sont dorénavant mieux contrôlés grâce à l'instauration de programmes sanitaires et de modes de vie plus sains, mais elles continuent de représenter un problème grave, particulièrement dans les zones rurales. Les maladies infectieuses potentiellement contrôlables restent une des grandes causes de mortalité et de morbidité parmi les enfants de un à cinq ans.

1.3 À l'époque du projet, l'organisation et la gestion du secteur de la santé se heurtaient à divers problèmes : inefficacité du système de prestations des soins de santé (orienté vers les prestations urbaines), absence d'une quelconque politique au Ministère de la santé publique et de ce fait manque de coordination entre les différents prestataires de services de santé, déficience de la planification et de la gestion interne du Ministère, mauvaise utilisation des ressources par le sous-secteur hospitalier, insuffisance du financement global du secteur et désorganisation et complexité de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques qui se traduisaient par de graves pénuries de médicaments de base et menaçaient d'entamer la crédibilité de tout le système.

#### **Activités de la Banque dans le secteur**

1.4 Le Projet de développement des services de santé 9 a été le premier grand projet à part entière dans le secteur de la santé au Maroc. L'intervention de la Banque dans ce secteur avait

---

8 En Tunisie, ce taux de de 80 et en Algérie de 140.

9 Au Maroc, ce projet est connu sous son sigle PDSS.

jusqu'à pris la forme d'une composante du projet d'irrigation de Doukkala (prêt 1201-MOR) destinée à la lutte contre la bilharziose et d'une composante du Troisième projet pour l'éducation (Prêt 1220-MOR) consacrée à la formation du personnel de santé. Le PDSS était conçu pour : a) financer à titre expérimental dans trois provinces un programme de soins de santé primaires du Ministère de la santé publique; b) renforcer la capacité de gestion du Ministère; c) améliorer la capacité de former du personnel paramédical et de produire du matériel IEC; et d) améliorer le système d'approvisionnement en médicaments. Un prêt de 28,3 millions de dollars a couvert en partie le coût total prévu du projet d'un montant de 45,5 milliards de dollars. Le projet a été exécuté entre 1985 et 1994.

1.5 La Banque maintient son appui au secteur de la santé grâce au Projet d'investissement dans le secteur de la santé de 1990 (PRISS - Prêt 3171-MOR pour un montant de 104 millions de dollars), qui s'appuie sur le Projet de développement des services de santé de 1985<sup>10</sup>. Ce projet-relais visait essentiellement 1) à renforcer les principaux services de santé de base; 2) à consolider l'administration de la gestion des services de santé; et 3) à encourager des réformes du secteur et de la politique générale qui permettent de s'attaquer à des problèmes à plus long terme liés à l'évolution et à la structure des systèmes de prestations de services de santé des secteurs public et privé, aux mécanismes de financement et à la mobilisation de ressources à l'appui du secteur. Il est prévu que le projet s'achève au plus tard en décembre 1997 et l'exécution du projet est considérée à ce jour comme satisfaisante<sup>11</sup>. Il est prévu qu'un appui aux services de santé de base pourra être maintenu grâce au

---

<sup>10</sup> Au Maroc, ce projet est connu sous son sigle PRISS. Rapport d'évaluation, Royaume du Maroc, Prêt d'investissement dans le secteur de la santé (Prêt 3171-MOR), Rapport n° 8108-MOR, 8 janvier 1990.

<sup>11</sup> Rapport de supervision daté de juillet 1995.

programme sur les priorités sociales actuellement en négociation 12 et à un projet sur la gestion et le financement du secteur de la santé prévu pour 1997 (voir Figure 1).

1.6 L'appui de la Banque a été et continue d'être axé sur le renforcement de la prestation de soins de santé de base, et ce de plus en plus dans les zones rurales pauvres. En outre, une aide a été apportée à la gestion et à l'administration des services de santé et à la réforme des orientations (secteur pharmaceutique, financement des services de santé et gestion hospitalière).

---

12 Ce projet compléterait les interventions dans le secteur de l'USAID, du FNUAP et de l'UNICEF et comprendrait trois volets visant : i) à améliorer dans une vingtaine de provinces l'accès aux services de santé curatifs et préventifs essentiels; ii) à renforcer les services d'urgence, de diagnostic et d'orientation; et iii) à procéder à des réformes administratives et d'orientation. Pour plus de détails, se reporter au projet de rapport d'évaluation, projet sanitaire sur les priorités sociales au Royaume du Maroc. Rapport n° 15073-MOR.



## **2. Objectifs et contenu du projet**

2.1 À la suite de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 », le Maroc a commencé à moderniser son système de santé, centré à l'époque sur les établissements hospitaliers urbains. Le troisième Plan d'aménagement du Maroc (1977-1980) prévoyait d'ambitieux investissements dans de grands hôpitaux. Cela s'est traduit par des budgets de fonctionnement insuffisants pour assurer les services de santé de base. Dans l'ensemble, les allocations de crédits sont restées faibles. En 1982, le chiffre était de 8,35 dollars par habitant<sup>13</sup>. Le quatrième Plan d'aménagement (1981-1985), marquant une rupture nette par rapport à la politique antérieure, a donné la priorité aux services de santé de base. Ce plan prévoyait de décentraliser la programmation, de perfectionner les systèmes d'information de gestion et d'améliorer la formation du personnel. En outre, il devait remédier à de graves pénuries de médicaments de base. Le cinquième Plan d'aménagement (1985-1990) a mis l'accent, dans ses objectifs de santé, sur les soins primaires, les services de santé de base et la rentabilité, tout en continuant de s'intéresser au système d'approvisionnement en médicaments.

### **Conception du projet**

2.2 Ce premier projet sanitaire a été en activité pendant plus de dix ans avant d'être évalué. Un bref examen de la situation démographique du Maroc a été mené sur dossier en 1973. Malgré la politique suivie à l'époque par la Banque contre tout prêt direct dans le domaine de la santé, une mission a néanmoins été entreprise en 1977 pour étudier la situation démographique et le système de fourniture de services de santé. Par ailleurs, il a été décidé en 1977 de ne pas poursuivre un projet

---

13 Contre 22 dollars en Algérie, et 31,31 en Tunisie.

nutritionnel. Un rapport a été établi en 1978 sur le secteur de la santé dans lequel la Banque a reconnu la contribution que pourrait apporter un projet de services de santé maternelle et de planification familiale fondé sur une approche bénéficiant de l'appui de l'USAID.

2.3 Lors d'une mission de reconnaissance menée en 1978, il a été relevé que le programme de planification familiale au Maroc s'insérait totalement dans la structure sanitaire <sup>14</sup>, et une deuxième mission menée la même année a permis de constater que le Gouvernement, contrairement à ce qu'il soutenait auparavant, était disposé à discuter des questions de démographie. Dans le cadre de ce dialogue, une mission de la Banque a défini en 1979 un projet intégré concernant la population, la santé et la nutrition et a recommandé que ce projet soit suivi d'un deuxième projet en 1984. La préparation s'est poursuivie de 1979 à 1984, avec l'appui de la Banque et une assistance technique de l'OMS, de l'USAID et de l'UNICEF. Une avance PPF de 75.000 dollars a été approuvée pour ce projet en 1982. En 1984, la Banque a finalement procédé à une préévaluation puis à une évaluation du projet.

2.4 La préparation du volet concernant les services de santé primaires — le plus important du projet — comprenait une étude des facteurs socio-culturels déterminants en matière d'hygiène et d'assainissement dans les zones périurbaines et rurales. Menée à bien par le Ministère de la santé publique et l'Institut agronomique Hassan II avec l'aide de l'UNICEF, l'étude a permis de définir des interventions susceptibles d'être menées à bien au niveau communautaire dans le cadre du projet. Ces interventions — programmes de santé maternelle et infantile, campagnes de vaccination, services de nutrition et d'assainissement de base — ne supposaient guère d'innovations et reposaient sur l'expérience bien établie du Maroc. La stratégie de prestations de services de soins primaires a été

---

14 A l'extrême opposé du programme de planification familiale verticale appliqué à l'époque en Tunisie.

élaborée d'après un relevé précis des données concernant la population, la topographie, les accès, les ressources matérielles et humaines existantes et en étroite collaboration avec les collectivités et les responsables provinciaux de la santé.

2.5 La planification sanitaire dans les trois provinces pilotes s'est faite à partir de la base. Les localités ont défini leurs propres problèmes et arrêté les objectifs du programme. Chaque province a réuni les plans locaux en un plan provincial. Le centre a apporté son concours à cet effort de décentralisation.

2.6 La composante consacrée aux médicaments visait à réorganiser tout le système d'approvisionnement en médicaments du secteur public. Les installations vieillissantes de la pharmacie centrale devaient être remplacées et une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) créée.

2.7 À l'intérieur de la Banque, une note versée au dossier faisait l'éloge de l'évaluation du projet qui y était qualifiée d'une des plus détaillées, informatives et intéressantes du secteur sanitaire et indiquait que la masse d'informations et d'éléments d'analyse qu'elle contenait rendait bien compte de l'ampleur de la préparation d'un projet petit mais complexe et de la très bonne connaissance que l'on avait d'un secteur difficile. Toutefois, une autre note traduisait la préoccupation suscitée par la grande complexité qui semblait caractériser le projet et on s'y demandait si les institutions locales étaient en mesure de le mettre en oeuvre efficacement. On y faisait remarquer qu'une supervision très poussée du projet s'imposerait.

2.8 D'autres composantes avaient également fait l'objet d'une recherche approfondie avec l'aide technique, entre autres, de l'UNICEF, de l'USAID et de l'OMS. C'est ce qui explique la très haute qualité technique du projet lors de son lancement 15.

### **Objectifs et composantes du projet**

2.9 Le projet avait pour objectifs de renforcer dans trois provinces la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, et d'améliorer les capacités du Ministère de la santé publique aux niveaux central et provincial, condition sine qua non d'une extension à grande échelle du système de prestations de soins de santé à l'ensemble du pays. Le projet comportait quatre composantes :

- a) *Services de santé primaires.* Le système de soins de santé primaires envisagé dans le Plan d'aménagement sanitaire de 1981-1985 devait être bien implanté dans trois provinces — Agadir, Settat, Taroudant — dans la perspective d'une future extension du projet à l'ensemble du pays. Dans les trois provinces, il devait être procédé aux investissements nécessaires pour les nouveaux bâtiments, équipements et véhicules. L'exécution du projet serait suivie de près et accompagnée d'une recherche opérationnelle qui permette d'apporter au fur et à mesure les aménagements nécessaires pour aboutir à une alternative viable au système de prestations de soins de santé alors en vigueur (23 millions de dollars, soit 70 % du coût total du projet).

---

15 Mémoires internes de la Banque datés du 13 février 1985 et du 10 avril 1995.

- b) *Gestion.* Le projet devait améliorer les capacités de gestion du Ministère de la santé publique et renforcer son rôle en tant que responsable de la politique du secteur de la santé en améliorant son aptitude à la planification, en lui assurant la capacité de mener à bien des études d'évaluation et en mettant en place des procédures administratives plus performantes. Le projet apporterait équipements, fournitures, véhicules, assistance technique pour les consultants locaux et étrangers, ainsi que des bourses pour la formation à l'étranger (1,7 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet).
- c) *Formation et information, éducation et communication (IEC).* Le projet renforcerait la capacité de former du personnel paramédical et de produire du matériel IEC grâce à un apport en équipement destiné à un centre de formation construit dans le cadre du Troisième projet d'éducation. Il fournirait également de l'équipement, des véhicules et de l'assistance technique pour la production et la diffusion de matériel IEC (1,6 million de dollars, soit 5 % du coût total du projet).
- d) *Approvisionnement en médicaments de base.* Le projet créerait une nouvelle unité d'approvisionnement en médicaments (UAM) chargée de mettre en place un système coordonné d'achats, de stockage, de préparation, de conditionnement, de distribution et de contrôle des médicaments destinés au système de santé publique. Le projet devait également financer la construction de locaux de stockage, d'emballage et d'expédition, une unité de conditionnement et un petit laboratoire de préparation ainsi que l'équipement, la formation et l'assistance technique nécessaires au

fonctionnement de cette unité (6,8 millions de dollars, soit 21 % du coût total du projet).

### **Adéquation du projet**

2.10 Le projet correspondait aux objectifs fixés par le Gouvernement pour le secteur tels qu'énoncés dans le Plan d'aménagement de 1980-1985. Le projet était également conforme à la stratégie suivie à l'époque par la Banque en matière de santé et se fondait sur les principes d'Alma Ata acceptés par la communauté internationale dans le cadre de la « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 ». Le projet est donc considéré comme adéquat.

### 3. Exécution et résultats

#### Ensemble de l'exécution

3.1 *Gestion du projet.* Une unité chargée de l'exécution du projet et relevant de la Direction des affaires techniques (DAT) du Ministère de la santé publique a été créée en 1984. Cette unité s'est vu attribuer la responsabilité générale de tout ce qui concernait la passation des marchés, les décaissements et les opérations comptables liés au projet et se composait d'un coordinateur du projet et de cinq spécialistes (un administrateur, un médecin, un économiste et deux superviseurs principaux des services de santé) qui avaient tous participé activement à la préparation du projet. Par la suite, un architecte chevronné et quatre agents chargés du secrétariat et de l'appui sont venus compléter ces effectifs, tandis qu'un directeur par intérim de l'unité a été nommé par le Ministre de la santé. Dans les provinces, l'exécution du projet a été confiée aux directions médicales provinciales. Les travaux publics ont été supervisés par les services pertinents du Ministère de la santé publique à Taroudant, Agadir et Settat, sous la responsabilité générale de l'architecte de l'unité chargée de l'exécution du projet et en consultation avec le Ministère de l'équipement.

3.2 *Financement.* Avant l'évaluation d'octobre 1984 et même après les négociations d'avril 1985, la Banque s'est déclarée préoccupée par les contraintes financières propres au Gouvernement du Maroc. La lenteur du déblocage des crédits budgétaires d'équipement destinés au Ministère de la santé publique a retardé de neuf mois la signature du prêt. Une fois le prêt signé en janvier 1986, son entrée en vigueur a également été retardée par suite de problèmes d'ouverture des crédits inscrits au budget de 1986. L'entrée en vigueur du prêt n'a donc été prononcée qu'en juillet 1986. L'insuffisance des fonds et les complications administratives ont constitué des entraves tout au long du projet.

3.3 Pour faire face aux problèmes de financement, la Banque a proposé la création d'un fonds de roulement ou d'un compte spécial. Mais, à l'époque, la législation marocaine interdisait la création d'un tel fonds en devises étrangères. Après d'autres discussions, il a été convenu en 1988 de créer un fonds de roulement en monnaie locale dans une banque commerciale puisque la banque centrale n'était pas disposée à gérer des comptes spéciaux.

3.4 Les décaissements se sont faits plus lentement que prévu pendant les premières années d'exécution du projet du fait des difficultés rencontrées par le Ministère des finances et le Ministère de la santé publique pour allouer les ressources de contrepartie voulues. Pour pallier ces difficultés, le Gouvernement, pendant la quatrième année d'exécution, s'est entendu avec la Banque sur un calendrier simplifié de décaissements, tandis que le Ministère des finances, de son côté, simplifiait les procédures de paiement des entrepreneurs de travaux publics et déléguait l'autorité nécessaire à ces paiements. Les décaissements s'en trouvèrent nettement accélérés en 1991. Par rapport aux 8 millions de dollars, soit 28 % du prêt, décaissés pendant la période allant de 1986 à septembre 1990, 5,9 millions, soit 20 % du prêt, l'ont été pendant les six premiers mois de 1991.

3.5 La concentration des ressources dans trois provinces pilotes, bien que justifiée d'un point de vue technique, a par ailleurs suscité une résistance tout à fait compréhensible de la part des autres provinces et a compliqué la répartition annuelle du budget d'équipement. Ce problème s'est résolu au fur et à mesure que les principaux éléments du projet ont été menés à bien, que l'on a compris que les retombées à long terme du projet étaient bénéfiques pour d'autres provinces que les trois provinces pilotes et que des activités de projet similaires ont été reproduites dans d'autres provinces dans le cadre du projet-relais.



## Services de santé primaires

3.6 *Travaux publics.* L'aménagement des services de santé primaires a constitué le principal élément du projet et a consisté en grande partie à construire des dispensaires de base ainsi que cinq hôpitaux ruraux. Ces travaux ont été retardés du fait : a) du lancement tardif du projet; b) de la difficulté rencontrée pour trouver des entrepreneurs disposés à accepter des travaux d'aussi faible importance et aussi dispersés; c) de la crise financière générale qu'a connue le Maroc en 1987 qui a amené le Ministère des finances à suspendre les paiements pendant dix mois; et d) de la lourdeur des procédures officielles de règlement qui a entraîné un retard de dix mois dans le paiement des entrepreneurs, lesquels ont à leur tour suspendu les travaux dans l'attente d'être payés. A la fin de 1987, 30 % seulement des travaux publics prévus pour cette année-là étaient en cours.

3.7 En pleine exécution du projet, la responsabilité des travaux publics a été transférée du Ministère de la santé publique au Ministère des travaux publics. Ce qui n'a pas empêché la lenteur de ces travaux publics de se maintenir tout au long du projet. L'absence d'un directeur de projet à plein temps au niveau central fait qu'il a été difficile de venir à bout de ces retards. L'organisation relativement floue du projet était, selon le personnel de la Banque, le principal obstacle à la solution des problèmes administratifs. Plusieurs hauts responsables provinciaux ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective s'être sentis à l'époque plus ou moins abandonnés par l'administration centrale.

3.8 Au total, 134 établissements sanitaires de base ont été construits en milieu rural au titre du projet, non compris les cinq hôpitaux ruraux. L'évaluation de l'INAS a porté sur la durée des travaux

de construction d'un échantillon aléatoire d'établissements sanitaires relevant du projet dans les trois provinces 16. Il ressort des conclusions que 50 % des établissements ont été achevés dans l'année qui a suivi le début des travaux, la durée des travaux variant de trois mois à Settat à quatre ans à Taroudant. A la fin du projet, environ 20 % des nouveaux établissements sont restés fermés faute de personnel. A Taroudant, l'équipe chargée de l'évaluation rétrospective a été informée que certains établissements sont restés fermés un an, voire un an et demi à deux ans. On a présenté ce problème comme étant commun à tout le secteur et non pas particulier au projet. Toutefois, au moment de l'évaluation, tous les établissements construits dans le cadre du projet étaient pourvus en personnel et opérationnels 17.

3.9 Les collectivités locales ont assuré une forte participation. Elles sont intervenues dans le choix des sites et bon nombre ont fourni les terrains pour les constructions. Dans la province d'Agadir par exemple, les collectivités ont fait don de 23 parcelles de terre pour les nouvelles constructions. Au total, les collectivités ont fourni 67 parcelles de terre dans les trois provinces. Leur participation a également pris d'autres formes : rénovation et entretien général des structures, alimentation en électricité, transport (pour les évacuations d'urgence) et fournitures (combustible, désinfectant pour les points d'eau, etc.).

3.10 *Résultats.* La composante concernant les soins de santé primaires a été totalement exécutée et a eu un effet appréciable sur l'accès aux soins de santé. Au total, 134 installations sanitaires de

---

16 « Évaluation du projet de développement des services de santé dans les provinces d'Agadir, Taroudant et Settat. Période 1985-1992 », Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, Institut national d'administration sanitaire, Evaluations équipes de la délégation des trois provinces, INAS et VOP, décembre 1994.

17 Quelques exceptions sont à noter. Par exemple, l'hôpital rural de Ighrem manquait de techniciens de laboratoire et de radiologie et fonctionnait comme centre de santé plutôt que comme hôpital.

base ont été construites dans des zones rurales jusqu'alors peu ou pas du tout desservies : 31 centres de santé, 16 dispensaires ruraux, 45 postes de santé et 42 maisons d'accouchement. Ces travaux ont permis de doubler le nombre d'installations existant dans les trois provinces qui est passé de 136 en 1985 à 270 en 1994. Dans la province d'Agadir, qui a bénéficié le plus des nouveaux travaux de construction prévus au projet, le nombre de nouvelles installations sanitaires de base a augmenté de 85 %. Cinq hôpitaux ruraux ont également été construits dans le cadre du projet ainsi que cinq laboratoires auxiliaires et quatre unités de radiologie. Ces nouveaux travaux ont notablement amélioré dans les trois provinces l'accès aux soins de santé de base. L'indice population/établissements sanitaires s'est amélioré, passant d'un centre de base pour 75.000 personnes en 1985 à un pour 44.000 en 1994, tandis que le nombre de généralistes dans la zone du projet a plus que doublé.

3.11 En plus de l'amélioration de l'infrastructure, l'autre grande réussite du volet concernant les services de santé primaires a été l'organisation et la mobilisation des équipes centrales et provinciales et la décentralisation de la planification en faveur des soins de santé primaires. Le projet a permis de fixer des normes éprouvées et d'adopter des dispositions institutionnelles souples pour la mise en place de services de soins de santé primaires qui ont été reproduits dans d'autres provinces à partir de juillet 1988 et ont été depuis lors étendus au reste du pays. Ce nouveau système de prestations de services est devenu partie intégrante du système marocain d'administration décentralisée des services de santé. La plupart des responsables marocains ont indiqué à la mission d'évaluation que l'esprit du PDSS était toujours bien vivant à l'heure actuelle dans les provinces — planification et gestion décentralisées, mécanismes de fourniture de services et travail d'équipe instauré par le projet.

3.12 L'Institut national d'administration sanitaire (INAS) a procédé à une évaluation de la composante concernant les soins de santé primaires dans chacune des trois provinces 18. Les conclusions, qui portent sur la période allant de 1985 à 1992, ne concernent pas les deux dernières années du projet. L'étude sous-estime donc sans doute le niveau de couverture sanitaire en termes d'accès, de disponibilité et d'utilisation 19. Les résultats obtenus grâce au projet en termes d'accès matériel aux services et de disponibilité de ces services sont indiqués aux Tableaux 1.1 à 3.4 joints en annexe et sont résumés ci-dessous dans le Tableau 3.1.

Tableau 3.1

.....

3.13 D'après l'évaluation de l'INAS, les indicateurs de santé se sont également améliorés dans les trois provinces :

- le taux de couverture vaccinale est passé de 66 % en 1985 à 92 % en 1992;
- les accouchements en milieu surveillé sont passés de 21 % en 1985 à 35 % en 1992;
- le taux d'acceptation des moyens anticonceptionnels a presque doublé entre 1985 et 1992, passant de 7 % à 13 %;

---

18 Ces données sont tirées des rapports d'évaluation provinciaux suivants : « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Taroudant, période 1985-1992 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, délégation de la province de Taroudant, INAS, et UGP « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province d'Agadir, période 1985-1992 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, délégation de la province d'Agadir, INAS, et UGP, et « Évaluation du projet de développement des services de santé dans la province de Settat, période 1985-1992 », avril 1994, Royaume du Maroc, Ministère de la santé publique, délégation de la province de Settat, INAS, et UGP.

19 L'INAS a recommandé une mise à jour du rapport en 1996, mais aucun fonds n'a été débloqué à cet effet. Toutefois, la mission d'évaluation reconnaît qu'il serait bon de procéder à une évaluation d'impact complémentaire qui porterait, entre autres, sur la satisfaction des patients ou la qualité des soins (par. 5.9).

- la mortalité infantile, d'après les calculs, aurait baissé de 57 pour 1000 en 1988 à 48 pour 1000 en 1995, suivant en cela une baisse au plan national; et
- l'incidence des cas déclarés de coqueluche et de poliomyélite a baissé.

3.14 Toutefois, comme d'autres donateurs l'ont indiqué à la mission d'évaluation, d'autres problèmes restent à régler dans le secteur de la santé. Par exemple, la palette de services de planification familiale assurés dans les établissements sanitaires reste insuffisante : 70 % des femmes utilisent la pilule; le nombre de visites requis pour installer un DIU décourage d'utiliser ce dispositif. Les services de vulgarisation ne répondent pas toujours à toutes les préoccupations des femmes. Bien que les équipes mobiles soient censées comporter une infirmière, il s'agit souvent d'un infirmier. Le personnel féminin continue de manquer dans les zones rurales. D'autres préoccupations concernent la fourniture adéquate de contraceptifs, la régularité des visites et le fait que le programme de vulgarisation est mené par un personnel moins qualifié. Il n'y a toujours pas assez d'accoucheuses, et celles qui opèrent sont concentrées dans les zones urbaines et dans le secteur privé et interviennent rarement dans les zones rurales. L'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité de la prestation des services continuent également d'être un problème dans le secteur sanitaire.

#### **Renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique**

3.15 Malgré les bons résultats obtenus au niveau provincial, les réalisations du volet du projet destiné à renforcer la capacité de gestion du Ministère de la santé publique sont moins convaincantes, car la capacité d'exécution du Ministère reste faible. Il n'y a guère de preuves que sa capacité de planification ait été renforcée et le programme d'organisation des services, de rationalisation des procédures, de recyclage du personnel et de modernisation des techniques de bureau s'est vu entravé

par les nombreux changements structurels survenus dans le Ministère pendant l'exécution du projet : deux réorganisations, la nomination de deux nouveaux ministres ainsi que d'autres changements dans l'encadrement supérieur et la direction du projet. Ces changements au sein du Ministère ont, à plusieurs reprises, brisé l'élan du projet et sapé l'engagement politique (voir le déroulement du projet à la Figure 1). Un de ceux qui ont eu l'effet le plus immédiat sur la gestion du projet a été la création de plusieurs départements techniques au lieu d'un seul. Il en a résulté un éparpillement des connaissances techniques entre divers services. Cela étant, comme il y a également eu chevauchement, la direction du projet a dû maintenir le contact avec plusieurs départements au lieu d'un seul.

3.16 Comme signalé dans le rapport d'achèvement, il est difficile dans ces circonstances de déterminer dans quelle mesure le projet a abouti à une meilleure gestion centrale. La gestion des travaux publics s'est bel et bien améliorée, mais d'autres aspects de la capacité de gestion, notamment l'établissement de budgets-programmes, l'allocation de ressources et la passation de marchés, restent très préoccupants. Dans les provinces, l'incidence sur les structures institutionnelles a été plus marquée (par. 3.11). Comme indiqué ci-dessous, le projet a rencontré du succès dans son programme d'étude destiné à appuyer le processus de planification et de gestion (suivi et évaluation, financement du secteur de la santé et gestion hospitalière).

3.17 *Suivi et évaluation.* Le mécanisme de suivi et d'évaluation prévu dans le projet a bien été mis en place dans un effort tout à fait valable, encore que tardif. Les données disponibles n'ont pas suffi à contribuer au suivi du volet concernant les soins de santé de base, mais elles rendaient très bien compte des réalisations du projet en termes d'accessibilité ainsi que des indicateurs sur l'impact du

projet (voir Tableau 3.1). Malheureusement, ces données n'étaient pas disponibles au moment de la préparation du projet-relais, de sorte qu'il n'a pas été possible de tenir compte de l'expérience acquise.

3.18 *Études.* L'étude sur le financement des soins de santé et celle sur la gestion hospitalière ont été menées à bien dans le cadre de cette composante, malgré les retards enregistrés dans le lancement de l'une comme de l'autre et la lenteur des procédures de recrutement au moment du choix des cabinets de consultants. La première s'est achevée en octobre 1990 et a été suivie de plusieurs séminaires, notamment un séminaire national sur les réformes du financement de la santé, et d'ateliers visant à mobiliser une aide extérieure. Cette étude a également débouché sur la création d'une unité d'économie sanitaire au sein du Ministère de la santé publique. Les résultats de l'étude ont également permis au Ministère de préparer, avec l'aide de la Banque, une proposition de réforme de l'assurance-maladie. Le projet en cours d'investissement dans le secteur de la santé et celui à venir sur les priorités sociales contiennent l'un et l'autre des éléments sur le financement des soins de santé également tirés de cette étude.

3.19 L'étude sur la gestion hospitalière s'était achevée, elle, en juin 1989. Elle portait sur cinq domaines : les caractéristiques structurelles et physiques du secteur hospitalier dans le cadre du Ministère de la santé publique, les ressources humaines, les ressources financières et la structure organique. Cette étude, qui devait correspondre à la phase de diagnostic, a aidé à mieux comprendre la gestion hospitalière, mais la phase prospective qui devait préciser et mettre à l'épreuve les options de réforme n'a pas été menée à bien en raison à la fois des retards apportés à l'étude et de la restructuration du Ministère de la santé publique en 1990, qui a fait que les hôpitaux ne relevaient plus d'aucune autorité. L'étude n'a jamais fait l'objet d'une discussion officielle entre le Ministère et la

Banque. Toutefois, cette deuxième phase devrait être reprise dans le projet de gestion et de financement des soins de santé actuellement en préparation.

### **Formation et IEC**

3.20 Des fonds bilatéraux ont été obtenus pour financer les activités IEC après l'évaluation du projet. De ce fait, seuls 25 % des fonds alloués au volet formation et IEC ont été décaissés. Sur cette somme, environ 50 % ont servi à équiper le collège de santé publique, l'autre moitié servant à la production et à la diffusion de matériel IEC. Ce volet a donc en grande partie été abandonné — même si l'accord de prêt n'a jamais été officiellement modifié — mais les objectifs en matière de développement qui y étaient fixés ont été atteints avec l'aide d'autres donateurs. Du point de vue du Maroc, cela a été une solution plus satisfaisante. Le Gouvernement du Maroc reste peu disposé à utiliser les fonds de la Banque pour des activités de formation et d'assistance technique lorsque d'autres fonds alloués à titre de dons sont disponibles. On ne voit pas bien pourquoi on n'a pas envisagé de recourir à des dons pendant la préparation du projet.

### **Approvisionnement en médicaments**

3.21 La composante relative à l'approvisionnement en médicaments a fait l'objet de grandes discussions pendant le projet, sans qu'apparemment cela ait beaucoup d'incidence sur la politique appliquée dans ce domaine. Cette composante était destinée à créer un nouveau service, l'unité d'approvisionnement en médicaments (UAM), qui se verrait attribuer toutes les fonctions de gestion, d'administration et les fonctions techniques nécessaires à l'approvisionnement en médicaments qui étaient jusqu'alors éparpillées entre divers départements du Ministère de la santé publique. Outre le



renforcement de la capacité centrale de gestion globale du système (sélection et commande des médicaments, passation des marchés locaux et internationaux, établissement des budgets et comptabilité, contrôle des stocks, distribution et surveillance de l'utilisation), le projet devait permettre la construction de nouvelles installations destinées à l'UAM. Ces nouvelles installations comprendraient : a) une zone de stockage et de manutention des médicaments où se feraient le dédouanement, la réception, l'entreposage, la manutention interne, l'emballage et la distribution; b) une unité d'emballage des médicaments destinés aux soins primaires et c) une petite unité de préparation dotée d'un laboratoire de contrôle.

3.22 Deux grandes questions se sont posées pendant l'exécution de ce volet du projet. Tout d'abord, les plans finals de l'UAM telle qu'elle a été construite ne ressemblent pas au projet initial approuvé pendant l'évaluation. Même s'il ressort des dossiers que les plans de la nouvelle UAM ont été approuvés, l'évolution entre le projet original et les nouveaux aménagements n'est expliquée dans aucun document. Deuxièmement, vers la fin du projet, la Banque a soudainement cessé d'appuyer l'idée d'une unité de préparation. Dans un aide-mémoire daté de décembre 1992, il est dit que la préparation n'est pas le moyen le plus rentable pour obtenir des médicaments de base et qu'il fallait lui préférer l'achat en vrac et le reconditionnement. Aussi, la Banque estimait-elle préférable de faire de l'UAM un centre d'emballage, de gestion informatisée des stocks et de distribution des médicaments pour les soins primaires, plutôt que de la charger de la préparation de ces médicaments. Là aussi, rien dans les dossiers n'explique ce revirement de la Banque, mais il est manifeste qu'il a eu un effet majeur sur les relations entre la Banque et le Gouvernement du Maroc. Ce dernier était très attaché à l'idée de la préparation (comme l'était la Banque avant 1992), et la construction du bâtiment de l'UAM qui devait accueillir l'unité était très avancée.

3.23 La construction du bâtiment de l'UAM a été plusieurs fois retardée et n'a commencé qu'en 1991. Les premières soumissions présentées en 1990 ont été estimées trop élevées. Le dossier ne permet pas de comprendre clairement pourquoi rien n'a été fait au cours des quatre premières années du projet. Le regard enregistré dans ce volet est en grande mesure à l'origine des deux extensions du projet. Le bâtiment a été terminé en 1993, mais n'était pas opérationnel au moment de la clôture du projet. Il restait encore à acheter l'équipement et, plus important, le statut juridique de l'UAM et les modalités de ses relations avec le secteur pharmaceutique privé restaient encore à définir. C'est ce qui explique que cette composante n'ait pas atteint son but qui était d'améliorer l'approvisionnement en médicaments.

3.24 Au moment de l'évaluation rétrospective, le bâtiment de l'UAM avait été divisé en deux secteurs correspondant à sa double fonction de centre de stockage et de distribution et de centre de préparation des médicaments de base. L'unité n'a pu s'acquitter de la première fonction qu'à partir de décembre 1995, soit plus de 18 mois après la clôture du projet, lorsque les stocks de médicaments ont été transférés des locaux délabrés de l'ancienne pharmacie centrale au bâtiment de l'UAM à Berrechid. De grands progrès avaient été accomplis depuis la clôture du projet en ce qui concerne l'organisation de l'entrepôt de produits pharmaceutiques de Berrechid (UAM) et les procédures de passation de marchés, de distribution et de contrôle des médicaments. En revanche, l'unité de préparation n'était pas encore opérationnelle. L'équipement nécessaire avait été acheté par le Gouvernement du Maroc et était bien arrivé, mais n'avait pas encore été installé. Des bureaux séparés ont été construits pour l'administration de l'unité de préparation, ce qui confirmait formellement la séparation de cette unité par rapport à l'UAM. Toutefois, aucun progrès n'avait été accompli en ce qui concerne le statut juridique de l'unité de préparation ni la gestion de cette unité qui devait se faire en liaison avec le secteur privé.

## **4. Résultats de l'évaluation**

4.1 Dans le rapport d'achèvement, les résultats obtenus par le projet ont été classés comme satisfaisants, la durabilité comme incertaine et le développement des institutions comme moyen; pendant l'examen de ce rapport, le Département de l'évaluation rétrospective des opérations a confirmé ces évaluations. Quant à la mission d'évaluation rétrospective elle en fait de même, mais classe la durabilité comme probable. Les résultats obtenus par l'emprunteur de la Banque sont classés comme satisfaisants.

### **Résultats du projet**

4.2 Les meilleurs résultats du projet ont été obtenus dans le volet consacré aux soins de santé de base qui représentait 70 % du coût total du projet. Les méthodes de réorganisation de la prestation de services, de planification, de supervision et de suivi ont été mises en place au début du projet et ont été bien assimilées par le personnel dans les trois provinces. Grâce au projet, le nombre d'installations sanitaires de base a doublé dans les trois provinces, ce qui a notablement amélioré l'accès aux services de santé de base, un des principaux objectifs du projet. Malgré les avantages notables tirés de l'amélioration de cet accès, des problèmes subsistent quant à l'efficacité et à la qualité de la prestation des soins de santé, à savoir les conditions de travail du personnel et la disponibilité des médicaments et de fournitures. La composante concernant le renforcement de la capacité de gestion du Ministère de la santé publique, qui visait à appuyer la restructuration en cours du Ministère, n'a pas donné de très bons résultats étant donné les nombreux changements qui se sont produits au sein du Ministère au cours du projet. L'incidence sur les structures institutionnelles a été plus marquée dans les provinces qu'au niveau central. Il a été procédé à l'instauration du système de

suivi et d'évaluation ainsi qu'aux deux études prévus dans cette composante. La composante concernant la formation et l'IEC n'a fait l'objet que de décaissements partiels du fait que des fonds étaient disponibles à titre de dons. Le bilan de l'élément visant à améliorer l'approvisionnement en médicaments de base était négatif au moment de la clôture du projet. Toutefois, l'objectif consistant à renforcer la prestation de soins de santé primaires, y compris la planification familiale, dans les trois provinces, ayant été atteint, le résultat du projet est classé comme satisfaisant.

### **Durabilité**

4.3 *Au plan technique.* L'organisation du système de prestations de services de santé prévu au projet a été conçue de manière à ce que ces programmes soient exécutés par du personnel polyvalent, selon plusieurs sortes de stratégies adaptées aux conditions locales (terrain, densité de la population, etc.) au moyen de différentes combinaisons d'installations, de méthodes de vulgarisation et de catégories de personnel. Ce nouveau système de prestations est devenu partie intégrante de l'effort de planification et de la mise en pratique et a été étendu à l'échelle nationale. Cependant, comme signalé dans le rapport d'achèvement du projet, certaines préoccupations subsistent quant à la qualité des soins et à l'efficacité des prestations. Les conditions de travail des infirmiers/infirmières itinérants, une fonction qui a considérablement contribué à étendre la couverture de la population, se sont dégradées faute d'un entretien adéquat des motocyclettes et en raison des retards enregistrés dans le versement des indemnités de subsistance. On rencontre également certaines difficultés pour assurer un approvisionnement régulier en médicaments et contraceptifs ainsi que le transport des équipes mobiles, difficultés qui réclameront une attention soutenue. La dotation en personnel est également un problème, étant donné que la catégorie la plus basse de personnel qui était la plus

susceptible d'accepter des postes d'infirmier itinérant, a été supprimée. Il risque donc d'être toujours aussi difficile d'attirer dans les zones montagneuses pauvres le nouveau personnel plus qualifié.

4.4 *Au plan financier.* Un montant adéquat de crédits budgétaires est nécessaire pour financer les médicaments, les indemnités de voyage, les indemnités de subsistance et les fournitures consommables nécessaires au fonctionnement des installations et services relevant du projet 20. En règle générale, le niveau de ressources allouées au secteur de la santé est bas, problème qui s'inscrit dans celui plus général des priorités en matière de finances publiques. Le fait que l'on continue de dépendre étroitement de l'aide extérieure pour financer à la fois les investissements de santé et les dépenses de fonctionnement entrave la capacité du Ministère de la santé publique d'organiser de manière cohérente ses priorités opérationnelles et de maîtriser l'allocation des ressources.

4.5 *Au plan général.* Toutefois, contrairement à ce qu'il en était lors de l'achèvement du projet, tous les services et les installations sont dorénavant opérationnels et malgré les contraintes financières et techniques, les autorités provinciales sont bien décidées à continuer de les faire fonctionner. Il existe par ailleurs deux projets-relais. D'après l'évaluation rétrospective, les réalisations du projet sont donc à classer comme durables.

---

20 Le personnel est payé directement par l'administration centrale du Ministère de la santé publique.

## **Incidence sur les structures institutionnelles**

4.6 L'incidence sur les structures institutionnelles est classée comme moyenne. Au niveau central, elle était limitée. Au niveau provincial, elle était notable. En outre, l'unité chargée du projet a acquis une certaine compétence pour la passation de marchés de travaux publics et l'INAS ainsi que les provinces se sont livrés à une évaluation très performante des projets. Certaines de ces réalisations au plan institutionnel ont déjà été transposées, tandis que d'autres pourraient l'être.

## **Résultats obtenus par l'emprunteur**

4.7 D'après l'évaluation rétrospective, qui rejoint en cela le rapport d'achèvement, l'emprunteur a obtenu d'excellents résultats dans l'analyse des problèmes et la conceptualisation des stratégies. Toutefois, il a été beaucoup plus difficile de traduire ces résultats en termes opérationnels. La capacité d'exécution du Ministère de la santé publique reste faible et a été notablement gênée par les fréquentes restructurations et réaffectations survenues pendant l'exécution du projet. Le rythme de l'exécution a été lent et il n'y a guère eu de suivi ni d'évaluation d'impact, autant dire une faiblesse pour ce qui était censé être une opération pilote. Toutefois, la méthode appliquée pour la prestation des services de santé de base a été généralisée dans tout le pays et est actuellement mise en oeuvre, en partie dans le cadre des autres projets-relais financés par la Banque. D'autre part, l'emprunteur a d'une manière générale satisfait aux conditions juridiques prévues par le projet 21. Les résultats obtenus par l'emprunteur sont donc classés comme satisfaisants.

---

21 Décrites en détail au Tableau 7 du rapport d'achèvement.

## Résultats obtenus par la Banque

4.8 La Banque a consacré beaucoup de moyens et de temps (1977-1985, par. 2.2-2.3) à l'identification, la préparation et l'évaluation de ce projet. Il en a résulté, comme il ressort du rapport d'évaluation, un projet bien conçu. Il est cependant à regretter que la Banque ait finalement accepté, à la demande du Gouvernement, d'inclure dans le projet une composante pour l'approvisionnement en médicaments. Vu avec le recul, ce fut une erreur. Il a été procédé à un travail d'analyse approfondi pour assurer une conception optimale de cette composante. L'action de la Banque pendant la période consacrée à cette mise au point a été exemplaire.

4.9 Toutefois, la supervision exercée par la Banque n'a pas été aussi complète ou approfondie que l'ont été ses efforts pendant la préparation et l'évaluation. On a eu beau souligner à maintes reprises que la complexité du projet et la faiblesse des institutions locales exigeraient une supervision intense, celle-ci n'a pas été effectuée à temps. La première a eu lieu un an après l'approbation par le Conseil et presque deux ans après l'évaluation. Dix mois se sont écoulés entre la première et la deuxième missions de supervision de la Banque (juin 1986 et avril 1987); quant à la troisième, elle a eu lieu plus d'un an après (août 1988) 22. La qualité de la supervision semble également avoir posé un problème, particulièrement pour ce qui est de la composante relative à l'approvisionnement en médicaments. On s'est surtout intéressé aux questions de décaissements, de passation de marchés et de crédits budgétaires. Même si l'on avait raison de voir là une entrave à une bonne exécution, cette orientation a fait que l'on ne s'est pas assez occupé des détails techniques. Les représentants de l'emprunteur ont déclaré à la mission d'évaluation rétrospective qu'ils regrettaient que les experts

---

22 Pour plus d'informations, voir la fiche de données de base. La mission de supervision menée en février 1988 n'est pas prise en compte car il s'agissait seulement d'une mission effectuée par l'agent chargé des décaissements qui devait discuter de la question des fonds de roulement. Quelle que soit son importance, on ne peut guère la considérer comme l'équivalent d'une supervision en bonne et due forme de la Banque.

techniques de la Banque n'aient pas passé davantage de temps sur le terrain pour échanger points de vue et avis avec leur collègues marocains. Ce sentiment était particulièrement fort à Settat, où il était prévu d'exécuter le volet consacré aux médicaments et où les responsables se sont sentis frustrés. Comme ils l'ont dit à la mission d'évaluation rétrospective, les missions de la Banque ne passaient normalement que la journée chez eux et consacraient davantage de temps à Agadir et à Taroudant. Par ailleurs, les missions se sont moins occupées de l'exécution du projet que de la mise au point du projet-relais sur les investissements dans le secteur de la santé, et ce depuis la troisième mission de supervision menée en août 1988. Cette supervision insuffisante de la Banque, comme reconnu dans le rapport d'achèvement du projet, a amené à méconnaître ou à délaisser longtemps les problèmes que posaient certaines composantes (par. 3.22).

4.10 En résumé, l'action de la Banque pendant la préparation et l'évaluation a été très satisfaisante, mais elle n'a pas été satisfaisante pendant la supervision. L'un dans l'autre, elle a donc été jugée satisfaisante. Malgré les déficiences, la liaison a été maintenue et la persévérance a finalement payé puisque, au niveau du secteur, le dialogue a été maintenu avant de s'améliorer.



## **5. Conclusions, problèmes et leçons**

### **Volet consacré à l'approvisionnement en médicaments**

5.1 Ce volet a été sans cesse une source de confusion et de malentendus. Le concept de préparation a certes fait l'objet d'une analyse attentive et l'unité chargée de cette préparation a bien été conçue pour s'occuper des médicaments de base, relativement peu nombreux, dont le secteur de la santé avait besoin, mais la construction définitive de l'unité chargée de la préparation n'avait rien à voir avec le projet initial. Au lieu de la superficie modeste de 800 m<sup>2</sup> prévue dans le rapport d'évaluation, cette unité s'étend en fait sur quelque 5.000 m<sup>2</sup>. Rien dans le dossier n'indique comment le nouveau plan a vu le jour ou pourquoi il a été approuvé. On ne comprend pas bien le besoin d'une unité aussi grande étant donné le volume relativement petit de médicaments de base consommés par le secteur public (environ 2 % de la consommation nationale) et leur faible valeur monétaire (les médicaments de base sont les moins coûteux).

5.2 D'après le rapport d'achèvement, le problème tient en partie au fait que jusqu'à récemment la position de la Banque concernant la politique à adopter dans le secteur pharmaceutique n'était pas claire. Toutefois, à l'époque du projet, la Banque avait une idée très claire de ce que devait être cette unité, idée soutenue par deux analyses économiques approfondies d'où il ressortait qu'il coûterait moins cher au Ministère de la santé publique de préparer et de conditionner des médicaments pour son programme de soins de santé primaires que de les acheter soit dans le secteur privé soit à l'UNICEF. L'évaluation rétrospective ne rejoint pas le rapport d'achèvement lorsqu'il y est dit que la Banque : 1) n'a pas clairement indiqué sa position; 2) n'a pas apporté l'appui nécessaire pour procéder à une évaluation en bonne et due forme de la faisabilité économique de cette unité; et 3) n'a pas arrêté

une politique pharmaceutique cohérente. S'agissant de ce dernier point, s'il est vrai que la Banque n'appliquait pas de politique pharmaceutique globale (cette question est actuellement traitée dans le cadre du projet en négociation relatif aux priorités sociales), elle a pourtant réussi à élargir le volet au-delà de la demande initiale du Ministère de la santé publique qui visait seulement à moderniser l'unité de production. Tous les aspects de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des médicaments dans le secteur public ont été inscrits au projet. L'intervention de la Banque s'en est trouvée davantage orientée vers l'élaboration d'une politique.

5.3 Des questions subsistent concernant cette composante, qui ont surgi en cours d'exécution. Il n'y a guère de signes que le personnel de la Banque ait exprimé des doutes sur cette composante au début du cycle du projet; il ressort par contre du dossier qu'à partir de 1992, c'est-à-dire six ans après l'entrée en vigueur du projet et un an après que les travaux de construction aient commencé, la Banque est revenue sur sa position initiale favorable à cette unité. Ce revirement semble avoir été provoqué par les inquiétudes dues aux retards enregistrés dans l'achat de l'équipement et la fourniture d'assistance technique, au statut juridique incertain de l'unité et, plus important, au désaccord avec le secteur privé quant à la gestion de la nouvelle unité.

5.4 Une question reste sans réponse : pourquoi a-t-on pris cette mesure si tard? Il n'y a pas grand-chose dans le dossier qui permette de l'expliquer, mais on peut trouver certaines réponses dans la genèse de cette composante.

5.5 Le volet consacré à l'approvisionnement en médicaments a été rajouté assez tard. A l'origine, le Ministère de la santé publique a proposé que son unité de préparation, chargée de la préparation de 46 médicaments de base destinés au système de soins primaires, soit modernisée dans le cadre du

projet 23. Comme signalé plus haut, une analyse économique approfondie de l'achat, de la gestion, de la distribution et de la production des médicaments de base a été entreprise à la fois par le Ministère de la santé publique (avec l'aide de l'OMS et de l'UNICEF) et par la Banque.

5.6 La Banque a consacré beaucoup de ressources à la mise au point de cette composante et a analysé toutes les solutions possibles. Elle a engagé un spécialiste international de la production et de la distribution des médicaments de base pour étudier le système pharmaceutique marocain. Dans son rapport, ce spécialiste a indiqué les améliorations qu'il suggérait d'apporter au plan original du Gouvernement. Dans son travail, il a également eu de nombreux entretiens avec des représentants du secteur privé qui ont déclaré être prêts à apporter leur appui et souhaiter coopérer. La Banque a acquis la conviction qu'une réorganisation du système d'approvisionnement en médicaments, y compris de la préparation, s'imposait. La conception finale de l'unité de préparation découlait des entretiens avec les fonctionnaires du Ministère de la santé publique et avec les représentants de l'industrie pharmaceutique et s'appuyait sur des études techniques réalisées par le Ministère avec l'aide de l'USAID, de l'UNICEF et de l'OMS 24. La conception finale présupposait également qu'une coopération s'instaurerait sous une forme ou sous une autre entre le Gouvernement du Maroc et le secteur privé en vue d'un système de préparation de médicaments fondé sur les discussions antérieures. En fait, il n'y a pas eu de coopération, et cette question n'était toujours pas réglée au

---

23 Pour défendre son point de vue, le Ministère de la santé publique a assuré la Banque que : a) l'achat de ces médicaments sur le marché international coûtait beaucoup trop cher en devises étrangères et que les formes finies ne répondraient pas aux besoins en matière de soins primaires; b) l'industrie locale ne s'était jamais montrée vraiment disposée à soumissionner pour la préparation de ces médicaments génériques bon marché qui demandait une immobilisation de capitaux et ne capacité de production pour un minimum de profit; et c) son analyse économique des deux approches possibles (« préparation assurée par le Ministère » contre « achats en vrac sur le marché international/local ») montrait que l'on pouvait réaliser des économies en optant pour la préparation par le Ministère.

24 La Banque s'est livrée à une autre analyse économique de ce volet en 1987 qui a confirmé les conclusions des études précédentes (voir par. 5.2).

moment de l'évaluation rétrospective. Vu avec le recul, il semblerait que cette hypothèse — à savoir que les deux parties parviendraient à un accord d'un type ou d'un autre — ait été une erreur fatale dans la mesure où il n'y eut jamais d'accord officiel. On ne s'est pas vraiment penché sur les mesures à prendre pour encourager le secteur privé à coopérer et le Ministère de la santé publique avait son propre programme en tête, à savoir remplacer son unité de préparation en mauvais état.

5.7 Les coûts du volet consacré à l'approvisionnement en médicaments ont été évalués dans le rapport d'achèvement du projet à l'équivalent de 13 millions de dollars, soit deux fois le montant prévu lors de l'évaluation. Au moment de l'évaluation rétrospective, l'unité de préparation n'était toujours pas opérationnelle et de nombreux obstacles subsistent dont l'absence d'accord sur : 1) le statut juridique de l'unité de préparation et 2) sa gestion par le secteur privé, n'est pas le moindre. Une des grandes préoccupations tient à ce que malgré sa valeur technique (l'unité de préparation a été très bien conçue), sa valeur financière et économique est douteuse étant donné sa taille et le fait que le secteur public consomme moins de 2 % de tous les médicaments consommés dans le pays. Aussi, même si la préparation revient peut-être moins cher en théorie que l'importation, l'opération risque-t-elle fort de ne pas être viable en raison du faible volume de médicaments et du fait que les prix sont si bas dans le secteur public qu'il n'y a aucune marge bénéficiaire possible. Il est connu que le secteur privé a une capacité de production excédentaire, ce qui fait qu'il n'a pas grand intérêt à rechercher un accord de coopération avec le Ministère de la santé publique pour la gestion et l'exploitation de l'unité de préparation.

5.8 Il est surprenant que la Banque ait accepté l'idée d'une préparation locale puis ait éludé la question au fur et à mesure qu'elle prenait dangereusement de l'importance. Il est manifeste que la Banque est en tort pour ne pas avoir suivi de plus près la question de l'unité de préparation et ne pas

s'être arrêtée plus tôt sur les problèmes qui risquaient d'en découler. Cette erreur peut être attribuée au manque d'expérience de la Banque dans le secteur pharmaceutique. La supervision de cette composante, a-t-on fait valoir, s'est révélée difficile étant donné l'absence de spécialistes des produits pharmaceutiques à la Banque, la minceur du fichier de consultants internationaux connus et le peu de fonds disponibles pour la supervision. Toutefois, la Banque ayant accepté de financer ce volet, elle aurait dû apporter les connaissances techniques nécessaires à l'exécution de cette composante, comme elle l'avait fait au niveau de la conception. Il est d'autre part évident que le revirement de la Banque lorsqu'elle a cessé, à un stade si tardif du projet, de soutenir le principe de l'unité de préparation, a provoqué des ressentiments et de l'amertume au Ministère de la santé publique. D'après le personnel de la Banque, cette question est devenue une sorte d'abcès dont les effets se ressentent à tout moment dans le dialogue.

#### **Suivi et évaluation de la composante concernant les soins de santé de base**

5.9 Le plan du système de prestations de soins de santé de base mis au point dans le cadre du projet reposait sur un examen détaillé des consultations effectué à Agadir et à Settat pendant la phase de préparation. Grâce à cette étude, le Ministère de la santé publique disposait d'un profil précis de la demande actuelle ainsi que d'un bon aperçu des principaux défauts du système de prestations existant. Sur la base de cette étude, les centres de santé se sont vu fixer les objectifs suivants :

- a) *au plan de l'hospitalisation* — meilleure réception des patients, modification des horaires pour s'adapter aux besoins des consommateurs, réduction du temps d'attente, accès plus facile aux infirmières ou aux médecins, etc.;

- b) *au plan de la qualité des soins* — amélioration des services de laboratoire et de radiologie, aide pour le transport en cas d'urgence, plus grande facilité dans l'orientation des patients vers les hôpitaux et leur admission, amélioration des dossiers médicaux, soins dentaires de base urgents; et
  
- c) *au plan de la distribution des médicaments de base* — meilleur approvisionnement en médicaments nécessaires, ordonnances bien établies et distribution efficace.

Il a été souligné dans le rapport d'évaluation que les progrès dans ce domaine garantiraient le maintien d'une participation des collectivités au programme de santé publique. Un calendrier a été arrêté et les progrès devaient être suivis de près. Or, le suivi et l'évaluation de la composante concernant les soins de santé de base entrepris par l'INAS n'a porté ni sur la question de la satisfaction des patients ni sur celle de la qualité des soins.

5.10 L'évaluation de l'INAS a fait ressortir que les installations sanitaires de base dans les trois provinces étaient sous-utilisées. Toutefois, cette observation n'était pas quantifiée ni les raisons de cette situation expliquées. En se fondant sur un petit nombre d'entretiens, la mission d'évaluation rétrospective a pu cerner les raisons suivantes qui expliquent cette sous-utilisation : la distance à parcourir et le temps nécessaire pour arriver jusqu'aux centres, la sensation de mauvaise qualité que donnaient les services, l'absence de système d'aiguillage des patients, la longueur des attentes; et le manque de médicaments. Il était signalé en outre que les installations privées n'étaient pas très chères, que le temps d'attente y était certainement plus court et qu'on y trouvait un meilleur service (un personnel plus agréable et davantage de temps passé avec le médecin).

5.11 Il semblerait essentiel d'entreprendre une enquête auprès des patients pour mieux évaluer leur satisfaction ou la qualité des soins. L'INAS a fait savoir à la mission d'évaluation rétrospective qu'il souhaiterait entreprendre ce genre de recherche et que des ressources seraient disponibles. Toutefois, l'Institut a reconnu qu'il aurait besoin de l'aide d'un spécialiste. La mission recommande que l'on inclue dans les projets-relais les enquêtes auprès des patients et les études de la qualité des soins.

5.12 Comme indiqué plus haut, le suivi et l'évaluation n'ont pas été effectués à temps: ils ont eu lieu par exemple à la fin du projet et non pas au milieu comme prévu. Par ailleurs, les rapports détaillés des provinces n'ont pas été remis à la Banque. Le suivi et l'évaluation dans les trois provinces n'en ont pas moins représenté une importante opération qui a été très bien exécutée et a procuré une masse de données dont les autres provinces ne disposent pas. Même si les projets-relais font appel à des principes semblables, les responsables provinciaux du projet se sont déclarés frustrés parce qu'ils n'avaient pas été suffisamment consultés sur les enseignements tirés, et que la masse de données d'expérience acquises grâce au projet — en termes d'exécution, de mesure, d'évaluation administrative, etc. — a été insuffisamment exploitée. Ils ont eu le sentiment que dans une grande mesure « on avait réinventé la roue ». Comme le signale le rapport d'achèvement, on a ainsi manqué l'occasion de mettre à profit l'expérience acquise dans l'élaboration des projets-relais.

5.13 Une base a néanmoins été créée pour le suivi et l'évaluation. On peut facilement l'élargir (en l'étendant à d'autres provinces) et l'approfondir pour y inclure l'évaluation des impacts (initialement prévue pour les trois provinces couvertes par le projet). L'INAS ayant fait la preuve de sa capacité dans ce domaine, la mission d'évaluation suggère que la Banque étudie la possibilité de l'aider à procéder à une évaluation semblable du PRISS (Projet d'investissement dans le secteur de la santé,

Prêt 3171-MOR). Cela dit, ces études devraient également porter sur l'impact et en outre servir à évaluer l'efficacité et la qualité des soins.

### **Enseignements tirés**

5.14 Les leçons et les conclusions tirées de ce projet sont les suivantes :

- a) Les projets doivent maintenir une certaine souplesse pour que le plan initial puisse être adapté aux besoins lorsque ceux-ci évoluent. Tant les bénéficiaires que les autorités sanitaires provinciales ont participé à la conception du projet, mais le plan détaillé n'encourageait pas le maintien de cet élément de participation tout au long de l'exécution du projet. Le personnel de terrain s'est plaint auprès de la mission d'évaluation rétrospective de la rigidité de la conception du projet et des procédures de la Banque. La réponse à cela ne doit pas être moins de minutie dans la conception, mais davantage d'ouverture dans l'exécution. À cet égard, les longs laps de temps qui s'écoulaient entre les missions de la Banque, entre l'évaluation et la supervision et entre les diverses supervisions ne vont certainement pas dans le bon sens.
- b) Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès le début de la période d'exécution si l'on veut qu'ils puissent influencer sur les résultats. Dans le projet à l'examen, l'élément bien conçu de suivi et d'évaluation mis en place a fourni énormément de données. Ces données ont néanmoins été produites trop tard pour



que les enseignements à en tirer puissent servir à l'exécution du projet ou aider à la conception du projet-relais.

- c) Il est essentiel qu'une bonne communication et un dialogue continu s'instaurent entre la Banque et l'organisme d'exécution de manière à éviter les malentendus. Malgré la préparation détaillée du volet pharmaceutique, de graves malentendus se sont produits qui ont nui aux résultats de ce volet. Il est difficile de dire si la raison en est l'absence d'accord dès le début, un défaut de cohérence dans les messages de la Banque et/ou la fréquence des changements de personnel tant à la Banque qu'au Ministère de la santé publique qui ont gêné les partenaires dans leur interaction. Il en est résulté finalement une amertume persistante au Ministère et un certain embarras à la Banque qui continuent de gêner le dialogue dans le secteur de la santé.
- d) La mise au point de nouveaux projets ne devrait pas empêcher la supervision du projet en cours. En l'occurrence, la préparation du projet-relais a commencé presque immédiatement (lors de la troisième mission de supervision). Centrer tous les efforts sur la préparation du projet-relais s'est soldé par une mauvaise supervision du projet à l'examen.
- e) Les emprunteurs préfèrent que leurs dons aillent aux activités de formation et d'assistance technique. Cette préférence n'est pas incompatible avec une meilleure coordination entre les donateurs et avec une certaine souplesse dans la mise au point et l'exécution de ces éléments.

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

le 29 avril 1996

Son Excellence  
Docteur Ahmed Alami  
Ministre de la Santé Publique  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V  
Rabat, Maroc

Attachments:  
French version  
(8 April)  
English version  
(8 April)

**Objet: *Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Ministre,

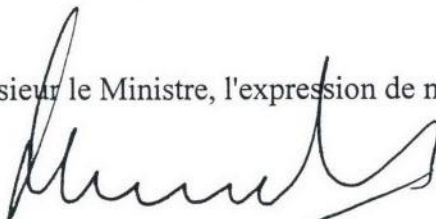
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes

**MOROCCO: Health Development Project (Loan 2572-MOR)**  
**[Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)]**  
**Draft Performance Audit Report**

S.E. Dr. Ahmed Alami  
Ministre de la Santé Publique  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V

S.E.M. Lamine Benomar  
Ministre délégué auprès du Premier Minstre chargé de la Population  
Ministère de la Population  
Quartier de Ministères

S.E. Dr. Benbrahim Fikri  
Directeur, Institute National d'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca

S.E.M. Mohamed Hama  
Ministre délégué auprès du Primier Ministre chargé de l'incitation de l'economie  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif

S.E.M. Mohamed Kabbaj  
Ministre des Finances et des Investissements Exterieurs,  
Division des projets financés  
Ministère des Finances et des Investissements Exterieurs  
Cité Administrative

*+3 provincial  
délégués*

S.E.M. Mohamed Laaziri  
Directeur de la Plantification, de la Statistique et de l'Informatique  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V

*+ Assistant  
Mme  
Bendjoun*

S.E.Dr. Mohamed Lardi  
Enseignant-Chercheur  
Institute National d'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca

S.E.M. Monkid Mestassi  
Responsable de la coordination des relations avec la Banque mondiale  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif

le 29 avril 1996

Docteur Benbrahim Fikri  
Directeur, Institut National d'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca  
Rabat, Maroc

***Objet: Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Directeur,

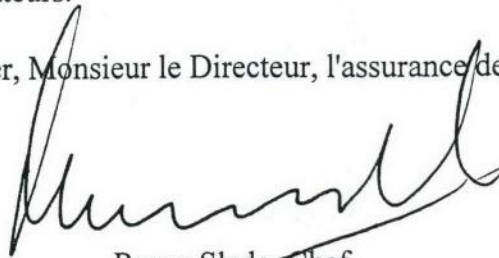
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

le 29 avril 1996

Son Excellence  
Monsieur Mohamed Hama  
Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de l'incitation de l'économie  
Ministère de l'Incitation de l'Économie  
Quartier Administratif  
Rabat, Maroc

***Objet: Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Ministre,

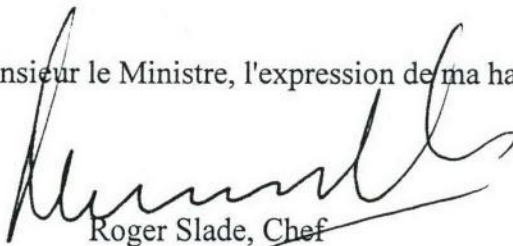
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes

**The World Bank**

INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT  
INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION

1818 H Street N.W.  
Washington, D.C. 20433  
U.S.A.

(202) 477-1234  
Cable Address: INTBAFRAD  
Cable Address: INDEVAS

le 29 avril 1996

Monsieur Mohamed Laaziri  
Directeur de la Planification, de la Statistique et de l'Informatique  
Ministère de la Santé Publique  
335, Avenue Mohamed V  
Rabat, Maroc

**Objet: *Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Directeur,

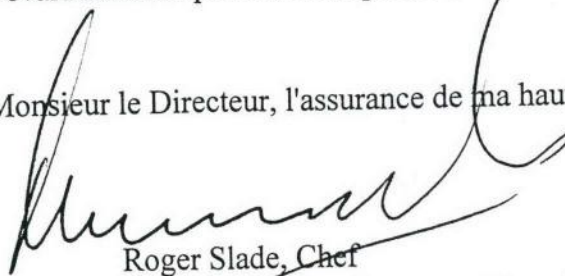
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes

le 29 avril 1996

Son Excellence  
Monsieur Mohamed Kabbaj  
Ministre des Finances et des Investissements Extérieurs, Division des projets financés  
Ministère des Finances et des Investissements Extérieurs  
Cité Administrative  
Rabat, Maroc

**Objet: *Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Ministre,

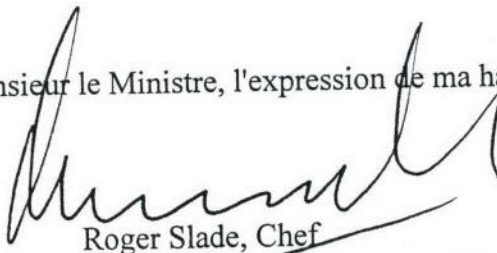
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes

le 29 avril 1996

Dr. Mohamed Lardi  
Enseignant-Chercheur  
Institut National d'Administration Sanitaire  
Km 4,5 Route de Casablanca  
Rabat, Maroc

*Objet: Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)*

Docteur Lardi,

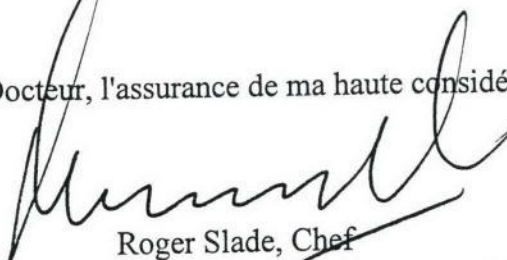
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes



le 29 avril 1996

Monsieur Monkid Mestassi  
Responsable de la coordination des relations avec la Banque mondiale  
Ministère de l'Incitation de l'Economie  
Quartier Administratif  
Rabat, Maroc

***Objet: Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur Mestassi,

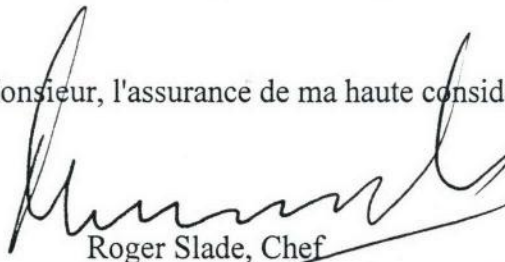
Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes

le 29 avril 1996

Son Excellence  
Monsieur Lamine Benomar  
Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Population  
Ministère de la Population  
Quartier de Ministères  
Rabat, Maroc

***Objet: Projet de Développement des Services de Santé (Crédit 2572-MOR)***

Monsieur le Ministre,

Le Département de l'évaluation rétrospective des opérations de la Banque mondiale est un service indépendant chargé de faire rapport au Conseil des administrateurs, principalement sur l'évaluation rétrospective des opérations de prêt ou de crédit. Le but de cette évaluation est de déterminer la mesure dans laquelle les objectifs du projet ont été atteints, d'identifier les causes de succès ou d'échec, d'évaluer l'efficacité des services de la Banque dans le cadre des opérations de prêt, et de dégager les leçons qui peuvent servir de base pour améliorer la qualité de ses services en matière de prêt et d'assistance technique.

Nous avons l'honneur de vous transmettre, ainsi qu'aux autres personnes figurant sur la liste ci-jointe, la version préliminaire du rapport d'évaluation rétrospective du projet susmentionné, établi par le Département de l'évaluation rétrospective des opérations. Pour vous en faciliter l'examen, nous vous envoyons également sa traduction en français.

Nous vous invitons à nous faire part, d'ici au 31 mai 1996, de toutes observations que vous-même ou vos collègues souhaiteriez présenter au sujet de ce document. Nous tiendrons compte de ces observations lorsque nous réviserons cette version préliminaire et nous les reproduirons intégralement en annexe au rapport final qui sera soumis à nos administrateurs.

Si vous n'avez aucune observation à présenter, nous vous saurions gré de bien vouloir nous en aviser, de préférence par fax ou par télex. Nous vous transmettrons un exemplaire de la version définitive du rapport d'évaluation rétrospective lorsqu'elle aura été remise à nos administrateurs.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Roger Slade, Chef

Division de l'Agriculture et du Développement Humain  
Département de l'Évaluation Rétrospective des Opérations

Pièces jointes