

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الثانية

روما، 6- 2006/11/10

مشاريع البرامج القطرية

البند 7 من جدول الأعمال

مشروع البرنامج القطري لزامبيا 10477.0 (2007-2010)

دعم بناء القدرات الوطنية في إدارة برامج الحد من
الجوع

مقدمة للمجلس للنظر فيها



Distribution: GENERAL

WFP/EB.2/2006/7/2

22 September 2006

ORIGINAL: ENGLISH

طبعت هذه الوثيقة في عدد محدود من النسخ. يمكن الإطلاع على وثائق المجلس التنفيذي
في صفحة برنامج الأغذية العالمي في شبكة انترنت على العنوان التالي:
(<http://www.wfp.org/eb>)

مذكرة للمجلس التنفيذي

الوثيقة المرفقة مقدمة للمجلس التنفيذي للنظر فيها

تدعو الأمانة أعضاء المجلس الذين يرغبون في إبداء بعض الملاحظات أو لديهم استفسارات تتعلق بمحتوى هذه الوثيقة إلى الاتصال بموظفي برنامج الأغذية العالمي المذكورين أدناه، ويفضل أن يتم ذلك قبل ابتداء دورة المجلس التنفيذي بفترة كافية.

066513-2401 رقم الهاتف: Mr A. Abdulla مدير المكتب الإقليمي للجنوب الأفريقي (ODJ):

066513-2383 رقم الهاتف: Mr K. Sato كبير موظفي الاتصال (ODJ):

الرجاء الاتصال بالسيدة C. Panlilio، المساعد الإداري لوحدة خدمات المؤتمرات، إن كانت لديكم استفسارات تتعلق بإرسال الوثائق المتعلقة بأعمال المجلس التنفيذي وذلك على الهاتف رقم: (066513-2645).

ملخص

تقدّم وثيقة البرنامج القطري هذه برنامجاً لأنشطة الفترة 2007-2010، وتستند الوثيقة إلى خطة التنمية الوطنية الخامسة لحكومة زامبيا وإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية (2007-2010)، واستنتاجات تقييم منتصف المدة الذاتي المشترك بين الحكومة والبرنامج الذي أجري للبرنامج القطري الثاني لزامبيا (2002-2006) في الفترة يوليو/تموز - أغسطس/آب 2005. ويرمي البرنامج القطري إلى تعزيز القدرات المؤسسية والتقنية للحكومة في مجال توفير شبكات الأمان الاجتماعية لمساعدة أسر الفقراء الجوعى، لا سيما الأسر المتضررة بفيروس/مرض الإيدز، على تلبية احتياجاتها من التعليم والصحة والتغذية بشكل مستدام مع النهوض في الوقت ذاته بقدرتها على مواجهة الصدمات الخارجية.

وتسهم جميع أنشطة البرنامج القطري في تحقيق ثلاثة نتائج رئيسية، هي:

- ◀ تعزيز القدرة الوطنية على إنشاء وإدارة برامج وطنية للمساعدة الغذائية لتقديم وجبات مدرسية، وتحسين الحالة الصحية والتغذوية، وإدارة الكوارث والتخفيف من آثارها؛
- ◀ زيادة رفاه الأشخاص الفقراء والجياع من خلال تحسين الممارسات الصحية والتغذوية، وإعادة إنشاء قاعدة أصول لزيادة قدرة الأسر والمجتمعات المحلية لإعادة تأهيل الأصول أو تكوينها والحفاظ عليها؛
- ◀ تعزيز قدرة أطفال الأسر الفقيرة التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي على كسب الدخل بنأهيلهم لمواصلة التعليم والتدريب المهني.

وسوف يركّز البرنامج القطري على (1) تحسين الوضع التغذوي والصحي للنساء الحوامل والمرضعات، والأطفال المصابين بسوء التغذية، والأشخاص المصابين بفيروس/مرض الإيدز؛ (2) زيادة الفرص أمام الجميع، لا سيما البنات والأيتام، للحصول على التعليم الأساسي؛ (3) المساهمة في تحقيق سبل مستدامة للمعيشة، والحد من التعرّض للكوارث وانعدام الأمن الغذائي في المجتمعات المحلية المعرّضة لهشاشة الأوضاع. وسوف تركز الأنشطة على انعدام الأمن الغذائي المزمن، وارتفاع معدلات سوء التغذية، وتفشي فيروس/مرض الإيدز.

وتراعي الميزانية الموارد المحدودة المتاحة للتنمية؛ ويبلغ الحد الأعلى لها 34.4 مليون دولار أمريكي؛ وتغطي الموارد المتاحة احتياجات 936 178 مستفيد على مدى أربع سنوات. ولذلك سيلتزم البرنامج مساهمات من مصادر أخرى بما مقداره 5.5 مليون دولار أمريكي لتلبية احتياجات 20 000 مستفيد آخر من النساء الحوامل، ومرضى السل والأشخاص المصابين بفيروس/مرض الإيدز الذين يعانون لمنع تحول الفيروس إلى المرض، والأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، وذلك من خلال توسيع أنشطة برنامج تغذية الفئات الضعيفة.

مشروع القرار*

يقر المجلس مشروع البرنامج القطري لزامبيا 10447.0 (2010-2007) (الوثيقة WFP/EB.2/2006/7/2)، الذي تصل احتياجاته من الأغذية 52 201 طن متري بتكلفة مقدارها 28.8 مليون دولار لتغطية جميع التكاليف التشغيلية المباشرة، ويفوض الأمانة بصياغة برنامج قطري مع مراعاة ملاحظات أعضاء المجلس.

* هذا مشروع القرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات (الوثيقة WFP/EB.2/2006/16) الصادرة في نهاية الدورة.



تحليل الوضع

- 1- جاءت زامبيا في المرتبة 166 من بين 177 بلداً في تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2005. وخلال عقد التسعينات، أثر هبوط أسعار النحاس تأثيراً سلبياً على التنمية الاقتصادية في زامبيا، مما أفضى إلى انخفاض مضطرب في جميع مؤشرات التنمية. وفي 2002-2003، لم يتمكن ثلثا السكان البالغ عددهم 10.76 مليون نسمة من تلبية احتياجاتهم الغذائية الأساسية؛ وكانت المرأة ترأس 23 في المائة من الأسر، في حين يبلغ عدد الأيتام بين الأطفال دون التاسعة عشرة من العمر 20 في المائة⁽¹⁾. وفي عام 2002، بلغت نسبة السكان الذين يعيشون دون خط الفقر الرسمي 67 في المائة مقارنة بما نسبته 70 في المائة في مطلع التسعينات⁽²⁾.
- 2- وما زال الحد من الفقر يشكّل تحدياً بسبب أعباء الديون، وتدني القدرة المؤسسية، وعدم فعالية الإنفاق العام. وخلال الفترة 2004-2005، وصلت زامبيا إلى نقطة الذروة البلدان الفقيرة المثقلة بالديون؛ وتلقت زامبيا منذ ذلك الحين إعانات لتخفيف أعباء ديونها، وازدادت تدفقات المعونة، وارتفعت معدلات الاستثمارات الأجنبية في قطاع التعدين. ولكن مستويات الفقر ما زالت مرتفعة، حيث تبلغ 74 في المائة في المناطق الريفية، و 52 في المائة في المدن، و 76 في المائة بين صغار المزارعين والأشخاص الذين يعيشون في "المناطق الحضرية زهيدة التكاليف"⁽³⁾. وكان الاتجاه السائد لأغلبية الأهداف الإنمائية للألفية سلبياً على مدى العقد الماضي.
- 3- وما زالت آثار فيروس/ مرض الإيدز تقوّض الجهود الرامية إلى الحد من الفقر، حيث تشير التقديرات إلى أن 16 في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 عاماً مصابون بالفيروس⁽⁴⁾. وترتفع معدلات انتشار المرض بين الشباب عنها بين الشباب، ولكن معدلات انتشاره بين المراحل العمرية الأكبر تزيد بين الرجال عنها بين النساء. وتعتبر النساء اللاتي يتحملن المسؤولية الرئيسية عن تقديم الرعاية أكثر تعرّضاً للإصابة بفيروس/ مرض الإيدز، مما يحد في كثير من الأحيان من أنشطتهن الإنتاجية، وهو ما يكشف في المقابل عن انخفاض الإنتاج الزراعي ويؤثر سلباً على الأمن الغذائي بالنظر إلى أن عدد النساء اللاتي يشتركن في إنتاج الغذاء على المستوى الأسري يزيد على عدد الرجال.
- 4- وتمثل الزراعة، وهي الحرفة الرئيسية لما نسبته 72 في المائة من القوى العاملة، 18 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي⁽⁵⁾. وتمثل زراعة الكفاف 80 في المائة من إنتاج الذرة والكاسافا. ويسير نمو الزراعة بوتيرة بطيئة بسبب عدم كفاءة ممارسات الزراعة، والافتقار إلى المدخلات، والاعتماد على الزراعة البعلية، وتخلف الأسواق. ومما يعوق إنتاج الأغذية التحوّل السريع إلى زراعة القطن والتبغ، وعوامل السوق المثبّطة للمنتجين المحليين بسبب رخص أسعار الأغذية المستوردة. ويساهم تدني الإنتاج الزراعي في استمرار انعدام الأمن الغذائي في جميع أنحاء زامبيا، حيث يشير المسح الثالث المتعلق برصد أوضاع المعيشة إلى انعدام الأمن الغذائي بين 76 في المائة من مزارعي المحاصيل الغذائية الذين تغلب عليهم النساء، ويعانون عجزاً شديداً في الغذاء خلال موسم الجذب الذي يمتد من سبتمبر/أيلول حتى فبراير/شباط، وذلك أساساً بسبب عدم كفاية الإنتاج في مواسم الأمطار.

(1) المسح الثالث المتعلق برصد أوضاع المعيشة، 2002-2003. الجهاز المركزي للإحصاء، نوفمبر/تشرين الثاني 2004.

(2) نفس المرجع السابق.

(3) نفس المرجع السابق.

(4) الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية لزامبيا للفترة 2001-2002، الجهاز المركزي للإحصاء.

(5) خطة التنمية الوطنية الخامسة.



- 5- ولا يملك الفقراء الدخل، ولا تتاح لهم سُبُل الحصول على التعليم والخدمات الصحية والمياه النظيفة والبنية الأساسية. ويصاحب فقر الدخل تدهور في مؤشرات الرفاه البشري، حيث ارتفعت نسبة التقزم بنحو 10 في المائة خلال التسعينات؛ وفي عام 2000⁽⁶⁾، بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يعانون اضطراب النمو 49 في المائة، وبلغت نسبة الذين يعانون من نقص الوزن 23 في المائة، ونسبة المصابين بالهزال 5 في المائة؛ ويموت 10 في المائة من الأطفال قبل بلوغ عامهم الأول، ولا يعيش سوى 6 في المائة من الأطفال الآخرين بعد 5 سنوات.
- 6- وتعتمد الأسر الريفية بشكل رئيسي على إنتاجها الخاص، حيث تبلغ نسبة الإنفاق المتعلق بالاستهلاك 55 في المائة مقارنة بما نسبته 4 في المائة بين أسر المناطق الحضرية⁽⁷⁾. وخلص المسح الذي أجرته لجنة تقدير هشاشة الأوضاع في زامبيا في يوليو/حزيران 2005 إلى أن هذه النسبة بلغت 80 في المائة في المناطق الأشد تعرضاً للجفاف، وهو ما يؤكد تعرض الأسر الريفية لانعدام الأمن الغذائي المرتبط بالإنتاج.
- 7- وتنقش الأمية بين الكبار. ولا يستطيع 32 في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على 15 عاماً القراءة أو الكتابة؛ وتصل نسبة الأمية بين النساء 40 في المائة. وأما معدلات التسجيل في المدارس الابتدائية ومعدلات إتمام التعليم الابتدائي التي كانت قد هبطت في أوائل التسعينات فقد بدأت تتحسن خلال العامين الماضيين⁽⁸⁾، ولكن معدلات المواظبة على الدراسة تنخفض كثيراً في المناطق الريفية عنها في المدن.
- 8- ويجب عكس مسار هذه الاتجاهات لكي تحقق زامبيا الأهداف الإنمائية للألفية. وترمي خطة التنمية الوطنية الخامسة إلى الحد من الفقر من خلال تعزيز النمو الاقتصادي لصالح الفقراء، ودعم تنمية البنية الأساسية، والنهوض بالتنسيق والإدارة، وزيادة فرص الحصول على الخدمات الاجتماعية والعمامة وتحسين جودتها، وتعميم الوعي بفيروس/مرض الإيدز، وقضايا المساواة بين الجنسين، والبيئة. وتلتزم الحكومة بسياسة لمكافحة الفساد، وتعتبر استقرار الاقتصاد الكلي شرطاً للنمو الموجّه نحو التصدير الذي يأخذ بزمامه القطاع الخاص. وسوف يتطلب بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف خطة التنمية الوطنية الخامسة التزاماً معززاً من الحكومة تجاه الفقراء، ومواصلة ضخ الموارد وتسريع وتيرة النمو.
- 9- وتعتبر زامبيا عرضة للجفاف والفيضانات. ومنذ الموسم الزراعي 2001/2002 تكررت بشكل دوري حالات تلف المحاصيل جرّاء عدم استقرار وتيرة هطول الأمطار في زامبيا وفي غيرها من بلدان الإقليم. واستجاب مكتب البرنامج في زامبيا لتلك الأزمات الغذائية من خلال عمليتين إقليميتين للطوارئ والعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش 10310 التي تستغرق ثلاث سنوات. وتمشياً مع سياسة الحكومة، جمع البرنامج بين عمليات توسيع الإغاثة والأنشطة القائمة على تشغيل العمال وقام بتوسيع أنشطة التغذية المدرسية في المجتمعات المحلية والأنشطة التغذوية لتلبية الاحتياجات من أغذية الإغاثة.
- 10- وتحدّد خطة التنمية الوطنية الخامسة أهدافاً لتنمية الزراعة والصحة مع إيلاء عناية خاصة للتوعية بفيروس/مرض الإيدز والحماية الاجتماعية بما يتماشى مع الأهداف الإنمائية للألفية. وتقدّم وكالات الأمم المتحدة دعم خطة التنمية الوطنية الخامسة ضمن إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية وذلك من خلال التركيز على (1) فيروس/مرض الإيدز؛ (2) الخدمات الاجتماعية الأساسية؛ (3) التنسيق والإدارة؛ (4) الأمن الغذائي. واشتركت الأمم المتحدة في استراتيجية المساعدة المشتركة لزامبيا التي توجهها الحكومة.

(6) آخر البيانات المتاحة.

(7) المسح الثالث المتعلق برصد أوضاع المعيشة.

(8) يشير المسح الثالث المتعلق برصد أوضاع المعيشة إلى أن معدلات الالتحاق الصافي في المدارس الابتدائية بلغت 75 في المائة في الفترة 2002-2003.

11- وسوف يساهم البرنامج القطري في تحقيق الأهداف الإنمائية الوطنية في المجالات التي حددها إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية وذلك بتزويد الحكومة بنماذج لتطبيقها على (1) الالتحاق بالمدارس الابتدائية؛ (2) التغذية التكميلية؛ (3) الرعاية المنزلية للمصابين بفيروس/ مرض الإيدز ومرضى السل في البرنامج الوطني للعلاج بمضادات فيروسات النسخ العكسي؛ (4) نشر الممارسات الصحية والتغذية؛ (5) تكوين الأصول على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي. وسوف يجمع البرنامج القطري بين المساعدة الغذائية والتحويلات النقدية⁽⁹⁾ الموجهة إلى الأسر ذات القدرات المنخفضة بما يتماشى مع أهداف الحماية المجتمعية المحددة في خطة التنمية الوطنية الخامسة. كما سيساند البرنامج وحدة إدارة الكوارث والتخفيف منها في مكتب نائب الرئيس ولجان تقدير هشاشة الأوضاع وذلك من خلال تعزيز القدرات المؤسسية في مجال تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها بالشراكة مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى والجهات المانحة.

التعاون السابق والدروس المستفادة

12- أُجري في الفترة يوليو/تموز - أغسطس/آب 2005 تقييم ذاتي قائم على المشاركة في منتصف المدة للبرنامج القطري الثاني لزامبيا (2002-2006) لبحث "ملاءمة وكفاءة وفعالية" استجابة البرنامج لانعدام الأمن الغذائي بين الفقراء الجياع المستهدفين، وشكّل هذا التقييم عملية لبناء قدرات الحكومة وموظفي المكتب القطري والشركاء. وروعت استنتاجات التقييم في صياغة وثيقة البرنامج القطري.

13- وعولجت حالات نقص الأغذية التي وقعت مؤخراً من خلال عمليات للطوارئ وعملية ممتدة للإغاثة والإنعاش، وهي عمليات تعالج في العادة حالات انعدام الأمن الغذائي المؤقت؛ ولا تعالج الأسباب الهيكلية لانعدام الأمن الغذائي أو تعمل على بناء القدرات لمواجهة الكوارث في الأسر والمجتمعات المحلية الأشد ضعفاً. ولذلك فإن الهدف من هذا البرنامج القطري هو مساعدة الأسر الضعيفة على زيادة قدرتها على مواجهة الكوارث.

14- وتتمثل الغاية من البرنامج القطري 10447.0 (2007-2010) في تعزيز القدرة التقنية والمقدرة المؤسسية للحكومة على توفير برامج شبكات الأمان لمساعدة أسر الفقراء الجياع، لا سيما الأسر المتضررة بفيروس/ مرض الإيدز على تلبية احتياجاتهم من التعليم والصحة والتغذية بشكل مستدام مع النهوض في الوقت ذاته بقدراتها على مواجهة الصدمات الخارجية. وسوف يستهدف البرنامج القطري في المقام الأول الأسر الريفية ويعالج الأسباب المباشرة والأساسية لانخفاض الإنتاجية.

15- ويسهم البرنامج القطري 10447.0 في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من 1 إلى 7. وبالتركيز على المجالات المحددة في إطار عمل الأمم المتحدة الثالث للمساعدة الإنمائية، تمت صياغة البرنامج القطري بالتعاون مع الوزارات والأمم المتحدة والشركاء الآخرين بما يتماشى مع الأهداف الاستراتيجية للبرنامج من 2 إلى 5.

16- وتشمل الدروس المستفادة من التجارب السابقة في عمليات الطوارئ ضرورة زيادة التعاون بين الشركاء في التنمية وبين الحكومة، لا سيما في توفير شبكات الأمان الاجتماعي، مثل التحويلات النقدية. ويتسم شراء الأغذية محلياً بفعالية في

⁽⁹⁾ يهتم البرنامج القطري أساساً باستكمال المساعدة النقدية بالمساعدة الغذائية حسب الاقتضاء. ولن يقدم المكتب أموالاً نقدية، ولكنه سيسكمل مصروفات الوكالات الأخرى عندما ينخفض مستوى توفر الأغذية.

تشجيع الإنتاج المحلي شريطة توفر مخزونات ذات نوعية جيدة في السوق المحلية، ولكن التبرعات العينية ما زالت أساسية لسد الثغرات وتحقيق الاستقرار في الأسواق، وكفالة الأمن الغذائي الأسري.

التركيز الاستراتيجي للبرنامج القطري

- 17- تماشياً مع الأولويات المحددة في خطة التنمية الوطنية الخامسة سينصب التركيز الاستراتيجي لهذا البرنامج القطري على الهدفين الاستراتيجيين للبرنامج 2 و 5، على أن يستكمل ذلك بهدف بناء القدرات الوطنية المحدد في خطة التنمية الوطنية الخامسة وإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية.
- 18- وفي سياق برامج إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية التي تدعم خطة التنمية الوطنية الخامسة، سيساعد البرنامج القطري 10447.0 الحكومة على توسيع وتكرار النماذج الناجحة في مجال التعليم الابتدائي الأساسي والخدمات الصحية والتغذوية للأطفال دون الخامسة من العمر، والنساء الحوامل والمرضعات المعرضات لخطر الإصابة بسوء التغذية، ومرضى السل والمصابين بفيروس/ مرض الإيدز، وكذلك لتحقيق سبل مستدامة للمعيشة من خلال تكوين أصول منوعة في المقاطعات التي ينعدم فيها الأمن الغذائي الأكثر عرضة للكوارث الطبيعية. وستنفذ الأنشطة الثلاثة في إطار برامج المساعدة الغذائية الوطنية لتعزيز تنمية أسواق المحاصيل الغذائية، وتعبئة الإنتاج الغذائي المحلي، وزيادة القدرة على مواجهة الكوارث الطبيعية.
- 19- وسيعزز البرنامج القطري قدرة المؤسسات الحكومية والنظراء على مستوى المقاطعات لتعزيز ملكية الحكومة والمجتمع المحلي للبرنامج القطري. وتوجد بالفعل هيئات لإدارة البرامج على مستوى المقاطعات والمجتمعات المحلية داخل المقاطعات التي سينفذ فيها البرنامج القطري. ويقدم شركاء البرنامج المنفذون علاقات عمل مع تلك الهيئات منذ عملية الإغاثة 2005-2006 التي نُفذ الجانب الأكبر منها بطريقة لا مركزية. وعُقدت حلقات عمل توجيهية لصياغة الإطار المنطقي ووضع آليات للتنسيق وتحديد وظائف ومسؤوليات الشركاء المنفذين لتوسيع أعمال بناء القدرات التي نُفذت بالفعل.
- 20- ويرمي البرنامج القطري إلى تحقيق النتائج التالية:
- ◀ زيادة رفاه الفقراء والجياع من خلال تحسين الممارسات الصحية والتغذوية، وتنوع سبل المعيشة وزيادة قدرة الأسر والمجتمعات المحلية على إعادة إعمار الأصول أو تكوينها والحفاظ عليها؛
 - ◀ زيادة الاكتفاء الذاتي وتعزيز قدرة أطفال الأسر الفقيرة التي تعاني انعدام الأمن الغذائي على كسب الدخل في المستقبل من خلال النهوض بقدرتهم على القراءة والكتابة والحساب والمهارات الحياتية والتثقيف في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية؛
 - ◀ تحسين القدرة الوطنية على إنشاء وإدارة برامج وطنية للمساعدة الغذائية لتقديم وجبات غذائية داخل المدارس، وتحسين الممارسات الصحية والتغذوية وإدارة الكوارث والتخفيف من آثارها.
- 21- وسوف يركز البرنامج على ما يلي (انظر الملحق الثاني):
- ◀ دعم دمج التغذية المدرسية والتثقيف الصحي والتغذوي وتكوين الأصول في خطط تنمية المجتمعات المحلية والمقاطعات؛
 - ◀ دعم زيادة فرص الحصول على التعليم الابتدائي؛
 - ◀ تحسين تغذية (1) الحوامل والمرضعات وأسرهن؛ (2) الأطفال المعرضون لخطر الإصابة بسوء التغذية وأمهاتهم/القائمون بتقديم الرعاية لهم؛ (3) مرضى السل والمصابون بفيروس/ مرض الإيدز الذين يفتقرون إلى الأمن

الغذائي، وزيادة قدرة الأمهات/مقدمي الرعاية على تغذية الأطفال ورعايتهم في المقاطعات والمجتمعات المحلية الأشد معاناة من انعدام الأمن الغذائي؛

◀ تحسين قدرة الأسر والمجتمعات المحلية الضعيفة على إنشاء وإعادة إعمار وصون الأصول التي توفر سُبلاً مستدامة للعيش وتزيد القدرة على مواجهة الكوارث الطبيعية.

22- وبالنظر إلى المساهمة الإيجابية لشراء الأغذية محلياً في التنمية الريفية، فسوف يواصل البرنامج شراء الحبوب والمكملات البروتينية عالية الطاقة من زامبيا إذا توفرت الموارد اللازمة لذلك. وسيتم رصد المخزونات والأسواق من قبل أخصائي إقليمي بشؤون الأسواق منتدب في المكتب القطري. وسيجري تقييم مشروع راند لإنتاج الكاسافا في إطار عملية اللاجئين للوقوف على إمكانية تكراره لتعزيز تنوع المحاصيل وتنمية الأسواق.

23- وسوف تُنفذ تلك الإجراءات في إطار الأنشطة الرئيسية الثلاثة التي سترتبط فيها الموارد الغذائية للبرنامج بموارد من غير الأغذية، وهي (1) مساعدة التعليم الأساسي: 18 295 طناً مترياً، أي 35 في المائة؛ (2) برنامج تغذية الفئات الضعيفة والتثقيف الصحي والتغذوي: 18 111 طناً مترياً، أي 35 في المائة؛ (3) الغذاء مقابل الأصول: 15 795 طناً مترياً، أي 30 في المائة.

24- وأكدت عملية لتحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها في مايو/أيار - يونيو/حزيران 2005 التقديرات السابقة، مما يكشف عن تركز العجز الغذائي والمقاطعات المعرضة لهشاشة الأوضاع في المناطق الوسطى والجنوبية والغربية؛ كما تتضرر أنحاء من المناطق الشمالية الغربية، في لوبولا، والمناطق الشرقية. وأكدت كذلك تقديرات هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها لعام 2005 أن عبء الفقر يقع بشكل غير متناسب على كاهل النساء. وفي المناطق الوسطى والجنوبية والغربية، حُدِّت سبع وعشرون مقاطعة بأنها الأكثر تعرضاً لهشاشة الأوضاع في البلاد من انعدام الأمن الغذائي، والتعرض للجفاف/الفيضانات، والفقر، والصحة، ومعدلات التسرب الدراسي بين البنات في المدارس الابتدائية، وسوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة، وانتشار فيروس/مرض الإيدز.

25- وسوف يواصل البرنامج تركيز مساعدهات في تلك المناطق على الأسر والفئات ذات القدرات المنخفضة التي تعيش دون خط الفقر. وبالنظر إلى أن الدعم التغذوي المقدم لمرضى الإيدز منعدمي الأمن الغذائي يؤدي إلى زيادة عدد الذين يتناولون عقاقير منع تحول الفيروس إلى المرض بنسبة 42 في المائة ويحسن كثيراً من مناعتهم⁽¹⁰⁾، سيواصل البرنامج دعم المستفيدين الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي في إطار برنامج العلاج الوطني لمرضى فيروس/مرض الإيدز الذين يعالجون للحيلولة دون تحول الفيروس إلى المرض.

26- وعلى مستوى المقاطعات الفرعية، ستواصل عملية الاستهداف السلطات والمجتمعات المحلية وسيشمل الاستهداف مؤشرات لهشاشة الأوضاع، مثل نسب الإعالة بين الأسر، وعدد الأيتام، والأسر التي ترأسها النساء بما يتماشى مع ممارسات الاستهداف المعمول بها في المؤسسات الوطنية، مثل الخطة العامة للرفاه الاجتماعي.

27- وحرصاً على التركيز الجغرافي وضمان الكتلة الحرجة للنشاط، سيكمل البرنامج القطري أنشطة وكالات الأمم المتحدة الأخرى، والمنظمات غير الحكومية، ومنظمات المجتمع المحلي، والجهات المانحة الثنائية، والمشروعات الممولة من المؤسسات المالية الدولية. وسوف تقدم أنشطة البرنامج الثلاثة دعماً مشتركاً للسكان المستهدفين لتعزيز الفوائد وحتى يمكن للأسر المستفيدة الاستغناء عن المساعدات الغذائية في أقرب وقت ممكن. وبالنظر إلى تركيز البرنامج القطري على

(10) تجربة عشوائية رائدة في المجتمع المحلي لاستخدام التغذية التكميلية لتحسين الالتزام والنتائج الإكلينيكية بين مرضى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الذين يفتقرون إلى الأمن الغذائي ويعالجون لمنع تحول الفيروس إلى المرض في لوساكا وزامبيا. مركز بحوث الأمراض المعدية في زامبيا، 2006.

دعم إدارة برامج المساعدة الغذائية الوطنية وتحسين القدرة على إدارة الكوارث والتخفيف من آثارها، سيتعين على البرنامج توفير الموارد البشرية والمالية اللازمة لكفالة نقل الكفاءة التقنية وإنشاء الآليات المؤسسية.

المكوّن 1: مساعدة التعليم الأساسي

- 28- يتمثل أحد التحديات الرئيسية في زيادة معدلات التسجيل ومواصلة الدراسة في مراحل التعليم الابتدائي، لا سيما بين الأيتام وأطفال الأسر الضعيفة ذات القدرات المنخفضة الذين يحرّمون في كثير من الأحيان من التعليم بسبب تكاليف الفرص البديلة والافتقار إلى سُبل الحصول عليه. وفي القطاع الفرعي للتعليم الابتدائي، سيواصل البرنامج دعم الجهود الوطنية الرامية إلى زيادة إمكانية الوصول إلى التعليم الأساسي والتسجيل الدراسي، لا سيما بين الأطفال المعرضين لهشاشة الأوضاع. ويستند هذا المكوّن إلى الدروس المستفادة من البرنامج القطري الثاني للبرنامج والعملية الممتدة الجارية للإغاثة والإنعاش؛ وسيزوّد هذا العنصر الحكومة بنماذج يمكن تكرارها وتوسيعها لدعم الأيتام والأطفال الضعفاء الآخرين.
- 29- وفي إطار البرنامج القطري السابق، تم إطعام 102 000 طفل سنوياً من خلال برنامج رائد في 250 مدرسة في سبع مقاطعات محرومة من الأمن الغذائي والتعليم في المناطق الجنوبية والغربية والشرقية، وهي سيفاونغا، وغويمبي، وسينازونغوي، وليفنجستون، وكازانغوالا، ومنغوا، وشاديزا. وبناء على طلب الحكومة التي جعلت التعليم ضمن أولوياتها في خطة التنمية الوطنية الخامسة، من المقترح توسيع النشاط ليشمل ما متوسطه 210 000 تلميذ سنوياً في 400 مدرسة ابتدائية في 10 مقاطعات في المناطق الجنوبية والغربية والشرقية لتحقيق زيادة بنسبة 10 في المائة سنوياً عن البيانات الأساسية الأولية فيما يتعلق بمعدلات الالتحاق والمواظبة على الدراسة.
- 30- وبافتراض الحصول على مساهمات تكميلية من وزارة التعليم ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، والمجتمعات المحلية المضيفة، فإن الفوائد المرجوة تشمل زيادة معدلات الالتحاق والبقاء بالدراسة، وتحسين القدرة على الحساب والقراءة والكتابة والمهارات الحياتية بين الأطفال المسجلين في المدارس المشاركة، مما يحسّن في نهاية المطاف من تأهيلهم للتعليم الثانوي والتدريب المهني. ومن المقرر اتباع نهج متعدد التركيز الجغرافي لمكوّنات البرنامج القطري لتنفيذ مكوّن مساعدة التعليم الأساسي في المقاطعات التي تُنفذ فيها أنشطة التنقيف الصحي والتغذوي لبرنامج تغذية الفئات الضعيفة وأنشطة الغذاء مقابل الأصول.

المكوّن 2: برنامج تغذية الفئات الضعيفة والتنقيف الصحي والتغذوي

- 31- تماشياً مع خطة التنمية الوطنية الخامسة، سيشكّل برنامج تغذية الفئات الضعيفة/التنقيف الصحي والتغذوي جزءاً من برنامج يرمي إلى (1) الحد من معدل الوفيات المرتبطة بسوء التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة (2) الحد من سوء التغذية بين الأمهات؛ (3) تكميل البرامج الوطنية لعلاج السُّلّ والعلاج لمنع تحول الفيروس إلى المرض/الإيدز بالدعم التغذوي والالتزام بتناول العقاقير لزيادة الامتثال بين المرضى الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي. وسوف يشمل ذلك توفير أغذية مرغوبة مدعمة بالمغذيات، وتعزيز القدرة في مراكز التغذية على مستوى المناطق والمقاطعات والمجتمعات المحلية، وتحسين أنشطة التنقيف الصحي والتغذوي في المجتمعات المحلية. وسوف تُنفذ أنشطة تكميلية لزيادة أثر النشاط في المناطق الريفية وذلك بالشراكة بين وزارة الصحة، والبرنامج، ومنظمة اليونيسيف، وبدعم تقني من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، وذلك عن طريق تقوية فرق إدارة الشؤون الصحية والمراكز الصحية في المقاطعات، والنهوض بخدماتها في مجال التوعية؛ وسوف يحصل 438 400 مستفيد على أغذية تكميلية من خلال برنامج تغذية الفئات الضعيفة.



- 32- وفي المجتمعات المحلية المستهدفة، ستحصل النساء الحوامل والمرضعات اللواتي يعانين انعدام الأمن الغذائي ولديهن أطفال تقل أعمارهم عن عامين على حصص غذائية تكميلية غنية بالعناصر الغذائية الدقيقة؛ وسيتم دمج توزيع حصة غذائية من الأغذية المركبة المدعمة بالمغذيات والزيت النباتي في خدمات الرعاية السابقة للولادة. وستوسّع قائمة المستفيدين لتشمل المستفيدين الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي في إطار برنامج الوقاية من انتقال فيروس/ مرض الإيدز من الأم إلى الطفل. وسيظل الأطفال المصابون بسوء التغذية الشديد والمعتدل يمثلون الفئة المستهدفة الأساسية؛ وسيحصل الأطفال المصابون بسوء التغذية الشديد على حصص غذائية من المخيض منزوع الدسم والسكر والزيت النباتي وخليط من المعادن والفيتامينات والتركيبات العلاجيتين F 75 و F 100 المقدمتين من منظمة اليونيسيف؛ وسيتم تلقي الأطفال المصابون بسوء التغذية المعتدل مكملات بروتينية عالية الطاقة.
- 33- وسوف تقع أماكن التوزيع الرئيسية في المستشفيات الحكومية والمراكز الطبية المدعومة حالياً من منظمة اليونيسيف. وسوف تشكل المكملات الغذائية جانباً واحداً من برنامج الرعاية والعلاج يقوم على تنفيذ أخصائيو التغذية المقيمون. وسوف تشمل الحصة الغذائية عنصراً منزلياً لتعزيز استمرارية التماثل للشفاء؛ وسوف تتلقى الأمهات ومقدمو الرعاية إرشاداً تغذوياً لتعزيز الصحة السليمة بين المتضررين من الأطفال والأسر.
- 34- وتتمثل آثار تفاقم وباء فيروس/ مرض الإيدز في تحدٍ اقتصادي واجتماعي يواجه زامبيا. واستجابة لهذا التحدي، بدأت الحكومة في مايو/أيار 2005 في توفير عقاقير مجانية لمنع تحول الفيروس إلى المرض وستواصل توسيع جهودها في جميع أنحاء البلد. وبناءً على طلب الحكومة سيواصل البرنامج توفير الدعم التغذوي للمرضى الذين يعانون انعدام الأمن الغذائي وسيقوم بتحسين البرنامج لتسليم المسؤولية عنه في نهاية المطاف إلى المجلس الوطني للإيدز.
- 35- ويتلقى حالياً نزلاء مصحات السل والمرضى غير القادرين على كسب العيش حصة غذائية فردية من المكملات البروتينية عالية الطاقة؛ وأما الأشخاص القادرون على كسب العيش والمستفيدون من الرعاية المنزلية فيحصلون على حصة غذائية أسرية كاملة لمدة تصل إلى ثمانية أشهر. ويحصل المرضى الذين يتلقون علاجاً لمنع تحول الفيروس إلى المرض في إطار البرنامج الذي ترعاه الحكومة على مكملات بروتينية عالية الطاقة وزيت لمدة اثني عشر شهراً يمكن تمديدها لسنة أشهر تبعاً لدرجة تماثلهم للشفاء. وأما المرضى الذين يعيشون في أسر مؤلفة من ثلاثة أفراد أو أكثر فيحصلون على حصة غذائية أسرية كاملة من الذرة والبقول والزيت النباتي. وسيتم إعطاء الأولوية للحالات المتصلة بأمراض الأطفال. وستجري متابعة أي زيادة في أعداد مرضى السل والمصابين بفيروس/ مرض الإيدز وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة لكفالة استكمال جهود الحكومة. وبغية تقليل عدد المستفيدين المصابين للمرة الثانية بمرضى السل وفيروس/ مرض الإيدز، ستشمل أنشطة برنامج تغذية الفئات الضعيفة أنشطة للتثقيف الصحي والتغذوي والإرشاد. وسيتم تنسيق الأنشطة بالتعاون مع وزارتي الصحة والتعليم ومع الشركاء الآخرين.
- 36- ويسفر تفاقم وباء فيروس/ مرض الإيدز عن نتيجة أخرى تتمثل في زيادة عدد الأيتام المتضررين من فيروس/ مرض الإيدز. وتتمثل النتيجة المترتبة على ذلك في أن الأجداد والجدات والأعمام والعمات والأخوال والخالات وأبناء العم والخال ينوعون بعبء رعاية أعداد تفوق قدراتهم مما يهدد الأمن الغذائي لأسر بأكملها. وسوف تكون الأسر الضعيفة التي تستضيف الأيتام مؤهلة للحصول على حصص غذائية منزلية من الذرة والبقول والزيت النباتي والمكملات البروتينية عالية الطاقة أو الحصول على مجموعة من الحصص الغذائية المنزلية والتحويلات النقدية. ورهنًا بتوفر الموارد، سيسعى البرنامج إلى مواصلة برنامجه الحالي لدعم مراكز الرعاية المنزلية للأيتام والأطفال الضعفاء الآخرين.

المكوّن 3: الغذاء مقابل الأصول

- 37- تزداد هشاشة أوضاع السكان أثناء الكوارث بسبب تدني قدرة هياكل الإدارة على مستوى المجتمع المحلي. ولا يمكن للفقراء الجوعى إنشاء تلك الهياكل والحفاظ عليها بسبب جهلهم بممارسات الإدارة السليمة، ولا يمكنهم توفير الوقت اللازم للتدريب بسبب انشغالهم بتلبية احتياجاتهم الأساسية. ولاحظ تقييم منتصف المدة للفترة 2005-2006 أن عدم وجود روابط مع الأسواق كان عقبة رئيسية أمام المستفيدين الذين اكتسبوا مهارات جديدة لكسب العيش وتكوين المنشآت المحلية، مثل المناحل ومزارع تربية الأسماك.
- 38- ويتمثل الهدف البعيد المدى لهذا المكوّن في تحسين سُبل المعيشة والأمن الغذائي في المجتمعات المحلية والأسر الريفية، لا سيما الأسر التي ترأسها النساء، وزيادة القدرة على مواجهة الكوارث الطبيعية. وأما الأهداف المباشرة فتتمثل في (1) تحسين قدرات الهياكل المجتمعية على إنشاء الأصول وإدارتها والحفاظ عليها؛ (2) تحسين سُبل الحصول على التدريب الصحي والتغذوي، والوعي بفيروس/ مرض الإيدز، والأنشطة المدرة للدخل؛ (3) تعزيز قدرة المؤسسات الوطنية وشركاء التنمية على الاستجابة بسرعة للكوارث الطبيعية من خلال التحويل الانتقائي للمهارات والقدرات. وسوف توجّه الأفضلية للشركاء المنقّدين الذين يتمتعون بكفاءات تقنية ويتوفر لديهم التمويل الكافي ويعملون في المجتمعات المحلية التي ينفذ فيها المكوّنات 1 و 2. وإذا توفرت موارد أخرى، ستستكمل أنشطة البرنامج القطري بتدخلات تعزّز التحويلات الاستهلاكية وبرمجة شبكات الأمان لصالح الفئات الضعيفة. وسيتم التركيز على النساء الحوامل، وعلى المصابين بفيروس/ مرض الإيدز والذين يتلقون العلاج لمنع تحول الفيروس إلى المرض ومرضى السل، والأطفال المصابين بسوء التغذية وذلك من خلال توسيع نطاق أنشطة برنامج تغذية الفئات الضعيفة.

استراتيجية التنفيذ

- 39- يستند البرنامج القطري الثالث إلى أهداف خطة التنمية الوطنية الخامسة، والخبرة المكتسبة من تنفيذ البرنامج القطري الثاني، وأحدث أنشطة الإغاثة من الطوارئ. وحُدّدت الأولويات على مستوى المقاطعات كجزء من صياغة خطة التنمية الوطنية الخامسة. وسوف تنفّذ المكوّنات من خلال الحكومات المحلية، ومجالس المقاطعات، واللجان التوجيهية، ومنظمات المجتمع المحلي. ويوجّه اهتمام خاص وموارد إضافية منذ البداية إلى إيجاد وعي بمكوّنات البرنامج القطري وتبني أسلوب عمل لتيسير التنفيذ وتسليم المسؤولية حسب الاقتضاء.
- 40- وسوف يتوقف معدل نقل المسؤولية عن البرامج إلى المؤسسات الحكومية، واستدامة البرنامج على التزام الحكومة بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من حيث التمويل، خاصة في المقاطعات التي لا تتمتع إلا بالحد الأدنى من الخدمات الاجتماعية والبنية الأساسية. وسوف يتعيّن على الحكومة كفاءة رصد مخصصات في الميزانية لتلك الأنشطة على مستوى المقاطعات.
- 41- وسوف تتولى وزارة المالية والتخطيط الوطني المسؤولية عن التنسيق وستواصل ترؤس لجنة إدارة البرنامج القطري التي ستشارك فيها الوزارات وستلقتي مرتين على الأقل سنوياً. وسيضطلع البرنامج بالمسؤولية عن الإشراف على البرنامج القطري وإقامة روابط مع البرامج الإنمائية الوطنية الأخرى وإعادة تقييم تلك الروابط.
- 42- وسوف يقوم النهج المتبع في البرنامج القطري على المشاركة، مع التشديد على إدارة المجتمع المحلي وتقييم عناصر الأنشطة. وسوف يستند دعم تكوين الأصول إلى طلبات المجتمع المحلي. وسينفذ نشاط مساعدة التعليم الأساسي في

المدارس التي يوجد فيها التزام بالمشاركة من جانب رابطات الآباء والمعلمين ولجان إدارة التغذية المدرسية؛ وسوف تساعد المدارس على تكوين تلك اللجان في حال عدم وجود أي منها. وفي التغذية التكميلية للأطفال المعرضين لخطر الإصابة بسوء التغذية، سيتم التركيز على التثقيف التغذوي وأنشطة التوعية في المجتمعات المحلية لتحسين ممارسات التغذية. وستقوم المجتمعات المحلية بانتخاب اللجان التوجيهية للنشاط ولجان صيانة الأصول لتتولى المسؤولية عن تخطيط النشاط ورصده وتقييمه. وستتولى اللجان المحلية تعبئة الأشخاص، لا سيما النساء، وستساعد على تكوين لجان صيانة الأصول والتثقيف على مستوى المجتمع المحلي المجتمعية لاتخاذ القرارات المتعلقة بأنشطة البرنامج.

43- وبغية اشتراك الوزارات في إدارة البرنامج، سيتم إنشاء لجان توجيهية للنشاط وستعمل تحت رئاسة وزارة تنمية البلديات والخدمات الاجتماعية؛ وسوف تشمل تلك اللجان ممثلين من مكتب نائب الرئيس، ووزارات الصحة، والتعليم، والزراعة والتعاونيات، والمالية والتخطيط الوطني، ووحدة إدارة البرامج الغذائية، والبرنامج، والشركاء المنفذين. وسوف تلقتي اللجان التوجيهية للنشاط مرة كل ثلاثة أشهر لتقديم التوجيه في مجال السياسات وتنسيق الموارد وكفالة دمج الأنشطة في إطار التنمية الوطنية. وسيتم إبرام عقد تشغيلي لكل نشاط بين البرنامج ووزارة المالية والتخطيط الوطني والوزارة المعنية.

44- ويتوقف نجاح البرنامج القطري على الشراكات مع مكتب المنسق المقيم، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وقامت منظمة اليونيسيف بمواءمة برنامجها القطري لتغطية الفترة 2007-2010؛ ومن خلال حصر التركيز على فيروس/ مرض الإيدز ستمكن الشراكات من دعم الأطفال المصابين بالفيروس، وتدخلات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، والمياه والصحة، والدعم التعليمي لأنشطة التغذية المدرسية. وسوف توفّر منظمة الأغذية والزراعة المساعدة التقنية والمدخلات لأنشطة الغذاء مقابل الأصول بغية زيادة الإنتاجية؛ وستنفذ أنشطة التخفيف من آثار فيروس الإيدز من خلال برنامج الأمم المتحدة المشترك.

45- وتماشياً مع الالتزام المعزّز الرابع تجاه النساء، سيصدر البرنامج بطاقات الحصص الغذائية بأسماء الرجال والنساء على السواء باعتبارهم حاملين للاستحقاقات الغذائية الأسرية. وسوف تعزّز هذه المبادرة سيطرة المرأة على الحصص الغذائية للأسرة. وسوف تمثل النساء 50 في المائة على الأقل من الممثلين في لجان الأغذية.

إدارة البرنامج ورصده وتقييمه

46- خلال استعراض وإقرار هذا البرنامج القطري، عُقدت اجتماعات مع الوزارات ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية لتحديد أولويات الأنشطة ومناطق التنفيذ. وسيجري تعزيز علاقات العمل الجارية مع وكالات الأمم المتحدة، مثل ترؤس البرنامج ومنظمة الأغذية والزراعة للفريق المواضيعي المعني بالأمن الغذائي التابع لفريق الأمم المتحدة القطري، وأنشطة الحماية الاجتماعية المشتركة مع منظمة اليونيسيف. وتماشياً مع التوجيه المتصل بالسياسات الوارد في الوثيقة "سياسة للرصد والتقييم مبنية على النتائج في البرنامج" (WFP/EB.Q/2002/5-C)، تم إعداد نظام للرصد والتقييم على أساس النتائج لتمكين مكتب البرنامج في زامبيا من الوفاء بالتزاماته بشأن الإدارة وقياسات الأداء والمساءلة والتعلم والتوعية.

47- ويحتفظ البرنامج بمكاتب فرعية في المناطق الشرقية والوسطى والغربية والشمالية وفي منطقة كوبربلت والمناطق الجنوبية؛ ولا يمكن الاستغناء عن تلك المكاتب بالنظر إلى حجم البلد وانخفاض الكثافة السكانية وتشتت المستوطنات،



وتدني حالة الطرق وارتفاع تكاليف النقل. وبالنظر إلى مستوى الاحتياجات، وازدياد تعقّد عمليات البرامج، وتجهيز البرامج وإدارتها، وازدياد عدد الشركاء المنفذين، وازدياد أنشطة بناء القدرات والرصد والتقييم، وما ينطوي عليه ذلك من مسافات بعيدة، سيتم النهوض بالمعدات والموظفين في المكاتب القطرية للمساعدة على زيادة عمليات تسليم الأغذية.

48- وللمساعدة على التقييم، سيحصل المكتب القطري على دعم تقني من المقر والمكتب الإقليمي وفريق المدراء الإقليميين والشركاء في مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية، وهم منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، ومنظمة اليونيسيف، ومنظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومنظمة الصحة العالمية. ومن شأن وضع إطار منطقي بالاشتراك مع الشركاء المنفذين وأصحاب المصلحة أن يعزز رصد جميع الأنشطة وتقييمها؛ وسوف توضع خطة سنوية لجمع البيانات وتقديم التقارير عن كل نشاط. وسيجري تنسيق نظم رصد البرنامج القطري مع نظم الرصد الإقليمية لتوفير معلومات أساسية عن أداء الأنشطة التي يساندها البرنامج.

49- وبغية وضع إطار مشترك لتحديد الأولويات والنتائج المستهدفة، ستقوم الوزارات المعنية بإجراء مسح أساسية مشتركة للتغذية والتعليم وسبل المعيشة الريفية والبنية الأساسية بدعم من فريق الأمم المتحدة القطري وأصحاب المصلحة الآخرين. وسيتم إجراء مسح للمتابعة بعد سنة من بدء العمليات.

50- وسوف تواصل المنظمات غير الحكومية توفير الدعم التقني والتدريب لأنشطة الغذاء مقابل الوصول وبرنامج تغذية الفئات الضعيفة/التثقيف الصحي والتغذوي. وسوف تقام علاقات شراكة مع المنظمات غير الحكومية الوطنية للمناصرة والرصد المحلي لأنشطة بناء الأصول والصحة والتثقيف من أجل دعم الرصد والإدارة القائمين على النتائج.

51- وسوف تقوم اللجان التوجيهية للأنشطة ولجنة إدارة البرنامج القطري بإجراء استعراضات سنوية بتوجيه من وزارة المالية والتخطيط الوطني وبمشاركة من الشركاء المنفذين والشركاء من الأمم المتحدة والمؤسسات الأخرى. وسيتم تشجيع ممثلي الجهات المانحة على المشاركة؛ وسيتم ترتيب زيارات لإطلاعهم على أنشطة البرنامج القطري.

52- وسيتم إجراء تقييم منتصف المدة لأنشطة البرنامج القطري في عام 2009 بالتعاون مع الشركاء والمكتب الإقليمي للبرنامج وذلك لتقييم فعالية البرنامج القطري في تحقيق النتائج المرجوة في مجالات الأولويات المحددة في إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية.

الملحق الأول-ألف

| تغطية المستفيدين بحسب العنصر والمخصصات الغذائية | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-------------------|---|
| النسبة المئوية للنساء المستفيدات (خلال مدة البرنامج القطري) | عدد المستفيدين الرجال/النساء/المجموع (خلال مدة البرنامج القطري) | التوزيع بحسب العنصر (%) ¹ | كمية السلعة (ظ/م) | نشاط البرنامج القطري |
| 50 | البنون: 158 889 البنات: 158 889 المجموع: ² 317 778 | 35 | 18 295 | العنصر 1: مساعدة التعليم الأساسي |
| 65 | الرجال: 153 440 النساء: 284 960 المجموع: 438 400 | 35 | 18 111 | العنصر 2: برنامج تغذية الفئات الضعيفة والتثقيف الصحي والتغذوي |
| 60 | الرجال: 72 000 النساء: 108 000 المجموع: 180 000 | 30 | 15 795 | العنصر 3: الغذاء مقابل الأصول |
| 59 | 936 178 | 100 | 52 201 | مجموع البرنامج القطري |

¹ السلع المخصصة لكل عنصر كنسبة مئوية من مجموع السلع (قُرِّبَت الأرقام).

² حُسِبَت أعداد المستفيدين مع مراعاة الحالات الجديدة للتسجيل في الصف الأول والتلاميذ المتخرجين من الصف التاسع سنوياً. يبلغ مجموع عدد الحصص الغذائية على مدى 4 سنوات: 840 000.

الملحق الأول-باء

| جدول الحصص الغذائية | | | | | | | | | | |
|---------------------|------------|------------|-----|------------------|-----|--------------------|-----|------|--------|--|
| بروتين (%) | سعة حرارية | المجموع | ملح | مخيض منزوع الدسم | سكر | خليط الذرة بالصويا | زيت | بقول | الحبوب | |
| غرام/يوم | | | | | | | | | | |
| العنصر 1 | | | | | | | | | | |
| 11 | 479 | 110 | | | | 100 | 10 | | | التغذية المدرسية |
| العنصر 2 | | | | | | | | | | |
| 12 | 1721 | 370 | | 80 | 50 | 180 | 60 | | | التغذية العلاجية |
| 13 | 975 | 250 | | | | 250 | | | | التغذية التكميلية |
| 12 | 1367 | 349 | | | | 180 | 14 | 17 | 139 | الأيتام في مؤسسات الرعاية |
| 13 | 702 | 180 | | | | 180 | | | | التغذية في المستشفيات |
| 13 | 780 | 200 | | | | 200 | | | | المرضى يعالجون لمنع تحول الفيروس إلى المرض |
| 13 | 780 | 200 | | | | 200 | | | | مرضى السل |
| 13 | 702 | 180 | | | | 180 | | | | الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (النساء) |
| 13 | 702 | 180 | | | | 180 | | | | الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (الأطفال) |
| 13 | 781 | 210 | | | | | 10 | 50 | 150 | أسرة الأطفال المصابين بسوء التغذية المعتدل |
| 13 | 781 | 210 | | | | | 10 | 50 | 150 | أسر مرضى السل |
| 13 | 781 | 210 | | | | | 10 | 50 | 150 | أسر مرضى فيروس/ الإيدز الذين يعالجون لمنع تحول الفيروس إلى مرض |
| 13 | 781 | 210 | | | | | 10 | 50 | 150 | الأسر المستفيدة من برنامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل |
| العنصر 3 | | | | | | | | | | |
| 11 | 1 620 | 443 | 8 | | | | 19 | 38 | 379 | الغذاء مقابل الأصول |

الملحق الأول - جيم

| الاحتياجات من الأغذية (بالطن المتري) | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|----------------------|-------|--------------------|-------|--------|------------------|--------|----------------|--|
| المجموع | الملح | المخيض المنزوع الدسم | السكر | خليط الذرة بالصويا | الزيت | البقول | الحبوب (بالغرام) | الأيام | عدد المستفيدين | |
| | | | | | | | | | | العنصر 1 |
| 18 295 | 0 | 0 | 0 | 16 632 | 1 663 | 0 | 0 | 198 | 317 778 | التغذية المدرسية |
| | | | | | | | | | | العنصر 2 |
| 320 | 0 | 69 | 43 | 156 | 52 | 0 | 0 | 60 | 14 400 | التغذية العلاجية |
| 1 920 | 0 | 0 | 0 | 1 920 | 0 | 0 | 0 | 120 | 64 000 | التغذية التكميلية |
| 1 786 | 0 | 0 | 0 | 920 | 71 | 85 | 710 | 365 | 14 000 | الأيام في مؤسسات الرعاية |
| 108 | 0 | 0 | 0 | 108 | 0 | 0 | 0 | 30 | 20 000 | التغذية في المستشفيات |
| 1 460 | 0 | 0 | 0 | 1 460 | 0 | 0 | 0 | 365 | 20 000 | المرضى الذين يتلقون العلاج لمنع تحول الفيروس إلى المرض |
| 576 | 0 | 0 | 0 | 576 | 0 | 0 | 0 | 240 | 12 000 | مرضى السل |
| 454 | 0 | 0 | 0 | 454 | 0 | 0 | 0 | 210 | 12 000 | الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (النساء) |
| 788 | 0 | 0 | 0 | 788 | 0 | 0 | 0 | 365 | 12 000 | الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل (الأطفال) |
| 4 032 | 0 | 0 | 0 | 0 | 192 | 960 | 2 880 | 120 | 160 000 | أسرة الأطفال المصابين بسوء التغذية المعتدل |
| 1 512 | 0 | 0 | 0 | 0 | 72 | 360 | 1 080 | 240 | 30 000 | أسرة مرضى السل |
| 3 833 | 0 | 0 | 0 | 0 | 183 | 913 | 2 738 | 365 | 50 000 | أسرة مرضى فيروس/ الإيدز الذين يعالجون لمنع تحول الفيروس إلى المرض |
| 1 323 | 0 | 0 | 0 | 0 | 63 | 315 | 945 | 210 | 30 000 | الأسر المستفيدة من برنامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل |
| | | | | | | | | | | العنصر 3 |
| 15 795 | 270 | 0 | 0 | 0 | 675 | 1350 | 13500 | 198 | 180 000 | الغذاء مقابل الأصول |
| 52 201 | 270 | 69 | 43 | 23 013 | 2 971 | 3 983 | 21 852 | | 936 178 | المجموع |

الملحق الثاني: مصفوفة النتائج

| سلسلة النتائج | مؤشرات الأداء | المخاطر والافتراضات |
|--|---|--|
| نتائج (نتائج) إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية | مؤشرات نتائج إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية | تهيئة بيئة سياسية مواتية يسودها السلام والاستقرار. |
| 1- تحقيق الأمن الغذائي الوطني والأسري. | 1-1 وضع مشروع السياسة الوطنية للأمن الغذائي وتنفيذه بحلول نهاية عام 2010. | التزام الحكومة بتنفيذ استراتيجيات وأطر الحد من الفقر. |
| 2- تنمية قطاع زراعي يتسم بالكفاءة والقدرة على المنافسة والاستدامة لكفالة تحقيق الأمن الغذائي وزيادة الدخل. | 1-2 زيادة الإنتاج الغذائي والزراعي الوطني. | عكس مسار الآثار السلبية لفيروس/ مرض الإيدز |
| 3- تعزيز أمن جميع مواطني زامبيا المعرضين لهشاشة الأوضاع وذلك بكفالة القدر الكافي من الأمن المعيشي للأسر الضعيفة وذات القدرات المنخفضة لتلبية احتياجاتها الأساسية وحمايتها من أسوأ آثار المخاطر والصدمات. | 1-3 اشترك الحكومة في وضع نظام للإنذار المبكر بالمجاعة بحلول عام 2010 | |
| 4- تحقيق طموحات شعب زامبيا وتحقيق التعليم للجميع وبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية. | 1-4 تحقيق نسبة 100% في معدلات التسجيل بالمدارس الابتدائية والمواظبة عليها وإتمامها بين البنين والبنات. 2-4 خفض نسبة التلاميذ إلى المعلمين. | |
| 5- خفض معدلات الإصابة بفيروس الإيدز ومن ثم الحد من آثاره الاجتماعية الاقتصادية. | 1-5 عدد الأشخاص المصابين بفيروس الإيدز: معدلات انتشار الفيروس (بحسب محل الإقامة والعمر ونوع الجنس). 2-5 عدد المرافق الصحية التي توفر خدمات الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. 3-5 النسبة المئوية للأمهات اللاتي يحصلن على الوقاية من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. | |
| نتائج البرنامج القطري لزامبيا | | |
| 1- تعزيز القدرات التقنية والمقدرة المؤسسية للحكومة بما يمكنها من توفير برامج شبكات الأمان لمساعدة أسر الفقراء الجوعى لتلبية احتياجاتهم من التعليم والصحة والتغذية بشكل مستدام والنهوض في الوقت ذاته بقدرتهم على مواجهة الصدمات الخارجية. | 1- وجود آليات مؤسسية وموارد بشرية ومالية كافية لدى الحكومة لتنفيذ وتنسيق برامج التغذية المعانة من البرنامج على المستويات الوطنية والإقليمية وعلى مستوى المقاطعات 2- التعادل بين الجنسين في معدلات التسجيل في المدارس والمواظبة وإتمام الدراسة المقررة في جميع المدارس المعانة من البرنامج. | قيام الحكومة والبرنامج بتعزيز الإطار المؤسسي لإدارة البرنامج القطري والإشراف عليه بما ييسر التكامل الفعّال بين أنشطة البرنامج القطري وإقامة الروابط بينها وكذلك مع الأنشطة الإنمائية الأخرى ذات الصلة. |



الملحق الثاني: مصفوفة النتائج

| سلسلة النتائج | مؤشرات الأداء | المخاطر والافتراضات |
|--|--|---|
| | 3- قدرة 60% من الأسر المعانة من البرنامج على تلبية الرقم القياسي الأدنى للاستهلاك الغذائي. | استمرار التزام الحكومة والجهات المانحة بمكوّنات البرنامج القطري. |
| نتائج البرنامج القطري | مؤشرات النتائج | |
| 1-1 زيادة معدلات تسجيل البنين والبنات في المدارس المعانة من البرنامج (الهدف الاستراتيجي 4). | 1-1-1 النسبة المئوية للزيادة في عدد البنين والبنات في المدارس المعانة من البرنامج. | عدم حدوث أي حالات توقّف في الإمدادات. توقّر الوقود والنقل. |
| 2-1 تحسّن مواظبة البنات والبنين في المدارس المعانة من البرنامج (الهدف الاستراتيجي 4). | 1-2-1 النسبة المئوية لمواظبة البنين والبنات في المدارس المعانة من البرنامج. | أعداد كافية من المعلمين المؤهلين. توقّر المواد غير الغذائية. |
| 3-1 تحسّن القدرة على التركيز والتعلّم بين البنين والبنات في المدارس المعانة من البرنامج (الهدف الاستراتيجي 4). | 1-3-1 مفهوم المعلمين لقدرة التلاميذ على التركيز والتعلّم نتيجة التغذية المدرسية. | عدم وقوع أي كوارث طبيعية. الالتزام باستراتيجيات وألويات التعليم الوطنية الحالية خلال السنوات الخمس المقبلة. |
| 4-1 الحد من التفاوت بين الجنسين في معدلات التسجيل والمواظبة وإتمام دراسة البنين والبنات في المدارس المعانة من البرنامج وفي المدارس الثانوية ومراكز التعليم غير الرسمي. | 1-4-1 نسبة البنات إلى البنين من حيث التسجيل والمواظبة وإتمام التعليم وإتمامه في المدارس المعانة من البرنامج. | استعداد المجتمع المحلي للمشاركة. سرعة توفير المدخلات من الشركاء المتعاونين والوزارات. |
| مخرجات البرنامج القطري | مؤشرات المخرجات | |
| 1-2 كميات الأغذية المقدّمة إلى الأطفال والمراهقين المستفيدين وفقاً لتصميم البرنامج ومتطلباته. | 1-2-1 حصول 317 778 تلميذاً على أغذية البرنامج خلال 4 سنوات (بحسب العمر ونوع الجنس). | عدم حدوث أي حالات توقّف في الإمدادات. توقّر الوقود والنقل. |
| 2-2 إنشاء لجان مدرسية متوازنة من حيث نوع الجنس في جميع المدارس المعانة من البرنامج. | 1-2-2 توزيع 18 295 طن متري من الأغذية خلال 4 سنوات. | أعداد كافية من المعلمين المؤهلين. توقّر المواد غير الغذائية. |
| 3-2 المشاركة الكاملة من النساء في رابطات الأباء والمعلمين ولجان إدارة المدارس. | 1-2-2 عدد لجان إدارة المدارس التي يتم إنشاؤها وتباشر عملها. | عدم وقوع أي كوارث طبيعية. الالتزام باستراتيجيات وألويات التعليم الوطنية الحالية خلال السنوات الخمس المقبلة. |
| 4-2 مشاركة أفراد المجتمع المحلي في تنفيذ أنشطة التغذية المدرسية. | 1-3-2 نسبة النساء في المواقع القيادية في لجان التغذية المدرسية. | استعداد المجتمع المحلي للمشاركة. |
| 5-2 تدريب لجان إدارة التغذية المدرسية والمعلمين على إدارة الأغذية. | 1-4-2 عدد أفراد المجتمع المحلي في لجان التغذية المدرسية. | سرعة توفير المدخلات من الشركاء المتعاونين |
| | 1-5-2 عدد أعضاء اللجان والمعلمين المدربين على إدارة الأغذية. | |



الملحق الثاني: مصفوفة النتائج

| سلسلة النتائج | مؤشرات الأداء | المخاطر والافتراضات |
|---|--|---|
| 6-2 إنشاء أماكن للطهي ومظلات للتخزين. | 1-6-2 إنشاء 100% من أماكن الطهي ومظلات التخزين في المدارس. | والوزارات. |
| 7-2 استهداف مدارس جديدة في إطار البرنامج القطري الجديد. | 1-7-2 عدد المدارس المختارة للتغذية المدرسية. | |
| نتائج البرنامج القطري | مؤشرات النتائج | |
| 1-3 خفض مستوى سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة من العمر في المناطق المستهدفة. | 1-1-3 انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة في المناطق المستهدفة (بحسب الطول، والوزن مقابل العمر، وبحسب نوع الجنس). 1-3-2 معدلات الشفاء والتخلف والوفيات. | تنفيذ ترتيبات وزارة الصحة. التزام الحكومة بخفض معدلات سوء التغذية والإصابة بفيروس/ مرض الإيدز يظل أولوية وطنية. توفر المواد التكميلية والدعم من الشركاء الآخرين. حرص البرنامج على توفير الموظفين والنقل والإمداد والرصد والتقييم لدعم النهج القائم على المجتمع المحلي. |
| 2-3 خفض مستوى سوء التغذية بين الحوامل والمرضعات في المناطق المستهدفة. | 1-2-3 انتشار سوء التغذية بين الحوامل والمرضعات في المناطق المستهدفة على أساس تغير الوزن للنساء الحوامل وانخفاض الوزن عند الولادة. | |
| 3-3 تحسُن نوعية حياة المستفيدين في برامج فيروس/ مرض الإيدز والسل. | 1-3-3 تغيُر وزن المستفيدين. 2-3-3 معدل الالتزام بالعلاج بحسب برامج العلاج والرعاية (معدلات الشفاء والتخلف والوفيات). | |
| مخرجات البرنامج القطري | مؤشرات المخرجات: | |
| 1-4 توفير كميات كافية من الغذاء للأطفال الصغار المستهدفين المعرضين للمخاطر التغذوية والصحية وفقاً لمتطلبات البرنامج القطري. | 1-1-4 توفير الموارد لشراء 18 111 طن متري من الأغذية وفقاً لمتطلبات البرنامج القطري. 2-1-4 كمية الأغذية المسلمة للأطفال الصغار من خلال وحدة إدارة البرامج الغذائية. 3-1-4 عدد الأمهات أو مقدمي الرعاية المدربين على الصحة والتغذية. | |
| 2-4 حصول 78 400 من الأطفال الذين يعانون نقص التغذية الذين ويواظبون على الحضور في مراكز التغذية والخدمات الصحية في المجتمعات المحلية على حصة غذائية شهرية في المناطق المستهدفة لمدة 4 سنوات. | 1-2-4 عدد الأطفال الذين يعانون نقص التغذية والذين يواظبون على الحضور في مراكز التغذية والخدمات الصحية. 1-3-4 عدد النساء المدربات على الصحة والتغذية. | |
| 3-4 التثقيف الصحي والتغذوي للنساء المستفيدات. | 1-4-4 كمية الأغذية المسلمة إلى النساء من خلال وحدة إدارة البرامج | |





| الملحق الثاني: مصفوفة النتائج | | |
|---|--|--|
| المخاطر والافتراضات | مؤشرات الأداء | سلسلة النتائج |
| | <p>الغذائية.</p> <p>4-5-1 عدد المستفيدين الذين يتلقون حصص غذائية جافة شهرية (بحسب نوع الجنس والعمر).</p> <p>4-6-1 عدد مرضى السل والمصابين بالأمراض المزمنة الذين يتلقون حصص غذائية يومية.</p> <p>4-6-2 عدد المرضى الذين يستبعدون تدريجياً من البرنامج القطري خلال عام.</p> <p>4-7-1 عدد مرضى فيروس/ مرض الإيدز الذين يعالجون بمنع تحول الفيروس إلى المرض ويحصلون على حصص غذائية يومية.</p> <p>4-7-2 عدد مرضى فيروس/ مرض الإيدز الذين يعالجون بمنع تحول الفيروس إلى المرض وتحسّن حالتهم بعد عام بما يكفي لخروجهم تدريجياً من البرنامج القطري.</p> | <p>4-4 تقديم كميات كافية من الغذاء للنساء المستهدفات المعرضات للمخاطر التغذوية والصحية وفقاً لمتطلبات البرنامج القطري.</p> <p>4-5 حصول 132 000 من مرضى فيروس/ مرض الإيدز ومعاليهم على حصص غذائية جافة شهرية من خلال أنشطة الإعاشة المنزلية لما يصل إلى سنة على مدى 4 سنوات.</p> <p>4-6 حصول 12 000 من مرضى السل ومعاليهم على حصص غذائية جافة شهرية من خلال خدمات الرعاية المنزلية لمدة لا تتجاوز عاماً.</p> <p>4-7 مصاب بـ 20 000 بفيروس الإيدز والذين يعالجون بمنع تحول الفيروس إلى المرض ويعانون انعدام الأمن الغذائي ممن يحصلون على الحصص الغذائية المخصصة للمرضى وأسرهم.</p> |
| | مؤشرات النتائج | نتائج البرنامج القطري |
| استمرار تدفق الموارد من الحكومة والبرنامج والجهات المانحة. استخدام الأصول المنشأة بشكل متواتر وصحيح وصيانتها بشكل سليم. | <p>5-1-1 نسبة نفقات المخصصة للغذاء في الأسر المستفيدة.</p> <p>5-1-2 التنوع الغذائي.</p> <p>5-1-3 نسبة الأسر التي ينخفض مؤشر استهلاكها الغذائي.</p> <p>5-1-4 مؤشر استراتيجي التصدي في الأسر المستفيدة.</p> <p>5-1-5 الفائدة المتصورة للأصول المنشأة.</p> | <p>5-1 زيادة القدرة على تلبية الاحتياجات الغذائية للأسر المستهدفة في حالات الأزمات أو المعرّضة للصدمات (الهدف الاستراتيجي 2).</p> |
| | مؤشرات المخرجات | مخرجات البرنامج القطري |
| تطبيق الأسر والمجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات | 4-6-1 عدد المستفيدين المدربين (بحسب العمر ونوع الجنس) بحلول نهاية | 6-1 تحديد وتدريب المشاركين المستهدفين على الأنشطة المدرة للدخل/تكوين |

| الملحق الثاني: مصفوفة النتائج | | |
|--|--|--|
| المخاطر والافتراضات | مؤشرات الأداء | سلسلة النتائج |
| المعرفة والمهارات من أجل الحفاظ على استمرارية الأنشطة. | البرنامج القطري. 1-2-6 حصول 180 000 مستفيد على المساعدات الغذائية من البرنامج خلال أربع سنوات. 1-3-6 توزيع 15 795 طن متري من الأغذية خلال أربع سنوات. 1-4-6 نسبة النساء في مواقع اتخاذ القرار في لجان إدارة الأغذية. 1-5-6 عدد ونوع الأصول المنشأة التي تسهم في تلبية الاحتياجات الغذائية للأسرة | الأصول/التدريب على الوقاية من فيروس/ مرض الإيدز. 2-6 إمكانية حصول الأسر الضعيفة على الغذاء مقابل العمل في المدى القريب. 3-6 مشاركة الأسر الضعيفة في أنشطة الغذاء مقابل الأصول. 4-6 المشاركة الكاملة من النساء في لجان إدارة الأغذية. 5-6 تكوين الأصول الأسرية/المجتمعية. |



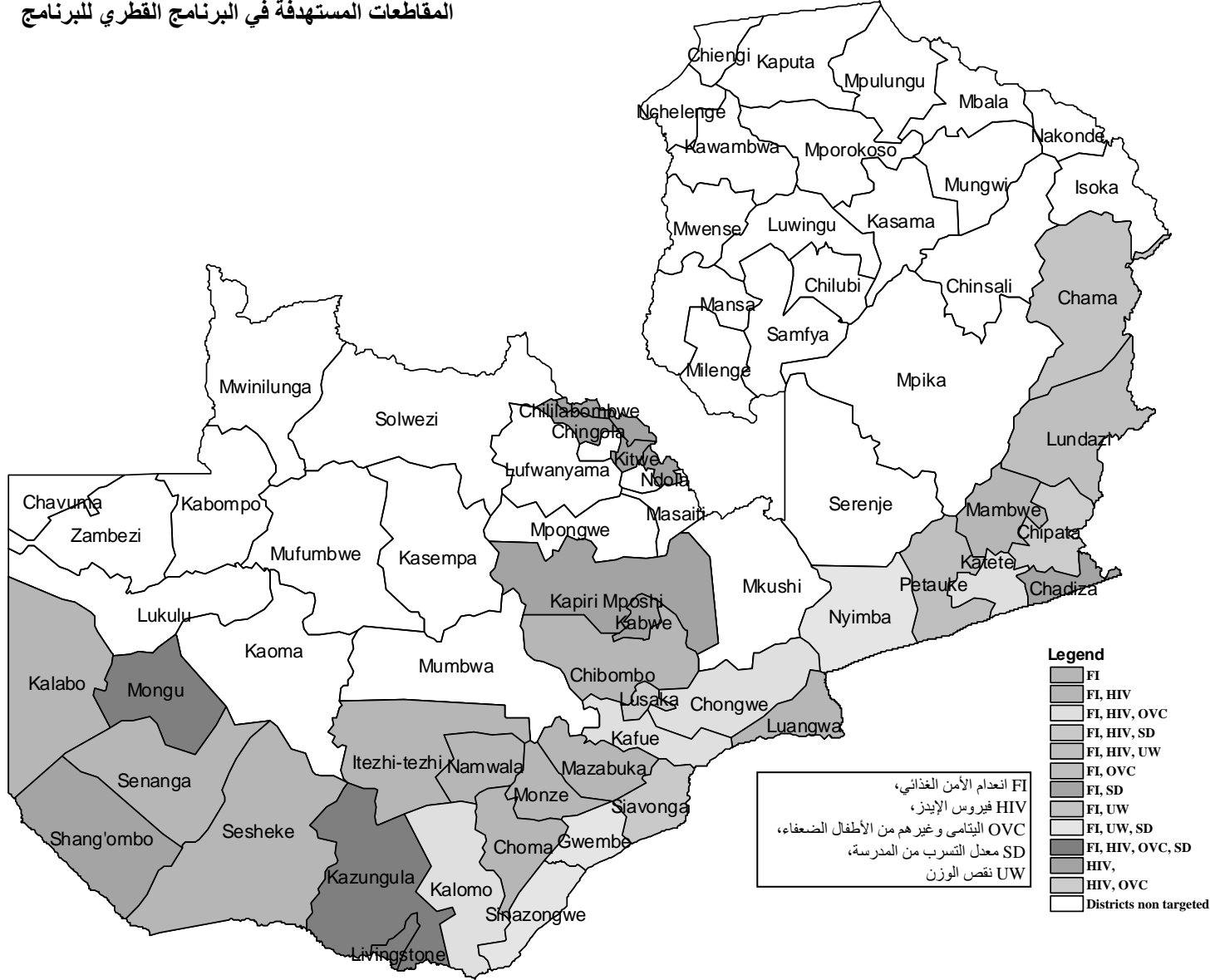
الملحق الثالث

| موجز ميزانية البرنامج القطري لزامبيا 10447.0 (2010-2007) | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|---|
| المجموع | المكوّن الثالث | المكوّن الثاني | المكوّن الأول | |
| 52 201 | 15 795 | 18 111 | 18 295 | الأغذية (طن متري) |
| 17 319 605 | 4 182 300 | 5 819 332 | 7 317 960 | الأغذية (القيمة) |
| 905 419 | 258 248 | 424 338 | 222 833 | النقل الخارجي |
| 9 462 777 | 2 913 072 | 3 373 876 | 3 175 829 | النقل البري والتخزين والمناولة (المجموع) |
| 181 | 184 | 186 | 174 | النقل البري والتخزين والمناولة (لكل طن متري) |
| 1 188 919 | 245 696 | 494 164 | 449 059 | تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى |
| 28 876 720 | 7 599 316 | 10 111 710 | 11 165 681 | مجموع التكاليف المباشرة |
| 3 277 758 | | | | تكاليف الدعم المباشر ¹ |
| 2 250 813 | | | | تكاليف الدعم غير المباشر ² |
| 34 405 292 | | | | مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج |
| 4 626 731 | 379 240 | 2 730 528 | 1 516 963 | مساهمة الحكومة |

(1) مبلغ تكاليف الدعم المباشر رقم إرشادي للعلم والإحاطة. ويعد النظر في المخصصات السنوية لتكاليف الدعم المباشر في البرنامج القطري ويُحدد قيمتها سنويا بعد تقدير احتياجات تكاليف الدعم المباشر وتوفر الموارد.

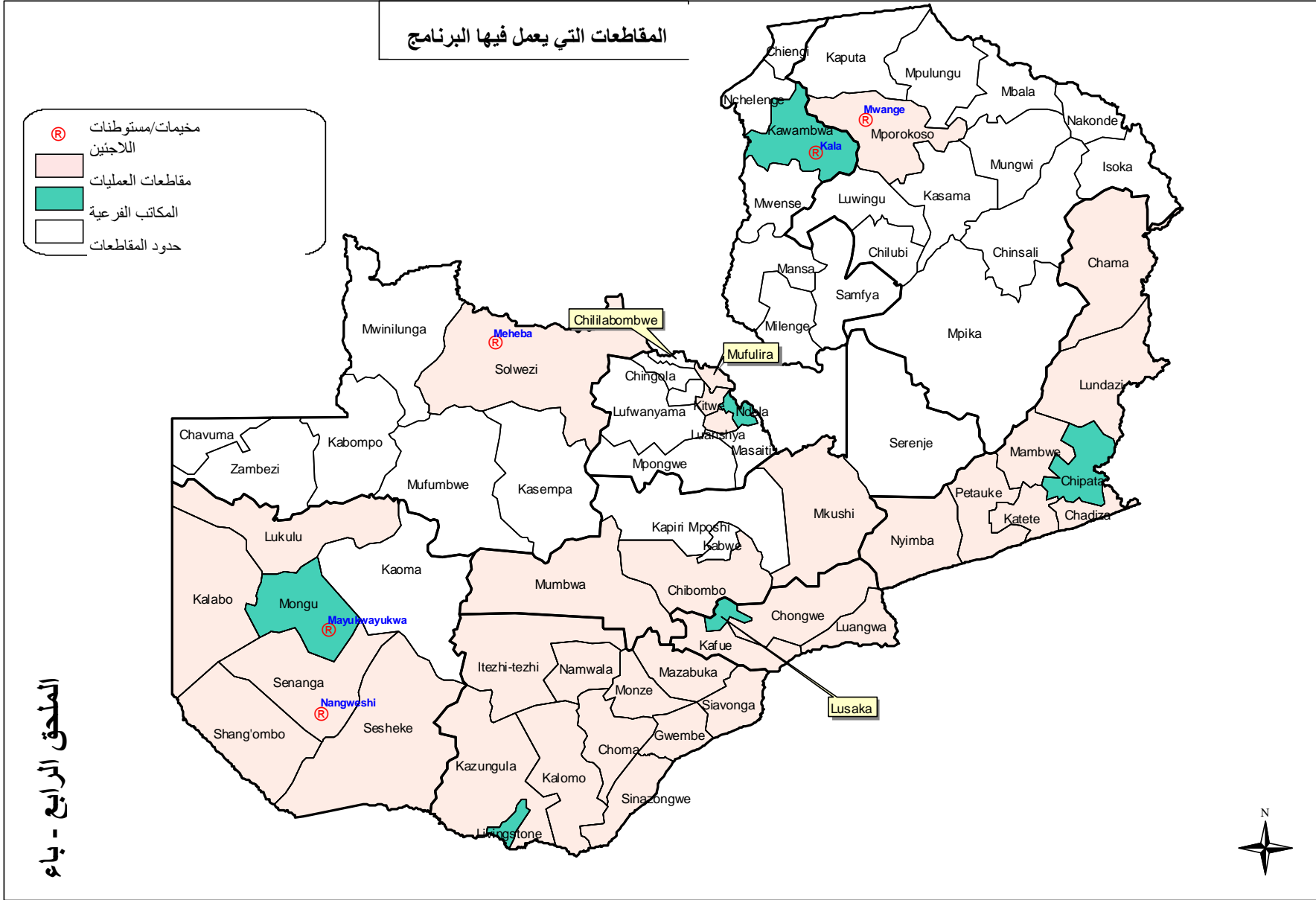
(2) يجوز للمجلس التنفيذي أن يُعدّل تكاليف الدعم غير المباشر أثناء الفترة المشمولة بالبرنامج القطري.

المقاطعات المستهدفة في البرنامج القطري للبرنامج



طريقة رسم الحدود في هذه الخريطة لا تعني أي حكم من جانب البرنامج على الوضع القانوني لأي منطقة أو بلد أو أي إقرار أو قبول بهذه الحدود.





طريقة رسم الحدود في هذه الخريطة لا تعني أي حكم من جانب البرنامج على الوضع القانوني لأي منطقة أو بلد أو أي إقرار أو قبول بهذه الحدود.