برنامج الأغذية العالمي

Programme Alimentaire Mondial

World Food Programme

Programa Mundial de Alimentos

المجلس التنفيذي

الدورة العادية الأولى

روما، 4-2008/2/6

المشروعات المقدمة للمجلس التنفيذي لإقرارها

البند 9 من جدول الأعمال

العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش
زمبابوي 10595.0

الإغاثة الممتدة للمجموعات الضعيفة	
عدد المستفيدين	2 230 000 نسمة
مدة المشروع	1 مايو/أيار 2008- 30 أبريل/نيسان 2010
كمية الأغذية التي يقدمها **البرنامج**	624 357 طنا متريا
التكاليف (بدولار الولايات المتحدة الأمريكية)	
مجموع تكاليف الأغذية **للبرنامج**	127 807 464
مجموع التكاليف التي يتحملها **البرنامج**	287 791 855

مقدمة للمجلس للموافقة

A

Distribution: GENERAL
WFP/EB.1/2008/9/1
7 January 2008
ORIGINAL: ENGLISH

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

مذكرة للمجلس التنفيذي

هذه الوثيقة مقدمة للمجلس التنفيذي للموافقة

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

نائب المدير الإقليمي والموظف المسؤول بالوكالة (ODJ): السيد: T. Yanga Thomas.Yanga@wfp.org

موظف الاتصال (ODJ): السيدة: W. Paeth رقم الهاتف:066513-2346

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

ملخص

كانت زمبابوي في السابق بلدا يتمتع بفائض في انتاج المواد الغذائية، لكنها بدأت منذ عام 2001 تواجه حالات نقص متكررة في الأغذية بسبب تضافر عوامل من بينها تقلبات الطقس وانتشار فيروس ومرض الإيدز بمعدل بلغ 18.1 في المائة[1]، بالإضافة إلى سلسلة من الأزمات الاقتصادية التي نجمت في جزء منها عن ضغوط تتعلق بالسياسات. وهذه العوامل المتضافرة أدت إلى تعميق ظاهرة التعرض للجوع والفقر وارتفاع معدلات انعدام الأمن الغذائي. وتتطلب الأزمة الناجمة ذات البعدين المزمن والانتقالي استجابة مرنة يمكن التنبؤ بها تلبي الاحتياجات العاجلة وفي الوقت ذاته تساعد في الحفاظ على سهولة تكيف السكان. وقد عمل **البرنامج** منذ عام 2002 على شراء الأغذية واستيرادها وتقديمها لدعم ما يصل إلى 50 في المائة من سكان زمبابوي وبخاصة في المناطق الريفية، بل وأيضا في المناطق الحضرية، كما أنه نفذ عمليات موسعة أو متقلصة استنادا إلى الاحتياجات.

وتسعى هذه العملية إلى زيادة مقدرة سكان زمبابوي الضعفاء على تلبية احتياجاتهم الغذائية بتقديم الدعم الغذائي للمبادرات التكميلية في المجالات الصحية والزراعية والتعليمية. وسوف يقدم **البرنامج** الدعم المستهدف إلى مجموعات مختارة معرضة للجوع بما في ذلك اليتامى وغيرهم من الأطفال الضعفاء وأولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، فضلا عن المشردين والذين يفتقرون إلى الممتلكات ويعيشون في أشد مناطق البلاد انعداما للأمن الغذائي.

وتحدد التقديرات العادية لهشاشة الأوضاع النطاق والتركيز الجغرافي بشأن دعم البرنامج، بينما تحدد بعثات تقدير المحاصيل السنوية والإمدادات الغذائية الفجوة الغذائية الإجمالية. ويضمن الرصد المتواصل التقدم صوب تحقيق المخرجات والحصائل المتوقعة. وخضعت عمليات **البرنامج** في زمبابوي لآخر تقييم في ديسمبر/كانون الأول 2006 كجزء من تقييم منتصف المدة للعملية الممتدة للإغاثة والإنعاش في إقليم الجنوب الأفريقي رقم 10310. وفي هذه العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش تتم معالجة توصيات من قبيل الحاجة إلى الانتقال إلى عمليات ممتدة للإغاثة والإنعاش على المستوى القطري وتطبيق إطار للحماية الاجتماعية وتعزيز الارتباطات بين المساعدات الغذائية والمعالجة الطبية للمرضى المزمنين.

وتتمشى هذه العملية مع إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية في زمبابوي والتي تستند إلى المجالات الستة ذات الأولوية لدى الحكومة، ومع المناشدة الموحدة لعام 2007 التي تسعى إلى تلبية الاحتياجات الحادة للمجموعات الضعيفة وحالات الهشاشة الأشد إمتدادا وإزمانا بين السكان. فبزيادة مقدرة السكان الضعفاء على تلبية احتياجاتهم الغذائية، وفي الوقت ذاته ترويج الصحة والتعليم وسبل المعيشة، تعالج العملية الممتدة بصورة مباشرة الهدف الاستراتيجي رقم 2 للبرنامج ("حماية سبل المعيشة في حالات الأزمات وتعزيز المرونة في مواجهة الصدمات") والهدف 3 ("دعم تحسين التغذية والوضع الصحي للأطفال والأمهات وسائر المعرضين")، وتسهم في تحقيق كل من الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية ("استئصال الجوع والفقر المدقع")، والهدف 6 ("مكافحة فيروس ومرض الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى").

وتستطيع زمبابوي أن تعود لتكون بلدا ذا فائض في انتاج المواد الغذائية عندما تستأنف الإنتاج الزراعي وترشد الأسواق الزراعية وتغير منحى التدهور الاقتصادي. وإلى أن يتحقق ذلك، فإن الدعم الغذائي المستهدف ربما يظل مطلوبا لدعم المجموعات الضعيفة على وجه الخصوص في المناطق التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي. وسوف تستمر التقييمات المنتظمة للتأكد من أن المساعدات الغذائية تتمشى مع الاحتياجات.

[1] المسح الصحي والديموغرافي في زمبابوي 2005-2006.

مشروع القرار*

يوافق المجلس التنفيذي على العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والإنعاش زمبابوي 10595.0 "الإغاثة الممتدة للمجموعات الضعيفة" (WFP/EB.1/2008/9/1)

* هذا مشروع قرار، وللإطلاع على القرار النهائي الذي اعتمده المجلس، يرجى الرجوع إلى وثيقة القرارات والتوصيات (WFP/EB.1/2008/15) الصادرة في نهاية الدورة.

تحليل الأوضاع والتصورات

السياق العام

1- لا تزال زمبابوي، شأنها شأن البلدان الأخرى في الإقليم، تكابد تقلبات الطقس ووباء فيروس ومرض الإيدز التي أسفرت عن تخفيض في الإنتاج المحصولي وزيادة معدلات الوفيات وتنامي عدد الأسر المعرضة للجوع. إضافة إلى ذلك، فقد أدت الأزمات الاقتصادية في البلاد، والتي تميزت بالتضخم الجامح والانخفاض الشديد في سعر صرف العملة الوطنية، إلى تفاقم هذه الظروف المزمنة وتسببت في ظهور حالات النقص في جميع المجالات وفي استنزاف القوة الشرائية. ونجم التدهور الاقتصادي جراء عملية الإصلاح الزراعي التي أخفقت في تحقيق أهدافها المرجوة. وأدى تضافر هذه العوامل إلى ارتفاع معدلات البطالة وتزايد تدفق المهاجرين إلى البلدان المجاورة وخلقت دوامة نزولية من الفقر وهشاشة الأوضاع. وضمن هذا السياق، استخدمت المعونة الغذائية كشبكة أمان لأكثر من نصف سكان الريف خلال سنوات إخفاق المحاصيل على وجه الخصوص بما في ذلك الأعداد المتزايدة من الأسر الضعيفة والأطفال والمرضى المزمنين. كذلك استخدمت المعونة الغذائية لتعزيز ارتياد المدارس ودعم العلاج المضاد للفيروسات الرجعية وترويج إدامة الزراعة في مناطق انعدام الأمن الغذائي.

2- وانخفض، بصورة ملحوظة خلال العقد الأخير، الإنتاج الزراعي الذي كان يوما ما عماد الاقتصاد الوطني، حيث كان يوفر العمالة والدخل لنحو 70 في المائة من السكان. ويرجع هذا التدهور، في جزء منه، إلى انهيار القطاع الزراعي التجاري واسع النطاق. ولقد تدهور القطاع الزراعي، الذي يعتمد بصورة رئيسية على الأمطار والمسؤول بصورة تقليدية عن معظم الإمدادات الوطنية للذرة للاستهلاك، وذلك نتيجة لمشكلات اقتصادية مختلفة وبسبب تكرار ظاهرة الجفاف والافتقار المتكرر للمدخلات الزراعية. كذلك فإن الرقابة على الأسعار والتسويق فيما يتعلق بالذرة والقمح قد أدت إلى تثبيط إنتاج هذين المحصولين.

3- وتحتل زمبابوي المرتبة 151 من بين 177 بلدا التي توصف ببلدان العجز الغذائي ذات الدخل المنخفض وفقا لدليل التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي في عام (2006)[2]. وتدهورت الأوضاع الاقتصادية منذ 1999[3]، إذ أن الناتج المحلي الإجمالي تراجع بنحو 35 في المائة من الناحية التراكمية، في حين أن التضخم ارتفع بمعدلات مذهلة، حيث وصل معدل التضخم السنوي الرسمي إلى أكثر من 600 7 في المائة في يوليو/تموز 2007[4]. كذلك وصلت أرقام البطالة في الوقت الراهن إلى أكثر من 80 في المائة من السكان، في حين أن 72 في المائة من السكان يعيشون دون خط الفقر.

4- كذلك تدهورت المؤشرات الصحية لتصل إلى معدلات تنذر بالخطر. وهبطت معدلات توقع الحياة من 51.8 سنة في 1995 إلى 37.2 في 2006[2]. ومع أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة قد انخفضت من 102 إلى 82 في 000 1 من المواليد الأحياء، فإن معدلات وفيات الأمهات هي الأعلى من نوعها في العالم، حيث تبلغ 100 1 في كل 000 100 من المواليد الأحياء. ولئن كان معدل سوء التغذية الحاد قد استقر في معظم المناطق عند حدود 6 في المائة، فإن معدل سوء التغذية المزمن لا يزال مرتفعا في حدود 29.4 في المائة[1]. وتحققت مكاسب من خلال البرامج المكيفة للتوعية والتغيير في

[2] تقرير التنمية البشرية لعام 2006 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.
[3] الملخص القطري للبنك الدولي أكتوبر/تشرين الأول 2007.
[4] مكتب الإحصاء المركزي يوليو/تموز 2007.

السلوك إزاء فيروس ومرض الإيدز، والتي أسفرت عن تراجع في معدلات انتشارها من 20.1 إلى 18.1 في المائة في 2006[5]، لكنها لا تزال الأعلى من نوعها في العالم، ويعد مرض الإيدز السبب الرئيسي للوفيات. وأظهر المسح الصحي الديموغرافي في عام 2006 أن معدل هذا المرض أعلى في أوساط النساء (21 في المائة) منه في أوساط الرجال (15 في المائة)[1].

5- وكان لوباء فيروس ومرض الإيدز تأثير ضار على سبل المعيشة وأنماط الإنتاج. ففي المناطق الريفية أدى إلى تزايد عدد الأسر التي أصبحت هشاشة للجوع والفقر. فعندما يصاب الشباب العاملون بالمرض، تحرم المناطق الريفية من قوة عملهم الإنتاجية. ولئن كانت العوامل الاقتصادية والاجتماعية تؤدي إلى تهديد إضافي للأسر، فإن مواردها تنفق على رعاية المرض على حساب الأنشطة الإنتاجية والاحتياجات المنزلية الأخرى. وهكذا تزداد المصروفات المتعلقة بالصحة، في حين أن الإنتاجية وقوة كسب الدخل والإيرادات تتناقص. وغالبا ما تفقد الأسر المنتجين الرئيسيين والمديرين لأصول سبل المعيشة وبصورة متزايدة تترك الأطفال أو المسنين ليضطلعوا بدور الراعي الرئيسي للأسر الكبيرة. وتعد النساء في الأسر التي ترأسها إناث المجموعة التي تضطلع بمعظم المسؤولية عن رعاية الأيتام وغيرهم من الأطفال الضعفاء.

6- وفي الوقت الراهن، يوجد نحو 1.3 مليون طفل يتيم في زمبابوي، 77 في المائة منهم يتامى نتيجة فيروس ومرض الإيدز[6]. ومع أن معظم الأطفال يتحصلون على الدعم من خلال شبكة الأسرة الممتدة غير الرسمية، فإن عددا متزايدا من ضعاف الأطفال معرضون لخطر سوء التغذية والتسرب من المدرسة. ونظرا لأن الوباء يؤثر في المزيد من الأسر، وأن موارد الأسرة أو المجتمع تتقلص إلى درجة الانعدام، فإن النظم التقليدية لدعم الشبكة الاجتماعية، إذا ما توافرت، تظهر عليها دلائل الانهيار ولا تعود وسيلة يعول عليها للمساعدة.

الأمن الغذائي وأوضاع التغذية

7- أصبح محصول زمبابوي من الذرة، وهو محصولها الرئيسي، يقل عن احتياجاتها الاستهلاكية منذ عام 2002 بعد ما كانت بلدا ينتج فائضا من هذا المحصول. فبالمقارنة مع متطلبات الاستهلاك الآدمي التقديري ومقداره 1.9 مليون طن، تراوح الإنتاج من مستوى 500 000 طن في سنة الجفاف (2002/2001) و 900 000 طن في سنة توافرت فيها الأمطار (2004/2003). ويعزى الانخفاض في الإنتاج إلى تقلبات الطقس والانخفاض السريع في إنتاج القطاع الزراعي التجاري. إضافة إلى ذلك، فقد أعاقت الصعوبات الاقتصادية الخطيرة المزارعين المحليين دون الحصول على البذور والمدخلات الأخرى في الوقت المناسب، الأمر الذي أدى إلى انخفاض الغلات. بيد أن الزيادة في المساحات المزروعة بالذرة الرفيعة، وهو ما تأثر في جزء منه بدعم الجهات المانحة، قد ساعد نوعا ما في التقليص من العجز في توافر الحبوب. كذلك فإن التحديات الاقتصادية والتي تميزت بتضخم جامح وقلة المتوافر من العملة الأجنبية قد قلصت من مقدرة الحكومة على استيراد الأغذية الكافية لسد العجز الوطني من الحبوب.

8- وأعلنت الحكومة عن أن الموسم الزراعي للفترة 2007/2006 كان سنة جفاف، نظرا لهطول الأمطار بأقل من المستوى المعتاد واستطالة فترات الجفاف خصوصا في المناطق الجنوبية من البلاد. وتشير تقديرات البعثة المشتركة بين منظمة الأغذية والزراعة و**البرنامج** حول الإمدادات من المحاصيل والأغذية الى أن المتطلبات العامة من واردات الحبوب تبلغ 1 مليون طن منها 813 000 طن من الذرة. ووفقا للخطط التي أعلنت عنها الحكومة لاستيراد ما يقرب من نصف عجز الذرة، فإن البعثة المشتركة قدرت أن نحو 4.1 مليون شخص ممن يعانون من الهشاشة سوف يحتاجون إلى مساعدات

[5] **البرنامج** المشترك بين منظمات الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز.
[6] الخطة الاستراتيجية الوطنية في زمبابوي لمكافحة فيروس ومرض الإيدز للفترة 2006-2010.

غذائية تبلغ 352 000 طن من الحبوب و90 000 طن من غير الحبوب لتلبية الحد الأدنى من الاحتياجات اليومية وقدرها 2 100 سعر حراري. وقد أصدر **البرنامج** والشركاء من المنظمات غير الحكومية مناشدات لتعبئة موارد إضافية لتلبية الاحتياجات المعلنة وبدأ توزيع الأغذية على نطاق واسع في سبتمبر/أيلول 2007.

9- وقد تدهور الوضع التغذوي للسكان خلال العام الماضي. وأشارت عملية مراقبة أوضاع التغذية في 23 مقاطعة في نوفمبر/تشرين الثاني 2006 إلى أنه على الرغم من أن مستويات الهزال لا تزال دون مستويات الطوارئ، غير أن مستويات التقزم آخذة في الزيادة وتجاوزت 40 في المائة في مقاطعات كوتو وكويكلي وموطار. وتبدو أن هناك علاقة وثيقة بين سوء التغذية وكل من انتشار المرض وانعدام الأمن الغذائي الأسري. ويبدو أن تدهور الوضع التغذوي تأكد من خلال النتائج الأولية التي توصلت إليها لجنة تحليل هشاشة الأوضاع في يونيو/حزيران 2007 لتقييم الأغذية والتغذية والتي أبرزت زيادة في كل من معدلات سوء التغذية الحاد والمزمن.

10- ولا تزال أعداد كبيرة من الأسر الريفية عرضة لانعدام الأمن الغذائي. وتلبي معظم الأسر الريفية احتياجاتها الأساسية من خلال توليفة من الزراعة المحدودة والعمل الموسمي والتجارة المحدودة والتحويلات من الخارج، وإن أية صدمة تجاه أي واحد من هذه القطاعات يمكن أن يكون لها تأثير مدمر على مقدرتهم في التكيف. وإن التزايد السريع في تكاليف المعيشة والفرص المحدودة للعمالة قد تركت الكثير من سكان المدن غير قادرين على الحصول على الأغذية وتلبية الاحتياجات الأساسية الأخرى الأسرية والغذائية. ويكون الوضع أكثر مشقة بالنسبة للأسر التي يوجد فيها أطفال يتامى أو مرضى مزمنون، حيث أن توالي السنوات من الصدمات لهذه الأسر قد أفضى بها إلى مستويات متتالية من هشاشة الأوضاع تجاه الجوع والفقر، مما أضر بشدة في مقدرتها على الانتعاش. إضافة إلى ذلك، فإن مراقبة أسعار السلع الأساسية التي نفذتها الحكومة في يونيو/حزيران 2007 كمحاولة توقف التضخم قد أدت إلى نفاد المواد الغذائية الأساسية وبصورة خاصة في المناطق الحضرية.

التصورات

11- تستند هذه العملية الممتدة 10595.0 على التصور المحتمل بأن زمبابوي سوف تظل تواجه مشكلات اقتصادية حادة بما فيها نقص الأغذية، الأمر الذي سوف يؤدي إلى تعميق هشاشة الأوضاع تجاه الجوع والفقر. وتتطلب الحالة وضع برنامج مرن جيد الاستهداف قابل للتوسيع، خلال أوقات الشدة، والتقليص عند الاقتضاء، وفي الوقت ذاته الاستمرار في تلبية احتياجات السكان الضعفاء بشكل خاص. ويفترض ذلك توافر بيئة إنسانية ملائمة للسماح لتخطيط البرامج المدعومة غذائيا وتنفيذها والرغبة المتواصلة من جانب المانحين لدعم جهود الإغاثة الطارئة والممتدة، وفي الوقت ذاته، إتاحة الأنشطة التي تعزز الانتعاش. وقد تفرض الانتخابات الوطنية المزمعة في عام 2008 تحديات يلزم التصدي لها من خلال المزيد من التحسينات في الاستهداف المجتمعي للسكان الضعفاء.

سياسات الحكومة والأطراف الأخرى وقدراتها وأنشطتها

الحكومة

12- وفقا لإطار عمل المساعدة الإنمائية للأمم المتحدة للفترة 2007-2011، حددت الحكومة ستة مجالات وطنية ذات أولوية هي: مكافحة فيروس ومرض الإيدز؛ والخدمات الاجتماعية الأساسية؛ والزراعة والأراضي والبيئة؛ والفقر

والاقتصاد والتشغيل؛ والحوكمة وحقوق الإنسان؛ والمساواة بين الجنسين. ويتمثل الهدف الوطني الرئيسي في تحقيق الانتعاش الاقتصادي والحد من الفقر. وقد أطلقت الحكومة في عام 2007 برنامجا للعقد الاجتماعي بين الحكومة والقوة العاملة والمستخدمين في جهد منها لتثبيط معدلات التضخم وانقاذ الاقتصاد من الانهيار. وقد أخفق البرنامج في الانطلاق لأسباب أهمها الافتقار إلى توافق الآراء فيما بين الأطراف المعنية.

13- وفي قطاع الصحة، أعدت الحكومة والشركاء المعنيون خطة استراتيجية وطنية لمكافحة فيروس ومرض الإيدز بغية الحد من انتشار هذا الفيروس وتحسين نوعية حياة السكان الذين يتعايشون مع المصابين بهذا الفيروس والمرض. واشتملت الخطة على توسيع برنامج الخطة الاستراتيجية هذه لافادة نحو 000 120 مريض بحلول نهاية 2007، في حين كان الرقم الراهن 000 86 مريض[7]. كذلك وضعت الحكومة، بدعم من منظمة اليونيسيف، خطة عمل وطنية للأيتام وغيرهم من الأطفال الضعفاء بهدف تزويدهم بالخدمات الأساسية كالحصول على التعليم. وفي الوقت الراهن، يستفيد الأيتام والأطفال الضعفاء من برنامج لتحسين مساعدات التعليم الذي تديره وزارة التربية والرياضة والثقافة ووزارة الخدمات العامة والعمل والشؤون الاجتماعية.

14- ولمعالجة سوء التغذية على المستوى المحلي، وضعت وزارة الصحة ورعاية الطفولة، بدعم من اليونيسيف، برامج للتغذية العلاجية في المؤسسات الصحية في كامل أنحاء البلاد، حيث تقدم الحليب العلاجي للأطفال الذين يعانون من سوء تغذية حاد. ويحد الاقتصاد المتردي من نطاق هذا البرنامج بسبب عدم توافر المركبات العلاجية والافتقار إلى الأشخاص المدربين. ولعلاج هذه المشكلات، تعكف الحكومة على وضع برامج للرعاية الغذائية على مستوى المجتمع المحلي، حيث يعالج الأطفال المصابون بشدة سوء التغذية في المؤسسات الصحية أساسا، ومن ثم يحالون إلى مراكز الصحة الريفية، حيث يزودون بالأغذية العلاجية الجاهزة والتي تعتمد أساسا على زبدة الفول السوداني.

15- كذلك شرعت الحكومة في عام 2006 بتنفيذ برنامج وطني يعطي الأولوية للتنمية الاقتصادية ويركز على الاستقرار الاقتصادي والحد من التضخم وتعبئة العملة الأجنبية وتحقيق الأمن الغذائي، بما في ذلك تقديم المساعدات بشأن السلع الأساسية والخدمات لفائدة السكان الأشد هشاشة. كذلك أطلقت برنامجا للغذاء مقابل العمل في أوائل الألفية الثانية حيث يحق لأفراد المجتمع المحلي أن يتحصلوا على 50 كيلو غراما من الذرة شهريا مقابل العمل الذي يؤدونه في الأشغال أو المشروعات العامة. لكن تنفيذ هذه البرامج تعرقل بسبب محدودية المتاح من الذرة وبسبب التضخم والتحديات اللوجستية.

16- وتعد وزارة الخدمات العامة والعمل والشؤون الاجتماعية النظير الحكومي الرئيسي للبرنامج. كذلك يعمل **البرنامج** والمنظمات غير الحكومية المتعاونة على نحو وثيق مع السلطات الإقليمية والمناطقية لتخطيط وتنفيذ البرامج المدعومة بالأغذية.

الأطراف الأخرى

17- يمثل الافتقار إلى الحوار، وتباين وجهات النظر بين الحكومة والمجتمع الدولي للمانحين تحديا يضاف إلى التحديات التي تواجهها زمبابوي، حيث علقت عدة جهات مانحة برامجها الثنائية. ويعد الدعم المقدم للوقاية من فيروس ومرض الإيدز وللرعاية والمعالجة استثناء واحدا ملحوظا، حيث أن التعاون ما بين الحكومة والجهات المانحة والأمم المتحدة والمجتمع المدني لا يزال متينا. كذلك قدمت الجهات المانحة دعما سخيا للتدخلات الإنسانية بما في ذلك المعونة الغذائية

[7] وزارة الصحة ورعاية الطفولة، وحدة محافظة فيروس/مرض الإيدز ومرض السل.

والدعم للمشردين وكانت هناك بعض الفرص لمتابعة المبادرات طويلة الأجل لمساعدة السكان في إعادة توطينهم و/أو التغير تدريجيا من مساعدات الإغاثة.

18- ومنذ عام 2002، نفذ العديد من المنظمات الدولية غير الحكومية عمليات في زمبابوي تركز على توزيع الأغذية وعلى الزراعة ودعم السكان المتضررين من فيروس ومرض الإيدز. ومن بين هذه المنظمات الاتحاد المعني بالأمن الغذائي في الجنوب الأفريقي في حالات الطوارئ، والتي تشمل منظمة كير، وخدمات الإغاثة الكاثوليكية والرؤية العالمية، وهي تدير إمدادات غذائية إلى زمبابوي تدعمها الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك يعمل **البرنامج** وهذا الاتحاد يدا بيد لبرمجة وتنفيذ الأنشطة المدعومة بالأغذية. كما أن هناك منظمات غير حكومية تتبع هذا الاتحاد إضافة إلى عشر منظمات أخرى غير حكومية تعمل كأطراف متعاونة مع **البرنامج**. وقد أنفق **البرنامج** استثمارات مهمة في قدرات المنظمات غير الحكومية، بما في ذلك تعزيز قدرة العديد من المنظمات الوطنية غير الحكومية لتعمل كأطراف في مجال المعونة الغذائية.

التنسيق

19- يبرز إطار عمل المساعدة الإنمائية للأمم المتحدة في الفترة 2007-2011 ويوجه برامج وكالات الأمم المتحدة في البلاد. وتعكس نتائج إطار العمل هذا المتجذر في الأهداف الإنمائية للألفية المجالات الستة ذات الأولية التي حددتها الحكومة سعيا لمكافحة فيروس ومرض الإيدز، وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، ودور القانون والحوار والمشاركة وحقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والخدمات الاجتماعية الأساسية المتكافئة وتحسين الأمن الغذائي والإدارة المستدامة للموارد الطبيعية والبيئة.

20- ويقوم المنسق المقيم للأمم المتحدة بدور المنسق للشؤون الإنسانية. ويتولى **البرنامج** قيادة مجموعة مشتركة بين المنظمات غير الحكومية والأمم المتحدة والجهات المانحة في تنسيق المعونة الغذائية وتبادل المعلومات وهو فعال في المجموعات الفنية لتحقيق الأمن الغذائي والرصد والتقييم. وفي إطار أعضاء الفريق القطري للأمم المتحدة، يعمل **البرنامج** بصورة مباشرة مع منظمة الأغذية والزراعة لترويج إدامة الزراعة، ومع اليونيسيف في مجالات رصد التغذية والمساعدات المدرسية ورعاية الأيتام، ومع المنظمة الدولية للهجرة لدعم سكان الحضر والمشردين، فضلا عن المهاجرين العائدين.

أهداف مساعدات البرنامج

21- تمشيا مع الأهداف الاستراتيجية للبرنامج، فإن هذه العملية تستخدم المعونة الغذائية للمساهمة في تحقيق الأهداف التالية:

(أ) الحد من نضوب الممتلكات وزيادة قدرة التكيف لدى المجموعات المستهدفة والضعيفة لمواجهة الصدمات تمشيا مع الهدف الاستراتيجي الثاني للبرنامج لحماية سبل المعيشة في حالات الأزمات وتعزيز المرونة في مواجهة الصدمات؛

(ب) ضمان الصحة والتغذية وتعزيز نوعية حياة المستهدفين والمصابين بأمراض مزمنة من خلال دعم التغذية المرتبط بالتدخلات الصحية تمشيا مع الهدف الاستراتيجي رقم 3 للبرنامج المتمثل في دعم تحسين التغذية والوضع الصحي للأطفال والأمهات وسائر الضعفاء؛

(ج) تحسين استهلاك الأغذية لدى الأسر شديدة الهشاشة والتي تعاني من انعدام الأمن الغذائي تمشيا مع الهدف الاستراتيجي الثاني المتمثل في حماية سبل المعيشة في حالات الأزمات وتعزيز المرونة في مواجهة الصدمات.

استراتيجية استجابة البرنامج

طبيعة وفعالية المساعدات المتعلقة بالأمن الغذائي حتى الآن

22- تستند هذه العملية على ست سنوات من الخبرة في تنفيذ عمليات توزيع الأغذية مجانا على نطاق واسع والبرامج المدعومة بالأغذية والتي تركز بوجه خاص على السكان الضعفاء. ولقد وزع **البرنامج** منذ عام 2002 وحتى عام 2006، ضمنا، ما مجموعه 940 002 طن من الأغذية ليصل إلى مستوى الذروة ومقداره 381 686 4 مستفيدا، من خلال توزيع الأغذية العامة وتغذية المجموعات الضعيفة وغيرها من الأنشطة المستهدفة. وأنفق **البرنامج** استثمارات أساسية في مجال التدريب على إدارة الأغذية وتوزيعها لفائدة الشركاء المتعاونين، كما وضع، حيز التنفيذ، نظما صارمة للتقييم والاستهداف والتنفيذ والرصد لضمان وصول الأغذية إلى المستفيدين المستهدفين والحد من أي محاولات للتلاعب في توزيع الأغذية. وقد تم تحسين هذه الأمور مع مضي الوقت الأمر الذي أفضى إلى نظام منقح لاستهداف المستفيدين واختيارهم بدئ بتنفيذه في عام 2007 وهو يتضمن مناهج شاملة للاستهداف الجغرافي ووسائل تشاركية للتقييم الريفي وأساليب الاستهداف الإداري استنادا إلى التشخيصات التي تتناول ظاهرتي الجوع والفقر.

23- ونجح **البرنامج** من خلال برمجته لتغذية المجموعات الضعيفة في توسيع تدخلاته لمواجهة حالات النقص في الأغذية أثناء فترات انتظار المحاصيل وتمكين المرأة والمجتمعات المحلية من إدارة أنشطة المساعدات الغذائية دون الاستسلام للتأثيرات الخارجية. إضافة إلى ذلك، هناك جهود حثيثة لإيصال الرسائل المتعلقة بمكافحة فيروس ومرض الإيدز في مواقع التوزيع. ومن بين التحديات في هذا المجال الحفاظ على الإمدادات الغذائية رغم العقبات في مجالات الموارد واللوجستيات. ونظرا إلى أن البرامج تنفذ أثناء فترة انتظار المحاصيل أو الجفاف، فقد بقيت أعداد كبيرة من المستضعفين دون المساعدات الغذائية اللازمة. ويمثل إيجاد الطرق لتحقيق الزيادة الملائمة لتوزيع الأغذية في المناطق الحضرية تحديا دائما.

24- وجرب **البرنامج**، وطور، عدة أنشطة مستهدفة خلال عام 2004، من بينها التغذية المدرسية ودعم الرعاية المنزلية وتغذية المجموعات الضعيفة وتوفير شبكة أمان مهمة للأطفال والأسر التي يعاني أعضاؤها من أمراض مزمنة. وأصبح برنامج التغذية المدرسية بمثابة شريان الحياة لما يقرب من مليون طفل عندما طلبت الحكومة في منتصف 2004 من **البرنامج** أن يتوقف عن توزيع جميع الأغذية المجانية واسعة النطاق في البلاد. وقد حققت التغذية المدرسية النجاح في تقديم المساعدة لحماية الأسر وتدعيم ارتياد المدارس الإبتدائية رغم ما تعانية الأسر من إجهاد وتكرار التحديات المتعلقة بتدهور المرافق المدرسية والصعوبات في تأمين الحطب الكافي والسلع غير الغذائية. وهناك تحد آخر يتمثل في الوصول إلى الأطفال الضعفاء خارج المدرسة الذين لا يزالون يمثلون انشغالا رئيسيا.

25- وأظهرت الرعاية المنزلية المدعومة بالأغذية تأثيرها الإيجابي على الحركية والإنتاجية فيما بين أولئك طريحي الفراش سابقا والذين يتعايشون مع فيروس ومرض الإيدز وغيرها من الأمراض المزمنة، حتى في غياب العلاج المضاد للفيروسات الرجعية والعلاجات الأخرى التي تبقي على الحياة. وتمت الإشارة إلى أن المبادرة التي يدعمها **البرنامج** لزيادة مشاركة الذكور كأطراف تقوم بالرعاية في المنزل باعتبارها الأسلوب الأفضل في العديد من التقييمات. واشتملت التحديات

على القدرة المحدودة للأطراف المتعاونة في توفير العناصر الأخرى المهمة لدعم الرعاية المنزلية بما يتمشى مع الحزمة الدنيا (أعدتها وزارة الصحة ورعاية الطفولة والمجلس الوطني لمكافحة الإيدز بالتشاور مع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية) ولتلبية الطلب.

26- كذلك بذل **البرنامج** في 2007 نشاطا رائدا لتوفير الدعم الغذائي للمصابين بفيروس الإيدز على أساس العلاج المضاد للفيروسات الرجعية كمحاولة لتحسين المتحصل الإجمالي من هذا العلاج وتحسين الوضع الصحي والتغذوي وضمان التقيد والانصياع لخدمات هذا العلاج. كذلك باشر **البرنامج** بتجربة مع منظمة الأغذية والزراعة لتوفير الأغذية كحافز للأسر التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي والتي تود أن تتعلم وتنفذ تقنيات إدامة الزراعة.

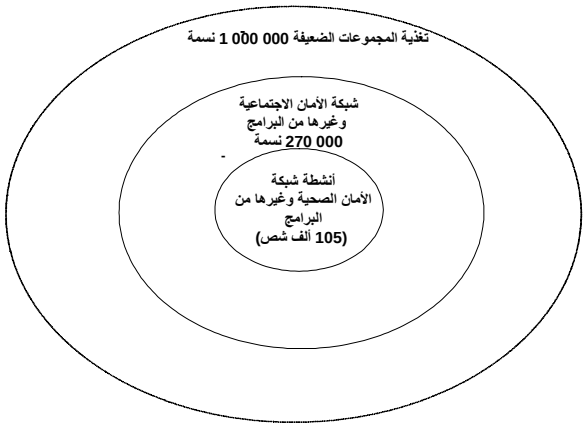
27- وأجري في نوفمبر/تشرين الثاني - ديسمبر /كانون الأول 2006 تقييم للعملية الممتدة الإقليمية في الجنوب الأفريقي 10310 والتي تشمل زمبابوي، واستخدمت نتائجها كمعلومات في إعداد هذه العملية الممتدة التي نحن بصددها.

مخطط الاستراتيجية

28- اعتمادا على الخبرات المكتسبة من الاستجابة لانعدام الأمن الغذائي في الجنوب الأفريقي خلال السنوات الست الماضية، أعد **البرنامج** إطار عمل للحماية الاجتماعية لفائدة هذا الإقليم. ويفترض إطار العمل هذا أن تلك الأسر التي واجهت صدمات متتالية تتعلق بالصحة وإنتاج الأغذية والدخل لا تزال في عرضة شديدة للجوع والفقر وتواجه أوضاعا تهدد حياتها عندما تتعرض لصدمات جديدة. ويؤكد إطار العمل هذا على الحاجة إلى دعم قابل للتنبؤ وموثوق ودائم للتصدي لحالات النقص في الإمدادات الغذائية الأسرية.

29- وحدد **البرنامج** وشركاؤه المتعاونون في تطبيقه لإطار الحماية الاجتماعية في زمبابوي، استراتيجية من ثلاثة مراحل لتحديد أولويات تدخلات المساعدة الغذائية. وتروج المرحلة الأولى (أنشطة شبكة الأمان الصحية) للوصول عموما إلى الرعاية ومعالجة أمراض من قبيل فيروس ومرض الإيدز ومرض السل. بينما يوفر الإطار الثاني (أنشطة شبكات السلامة الاجتماعية)، الدعم للأسر لمعالجة الفقر المزمن واحتياجات الأسر منعدمة الأمن الغذائي، بما في ذلك الأسر الحضرية الضعيفة والأسر المتضررة بسبب النزوح والأطفال في مناطق البلاد الأشد انعداما للأمن الغذائي. أما المرحلة الثالثة (تغذية المجموعات الضعيفة في حالات الطوارئ)، فتعالج الأسر منعدمة الأمن الغذائي والتي تعاني من الصدمات موسميا.

الشكل 1: أنشطة العملية الممتدة للإغاثة والإنعاش (العدد السنوي)



30- ولئن كانت المبادرات المستندة على تقديم الدعم النقدي أو الغذائي تشكل عناصر مهمة للحماية الاجتماعية، فإن مسحا أجراه **البرنامج** حدد أن المعونة الغذائية لا تزال تمثل نشاط الإغاثة الضروري في زمبابوي بسبب النقص الشديد والمتكرر في الأغذية وتدهور إمكانات الحصول عليها[8].

أنشطة شبكة الأمان الصحية

31- هناك وثائق جيدة تؤكد على الصلة بين التغذية وفيروس ومرض الإيدز. فالأطعمة المغذية أصبحت الآن تعتبر عنصرا أساسيا في رعاية المصابين بفيروس ومرض الإيدز في سياق الفقر المزمن وانعدام الأمن الغذائي. فالذين يتلقون الرعاية المنزلية والعلاج المضاد للفيروسات الرجعية لهم احتياجات تغذوية خاصة يلزم تأمينها حتى يتسنى لهؤلاء أن يستجيبوا جيدا للعلاج. وفي سياق مرض السل، تلعب الحصص الغذائية دورا مهما في ضمان الاستجابة للعلاج، وبالتالي الوقاية من ظهور المضادات لعقار مرض السل.

32- وسوف يقدم **البرنامج** حصة غذائية شهرية معززة تغذويا لمن يعانون من انعدام الأمن الغذائي والمرضى المزمنين وأسرهم كجزء من رزمة شاملة من دعم الرعاية المنزلية و/أو العلاج المضاد للفيروسات الرجعية. ويشمل هذا حصصا لأولئك الذين لا يستحقون مؤقتا العلاج المضاد للفيروسات الرجعية كالمرضى الذين يعالجون من داء السل أو الأمهات المقيدات في مجال الوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل. وتقدم هذه الحصص حتى نهاية المعالجة من مرض السل ومن الوقاية من انتقال فيروس الإيدز أو حتى يستطيع المستفيدون أن يشاركوا في البرامج الأسرية أو يعودوا إلى الحياة العملية حسب الحالة لمدة أقصاها 12 شهرا.

أنشطة شبكة الأمان الاجتماعية

33- يجب أن تعالج برمجة الأغذية تفاقم هشاشة مجموعات سكانية معينة وخاصة تلك الأسر الضعيفة الفقيرة ذات الأصول المحدودة التي تعتمد عليها. فهذه المجموعات التي يستبعد أن ترى تحسنا في إمداداتها الغذائية في أعقاب الحصاد أو تكون عاجزة عن أن تساهم بفعالية في الأسواق إنما تستلزم مساعدات غذائية مستمرة وموثوقة طوال معظم السنة وحتى يمكن إنشاء أو إحياء آليات للحماية الاجتماعية المعتادة.

[8] مبادرة خاصة بشأن البرمجة النقدية والقسائم لعام 2007. "تقييم مدى ملائمة وجدوى الاستجابات للقسائم و/أو النقود في المناطق الحضرية وشبه الحضرية في زمبابوي".

34- ومن شأن أنشطة شبكة الأمان الاجتماعية أن توفر قاعدة لاستهداف السكان الضعفاء معدمي الأمن الغذائي من خلال تقديم الدعم للأسر الضعيفة الفقيرة، وبرامج الغذاء مقابل سبل المعيشة من قبيل إدامة الزراعة أو الغذاء مقابل التدريب أو الأصول، والتغذية المؤسسية في المناطق الحضرية، وتغذية المجموعات الضعيفة المتنقلة، وبرامج التغذية المدرسية للأطفال في معظم المناطق الضعيفة الريفية والحضرية. وسوف يولى اهتمام لدعم الأطفال خارج المدارس (عن طريق مشاركة المجتمع المحلي) في المناطق شديدة انعدام الأمن الغذائي والمناطق الحضرية ذات الكثافة السكانية الشديدة. أما المرضى المزمنون الضعفاء و/ أو اليتامى، فسوف تتم إحالتهم حسب الإمكان إلى برامج العلاج المضاد للفيروسات الرجعية والرعاية المنزلية التي يدعمها **البرنامج** أو إلى برامج الأطفال الضعفاء التي تقدم لهم رزمة من الدعم الغذائي مرفقا بالمعالجة الطبية التكميلية ودعم الأجور المدرسية والخدمات السيكولوجية الاجتماعية. ونظرا لارتفاع مستويات سوء التغذية المزمن في البلاد، فسوف تتضافر جهود **البرنامج** مع اليونيسيف للسعي إلى تلبية الاحتياجات التغذوية للأطفال دون سن الثانية ولالتماس دعم الحكومة لتنفيذ برنامج لإزالة الديدان في المدارس الإبتدائية.

تغذية المجموعات الضعيفة في حالات الطوارئ

35- توفر المعونة الغذائية للأسر الفقيرة التي تعتمد على إنتاجها البعلي، شريان الحياة أثناء سنوات الجفاف، ويمكن برمجتها لسد الفجوة الغذائية المتكررة التي تواجهها هذه الأسر. ويتم الوصول إلى هذه المجموعات من خلال برنامج مؤقت في حالات الطوارئ لتغذية المجموعات الضعيفة يخطط لتوفير توزيع مجاني بصورة شهرية في أشد المناطق هشاشة خلال فترة الفجوة الغذائية المتوقعة. ومع أن فترة انتظار المحاصيل تمتد عادة من ديسمبر/كانون الأول إلى مارس/آذار، فيمكن البدء من أوائل سبتمبر/أيلول خلال السنوات الرديئة على وجه الخصوص (كما في عام 2007). وسوف يتم تشجيع هذه المجموعة منعدمة الأمن الغذائي بصفة انتقالية للمشاركة في مشروعات الغذاء مقابل سبل المعيشة حسب الاقتضاء. وسوف يتم تعديل هذا العنصر بصورة سنوية مع مراعاة الأخطار المتكررة والتقييمات الموسمية.

36- ويظل التوجه العام للعملية الممتدة نحو الإغاثة الممتدة مع الإبقاء على عنصر ضئيل للإنعاش (أنشطة تجريبية كالغذاء مقابل سبل المعيشة). وهذا يتفق مع الاحتياجات ومناشدة التضامن مع زمبابوي في عام 2007 والتي تسعى إلى تلبية الاحتياجات الحادة للمجموعات السكانية شديدة الهشاشة. وسوف تتركز الأنشطة في مناطق البلاد الأشد انعداما للأمن الغذائي. كما سيتم السعي لإبرام شراكات وتعزيزها حتى يتسنى ربط دعم الأغذية بالأشكال الأخرى للمساعدة. وسوف يدعم **البرنامج** توسيع جهود الأمم المتحدة لمواصلة حوار السياسات مع الحكومة حول قضايا من قبيل تعزيز الوقاية من فيروس ومرض الإيدز والمعالجة والرعاية والتسويق الزراعي وحيازة الأراضي. ونظرا لأن السياسات والبيئة الاقتصادية في البلاد آخذة في التحسن، فسوف يغتنم **البرنامج** أية فرصة إضافية لاستخدام المعونة الغذائية وخبراته في دعم الإنعاش.

استراتيجية تسليم المسؤولية

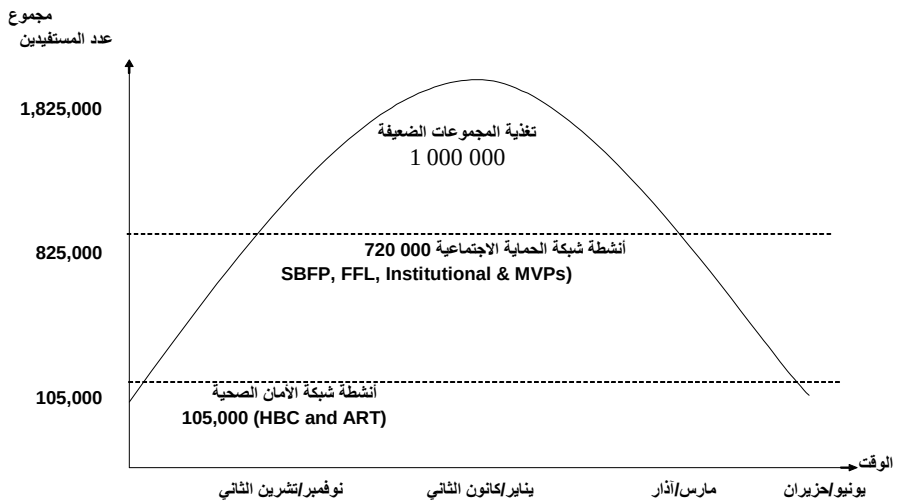
37- تعد زمبابوي بلدا اعتاد على إنتاج فائض غذائي، ويمكن أن يعود إلى هذا الوضع مرة أخرى إذا ما أعاد البلد إحياء الإنتاجية الزراعية وقام بترشيد الأسواق الزراعية وغير منحى التراجع الاقتصادي. وإلى أن يتحقق ذلك، فإن الدعم الغذائي المستهدف سوف يظل مطلوبا، وذلك بتقديم كميات كبيرة خلال سنوات الجفاف أو الفيضانات وكميات صغيرة عندما تكون الأمطار كافية، وذلك لمساندة المجموعات الضعيفة على وجه الخصوص في مناطق انعدام الأمن الغذائي. وسوف يتم اغتنام الفرص من أجل الحوار في مجال السياسات، لكن من المستبعد أن يؤدي ذلك إلى نتائج هامة خلال

الإطار الزمني لهذه العملية الممتدة. وفي غضون ذلك، سوف تتواصل التقييمات المنتظمة للتأكد من أن المساعدة الغذائية تتفق مع الاحتياجات.

المستفيدون والاستهداف

38- يخطط **البرنامج** للوصول إلى نحو 2 230 000 شخص خلال فترة العملية الممتدة للإغاثة والانعاش (1 825 000 كل سنة). وسوف يطبق مزيج من الاستهداف الجغرافي والاستهداف الأسري للوصول إلى أشد السكان هشاشة والذين يقطنون في مناطق البلاد الأشد انعداما للأمن الغذائي. وسوف تؤخذ في الحسبان البيانات المتعلقة بالتغذية وفيروس ومرض الإيدز والمناطق التي يعمل فيها الاتحاد المعني بالأمن الغذائي في الجنوب الأفريقي في حالات الطوارئ (انظر الملحق الثالث). وتشمل المناطق ذات الأولوية في عام 2007 الأرجاء الجنوبية والشرقية من البلاد ووادي زامبيزي.

الشكل 2: عدد المستفيدين الموسميين



39- اعتمادا على الاختيار الجغرافي المستند على المسوحات في زمبابوي وتوزيع **البرنامج** للمقاطعات والمعلومات الأخرى، سوف يستغل **البرنامج** وشركاؤه أساليب التقييم الريفي التشاركية ووسائل الاستهداف الإدارية بشأن اختيار الأسر. كما سيتضمن الاختيار على مستوى المجتمع المحلي خرائط المجتمعات وترتيبها على أساس الثروة. كذلك سوف تقيد جميع الأسر التي حددها المجتمع المحلي كشديدة انعدام الأمن الغذائي أو منعدمة الأمن الغذائي. كما ستسجل خصائصها في قاعدة البيانات الإدارية للمستفيدين. كذلك سوف تسهل هذه المعلومات اختيار المستفيدين لأنشطة برامجية محددة. وسوف يحال المرضى المزمنون وطريحو الفراش إلى برامج الرعاية المنزلية، في حين أن أطفال مرضى الرعاية المنزلية والأطفال الآخرين الضعفاء سوف تتم إحالتهم إلى برامج الأيتام وغيرهم من الأطفال الضعفاء. وسوف تواصل برامج التغذية المدرسية مساعدة الأطفال في المدارس المستهدفة في مناطق انعدام الأمن الغذائي، حيث أن ما يزيد عن 50 في المائة من المجتمع يعتبرون "فقراء جدا" أو "فقراء". أما الأطفال خارج المدارس (والذين يتم تحديدهم بمساعدة

المجتمع المحلي) فسوف يتم تشجيعهم لارتياد المدارس، حيث تقدم لهم الوجبات، وسوف تتم إحالتهم إلى برامج الأيتام وغيرهم من الأطفال الضعفاء.

الاعتبارات التغذوية والحصص الغذائية

40- يعد دقيق الذرة بمثابة الحبوب الرئيسية المستهلكة في زمبابوي، وهو يشمل 80 في المائة من المتطلبات اليومية من السعرات الحرارية. ويتم طهيه عادة على شكل عصيدة ويؤكل مع الخضر و/أو اللحم إذا ما توافر. أما في المناطق الجنوبية من البلاد فتستخدم الذرة الرفيعة بدلا من الذرة.

41- وسوف تتكون سلة الأغذية من الحبوب (حبوب الذرة أو دقيق الذرة أو الذرة الرفيعة) والبقول والزيت. وفيما يتعلق ببرامج الرعاية المنزلية والعلاج المضاد للفيروسات، فسوف يضاف خليط الذرة والصويا لتعزيز الوضع التغذوي لأفراد الأسر المصابة بمرض مزمن. وتتكون برامج التغذية المدرسية من حصة مطهية يوميا من خليط الذرة والصويا والزيت حسبما هو متفق عليه بين **البرنامج** والحكومة. أما اليتامى الضعفاء أو المسنون الموجودون في المؤسسات العامة أو المؤسسات الخيرية في المناطق الحضرية شديدة الاكتظاظ، فسوف يطعمون يوميا في المؤسسات. ويبين الجدول 1 التالي عدد المستفيدين في كل نشاط برامجي. كما يبين الجدول 2 كميات الحصص اليومية والسنوية.

الجدول 1: المستفيدون، بحسب النشاط البرامجي

الإطار البرامجي	النشاط	عدد الأيام	عدد المستفيدين			الإجراء
			المجموع	رجال/فتيان	سيدات/فتيات	
الأولى (الصحي)	الرعاية المنزلية	360	**75 000**	36 000	39 000	TH* FR** 5
	العلاج المضاد للفيروسات الرجعية.	360	**30 000**	14 400	15 600	TH FR 5
الثانوي (اجتماعي)	الغذاء مقابل سبل المعيشة	180	**20 000**	9 600	10 400	TH FR 5
	برامج التغذية المدرسية	180	**250 000**	120 000	130 000	Wet – indiv.
	مؤسسية	360	**50 000**	24 000	26 000	Wet – indiv.
	السكان المتنقلون	360	**100 000**	48 000	52 000	TH FR 5
	الأسر شديدة الضعف	360	**300 000**	144 000	156 000	TH FR 5
الثالث (موسمي)	المجموعات الضعيفة	120	**1 000 000**	480 000	520 000	TH FR 5
المجموع			**1 825 000**	**876 000**	**949 000**	

*منزلي

**حصة أسرية

الجدول 2: كميات الحصص، اليومية، والسنوية

الإطار البرامجي	النشاط	عدد الأيام	الحصص اليومية (غرام/شخص/يوم)					الكمية طن/سنة
			الحبوب	البقول	الزيوت	خليط الذرة والصويا	سعرات حرارية	
الأولي (صحي)	الرعاية المنزلية	360	400	60	20	100	2 158	15 660
	العلاج المضاد للفيروسات الرجعية.	360	400	60	20	100	2 158	6 264
ثانوي (اجتماعي)	الغذاء مقابل سبل المعيشة	180	400	60	20	0	1 778	1 728
	برامج التغذية المدرسية	180	0	0	10	150	659	7 200
	مؤسسية	360	50 000	60	20	100	1 778	10 440
	السكان المتنقلون والضعفاء	360	400	60	20	0	1 778	17 280
	الأسر شديدة الضعف	360	400	60	20	100	2 158	62 640
الثالث (موسمي)	المجموعات الضعيفة	120	400	60	20	0	1 778	57 600
المجموع								**178 812**

42- ويعد الافتقار إلى الحطب والماء العذب مشكلة تواجه برامج التغذية، وخصوصا في المناطق الحضرية. ومن جهة أخرى، تفضل وزارة الصحة ورعاية الأطفال الوجبة المطهية بدلا من البسكويت. ويعمل **البرنامج** والمنظمات الشريكة غير الحكومية مع المدارس لترويج الأساليب الملائمة بيئيا بشأن استحضار الحطب، وسوف يفضل مزيدا من الاستثمار في تجهيز المصادر المائية في المؤسسات. وسوف يعمل **البرنامج** كما كان الشأن في الماضي على استخدام المواقد الموفرة للوقود وآنية الطهي لتسهيل الطهي في بعض المدارس التي لم تستهدف من قبل.

ترتيبات التنفيذ

43- *المشاركة*: سوف يضمن **البرنامج** وشركاؤه المتعاونون، من خلال الاستهداف على مستوى المجتمع المحلي الموضح أعلاه، أن تشارك جميع المجتمعات المتأثرة في تخطيط الأغذية وتنفيذها. وسوف تروج التدخلات ضمن برنامجها وبما يتمشى مع الالتزامات المعززة تجاه المرأة، مشاركة المرأة في تصميم وإدارة الأنشطة. وسوف تمثل المرأة ما لا يقل عن 50 في المائة من المشاركين في المجتمع المحلي. وفي واقع الأمر، تشارك المرأة بنسبة أعلى من ذلك. وسوف تقوم لجان توزيع الأغذية التي تتكون مما لا يقل عن 50 في المائة من النساء باستلام الأغذية وتنظيم توزيعها وستعين العاملين في

المكاتب التي تنشأ في كل نقطة توزيع. وسوف تعمل نقاط التوزيع على الحد من الأعباء و/أو المخاطر الأمنية التي تواجه المستفيدين، وبخاصة النساء.

44- *الشراكة:* سوف يوقع **البرنامج** وحكومة زمبابوي خطاب تفاهم لتحديد أدوار ومسؤوليات كل منهما في العملية. وتشارك الحكومة في أعمال لجنة تقدير هشاشة الأوضاع، وهي مسؤولة عن التثبت من التركيز الجغرافي للعملية بما يتمشى مع انعدام الأمن الغذائي. كما أن الحكومة، من خلال وزارة الخدمات العامة والعمل والشؤون الاجتماعية، مسؤولة عن تسجيل وموافقة المنظمات غير الحكومية و توفير التخليصات الجمركية للواردات الغذائية. وعلى مستوى الإقليم والمقاطعة، تقوم الحكومة بتسهيل أعمال المنظمات غير الحكومية التي تعمل كشركاء ويمكن أن تساهم في تسجيل المستفيدين.

45- سوف تنفذ توزيعات الأغذية بواسطة الشركاء المتعاونين الذين أظهروا قدرات وخبرات في عمليات توزيع الأغذية وتحصلوا على ما يكفي من بناء القدرات. وفي الحالات التي يلزم شركاء جدد للتعاون سوف تتضمن معايير الاختيار لدى **البرنامج** الخبرة في توزيع المعونة الغذائية والمعارف والقدرات العملية في المجالات الجغرافية الملائمة، والقدرة على توفير المساعدات التكميلية ولديها سجلات المتابعة الدقيقة لمصداقيتها في المحاسبة المالية ونظم الإبلاغ.

46- وسوف يستمر الارتباط والتنسيق بين **البرنامج** والمنظمات غير الحكومية المتعاونة ووزارة الخدمات العامة والعمل والشؤون الاجتماعية (بشأن التنسيق العام)، والوزارات الفنية على المستوى الوطني (وزارة التربية والرياضة والثقافة بشأن الأنشطة المدرسية ووزارة الصحة ورعاية الأطفال بشأن أنشطة الرعاية المنزلية والأيتام والأطفال الضعفاء) ومع وزارة الحكم المحلي والأشغال العامة والإسكان الوطني (وهي المسؤولة عن السلطات المحلية والقيادات التقليدية).

47- كما سينسق **البرنامج** مع سائر وكالات الأمم المتحدة أي مع اليونيسيف بشأن المسائل المتعلقة بالتعليم والتغذية ومع منظمة الأغذية والزراعة بشأن الأمن الغذائي والزراعة ومع البرنامج المشترك بين منظمات الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز. كما سيتم استنباط التحالفات الاستراتيجية والتآزرية الممكنة لتعظيم استخدام الموارد.

48- *المدخلات غير الغذائية:* يتوقع من الشركاء المتعاونين أن يقدموا المدخلات التكميلية للأنشطة المشتركة. وقد خصص **البرنامج** موارد للتدريب ولميزانيات اتفاقات الميدان ولتوفير مواقد كفؤة ومستلزمات الطهي ولتنظيم حملات لإزالة الديدان.

49- *اللوجستيات:* سوف تنقل الأغذية برا من الموانئ في بيرا ودوربان أو من المشتريات الجهوية في البلدان المجاورة. وسوف يتم تخزين السلع الغذائية في نقاط للعبور في بولا وايو وموتاني وبيت بريدج وهراري. وسوف تكون المسؤولية الرئيسية للبرنامج في تسليم الأغذية إلى نقاط التسليم المتقدمة على مستوى المقاطعة، في حين أن الشركاء المتعاونين يتولون مسؤولية نقاط التسليم المتقدمة والنقل الثانوي إلى نقاط التوزيع، ومن ثم التوزيع على الأسر. وعندما لا تتيسر للشركاء المتعاونين القدرة على النقل إلى نقاط التوزيع، يساعد **البرنامج** في ذلك.

50- أدى تدهور أحوال الطرق في المناطق الريفية ومحدودية توافر الوقود إلى ارتفاع تكاليف النقل. كذلك ارتفعت التكاليف بصورة شديدة بسبب القضايا المتعلقة بأسعار الصرف وصيانة الآليات لشركاء النقل. ويعمل **البرنامج** على توفير الوقود من مستودعات أنشئت في عموم البلاد، ولديه خطط احترازية لتخصيص الوقود للجهات الناقلة والشركاء المتعاونين حسب الضرورة.

51- *المشتريات:* يشتري **البرنامج** السلع الغذائية في البلدان المجاورة تبعا لتوافر هذه السلع وتنافسية الأسعار. والسلع الغذائية المشتراة في المنطقة تصل عموما لتوزيعها في غضون شهرين.

رصد الأداء

52- يرصد **البرنامج** جميع مراحل التدخلات. ويتم رصد التسجيل من خلال التدقيقات العامة والزيارات للمستودعات في بداية البرنامج، أو عند التغير في نطاق البرامج وبصورة عشوائية للتأكد من الدقة والشفافية في عملية التسجيل ولمعالجة جوانب القصور في الوقت المناسب. ويتثبت رصد توزيعات الأغذية من دقة وفعالية العملية في حين أن الرصد الشهري بعد التوزيع يقيم مدى فعالية استهداف المعونة الغذائية ورضا المستفيدين إزاء العملية.

53- ويتم إعداد التقارير عن المخرجات بواسطة المنظمات غير الحكومية الشريكة المتعاونة اعتمادا على بيانات التوزيع التي تستخدم نظاما للإدارة والإبلاغ في عين المكان لمعالجة أية حوادث أو محاولات للتدخل في تنفيذ البرامج. وتوفر المبادئ التوجيهية للرصد ووسائل قوائم المراجعة المعيارية والاستبيانات واستمارات الإبلاغ وقواعد البيانات المشتركة (حيث يستطيع الشركاء المتعاونون تقديم المعلومات مباشرة) الإطار للرصد وتقييم تنفيذ البرامج. ويتم الإبلاغ عن النتائج النوعية والكمية بصورة شهرية أو ربع سنوية، ويتقاسمها أصحاب الشأن المحليون والخارجيون من أجل المتابعة واتخاذ القرار.

54- وتنفذ المراقبة المحلية ومراقبة الاسر مرتين كل عام لرصد تأثير تدخلات المساعدة الغذائية على المستفيدين وسبل معيشتهم (الحصائل) وتسجل هذه المراقبة الاتجاهات في حالة الأمن الغذائي لغير المستفيدين بما يسمح بإجراء تحليل مقارن وتوفر البيانات حول أنماط الاستهلاك الغذائي للمجموعات الضعيفة واستراتيجيات التكيف وتساعد **البرنامج** في رصد الأمن الغذائي واتجاهات سبل المعيشة في عموم المنطقة. وفي زمبابوي استكملت الجولة السابعة لعملية المراقبة في أبريل/نيسان 2007، مما ساعد في صياغة استراتيجية الاستهداف المعدلة التي أطلقت في يوليو/تموز 2007.

تقييم المخاطر والتخطيط الاحترازي

تقييم المخاطر

55- أصبح انعدام الأمن الغذائي في زمبابوي مزمنا نتيجة للمشكلات المتعلقة بعدم توافر الأغذية والحصول عليها. ومن غير المتوقع أن يكون لسلع البرنامج (وهي تقل عن 10 في المائة من الاحتياجات الوطنية السنوية) تأثير سلبي على الأسواق.

56- وقد تعيق الانتخابات الوطنية المزمعة في عام 2008 العمليات من حيث التعذر المؤقت للوصول إلى مجموعات مستهدفة معينة والبطء في عملية اتخاذ القرار على المستوى الوطني. ويظل التغيير في السياسات واللوائح المتعلقة بالوقود والواردات وأذون العمل شاغلا للشركاء المتعاونين مع **البرنامج**، وكذلك الأمر بشأن توفير المدخلات التكميلية لتنفيذ البرامج.

57- كذلك فإن المزيد من فترات الجفاف الطويلة يمكن أن يضع السكان في المناطق الريفية في خطر أكبر مما هو مقدر في هذا البرنامج لتغذية المجموعات الضعيفة في هذه العملية. وعند الضرورة سوف يطلب **البرنامج** في زمبابوي الموافقة على تعديل في الميزانية أو على عملية للطوارئ.

التخطيط الاحترازي

58- دأب **البرنامج** على القيام بدور فعال في جهود الفريق القطري للأمم المتحدة لإعداد الخطط الاحترازية لمنظومة الأمم المتحدة. وقد استكملت في الآونة الأخيرة عملية التخطيط الاحترازي الخاصة بالبرنامج لمعالجة القضايا المتعلقة بالأمن والتشغيل. وللبرنامج ارتباطاته مع سائر الإمدادات الغذائية في البلاد لتنسيق الاستجابة للاحتياجات.

الاعتبارات الأمنية

59- تدخل زمبابوي في إطار المرحلة الأمنية الأولى. ويتحمل **البرنامج** اللوائح النظيرة وهو ملتزم بالمعايير الدنيا للأمن التشغيلي. ويرتبط **البرنامج** حسب الضرورة مع دائرة الأمم المتحدة للسلامة والأمن بشأن الاذونات الأمنية المتعلقة بتحرك الموظفين. وقد وضعت الميزانية من أجل تحديث المكتب القطري ليصبح ملتزما بالمعايير الدنيا لأمن الاتصالات.

التوصية

60- يرجى من المجلس الموافقة على العملية الممتدة المقترحة للإغاثة والانعاش في زمبابوي رقم 10595.0 "الإغاثة الممتدة للمجموعات الضعيفة" التي سوف توفر معونة غذائية مستهدفة لفائدة 2 230 000 شخص بتكلفة مقدارها 287 791 855 دولارا.

الملحق الأول –ألف

تفاصيل تكاليف المشروعات التي يتحملها البرنامج			
	الكمية (*طن*)	**متوسط تكلفة الطن** (*دولار*)	**القيمة** (*دولار*)
التكاليف التي يتحملها البرنامج			
تكاليف التشغيل المباشرة			
السلع[1]			
- الحبوب	258 720	255.90	66 206 448
- البقول	38 808	761.25	29 542 776
- الزيت النباتي	13 836	1 100.00	15 219 600
- خليط الذرة والصويا	46 260	364.00	16 838 640
مجموع الأغذية	357 624		***127 807 464***
النقل الخارجي			53 715 254
- النقل البري			38 523 250
- النقل الداخلي والتخزين والمناولة			22 544 613
مجموع النقل البري والتخزين والمناولة			61 067 863
تكاليف التشغيل المباشرة الأخرى			12 793 630
(أ) مجموع تكاليف التشغيل المباشرة			**255 384 210**
(ب) **تكاليف الدعم المباشرة**[2] (انظر الملحق الاول- باء للتفاصيل)			**12 859 130**
(ج) تكاليف الدعم غير المباشرة (7.0 في المائة من مجموع التكاليف المباشرة)[3]			**18 827 505**
مجموع التكاليف التي يتحملها البرنامج			**287 791 855**

[1] هذه سلة أغذية افتراضية تستخدم لأغراض وضع الميزانية وإجازة المشروعات. ويمكن أن تتباين محتوياتها.

[2] رقم إشاري لأغراض الإحاطة والعلم. ويجري استعراض مخصصات تكاليف الدعم المباشرة سنويا.

[3] يجوز للمجلس التنفيذي تعديل تكاليف الدعم غير المباشرة أثناء المشروع.

الملحق الأول – باء

متطلبات الدعم المباشر (دولار)	
الموظفون	
الفنيون الدوليون	4 349 430
الفنيون المحليون	752 400
موظفو الخدمات العامة المحليون	3 432 800
المساعدة المؤقتة	69 700
الوقت الإضافي	27 500
السفر بمهمات	863 800
تدريب الموظفين وتطويرهم	283 150
المجموع الفرعي	**9 778 780**
المصروفات المكتبية والتكاليف الأخرى المتكررة	
تأجير المرافق	721 400
المنتفعات	88 700
اللوازم المكتبية	294 400
الاتصالات وخدمات الإعلام	422 100
التأمين	160 100
تصليح وصيانة المعدات	89 300
تكاليف صيانة المركبات وتشغيلها	746 800
التكاليف المكتبية الأخرى	40 100
خدمات منظمات الأمم المتحدة	100 100
المجموع الفرعي	**2 663 300**
المعدات والتكاليف الثابتة الأخرى	
الأثاث والمعدات	217 550
المركبات	133 400
معدات الاتصال والإعلام	80 000
المجموع الفرعي	**430 950**
مجموع تكاليف الدعم المباشرة	**12 859 130**

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات
الحصيلة 1 الحد من نضوب الأصول وزيادة المرونة لدى الجماعات الضعيفة المستهدفة لمواجهة الصدمات (الهدف الاستراتيجي 2)	➢ تغييرات في نوعية الأغذية وكمية استهلاك الأسر الضعيفة مقاسة بمعدل استهلاك الأغذية ➢ التغييرات في استراتيجيات التكيف مقاسة بمؤشر استراتيجيات التكيف ➢ نسبة المصروفات الأسرية المنفقة على الأغذية ➢ التغيرات في ثروة الممتلكات المصدر: مراقبة المجتمع والأسرة	الشركاء القادرون والجاهزون لتنفيذ البرامج. الدعم المقبل من جانب الحكومة والجهات المانحة. التنفيذ والقرارات المسترشدة بنظام رصد الحصائل التشغيلية.
المخرج 1-1 تقديم الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية وبالنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار أغذية المجموعات الضعيفة (600 57 طن لفائدة مليون شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج تغذية المجموعات الضعيفة بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار تغذية المجموعات الضعيفة بحسب السلعة	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. المنظمات غير الحكومية الراغبة في المشاركة مع **البرنامج**. الإمدادات الغذائية المقدمة من **البرنامج** والتي لا تزال متوافرة.
المخرج 1-2 تقديم الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية وبالنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار شبكة الأمان الاجتماعية-الغذاء مقابل سبل المعيشة (728 1 طنا لفائدة 000 20 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج شبكة الأمان الاجتماعية-الغذاء مقابل سبل المعيشة بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار شبكة الأمان الاجتماعية، الغذاء مقابل سبل المعيشة بحسب السلعة	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. المنظمات غير الحكومية الراغبة في المشاركة مع **البرنامج**. الإمدادات الغذائية من **البرنامج** التي لا تزال جاهزة.
الحصيلة 2 جودة الأغذية المضمونة ونوعية الحياة المعززة للمرضى المستهدفين والمزمنين من خلال الدعم الغذائي للمرضى الذين يتلقون علاجا من الأمراض المزمنة وفيروس ومرض الإيدز. (الهدف الاستراتيجي 3)	➢ تغييرات في نوعية الأغذية وكمية استهلاك الأسر الضعيفة، مقاسة بمصدر استهلاك الأغذية ➢ الرعاية المنزلية: مشاركة المجتمع المحلي في الرعاية والوقاية والخدمات للمجموعات الأشد هشاشة ➢ الرعاية المنزلية: تصورات زيادة الوزن (مؤشر كتلة الجسم) لدى المرضى في إطار الرعاية المنزلية و/أو العلاج المضاد للفيروسات الرجعية	الالتزامات العالمية بالأهداف الإنمائية للألفية وتدعيم التمويل (الصندوق العالمي وغيره) موانع الحمل المتاحة. التقليل من ظاهرة الإنكار في أوساط المجتمعات المحلية والأسر.

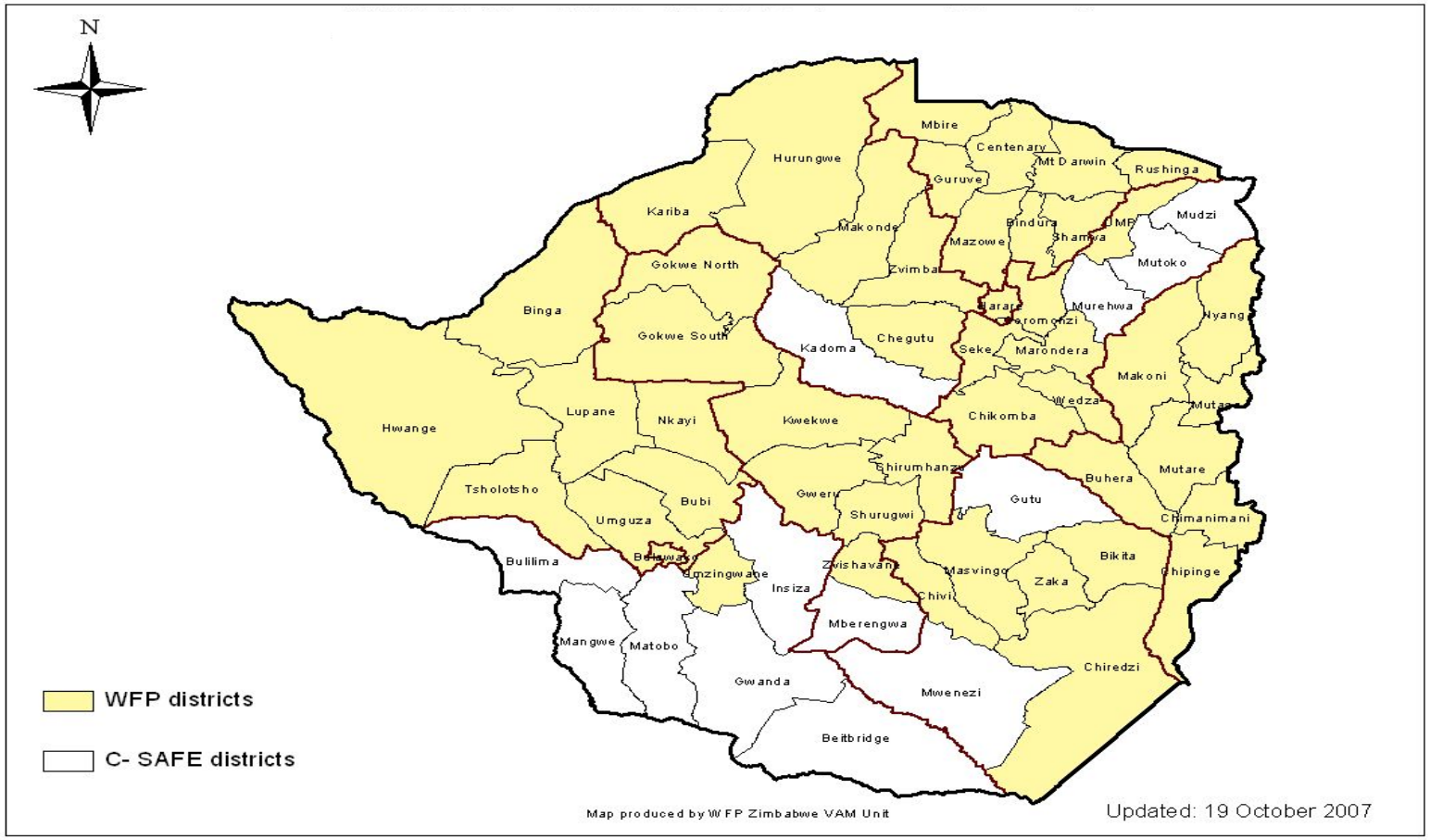
الملحق الثاني: الإطار المنطقي

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات
	➢ الرعاية المنزلية: تحسين الحالة الصحية للمرضى المزمنين مقاسة بحركية المريض ➢ مرض السل: الالتزام بالمعالجة ➢ العلاج المضاد للفيروسات الرجعية: عدد خلايا فئة CD4 ➢ الوقاية من انتقال فيروس الإيدز من الأم إلى الطفل: عدد الزيارات إلى المركز الصحي خلال فترة الحمل المصدر: مراقبة المجتمع والأسرة وتقارير الشركاء المتعاونين	المجتمعات والأسر التي ترغب في تغيير الممارسات والأنماط الثقافية. الأطراف المتعاونة لديها المعارف الفنية والمقدرة لتنفيذ البرامج وإعداد التقارير عنها.
المخرج 2-1 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار الرعاية المنزلية (660 15 طنا لفائدة 000 75 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج الرعاية المنزلية بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار الرعاية المنزلية بحسب العمر ونوع الجنس	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. المنظمات غير الحكومية الراغبة في المشاركة مع **البرنامج**. الإمدادات الغذائية للبرنامج التي لا تزال موجودة.
المخرج 2-2 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (264 6 طنا لفائدة 000 30 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج العلاج المضاد بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار برنامج العلاج المضاد بحسب العمر ونوع الجنس	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. المنظمات غير الحكومية الراغبة في المشاركة مع **البرنامج**. الإمدادات الغذائية للبرنامج التي لا تزال موجودة.
الحصيلة 3 تحسين إمكانات الحصول على الأغذية لمعدمي الأمن الغذائي وشديدي الضعف (الهدف الاستراتيجي 2)	➢ تغييرات في نوعية الأغذية وكمية استهلاك الأسر الضعيفة مقاسة بكمية استهلاك الأغذية المصدر: مراقبة المجتمع والأسرة	الشركاء القادرون والمتوافرون للتنفيذ. الدعم المتوقع من جانب الحكومة والجهات المانحة. تقديرات مراقبة المجتمع والأسرة تنفذ مرتين كل سنة.
المخرج 3-1 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار شبكة الأمان الاجتماعية للأسر شديدة الضعف (640 62 طنا لفائدة 000 300 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج شبكة الأمان الاجتماعية - الأسر شديدة الضعف حسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار شبكة الأمان الاجتماعية - الأسر شديدة الضعف بحسب السلعة	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. الإمدادات الغذائية من **البرنامج** التي لا تزال موجودة. المنظمات غير الحكومية الراغبة في الشراكة مع **البرنامج**.

الملحق الثاني: الإطار المنطقي

سلسلة النتائج	مؤشرات الأداء	المخاطر والافتراضات
المخرج 3-2 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار شبكة الأمان الاجتماعية - برامج التغذية المدرسية (200 7 طن لفائدة 000 250 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج شبكة الأمان الاجتماعية - برامج التغذية المدرسية بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج شبكة الأمان الاجتماعية - برامج التغذية المدرسية بحسب السلعة ➢ برامج التغذية المدرسية: التغيرات في عدد الوجبات للأطفال في المدارس التي يساعدها **البرنامج**	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. الإمدادات الغذائية من **البرنامج** التي لا تزال موجودة. المنظمات غير الحكومية الراغبة في الشراكة مع **البرنامج**.
المخرج 3-3 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين المستهدفين في إطار شبكة الأمان الاجتماعية - السكان المتنقلون والضعفاء (280 17 طنا لفائدة 000 100 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار برنامج السكان المتنقلون والضعفاء بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار برنامج السكان المتنقلون والضعفاء بحسب السلعة	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. الإمدادات الغذائية من **البرنامج** التي لا تزال موجودة. المنظمات غير الحكومية المتاحة والراغبة في الشراكة مع **البرنامج**.
المخرج 3-4 توفير الأغذية في مواعيدها بالكميات الكافية والنوعية اللازمة للمستفيدين المستهدفين في إطار مؤسسات شبكة الأمان الاجتماعية (440 10 طنا لفائدة 000 50 شخص سنويا)	➢ نسبة المستفيدين الفعليين في إطار مؤسسات شبكة الأمان الاجتماعي وبرنامج العلاج المضاد للفيروسات الرجعية بحسب العمر ونوع الجنس ➢ نسبة الكميات الفعلية الموزعة في إطار مؤسسات شبكة الأمان الاجتماعية بحسب السلعة	الدعم الحكومي المقدم **للبرنامج** لتنفيذ برامج المعونة الغذائية. الإمدادات الغذائية من **البرنامج** التي لا تزال موجودة. المنظمات غير الحكومية المتاحة والراغبة في الشراكة مع **البرنامج**.

مناطق التشغيل في العملية الممتدة للإغاثة والانعاش في زمبابوي 10595.0



إن الإشارات والمواد المستخدمة في هذا المنشور لا تعبر بأي حال من الأحوال عن موقف برنامج الأغذية العالمي بشأن المركز القانوني أو حدود أو تخوم لأي بلد أو تراب أو مدينة أو منطقة أيا كانت.

الملحق الثالث