



Экономический и Социальный Совет

Distr.
LIMITED

E/ICEF/1994/P/L.9
22 March 1994

RUSSIAN
ORIGINAL: FRENCH,
ENGLISH

ДЕТСКИЙ ФОНД ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Правление
Вторая регулярная сессия 1994 года
25-29 апреля 1994 года

НА РЕШЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ В ОТНОШЕНИЕ ПРОГРАММЫ ПО СТРАНЕ*

Бенин

РЕЗЮМЕ

Директор-исполнитель рекомендует Правлению утвердить ассигнования на период 1994-1998 годов в размере 5,5 млн. долл. США из общих ресурсов в пределах имеющихся средств для осуществления программы в Бенине и ассигнования в размере 13 101 000 долл. США из дополнительных средств при условии получения целевых взносов.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
ПОЛОЖЕНИЕ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН	2
СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ПРОГРАММЕ, 1990-1994 ГОДЫ	4
РЕКОМЕНДУЕМОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ПРОГРАММЕ, 1994-1998 ГОДЫ	7

Перечень таблиц

1. Основные статистические данные о положении детей и женщин	15
2. Расходы за предыдущий период сотрудничества, 1990-1994 годы	18
3. Планируемые расходы, 1994-1998 годы	19
4. Бюджет по программе и расходы на укомплектование штатов/персонал	20

* В целях соблюдения установленных сроков представления документации настоящий документ был подготовлен до получения окончательных сводных финансовых данных. Окончательные данные с учетом неизрасходованных на конец 1993 года остатков средств, выделенных на сотрудничество по программе, будут представлены в документе "Резюме рекомендаций на 1994 год в отношении программ, финансируемых за счет общих ресурсов и дополнительных средств" (E/ICEF/1994/P/L.3 и Add.1).

ПОЛОЖЕНИЕ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН

1. В период, охватываемый последней программой по стране 1990-1994 годов над регионом, в частности над Бенином, пронёсся ветер демократизации. Состоявшаяся в феврале 1990 года Национальная конференция распустила находившееся 17 лет у власти правительство военно-марксистского режима и поставила переходное правительство с задачей организовать в 1991 году парламентские и президентские выборы. Экономика переживала в то время серьёзный упадок, отрицательно сказывавшийся на бедных и уязвимых группах населения.

2. После осуществления двух последовательных программ структурных преобразований и в связи с возникновением благоприятных социально-политических факторов получили развитие сельское хозяйство и торговля, что позволило уменьшить сокращение валового внутреннего продукта (ВВП) с 2,9% в 1989 году до 0,9% в 1991 году. Бремя государственного долга составляло более 50% ВВП в 1992 году. Расходы на обслуживание внешнего долга, поглощавшие в 1989 году 75% экспорта, были сокращены в 1992 году до 7% благодаря рефинансированию и анулированию долга, произведенным в интересах Бенина. Несмотря на улучшение макроэкономической среды, социально-экономические проблемы остаются, в числе прочих увеличивающийся рост безработицы, связанной со структурной перестройкой государственного и полугосударственного секторов: в период с 1989 по 1992 годы были уволены 4000 государственных служащих, а за период с 1982 по 1992 годы общее число уволенных превысило 15 000 человек.

3. Бенин остается одной из самых бедных стран, где валовой национальный доход (ВНД) на душу населения составляет 380 долл. по уровню развития человеческого фактора он занимает 162 место среди 173 стран согласно классификации сводного справочника по развитию человеческого фактора, выпускаемого Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Население страны в 1992 году составляло примерно 4,9 миллиона человек, а его годовой прирост оценивался в 3,2% с учетом миграции. Рост городского населения, один из самых высоких среди развивающихся стран, достиг в период 1969-1990 годов 7,4%. Бенин оказывается очень чувствительным к социально-политическим пертурбациям в этом субрегионе; в нем находят непосредственный отклик события, происходящие в частности в Нигерии и Того.

4. Тем не менее Бенин был одной из первых стран, ратифицировавших Конвенцию о правах ребенка, сделав это в августе 1990 года. Вскоре он подписал Декларацию и План действий Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей. Развернутые страной усилия в рамках Бамакской инициативы позволили привлечь всех к участию во всеобщей программе иммунизации. В 1992 году страна еще активнее присоединилась к достижению целей Всемирной встречи на высшем уровне и промежуточных целей, принятых Дакарским консенсусом, которым завершилась Международная конференция по вопросам помощи африканским детям. Правительство обязалось также выработать свою собственную национальную программу действий (НПД) в интересах детей.

5. Что касается области здравоохранения, то, хотя более 85% коммун имеют доступ к медицинским центрам, расположенным в радиусе 6 км, 88 детей из 1000 умирают, не дожив до одного года. Основными причинами младенческой и детской смертности (75%) являются малярия, острые респираторные инфекции (ОРИ) и диарея. Основными причинами материнской смертности являются кровотечения и инфекции; данные колеблются в пределах между 160 и 800 смертями на 100 000 живорождений. Более точные и надежные данные станут известны из результатов переписи, которые будут опубликованы в этом году. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) пока не получил большого распространения в стране,

но число случаев явно растет, с 247 в 1991 году до 465 в 1992 году. Средний уровень заболеваемости в Бенине составляет 10 больных СПИДом на 100 000 жителей (учитывая 218 новых случаев в одном лишь 1992 году).

6. Что касается питания, то 40% детей в возрасте до 5 лет страдают от недоедания в умеренной форме и 6% в острой форме. Проблема не связана непосредственно с наличием продовольствия, а скорее с плохим использованием домашних ресурсов и с дурными обычаями в вопросах питания (главным образом с существованием табу в отношении некоторых продуктов). Предположительно анемией страдает 40% женщин детородного возраста. Рациональный режим питания имеют лишь 8% детей. По-видимому, широко распространено грудное вскармливание детей, но распространение исключительно грудного вскармливания представляется затруднительным, в связи с особыми традициями и обычаями. На севере страны обнаруживаются случаи недостатка йода в пище (в общей сложности 19%), а также дефицит витамина А (до 8% детей в департаменте Атакора).

7. Что касается водоснабжения, то в сельской местности насчитывается 4100 водоразборных пунктов, которыми охватывается 51% населения страны. Существуют большие различия на региональном уровне (в зависимости от департамента от 19% до 82%). По данным правительственных источников доступ к средствам санитарии имеют лишь 5% сельского населения против 28% населения в городских зонах. По оценке в общей сложности возможности санитарии доступны для 11% населения (данные Организации Объединенных Наций отличаются от приводимых в тексте, поскольку правительство еще не информировало Организацию Объединенных Наций о происшедших изменениях). По-прежнему распространены случаи болезней, передающихся через воду. Ежегодно насчитывается около 50 000 случаев дракункулеза (гвипейский червь), то есть примерно 830 случаев на 100 000 живорождений; для 36% деревень болезнь эндемична, и они являются приоритетной зоной работ по налаживанию снабжения питьевой водой.

8. Что касается образования, то для системы характерна внутренняя неэффективность, причина которой в плохом качестве обучения, нехватке учебных материалов и отсутствие подходящих программ. Следует также упомянуть о слабом внешнем воздействии системы образования. Многие родители считают школу чем-то чуждым для их жизни. Школа, которая должна быть необходимой для обеспечения социальной мобильности, воспринимается как бесполезная структура, потому что большинство получивших свидетельство об образовании оказывается безработным. В начальном образовании из 1000 детей, поступивших в первый класс, лишь 312 заканчивают 6 классов и 164 получают свидетельство о начальном образовании. Уровень охвата начальным образованием оставался почти неизменным с 1985 года (64%) до 1992 года (65%). На двух мальчиков в школе приходится всего одна девочка. Разница в степени грамотности населения очень велика в зависимости от департамента, а среди женщин вообще очень мало грамотных: 5 женщин из 6 не умеют ни читать, ни писать.

9. До сих пор отсутствуют количественные данные о детях, находящихся в трудных условиях. Однако ясно, что их число, в частности уличных детей, увеличивается с развитием урбанизации и распространением бедности. Распространена практика эксплуатации девушек на домашних хозяйственных работах.

10. Женщины составляют 51% населения и 60% сельскохозяйственных трудящихся. Женщины являются главами 20% семей, и многие из них работают в нетоварной сфере. Несмотря на то, что в высших кругах общества и среди правительственных служащих много женщин и что обычно женщины признают опорой семьи и хозяйства, они остаются неполноправными, не пользуясь ни правом наследования земли, ни властью по отношению к детям, равной той, которой пользуется мужчина. Положение женщины в обществе остается униженным.

СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ПРОГРАММЕ, 1990-1994 ГОДЫ

11. Последняя программа была нацелена главным образом на включение всех мероприятий, входящих в первичное медико-санитарное обслуживание (ПМСО) (вакцинация, питание, борьба с желудочно-кишечными заболеваниями, санитарное просвещение, водоснабжение) в рамки Бамакской инициативы. Другие ее составные части включали повышение роли женщины, содействие развитию малолетних детей и социальную мобилизацию. Такой интеграции во многом способствовали, с одной стороны, усилия по координации мероприятий партнеров в многосекторном плане, предпринятые министерством планирования и в масштабах секторов, приложенные различными министерскими департаментами, сообществом партнеров в деле развития и Бюро координации проектов при Президенте Республики, а с другой стороны, процесс круглых столов, начатый в Женеве в 1992 году. В этих рамках результаты работы шести круглых столов по секторам, из которых три касаются социального сектора (здравоохранение, образование, социальные аспекты развития), будут представлены до конца первого квартала 1994 года.

Здравоохранение и питание

12. Охват вакцинациями детей в возрасте до одного года, благодаря активизации осуществления расширенной программы иммунизации РПИ, вырос с менее 17% в 1985 году до 73% в 1992 году. Что касается беременных женщин, то он увеличился с 60% в 1985 году до 83% в 1992 году. За успехи РПИ в Бенине министерство здравоохранения во время Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1993 года было награждено премией Альфреда Комлана Кекума Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Благодаря социальной мобилизации все социальные категории, различные религиозные группы, пресса и работники здравоохранения трудились над осуществлением целей РПИ.

13. Бамакская инициатива была воплощена в 366 медицинских центрах, обслуживающих 90% страны. Мероприятия РПИ/ПМСО проводились в 192 из этих центров, то есть охватывали 58% населения (данные Организации Объединенных Наций отличаются от проводимых в тексте, поскольку правительство еще не информировало Организацию Объединенных Наций о происшедших изменениях). Охват беременных женщин дородовыми консультациями вырос с 30% в 1989 году до 75% в 1993 году. Охват населения лечебной помощью достигает примерно 30% и включает главным образом пациентов, живущих в окрестностях медицинских центров. Более 80% медицинских центров фактически покрывают расходы, связанные с их функционированием на местах и с продажей основных лекарственных средств (средний уровень покрытия 111%). Снабжение медикаментами обеспечивает центральная закупочная служба.

14. В области питания были предприняты мероприятия в департаменте Зу, где зарегистрирован самый большой процент лиц, страдающих от недоедания. ЮНИСЕФ при посредстве Управления продовольствия и прикладного питания финансировал программу внедрения в рацион питания. Наблюдение за правильностью питания обеспечивается центрами социального развития, но эта деятельность все еще недостаточно интегрирована в мероприятия медицинских центров.

Водоснабжение и санитария

15. Инициативная программа была нацелена на охват водоснабжения департамента Зу, на расширение создания индивидуальных туалетов для отдельных семей, туалетов в школах, и медицинских центрах и на дальнейшую борьбу за искоренение дракункулеза, благодаря

включено в ее мероприятия санитарного просвещения. Вплоть до 1991 года в мероприятиях по обеспечению водоснабжением в этой зоне сотрудничало Агентство Соединенных Штатов международного развития (АМР США). В 1993 году воду получали 150 000 человек, и в зонах эндемичного дракункулеза было создано 300 водоразборных пунктов, оборудованных ручными насосами Индия Марк II. С июня 1991 года число больных дракункулезом было снижено на севере департамента Зу на 70% по отношению к их числу в 1988 году. Для проведения работы по санитарному просвещению и сбору данных было создано около 300 комитетов социально-санитарного развития, состоящих из членов общин. Была организована автономная система обслуживания насосов, для чего были подготовлены 15 деревенских ремесленников и открыты 3 частных магазина, торгующих запасными частями, что позволило поддерживать в рабочем состоянии 90% насосов, находящихся в ведении этих комитетов.

16. Для содействия охране окружающей среды и улучшения питания были созданы школьные питомники и огороды, а получаемые от этой деятельности доходы помогают в приобретении учебных пособий. Мероприятия в области санитарии выразились в сооружении в департаменте Зу 122 общественных, 63 школьных и 32 семейных туалетов. В рамках проекта ликвидации дракункулеза была создана национальная координационная структура. Были подготовлены координаторы на уровне субпрефектур и коммун, а также добровольцы в деревнях для осуществления эпидемиологического надзора. В настоящее время эти добровольцы под контролем добровольцев Корпуса мира (Соединенные Штаты Америки) ежемесячно посещают 12% деревень, подверженных постоянным эпидемиям.

Образование

17. Программа образования содействовала развитию в школах, общественных центрах, медицинских центрах, объединениях женщин и читательских клубах знаний в области здравоохранения. Эти мероприятия были направлены в первую очередь на поддержку мер в областях здравоохранения, питания и санитарии. Забота о малолетних детях осуществлялась в форме создания сельских внешкольных учреждений, которые оказались нежизнеспособными. Эта неудача заслуживает более глубокого анализа, с тем чтобы извлечь из нее полезные уроки для разработки новых мероприятий.

18. Однако были достигнуты значительные результаты в подготовке специалистов и изготовлении пособий: в 257 детских учреждениях было подготовлено 546 специалистов, а услугами этих учреждений воспользовались 900 детей дошкольного возраста и 7000 учеников начальной школы. Кроме социальных и медицинских работников из числа отобранных матерей были подготовлены организаторы, освоившие методику ведения собраний по темам издания "Знания для жизни". Около 3000 человек, получивших основы грамотности, смогли воспользоваться брошюрами по вопросам санитарно-гигиенического просвещения, изданными на семи национальных языках; услугами этой программы воспользовались в общей сложности 15 000 женщин. Однако эти количественные данные не позволяют оценить результаты проведенных мероприятий с точки зрения улучшения взаимоотношений в обществе.

Женщины и развитие

19. Программа содействия участию женщин оказала поддержку женским объединениям, но оценить ее результаты трудно ввиду недостатка контроля. Эти объединения все больше обретают силу в своей среде. Благодаря настойчивой пропаганде в конечном счете появилась на свет структура координации женских мероприятий.

Оценка и извлеченные уроки

20. Многочисленные предпринятые исследования и оценки помогли определить ориентацию стратегий для будущей программы по стране. В числе прочего можно назвать оценку межучрежденческого сотрудничества в сфере обеспечения водой, предварительное исследование о положении детей, живущих в особо трудных условиях, исследование о положении девочек, ежегодный обзор РПИ при участии всех партнеров и исследование о мотивации медицинского персонала. Что касается Бамакской инициативы, следует констатировать, что Бенин располагает большими возможностями для достижения промежуточных целей. Кроме политической воли на всех уровнях и принятия процесса разработки министерских планов существуют многочисленные службы, хорошая организация и мощное участие общин. Немаловажным потенциалом являются благоприятная для различных доноров атмосфера и растущее участие частного сектора и неправительственных организаций (ПНО) в деятельности во всех сферах. Благодаря успешному охвату страны (85%), предложению минимального пакета услуг, наличию важнейших медикаментов, широкой доступности в географическом плане и действенному участию общин, способности медицинских центров взять на себя местные расходы, связанные с функционированием, включая предоставление основных медикаментов, и передовую стратегию, Бамакская инициатива предлагает чрезвычайно благоприятную основу для достижения большинства промежуточных целей как в области профилактических (иммунизация, дородовая помощь), так и в области лечебных (ОРИ, малярия, диарея) мер. Однако в настоящее время Бамакская инициатива не позволяет покрыть стоимость вакцин, средств транспортировки и сети холодильных установок для их хранения. Даже если в многочисленных центрах используется местный персонал, работающий по договору, следует избегать относить на счет местных общин расходы на заработную плату персонала. Важной задачей является введение в практику пероральной регидратационной терапии (ПРТ). Это дело требует значительных усилий в плане информации, поощрения семей к применению ПРТ в домашних условиях и большой убежденности и самоотдачи медицинского персонала; именно этим усилиям будет отдан абсолютный приоритет в программе.

21. Кампания по проведению в жизнь расширенной программы иммунизации (РПИ) - главное мероприятие первой половины программы - привела к поразительному увеличению охвата иммунизацией. Но острый социально-экономический кризис 1988-1990 годов, который совпал с ускорением осуществления РПИ, повлек за собой снижение возможностей правительства покрывать текущие расходы и в дальнейшем перенос финансового бремени программы на различных доноров и особенно на ЮНИСЕФ. Вклад правительства в текущие расходы, разумеется, является предварительным условием стабильности программы, но стабилизация экономики в такой стране, как Бенин, требует много времени. В течение этого периода ЮНИСЕФ должен будет занять гибкую позицию в отношении текущих расходов и выработать вместе с правительством план постепенного прекращения участия в них. Рекомендации, принятые в результате проведенного среднесрочного обзора программы, привели к переориентации программы питания в перспективе задач на 1990-е годы и к началу осуществления программы образования в направлении новых секторов вместо одного лишь санитарного просвещения. Во избежание маргинализации задач по повышению роли женщин отныне работа в интересах женщин включена во все программы, причем конкретные мероприятия предусматриваются в области образования.

22. Таким образом, в центре новой программы будут вопросы закрепления достигнутого и упрочение связей на всех уровнях системы здравоохранения. И в заключение будет учтена необходимость укрепления возможностей страны не только в технической области, но и в области управления и контроля на всех уровнях. Это предполагает также необходимость

подготовки членов различных деревенских комитетов к более грамотному участию в определении потребностей и разрешении своих проблем.

23. Ввиду неудовлетворительной базы данных и, следовательно, разноречивости имеющихся данных и новаторского характера предоставляемых услуг необходимо сохранить большую гибкость в определении тех уровней, которые надлежит достигнуть в стране, переживающей трудный переходный период. Представляется необходимым основывать планирование на периодическом пересмотре вместе с правительством поставленных целей. Важно также облегчить более полную оценку успехов и ограничений программы по стране, с тем чтобы ускорить достижение количественных целей, качественного улучшения систем и способствовать переменам в поведении.

РЕКОМЕНДУЕМОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ПРОГРАММЕ, 1994-1998 ГОДЫ

Рекомендуемые общие ресурсы: 5 500 000 долл. США

Дополнительные средства: 13 101 000 долл. США

Рекомендация относительно сотрудничества по программе^a (в тыс. долл. США)

	<u>Общие ресурсы</u>	<u>Дополнительные средства^b</u>	<u>Всего</u>
Здравоохранение	1 750	6 715	8 465
Водоснабжение и санитария	750	5 433	6 183
Образование	1 000	953	1 953
Планирование, оценка и контроль	800	-	800
Социальная мобилизация	125	-	125
Поддержка программы	<u>1 075</u>	<u>-</u>	<u>1 075</u>
Всего	<u>5 500</u>	<u>13 101</u>	<u>18 601</u>

^a Смета расходов по годам приводится в таблице 3.

^b Помимо этого имеются проекты, финансируемые за счет дополнительных средств, которые приводятся в таблице 3.

Подготовка программы по стране

24. Подготовка новой программы сотрудничества на 1994-1998 годы потребовала взаимодействия с правительством и всеми партнерами, участвующими в процессе развития; эта работа началась со среднесрочного обзора нынешней программы в июле 1992 года. Весь процесс координировался министерством планирования, которое привлекло к работе своих партнеров в секторах и на разных уровнях, позволив, таким образом, обеспечить взаимодополняющий характер различных мероприятий. К работе были подключены учреждения системы Организации Объединенных наций, в частности Программа развития

Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО), Мировая продовольственная программа (МПП) и ВОЗ, а также учреждения, осуществляющие двустороннее сотрудничество (французские, американские, канадские, швейцарские, германские, датские) и участвующие в многостороннем сотрудничестве (Всемирный банк и Африканский банк развития (АБР), а также местные и международные НПО. Был подготовлен аналитический обзор положения детей в Бенине и одновременно завершена разработка национальной программы действия. И то, и другое послужило рамками для работы по планированию и определению целей и стратегий для будущей программы.

Цели программы

25. В более широком контексте социально-правовых и философских рамок, заложенных в Конвенции о правах ребенка, и в контексте социальных аспектов программы развития, ЮНИСЕФ в сотрудничестве с другими партнерами окажет помощь правительству Бенина в осуществлении целей, определенных в национальной программе действий, вытекающих из целей, установленных Всемирной встречей на высшем уровне в интересах детей и приведенных в соответствие с контекстом страны. Будут активизированы усилия, направленные на достижение в 1995 году промежуточных целей, чтобы помочь правительству доказать свою приверженность целям, выдвинутым Дакарским консенсусом.
26. Национальная программа действий будет включена в социальный аспект развития в качестве неотъемлемой составной части, учитывающей положение женщин и детей. Такая интеграция будет способствовать включению ее, а также промежуточных целей в национальные программы развития. Программа сотрудничества между правительством и ЮНИСЕФ будет неотъемлемой частью национальной программы действий, которая привлечет к сотрудничеству всех партнеров в деле развития страны. Цель программы сотрудничества на 1995-1998 годы состоит в том, чтобы с помощью ряда соответствующих мероприятий содействовать значительному и ощутимому улучшению качества жизни населения, при этом первоочередное внимание будет уделено группе ребенок-девushка-женщина.
27. Постановленными к 1995 году целями являются: а) увеличение охвата вакцинаций тройной комбинированной вакциной (против дифтерии, столбняка и коклюша) с 73 до 80%; б) увеличение охвата вакцинаций против кори с 70 до 90%; в) искоренение послеродового столбняка; г) приостановление распространения вируса полиомиелита, увеличив охват вакцинаций против полиомиелита с 3 до 90%; д) расширение применения ПРТ с 45 до 80%; е) пропаганда исключительно грудного вскармливания детей и распространение на 100% больниц инициативы "больницы - друзья ребенка"; ж) ликвидация недостаточности витамина А; з) предоставление всем возможности употреблять йодированную соль; и) искоренение дракункулеза. Частными целями на 1995 год являются, с одной стороны, расширение обеспечения питьевой водой с 51 до 60% населения, а санитарно-техническими возможностями с 11 до 35%, а с другой - увеличение охвата школьным обучением девочек с 44 до 50%.
28. Задачами на 2000 год являются: а) снижение коэффициента младенческой смертности с 89 до 60 на 1 000 живорождений и сокращение коэффициента детской смертности с 149 до 100 на 1 000 живорождений; б) снижение коэффициента материнской смертности с 800 до 400 на 100 000 живорождений; в) искоренение полиомиелита; г) уменьшение доли страдающих от недоедания с 40 до 20%; д) увеличение охвата начальным образованием с 65 до 78 %, с особым упором на девочек, то есть увеличение числа охваченных школой девочек

с 44 до 60 %; f) снижение неграмотности с 77 до 50%; и g) увеличение доли населения, обеспеченного питьевой водой, с 51 до 70%.

29. Программа по стране направлена на то, чтобы помочь Бенину упрочить свое положение, с тем чтобы успешно осуществить эти цели начиная с 1998 года. Программа нацелена также на развитие национальных возможностей в области планирования, контроля и оценки осуществления этих целей. Программа направлена на то, чтобы благодаря разъяснительной работе и мобилизации общественности создавать, способствовать развитию и поддерживать на всех уровнях национальную политическую волю к достижению этих целей. Однако ввиду своего ограниченного вклада она будет играть роль катализатора в деле мобилизации всех партнеров, действующих в соответствующих секторах, и сотрудничества с ними в достижении поставленных целей.

Стратегия программы

30. Программа по стране, при том что она поддерживает предоставление услуг, будет сосредоточена на следующих основных стратегических задачах: а) укрепление возможностей страны; б) участие общин; с) планирование, контроль и оценка; и d) мобилизация ресурсов.

31. ЮНИСЕФ укрепит национальные возможности, включая возможности общин, с тем чтобы обеспечить непрерывность действий. ЮНИСЕФ окажет поддержку отделу, занимающемуся социальными аспектами развития в министерстве планирования и перестройки экономики в деле планирования, контроля и оценки успехов в осуществлении национальной программы действий, а также поддержит усилия по разработке децентрализованных планов действий на провинциальном уровне. ЮНИСЕФ поддержит также национальные усилия, направленные на мобилизацию внутренних и внешних ресурсов. Программа предоставит техническую помощь как непосредственно НПО (неправительственным организациям), так и национальным структурам, таким как Региональный центр развития и здравоохранения, Национальный научно-исследовательский и учебный институт по вопросам образования, Бенинский научно-технический исследовательский центр, которые могут выполнять функции поддержки для некоторых программ и проектов. Для поощрения частных предприятий им будет отведена роль важных партнеров в проведении работ по бурению скважин в рамках программы водоснабжения.

32. Одновременно с децентрализацией структур упор будет сделан на участие общин. Контроль со стороны населения на периферии за использованием ресурсов позволит повысить при поддержке неправительственных организаций влияние местных общин, местных объединений и других партнеров. Вовлечение родителей и общественности является одним из ключевых элементов в программе образования, направленной на увеличение охвата девочек школой. В области здравоохранения цель состоит в том, чтобы усилить участие общин, роль которых должна стать значительно большей, чем участие в покрытии расходов. В области водоснабжения и санитарии члены общин должны будут взять на себя ответственность за все стороны деятельности, связанные с выбором типов инфраструктур, с обслуживанием устройств и с внесением предложений в вопросах сохранения окружающей среды. Внутри общины главная цель состоит в повышении количественного и качественного участия женщин. Существующие организационные формы - женские объединения, комитеты управления, комитеты социально-санитарного развития, ассоциации родителей учащихся - получают помощь с целью содействия их интеграции в единую систему в интересах общинного развития.

33. Цели этого развития включают:

а) обращения к работникам директивных органов, общественным руководителям, широким кругам населения, направленные на их вовлечение в программы в интересах детей и женщин;

б) поддержка секторальных программ, с тем чтобы они могли играть роль катализаторов в деле достижения промежуточных целей в течение двух первых лет осуществления программы и способствовали изменению поведения.

34. Действительно, Бамакская инициатива позволила добиться больших успехов (снабжение основными лекарствами, в том числе солями для пероральной регидратации (СПР), подготовка персонала, охват медико-санитарным обслуживанием 85% населения на уровне общин, действенное участие на общинном уровне, покрытие местных расходов на функционирование и на основные лекарства), но все решить она не может. В мероприятиях по мобилизации общественности упор будет сделан на следующее:

а) что касается ПРТ - на распространение применения домашних решений и на правильное лечение с помощью СПР в медицинских пунктах или подготовленными медработниками;

б) что касается искоренения дракункулеза - на хорошее знание цепи передачи болезни и использование сетчатых фильтров, особенно в населенных пунктах, насчитывающих менее 500 жителей, которые не располагают источниками питьевой воды и для которых бурение скважин слишком дорого;

с) что касается борьбы с йодистой недостаточностью - призывы к директивным органам о необходимости принятия законодательства, касающегося импорта йодированной соли; к местным импортерам и производителям - о необходимости йодирования всего производимого ими объема соли; к населению - о необходимости хорошо знать вызываемые йодистой недостаточностью заболевания, а также фактически употреблять йодированную соль.

35. Была подготовлена отдельная программа по вопросам планирования, контроля и оценки. Она представляет собой важную стратегическую меру, касающуюся осуществимости и долговечности всех мероприятий, направленных на осуществление целей национальной программы действий и на проведение в жизнь корректирующих мер в рамках целей программы.

36. Другое важное стратегическое направление включает мобилизацию ресурсов, бенефициариев, партнеров в деле развития как национальных, так и международных, чтобы обеспечить приоритетное место программам в интересах детей при выделении людских, материальных и финансовых ресурсов. Важной частью этой мобилизации является использование как средств массовой информации, так и традиционных каналов.

Охват

37. Для большинства мероприятий программы их охват будет общенациональным; однако в конкретных секторах деятельности будет применяться зональный подход. Что касается здравоохранения и питания, то целью мероприятий является охват населения всей страны. Население, являющееся целью РПИ, включает всех детей в возрасте до одного года и женщин детородного возраста. Некоторые мероприятия в области питания будут ограничены определенными географическими зонами для контроля белковокалорийной недостаточности

и дефицита витамина А. Деятельность в области образования охватит население трех департаментов, насчитывающих 250 000 жителей, отличающихся наиболее низким охватом школьным образованием девочек, но она будет носить демонстрационный характер и будет легко поддаваться копированию; мероприятия в интересах детей, находящихся в трудных условиях, будут ограничены четырьмя самыми крупными городами Бенина. Плодами работы в области водоснабжения и санитарии воспользуются 200 000 человек, в частности в зонах эндемичного дракункулеза в департаментах Зу, Атакора, Боргу и Моно. Мероприятия по мобилизации общественности, которые будут подкреплять все остальные проекты, географически ограничены не будут. Что касается программы планирования, контроля и оценки, она будет осуществляться на центральном уровне, но она будет поддерживать целый ряд мероприятий на провинциальном и периферийном уровнях.

Здравоохранение и питание

38. Все задачи этой программы должны способствовать достижению следующих целей: а) снижения заболеваемости и смертности, связанных с болезнями, охватываемыми РПИ, в частности ликвидации полиомиелита, ликвидации послеродового столбняка и снижения смертности от кори на 95%, а заболеваемости на 90% по сравнению с уровнем 1990 года; б) снижения с 20 до 10% коэффициента младенческой смертности (КМС) от диареи и уменьшения наполовину смертности от ОРИ и малярии; в) снижения коэффициента материнской смертности с 800 до 400 на 100 000 живорождений; д) сокращения числа страдающих от недоедания в острой форме с 6% до менее 2%; е) уменьшения числа детей в возрасте до 5 лет страдающих от белково-калорийной недостаточности питания с 40 до 20%; и ф) ликвидации йодистой недостаточности и дефицита витамина А в эндемичных зонах Боргу и Атакора.

39. Программа включает три проекта: а) поддержка развития систем здравоохранения; б) здоровье матери, воспроизводство, выживание ребенка; и в) питание. Принимая Бамакскую инициативу в качестве основы для всех мероприятий, главные стратегические цели программы состоят в: а) укреплении управленческого потенциала и контроля на первом отправном уровне и потенциала общин в области контроля за показателями состояния здравоохранения; б) мобилизации общественности главным образом в поддержку РПИ, охраны здоровья матерей и детей, на борьбу со СПИД, в поддержку Бамакской инициативы и мероприятий в области питания; в) использовании общинного финансирования для организации приносящей доход женской деятельности; и д) осуществлении децентрализованного эпидемиологического контроля. В области питания стратегия нацелена на отстаивание идей и мобилизацию общественности в целях обеспечения для всех возможности пользоваться йодированной солью, использования медицинских центров и школ в рамках мероприятий санитарно-гигиенического просвещения и для распределения продуктов, богатых витамином А, и включение эпидемиологического контроля в мероприятия медицинских центров.

40. Проект поддержки развития системы здравоохранения направлен на разрешение проблемы недостаточной оперативной системы здравоохранения, от коммуны до субпрефектуры. Адекватный технический контроль и административная поддержка на самой нижней ступени структур здравоохранения позволяет развить организационно-управленческие способности работников здравоохранения и представителей общины.

41. Проект "здоровья матери/воспроизводство/выживание ребенка" будет способствовать снижению коэффициента материнской смертности и КМС при поддержке мероприятий по мобилизации общественности и просветительских мероприятий. Такой подход включает составляющую "информация-образование-коммуникация" (ИОК), имеющую важное значение

для служб, занимающихся внедрением увеличения межродовых интервалов и планированием семьи, ликвидацией послеродового столбняка, ликвидацией полиомиелита, правильным лечением случаев диареи, малярии и ОРЗ в медицинских центрах и в домашних условиях. Особое внимание будет уделено контролю за распространением болезней, передаваемых половым путем, и СПИДа.

42. Проект, касающийся питания, приобретает новую направленность, основывающуюся на многодисциплинарном подходе с практическим вовлечением населения при содействии системы информации, рассчитанной на общину. Проект поможет в распространении контроля за состоянием питания и в его рационализации, а также в ликвидации дефицита микроэлементов (витамин А, железо, недостаток йода).

Образование

43. Главные цели состоят в содействии: а) увеличению охвата детей начальной школы с 65 до 78% с особым вниманием к привлечению к учебе девочек; б) сокращению неграмотности до 50% и распространению с помощью мероприятий для девушек и женщин знаний, необходимых для жизни; с) осуществление с помощью тех же мероприятий целей здравоохранения; и d) созданию лучших возможностей для социальной интеграции детей, находящихся в трудных условиях, с помощью выступлений в их поддержку и соответствующих мероприятий по их профессиональной подготовке. Главная стратегическая линия ЮНИСЕФ состоит в тесном сотрудничестве с Агентством по международному развитию США и Всемирным банком, которые предоставляют крупные средства на начальное образование - примерно 80 миллионов долларов на пять лет.

44. Первый проект, касающийся образования и общины, будет использовать главным образом подход, рассчитанный на общины, в рамках которого общины будут вовлечены в проведение всех фаз мероприятий, одной из основных целей которых является увеличение охвата школьным обучением девочек. Приобретенный в результате осуществления этого проекта опыт станет новым вкладом в реформу образования, в обновление программ и в подготовку учителей с перспективой перехода к всеобщему начальному образованию; эти достигнутые результаты в рамках национальной комиссии будут направлены на цели развития школы и образования девочек. Другие мероприятия будут включать неформальный подход к покрытию расходов на образование малолетних детей и привитие новых трудовых навыков девушкам и женщинам.

45. Второй проект преследует цель привлечения внимания работников директивных органов и общественности к судьбе уличных детей и работающих детей, в частности девочек. Речь идет об оказании помощи в выработке стратегий, которые обеспечили бы их защиту, их образование и их интеграцию в общество, прежде всего при партнерстве с НПО, работающими в интересах детей, живущих в особо тяжелых условиях.

Водоснабжение и санитария

46. Цель программы состоит в том, чтобы расширить в 1988 году охват населения снабжением питьевой водой с 51 до 70%, способствовать ликвидации в 1955 году дракункулеза, снизить смертность, связанную с диарейными заболеваниями, с 20 до 10% и содействовать защите окружающей среды. Стратегия включает участие членов общин, особенно участие женщин в комитетах социально-санитарного развития, привлечение частного сектора, межсекторальное сотрудничество, особенно в интересах здравоохранения и образования, и тесное сотрудничество с партнерами по двусторонней и многосторонней деятельности, в

особенности с Всемирным банком и с Датским агентством международного развития (ДАНИДА) в области водоснабжения.

47. Программа состоит из двух проектов: первый касается водоснабжения и развития санитарного обустройства сельских и пригородных зон. Он предусматривает снабжение водой 200 000 жителей департаментов Зу, Боргу и Атакора в зоне эндемичного дракункулеза и создание возможности пользоваться туалетами для 1 000 семей; 150 школ и центров здравоохранения будут оборудованы водоснабжением и туалетами. В школах и общинах будут продолжаться мероприятия по защите окружающей среды, а в деревнях будет разъясняться необходимость восстановления лесов.

48. Проект ликвидации дракункулеза тесно связан с проектом водоснабжения, нацеленным на обеспечение водой зон распространения болезни. Он направлен на постепенный охват мерами контроля от 12 до 100% больных вплоть до ликвидации болезни. Цель его - обеспечить, чтобы 100% семей в деревнях, где распространена болезнь и отсутствует снабжение питьевой водой, пользовались питьевой водой и укрепить национальный потенциал для достижения цели - ликвидации болезни. Проект выполняется под эгидой министерства здравоохранения, которое несет ответственность за осуществление санитарно-эпидемиологического надзора и за установление факта ликвидации болезни. Подготовкой деревенских медицинских работников для распространения санитарно-гигиенических знаний и умения пользоваться тканевыми фильтрами и контролем за их работой будут заниматься добровольцы Корпуса мира (США); техническую помощь будут оказывать программы НПО "Мир к 2000 году" и Центр Картера (США).

Планирование, контроль и оценка

49. Эта программа имеет целью оказание поддержки в укреплении национальных возможностей в вопросах планирования, контроля и оценки программ, касающихся детей и женщин, укрепление базы данных на всех уровнях, в том числе на уровне общин, осуществление подготовки и распространение полученной таким образом информации в интересах защиты детей и женщин. Стратегия включает укрепление в сотрудничестве с другими партнерами оперативных возможностей в вопросах поиска, анализа данных и распространения информации; для сбора отдельных данных по признаку пола и по районам будут использованы недорогие методы с широким привлечением участников. Этот проект, осуществляемый вместе с ПРООН, позволит создать учрежденческие структуры для оказания помощи правительству и оказать ему материальную поддержку в подготовке и распространении информации. Таким образом, улучшится возможность определения контрольных показателей, касающихся национальной программы действий и программы по стране.

Мобилизация общественности

50. Программа мобилизации общественности имеет целью развитие политической воли и создание юридических условий, способных облегчить достижение целей национальной программы действий, пробудить на всех уровнях общества интерес к проблемам детей и женщин, наконец, содействовать необходимым изменениям в характере поведения. Стратегия опирается на коммуникацию и информацию, партнерство с ассоциациями, занимающимися вопросами развития, неправительственными организациями и учрежденческими структурами, на уделение особого внимания женщинам как проводникам перемен, на использование традиционных и современных каналов связи и на сотрудничество с другими программами. Разработаны два проекта: а) обращение к работникам директивных органов, лидерам, формирующим общественное мнение, и к широкой общественности с целью обеспечить их участие в программах в интересах детей и женщин; б) поддержка секторальных программ,

с тем чтобы они могли играть роль катализатора в достижении целей национальной программы действий.

Управление осуществлением программы

51. Министерству планирования и перестройки экономики, а конкретной управлению координации внешней помощи поручено координировать осуществление программы по стране; оно же будет руководить отделом, ведающим национальной программой действий и отделом, занимающимся социальным аспектом развития. Ежегодный обзор позволит следить за достигнутыми успехами в сопоставлении с целями национальной программы действий вообще и с ее промежуточными целями в частности. В 1996 году на основе среднесрочного обзора будут заново определены, если возникнет такая потребность, задачи на год с учетом ранее достигнутых результатов.

52. На уровне страны весь комплекс вопросов, связанных с руководством и управлением деятельностью отделения ЮНИСЕФ организацией сотрудничества программы по стране с правительством Бенина, пропаганде и осуществлению внешних сношений возложен на представителя. Представителю помогают Операционная секция и Программная секция, которые включают подразделения, занимающиеся здравоохранением и питанием, водоснабжением и санитарией и образованием. В прошлом году были активизированы мероприятия в области мобилизации общественности и информации благодаря приему на работу одного местного специалиста. Штатный состав отделения ЮНИСЕФ будет изменен с целью оказания более действенной поддержки укреплению национальных возможностей в связи с продолжением постоянных мероприятий в области сотрудничества. Так, число специалистов, набранных на месте, будет увеличено с 3 до 8, тогда как число специалистов, набираемых на международной основе, будет сокращено с 10 до 7.

53. Ввиду важности планирования, контроля и оценки в программе по стране возможности отделения необходимо укрепить, с тем чтобы оказывать правительству реальную помощь в этом деле. Поэтому отделение намерено просить предусмотреть в бюджете на 1994-1995 годы создание одной должности национального сотрудника категории специалистов и одной секторальной должности для осуществления программы планирования, контроля и оценки, которым будет помогать помощник администратора по планированию, контролю и оценке, ныне занимающийся статистикой и контролем за программой работы отделения. Необходимость уделить особое внимание различным целям и мобилизации людских и финансовых ресурсов ради достижения поставленных целей порождает соответствующую потребность в людских ресурсах отделения в стране.

**ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ
 О ПОЛОЖЕНИИ ДЕТЕЙ И ЖЕНЩИН**

<u>Бенин:</u>	<u>(1992 год и предыдущие годы)</u>		<u>Классификация страны, данная ЮНИСЕФ</u>			
Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет	147	(1992 год)	Средний КСД5Л			
Коэффициент младенческой смертности	88	(1992 год)	Средний КМС			
ВВП на душу населения	380 долл. США	(1991 год)	Низкий ВВП			
Общая численность населения	4,9 млн.	(1992 год)				
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ						
			1970 год	1980 год	1991 год	1992 год
Число родившихся	(в тыс.)		133	171	229	243
Число умерших младенцев, (в возрасте до 1 года)	(в тыс.)		20	18	20	21
Число детей, умерших в возрасте до 5 лет	(в тыс.)		33	30	34	36
Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорождений)			252	176	150	147
Коэффициент младенческой смертности (в возрасте до 1 года) (на 1000 живорождений)			148	104	89	88
				Примерно 1980 год		Последние данные
Дети с пониженным весом (в возрасте до 5 лет) (% с учетом нормального веса для данного возраста)	Средняя и крайняя степень Крайняя степень			..		..
Дети с малым весом при рождении (%) (1973/1987 годы)				10		8*
Доля детей-учащихся начальной школы, переходящих в последний класс (%) (1980/1988 год)				15*		40
ПОКАЗАТЕЛИ ПИТАНИЯ						
				Примерно 1980 год		Последние данные
Матери, вскармливающие детей грудью только в возрасте до 4 мес.) (%)				..		..
Периодически включающие дополнительное питание (6-9 мес.) (%)				..		..
Не прерывающие грудное вскармливание (до 20-23 мес.) (%)				..		..
Гипотрофия (%)				..		..
Задержка в росте (%)				..		..
Ежедневное потребление калорий на душу населения (% от требуемого уровня, 1979-1981/1990 годы)				91		104
Частота поражения щитовидной железы (1983 год)				24		..
Расходы домашних хозяйств (% от общего дохода, 1980—1985 годы)	Все виды продовольствия/крупы			..		37/12

* По данным местного отделения ЮНИСЕФ.

Таблица 1 (продолжение)

ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ		Примерно 1980 год	Последние данные			
Коэффициент применения ПРТ (%) (1991 год)		..	45			
Население, имеющее доступ к медицинскому обслуживанию (% от численности населения, 1980 год)	Всего	10	18			
	Городское/сельское	.. / / ..			
Население, имеющее доступ к доброкачественной питьевой воде (% от численности населения 1980/1988 годы)	Всего	18	51			
	Городское/сельское	26/15	66/46			
Население, имеющее доступ к соответствующим услугам в области санитарии (% от численности населения, 1980/1988 годы)	Всего	21	34			
	Городское/сельское	48/4	42/31			
Количество родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом (%) (1988 год)		..	45			
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорождений, 1987 год)		..	160			
Иммунизация		1981 год	1985 год	1990 год	1990 год	
Дети в возрасте до одного года (%), иммунизированные против:	туберкулеза	..	27	92	84	
	КДС	..	17	67	73	
	полиомиелита	..	16	67	73	
	кори	..	23	70	70	
Беременные женщины (%), иммунизированные против	столбняка	..	..	83	83
ПОКАЗАТЕЛИ В ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ		Примерно 1980 год	Последние данные			
Показатель зачисления в начальные школы (валовой/чистый) (%) (1980/1988 годы)	Всего	64 / ..	65 / 52			
	Мальчиков	88 / ..	87 / 69			
Показатель зачисления в средние школы (валовой/чистый) (%) (1980/1990 годы)	Всего	40 / ..	44 / 36			
	Мальчиков	16 / ..	11 / ..			
Коэффициент грамотности взрослого населения в возрасте 15 лет и старше (%) (1970/1990 годы)	Мальчиков	25 / ..	16 / ..			
	Девочек	9 / ..	6 / ..			
Количество радиоприемников/телевизоров (на 1000 человек, 1980/1990 годы)	Всего	16	23			
	Мужчин/женщин	23 / 8	32 / 16			
		66 / 1	90 / 5			
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ		1970 год	1980 год	1990 год	1992 год	2000 год **
Общая численность населения (в тыс.)		2693	3459	4622	4918	6269
Население в возрасте до 15 лет (в тыс.)		1230	1650	2254	2414	3088
Население в возрасте до 4 лет (в тыс.)		489	650	904	968	1175
Городское население (% от общей численности)		18	32	38	40	46
Средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении (в годах)	Всего	39	43	46	46	48
	Лица мужского пола	38	41	44	45	47
	Лица женского пола	41	45	48	48	49
Общий коэффициент плодovitости		7,0	7,1	7,1	7,1	6,4
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 человек)		49	49	49	49	45
Общий коэффициент смертности (на 1000 человек)		27	22	19	18	15

** Прогнозы Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций, основанные на прошлых и нынешних тенденциях.

Таблица 1 (продолжение)

Ботсвана

		Примерно 1980 год	Последние данные
Коэффициент распространенности контрацепции (%, 1982 годы)		9	..
Коэффициент ежегодного прироста населения (%) 1965—1980/1980—1992 годы	Всего	2,4	2,9
	Городское население	8,3	4,9
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
		Примерно 1980 год	Последние данные
Среднегодовые темпы роста ВВП в расчете на душу населения (%) (1965—1980/1980—1991 годы)		-0,3	-0,9
Темпы инфляции (%) 1965—1980/ 1980—1991 годы		7	2
Население, живущее в условиях абсолютной нищеты (%) (1980 год)	Городское/сельское	.. / 65	.. / ..
Доля доходов домашних хозяйств (%) (1986 год)	Наиболее обеспеченные 20% / наименее обеспеченные 40%		
	Здравоохранение/ образование	.. / / ..
Государственные расходы (% от общих расходов, 1986 год)	Оборона	.. / ..	6* / 31*
	Здравоохранение/ образование	..	17*
Расходы домашних хозяйств (% от общего дохода, 1980 или 1985 год)		.. / ..	5 / 4
	В млн. долл. США	91	270
	% от ВВП	9	15
Официальная помощь в целях развития (1980/1991 годы)			
Обслуживание задолженности (в % от стоимости экспорта товаров и услуг, 1980/1991 годы)		3	7

* По данным местного отделения ЮНИСЕФ.

ТАБЛИЦА 2. РАСХОДЫ ЗА ПРЕДЫДУЩИЙ ПЕРИОД СОТРУДНИЧЕСТВА,
1990—1994 ГОДЫ ^{a/}

СТРАНА: БЕНИН

ДАТА ПОСЛЕДНЕГО УТВЕРЖДЕНИЯ ПРАВЛЕНИЕМ: 1993 ГОД

ОБЩИЕ РЕСУРСЫ: 5 404 000 ДОЛЛ. США

(В тыс. долл. США)

Секторы/области программы	Фактические поставки и оборудование		Фактические субсидии на подготовку кадров		Фактические расходы на персонал по проектам		Прочая фактическая наличность		ИТОГО					
									Общие ресурсы		ДФ		Итого (ОР + ДФ)	
									Фактические	Запланированные	Фактические	Запланированные	Фактические	Запланированные
	ОР	ОДФ	ОР	ОДФ	ОР	ОДФ	ОР	ОДФ						
Первичная медико-санитарная помощь	2428	581	172	291	720	273	1164	82	4484	2451	1227	13 135	5711	15 586
Питание матерей и детей	54		54				105		213	391		2064	213	2455
Водоснабжение и санитария	937	217	324	25	760	374	1198	61	3129	471	677	5875	3896	6256
Образование	37	25	237				154	31	428		56		484	
Улучшение положения женщины	122	3	40				114	34	276	309	37	649	313	958
Улучшение положения малолетних детей										447		1668		2115
Социальная мобилизация			42				138	11	180	213	11		191	213
Обслуживание программы	127				365		664	0	1156	1122			1156	1122
ВСЕГО	3705	826	869	316	1845	647	3537	219	9956^{b/}	5404^{c/}	2008	23 301^{d/}	11 964	28 705

ОР — Общие ресурсы.

ОДФ — Обеспеченное дополнительное финансирование.

ДФ — Дополнительное финансирование, обеспеченное и необеспеченное.

^{a/} Фактические расходы включают расходы, произведенные по состоянию на 16 декабря 1993 года.^{b/} Включая расходы за счет распределения глобальных средств и дополнительных общих ресурсов по линии обеспеченного дополнительного финансирования.^{c/} Включая ассигнования за счет дополнительных общих ресурсов в размере 949 000 долл. США (E/ICEF/1993/P/L.26).^{d/} 12 712 779 долл. США из этой суммы по-прежнему не обеспечены.

ТАБЛИЦА 3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РАСХОДЫ, 1994-1998 ГОДЫ

(В тыс. долл. США)

Страна: БЕНИН (Охватываемый период: 1994-1998 годы)	Вид финансиро- вания	1994 год	1995 год	1996 год	1997 год	1998 год	Итого
Здравоохранение	ОР	350	350	350	350	350	1750
	ОДФ	1475					1475
	НДФ	1610	1705	1225	1100	1075	6715
Водоснабжение и санитария	ОР	150	150	150	150	150	750
	НДФ	841	1485	1186	1002	919	5433
Образование	ОР	212	203	201	196	188	1000
	ОДФ	130					130
	НДФ	126	245	232	178	172	953
Социальная мобилизация и пропаганда	ОР	28	28	25	23	21	125
Планирование и социальная статистика	ОР	150	175	165	155	155	800
Обслуживание программы	ОР	210	194	209	226	236	1075
ИТОГО	ОР	1100	1100	1100	1100	1100	5500
	ОДФ	1605					1605
	НДФ	2577	3435	2643	2280	2166	13 101
ВСЕГО		5 282	4 535	3 743	3 380	3 266	20 206

ОР -- Общие ресурсы.

ОДФ -- Обеспеченное дополнительное финансирование.

НДФ -- Новое дополнительное финансирование.

