

البند 6 من جدول الأعمال
WFP/EB.1/2017/6-B
تقارير التقييم
للنظر

التوزيع: عام
التاريخ: 20 يناير/كانون الأول 2017
اللغة الأصلية: الإنكليزية

تتاح وثائق المجلس التنفيذي على موقع البرنامج على الإنترنت (<http://executiveboard.wfp.org>).

تقرير موجز عن تقييم استجابة البرنامج لأزمة إيبولا: غينيا وليبيريا وسيراليون

موجز تنفيذي

كانت فاشية الإيبولا 2014-2015 أضخم بثلاث مرات من أية فاشية من هذا النوع سُجلت قبلاً، مما دفع بمنظمة الصحة العالمية إلى إعلان وقوع "حالة طوارئ عالمية تُسبب قلقاً دولياً". وبحلول 31 ديسمبر/كانون الأول 2015 بلغ عدد المصابين بعدوى الفيروس 28 600 مصاب توفي منهم أكثر من 11 300 شخص.

وإلى جانب أثر هذه الفاشية على صحة الناس فقد كانت تأثيراتها الأوسع هائلة، وأحدثت أضراراً اقتصادية واجتماعية جسيمة. وضمت الاستجابة توليفة فريدة من العديد من أصحاب المصلحة بما في ذلك الأجهزة الإقليمية، والحكومات الوطنية، والجهات الفاعلة الإنسانية الدولية والوطنية، والقطاع الخاص، والأوساط العسكرية، ومؤسسات البحوث، والهيئات الأكاديمية.

وقام هذا التقييم لاستجابة البرنامج لمرض فيروس الإيبولا بتقدير ثلاثة مجالات رئيسية للتحري هي: الشراكات والتنسيق؛ والتعلم، والمواطنة، والابتكار؛ وأداء ونتائج ثلاث عمليات طوارئ قطرية مخصصة للاستجابة العاجلة، وعمليات طوارئ إقليمية واحدة تغطي غينيا، وليبيريا، وسيراليون، وثلاث عمليات خاصة إقليمية جرى تنفيذها في عامي 2014 و2015.

واشتمل نهج البرنامج ذو الشقين إزاء فاشية الإيبولا على ما يلي: (1) مساعدة الطوارئ الغذائية لتوفير الدعم الغذائي والتغذوي إلى جانب الاستجابة الصحية للتخفيف من أثر حالة الطوارئ الصحية؛ (2) توفير الخدمات المشتركة لتحريك موظفي وبيع الشركاء ودعم البنية التحتية للشركاء الصحيين.

وخلص التقييم إلى أن استجابة البرنامج كانت مناسبة ومفيدة جداً. وحال إعلان حالة الطوارئ من المستوى 3 جرى توسيع نطاق الاستجابة بشكل كفوء لتلبية الاحتياجات المتطورة بسرعة. وقدم البرنامج مساهمات ضخمة لتنسيق الاستجابة الوطنية والمحلية، وثبتت أن المساعدة الغذائية كانت حاسمة في ضمان نجاح إجراءات العزل والاحتواء الضرورية. وكانت منصة الخدمات المشتركة أساسية في المساعدة على تلبية احتياجات كل أصحاب المصلحة وتعظيم الكفاءة ووفورات التكاليف بالنسبة للمنظمات الشريكة.

وتطلبت الأزمة تحولاً في العقلية بالنسبة للبرنامج مع انتقاله من نقطة دخول تتعلق بانعدام الأمن الغذائي إلى استجابة محكمة بمسائل الصحة. وكانت إدارة المخاطر قوية كما كانت نظم وأدوات الاستجابة وافية في الغالب، ولو أنها احتاجت أحياناً إلى موازمتها مع حالة الطوارئ الحكومية صحياً. وشملت الفجوات ومجالات التحسين تحديات التوظيف، وتتبع المواد غير الغذائية، وإدماج إدارة الموارد ونظم الرصد، على التوالي.

لاستفساراتكم بشأن الوثيقة:

السيدة M. Sende
موظفة التقييم
رقم الهاتف: 06-6513-2539

السيدة A. Cook
مديرة التقييم
رقم الهاتف: 06-6513-2030

وتبين للتحقيق أن فترة الانتقال من عملية الطوارئ كانت مفرطة الطول بالنظر إلى الأثر الاقتصادي للفاشية، والتي كانت تستحق عدداً أكبر من الأنشطة الخاصة بالأمن الغذائي. وأدى الفشل في الامتثال إلى سياسة المساواة بين الجنسين في البرنامج إلى عدم العناية بالمساائل الجنسانية لفترات طويلة.

واتخذ التحقيق خمس توصيات تشمل المسائل التالية: (1) تحسين الأداء بتعزيز السياسات، والمبادئ التوجيهية، والنظم الداخلية للاستعداد للطوارئ والاستجابة لها، والموارد البشرية، والرصد؛ (2) اعتماد نهج شامل وتعاوني لتعزيز القدرات من أجل استجابة أصحاب المصلحة الوطنيين للأزمات الصحية؛ (3) الحفاظ على انخراط البرنامج في المبادرات العالمية لسلسلة الإمداد؛ (4) تدعيم المساواة إزاء المستفيدين.

مشروع القرار*

يحيط المجلس علماً بالوثيقة "تقرير موجز عن تقييم استجابة البرنامج لأزمة إيبولا: غينيا وليبيريا وسيراليون" (WFP/EB.1/2017/6-B)، ورد الإدارة عليه الوارد في الوثيقة (WFP/EB.1/2017/6-B/Add.1)، ويحث على اتخاذ مزيد من الإجراءات بشأن التوصيات، مع مراعاة الاعتبارات التي أثارها المجلس أثناء مناقشته.

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي المعتمد من المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات الصادرة في نهاية الدورة.

مقدمة

- 1- كانت استجابة البرنامج غير التقليدية لحالة الطوارئ من المستوى 3 المتعلقة بأزمة مرض فيروس الإيبولا في غرب أفريقيا خلال عامي 2014 و2015 فريدة ومعقدة.⁽¹⁾ وفي 8 أغسطس/آب 2014 أعلنت منظمة الصحة العالمية عن قيام طارئة صحة عمومية تسبب قلقاً دولياً؛⁽²⁾ وفي 13 أغسطس/آب أعلن البرنامج عن استجابة لحالة طوارئ من المستوى 3.⁽³⁾ وحتى ديسمبر/كانون الأول 2015 سجلت منظمة الصحة العالمية وقوع 28 616 إصابة في كل من غينيا، وليبيريا، وسيراليون، وهي البلدان الثلاثة الأشد تأثراً بفاشية الإيبولا، بينها 11 310 حالة وفاة.⁽⁴⁾
- 2- وغدا احتواء الفاشية أمراً عسيراً بفعل تأخر الاستجابة، وضعف النظم الصحية واختلالها، والافتقار إلى الموظفين المدربين وإلى المعدات، وسجل تاريخي من النزاعات المطولة والقتال السياسية. وفي أغسطس/آب 2014 حدد رؤساء البلدان المتأثرة بالإيبولا إجراءات لاحتواء الفيروس واستئصاله،⁽⁵⁾ بما في ذلك فرض الحجر الصحي على المجتمعات المحلية لـ "المخالطين"، أي الأشخاص الذين يحتكون مباشرة بمريض مصاب بالإيبولا، وإغلاق ورصد الحدود؛ وفرض قيود على حركة السلع والخدمات. وفي 19 سبتمبر/أيلول أنشئت بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس إيبولا، ووفرت منصة تشغيلية مشتركة بقيادة الأمم المتحدة للتصدي للفاشية تستكمل "خارطة الطريق الخاصة بالاستجابة للإيبولا" لمنظمة الصحة العالمية.⁽⁶⁾
- 3- وجرى تشكيل لجان تنسيق وطنية، ووضع خطط للاستجابة واستراتيجيات للإنعاش تتعلق بثلاث مراحل هي: المرحلة 1 لوقف تفشي مرض فيروس الإيبولا على المستويين الوطني والإقليمي؛ والمرحلة 2 لمنع انتشار الوباء عبر تعزيز إجراءات الاستعداد والاستجابة؛ والمرحلة 3 لتحفيز الاستقرار والإنعاش على المستوى الاقتصادي الاجتماعي. واستجاب البرنامج بسرعة لحالة الطوارئ هذه المعقدة والمتطورة وذلك بتقديم المساعدة الغذائية للأسر والمجتمعات المحلية الموبوءة والمتأثرة، وتوفير الخدمات المشتركة لمنظومة الأمم المتحدة. ويُجمل الشكل 1 الأحداث الرئيسية، واستجابات البرنامج، ومستويات التمويل المتعلقة بالأزمة.

(1) كانت فاشية مرض فيروس الإيبولا هذه هي الفاشية الأضخم، والأطول، والأشد فتكاً، والأكثر تعقيداً في التاريخ المعروف لهذا المرض الذي يمتد لنحو أربعة عقود.

(2) تقرير الحالة الصادر عن منظمة الصحة العالمية. 10 يونيو/حزيران 2014.

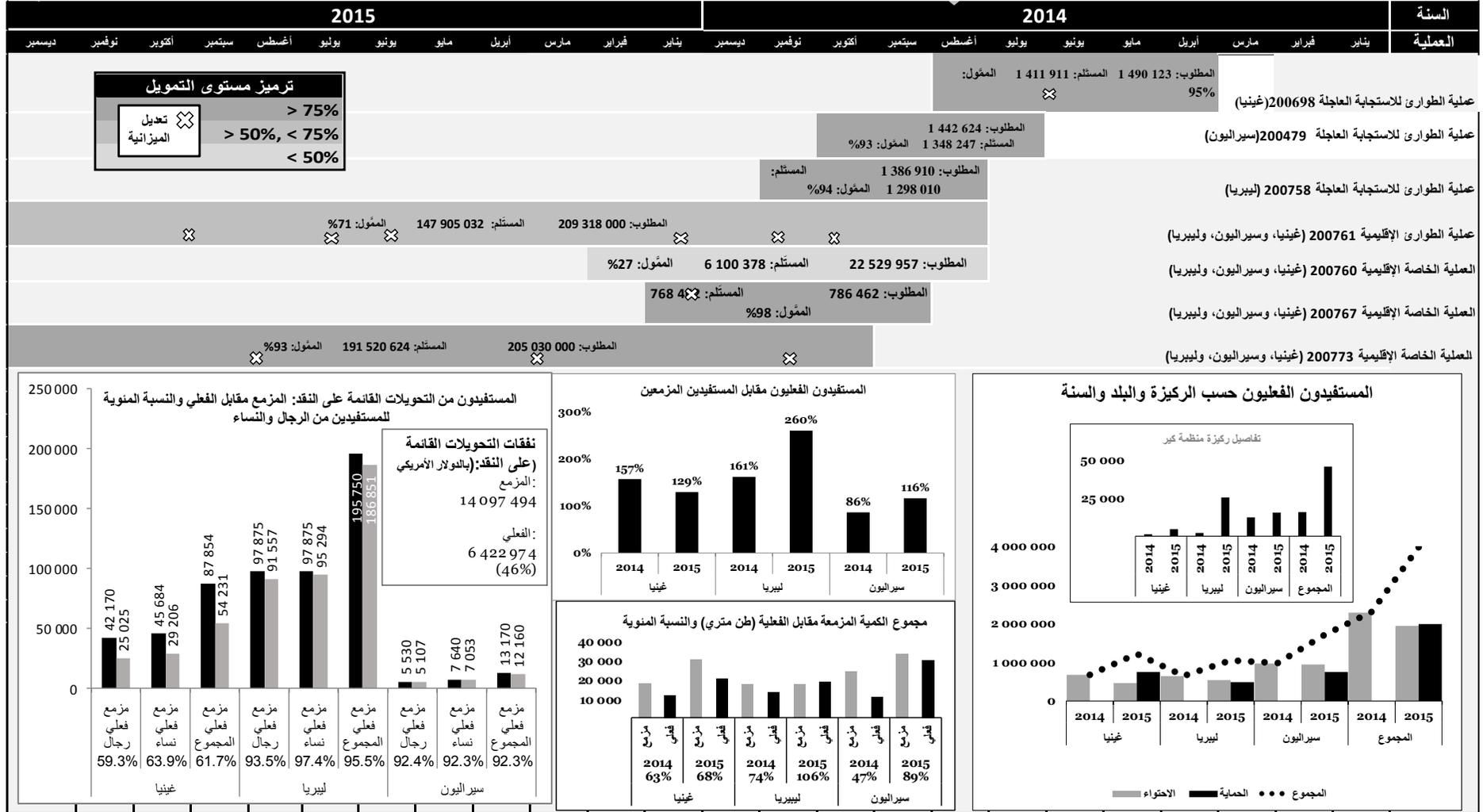
(3) مذكرة قرار البرنامج. 13 أغسطس/آب 2014.

(4) منظمة الصحة العالمية: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolaitrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1

(5) الإعلان المشترك لرؤساء دول وحكومات اتحاد نهر مانو لاستئصال الإيبولا في غرب أفريقيا.

(6) منظمة الصحة العالمية. خارطة الطريق الخاصة بالاستجابة للإيبولا.

الشكل 1: الأحداث المهمة وإنجازات البرنامج أثناء فترة التقييم



المصادر: اختصاصات التقييم؛ والتقارير الموحدة عن المشروعات، 2014-2015؛ والمعلومات المحدثة عن حالة موارد البرنامج في يناير/كانون الثاني 2016

سمات التقييم

- 4- تم تنفيذ التقييم بين مارس/آذار وسبتمبر/أيلول 2016، وتناول استجابة البرنامج في البلدان المتأثرة بالإيبولا بين 1 يناير/كانون الثاني 2014 و31 ديسمبر/كانون الأول 2015، وركز على ثلاثة مجالات للتحري هي: الشراكات والتنسيق؛ والتعلم، والمواءمة، والابتكار؛ والأداء والنتائج. ونظر التقييم في الفائدة، والتماسك، والملاءمة؛ والتغطية؛ والتنسيق والترابط؛ والفعالية؛ والكفاءة ضمن تلك المجالات. ومع أنه كان للتقييم هدف مزدوج يتعلق بالمساءلة والتعلم فإن تركيزه انصب على التعلم التنظيمي واعتنام الفرصة لتقدير استراتيجيات البرنامج، ونظمه، وأدواته، وإجراءاته، وتدبيره استجابة للمتطلبات الفريدة لأزمة معقدة من أزمات الصحة العامة.
- 5- وتمثل النهج المنهجي الرئيسي للتقييم في حصاد الحصائل،⁽⁷⁾ مدعوماً بطرق مختلطة شملت (1) إحاطات توجيهية شارك فيها 58 من موظفي البرنامج في المقر الرئيسي، والمكتب الإقليمي لداكار، والمكاتب القطرية؛ (2) استعراض المؤلفات؛ (3) ثلاثة مسوح شبكية بشأن الموارد البشرية ورعاية الموظفين، وأصحاب المصلحة الخارجيين⁽⁸⁾ والشؤون اللوجستية، ومدى رضى المستخدمين عن الخدمات المشتركة؛ (4) استبيانات ما قبل المقابلات؛ (5) 320 مقابلة مع أصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين؛ (6) زيارات إلى البلدان الثلاثة المتأثرة بالإيبولا إلى جانب غانا والسنغال للقاء 130 موظفاً؛ (7) 22 مناقشة من مناقشات المجموعات مع نحو 600 مستفيد؛ (8) إحاطات وحلقات عمل في المكاتب القطرية؛ (9) ثمانية تمارين لأطر الزمنية؛ (10) حلقات عمل للشركاء؛ (11) زيارات لوحدة لعلاج الإيبولا وقاعدتين لوجستيتين متقدمتين في ليبيريا وسيراليون؛ (12) حلقة عمل للتعليم خاصة بأصحاب المصلحة في المقر الرئيسي في سبتمبر/أيلول 2016.
- 6- وشملت تحديات التقييم قلة مشاركة أصحاب المصلحة، ولا سيما في صفوف المبلغين الخارجيين. ودفع ذلك بفريق التقييم إلى استخدام نهج تقليدي ذي طرق مختلطة إلى جانب نهج حصاد الحصائل.

حافطة البرنامج

- 7- استحدث البرنامج استجابة ذات شقين إزاء فاشية الإيبولا اشتملت على ما يلي: (1) المساعدة الغذائية التي توفر الدعم الغذائي والتغذوي إلى جانب الاستجابة الصحية للتخفيف من وطأة آثار حالة الطوارئ الصحية على الأمن الغذائي وذلك من خلال ثلاث عمليات طوارئ للاستجابة العاجلة وعمليات طوارئ إقليمية واحدة؛ (2) مساندة الخدمات المشتركة عبر ثلاث عمليات خاصة إقليمية، تتيح تحريك موظفي ومواد الشركاء وتوفير دعم البنية التحتية للشركاء الصحيين. وغطى التقييم سبع عمليات تسهم في تحقيق الهدف الاستراتيجي 1 للبرنامج. وكما يوضح الشكل 1 فإن المتطلبات الإجمالية لحافطة البرنامج بلغت زهاء 442 مليون دولار أمريكي، تم تلقي نسبة 79 في المائة منها بحلول ديسمبر/كانون الأول 2015.⁽⁹⁾ وللمرة الأولى في أزمة من الأزمات تجاوزت قيمة الموارد المخصصة للعمليات الخاصة حجم مخصصات مساعدة الطوارئ الغذائية حيث بلغت النسبة 52 في المائة مقابل 48 في المائة.
- 8- وبدأت استجابة البرنامج الأولية بثلاث عمليات طوارئ قطرية مخصصة للاستجابة العاجلة ترمي إلى الحد من الاحتكاك بين الأشخاص وتنشيط المجتمعات المحلية القروية؛ والاستجابة إلى الفاشيات الحضرية في فريتاون بسيراليون ومونروفيا بليبيريا؛ واحتواء ارتفاع أسعار الأغذية الناجم عن إقفال الأسواق وتوقف التجارة العابرة للحدود؛ والحفاظ على مستويات مقبولة من التغذية في المناطق المتأثرة بمرض فيروس الإيبولا.
- 9- وفي أغسطس/آب 2014 تطورت فاشية مرض فيروس الإيبولا إلى أزمة كاملة. وبعد طلب تقدمت به منظمة الصحة العالمية لدعم حكومات البلدان المتأثرة بالإيبولا، أطلق البرنامج عملية الطوارئ الإقليمية 200761. وبغية مساعدة المرضى في

(7) يتيح نهج حصاد الحصائل للمقيمين تحديد الحصائل، وصياغتها، والتثبت منها، واستجلاء معانيها، بالتعاون مع المبلغين.

(8) المسؤولون الحكوميون، والشركاء من منظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، والجهات المانحة.

(9) بلغ المجموع لعمليات الطوارئ وعمليات الطوارئ الثلاث للاستجابة العاجلة 637 657 213 دولاراً أمريكياً. أما المجموع للعمليات الخاصة الثلاث فكان 419 346 228 دولاراً أمريكياً. التقارير الموحدة للمشروعات لعامي 2014 و2015.

وحدات علاج الإيبولا، وحالات المخالطين، والمجتمعات المحلية ذات المعدلات الكثيفة والعالية لتفشي مرض فيروس الإيبولا، فقد قامت عملية الطوارئ بتقديم المساعدة الغذائية والتغذوية لرعاية المصابين واحتواء انتشار الفيروس.

10- وفي أكتوبر/تشرين الأول 2014 وقَّع البرنامج الدعم اللوجستي عبر العملية الخاصة الإقليمية 200773، وشارك بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس إيبولا، واستعاض عن عمليتين خاصتين إقليميتين صغيرتين بمنصة خدمات مشتركة واسعة النطاق لتعزيز قدرة النقل الجوي، واتصالات الطوارئ، والدعم اللوجستي المطلوب على وجه السرعة. وبعد الاستجابة الأولية تقارب الدعم الغذائي واللوجستي تدريجياً لتوفير ثلاثة مكونات متميزة (الشكل 1: 1) الرعاية للمصابين بمرض الإيبولا والناجين منه؛ (2) احتواء الأسر والمجتمعات المحلية الخاضعة للحجر الصحي وذات المعدلات العالية للتفشي؛ (3) الحماية⁽¹⁰⁾ لإعداد المجتمعات المحلية للعودة إلى الحياة الطبيعية.

11- وكما يوضح الجدول 1 فقد تم استهداف ثلاثة أنواع من المستفيدين، هم المرضى، والأسر، والمجتمعات المحلية، لتقديم المساعدة الغذائية. وتماشيت الحصص المزمعة لهذه الفئات الثلاث مع المبادئ التوجيهية التغذوية الموحدة المتعلقة بمرض فيروس الإيبولا المعتمدة في منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، والبرنامج، ومنظمة الصحة العالمية.⁽¹¹⁾

الجدول 1: فئات المستفيدين من المساعدة الغذائية للبرنامج	
الركيزة	الفئة
الرعاية	مرضى وحدات علاج الإيبولا - وجبات رطبة
	حالات المخالطين
	المرضى في وحدات علاج الإيبولا
	الأسر في وحدات علاج الإيبولا
	الرعاية المجتمعية - المرضى
	الرعاية المجتمعية - الأسر
الاحتواء	قسائم الأغذية الطازجة - المرضى
	قسائم الأغذية الطازجة - الأسر
الحماية	النقد للأغذية الطازجة - الناجون
	النقاط الساخنة المجتمعية
	مناطق التفشي الواسع والكثيف (مجتمعات محلية وأفراد تحت العزل أو الحجر الصحي)
	مراكز الفحص الاحترازي
	تخريج الناجين
	الناجون في وحدة علاج الإيبولا - البالغون
	الناجون في وحدة علاج الإيبولا - الأطفال
	المرحلة الانتقالية - الغذاء
المرحلة الانتقالية - التحويلات القائمة على النقد	
الأيتام	
أطفال في المرحلة الانتقالية	

المصادر: وثائق مشروعات عملية الطوارئ وتعديل ميزانية 2014-2015.

(10) أو المرحلة الانتقالية: انظر التحول المفاهيمي للبرنامج في تعديل الميزانية 4، مايو/أيار 2015.

استنتاجات التقييم

الشراكات والتنسيق

12- وفقاً لحكومات البلدان المتأثرة بالإيبولا التي أجابت على أسئلة التقييم، فقد كانت استجابة البرنامج متوائمة ومنسقة مع الأولويات الوطنية ومندرجة ضمن هيكل الاستجابة الوطنية، وذلك في البداية من خلال مراكز عمليات الطوارئ كجزء من خطة العمل الاستراتيجية للاستجابة للإيبولا في منظمة الصحة العالمية، ثم بعد ذلك عبر هيكل وطنية مخصصة تقودها وزارات الصحة. وأشارت مصادر حكومات البلدان المتأثرة بالإيبولا إلى أن استجابة البرنامج قد قدمت مساهمات ضخمة للمساعدة في التنسيق على المستويات الوطنية والمحلية، وأن المساعدة الغذائية كانت حاسمة في ضمان نجاح إجراءات العزل والاحتواء الضرورية. وبفضل قيام المكتب الإقليمي بصياغة عملية الطوارئ الإقليمية والعمليات الخاصة فقد تم ضمان التنسيق والمواءمة مع الأولويات الحكومية المتطورة وخرائط طريق استجابة بعثة الأمم المتحدة للتصدي للعاجل لفيروس إيبولا ومنظمة الصحة العالمية. على أنه كان يمكن لانخراط مباشر أعظم من جانب البرنامج على المستوى القطري أن يؤدي إلى استجابة حكومية أشد فعالية، وذلك، مثلاً، بدعم اعتماد طرائق تخطيط حكومية ذات كفاءة أقوى.

13- إضافة إلى المساعدة الغذائية، فقد اتسمت قيادة المكتب الإقليمي وتنسيقه بأهمية حاسمة في تحديد بنين الاستجابة الشامل وتيسير الاستجابة الإقليمية المنسقة من جانب الأمم المتحدة والوكالات الشريكة. وأدى ذلك إلى زيادة الفرص المتاحة للتأزر بين وكالات الأمم المتحدة وتجسد في صورة فعالية برامج أعظم على المستويات الاستراتيجية والتشغيلية. وقدم البرنامج مساهمة مهمة إلى مبادرة الأمم المتحدة لتوحيد الأداء بمواءمة أنشطته مع الأولويات الوطنية، وخفض تكاليف المعاملات، وخلق إجراءات تشغيلية موحدة جديدة للاستخدام في حالات الطوارئ المقبلة⁽¹²⁾ ومهد الاتفاق المشترك بين البرنامج ومنظمة الصحة العالمية بشأن الدعم التشغيلي الطريق أمام الاستجابة لحالات الطوارئ في المستقبل والدعم المشترك بين الوكالات في حالات الجائحات والأزمات الصحية⁽¹³⁾، مما يكفل تعظيم القدرات والمزايا النسبية لكل وكالة.

14- وفي ظل تولي الحكومات ومنظمة الصحة العالمية أمر صياغة الأولويات عموماً فقد رأى شركاء البرنامج أن استجابته تعتبر متماسكة ومتوائمة مع أولوياتهم الذاتية، وأنها تخلق أوجه تآزر تشغيلي. وقد أبدى البرنامج مرونة، وتنوعاً، وسرعة في إرساء الشراكات، حيث انخرط في شراكات صحية جديدة وغير تقليدية، ولاسيما مع جهات فاعلة صحية في ركيزة الرعاية؛ ومع وكالات قدمت المساعدة الغذائية في الماضي ضمن ركيزة الاحتواء؛ ومع شركاء سابقين في البلدان المتأثرة بالإيبولا في إطار ركيزة الحماية؛ ومع شركاء خاصين جدد مثل مقدمي خدمات الشؤون اللوجستية والاتصالات. على أنه باستثناءات قليلة، بما في ذلك اللوجستيات في ليبيريا، فإن تقوية قدرات الشركاء كانت ذات تركيز ضيق وغير موجهة نحو التطلعات أو الاحتياجات الواسعة للشركاء.

15- وبالإستفادة من هذه الشراكات فقد استحدث البرنامج استراتيجية فعالة لتوسيع نطاق عملياته، وتبين أن الإطار الذي وفرته ركائز الرعاية، والاحتواء، والحماية، كان عاملاً أساسياً في تحقيق النجاح. ومع استقرار تفشي مرض فيروس الإيبولا وإعلان خلو البلدان منه، فقد قامت استراتيجية خفض النطاق التي بدأت عام 2015 بمواءمة البرامج القطرية الجارية في البلدان المتأثرة بالإيبولا مع استراتيجيات الإنعاش الحكومية. على أنه تبين لفريق التقييم أن الفترة الانتقالية البالغة 12 شهراً والناجمة عن قرار تمديد عملية الطوارئ كانت مفرطة الطول، ولاسيما بالنسبة لركيزة الحماية.

التعلم، والمواءمة، والابتكار

16- تطلبت أزمة مرض فيروس الإيبولا تحولاً في العقلية داخل البرنامج من نقطة دخول تتعلق بانعدام الأمن الغذائي إلى استجابة محكومة بمسائل الصحة. وفي الغالب أثبتت النظم الداخلية للبرنامج، ومبادئه التوجيهية، وبروتوكولاته، وإجراءاته أنها كافية،

(12) مثل استخدام معدات الوقاية الشخصية الصحيحة.

(13) WFP/WHO. 2015. WFP/WHO Cooperation in Response to EVD. Lessons Learned.

وذات صلة بالموضوع، ومرنة. على أن الحاجة تطلبت في بعض الأحيان إدخال تعديلات مهمة⁽¹⁴⁾ لجعلها مناسبة في سياق لم يكن فيه موظفو البرنامج واثقين من ماهية الطريقة الفضلى للاستجابة للأزمة. فضلاً عن ذلك فإن المكاتب القطرية التي كانت تعمل في المنوال الإنمائي لم تكن مهياً لاستجابة طارئة يمثل هذا الحجم. وعبر عملية من التعديل، والمواءمة، والإدماج عدل البرنامج استجابته، وطبق الدروس الماضية وتلك التي نشأت مع تطور الأزمة. على أنه لم يتم تطبيق كل نظم الاستجابة في البرنامج بصورة متسقة (انظر الفقرة 22).

17- وبصفة عامة كانت استجابة البرنامج وأنشطته متوائمة مع سياساته، باستثناء سياسة المساواة بين الجنسين التي لم يتم الامتثال لها لأن الافتقار إلى البيانات المفصلة بحسب نوع الجنس والعمر حال دون إجراء تحليلات جنسانية؛ على أنه كان بمقدور البرنامج يكون أكثر إلحاحاً بشأن مثل هذه الاحتياجات في تواصله مع الشركاء والحكومات. وبصرف النظر عن الافتقار إلى إطار سياسات للاستجابة للطوارئ ذات الدوافع الصحية، فإن الإطار القائم لسياسات البرنامج كان ذا صلة عموماً بالاحتياجات التشغيلية وبأعراض هذه الاستجابة. وقد تلاءمت العمليات مع معايير الأمم المتحدة ومبادئها الإنسانية. وكفل استهداف البرنامج ذو القاعدة العريضة تقديم المساعدة الغذائية دون تمييز. ولم يُبلغ المستفيدون عن أي استبعاد أو إساءة، وأفادت غالبيتهم بأنهم عوملوا باحترام وكرامة خلال عمليات التسجيل والتوزيع. وبُذلت جهود ناجحة لتفادي وتخفيف المخاطر التشغيلية التي يتعرض لها المستفيدون، والموظفون، والشركاء.

18- وكانت أدوات البرنامج التقليدية، التي خضعت لبعض المواءمة، مناسبة ومؤثرة في تعديل الاستجابة. على أنه كانت هناك فترات تأخير في التنفيذ، كما أن فعالية آليات المعلومات المرتدة المجتمعية لم تكن واضحة. وفي حين خُلف استخدام أدوات التقدير والرصد القائمة على الهواتف المحمولة تأثيراً إيجابياً، فإن ذلك أبرز عدداً من القيود في جمع البيانات مثل عدم التساوي في النفاذ إلى الهواتف المحمولة واستخدامها في صفوف السكان؛ وعدم قدرة عمليات تحليل هشاشة الأوضاع ورسم خرائطها بالهواتف المحمولة على استيعاب استخدام درجات استهلاك الأغذية؛ وخطر إدخال التحيز ضد بعض المجموعات الضعيفة ضمن آليات المعلومات المرتدة المجتمعية.

19- وقد تم تنفيذ جهود رصد مهمة من حيث التصميم الاستراتيجي ومواءمة أدوات الإبلاغ، إلا أن العمليات القائمة لجمع البيانات من جانب المكاتب القطرية، ونظم الإبلاغ في عملية الطوارئ الإقليمية، لم تكن كافية من أجل التحليل الإقليمي ذي التوقيت الحسن. وبما أن نظم البيانات المتعلقة بالمستفيدين، وتوزيعات الأغذية، والشؤون المالية، والتحويلات القائمة على النقد، وعمليات الصرف، كانت تُدار بصورة منفصلة فلقد كان من الصعب على فريق التقييم أن يحدد كمياً مقادير المساعدة التي تلقتها الفئات المختلفة من المستفيدين. كما افترقت العملية الخاصة الإقليمية إلى نظام شامل ومنهجي للرصد في الوقت الحقيقي لحجم المواد غير الغذائية والطلب على الخدمات اللوجستية من مجتمع العمل الإنساني.

20- ومع ذلك فقد أعرب أصحاب المصلحة عن تقديرهم⁽¹⁵⁾ للتنسيق بين المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية وفي صفوف المجالات الوظيفية، والذي اتسم عموماً بالفعالية وخفف من العبء الملقى على المكاتب القطرية. وشملت التعديلات المدخلة على خطوط الإبلاغ على مستوى المقر الرئيسي تعيين المدير الإقليمي لغرب أفريقيا كمدير للاستجابة المؤسسية⁽¹⁶⁾ وجرى نشر هيكل طوارئ مخصص، هو خلية الإيبولا، في المكاتب القطرية والمكتب الإقليمي لإدارة استجابة الطوارئ المتطورة والمخاطر المرتبطة بنشر وإدارة عدد ضخم من الموظفين في هذا السياق الصعب. وفي حين تم بنجاح تطبيق اللامركزية على الإدارة التشغيلية في المكتب الإقليمي وفي المكاتب القطرية، فقد حدث بعض الارتباك بسبب الحدود غير الواضحة القائمة بين المستويين القطري والإقليمي لخلية الإيبولا.

21- وكان هناك القليل من الدلائل على أنشطة الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها فيما يتعلق بالجائحات الصحية في البلدان المتأثرة بالإيبولا. وأقر المكتب الإقليمي على وجه السرعة بالافتقار إلى الاستعداد للطوارئ وإلى الخطط الاحترازية، وجرى تفعيل نظم البرنامج لمعالجة هذه الفجوة. ونتيجة لذلك فقد تم استحداث نموذج في المقر الرئيسي لتقدير أثر مرض فيروس الإيبولا

(14) على سبيل المثال عدلت المبادئ التوجيهية لتوزيع الأغذية لتتضمن إجراءات للتخفيف من الازدحام، واختصار فترات الانتظار؛ وتناوب الموظفين للحد من خطر العدوى؛ وتوفير خدمات الحماية، والنظافة الشخصية، والإصحاح، والمعدات الطبية.

(15) بما في ذلك الكثير من أصحاب المصلحة في البرنامج في المكاتب الإقليمية والقطرية.

(16) مذكرة قرار البرنامج، 13 أغسطس/آب 2014.

على الأمن الغذائي في البلدان المتأثرة بالإيبولا وللتنبؤ بتطور الحالة على مدى الزمن استناداً إلى توقعات التفشي.⁽¹⁷⁾ على أن التقييم لم يجد أية اعتمادات مالية مباشرة مخصصة لإجراءات الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها.

22- كما ظهرت بعض الفجوات المتعلقة بالاستعداد للطوارئ والاستجابة لها في مجالات نشر الموظفين، وصحتهم، ورفاهيتهم. فقد كان من الواجب تطبيق سلسلة من الإجراءات الصحية بصورة منتظمة على كل الموظفين المذشورين في البلدان المتأثرة بالإيبولا، بما في ذلك الفحص النفسي قبل عملية النشر، وشهادة اللياقة البدنية،⁽¹⁸⁾ والفحوص الصحية المنتظمة، وفحص الخروج من العملية في نهاية الخدمة. وفي سياق الاستجابات المتعددة من المستوى 3 التي يقوم بها البرنامج،⁽¹⁹⁾ فإن نشر الموظفين من ذوي المؤهلات والقدرات للاستجابة لحالة الطوارئ كان مهمة شاقة، ولا سيما فيما يتعلق بالاستجابة لمرض الإيبولا التي كان فيها مستوى الخوف في صفوف الموظفين عالياً. وفي حين أن الاعتماد على العقود والتعيينات القصيرة الأجل للموظفين والشركاء الاحتياطيين ضمن توفير الخبرة الضرورية، فإنه خلق تحديات تتعلق بعمليات التسليم وبالاتقرار في بعض المجالات الوظيفية. كما أدى الدوران المتكرر للموظفين إلى حاجة مستمرة إلى التدريب، وإلى خسارة الخبرات، والمعرفة المؤسسية، والزخم.

23- وجاء تفعيل البرنامج للمستوى 3 في الوقت المناسب رغم أنه يتضح من أن تفشي مرض فيروس الإيبولا أن إعلان منظمة الصحة العالمية عن اندلاع أزمة كان يمكن أن يكون مبرراً قبل أربع أسابيع من ذلك.⁽²⁰⁾ وكانت إدارة البرنامج للمخاطر استثنائية. وشملت عوامل النجاح نشر موظف للامتثال، ووضع سجل لمخاطر المستوى 3، واعتماد إجراءات للتخفيف،⁽²¹⁾ على أن تحليل المخاطر على مستوى المكاتب الإقليمية جرى في وقت متأخر عما هو مرغوب به. وفي أعقاب الاستجابة للإيبولا، والانخراط في مجالات جديدة مثل رفاية الموظفين، وإدارة إمدادات سلسلة التبريد، وبناء سبع وحدات لعلاج الإيبولا، وهو ما حمل في طياته مخاطر شديدة على السمعة، فقد شهد بيان تقبل المخاطر المؤسسية لعام 2016 في البرنامج تطوراً كبيراً بالمقارنة مع بيان عام 2012. فبالنظر إلى أن الاستجابة للإيبولا كانت محكومة أساساً بالاعتبارات الصحية لا بالاعتبارات الغذائية، وبما أن لهذه الاستجابة مكون لوجستي بارز، اضطر البرنامج إلى اعتماد نهج مرن اختلف أحياناً عن عملياته المختبرة جيداً للاستجابة عن طريق تقديم مساعدة الطوارئ الغذائية.

24- ويتمتع عدد من الترتيبات الهيكلية والمؤسسية المبتكرة المنخرطة في الاستجابة بإمكانيات عظيمة للتكرار أو المأسسة في حالات الطوارئ المقبلة. ومن الأمثلة على ذلك اتفاق البرنامج/منظمة الصحة العالمية، وعمليات التقدير والرصد الواسعة بالهواتف المحمولة، وسلسلة وشبكة إمداد الجائحات، ومنصة الخدمات المشتركة.

الأداء والنتائج

25- كانت استجابة البرنامج ذات الشقين مناسبة ومفيدة جداً، وجرى توسيع نطاق استجابة المستوى 3 بشكل كفوء في خضم الاحتياجات المتطورة بسرعة. كما كانت منصة الخدمات المشتركة أساسية في المساعدة على تلبية احتياجات كل أصحاب المصلحة.

26- واتسمت استجابة البرنامج بأنماط جديدة من توزيع الأغذية العينية وإدخال التحويلات القائمة على النقد في مناطق تلوث عالية المخاطر؛ والاستخدام الواسع للقروض والمرافق المالية المؤسسية؛ وسلسلة إمداد موحدة للشراء والتسليم؛ وإنشاء بنية تحتية متخصصة بالشراكة مع الجهات الفاعلة الصحية الأخرى.

27- وبالنسبة للمساعدة الغذائية في ركيزة الرعاية، الموجهة أساساً إلى المرضى، وفي ركيزة الاحتواء، الموجهة في المقام الأول إلى المجتمعات المحلية المتأثرة، فقد تم تحديد المجموعات السكانية المتأثرة من خلال المرافق الصحية الحكومية وشركاء البرنامج في المجال الصحي؛ أما المستفيدون من ركيزة الحماية، الموجهة نحو الأسر المحرومة من الأمن الغذائي، فقد قام

(17) حدد نموذج تأثيرات مرض الإيبولا ثلاث قنوات للأثر الناجم عن المرض وهي: القنوات الاجتماعية، والأسواق، وسبل العيش.

(18) يشمل برنامج تعزيز الاستعداد والاستجابة في البرنامج فحصاً طبياً ونفسياً قبل عمليات النشر.

(19) بما في ذلك جمهورية أفريقيا الوسطى، والفلبين، وجنوب السودان، والجمهورية العربية السورية.

(20) وفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإنه في 27 يوليو/تموز 2014 وصل عدد الحالات المبلغ عنها إلى 323 حالة، منها 729 حالة وفاة.

(21) مصفوفة المخاطر الإقليمية لأزمة الإيبولا للمكتب الإقليمي لغرب أفريقيا، 1 سبتمبر/أيلول 2014.

بتحديد الشركاء المتعاونون مع البرنامج. وحافظ البرنامج على المرونة في اختيار المستفيدين وفي الاستهداف الجغرافي لتمكين الأفرقة من أن تستجيب على النحو المناسب طيلة فترة الاستجابة. ومن مجموع المستفيدين شكل المستفيدين من ركيزة الرعاية نسبة 1 في المائة، ومن ركيزة الاحتواء 67 في المائة، ومن ركيزة الحماية 32 في المائة.⁽²²⁾ ومع الأسف فإن بيانات التخطيط المتعلقة بالمستفيدين حسب كل ركيزة لم تكن متاحة، حيث توافرت فحسب بيانات تجميعية في مستهل الاستجابة. ونتيجة لذلك فقد عجز فريق التقييم عن توفير عرض عام لأعداد المستفيدين الذين تم الوصول إليهم بالمقارنة مع الأعداد المزمعة حسب كل ركيزة.

الجدول 2: أعداد المستفيدين، والكميات، والتحويلات القائمة على النقد المزمعة والفعلية، 2014-2015*									
التحويلات القائمة على النقد (مليون دولار أمريكي)			السلع (طن متري)			المستفيدون			العملية (كل البلدان معاً)
النسبة المئوية	الفعلي	المزمع	النسبة المئوية	الفعلي	المزمع	النسبة المئوية	الفعلي	المزمع	
غير متاح	غير متاح	غير متاح	126	4 378	3 471	261	221 200	84 800	عمليات طوارئ للاستجابة العاجلة الخاصة بكل بلد على حدة
46	6.4	14.1	75	105 178	140 983	106	5 062 610	4 793 348	عملية الطوارئ الإقليمية 200761
						85	253 314	297 314	بما في ذلك المستفيدين من التحويلات القائمة على النقد

المصدر: التقارير الموحدة عن المشروعات في البرنامج لعامي 2014-2015

* لا يشمل العدد الفعلي للمستفيدين حالات التداخل. وفي حال إدراج هذه الحالات فإن العدد الفعلي للمستفيدين في عملية الطوارئ الإقليمية 200761 يبلغ 6 294 272 مستفيداً.

28- وبدأ تقديم المساعدة الغذائية للبرنامج في أبريل/نيسان 2014 من خلال عمليات طوارئ للاستجابة العاجلة خاصة بكل بلد، وغطت 221 000 مستفيد مما يمكن اعتباره ركيزتا الرعاية والاحتواء بأثر رجعي. وبحلول ديسمبر/كانون الأول 2015 وصلت هذه المساعدة إلى أكثر من 5 ملايين مستفيد من كل الركائز الثلاث، منهم 53 في المائة من النساء والفتيات، عبر عملية الطوارئ الإقليمية؛ وكان مجموع العدد المزمع 4.8 مليون مستفيد. وبالتواؤم والتكيف مع معدلات تفشي مرض فيروس الإيبولا ومتطلبات الاستجابة الإنسانية المتطورة بسرعة فقد أجرى البرنامج ستة تعديلات للميزانية خلال عامي 2014 و2015. ويشير ذلك إلى رغبة البرنامج في التواؤم مع الظروف في البلدان المتأثرة بالإيبولا وصعوبة التنبؤ وفقاً لإطاره الزمني التشغيلي المعتاد. وتلقى المستفيدين من عملية الطوارئ الإقليمية 75 في المائة من السلع المزمعة، مما يشير إلى انخفاض في الحصص بسبب انقطاعات خطوط إمداد بعض السلع. واعتباراً من عام 2015 وصلت التحويلات القائمة على النقد إلى 85 في المائة من المستفيدين المستهدفين

29- وكانت ركيزتا الرعاية والاحتواء في الاستجابة الغذائية مناسبتين منذ البداية. وأسهمت مساعدة البرنامج الغذائية مباشرة في التخفيف من خطر انتشار مرض فيروس الإيبولا: فقد وفر البرنامج الحصص الغذائية إلى المخالطين المسجلين وذلك أساساً عن طريق عمليات تسليم من الباب إلى الباب خلال فترات عزلهم المحددة — 21 يوماً. وشملت ركيزة الحماية التي توسع نطاقها بسرعة تركيزاً على الأمن الغذائي لمن تأثر بمرض فيروس الإيبولا من مجتمعات محلية وأفراد خلال موسم الجذب، مع ربط الأنشطة مع الأولويات الحكومية لتيسير الوصول إلى الخدمات الأساسية، وهو ما يماثل كثيراً الأنشطة المعتادة للمكاتب القطرية. على أن وقت تقليص عملية الطوارئ كان أطول من اللازم، وكان من الأصوب تنفيذ عملية ممتدة إقليمية للإغاثة والإنعاش للانتقال من عملية الطوارئ الإقليمية إلى برامج قطرية.

30- وتمتع نطاق الأنشطة في ركيزة الحماية بإمكانية الاشتغال على نهج أقوى للأمن الغذائي وسبل العيش حيث أن البرامج القطرية للبرنامج في البلدان المتأثرة بالإيبولا قد نفذت بالفعل بعض هذه الأنشطة من خلال برامجها القطرية. وأبلغ الإطار المنطقي لعملية الطوارئ الإقليمية عن مؤشرات الهدف الاستراتيجي 1 مثل درجة استهلاك الأغذية، ودرجات التنوع الغذائي، ومؤشرات استراتيجية التصدي. غير أن هذه المؤشرات لم تؤخذ في الحسبان في التقييم لأنها اعتُبرت غير ملائمة لقياس أداء

(22) تعديلات ميزانية عملية الطوارئ لعامي 2014-2015.

البرنامج في استجابة صحية لم يشكل فيها الأمن الغذائي نقطة الدخول⁽²³⁾ وكما أشار التقرير الموحد للمشروعات لعام 2015 عن عملية الطوارئ الإقليمية 200761 فإن "... من المهم تحليل النتائج ... ضمن سياق المساعدة المقدمة كمساعدة غذائية للبرنامج كانت موجهة في المقام الأول إلى المجتمعات المحلية التي أشارت التقارير إلى ارتفاع معدلات تفشي الإيبولا فيها وهي لم تكن بالضرورة المجتمعات المحلية الأشد حرماناً من الأمن الغذائي".

31- وتلبية للمتطلبات اللوجستية الملحة للحكومات المضيفة ومجتمع العمل الإنساني فقد قام البرنامج بتفعيل مرافق واسعة للاستقبال والتخزين على طول سلسلة الإمداد من نقاط المنشأ عبر البحار إلى العديد من مواقع علاج الإيبولا. وبدعم من مجموعة اللوجستيات ومستودع الأمم المتحدة للاستجابة للحالات الإنسانية بنى البرنامج مناطق انطلاق، وسبع وحدات لوجستية رئيسية، وثمانية قواعد لوجستية متقدمة، والعديد من المستودعات الثانوية ووحدات علاج الإيبولا، واستلح الكثير من الوحدات في العيادات والمراكز الطبية. ومع أنه لم يتم تفعيل مجموعة الاتصالات في حالات الطوارئ رسمياً فقد كلفت بعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس إيبولا البرنامج، كقائد للمجموعة العالمية، بتلبية احتياجات الاتصالات كما لو كانت المجموعة قيد التفعيل.

32- وأرسى البرنامج أيضاً رحلات طيران مؤجرة بعيدة المدى لشحن البضائع إلى جانب خدمات البضائع والمسافرين التي تقدمها خدمات الأمم المتحدة للنقل الجوي للمساعدة الإنسانية بغية تعزيز قدرة استجابة البرنامج وشركائه. وسجلت خدمات الأمم المتحدة المذكورة أكثر من 5 000 عملية إقلاع، ونقلت 32 000 مسافر وأكثر من 200 طن متري من المعدات الطبية، وأجرت 68 عملية إخلاء طبية. وأظهر مسح لمدى رضى المستخدمين أن خدمات البرنامج حظيت بتقدير عالٍ من أصحاب المصلحة، ونالت خدمات الأمم المتحدة للنقل الجوي للمساعدة الإنسانية أعلى مستوى من الرضى، وأعقبتها الخدمات الجوية والطرقية، ومرافق التخزين، ومرافق المعلومات اللوجستية.

33- واستُخدمت منصة الخدمات المشتركة بشكل واسع من جانب كل مجتمع العمل الإنساني لإحراز النتائج وتحقيق مكاسب الكفاءة وفورات التكاليف: وبلغ عدد المنظمات التي استخدمت هذه المنصة المجانية 77 منظمة. ويعتقد فريق التقييم أن ذلك يشير إلى بعض المزايا المالية ومزايا الكفاءة بالنسبة لشركاء البرنامج.

34- وتتماشى نسب مكونات ميزانية عملية الطوارئ الإقليمية مع النسب المسجلة في كل عمليات طوارئ البرنامج. ويشير مستوى تكاليف الدعم المباشرة البالغ 20.30 دولار أمريكي لكل 100 دولار أمريكي من تكاليف التشغيل المباشرة (18 في المائة) إلى درجة أعلى من المتوسط من كفاءة التكاليف الكلية. ويعتبر مستوى تكاليف الدعم المباشرة البالغ 20.46 في المائة لكل 100 دولار أمريكي من صافي خدمات القدرة والتنمية نتيجة طيبة جداً. وتشكل تكاليف الدعم المباشرة للعملية الخاصة الإقليمية نسبة 17 في المائة من تكاليف التشغيل المباشرة، وهي نسبة غير مفرطة نظراً إلى تعقد العملية.

35- وبناء على الدروس المستفادة من استجابة البرنامج يتعاون البرنامج، ومنظمة الصحة العالمية، والعديد من الشركات الخاصة الآن في مبادرة سلسلة إمداد الجائحات لتعزيز أشد للقدرة العالمية من أجل خدمات سلسلة إمداد فعالة وكفاءة أثناء حالات طوارئ الصحة العامة. وفي سياق مستودعات الأمم المتحدة يجري تنفيذ مبادرات أخرى للنهوض بفوائد المخزونات الإنسانية.

التقدير الكلي

الفائدة، والتماسك، والملاءمة

36- كانت استجابة البرنامج لمرض فيروس الإيبولا مفيدة جداً وملائمة لكل من المساعدة الغذائية والخدمات المشتركة المطلوبة في حالة الطوارئ الفريدة هذه. وتم تنفيذ كل العمليات ضمن أطر سياسات البرنامج القائمة بشأن الاستجابة للطوارئ، غير أنه لم يتم بشكل كافٍ إثبات مدى فائدة هذه السياسات كمحفز للشروع بالعمل. وأدى الفشل في الامتثال لسياسة المساواة بين الجنسين

(23) استُقيت البيانات من مقابلات المبلغين الرئيسيين خلال بعثة الاستهلال في مارس/آذار 2016 وتقرير تشرين الأول/أكتوبر 2015 لوحدة الرصد والتقييم التابعة للمكتب الإقليمي "تحديات الاستجابة للطوارئ في البلدان المتأثرة بالإيبولا، والدروس المستفادة، والممارسات الفضلى للرصد".

إلى عدم العناية بالمسائل الجنسانية؛ واستخدم البرنامج نهجاً لا يراعي الاعتبارات الجنسانية في تدخلاته في البلدان المتأثرة بالإيبولا لفترات طويلة.

37- وكانت أدوات البرنامج ملائمة عموماً لتعديل الاستجابة، والحد من التكاليف، وتعظيم الفعالية. وكان استخدام الأدوات المتنقلة حاسماً في هذا السياق إلا أنه عانى من بعض القيود.

التغطية

38- نُفذت استجابة البرنامج إجمالاً على نحو كفوء وحسن التوقيت، وتم تفادي الازدواج، وسد الفجوات الحرجة مثل المساعدة الغذائية والخدمات المشتركة. وُحدت المجموعات السكانية المتأثرة بشكل كاف وجرى الوصول إليها عموماً على أساس الأولويات الوطنية. وكانت الأنشطة ناجحة في الإسهام بتلبية الاحتياجات الغذائية للأفراد والمجتمعات المحلية، وفي دعم الحكومات في إعادة تفعيل الخدمات التي قضت عليها الأزمة. وفي حين أن الاستجابة الكلية كانت متماسكة في نهج استهدافها الخطوط العامة لأنشطتها فإن فريق التقييم يرى، في ضوء الأثر الاقتصادي لمرض فيروس الإيبولا، أنه كان ينبغي استطلاع القيام بالمزيد من أنشطة الأمن الغذائي عبر أهداف استراتيجية أخرى.

التنسيق والترابط

39- تم توسيع نطاق أنشطة الاستجابة على نحو كفوء وحسن التوقيت عبر استراتيجية متنسقة ومترابطة للتوسيع استفادت من الشراكات المتعددة لتحقيق تأثير تشغيلي طيب. واتسمت استراتيجية المكتب الإقليمي بأهمية حيوية في ضمان التنسيق في ظل تقلبات خرائط طرق الاستجابة المعتمدة لدى البلدان المتأثرة بالإيبولا، وبعثة الأمم المتحدة للتصدي العاجل لفيروس إيبولا، ومنظمة الصحة العالمية، وكذلك الترابط الكلي. ووفرت ركائز الرعاية، والاحتواء، والحماية إطاراً استراتيجياً حاسماً أرشد عملية تخفيض النطاق وضمن ترابط البرامج القطرية مع استراتيجيات الإنعاش الحكومية.

40- ولما تكون الطوارئ المعقدة متماثلة وغالباً ما تتطلب نهجاً مختلفة، غير أن استجابة البرنامج يمكن أن تكون نبراساً يهتدى. فعلى الصعيد الداخلي نجح البرنامج في تفعيل كل المكونات الضرورية للعمل بكفاءة من أجل تحقيق الغايات المنشودة وهي: تسليم المساعدة الغذائية؛ وإقامة شبكة إمدادات كفلت نقل كميات ضخمة من الأغذية والمواد غير الغذائية؛ وتقديم خدمات عبر خدمات الأمم المتحدة للنقل الجوي للمساعدة الإنسانية، وإقامة شبكة من مستودعات الأمم المتحدة ذات المواقع الجيدة؛ وشعبة ماهرة للخدمات الهندسية. والخبرة التي اكتسبها البرنامج قابلة للتكرار. على أن العمل على الصعيد الخارجي مع العديد من الكيانات المختلفة يتسم بالتقلب؛ وتتطلب قابلية التكرار جهوداً دؤوبة من جانب وكالات الأمم المتحدة للحفاظ على الدروس المستفادة وكذلك توحيد الأداء. وفي هذا الصدد فإن الولاية الموكلة إلى مجموعة اللوجستيات العالمية أثبتت أنها مناسبة للغاية ومن الواجب مواصلة تطويرها.

الفعالية

41- أسهم اتفاق البرنامج/منظمة الصحة العالمية من حيث الشراكات في الفعالية البرامجية من خلال الاستفادة من المزايا النسبية والقدرات في كلتا الوكالتين. أما من حيث النتائج التشغيلية فقد نجح البرنامج في سد الفجوة في القدرة اللوجستية بالنيابة عن منظمة الصحة العالمية ومجتمع العمل الإنساني. وفي حين أن تحليل البرنامج الأولي للمخاطر على مستوى المكاتب القطرية كان متأخراً قليلاً، فقد بُذلت جهود لاحقة للعناية بأمر المخاطر، وتقديرها، وإدارتها عبر التخطيط الفعال لكل من البنيان والبرامج، ومن خلال مستوى عالٍ من التعاون مع الشركاء.

الكفاءة

42- جرت إدارة موارد البرنامج إجمالاً بشكل جيد وأسهمت في تحقيق استجابة حسنة التوقيت، وفعالة، وكفوءة. ونُفذت العمليات على نحو يراعي بشكل لائق التكاليف، كما تم الامتثال إلى جميع آليات الرقابة في البرنامج.

43- وزادت منصة الخدمات المشتركة **للبرنامج** من المردودية بالنسبة لمنظومة الأمم المتحدة من خلال التآزر ومضاعفة الفرص، والحد من تكاليف المعاملات، والإسهام في مكاسب الكفاءة ووفورات التكاليف عبر الممارسات المنسقة والخدمات المتكاملة للدعم التشغيلي. وفي حين نجح **البرنامج** في حشد الشركاء لتسليم المساعدة الغذائية وخلق شراكات جديدة مع أطراف ثالثة من موردي خدمات التحويلات القائمة على النقد، فإن نظم معلومات إدارة الموارد ورصد النتائج لديه لم تكن متكاملة بشكل كاف لتوفير نظرة عامة في الوقت الحقيقي عن مساعدته الغذائية وخدماته اللوجستية.

التوصيات

المسؤولية والتوقيت	التوصية	الأساس المنطقي	
تحسين الأداء			
شعبة الاستعداد للطوارئ ودعم الاستجابة على الفور	القيام، بالشراكة مع وكالات الأمم المتحدة الأخرى، والصليب الأحمر، والمنظمات غير الحكومية الدولية والوطنية، والجهات الفاعلة الوطنية في ميدان الصحة وإدارة المخاطر، بتوثيق ممارسات البرنامج الفضلى والتعريف بها فيما يتعلق بما يلي: 1) توفير خدمات مشتركة تعظم كفاءات التكاليف دعماً لقدرة عالمية فعالة للاستجابة؛ 2) كيفية تطبيق/مواءمة نموذج استجابة/تعلم البرنامج للإيوليا في حالات الطوارئ (الصحية) المقبلة.	اتسمت قيادة المكتب الإقليمي وتنسيقه بأهمية حاسمة بالنسبة للبيان الكلي للاستجابة ولتوفير خدمات مشتركة كفوءة. وتمشياً مع عملية الانتقال الجارية للبرنامج من دور المنفذ إلى دور الممكن فإن توافر شبكة إمداد قوية سيشكل على الأرجح عاملاً محديداً بارزاً.	أ1
شعبة سلسلة الإمداد بحلول منتصف عام 2017.	الانخراط في الإنشاء الجاري لشبكة عالمية لسلسلة الإمداد من أجل الاستعداد للجائحات والتصدي لها.	يحتاج البرنامج ، باعتباره وكالة الأمم المتحدة القائمة في ميدان اللوجستيات، إلى الحفاظ على مزاياه النسبية وحشد وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية للاستجابة إلى الفاشيات المقبلة، بما يكفل تفاذي الحاجة إلى هيكل تنسيق خارجي بعد إخطار قصير.	أب
شعبة السياسات والبرامج وشعبة الابتكار وإدارة التغيير بحلول منتصف عام 2017	تمشياً مع البرنامج السابق لتعزيز الاستعداد والاستجابة فإن على البرنامج أن يستخلص تعلمه التشغيلي من الاستجابة لمرض فيروس الإيوليا لتحسين الدعم للطوارئ (الصحية) وإدماج التعلم المتولد عن الإجراءات، والبروتوكولات، والنظم المبتكرة التي تم نشرها بنجاح في أدواته للاستعداد للطوارئ والاستجابة لها.	تفاذي فقد جوانب بالغة الأهمية من التعلم من أنشطة البرنامج المتعلقة بالاستعداد للطوارئ والاستجابة لها والتخفيف من معدل الدوران العالي للموارد البشرية.	أج
مكتب المدير التنفيذي، وشعبة الموارد البشرية، وشعبة رفاه الموظفين، وشعبة سلسلة الإمداد بالتنسيق مع شعبة الاستعداد للطوارئ ودعم الاستجابة. بحلول نهاية عام 2017	تمشياً مع استراتيجية شؤون العاملين (2014-2017) واستراتيجية رعاية الموظفين (2015-2019) فإن على البرنامج أن يوظف المزيد من الاستثمارات في قدرته على الاستعداد للطوارئ والاستجابة لها وفي القدرة التقنية للموظفين (المستوى المتوسط/الأدنى)، وأن يضع سياسة مستدامة طويلة الأجل للاستجابة بكفاءة لمتطلبات التوظيف في مرحلتي الاحتياجات المفاجئة وخفض النطاق في عمليات الطوارئ الممتدة (بعد الموجة الأولى). وينبغي للبرنامج أن يحدد السبل التي يزمع بها إشغال/الاستجابة للاحتياجات المتعلقة بعدد حاسم من المناصب العليا؛ وضمان التمثيل العادل على امتداد المجالات/المستويات الوظيفية؛ وكفالة أن يتمتع الموظفون المنشورون باللباقة البدنية، والاستعداد النفسي، وأن يكونوا مجهزين بالتدابير المناسبة لتفاذي المرض/الإصابة للنشر في حالات الطوارئ؛ وأن يضيف الطابع المؤسسي على العمليات بالمنظمة لتسليم المسؤوليات؛ وأن يُدرج نظاماً شاملاً لتعبئة الموظفين الوطنيين والولبيين على حد سواء قادراً على اجتذاب المواهب اللازمة، والاحتفاظ بها، واستعادتها في الوقت المناسب.	معالجة فجوات التوظيف وتعزيز عدد وقدرة الموظفين المتاحين للنشر في حالات الطوارئ حسبما تتطلب مراحل الاحتياجات المفاجئة، وتوسيع النطاق، وخفض النطاق.	أد

المسؤولية والتوقيت	التوصية	الأساس المنطقي	
الشراكات			
المكاتب القطرية والمكتب الإقليمي بالتنسيق مع شعبة الاستعداد للطوارئ ودعم الاستجابة وشعبة السياسات والبرامج الإطار الزمني وفقاً لنشر الخطط الاستراتيجية القطرية في الإقليم	القيام، بالتعاون مع شركاء الأمم المتحدة الأساسيين ذوي الصلة، بتحديد الدعم الاستراتيجي الإقليمي والقطري للتنمية التنظيمية لأصحاب المصلحة الوطنيين المسؤولين عن الاستجابة للطوارئ، ودراسة هذه الأنشطة ضمن الخطط الاستراتيجية القطرية المعنية قيد الإعداد في الإقليم.	يحتاج البرنامج إلى اعتماد منظور شامل لتنمية القدرات من أجل قدرة الصمود والاستدامة في المنظمات الشريكة بالتعاون مع أصحاب المصلحة الوطنيين.	2
سلسلة الإمداد			
شعبة سلسلة الإمداد بحلول نهاية عام 2017	<p>(1) على البرنامج استحداث نظام متين ومرن لإدارة المعلومات المتعلقة بالمواد غير الغذائية للتمكين من تتبع وإدارة هذه البنود بصورة وافية من نقطة تلقي البرنامج لها (لصالحه أو بالنيابة عن الشركاء) حتى نقطة التسليم إلى المتلقي المزمع غير البرنامج. وكخطوة أولى:</p> <p>(2) على البرنامج أن يجري دراسة جدوى تحدد هدف التتبع والإدارة، ونطاق النظام، والاستثمار المطلوب، إلى جانب إطار زمني واقعي لوضع ونشر حل على نطاق النظام.</p>	تفادي الفجوات المقبلة في تتبع وإدارة المواد غير الغذائية لمجتمع العمل الإنساني في مبادراته المتعلقة بالخدمات المشتركة.	3أ
شعبة سلسلة الإمداد بحلول نهاية عام 2017	على البرنامج تبسيط إجراءاته لشراء المواد غير الغذائية (لصالحه أو لأطراف ثالثة) بما يكفل أن تحدد المبادئ التوجيهية القائمة بوضوح العملية، وأن يتم استعراض، وتحديث، وتعميم المبادئ التوجيهية المتعلقة بالشحنات الدولية (الجوية أو البحرية) على الموظفين والشركاء المعنيين.	إدماج قنوات الإمداد السابقة واللاحقة لشراء المواد غير الغذائية.	3ب
نظم معلومات إدارة الموارد ورصد النتائج في البرنامج			
فرع إدارة الأداء وإعداد التقارير مع المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية في غضون 12 شهراً	بغية إدماج، وتوحيد، وتنسيق مجموعات البيانات على مستوى المكتب الإقليمي والمكاتب القطرية فإن على البرنامج أن يجري استعراضاً لنظمه وممارساته المتعلقة بجمع البيانات وإدارة المعلومات، مع التركيز بشكل خاص على جمع البيانات وتحليلها حسب نوع الجنس والفئة العمرية.	ليست النظم الحالية لجمع البيانات وتحليلها في المكاتب القطرية كافية لإعداد التحليلات الإقليمية في الوقت المناسب.	4
نهج يتمحور حول المستفيدين			
شعبة السياسات والبرامج بدعم من مكتب الشؤون الجنسانية في غضون 4-6 أشهر	تمشياً مع سياسة المساواة بين الجنسين فإن على البرنامج أن يوائم مبادئه التوجيهية بشأن المساواة لتتناسب مع المستفيدين من الاستجابات الصحية وذلك بضمان تنفيذ المعايير الدنيا للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في كل التدخلات وحالات الطوارئ، بما في ذلك عبر تحليل البيانات المفصلة حسب نوع الجنس والفئة العمرية.	ينبغي الإصغاء إلى أصوات النساء بقدر الإصغاء إلى أصوات الرجال. ويمكن تحقيق ذلك عبر استخدام تكنولوجيات للتقدير، والرصد، والمعلومات المرتدة.	5أ

المسؤولية والتوقيت	التوصية	الأساس المنطقي	
<p>شعبة السياسات والبرامج</p> <p>في غضون 4-6 أشهر</p>	<p>على البرنامج أن يقوم بتعديل مبادئه التوجيهية بشأن إرساء وإدارة آليات الشكاوى والمعلومات المرتدة، وأن يوضح المسؤولية/المساءلة عن تنفيذها على امتداد وحداته وعلى مستوى المكاتب القطرية؛ وأن يكفل أن تكون التوجيهات مناسبة وقابلة للتطبيق في كل السياقات، بما في ذلك الطوارئ الصحية؛ وأن يعزز الوعي في صفوف موظفي البرنامج والشركاء، من خلال اتفاقات على المستوى الميداني.</p>	<p>كإجراء لضمان المساءلة إزاء المجموعات السكانية المتأثرة فإن الحاجة تدعو إلى إرساء آليات للشكاوى والمعلومات المرتدة فيما يتعلق بالمساعدة العينية ومساعدة التحويلات القائمة على النقد سواء بسواء منذ البداية، بالترافق مع الشركاء المتعاونين.</p>	<p>5ب</p>