



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**Fakulta biomedicínského inženýrství  
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

**Humanitární zdravotní program MVČR MEDEVAC, vývoj, stav,  
možnosti, zhodnocení dopadu**

**Humanitarian Health Program of the Ministry of the Interior of the  
Czech Republic MEDEVAC, Development, Status, Opportunities,  
Impact Assessments**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva  
Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Vedoucí práce: MUDr. Jan Bříza, CSc., MBA

**Bc. Veronika Krásná**

---

**Kladno, květen 2017**

## Zadání diplomové práce

Student:	<b>Veronika Krásná</b>
Studijní obor:	Civilní nouzové plánování
Téma:	<b>Humanitární zdravotní program MVČR MEDEVAC, vývoj, stav, možnosti, zhodnocení dopadu</b>
Téma anglicky:	Humanitarian Health Program of the Ministry of the Interior of the Czech Republic MEDEVAC, Development, Status, Opportunities, Impact Assessments

### Zásady pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude charakteristika humanitárního programu Ministerstva vnitra České republiky MEDEVAC. Cílem práce bude popsat problematiku programu MEDEVAC. V teoretické části diplomové práce bude objasněn vznik programu a jeho následný vývoj. Důraz bude kladen na znázornění možností, které se postupem let v programu změnil, potvrdily, případně eliminovaly. Dále bude v diplomové práci popsán současný stav programu, se zaměřením na výčet regionů, ve kterých operuje. Praktická část bude realizována pomocí komparace ekonomických nákladů programu, s ohledem na lidské a politické přínosy. Dále budou vedeny strukturované rozhovory s odborníky z řad pracovníků programu MEDEVAC. Výstupem diplomové práce bude analýza ekonomických nákladů programu a stanovení doporučení ke zvýšení jeho efektivity. Metodika práce bude uskutečňována pomocí faktografické literární reference dostupných dat a analýzou programu MEDEVAC s ohledem na kvalifikované vedení strukturovaného rozhovoru.

### Seznam odborné literatury:

- [1] HUMLÍČEK, Vojtěch, PSUTKA, Jan a WITT, Petr, Zdravotnický odsun: učební text pro vysokoškolskou výuku, ed. 1., Hradec Králové: Univerzita obrany, 1976, ISBN 80-85109-94-8
- [2] EVROPSKÁ KOMISE, GENERALNÍ ŘEDITELSTVÍ PRO KOMUNIKACI, Humanitární pomoc a civilní ochrana, ed. Edice Politika Evropské unie, Praha: Generální ředitelství Evropské komise pro humanitární pomoc a civilní ochranu 2015, 2015, ISBN 978-92-79-42483-0
- [3] PAVLATOVÁ, Eva, Nemocní ze zahraničí v péči českých lékařů, ed. 1., 2009, Praha: Ambit Media a.s., ISSN 1805-2355

Vedoucí: MUDr. Jan Bříza, CSc. MBA

Zadání platné do: 20.08.2018

  
vedoucí katedry / pracoviště

  
děkan

V Kladně dne 12.12.2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Humanitární zdravotní program MVČR MEDEVAC, vývoj, stav, možnosti, zhodnocení dopadu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně dne 14.05.2017

.....  
podpis

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat panu MUDr. Janu Břízovi, CSc., MBA, který svým trpělivým přístupem, cennými radami a kritickými, ale konstruktivními připomínkami pomohl vzniku této práce. Dále bych ráda poděkovala panu Bc. Lukášovi Němcovi za jeho aktivní přístup a velkou pomoc s pochopením tématu a jeho úspěšným splněním. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem osloveným lékařům, sestřám a fyzioterapeutům za jejich čas a podnětné odpovědi.

## **Abstrakt**

Předmětem této diplomové práce je popis programu MEDEVAC. V teoretické části jsou popsány základní humanitární principy, které stály u zrodu mezinárodního humanitárního práva, které právně zajišťuje adekvátní poskytování humanitární pomoci. V práci je uveden popis systému mezinárodního humanitárního práva, včetně jeho pramenů a implementace do českého právního prostředí. Další kapitoly jsou věnované programu MEDEVAC, konkrétně jeho popisu, vývoji a historii, včetně uvedení jeho současné podoby. Další kapitola je věnovaná Lékařům bez hranic, kde je uvedena historie této organizace, hlavní myšlenka a základní principy. V praktické části této práce je uveden popis současného stavu všech zemí začleněných do programu MEDEVAC v roce 2015, u kterých je zpracován přehledný souhrn financí poskytnutých v tomto roce. Dále jsou uvedeny vyjádření přímých účastníků programu, včetně jejich názoru na současnou podobu programu MEDEVAC. V závěru praktické části je hodnocena účinnost dvou vybraných pilířů programu, konkrétně humanitárních transportů do České republiky a výjezdů českých lékařů do zahraničí. Diskuze je zaměřena na vyhodnocení hypotézy a porovnání programu MEDEVAC s Lékaři bez hranic.

## **Klíčová slova**

Program MEDEVAC; humanitární pomoc; Lékaři bez hranic; výjezdy lékařů; finanční náklady; SWOT analýza.

## **Abstract**

The subject of this thesis is a description of the MEDEVAC program. The theoretical part describes the basic humanitarian principles that provided the basis for adequate international humanitarian aid delivery. The thesis describes the system of international humanitarian law, including its sources and implementation into the Czech legal environment. Other chapters are dedicated to the MEDEVAC program, its description, development, history and current form. The next chapter is dedicated to Doctors Without Borders, where is presented its history, main idea and basic principles. Practical part describes the current situation of all countries involved to the MEDEVAC program in 2015. For these countries has been prepared a clear summary of the funds provided this year. The thesis mentions statements of direct program participants, including their view on the current situation of The MEDEVAC program. At the end of the practical part of thesis is evaluating an effectiveness of two selected pillars of the program (namely humanitarian transport to the Czech Republic and the outgoing Czech doctors abroad). The discussion focuses on the evaluation of the hypothesis and comparison of the MEDEVAC program with Doctors Without borders.

## **Keywords**

MEDEVAC program; Humanitarian aid; Doctors Without Borders; Physician outings; Financial expenses; SWOT analysis.

## Obsah

1	Úvod.....	10
2	Základní humanitární principy .....	13
3	Mezinárodní humanitární právo .....	15
3.1	Prameny mezinárodního humanitárního práva .....	16
3.2	Principy a pravidla Mezinárodního humanitárního práva.....	16
3.3	Implementace Mezinárodního humanitárního práva .....	19
4	Humanitární pomoc .....	22
4.1	Humanitární pomoc v České republice .....	26
5	zdravotně humanitární Program MEDEVAC .....	28
5.1	Program MEDEVAC v ČR .....	28
5.2	Historie programu MEDEVAC v ČR .....	29
5.3	Zahraniční pojetí programu MEDEVAC .....	31
5.4	Vývoj programu MEDEVAC .....	33
5.4.1	Humanitární zdravotnický transport do ČR.....	35
5.4.2	Vyslání lékařských týmů.....	36
5.4.3	Školení zdravotnického personálu .....	36
5.4.4	Budování a zvyšování kapacit zdravotnické infrastruktury .....	37
5.5	Právní aspekty spojené s pobytem pacientů v ČR.....	37
6	Lékaři bez hranic.....	41
6.1	Hlavní myšlenka .....	42
6.2	Počátky organizace .....	43
6.3	Lékaři bez hranic v České republice .....	44
6.4	Principy lékařů bez hranic .....	44

7	Cíl práce a hypotézy .....	47
7.1	Cíle práce .....	47
7.2	Hypotéza .....	47
8	Metodika.....	48
	Praktická ČÁST .....	50
9	Současný stav zemí zapojených do programu Medevac v roce 2015.....	51
10	Finanční náklady programu MEDEVAC za rok 2015 .....	54
11	srovnání efektivity převozu pacientů do české republiky a výjezdů českých lékařů do vybraných zemí.....	58
11.1	SWOT analýza výjezdů v rámci programu MEDEVAC .....	62
11.2	SWOT analýza zdravotně humanitárních transportů do ČR v rámci programu MEDEVAC .....	63
12	Možná rizika programu MEDEVAC.....	64
12.1	Rizika spojená s pobytem zahraničních pacientů v rámci programu MEDEVAC v České republice .....	64
12.2	Rizika spojená s pobytem českých lékařů v cizích zemích v rámci programu MEDEVAC .....	65
13	Vyjádření účastníků programu MEDEVAC .....	67
13.1	MUDr. Filip Burget.....	67
13.2	MUDr. Roman Gebauer a MUDr. Žaneta Bandžuchová .....	69
13.3	Prof. MUDr. Tomáš Tláskal, CSc. ....	72
13.4	MUDr. Martin Molitor .....	73
13.5	Mgr. Petra Nováková .....	75
13.6	Bc. Nikola Hrušková .....	77
13.7	MUDr. Walthed Al-Qsous.....	78



14	Diskuze.....	80
15	Závěr.....	84
16	Seznam použitých zkratek.....	86
17	Seznam použité literatury .....	87
18	Seznam použitých obrázků .....	95
19	Seznam použitých tabulek.....	96
20	Seznam použitých grafů .....	97
21	Seznam Příloh.....	98

# 1 ÚVOD

Tématem diplomové práce jsem vybrala program MEDEVAC. Jde o program zabývající se záchranou postiženého obyvatelstva ze zemí ohrožených válečným konfliktem nebo přírodní katastrofou. Vybrala jsem si jej díky vlastní angažovanosti v oboru, který je zaměřen na poskytování pomoci lidem, kteří ji potřebují. Člověk si díky pomoci, kterou věnuje někomu, kdo se bez ní neobejde, uvědomí, jak moc si je třeba vážit vlastní samostatnosti a soběstačnosti. Proto jsem byla moc ráda, za možnost popsat a zhodnotit program, který poskytuje pomoc lidem, kteří ve svém životě neměli moc štěstí.

V první kapitole se budu zabývat základními humanitárními principy, které jsou uplatňovány ve většině zemí světa, které definují pomocí dvou nejčastěji užívaných definic.

Humanitární principy byly podkladem pro vytvoření mezinárodního humanitárního práva. Tuto kapitolu rozčlením do tří částí. První z nich zaměřím na prameny mezinárodního humanitárního práva, konkrétně na Ženevské úmluvy a její Dodatkové protokoly. Druhou podkapitolu věnuji principům a pravidlům Mezinárodního humanitárního práva, jejich popisu a vysvětlení, kde a kým byly definovány. Poslední podkapitolou bude implementace Mezinárodního humanitárního práva. Budu se snažit vysvětlit nejčastější postupy a důvody, proč je nutné mezinárodní humanitární právo začlenit do české legislativy.

V následující kapitole bude objasněna humanitární pomoc. V úvodu zmíním rozdíl mezi humanitární pomocí a rozvojovou spoluprací. Uvedu jednotlivé důvody, proč jsou jednotlivé druhy pomoci poskytovány. Dále se zaměřím na Organizaci spojených národů, respektive její jednotlivé úřady a jejich úkoly související s poskytováním humanitární pomoci. Úřady OSN doplním jednou evropskou organizací, která se na základě mandátu Evropské komise zabývá

humanitární pomoci v Evropě. Na závěr se dostanu k poslednímu článku hierarchie a to je poskytování humanitární pomoci v českém prostředí. Uvedu jednotlivé zákony, které vymezují pravidla poskytování humanitární pomoci. Vyjmenuji jednotlivé české poskytovatele humanitární pomoci, ať již státní či nestátní povahy.

Pátá kapitola bude věnována programu MEDEVAC. Bude popsána jeho organizace a současná podoba stojící na čtyřech pilířích. Uvedu popis historického vývoje celého programu, který se datuje na počátek 90. let, respektive k válečnému konfliktu v Bosně a Hercegovině. Dále zmíním zahraniční pojetí programu MEDEVAC a v závěru uvedu právní hlediska spojené s pobytem pacientů v České republice.

Teoretická část bude uzavřena popisem mezinárodní organizace Lékařů bez hranic, která bude zařazena z důvodu komparace programu MEDEVAC s Lékaři bez hranic v praktické části. Budou definovány důvody a okolnosti vzniku. Následně organizační řád, orientační počty zaměstnanců a definování hlavní myšlenky, která se od počátku do současnosti nezměnila a pomáhá, tak vytvářet jasnější pohled na důvody vzniku celé organizace. V neposlední řadě uvedu hlavní principy Lékařů bez hranic.

V praktické části své práce se budu zabývat dvěma směry zkoumání. První směr bude zaměřen na komparaci programu MEDEVAC a Lékařů bez hranic. Jejich hlavní rozdíly v rámci poskytování pomoci. Tato kapitola je doplněna o analýzu SWOT, která pomáhá díky své přehlednosti uvádět jednotlivé rozdíly jasně a přehledně. Závěrem této kapitoly zhodnocení a grafické znázornění finančních nákladů jednotlivých subjektů.

Dalším směrem výzkumu mé praktické části diplomové práce bude porovnání výhodnosti vybraných pilířů programu MEDEVAC, respektive porovnání převozu

pacientů do České republiky a výjezdy českých lékařů do vybraných zemí. Zajímají mě jednotlivé výhody a nevýhody obou možností. Ať již z hlediska financí i samotné realizace.

V posledním oddílu praktické části práce popíši názory z řad lidí, kteří se na programu aktivně účastní. Můj výběr padl na lékaře, zdravotní sestry a fyzioterapeuty. Všichni z výše zmíněných se na programu podílejí buď v rámci výjezdů do vybraných zemí, nebo spoluprací na léčbě v našich nemocnicích. Případně na zaškolování zdravotnického personálu z vybraných zemí.

## 2 ZÁKLADNÍ HUMANITÁRNÍ PRINCIPY

Poskytování humanitární pomoci je založeno na principech, které jsou uznávány ve většině zemí světa. Jsou to principy natolik základní a neodmyslitelně spjaté s humánním přístupem, že jsou v našich myšlenkách uloženy již podvědomě. Dle Úřadu pro koordinaci humanitárních záležitostí (OCHA; United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [1]) by měla být humanitární pomoc *„poskytována v souladu se základními humanitárními principy humanity, nestrannosti, neutrality a nezávislosti tak, jak je stanoveno v Rezoluci Valného shromáždění národů 46/182. OSN dále usiluje o poskytování humanitární asistence s plným a respektováním suverenity států. Humanitární pomoc může být poskytována třemi cestami – přímou pomocí, nepřímou pomocí nebo pomoc na podporu infrastruktury.“* [2, s. 31]

Mezi základní principy humanitární pomoci zařazujeme následující [3]:

- princip lidskosti;
- princip nestrannosti;
- princip neutrality;
- princip nezávislosti.

Princip lidskosti má za cíl záchranu lidských životů. Ve své podstatě jde o přístup k poskytování pomoci, ať už humanitární nebo té denní, běžné. Položíme-li si otázku, z jakého důvodu poskytujeme pomoc? Odpovědí, která napadne většinu z nás, je, že chceme zachránit život. [4] Princip nestrannosti poukazuje na to, že pomoc by měla být poskytována všem potřebným. Bez ohledu na další ukazatele, například z jaké země pochází nebo jakého je vyznání. Poskytovatelé humanitární pomoci by měli stát mimo politické zájmy a jediným jejich zájmem by měla být

záchrana životů. V současné době se často zmiňuje princip nestrannosti, který je v současnosti nejhůře plněným principem. Na tomto výčtu většina mezinárodních organizací staví své vlastní interní principy. [2, s. 33]

### 3 MEZINÁRODNÍ HUMANITÁRNÍ PRÁVO

Mezinárodní humanitární právo je významnou částí veřejného mezinárodního práva. Jeho podstata stojí na pravidlech, které v dobách ozbrojených konfliktů stojí za ochranou osob, které nejsou přímými účastníky. [5] Omezují způsob vedení a prostředky, které stojí za vedením války. [6] Samotný pojem byl zaveden až po druhé světové válce na základě podnětu Mezinárodního výboru Červeného kříže. [7]

Mezinárodní humanitární právo lze rozdělit do dvou oblastí [8] viz:

- Ženevské právo (jinak označované jako humanitární právo), které stojí za ochranou příslušníků ozbrojených sil, kteří již nejsou pokládáni za přímé účastníky bojů a osob, civilistů, které se aktivně nepodílejí na bojových akcích.
- Haagské právo (jinak označované, jako válečné právo), které stanovuje pravidla pro vedení války a možné omezení způsobu a prostředků vedení válečných konfliktů.

V současné době se hranice mezi oběma právy natolik prolínají, že se jen velmi těžko hledají. V rámci ustanovení haagského práva je třeba chránit válečné oběti a naopak některé zásady ženevského práva popisují, jaké jsou možné prostředky vedení války. Je pravdou, že Dodatkovými protokoly z roku 1977 se obě oblasti propojily a odlišnost stojí jen na historickém základu. [8, s. 5]

### 3.1 Prameny mezinárodního humanitárního práva

Mezi základní prameny mezinárodního humanitárního práva zařazujeme celou řadu dokumentů, které svou povahou přinesly zásadní zvraty v chápání a poskytování humanitární pomoci. Rozhodla jsem se zmínit jen pár nejzákladnějších mezníků, Haagské úmluvy o zákonných pravidlech vedení pozemní války a Ženevské úmluvy o úpravě vedení námořní války z roku 1864. Ženevský protokol o zákazu dusivých, otravných a podobných plynů a bakteriologických zbraních z roku 1925. [6, s. 96-106]

Ženevské úmluvy na ochranu obětí války:

- *„Ženevská úmluva I. o zlepšení osudu raněných a nemocných příslušníků ozbrojených sil v poli;*
- *Ženevská úmluva II. o zlepšení osudu raněných, nemocných a trosečníků ozbrojených sil na moři;*
- *Ženevská úmluva III. o zacházení s válečnými zajatci;*
- *Ženevská úmluva IV. o ochraně civilních osob za války.“* [9]

Dodatkové protokoly ke čtyřem Ženevským úmluvám přijaté v roce 1977:

- *„Protokol I. o ochraně obětí mezinárodních ozbrojených konfliktů;*
- *Protokol II. o ochraně obětí ozbrojených konfliktů bez mezinárodního charakteru.“*  
[9]

Všechny výše zmíněné dokumenty přinesly na mezinárodní pole velkou řadu pozitivních změn, kdy se do popředí dostala práva člověka.

### 3.2 Principy a pravidla Mezinárodního humanitárního práva

Mezinárodní humanitární právo je založeno na principech, které umožní pochopit použití právních norem v prostředí, které je narušeno například



válečným konfliktem. Tyto principy byly definovány na základě ochrany lidských hodnot. Jde o principy [10]:

- Rozlišování
- Lidskost a válečná účelnost
- Předcházení a zbytečné strádání
- Proporcionalita

Princip *rozlišování* stojí na účelném chápání aktivního vedení války, respektive rozlišení vojenských cílů. Ve válce by nemělo být možné bezdůvodně napadat civilní obyvatelstvo případně objekty nevojenského charakteru. Jde o projev, který je a bude mezinárodně odsuzován a je považován za projev tyranie. [10]

Princip *lidskosti a válečné účelnosti* vychází ze snahy nalézt rovnováhu mezi vojenskými potřebami a lidským přístupem. Snažíme se nalézt konsenzus, který by byl akceptovatelný a nepřinášel nežádoucí výkyvy ani jedné straně. [10]

Předposledním principem je princip *předcházení zbytečnému strádání*. Založený na odpovědném vedení útoků proti nepříteli. Bezúčelné ničení podniků, či továren, které jsou primárně určeny pro civilní obyvatelstvo, chápeme, jako jeho porušení. Akceptovatelné jsou útoky za účelem oslabení nebo odstranění vojenských kapacit nepřítele. [10]

Posledním principem je princip *proporcionality*. Všechny strany konfliktu musí adekvátně a účelně reagovat a posuzovat, jakými prostředky vedou konflikt a vnímat jestli jsou ztráty srovnatelné s přínosy. [10]

Základní pravidla Mezinárodního humanitárního práva formulované Mezinárodním výborem Červeného kříže. Jde o sedm předpisů, které vychází z letitých zkušeností za účelem snadnějšího šíření mezinárodního humanitárního práva.

1. **Pravidlo adekvátního chování k osobám, jež nejsou přímými účastníky válečných akcí** - Životy těchto osob by měly být plně respektovány. Díky neúčasti na nepřátelských akcích, nenesou žádnou odpovědnost za její účastníky. Díky tomu je nutné s nimi zacházet s velkou mírou lidskosti a zachovávat jejich morální integritu. [10, s. 6]
2. **Pravidlo respektování protivníka** – Jestliže se protivník vzdává, není dovoleno jej zabít nebo zranit. Jde o projev nemorálního jednání, které popírá všechny aspekty humanitárního práva. [10, s. 6]
3. **Pravidlo poskytnutí pomoci raněným** - Obě strany konfliktu jsou povinny zajistit svým raněným i raněným z řad protivníků adekvátní zdravotnickou péči. Poskytovatelé této zdravotnické péče jsou v rámci vedení válečného konfliktu pod mezinárodní ochranou. [10, s. 6]
4. **Pravidlo dodržování mezinárodních úmluv týkajících se zajatých osob** – Zajme-li protivník osobu z řad aktivních členů vojenských akcí, nebo dokonce civilistu je z hlediska mezinárodního práva nutné respektovat jejich život, důstojnost, osobní práva a v neposlední řadě politické či náboženské přesvědčení. Neměli by být vystaveni násilným nebo represivním aktům. Zadržným musí být umožněno informování rodiny. [10, s. 6]
5. **Pravidlo procesní správnosti** – Nikomu nesmí být přidělena odpovědnost za činy, které jím nebyly vykonány. Fyzické nebo duševní násilí je zcela vyloučeno, jeho vykonání popírá veškeré principy humanitárního práva. [10, s. 6]

6. **Pravidlo dodržování akceptovaných způsobů vedení války** – Použití prostředků vedoucím ke zbytečným ztrátám nebo přemíře strádání je zakázáno. [10, s. 6]

7. **Pravidlo chápání rozdílu mezi civilistou a členem ozbrojených jednotek** - Povinností aktivních vůdců konfliktu je ochrana a respektování civilního obyvatelstva. Civilní obyvatelstvo se z hlediska mezinárodních konvencí nesmí stát terčem útoku. [10, s. 6]

### 3.3 Implementace Mezinárodního humanitárního práva

Mezinárodní humanitární právo obsahuje tři druhy postupů sloužící k začlenění jeho ustanovení:

1. Preventivní opatření – Opatření, která vyplývají z povinností států dodržovat mezinárodně právní záruky, které na základě dobrovolnosti ratifikovaly. Mezi ně řadíme [8]:

- propagace humanitárního práva;
- vzdělávání odborně způsobilých pracovníků pro naplnění humanitárního práva a ustanovení právních konzultantů v ozbrojených silách;
- akceptace právních norem s cílem zajistit zachování humanitárního práva;
- postoupení textů smlouvy.

2. Kontrolní opatření – Opatření umožňující sledování dodržování mezinárodního humanitárního práva při aktivních ozbrojených konfliktech obsahují [8]:

- působení států nebo jejich zástupců pod záštitou;
- aktivita Mezinárodního výboru Červeného kříže.

3. Represivní opatření – Činnost založená na povinnosti účastníků konfliktu předcházet a ukončovat porušování Mezinárodního humanitárního práva. Tato činnost cílí, jednak na potrestání porušovatelů, tak i na prevenci. Pro ilustraci mezi ně například spadají [8]:

- povinnost pronásledovat závažná přestoupení považující se za válečné zločiny před národními soudy;
- trestní a disciplinární záruka nadřízených a úkoly vojenských velitelů odhalující a trestající porušování mezinárodního humanitárního práva;
- reciprocitní právní pomoc států v trestních otázkách.

Implementačních opatření najdeme v mnoha publikacích velké množství, já jsem si pro obsah své diplomové práce osvojila tři výše zmíněná. Jejich primární funkcí je plnit nástroj preventivního, kontrolního i represivního. Pro zajištění humanitárního práva přispívají nejvíce činnosti kontrolně- represivní povahy. Mezi hlavní nástroje těchto povah patří [8, s. 275]:

- metoda dotazování;
- aktivita Mezinárodní zjišťovací komise;

- monitorování použití a interpretace právních ustanovení;
- kooperace s OSN.

Diplomacie, mediální tlak a dopad veřejného mínění poskytují pomocnou ruku s přijetím humanitárního práva. [6]

## 4 HUMANITÁRNÍ POMOC

Úvodem této kapitoly bych ráda uvedla rozdíl mezi humanitární pomocí a rozvojovou spoluprací. Ve své práci se budu primárně zabývat humanitární pomocí. Na rozvojovou spolupráci narazím v některých kapitolách, proto se pokusím definovat oba pojmy, aby nedošlo k záměně.

Humanitární pomoc, respektive emergentní nebo krizová pomoc, představuje aktivy bezprostředně reagující na humanitární krizi. Jde o situaci, při které dochází k ohrožení lidských životů, případně jejich důstojného bytí. Tato situace nastává v důsledku přírodní katastrofy nebo krize způsobené lidským faktorem. Klíčovým úmyslem poskytování humanitární pomoci je snížení lidských útrap, záchrana životů a úcta k lidské důstojnosti. Jde o pomoc krátkodobou, která je primárně určena lidem, kteří potřebují zajistit základní životní potřeby a pomoci s obnovou důstojného života. Historii humanitární pomoci nelze snadno popsat [11]. Její podstata stojí na dvou hlavních důvodech poskytování [11, s. 6]:

- Etické a náboženské důvody vycházející, zejména na evropském kontinentu, z křesťanských hodnot a humanismu. Dle našich vžitých etických hodnot je pomoc člověku v nouzi brána za přirozenost.
- Pragmatické a politické důvody chápeme, jako snahu předcházet mezinárodním konfliktům, terorismu nebo případně nelegální migraci. Humanitární pomoc je z pragmatického hlediska levnější než řešení mezinárodních krizí.

Vznik rozvojové spolupráce datujeme od konce druhé světové války. Jde o dlouhodobý proces, který sleduje sociální a ekonomické podmínky, ve kterých lidé, v zemích s pomalejším rozvojem, žijí. Snaží se formovat systém, který vede k jejich zlepšení. Základním cílem je snižovat míru extrémní chudoby pomocí udržitelného ekonomicko-sociálního rozvoje. V rámci řešení těchto základních otázek vyvstávají

další problémy. Například možnosti zapojení méně rozvinutých zemí na globálních politických a ekonomických problémech. [11, s. 5]

Jak je patrné z předchozích řádků rozdíl mezi humanitární pomocí a rozvojovou spoluprací je zejména v délce pomoci a širším zaměření. [12]

Nejvýznamnější roli v poskytování humanitární pomoci zastává Organizace spojených národů (OSN) [13]. OSN je jednou z nejvýznamnějších mezinárodních organizací, která se svými 192 členy skutečně zastává nepopíratelnou funkci v řízení světového dění. Díky společné politice jsme schopni deklarovat u členských států z větší části dodržování mírových hodnot. OSN zaštiťuje celou řadu agentur a komisí, které se zaměřují v různých směrech na dodržování principů poskytování humanitární pomoci. [14] Mezi nejzákladnější lze počítat tyto úřady, OCHA (Úřad pro koordinaci humanitární činnosti) [1], UNHCR (Úřad vysokého komisaře OSN pro uprchlíky) [15], UNICEF (Dětský fond Organizace spojených národů) [16], WHO (Světová zdravotnická organizace) [17], WFP (Světový potravinový program) [18] a evropskou odnož GR ECHO (Generální ředitelství pro evropskou civilní ochranu a operace humanitární pomoci) [19].

Z hlediska mezinárodního poskytování humanitární pomoci stojí na pomyslném vrcholu žebříčku Úřad pro koordinaci humanitární činnosti (OCHA), který je součástí sekretariátu Organizace spojených národů. Pomáhá shromažďovat všechny poskytovatele humanitární pomoci, kvůli zajištění společné reakce na mimořádné události. Mezi hlavní poslání úřadu řadíme schopnost mobilizovat a koordinovat účinnou humanitární pomoc ve spolupráci s národními i mezinárodními aktéry s cílem zmírnit lidské utrpení při probíhajících katastrofách. Dalším neodmyslitelným úkolem úřadu je obhajoba lidských práv, podpora připravenosti a prevence a tvorba udržitelných řešení. [1]

UNHCR je organizací spadající pod OSN, která se zabývá uprchlíky, žadateli o azyl, osobami vracející se do země původu, ze které v minulosti uprchli a osobami bez státní příslušnosti. Stojí v čele podporovatelů mezinárodních dohod o uprchlících. V neposlední řadě se věnuje poskytování potravin, vody a adekvátní lékařské péče výše zmíněným osobám. [15]

UNICEF je již od roku 1946 organizací stojící za prosazováním ochrany a zlepšováním životních podmínek dětí. Jejich hlavní myšlenkou je zajištění skutečně rovných práv pro všechny děti napříč světem. Pracuje ve 190-ti zemích, kde dětem zajišťují zdravotní péči, výživu, pitnou vodu a hygienické potřeby. Je financována výhradně z dobrovolných příspěvků. UNICEF je mezivládní organizací, která pro prosazování svých cílů spolupracuje jak s vládami jednotlivých zemí, tak s místními nevládními organizacemi. [16]

WHO podporuje již od roku 1948 rozvoj zdravotnických technik a přístupů pro kvalitní poskytování zdravotnické péče. Ve svých programech se zaměřuje na snižování úmrtnosti a úplné odstraňování nemocí. Výsledkem je zlepšování kvality lidského života. V neposlední řadě se zabývá popisem zdravotní politiky (zpracování zdravotnických strategií, statistické přehledy, ...) a konzultačními procesy pro členské státy. [17]

WFP je organizací OSN, která svým počtem zaměstnanců a velikostí centrály zaujímá prvenství. Jde totiž o nejmenší organizaci. Jejím hlavním záměrem je udržení tří hlavních programů, konkrétně jde o program Food ForLife, Food ForGrowth a Food ForWork, jejímž hlavním cílem je zajištění dostatečné výživy, která ve spoustě zemí není adekvátní. [18]

Evropskou organizací, která se zabývá řešením humanitární pomoci je Generální ředitelství pro evropskou civilní ochranu a operace humanitární pomoci (GŘ ECHO). Generální ředitelství je podřízeno Evropské komisi. Sídlí v Bruselu,



ale po celém světě má zajištěnou síť místních kanceláří, kvůli snadnému předávání informací. Jejich posláním je ochrana lidských životů, zamezení lidskému utrpení a zajišťování integrity a důstojnosti pro obyvatele míst zasažených přírodní katastrofou nebo krizí způsobenou lidským faktorem. [19]

Nyní se dostáváme z hlediska hierarchie k poslednímu článku a to je zajištění humanitární pomoci v České republice.

Humanitární pomoc je v rámci české legislativy vymezena zákonem o zahraniční a rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí, respektive zákonem číslo 151/2010 Sb. V paragrafu číslo dva je humanitární pomoc definována následovně. *„Humanitární pomocí poskytovanou do zahraničí souhrn činností hrazených ze státního rozpočtu, jejichž cílem je zamezit ztrátám na životech a újmě na zdraví, zmírnit utrpení a obnovit základní životní podmínky lidí po vzniku mimořádných událostí, jakož i zmírňovat dlouhodobě trvající následky mimořádných událostí a předcházet jejich vzniku a negativním následkům.“* [20] Humanitární pomoc je poskytována primárně při humanitárních krizích, případně při válečných konfliktech. Cílem poskytování je zamezit ztrátě lidských životů, zabezpečení základních lidských potřeb a v neposlední řadě poskytnutí základní hygienické a zdravotní péče. [21] Zákon stanovuje, kdo je hlavním poskytovatelem a jakým způsobem se dosahuje výše zmíněných priorit. Mezi hlavní poskytovatele lze v České republice zařadit v první řadě vládu, OSN a z humanitárních organizací Lékaře bez hranic případně Mezinárodní červený kříž.

Poskytování humanitární pomoci je důkazem vnímání lidských práv a svobod. Humanitární pomoc zařazujeme i do oblasti zájmu veřejné politiky. [22]

Humanitární pomoc, tak jak ji známe, může nejčastěji probíhat dvěma směry. Zaprvé poskytováním finančních darů pro země postižené přírodní katastrofou, respektive válečným konfliktem, pomocí mezinárodních neziskových organizací,

keré je vláda schopna oslovit a spolupracovat s nimi v rámci realizace procesů poskytování humanitární pomoci anebo formou státního programu. [23] Nejčastěji využívané organizace jsou Červený kříž a Červený půlměsíc. Česká republika poskytuje humanitární pomoc na podkladu legislativního dokumentu, konkrétně zákona o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí. Hlavním aktérem zajišťujícím poskytování humanitární pomoci v České republice je především Ministerstvo zahraničních věcí (ve spolupráci s Ministerstvem vnitra), konkrétně odbor rozvojové spolupráce a humanitární pomoci. Hlavním realizačním článkem jsou zejména tyto české humanitární organizace: ADRA, Český červený kříž, Člověk v tísni a Diakonie ČCE. Jde o proces, který nejčastěji probíhá v rámci mezinárodní kooperace. [24]

#### **4.1 Humanitární pomoc v České republice**

Mezi základními poskytovateli humanitární péče jsou organizace občanské společnosti a vlády jednotlivých států. Každý stát má v rámci svého legislativního řádu definovanou humanitární pomoc, principy jejího financování a základní principy definované s ohledem na principy mezinárodního humanitárního práva [25]. Česká republika tyto principy definuje v zákoně 151/2010 Sb., o zahraniční rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí a o změně souvisejících zákonů. [20] Na základě tohoto zákona je Ministerstvo zahraničních věcí odpovědné za zajišťování a koordinaci realizace zahraniční rozvojové spolupráce s cílem zajistit návaznost, komplementaritu a koherenci zahraniční politiky země. [26]

Dle zákona číslo 151/2010 Sb. je humanitární pomoc poskytovaná mimo Českou republiku definována, v paragrafu 2, jako *„souhrn činností hrazených ze státního rozpočtu, jejichž cílem je zamezit ztrátám na životech a újmě na zdraví, zmírnit utrpení a obnovit základní životní podmínky lidí po vzniku mimořádných událostí, jakož i zmírňovat dlouhodobě trvající následky mimořádných událostí a předcházet jejich vzniku a*

*negativním následkům.“ [20] Pomoc se naplňuje na základě činností definovaných, v paragrafu 4 stejného právního předpisu, následovně „Humanitární pomoc do zahraničí se poskytuje způsobem, který účinně naplňuje její cíle, zejména poskytnutím potřebného majetku ve formě daru do postižené oblasti (dále jen „materiální pomoc“), zapojováním do záchranných operací vysíláním záchranářů nebo odborníků s potřebným vybavením podle zákona o integrovaném záchranném systému (dále jen „záchrannářská pomoc“), peněžními dary do zahraničí, příspěvky mezinárodním organizacím a integračním seskupením a projekty humanitární pomoci.“ [20]*

Hlavními orgány státní správy zajišťujícími zahraniční humanitární pomoc jsou Ministerstvo vnitra [27] a Ministerstvo zahraničních věcí [28], Česká rozvojová agentura [29], zajišťující organizaci a v neposlední řadě Správa státních hmotných rezerv [30]. [31]

## 5 ZDRAVOTNĚ HUMANITÁRNÍ PROGRAM MEDEVAC

Program MEDEVAC je zkratkou anglických slov Medical Evacuation, volně přeloženou, jako medicínská evakuace [32]. Jeho cílem je zajistit humanitární evakuaci zdravotně postižených osob z míst zasažených válečným konfliktem nebo přírodní katastrofou. V České republice je realizace svěřena do působnosti Ministerstva vnitra ČR. [33]

Program MEDEVAC je humanitárním programem, na kterém spolupracují subjekty státní správy a organizace občanské společnosti.

### 5.1 Program MEDEVAC v ČR

Vládní program MEDEVAC je zdravotně humanitárním programem České republiky, jehož cíl vede k poskytování lékařské péče ohroženému obyvatelstvu v místech zasažených humanitární krizí, přírodní katastrofou, válečným konfliktem a v neposlední řadě pro obyvatelstvo v místech, kde není dostupná odborná zdravotní péče. [34] Poskytovaná léčba je pro uživatele bezplatná. Pomoc v programu MEDEVAC je určena pro civilní obyvatelstvo, převážně pro děti, ženy a starší osoby nacházející se ve vážném stavu neumožňující vést kvalitní život. Program je určen pro uživatele, kteří netrpí chronickým typem onemocnění, respektive jejich léčba nevyžaduje intenzivní léčbu v řádech několika let. Cílovou skupinou jsou pacienti, kteří trpí onemocněním, které vyžaduje operační řešení, které v jejich zemi není proveditelné ať už z důvodu personálního nedostatku nebo vybavenosti nemocnice. [35]

Realizace programu MEDEVAC stojí na čtyřech pilířích [36]:

- evakuování postiženého obyvatelstva a jejich následná léčba v České republice;
- vysílání lékařských týmů z českých nemocnic do postižených regionů;
- odborné stáže zdravotnických pracovníků (zejména lékařů) z postižených míst na specializovaných pracovištích po celé České republice;
- finanční pomoc na podporu a případný rozvoj infrastruktury v zemích zasažených válečnými konflikty případně přírodními katastrofami.

Program MEDEVAC spadá pod Ministerstvo vnitra, které jej koordinuje a zajišťuje mezirezortní spolupráci s dalšími účastníky, nejčastěji s Ministerstvem zahraničních věcí, Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem obrany potažmo Armádou České republiky. Díky vytvoření nového a zatím posledního pilíře se do vzájemné spolupráce zapojilo i Ministerstvo průmyslu a obchodu. [36]

Realizace prvního, druhého a třetího pilíře probíhá ve spolupráci s vybranými fakultními nemocnicemi, které jsou v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví, konkrétně jde o Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Nemocnici na Bulovce, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Hradec Králové a Fakultní nemocnici Ostrava a v neposlední řadě Ústřední vojenskou nemocnici ve Střešovicích, která jako jediná není v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví, ale spadá pod Ministerstvo obrany. [36]

## **5.2 Historie programu MEDEVAC v ČR**

Program MEDEVAC se začal utvářet na počátku 90. let v souvislosti s probíhajícím válečným konfliktem v Bosně a Hercegovině. V roce 1993 se odehrál příběh, který otřásl většinou obyvatel Evropy. Šlo o příběh Irmy Hadžimuratovič, kterou ve velmi těžkém stavu přivezli do sarajevské nemocnice v uvozovkách

lehce zraněnou. Irma šla se svou matkou po ulici, když začaly každodenní bombové útoky. Irmina matka byla zabita na místě. Irma měla zásah šrapnelem, který prošel tělem její matky, kterou naneštěstí usmrtil, a poranil také ji, Irmu. Sarajevští chirurgové se jí snažili ve svých podmínkách zajistit dostatečnou lékařskou péči, nicméně i přes veškeré snahy se její stav nadále zhoršoval. Díky ztrátě lidského přístupu a nastolení byrokratismu její převoz do lepších podmínek trval několik týdnů. Až po intervenci britského premiéra byla Irma Hadžimuratovič převezena britským vojenským letectvem, s dalšími čtyřmi dětmi, do londýnské nemocnice, kde díky jejímu vážnému stavu, přes všechny snahy lékařů, zemřela. Díky tomuto případu se mezinárodní společenství začala aktivně zabývat usnadněním převozu těžce nemocných do adekvátních podmínek. [37]

Mezi prvními zachráněnými v České republice byla čtyřletá Alesandra Vujica, která byla zraněna v bosenském městě Busovača. Její zranění způsobil granát. Místní lékaři se jí snažili ze všech sil pomoci, nicméně bez převozu na skutečně odpovídající oddělení by byl její život ohrožen. Alesandra byla spolu se svými rodiči převezena na kardiologické oddělení nemocnice Motol.

V následujících měsících byli do Česka přivezeni ještě další závažně zranění, z velké části děti zbytek dospělí pacienti. Po skončení války v Jugoslávii se program MEDEVAC v České republice na několik let odmlčel. Nicméně válka v Kosovu začala novou etapu. Do Česka začali opět proudit dětské pacienti, jejich zranění byla převážně válečného původu. Po skončení války se v Kosovu naštěstí začal tvořit fungující systém lékařské péče. Bohužel vyšla najevo zanedbaná péče o dětské pacienty se srdečními poruchami. Více méně se v Kosovu tito pacienti neléčili a to zejména z důvodu chybějících odborníků. Česká republika začala tyto pacienty přivážet na kardiologické oddělení Fakultní nemocnice Motol, kde jim byly prováděny život zachraňující operace.

Po zahájení války v Iráku se v rámci programu MEDEVAC léčili v rukou českých lékařů pacienti se srdečními vadami. Lékaři 7. polní nemocnice Armády ČR v Basře vybírali natolik závažné případy, které nebylo možné léčit na místě.

V následujících letech byl program MEDEVAC aktivován pro postižené destruktivním zemětřesením v Pákistánu, šlo o rok 2006. V letech 2008-2010 se v rámci programu MEDEVAC operovalo i v Afganistánu.

Od roku 2011 se v rámci programu MEDEVAC opět začaly zachraňovat děti z míst ohrožené válečným konfliktem, konkrétně šlo o děti z Libye, Sýrie a Ukrajiny. Mimo dětí se z těchto ohrožených regionů začali evakuovat i dospělí, díky velmi ničivým dopadům na celou místní komunitu.

Od roku 1993 do roku 2016 se v rámci programu MEDEVAC podařilo zachránit 1124 pacientů, většina z nich byla léčena v místě jejich pobytu. Léčení probíhalo v místních nemocnicích, ve kterých pracovaly týmy z ČR, konkrétně z fakultní nemocnice Motol, Nemocnice na Bulovce, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Hradech Králové, Fakultní nemocnice Olomouc, Ústřední vojenské nemocnice. [36]

### **5.3 Zahraniční pojetí programu MEDEVAC**

Ve světě můžeme najít různé formy programu MEDEVAC, nicméně česká forma patří mezi ty nejčastější. Budeme-li hledat obecně platnou definici programu MEDEVAC můžeme ji nalézt například v této formě. Účinnou a rychle reagující formu evakuace zraněných, kteří potřebují pohotovou lékařskou péči, kterou není možné zajistit na místě. Pro tento transport se užívá vozidel nebo letecké přepravy. [32]

Ranění jsou evakuováni z postižených míst, kde není možné provádět závažné operace. Převoz raněných probíhá stejně jako u nás, v některých případech

s ohledem na bližší specifikace pacientů. Existují státy, mezi které patříme i my, kteří primárně pomáhají raněným dětem a ve výjimečných případech i dospělým civilistům. Naopak jiné země zachraňují bez bližší specifikace nebo jsou naopak zaměřeny jen na úzkou skupinu. Příkladem za všechny je americká mutace programu MEDEVAC, která z postižených míst zachraňuje jen vojáky. Tato odnož programu je realizována 24 hodin denně s pomocí vojenských vrtulníků přímo v postiženém místě. Příkladem z poslední doby je záchrana raněných ze základny Bagram v Afghanistanu. [38]

V Německu se program MEDEVAC zaměřuje na záchranu raněných z postižených míst. Zaměřují se, jak na civilní obyvatelstvo, tak na aktéry bojů. Dle dostupných informací je program MEDEVAC v Německu datován již od roku 1870, kdy bylo při německo-francouzské válce zachráněno 164 osob. Akce byla uskutečněna pomocí horkovzdušného balónu, cestou z Paříže na území Německa. Letouny, které německá vláda používá v rámci svého programu MEDEVAC jsou nejmodernější na světě. Jedná se o letoun Airbus A310 MRTT. Letoun pojme 56 zraněných, k dispozici má 6 lůžek intenzivní péče pro těžce zraněné. První použití tohoto letounu bylo při záchraně raněných palestinských dětí z pásma Gazy. V roce 2004 byl použit při převozu raněných z thajského města Phuket, kde udeřila vlna tsunami. Jednou z posledních akcí byla přeprava ukrajinských vojáků na specializované německé kliniky. [39]

Podoba českého MEDEVACU jak jsem již psala má velmi unikátní pojetí, díky spolupráci s neziskovým prostorem. Podobných pojetí bychom ve světě našli jen pramálo. Nicméně velmi podobné pojetí zastává Lucembursko. Jeho pojetí stejně, jako naše aktivně využívá pomoc neziskových organizací, které pomáhají vytvářet prostřední pro aktivní a rychlé zvládnání katastrof. Příkladem z posledních let je kooperace ministerstev a neziskových organizací při výskytu viru Ebola v Africe v roce 2014. Lucemburská vláda kooperovala s místními neziskovými organizacemi. Výsledek byl nad očekávání dobrý a přinesl zkušenost



aplikovatelnou do dalších let. Mimoto lucemburská vláda dotovala neziskové programy OSN a WHO ve výši 1 milionu eur. [40]

#### 5.4 Vývoj programu MEDEVAC

Česká republika patří mezi členy mezinárodního společenství, které se snaží o naplnění práva bez rozdílu dostupnosti zdravotní péče pro všechny. V současné době je tématem číslo jedna uprchlictví a migrace. Konflikty zažívají státy napříč celým světem a díky tomu jsou migrační vlny natolik silné, že ovlivňují chod blízkých států natolik, že se mezinárodní společenství rozhodlo podpořit místní kapacity a snaží se o vybudování, respektive zlepšování jejich současného stavu lékařské pomoci.

Česká republika se aktivně podílí na humanitární pomoci již od jejího vzniku. Jednou z forem mezinárodní pomoci je program MEDEVAC. Současná podoba programu se utvářela od 1993, kdy došlo k jeho spuštění. Do roku 2015 byl program řízen formou ad hoc, což znamená, že vláda aktivovala program na základě potřeby. Státy, kterým byla pomoc určena, byly vybírány na základě současné situace, tudíž neprobíhala hlubší kontrola místa, kam byli vysíláni čeští odborníci, případně odkud byli do České republiky přiváženi pacienti. Zlom nastal v roce 2015, kdy se program MEDEVAC začal řešit systémově. Došlo k vytvoření roční zprávy, která předdefinovala státy, kterým byly na základě analýz přiděleny finanční rozpočty, ze kterých vyplývala podoba jejich realizace. Po roce se program opět transformoval. Vytvořila se jeho současná podoba, Stálý zdravotně humanitární program MEDEVAC. [36]

Bylo rozhodnuto, že Stálý zdravotně humanitární program MEDEVAC doplní program Zahraniční humanitární pomoci, který je poskytován ministerstvy zahraničních věcí a vnitra ve shodě se zákonem č. 152/2010 Sb.. Jeho obsah bude začleněn do Strategie migrační politiky České republiky, která obsahuje definici

sedmi zásad migrační politiky. Ve čtvrté zásadě nalezneme popis pomoci poskytované uprchlíkům: „Česká republika posílí aktivity s cílem pomoci uprchlíkům v zahraničí a s tím související prevenci dalších migračních toků, včetně podpory rozvoje zemí při zoládání migračních krizí.“ [41] Oba programy budou fungovat na vzájemné provázanosti, nicméně každý odděleně.

Stálý zdravotně humanitární program MEDEVAC bude fungovat s ohledem na Koncepti zahraniční politiky ČR. Cílem je podporovat zajištění důstojného života v rámci celosvětového úsilí.

S ohledem na politiku Evropské unie je program MEDEVAC postaven na ideje předcházení nucené migrace a posílení důstojného života v domovských zemích případně v zemích první volby. Evropská komise má na předních příčkách střednědobých a dlouhodobých priorit eliminovat příčiny migrace. Na základě změn, které se v rámci uprchlické krize dějí, každým rokem dochází ke změnám programu, které s sebou nesou nezanedbatelnou povinnost efektivního využívání finančních prostředků. Jejich potřeba spadá jednak do přímé pomoci pacientům, ale také školení odborného personálu v místě nebo školení v českých podmínkách. Na základě posledního pilíře programu vzniká možnost financování nového vybavení pro potřeby místních lékařských týmů, které s sebou nese i aktivní spolupráci s českými odborníky v rámci zaškolování.

Hlavní vizí Stálého humanitárního programu MEDEVAC je snížení mortality, nemocí, postižení a regulaci strádání civilního obyvatelstva při mimořádných událostech. Program se výhradně zaměřuje na pomoc civilnímu obyvatelstvu a pouze ve výjimečných případech předem schválených vládou je možné program využít pro jiné než civilní obyvatelstvo.

Stálý program MEDEVAC navazuje na letité zkušenosti s předchozími formami programu MEDEVAC snaží se zmírňovat dopady vojenských konfliktů, katastrof a snaží se zvýšit důstojnost všech civilních osob, které jsou událostí postiženi.

Na základě nového systému vedení programu byla jmenována v konkrétních nemocnicích osoba, která je odpovědná za celkové vedení programu a komunikaci s danými ministerstvy. Po některých léčebných výkonech, poskytovaných v České republice, by měla následovat lázeňská rehabilitace zajišťována v našich lázeňských zařízeních.

V rámci stálého programu se realizují tyto podoby pomoci, zdravotně humanitární transport do ČR, vysílání lékařských týmů, školení zdravotnického personálu a budování a zvyšování kapacit zdravotnické infrastruktury. [36]

#### **5.4.1 Humanitární zdravotnický transport do ČR**

Humanitární transport do ČR se uskutečňuje u pacientů, kteří trpí takovým onemocněním nebo poraněním vyžadující specializovaný výkon. Při výběru vhodných pacientů dochází ke spolupráci se zastupitelskými úřady ČR, v konkrétní zemi zařazené do programu MEDEVAC, Ministerstvem zdravotnictví a předem určenými nemocnicemi. Konečný výběr zajišťují buď naši vybraní lékaři případně místní odborníci, kteří poskytnou elektronickou formou zdravotnickou dokumentaci. Vybraní pacienti budou informováni v rodném jazyce, kam budou převezeni a jaký zákrok je vlastně čeká, včetně informace o plném hrazení výkonu z programu MEDEVAC. Před převozem pacient podepíše souhlas o předchozím dostatečném informování a zavazuje se, že nic nebrání jeho léčbě. Přeprava se uskutečňuje pomocí civilních letů a ve výjimečných případech se uskutečňuje ve spolupráci s Armádou ČR, kdy jsou lety financovány mimořádně z rozpočtové kapitoly Ministerstva vnitra. Za péči o pacienty jsou zodpovědné nemocnice vybrané Ministerstvem zdravotnictví, ve které jsou pacienti léčeni, většinou jde o

odborně nadstandardně způsobilé pracoviště. Pomůcky nezbytné pro správnou rekonvalescenci jsou zajišťovány nemocnicí. Transportujeme-li nezletilé pacienty, jsou doprovázeni svým zákonným zástupcem (nejčastěji jedním z rodičů), zejména díky poskytování následného souhlasu s nadstavbovými vyšetřeními. Na území České republiky jsou pacienti v postavení žadatelů o azyl nebo jsou jim udělena víza k pobytu na 90 dní. Pacientům i jejich doprovodům jsou zajišťovány materiální podmínky a sociální péče. [36]

#### **5.4.2 Vyslání lékařských týmů**

Lékařské týmy pracují v nemocnicích v místě zařazeném ve Stálém programu MEDEVAC. Před jejich příjezdem provedou místní lékaři před-výběr pacientů vhodných pro naše lékařské týmy. Pacienti by měli být vybíráni na základě transparentního výběru. Seznam před-vybraných pacientů je v předstihu předán Ministerstvu vnitra a zdravotnictví, které je postoupí lékařským týmům vybraným pro výjezd. Pacienti, kteří projdou výběrem, budou ošetřeni v partnerské nemocnici, ve které budou provedena všechna potřebná vyšetření, samotný zákrok i následná rehabilitace. Vše bude nemocnici uhrazeno ze Stálého programu MEDEVAC. Celkové náklady vztahující se k českým nemocnicím, jako náklady za cestování (letenky), mzda a odměny pro lékaře, pojištění, očkování a speciální školení budou také vyúčtovány pro Stálý program MEDEVAC. Často se v rámci výjezdů lékařů vytváří smlouva o spolupráci mezi českou nemocnicí a místním lékařským expertem. Výsledkem je pomoc s komunikací, pochopení místních poměrů a snazší orientace ve zdravotnické struktuře. [36]

#### **5.4.3 Školení zdravotnického personálu**

Školení místního zdravotnického personálu provádí české lékařské týmy buď v České republice, nebo ve vybrané zemi. Školení v našich nemocnicích si řídí naše nemocnice samostatně. Spolupracují s ministerstvy vnitra a zdravotnictví. Doba

zaškolení se odvíjí od specializace příjíždějícího lékařského personálu. V podmínkách je uvedena jen maximální délka školení a to 6 měsíců. V současné době se většinou jedná o 2-4 týdny. Administrativu celého školení zajišťují české zastupitelské úřady v dané zemi ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví, vnitra a zahraničních věcí. Je-li školení uskutečňováno v partnerské nemocnici, probíhá pouze v případě, působí-li v místě naše české lékařské týmy. [36]

#### **5.4.4 Budování a zvyšování kapacit zdravotnické infrastruktury**

V rámci posledního pilíře Stálého programu MEDEVAC dochází k zajišťování materiálního a přístrojového vybavení pro vybrané nemocnice zařazené do programu. Možností, kde poskytnout vybavení je celá řada, od vybavení ambulancí po nákup speciálního přístroje. Vždy záleží na domluvě mezi oběma partnery. Je-li zakoupen přístroj, který potřebuje zaškolení, poskytuje tuto službu česká strana. Školení je sjednáváno pomocí smlouvy o spolupráci. Vybavuje-li se nemocnice, která trpí nedostatkem vlastního finančního kapitálu, probíhá vlastní spolupráce dlouhodobě. Výběr specializovaných přístrojů se realizuje ve spolupráci Ministerstva vnitra a lékařských expertů. [36]

### **5.5 Právní aspekty spojené s pobytem pacientů v ČR**

Naplněním jednoho z pilířů programu MEDEVAC je převoz pacientů z míst ohrožených válečným konfliktem případně přírodní katastrofou do našich fakultních nemocnic, kde jsou podrobena specializované léčbě. Jde o pacienty, kteří by na základě své komplikované diagnózy neměli v místních lékařských poměrech moc velké šance na přežití. Na podkladě těchto závažných diagnóz je léčba u některých případů provázána s následnou rehabilitační péčí. Proto je potřeba myslet i na legislativní ošetření jejich léčebného pobytu.

Česká legislativa je na tyto případy připravena. Vztahují se k nim zákony číslo 326/1999 Sb. (novelizace 456/2016 Sb.), o pobytu cizinců na území České republiky, nebo zákon číslo 221/2003 Sb. (novelizace 456/2016 Sb.), o dočasné ochraně cizinců a zákon číslo 325/1999 Sb. (novelizace 456/2016 Sb.), Zákon o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb.(novelizace 456/2016 Sb.), o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu).

Před akceptací usnesení o programu MEDEVAC se vládě předkládají zprávy, které popisují postup týkajících se pacientů léčených na našem území, konkrétně jde o: „na území České republiky budou pacienti, popř. jejich doprovod, pobývat buď v postavení žadatelů o azyl, nebo v případě, že splní podmínky pro udělení víza k pobytu do 90 dnů podle zákona o pobytu cizinců na území České republiky, bude jim uděleno toto vízum.“ [42]

Pacientem programu MEDEVAC na základě české legislativy je cizinec definován jako: „fyzická osoba, která není státním občanem České republiky, včetně občana Evropské unie. Jinak řečeno za cizince jsou v České republice považovány osoby s jiným než českým státním občanstvím, osoby bez státního občanství a rovněž osoby s více občanstvími, z nichž žádné není státním občanstvím ČR.“ [43]

Na území České republiky je vstup, pobyt a vycestování cizinců řízeno Policií ČR, Ministerstvem vnitra ČR a Ministerstvem zahraničních věcí ČR. Zákon o pobytu cizinců na území České republiky vymezuje specifické kategorie pobytů cizinců.

- Prvním typ zastávají občané zemí Evropské unie, Norska, Švýcarska, Islandu, Velké Británie a Lichtenštejnska včetně jejich rodinných příslušníků. Tento typ je veden jako „registrovaní bez povolení k přechodnému nebo trvalému pobytu“ ti co mají „povolení k přechodnému pobytu“ a jako poslední možností ti, kteří získali „povolení k trvalému pobytu“.
- Druhým typem jsou občané zemí mimo Evropskou unii, které dělíme na:

- občany, kteří jsou na území České republiky krátkodobě (tedy nejpozději 90 dnů), v tomto případě není potřebné vízum;
  - občany pobývajících na území ČR na základě krátkodobého víza;
  - cizince pobývajících na našem území je pobyt déle jak 90 dnů na základě udělení víza;
  - cizince, kterým byl udělen dlouhodobý pobyt nebo povolení k trvalému pobytu;
  - cizince s platným azylem.
- Do třetího typu řadíme cizince přijímané bez ohledu na hranice Evropské unie. Tento typ dále dělíme na:
    - registrované žadatele o azyl;
    - cizince pobývajících v ČR na základě udělení dočasné ochrany a;
    - cizince pobývajících v ČR nelegálně. [43]

Cizinec, který chce být žadatelem o udělení azylu v ČR, musí podat žádost o udělení mezinárodní ochrany. Mezinárodní ochrana je cizinci udělena formou azylu nebo případně doplňkovou ochranou. Celý proces končí získáním nebo zamítnutím azylu, jde o proces, ve kterém dochází k prověřování všech dostupných skutečností, které cizinec našemu státnímu orgánu poskytl. Azylantem je míněn cizinec, který získal na našem území azyl, díky němuž může legálně pobývat na území ČR.

Tzv. azylový zákon popisuje tři druhy azylu a dva druhy doplňkové ochrany. Konkrétně jde o azyl z důvodu pronásledování, za účelem sloučení rodiny a azyl z humanitárního důvodu (jinak nazýván jako doplňková ochrana). Poslední z výše jmenovaných se uděluje na základě zvláštního zřetele, který je popsán v paragrafu 12 téhož zákona. [44]

V následující kapitole bude věnována Lékařům bez hranic. Do své práce jsem je zařadila z důvodu komparace programu MEDEVAC a Lékařů bez hranic ve

výzkumné části. Důvodem, pro mou volbu byla myšlenka, kterou oba subjekty shodně sdílejí, ale snaží se o její realizaci odlišnými cestami a zejména snahou představit výjimečnost programu.



## 6 LÉKAŘI BEZ HRANIC

Lékaři bez hranic (Médicines Sans Frontières) patří mezi mezinárodní humanitární organizace. Organizace působí v rámci celého světa. Odpovědnost za veškerou činnost nesou řady současných i minulých spolupracovníků. Mezi jejich poskytované služby řadíme poskytování odborné zdravotnické pomoci pro lidi postižené válečným konfliktem nebo přírodní katastrofou. Často svou činnost vykonávají v místech s těžkou dostupností, případně v místech, kdy je ohrožena jejich bezpečnost. Pracovníci organizace patří mezi skutečné profesionály, kteří jsou schopni opustit své vlastní pohodlí a odjet s motivací zachraňovat a léčit potřebné. [45]

Vznik organizace se datuje roku 1971. Skupinu francouzských lékařů a novinářů spojila společná myšlenka na vytvoření organizace, která by byla schopna mezinárodně pomáhat v místech, kde díky mnoha důvodům neexistuje adekvátní lékařská péče. Organizace čítá cca 2 500 mezinárodních a přes 23 000 místních spolupracovníků. Jejich hlavními úkoly jsou poskytování zdravotní péče, uvádění do provozu klinik, ve kterých dochází chirurgickým zákrokům, bojem s epidemiemi a provádění očkovacích kampaní. Lékaři bez hranic vykonávají lékařskou péči nejen svépomocí mezinárodního personálu, ale snaží se vzdělávat místní zdravotnický personál, od lékařů po sanitáře. Díky tomu pomáhají vytvořit fungující systém lékařské péče. Zabezpečují činnost výživových středisek pro děti trpící podvýživou, snaží se zajistit péči i pro pacienty zasažené závažnými infekčními nemocemi, konkrétně se jedná o tuberkulózu, AIDS, africkou trypanozomiázu (spavá nemoc). [46]

Lékaři bez hranic jsou v současné době považováni za největší nezávislou neziskovou lékařskou humanitární organizaci ve světě, která působí ve 23 regionálních asociací. Tyto centra shromažďují finance a nabírají pracovníky na

mise. Tyto asociace spadají pod jedno z pěti operačních center, která označují konkrétní místa, ve kterých je zapotřebí lékařská pomoc. Operační centra sídlí v:

- Bruselu (Belgie)
- Paříž (Francie)
- Amsterdam (Nizozemsko)
- Barcelona (Španělsko)
- Ženeva (Švýcarsko)

Operační centra jednají samostatně. Ovšem provázanost Lékařů bez hranic je celosvětová. Formálně je spojuje společné jméno, věrnost Chartě a zásadám Lékařů bez hranic a členství v mezinárodní asociaci Lékařů bez hranic MSF. V rámci jejich humanitárních programů pomáhají ve zhruba 70 zemích světa.

Provádí také nezbytnou kontrolu všech článků Charty, aby nedocházelo k nevyžádaným nepříjemnostem. Jedním z jejich dalších hlavních úkolů je prosazovat a kontrolovat dodržování věrnosti zásadám Lékařů bez hranic. Lékaři bez hranic jsou příspěvkovou organizací, financovanou z 90% od soukromých dárců. Zejména díky tomuto důvodu je současná podoba Lékařů bez hranic považována za nestrannou, nezávislou a neutrální. [47]

## **6.1 Hlavní myšlenka**

Lékaři bez hranic sdílí stejnou myšlenku od svého založení do dneška. Jejich primárním cílem je poskytnutí lékařské pomoci všem bez rozdílu. Nezáleží na rase, pohlaví, náboženství, názorové příslušnosti či politické příslušnosti. Jde jen o

člověka. Pro Lékaře bez hranic neexistuje státní hranice, pro ně existuje jen lidský život a jeho záchrana. [48]

## 6.2 Počátky organizace

První výjezd Lékařů bez hranic byl do hlavního města Nikaragui- Managua. Roku 1972 jej postihlo ničivé zemětřesení, při kterém přišlo o život neuvěřitelných 10 až 30 tisíc obyvatel.

Jednou z dalších prvotních misí byla pomoc obyvatelům Hondurasu, které v roce 1974 postihl ničivý hurikán Fifi v jehož důsledku propukly ničivé záplavy. Ztráty na lidských životech byly opět obrovské, počítáme je na tisíce.

V roce 1975 Lékaři bez hranic rozjeli první velký lékařský projekt na pomoc uprchlíkům. Díky tyranii PolPotova režimu poskytli pomoc Kambodže. Byla to jedna z nejnáročnějších misí, díky různorodosti obtíží, od válečných zranění po nebezpečné infekce.

Důsledkem těchto misí bylo odhalení slabých míst organizace. Jednalo se zejména o problémy s nedostatečnou přípravou, ze které vycházejí problémy se zásobováním a místní podporou. Jednalo se o prvotní nedostatky, které mohou postihnout kteroukoli nově začínající humanitární organizaci. Na základě těchto problémů se organizace začala měnit. Vznikly dva pohledy, kam by měla organizace směřovat. *„Stály proti sobě dva názorově vyhraněné tábory. Na jedné straně lidé, kteří pevnější organizaci odmítali a chtěli i nadále působit v rámci malých akčních lékařských jednotek pro nasazení v krizových situacích. Na druhé pak ti, kteří se výrazněji organizovat chtěli. Ne že by se chtěli stát druhým Červeným křížem, ale zkrátka toužili po pevnější struktuře organizace. Už nestáli o to fungovat jako parta lékařů s několika krabičkami léků v igelitových taškách, jimž neustále něco chybí.“* [45]

Konflikt se vyhrotil na výroční valné hromadě v roce 1979. Spustilo se hlasování o změně struktury. Stály proti sobě dva tábory, první, který prosazoval změnu organizační struktury, která by měla mít pevnější pravidla. Naopak druhý tábor stál o zachování současné podoby organizace, která měla být jen jakousi „lékařskou guerillou.“ [38] Nadpoloviční většina zvolila první možnost. Do vedení se dostali pánové Malhauret a Brauman, kteří organizaci zajistili současnou podobu.

### 6.3 Lékaři bez hranic v České republice

Pobočka Lékařů bez hranic v České republice funguje od roku 2006. Je nedílnou součástí ženevského operačního centra. V prvních letech bylo hlavním úkolem nabírání nových spolupracovníků pro výjezdy do postižených míst a sdílení informací o poslání celé organizace. V průběhu následujících let se česká pobočka Lékařů bez hranic snažila zakomponovat do svých aktivit novou činnost a to získávání finančních darů od české veřejnosti. Tuto činnost datujeme od roku 2008. Díky čemuž bylo možné zajišťování humanitárních projektů organizace. Lékaři bez hranic sdružují pracovníky pracující v pražské pobočce, která zajišťuje celý chod organizace. Konkrétně jde o činnosti, výběr zdravotnických a administrativních pracovníků vyjíždějících na mise, výběr dobrovolníků se stejným posláním, nedílnou součástí je i komunikace s veřejností, která pro lékaře bez hranic představuje partnera, bez kterého nelze pokračovat ve svém poslání. Dále lékaři bez hranic komunikují s dalšími pobočkami. A jako poslední činnost je hledání nových finančních dárců. [45]

### 6.4 Principy lékařů bez hranic

- **Zdravotnická pomoc** – Hlavním posláním Lékařů bez hranic je poskytování zdravotnické péče. Formou prevence nebo naopak odborné léčby. Výsledkem by mělo být potlačení současného krizového stavu a zpětný návrat k běžnému chodu.

- **Svědectví** – Lékaři bez hranic se často stávají svědky nepopsatelných zážitků, od dopadů přírodních katastrof po válečné konflikty. Díky těmto zkušenostem mohou předávat informace a poskytovat přímá svědectví o příčinách a hrozivých dopadech krizí.
- **Lékařská etika** – Hlavní povinností lékaře je ctít zásady lidskosti, zajistit poskytování pomoci s úctou. Člověk se vyvíjí, mění se jeho potřeby a je nutné, aby lékařská péče na tyto změny uměla adekvátně reagovat. Poskytování lékařské péče je vždy činností, která pomíjí rozdíly mezi barvou pleti, inteligencí, pověstí pacienta, sexuálními preferencemi, náboženstvím nebo osobními pocity lékaře. Vždy jde o člověka, který potřebuje pomoc, bez které se neobejde a je nutné pominout jakoukoli formu diskriminace.
- **Lidská práva** – Samozřejmostí je dodržování Všeobecné deklarace lidských práv a Mezinárodního humanitárního práva. Na jejímž podkladu jsou formulovány Ženevské konvence.
- **Nezávislost** – Díky finanční nezávislosti se do pozadí se dostávají politická, náboženská nebo vojenská témata. Soukromý dárci poskytují pomoc všem lidem v nouzi.
- **Nestrannost** – Lékaři bez hranic jsou organizací, která se vyznačuje svou nestranností, která je zajištěna zejména díky finanční nezávislosti. Nejsou povinni se nikomu zpovídat.
- **Neutralita** – Lékaři bez hranic se ze zásady veřejně nevyjadřují k žádnému konfliktu. Jejich přínos je právě v nestranné interpretaci.
- **Transparentnost** – Lékaři bez hranic uveřejňují svou detailní finanční správu. Jsou odpovědní všem soukromým dárcům.
- **Dobrovolnictví** – Spolupracovníci lékařů bez hranic se součástí organizace stávají zcela dobrovolně. Jde o jejich volbu, která s sebou na čas nese ztrátu životní úrovně, která je kompenzována poskytováním pomoci lidem v nouzi.

Tyto principy jsou zaznamenány v Chartě Lékařů bez hranic. Jde výčet nejdůležitějších aspektů práce v této organizace. Díky jejich dodržování jsou Lékaři bez hranic stále nezávislou humanitární organizací, která je často respektována všemi stranami konfliktu. [49]

Lékaři bez hranic nejsou jediným mezinárodním poskytovatelem akutní humanitární pomoci. Jde například o nemocnice Červeného kříže a Červeného půlměsíce, které se aktivně zapojují v mnoha zemích po celém světě. Jejich činnost je chráněna mezinárodním humanitárním právem. [50]

## **7 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **7.1 Cíle práce**

Cílem mé diplomové práce je popis humanitárních principů, ze kterých vychází mezinárodní humanitární právo. Další kapitolu věnuji humanitární pomoci, kterou se snažím popsat pomocí sestupné tendence. Od mezinárodních organizací po Českou republiku. Programu MEDEVAC se věnuji podrobně. Popisuji jeho historii, vývoj a v neposlední řadě jednotlivé pilíře, které jej utváří. Poslední kapitola teoretické části je věnována Lékařům bez hranic. Jejich hlavní myšlenky, principům a konkrétním činnostem české pobočky.

V praktické části své práce se věnuji porovnání efektivity prvního a druhého pilíře programu MEDEVAC. Na základě čehož uvádím doporučení pro další vývoj programu. Závěrem své praktické části uvádím vyjádření jednotlivých účastníků programu MEDEVAC, u kterých je vždy zmíněna možnost, jak by si oni sami představovali podobu programu podle svých představ.

### **7.2 Hypotéza**

Ve své práci ověřím platnost jedné definované hypotézy, kterou jsem vybrala na základě zhodnocení efektivity nejvytíženějších pilířů programu MEDEVAC:

1. Výjezdy českých lékařů do vybraných zemí programu MEDEVAC jsou efektivnější než zdravotně humanitární transporty do ČR.

## 8 METODIKA

V teoretické části mé práce využívám k získávání podkladů literární rešerši. Jde mi o ucelený pohled na současnou podobu poskytování humanitární pomoci s primárním zaměřením na program MEDEVAC, mezinárodní humanitární právo a Lékaře bez hranic. V kapitole o Mezinárodním humanitárním právu vycházím z autorů Štrumy a Bílkové. Jako zdroj používám odborné publikace spojené s vybranými tématy, právní předpisy, koncepční dokumenty, odborné články a oficiální webové stránky zmiňovaných subjektů. [51]

V praktické části mé práce jsou využity i další vybrané metody, které doplní již výše zmiňovanou literární rešerši. Základní metodou vědecké práce je analýza, pomocí které rozebereme zkoumaný fenomén, konkrétně fungování programu MEDEVAC. Na základě zjištěných informací využiji vědeckou metodu komparace a pokusím se porovnat vybrané oddíly pomoci předem definovaných kritérií. [52]

Pomocí faktografické literární rešerše zjišťuji statistická data týkající se jednak finanční stránky subjektu a konkrétních počtů osob, kterým byla poskytnuta humanitární pomoc. Na základě těchto informací sestavuji tabulkové přehledy a grafické znázornění, které přinesou ucelený pohled na danou problematiku. [51]

Další výzkumnou metodou použitou ve své práci je strukturovaný rozhovor, konkrétně založený na otevřených otázkách, které dávají dotazovanému možnost formulovat svou odpověď na základě své vlastní úvahy. Ve své práci jsem tuto metodu použila při rozhovorech s účastníky programu MEDEVAC. [52]

Poslední využívanou výzkumnou metodou je SWOT analýza. Jde o techniku, díky které můžeme zhodnotit vnitřní i vnější faktory vybraných alternativ, v mém případě humanitární převoz pacientů do České republiky a výjezdy českých lékařů do vybraných regionů. Tato analýza představuje matici rozdělenou na čtyři části – silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby. Vnitřní faktory představují silné a



slabé stránky, vnější faktory příležitosti a hrozby. Tato metoda pomáhá vytvořit ucelený pohled na silná a slabá místa dané problematiky a umožňuje případná negativa eliminovat. [53]

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 SOUČASNÝ STAV ZEMÍ ZAPOJENÝCH DO PROGRAMU MEDEVAC V ROCE 2015

V této kapitole jsem se rozhodla nastínit současnou situaci ve vybraných zemích zařazených do programu v roce 2015. Největší prostor dostalo Jordánské hašimovské království, které je v současné době nejpreferovanější zemí programu.

Jordánské království je v současné době místo, kam prchají obyvatelé Sýrie před válečným konfliktem. Jordánsko jim poskytuje možnosti, jak žít v relativním klidu. Dle odhadů Jordánské království přijalo přes 655 000 syrských uprchlíků, kteří žijí v uprchlických táborech, případně v jiném náhradním bydlení po celé zemi. Tím, že je Jordánsko jednou z nejstabilnějších zemí blízkého východu je i často v hledáčku dalších uprchlíků z jiných zemí. Pro představu Jordánsko v současné době poskytuje útočiště obyvatelům Iráku, Palestiny (většina z nich jsou Palestinci prchající ze Sýrie), Jemenu a Súdánu.

Naštěstí dochází ke spolupráci mezi Evropskou unií, již jsme součástí a Jordánským královstvím. Evropská komise poskytuje finanční podporu ve výši 657 miliónů euro na podporu uprchlíků a vyčleněným komunitám na podporu jejich života. Konkrétně jde o podporu osob žijících v uprchlických táborech, pro osoby žijící mimo uprchlické tábory, například u hostitelských rodin. Evropská unie na základě své velkorysé podpory chce, aby se s uprchlíky zacházelo korektně na podkladě humanitárních zásad. Jordánská vláda by měla zajišťovat na svém území bezpečnost a ochranu pro všechny obyvatele. Díky současné situaci je vyčleněná i část financí na rychlou humanitární pomoc pro příchozí uprchlíky.

Na základě vleklého průběhu celého konfliktu je Jordánsko vystaveno uprchlické vlně již skutečně dlouho a díky tomu začínají mezi místní komunitou a uprchlíky vznikat mírně řečeno problémy. Uprchlíci žijí na hranici chudoby, a proto se začínají projevovat problémy s různými kriminálními delikty. Navíc

rostou problémy s kapacitou samotného státu. Od roku 2013 je Jordánská západní hranice uzavřena. Na severovýchodní hranici, takzvaném Bermu uvízlo více než 75 000 uprchlíků (konkrétně žen a dětí), kteří přežívají jen s pomocí humanitární pomoci.

Po útoku z června 2016 se jordánská vláda rozhodla uzavřít severní a severovýchodní hranici, která je klasifikovaná, jako uzavřená válečná zóna. Tento počín byl uskutečněn na základě zhoršujících se bezpečnostních podmínek. Proto se v těchto místech musela ukončit přímá pomoc některých mezinárodních organizací.

Poskytovaná pomoc je určena na zajištění zdravotní péče, základní životní potřeby, výživu, vodu, šatstvo, hygienické potřeby, psychosociální pomoc a případný rozvoj programů zajišťujících začleňování do místní komunity. Tyto programy se snaží pracovat na poskytování komplexní pomoci uprchlíkům. Snahou všech organizací je pomáhat s běžnými potřebami, ale snahou poskytovat právní pomoc se získáváním azylu. Okolo 139 000 uprchlíků se v současné době potýká s nemožností splnit požadavky pro udělení azylu. Na základě svých neznalostí nebo dalších problémů s absencí dokladů a podobně. [54]

Další zemí zařazenou do vládního programu MEDEVAC je Ukrajina. V její východní části stále probíhají boje a situace je stále velmi vážná. Díky vleklému válečnému konfliktu jsou postiženi tisíce lidí z řad civilního obyvatelstva. Pětinu z nich postihlo zranění vážného charakteru. Díky tomuto vývoji zdravotnický systém na Ukrajině kolabuje a není možné uspokojovat potřeby všech postižených osob. Počty lidí, kterých se tato situace týká, jde do několika milionů. Jde o potřebu léčebné péče, materiální podporu nebo finanční podporu.

Kambodža je zemí, která již řadu let patří mezi nejchudší země jihovýchodní Asie. Díky tomu je její úroveň zdravotní péče na velmi nízké úrovni. Tento stav je

stále neměnný, i když je jejich zdravotní systém mezinárodně podporován. Stále absentuje přiměřená úroveň vybavení a samozřejmě odborný personál. Kambodža je jednou ze zemí, ve kterých se rodí zvýšený počet dětí se srdečními vadami. Za rok zhruba 500. Bohužel na základě neadekvátní úrovně zdravotní péče většina z nich nedostane odpovídající péči. Program MEDEVAC se snaží tento jev změnit. Pomáhá budovat zdravotní systém, která se o takto postižené děti dokáže správně starat a umožnit jim vést plnohodnotný život.

Keňská republika je velmi krásná africká země, kterou provází pověst země obrovských sociálních rozdílů. Polovina jejích obyvatel přežívá na úrovni absolutní chudoby. Největší problém z hlediska zdravotnického systému je s kvalifikovanými lékaři. Díky tomu je většina obyvatel odkázána na zahraniční pomoc, která se snaží budovat keňský zdravotní systém již řadu let. Na této činnosti se podílí i naši čeští lékaři, kteří v Keni operují zejména vrozené srdeční vady u malých dětí. Mimoto se naši odborníci snaží školit místní personál, jak z lékařského hlediska, tak v následné pooperační ošetrovatelské péči.

Irácká republika je zemí, která je velmi zatížena uprchlickou krizí. Díky bojům v nedaleké Sýrii je zdravotnický systém vystaven náporu válečných zranění. Dalším zásadním problémem je vnitřní migrace iráckého obyvatelstva, která stejně jako Syřani utíká před válkou. Program v tomto regionu neoperuje, díky proměnlivosti místní bezpečnostní situace. Pomocí třetího pilíře programu se pokouší zlepšovat úroveň místního zdravotnického personálu. Tato školení probíhají v České republice ve Všeobecné fakultní nemocnici a mají za cíl usnadnit jejich práci a zvýšit jejich znalosti v oblasti válečné medicíny. [36]

## 10 FINANČNÍ NÁKLADY PROGRAMU MEDEVAC ZA ROK 2015

V rámci své práce bych se měla zabývat finančními náklady programu MEDEVAC za rok 2015.

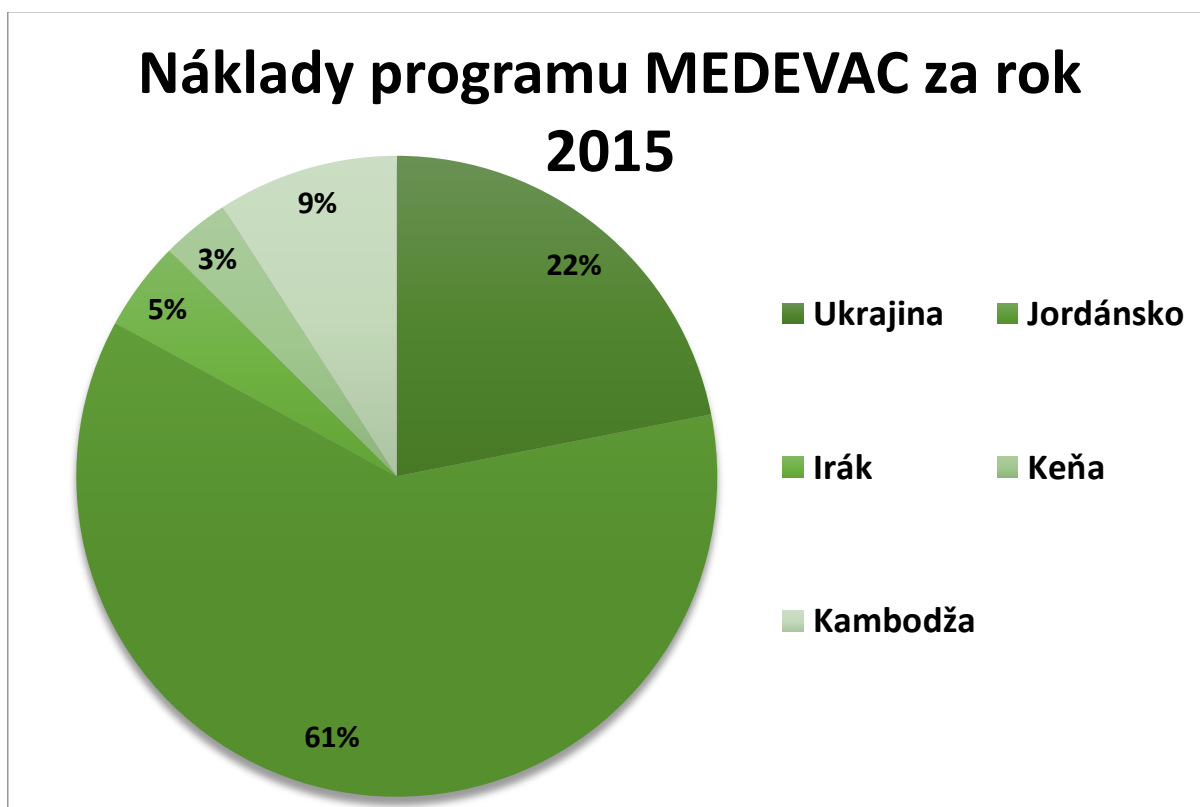
Program MEDEVAC procházel postupným vývojem, díky čemuž není snadné porovnávat jednotlivé roky z hlediska financí. Do roku 2015 program fungoval na základě systému ad hoc. Vyskytla-li se událost, která přinesla velké negativní dopady na konkrétní zemi, byl spuštěn program MEDEVAC. Poskytování humanitární pomoci se realizovalo na základě akutní potřeby. Od roku 2015 se prošel program transformací. Program fungoval na základě ročního plánu. Předem se vybraly země, které vyžadovaly zahraniční pomoc. Proplácení probíhalo na základě průběžných fakturací. Na začátku roku 2016 došlo k další změně, program MEDEVAC dostal podobu Stálého zdravotně humanitárního programu, který s sebou nese nejen jasný finanční rozpočet, ale i vytvoření pracovní skupiny, která má na starosti celou agendu. [36]

Proto jsem se rozhodla pracovat s finančními náklady z roku 2015, které se vyšplhaly k částce 31 863 943,35 Kč. Tento rok program MEDEVAC věnoval své síly pěti zemím, které byly na základě výběru zhodnoceny, jako nepotřebnější regiony z hlediska potřeby humanitární pomoci. V následující tabulce uvádím jejich výčet. Součástí tabulky jsou i finanční náklady a procentuální zastoupení jednotlivých zemí v programu. Tabulka je doplněna grafem, který pomáhá k přehlednější ilustraci. [55]

Tabulka 1 - Náklady programu MEDEVAC v roce 2015

[ [55], vlastní zpracování]

Náklady programu MEDEVAC v roce 2015		
Země	Náklady	Procentuální zastoupení
Ukrajina	6 979 695,45 Kč	22%
Jordánsko	19 445 659,85 Kč	61%
Irák	1 435 873,40 Kč	5 %
Keňa	1 092 291,63 Kč	3%
Kambodža	2 910 423,02 Kč	9%
<b>Celkem</b>	<b>31 863 943,35 Kč</b>	

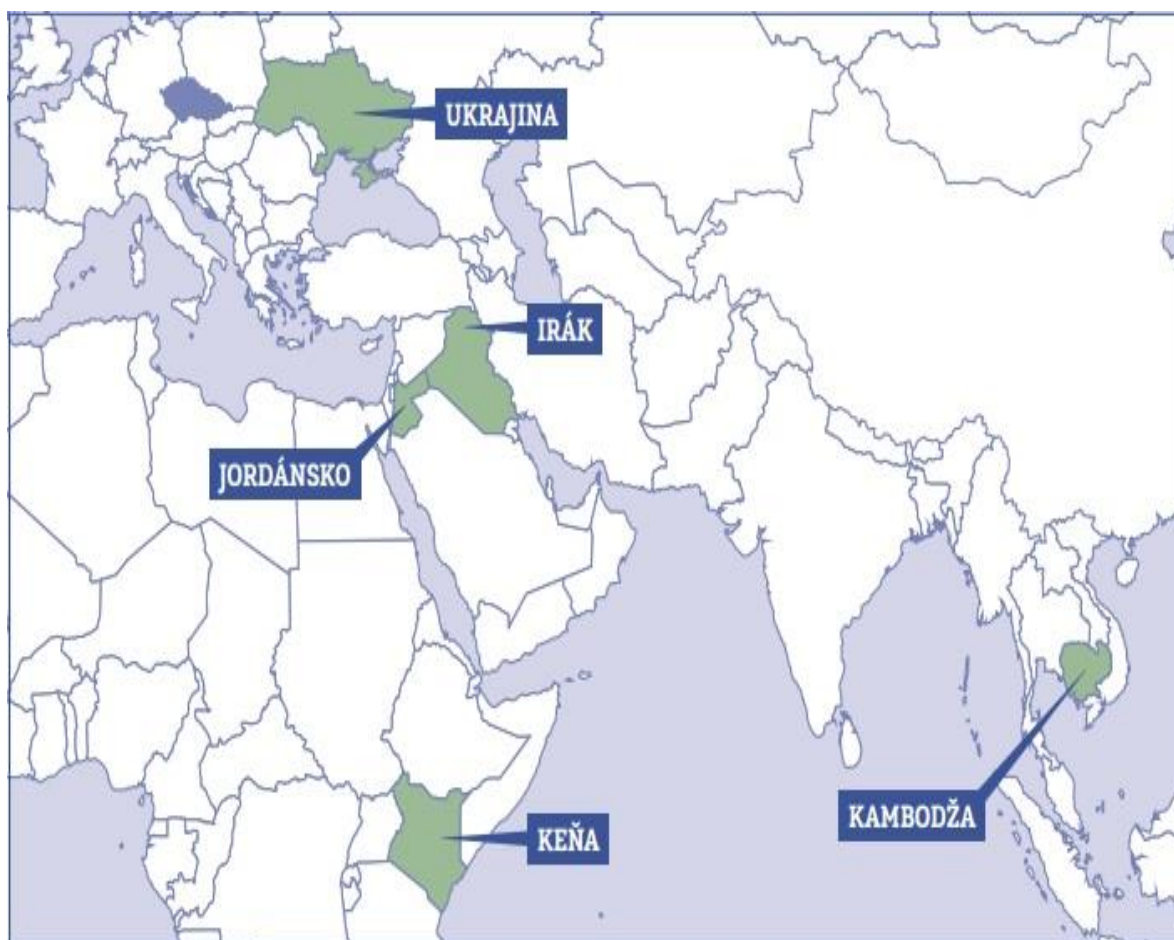


Graf 1 - Náklady programu MEDEVAC za rok 2015

[ [55], vlastní zpracování]

Z grafu jsou patrné nejvyšší náklady za rok 2015, které byly vyhrazeny Jordánskému království. Tato země se v současné době potýká s migrační vlnou, která díky jeho obdivuhodné stabilitě představuje relativně klidné místo pro většinu uprchlíků. Problémem je zdravotní péče, které nedokáže poskytnout pomoc pro všechny potřebné. Proto je podpora místního regionu prováděna v této výši. Další problémovou oblastí je Ukrajina. Tato země se potýká s válečným konfliktem, jehož následky na civilním obyvatelstvu jsou nepředstavitelné. Místní zdravotní systém nemůže poskytovat odpovídající zdravotní péči pro pacienty, kteří vyžadují více než jen akutní ošetření. Program MEDEVAC jim však tuto možnost dává a vybraným pacientům umožňuje návrat do běžného života. Irácká republika je v programu jedinou zemí, ve které se poskytuje humanitární pomoc formou třetího pilíře, tedy školením místního zdravotního personálu. I ta patří do výčtu zemí, které se v současné chvíli dotýká válečný konflikt. Díky nestabilitě regionu byla vyhodnocena, jako nejlepší možnost školit jejich zdravotní personál v ČR. Zbylé země jsou v programu již několik. Cílem je vytvoření fungujícího zdravotního systému, který by byl schopen zajistit dostatečnou pomoc všem potřebným, proto je míra jejich finanční podpory nižší než v zemích, které se potýkají s akutními problémy. [55]





Obrázek 1: Realizace programu MEDEVAC v roce 2015 [55]

## 11 SROVNÁNÍ EFEKTIVITY PŘEVOZU PACIENTŮ DO ČESKÉ REPUBLIKY A VÝJEZDŮ ČESKÝCH LÉKAŘŮ DO VYBRANÝCH ZEMÍ

Jedním z hlavních témat mé diplomové práce je srovnání dvou pilířů programu MEDEVAC. V rámci vývoje programu docházelo v průběhu let ke změnám v rámci prioritních řešení poskytování humanitární pomoci. Díky tomu jsem se rozhodla porovnat jednotlivé pilíře a pokusit srovnat jejich jednotlivé atributy.

Transporty vybraných pacientů do české republiky probíhají od roku 1993, kdy na základě jugoslávského konfliktu Česká republika přijala první pacienty v rámci programu MEDEVAC do české nemocnice za účelem ošetření jejich zranění a zajištění rekonvalescence. V těchto letech byl program vytěžován tímto směrem. Díky budování programu se časem vytvořili i jiné alternativy humanitární pomoci, ale do roku 2013 byla tato možnost tou nejčastější. Zejména z hlediska funkčnosti a dosahovaných výsledků. Transport do české republiky byl v počátcích programu zvolen zejména díky nestálosti v tamních zemích, které se ve většině případů potýkali s válečným konfliktem, který zasáhl i poskytovatele lékařské péče. V kapitole historie programu MEDEVAC jsem se snažila podrobně popsat celý vývoj a hlavně vysvětlit důvody jeho vzniku.

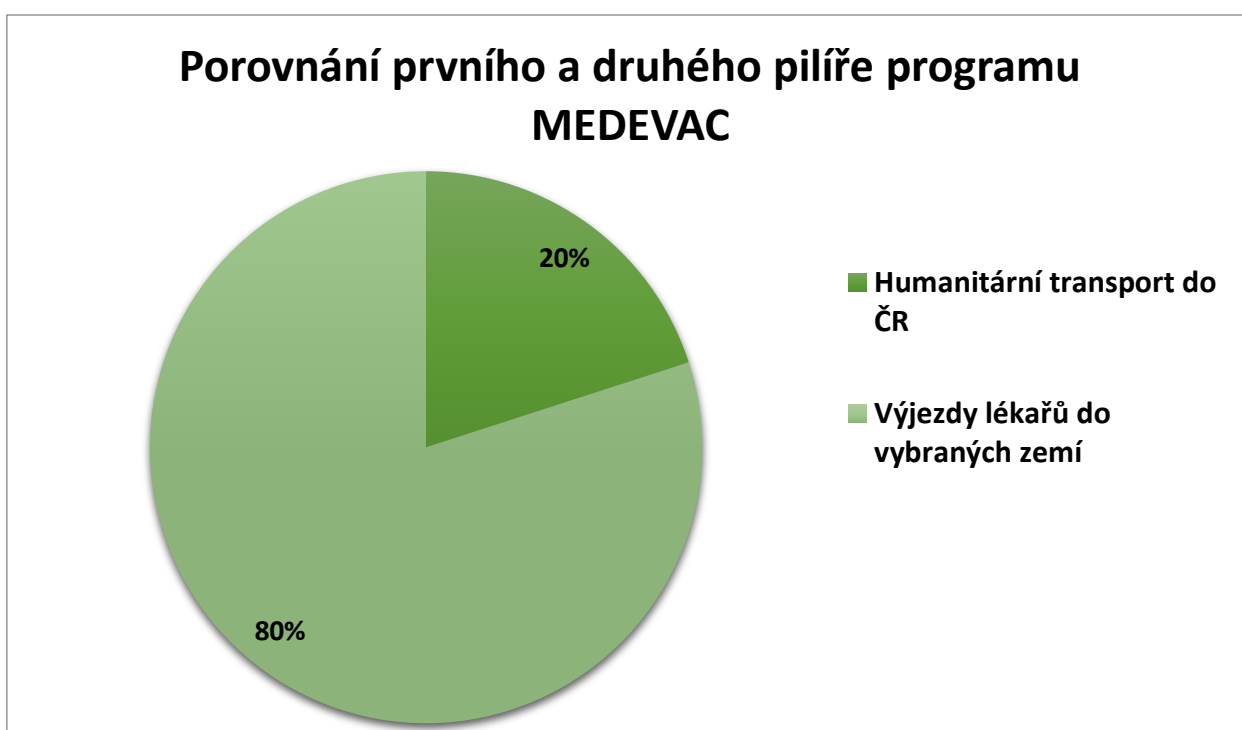
Od roku 2013 se česká republika začala zaměřovat na jiné možnosti poskytování humanitární pomoci, konkrétně formou léčebných výjezdů do vybraných zemí. Díky tomuto pilíři na programu začalo spolupracovat větší množství českých nemocnic, potažmo českých lékařů. Podstatu tohoto procesu jsem vysvětlila ve svých předchozích kapitolách, doplním je ve stručnosti, že jde o alternativu k léčbě v České republice, která je praktikována ve vybrané zemi na základě současného stavu a vzájemných vztahů mezi ČR a místní vládou. [36]

Tabulka 2 – Bilance zdravotně humanitárních transportů a lékařských výjezdů programu MEDEVAC

[ [36], vlastní zpracování]

ROK	POČET ZDRAVOTNĚ HUMANITÁRNÍCH TRANSPORTŮ	POČET LÉKAŘSKÝCH VÝJEZDŮ	ZEMĚ A DŮVOD OŠETŘENÍ
1993 -1994	17,00	0,00	Bosna a Hercegovina - válečná zranění
1998	40,00	0,00	Kosovo - srdeční vady a nefrologie
2003 -2005	42,00	0,00	Irák - popáleniny a srdeční vady
2005	1,00	0,00	Čečensko - neurologie
2006	10,00	0,00	Pákistán - fraktury, rozštěpy, srdeční vady a hypospadie
2008-2010	14,00	0,00	Afganistán - srdeční vady, popáleniny aortopedie
2009-2011	10,00	0,00	Kambodža - srdeční vady
2011-2012	20,00	0,00	Libye - srdeční vady a válečná zranění
2012	3,00	0,00	Barma - srdeční vady
2013	14,00	6,00	Sýrie – srdeční vady a válečná zranění; Jordánsko – srdeční vady
2014	39,00	36,00	Ukrajina - válečná zranění; Jordánsko - ortopedie, plastická a rekonstrukční chirurgie, dětská kardiokirurgie
2015	10,00	244,00	Ukrajina - válečná zranění; Jordánsko - dětská kardiokirurgie, ortopedie, plastická a rekonstrukční chirurgie, traumatologie, oftalmologie

2016	5,00	613,00	Keňa - srdeční vady; Ukrajina - ortopedie a neurochirurgie; Jordánsko - ortopedie, plastická a rekonstrukční chirurgie, oftalmologie, dětská kardiologie, traumatologie, ortopedie
<b>Celkem</b>	<b>225,00</b>	<b>899,00</b>	



Graf 2 – Porovnání prvního a druhého pilíře programu MEDEVAC

[ [36], vlastní zpracování]

Tabulka nám přesněji ukazuje vývoj programu v průběhu jednotlivých let. Mimoto vyčteme, které země byly vybrány a pro koho byla pomoc určena. Graf ilustruje výsledná čísla pilířů dosažená v průběhu let.

Nyní bych ráda popsala konkrétní důvody, proč v programu došlo ke změnám. Na základě zkušeností z 90. let dospěla česká vláda k názoru, že program pomáhá menšímu počtu lidí a využívají se k tomu relativně vysoké finanční prostředky. Proto se začalo pracovat na změnách, které do programu přinesly další pilíře a to výjezdy lékařů a školení lékařů nebo zdravotnického personálu. Díky tomuto systému mohl program začít pracovat efektivněji a využívat finanční prostředky více směry.

Porovnáme-li lékařský transport s výjezdy našich lékařů do zahraničí je na první pohled vidět obrovský rozdíl mezi dostupností poskytované péče. Výjezdy svou kapacitou daleko převyšují transportní formu pomoci. Primárním důvodem je finanční stránka věci. Na základě upřednostnění výjezdů našich lékařů do zemí zařazených do programu MEDEVAC dochází k ušetření za přepravu pacientů do ČR, jejich léčbu a za návrat do domoviny. Navíc je možné do programu zahrnout více lékařských profesí, které se do programu dříve nedostaly. Dalším důvodem je samozřejmě také změněná poptávka z řad zemí, které do programu vstoupily.

## 11.1 SWOT analýza výjezdů v rámci programu MEDEVAC

Tabulka 3 – SWOT analýza výjezdů v rámci programu MEDEVAC

[Vlastní zpracování]

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vládní podpora</li><li>• Stálý pracovní tým</li><li>• Vysoká kvalita poskytované lékařské péče</li><li>• Přátelské vztahy se začleněnými zeměmi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Odlišnosti místního prostředí</li><li>• Pracovní podmínky</li><li>• Potřeba kooperace na místě</li><li>• Rozpor mezi potřebou na místě a kapacitou</li></ul>
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"><li>• Skutečná pomoc potřebným</li><li>• Navázání spolupráce s místními lékaři</li><li>• Získání zkušeností našich týmů</li><li>• Pomoc s tvorbou lepšího zdravotnického systému</li><li>• Šíření dobrého jména ČR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Často politická nestálost v místních zemích</li><li>• Rozdílná kvalita následné péče</li><li>• Možnost nestandardního výběru místními úřady</li><li>• Hrozba nákazy</li></ul>

## 11.2 SWOT analýza zdravotně humanitárních transportů do ČR v rámci programu MEDEVAC

Tabulka 4 – SWOT analýza zdravotně humanitárních transportů do ČR v rámci programu MEDEVAC

[Vlastní zpracování]

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"><li>• Zázemí profesionálního pracoviště</li><li>• Zajištěnost odborného personálu</li><li>• Bezpečnostní stabilita ČR</li><li>• Zabezpečení úplného doléčení pacientů</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nákladná léčba</li><li>• Nákladný převoz</li><li>• Blokace lůžek pro místní občany</li><li>• Kulturní odlišnosti</li></ul>
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pomoc potřebným</li><li>• Získání odborných zkušeností</li><li>• Šíření dobrého jména ČR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Možnost nákazy</li><li>• Nepřízpůsobivost vybraných pacientů</li></ul>

## 12 MOŽNÁ RIZIKA PROGRAMU MEDEVAC

Na základě zkoumání jednotlivých pilířů programu MEDEVAC jsem se rozhodla uvést možná rizika plynoucí z jednotlivých možností poskytování humanitární pomoci.

### 12.1 Rizika spojená s pobytem zahraničních pacientů v rámci programu MEDEVAC v České republice

Mezi nejvýznamnější rizika spojená s pobytem zahraničních pacientů v českých nemocnicích je zejména odlišná reaktivita na infekční a virové onemocnění. Pomoc se většinou týká lidí, kteří jsou ze zcela odlišného prostředí než, ve kterém se pohybujeme my. S ohledem na odlišnou míru hygieny musí být tito pacienti nejdříve testováni na výskyt možných infekčních onemocnění, která by mohla ohrozit jak okolní pacienty, tak personál zmíněných nemocnic. Proto bývají nejdříve izolováni.

Dalším problémem je odlišnost v kulturních hodnotách. Často se k nám dostávají pacienti vyznávající islám. V případě dětí nejde o nic závažného, nicméně v případě dospělých vzniká zásadní problém. Dostane-li se do české nemocnice muslimka, kterou by měl léčit lékař nikoli lékařka, může dojít k dosti závažné kolizi. V rámci pravidel islámu není možné, aby jiný muž než člen rodiny, respektive manžel viděl muslimku odhalenou. Je pravda, že v rámci naší kultury nejde o problém snadno pochopitelný, ale zeptáme-li se na názor muslima, tak vám s určitostí řekne, že by raději nechal svou ženu, dceru, sestru bez pomoci než žít s touto hanbou.

U mužů, muslimů, vzniká naopak problém a to s akceptováním našeho ženského zdravotnického personálu. Tento problém se nejčastěji týká sester, lékařek případně dalších zaměstnanců nemocnic.



## **12.2 Rizika spojená s pobytem českých lékařů v cizích zemích v rámci programu MEDEVAC**

Při výjezdech českého zdravotnického personálu do cizích zemí je spojena celá řada rizik, které nelze přehlédnout. Pakliže je daná země vybrána poprvé a ještě s našimi odborníky nespolupracovala, jde mírně řečeno o skok do neznáma. Je samozřejmé, že před výjezdem probíhá komunikace s místními lékaři a koordinátory celého projektu, ale některé informace jsou nepřenositelné a naši pracovníci je musí poznat až na místě. Jde primárně o vybavenost nemocnice, místní pracovníky a kvalitu péče. Není možné předpokládat reálný stav v dané zemi. Jinak fungující systém má jiné priority a přináší jiná řešení lékařské péče. Proto je často nutná intenzivní komunikace s ohledem na zjištění okolností a průběhu léčby v dané zemi.

Častým problémem je skutečnost, že ve většině zemí, ve kterých program MEDEVAC operuje, chybí zdravotnický personál. Jde zejména o kvalifikované lékaře a zdravotní sestry. Lékaři mají často více úvazků a pendlují mezi různými nemocnicemi, proto je často problém získat skutečně validní informace o zdravotním stavu pacientů. Tento systém je uplatňován zejména kvůli podhodnoceným finančním odměnám v konkrétních zemích. Lékař je nucen tento stav akceptovat a řeší jej systém více úvazků.

Dalším problémem je chybějící komunikační znalost anglického jazyka u většiny zdravotních sester, díky čemuž je ztížené předávání informací o pacientech a hlavně není možné zajistit kvalitní systém zaškolování. Je samozřejmé, že problém je řešitelný pomocí překladatele. Často, ale není snadné nalézt někoho kvalifikovaného, kdo by uměl předávat informace se stoprocentní přesností. Nejčastěji se stává, že vedení nemocnice při zjištění chybějících znalostí cizího jazyka středního zdravotnického personálu povolá místní studenty medicíny, kteří znalostí anglického jazyka z větší části disponují a jsou dosazeni na post zdravotní

sestry. Díky tomu není možné zaučit skutečně povolané pracovníky, kteří by mohly zvyšovat svou odbornost a zabezpečit zkvalitnění péče o pacienty.

Dalším reálným problémem je vybavenost zdravotnických zařízení v regionech, které jsou zařazeny do programu MEDEVAC. Často se můžeme setkat se skutečně nedostatečně zajištěným prostorem, který by vyhovoval podmínkám kvalitní lékařské péče, na kterou jsme zvyklí z českých nemocnic. Naštěstí se rok od roku tento stav zlepšuje a dochází k odstranění leckterých nedokonalostí. Příkladem za všechny je zastaralé vybavení nebo nedostatečný důraz na hygienické normy. Je-li operační sál označen jako sterilní není možné, aby dveře, které do něj vedou, netěsnily a profukoval jimi vzduch z chodby. Nelze si ovšem myslet, že tento stav je stejný ve všech zdravotnických zařízeních napříč celým programem. Jde jen o často se opakujících chyby, které se musí v průběhu let odstraňovat.

## 13 VYJÁDŘENÍ ÚČASTNÍKŮ PROGRAMU MEDEVAC

Tuto kapitolu věnuji sdělením, které mi poskytli přímí účastníci programu MEDEVAC. Na základě malého počtu a rozmanitosti řešení problematiky nebylo možné zpracovat statistické vyhodnocení. Byla jsem velmi ráda, že při přímém kontaktu s takovými bary, jako je profesor Tláskal a další byla společná konverzace velmi uvolněná a všichni oslovení byli nadmíru sdílní. Jejich zkušenosti a přímé zážitky mi umožní přinést do své práce i skutečně reálné informace, které jak doufám, dokreslí hlavní myšlenku celého programu, potažmo mé práce.

Sdělení mi poskytli pan doktor Burget z Všeobecné fakultní nemocnice (VFN), pan profesor Tláskal z Fakultní nemocnice Motol, pan doktor Gebauer a paní doktorka Banžuchová z Fakultní nemocnice Motol, pan doktor Molitor z Nemocnice na Bulovce a jordánský lékař Walthed Al-Qsous z Ammánské nemocnice. Za další zdravotnické obory mi poskytli vyjádření dvě skvělé ženy paní bakalářka Nikola Hrušková z pohledu zdravotní sestry z Fakultní nemocnice Motol a paní magistra Petra Nováková z pohledu fyzioterapeutky z Všeobecné fakultní nemocnice. Při rozhovorech jsem pokládala předem připravené otázky, ale ve výsledku jsem byla ráda, když konverzace probíhala spíše nahodile a jejich sdělení byla přirozená s mírným korigováním z mé strany.

### 13.1 MUDr. Filip Burget

MUDr. Filip Burget je lékařem první chirurgické kliniky hrudní, břišní a úrazové chirurgie Všeobecné fakultní nemocnice. V rámci programu zastává roli koordinátora za VFN, potažmo lékaře. Na programu MEDEVAC spolupracuje od roku 2011. Byl osloven vedením fakultní nemocnice, když projevil zájem vyjet na výjezd Lékařů bez hranic, aby se přidal k programu MEDEVAC. Dle slov pana doktora byla VFN první civilní nemocnicí, která se podílela na programu.

Mezi klady, které pan doktor považuje za stěžejní, je zejména pomoc potřebným. Jeho slovy: „sice jde jen o kapku v moři, ale každá kapka je dobrá“. Z hlediska své zkušenosti vidí klady v programu MEDEVAC zejména v tom, že se zaměřuje na pacienty, kteří sice neřeší akutní problém, ale jejich zdravotní obtíže jim znemožňují vést normální život. Oproti Lékařům bez hranic nebo nemocnicím Červeného kříže, kteří ze své podstaty mají čas jen na řešení akutního stavu.

Z pohledu pana doktora má program zápory ve své politické danosti. Země programu jsou určeny vládou ČR. Proto výjezdy do jiných zemí, které jsou na tom ze zdravotního hlediska stejně špatně, nepřichází v úvahu. Příkladem je například Libanon, který stejně, jako Jordánsko přijímá uprchlíky ze Sýrie, ale z hlediska mezinárodní politiky se v této zemi ČR nechce angažovat. Dalším záporem, který vidí ze svého pohledu lékaře je jasná předurčenost pacientů. Program MEDEVAC ošetřuje výhradně civilisty. Dle jeho slov jeho, jako lékaře ve chvíli, kdy má pomoci nezajímá, jestli je jeho pacient příslušníkem islámského státu, jde mu jen o jeho záchranu života.

Má další otázka směřovala na jeho nejsilnější zážitek, který v rámci programu získal. Jednoznačně šlo prý o návštěvu tábora v Zaatari, který leží na hranici mezi Jordánskem a Sýrií. Lidé zde žijí v otřesných podmínkách, které si my, lidé zvyklí na tekoucí vodu a elektřinu, neumíme ani představit. Jde o natolik silný zážitek, který v něm evokuje pokoru a vděčnost za všechno, co mu život nabízí. Prý by rád tento tábor „indikoval každému, aby si začal vážit věcí, které my máme a oni ne“.

Zajímala jsem se také o možnou provázanost mezi programem MEDEVAC a Lékaři bez hranic. Z jeho pohledu prý částečná je. Nejde o oficiální kontakt, ale stávají se případy, kdy operoval člověka, který v minulosti prodělal akutní lékařské ošetření u Lékařů bez hranic. Je jasné, že Lékaři bez hranic nemohou zakládat oficiální spolupráci s vládním programem. Jejich organizace má ve své chartě klauzuli o své nestrannosti.

V Jordánsku má program MEDEVAC velmi silnou podporu. Dle jeho zkušeností se jednotlivé výjezdní lékařské skupiny střídají zhruba po měsíci. Mezi syrskými uprchlíky se již tato forma pomoci rozkřikla a nyní jsou velmi rádi za možnost získat tuto formu humanitární pomoci. V rámci předvýběrů se může sejít až 200 uchazečů, ze kterých je nakonec vybráno 20 pacientů. Předvýběry probíhají ve spolupráci s místními lékaři, kteří, dle slov pana doktora, znají schopnosti a možnosti našich českých odborníků a proto v rámci prvního síta vyloučí uchazeče, kteří z podstaty své diagnózy nemohou být možnými adepty.

Kulturních odlišností si je vědom, ale nikdy neprožil při výjezdech žádný zážitek, který by v něm zanechal, vysloveně, negativní dojem. Jediné na co si vzpomíná, byla zkušenosti s pacienty z Lybie, kteří při příjezdu do české republiky nebyli schopni respektovat český zdravotnický personál. Faktem je, že náboženská odlišnost s sebou nese určité třecí plochy. Muslim při probíhajícím Ramadánu nemůže pozřít žádnou potravu od východu do západu slunce, což je v případě, jde-li o pacienta po těžké operaci skutečný problém. Nedostatečná výživa a absence léků ohrožuje celý výsledek operace. [56]

### **13.2 MUDr. Roman Gebauer a MUDr. Žaneta Bandžuchová**

Mým dalším zpovídaným odborníkem byl primář dětského kardiokirurgického oddělení Fakultní nemocnice Motol. K mé veliké radosti se k nám připojila i jeho kolegyně, se kterou prožil většinu svých výjezdů v rámci programu.

Pan doktor Gebauer na programu spolupracuje již od jeho začátků, kdy program probíhal na principu převozu pacientů do českých nemocnic. Dle slov pana doktora se v současnosti program transformuje a z hlediska efektivnosti se vybraní pacienti léčí v místě jejich pobytu. „*Jde o drahý program, který za hodně peněz umožní odoperovat málo lidí v našich nemocnicích.*“ [57] Proto je rád, že změna způsobu provádění programu přinesla více ošetřených pacientů.

S paní doktorkou se shodnou na společné myšlence. Snaha o zajištění pomoci ve vybraných zemích, ve kterých by rádi pomohli zavést nový systém zdravotní péče, který by svou kvalitou a efektivitou obsáhl poptávku po zdravotní péči. Je faktem, že se přístup liší stát od státu. Například Jordánsko a Keňa, dle jejich slov, mají zcela odlišný přístup k věci. Jordánci svůj program měnit ve výsledku moc nechtějí. Tím, že je primární pomoc poskytována syrským uprchlíkům, Jordánsko netouží měnit svůj současný stav. Naopak v Keni se již několik let s pomocí našich odborníků snaží vytvořit nový systém zdravotní péče.

Výběr pacientů do programu probíhá ve spolupráci s místními lékaři, například v Jordánsku s nimi spolupracuje velmi šikovný kardiochirurg, který oplývá znalostí uprchlických táborů a hlavně udržuje kontakt s dalšími místními lékaři, kteří mu umožňují vyhledávat vhodné kandidáty pro program. V Jordánsku neoperuje jen česká verze programu, ale také jiné, například americká. Díky tomu je nutné, aby měl vybraný lékař seznam uchazečů, kteří potřebují zajistit medicínské ošetření. Čeští lékaři nemají šanci provést výběr samostatně. Jejich znalost prostředí a místních poměrů není dostatečná.

Bohužel v samotném výběru shledávají oba lékaři úskalí. Díky nemožnosti ovlivňovat výběr samotný musí spoléhat na místní lékaře, kteří, jak doufají, provádějí výběr transparentně a možné uchazeče vybírají z pohledu jejich diagnózy nikoli jiných podružných důvodů. Na možnost zapojit se do programu čekají v některých zemích i tisíce lidí. Dalším možným nedostatkem programu vidí oba v tom, že jde o program státní, který může být zrušen s příchodem nové vlády. Poslední negativum tohoto programu oba vidí v absenci dostatečného logistického pokrytí programu.

Pozitivum tohoto programu vidí v možnosti dát lidem šanci na přežití. Většina obyvatel vybraných zemí by bez tohoto programu neměla žádnou šanci na přežití, respektive nemohli by vést normální život.

Propojení programu MEDEVAC v rámci tohoto lékařského zaměření s Lékaři bez hranic není možné. Všechny operace, které MEDEVAC provádí, jsou natolik časově náročné, že se Lékařům bez hranic nedostává časové ani profesní kapacity k jejich léčbě.

Velmi mě překvapila informace, že většina lékařů pracujících v zemích, které jsou navštěvovány v rámci programu, nemá jedno stálé místo. Lékaři jsou často zaměstnáni na částečný úvazek ve více nemocnicích mezi, kterými pendlují. Jejich působení je ovlivněno jednak počtem pacientů a jednak odměnou, kterou za svou práci dostanou. Ve většině zemí, které pan doktor navštívil, se o veřejném zdravotním pojištění lidem může, tak leda zdát. Své operace si ve většině případů musí zaplatit z vlastních zdrojů.

Navrhovanou změnou, kterou se mi snažili v rámci naší schůzky pan doktor s paní doktorkou interpretovat je vytvoření programu, který by stál na pomezí mezi státním a nestátním programem. Získával by finance, jak od státu, tak od soukromých dárců. V rámci tohoto programu by byla zajištěna logistická, tak medicínská stránka. Tudiž by ve vybraných zemích mohla probíhat kvalitní logistická příprava. Konkrétně by mělo jít o zjištění možností vybavení, zajištění kontaktu s místními lékaři i dalšími obyvateli a v neposlední řadě jasná domluva financování. Zjistit veškeré informace o možnostech místních nemocnic z hlediska zásobování lékařským materiálem. Díky tomu by byla možnost ušetřit zdroje a možnost zajistit další financ na léčbu dalších pacientů. Tento systém již zvládá americká verze tohoto programu. Logisticy jejich programu provedli analýzu trhu v rámci vybraných zemí a vyhodnotili zdravotnický materiál, který je lepší do země přivést a který je lepší objednat v dané zemi. Díky tomu mohli dospět ke snížení nákladů a posílit tak kapacity pro poskytování lékařské péče. [57] [58]

### 13.3 Prof. MUDr. Tomáš Tláškal, CSc.

Profesor Tláškal je jedna z našich největších kapacit v rámci kardiochirurgie. Jeho zkušenosti a znalosti jsou natolik odzbrojující, že jsem velmi vděčná za jeho ochotu odpovídat na mé otázky.

Na programu MEDEVAC spolupracuje od samého počátku. Má zkušenosti již z předlistopadových dob. Například při budování nemocnice v Havaně, na které spolupracoval zhruba rok. V rámci polistopadové spolupráce se připojil k programu MEDEVAC od jeho počátku. Nejprve se všichni pacienti zařazení do tohoto programu vozili do českých nemocnic. Ovšem v průběhu let byla zjištěna větší efektivita v rámci výjezdů lékařských týmů. On sám byl na osmi výjezdech, 4x v Jordánsku, 3x Kambodže a jednou v Maroku.

Hlavním tématem v rámci programu MEDEVAC vidí v zajištění adekvátních podmínek pro provedení úspěšné operace. Není výjimkou, že většina nemocnic ve vybraných státech nesplňuje standart z hlediska hygieny a vybavení, ale často s k němu minimálně snaží přibližovat. Je jasné, že operace, která se sebou sama o sobě nese riziko, není proveditelná v podmínkách, které nesplňují hygienická pravidla. Proto je rád, když se rok od roku v některých vybraných zemích podmínky zlepšují a oni skutečně reagují na podněty, které jim naši zdravotníci předávají. Jejich denní harmonogram při výjezdech obsahuje 1-2 operace. Bavíme se o několika hodinách na operačním sále. Nejčastěji řeší vrození srdeční vady.

Má obvyklá otázka směřovala ke kladům a záporům tohoto programu. Profesor Tláškal vidí velké plus v dobré organizovanosti programu. Provázanost jednotlivých subjektů prý funguje uspokojivě. Nicméně mu zcela nevyhovuje přílišná politická provázanost spojená s výběrem jednotlivých lokalit. Navíc by uvítal, kdyby se domluva mezi lékaři z ČR a lékaři vybrané země mohli domlouvat po vlastní ose. Došlo by tak k urychlení a zefektivnění celého procesu.



Kulturní odlišnosti, které se pana profesora přímo dotkly, vyplývají z odlišné úrovně hygienických návyků. Pro nás je nemožné, aby pacienti posedávali na nemocničních chodbách nebo aby dveře, které mají oddělovat sterilní sál od zbytku nemocnice, nedoléhaly. Pro valnou většinu zemí, které navštívil, to představovalo standart.

Případy, které má pan profesor stále v hlavě, jsou většinou ty, které nešli dle jeho slov úplně hladce. Ať již z hlediska průběhu samotné operace nebo pooperační péče. Vzpomněl si na dva případy, které jej takto zasáhly. První je případ z Jordánska, kdy pacient z hlediska neodborné pooperační péče utrpěl vážné poškození. Na základě špatného vyhodnocení bylo toto dítě extubováno předčasně a místní lékař nevnímal příznaky, které dítě vykazovalo. Naštěstí i tak vše dobře dopadlo a nedošlo k žádným dlouhodobým dopadům. Je pravdou, že rekonvalescence se musela o dost prodloužit, ale hlavní je výsledek. Druhým případem je úmrtí dvou dětí v marocké nemocnici. Bohužel opět zaviněno neodbornou pooperační péčí. Pan profesor nechce primárně vinit místní zdravotnický personál, vidí pochybení i na své straně, ale jak dodává, není možné, aby naši pracovníci byli přítomni v nemocnici 24 hodin denně. Je potřeba se však poučit a snažit se je vzdělávat. Je samozřejmostí, že těchto případů je skutečně minimum a převažují ty, které přináší radost. A to je ten nejlepší výsledek. [59]

### **13.4 MUDr. Martin Molitor**

Pan doktor Martin Molitor je dalším významným lékařem zapojeným do programu MEDEVAC. V současné době pracuje v Nemocnici na Bulovce a na částečný úvazek ve VFN.

V rámci programu funguje jako člen týmu plastické chirurgie, který provádí rekonstrukční operace u lidí, kteří prošli válečným konfliktem, a jejich zranění mělo devastující dopady. Na programu MEDEVAC pan doktor poprvé spolupracoval v roce 2014 a do teď se zúčastnil šesti výjezdů. Hlavním důvodem,

proč začal v programu působit je vlastní zájem a ochota za cenu ztráty vlastního pohodlí pomáhat lidem, kteří tuto pomoc potřebují.

Hlavní úkoly, které obnáší spolupráce na programu MEDEVAC jsou zejména tři. Zorganizovat si vlastní pracovní program, abych mohl v daný čas odjet, dále zorganizovat si vlastní pracovní tým, který si pan doktor poslední dobou udržuje ve stejné podobě. Posledním úkolem je splnění medicínského zadání ve vybraném místě. Konkrétně se jedná o výběr pacientů, které vybírá ve spolupráci s místním lékařem, který vytvoří seznam potenciálních pacientů. Pan doktor Molitor si je pak sám projde a vybere pacienty, které je schopen ve spolupráci se svým týmem odoperovat a zajistit jim adekvátní péči.

Moje další otázka směřovala k hodnocení kladů a záporů programu. Pan doktor vyzdvihuje samotnou existenci programu, jako takového, který na základě vývoje za dlouhou dobu fungování má dostatečně vybudovanou organizační i personální strukturu, tudíž program může plnit všechny své cíle. Záporům programu je velká byrokratická zátěž, která je přítěží pro všechny zúčastněné. Nejde však o problém, který by se týkal jen programu MEDEVAC, ale v současné době jde o fenomén často omílaný.

Otázka, zda je poskytovaná pomoc dostatečná není snadné odpovědět. Záleží na úhlu pohledu. Hodnotíme-li možnosti České republiky, z hlediska finančního a personálního, tak nejspíše ano. Velkým superlativem je neustálý vývoj celého programu. Díváme-li se na tuto otázku z pohledu lidí žijících v krizových oblastech, jde spíše o kapku v moři, která sice pomůže, ale nespasí.

Pana doktora jsem se také ptala, co mu tato pomoc přinesla. Rozhodně ho prý obohatila odborně. Při svém působení viděl spoustu lidí, kteří byli postiženi takovými diagnózami, že rozum zůstával stát. Mimoto pana doktora působení v programu obohacuje také lidsky, neboť v naší zemi žijeme pokojně a komfortně

natolik a občas zapomínáme, že jde o skutečně velký dar. A nakonec poznává velmi schopné a altruistické lidi, kteří jsou pro něj inspirací i příkladem.

Otázka na závěr směřovala na jeho potřebu něco změnit v rámci programu. Pan doktor by prý potřeboval zvýšit počet hodin v rámci dne a počet dnů v rámci týdne, protože jediné, co jej brzdí je jeho pracovní vytíženost. [60]

### **13.5 Mgr. Petra Nováková**

Dalším členem programu MEDEVAC je paní magistra Petra Nováková. Fyzioterapeutka VFN v Praze. Její pohled pro mě byl cenný jak z odborného hlediska, tak z pohledu ženy.

Do programu vstoupila v roce 2011, kdy byli do VFN přijati pacienti z Libye. Jejich první kontakt s našim zdravotnickým personálem nebyl úplně jednoduchý. Díky kulturním odlišnostem bylo z počátku těžké s nimi navázat bezproblémový kontakt. Představa, že muslima bude ošetřovat žena, před kterou se bude muset svléct, byla dle slov paní magistry dosti problematická. Naštěstí se díky delšímu procesu léčby mezi nimi dokázal vytvořit relativně korektní vztah založený na vzájemné úctě. Mezi její další pacienty, u kterých se paní magistra podílela na léčbě, byli Syřani a v neposlední řadě Ukrajinci. Všichni tito pacienti byli převezeni do české republiky na základě svých vážných poranění, které by se v jejich domovině těžko úspěšně řešily.

Na podzim roku 2016 paní magistra poprvé vyjela s programem MEDEVAC, konkrétně do Jordánska. V ammánské nemocnici se starala o vybrané pacienty. Většina z nich primárně prodělala operační zákroky chirurgů z VFN a ty vyžadovaly následnou rehabilitační péči. Zbylí dva pacienti docházeli na rehabilitaci ambulantně. Má další otázka směřovala i k možnostem výběru pacientů, které paní magistra měla ve své péči. Výběr je však totožný, jako u lékařských oborů. Předvýběr je proveden místním lékařem, který vyčlení seznam

pacientů, kteří splňují požadavky našich týmů a v poslední fázi dochází k finální selekci přímo našimi lékaři, kteří nejen vidí pacienta naživo, ale dokáží vyhodnotit, zda je jeho stav skutečně natolik závažný, že vyžaduje tuto formu pomoci. Většina místních lidí zapojených do programu cítí nejen velkou vděčnost, ale jsou schopni velmi rychle přijmout léčebné podmínky. Paní magistra dodává, že je třeba akceptovat i jejich kulturní zvyklosti a hledat vzájemný konsenzus.

Mezi klady tohoto programu počítá skutečnost, že tento program dává možnost zajistit lidem možnost žít lepší a naplněnější život. Paní magistra je také nadšena, že se program MEDEVAC zaměřuje na komplexní péči o traumata, která obsahuje nejen operační léčebnou péči, ale i následnou pooperační, která je vzájemně provázána s adekvátní formou rehabilitace.

Definování záporů programu MEDEVAC dělalo paní magistře mírné problémy. Na první pohled je dle jejích slov program funkční a jeho činnost přináší uspokojivé výsledky. Nicméně při hlubším zamyšlení dospěla k názoru, že někteří pacienti by potřebovali delší formu rehabilitace, která při současné podobě programu není možná. Při složitějších operacích by rehabilitační péče měla být počítána na měsíce nikoli dny z důvodu dosažení adekvátního výsledku. Při jednodušších operacích je, ale současná forma dostačující.

Naším posledním tématem byly nejsilnější zážitky, které jí program MEDEVAC přinesl. Forma rehabilitační péče je z hlediska času skutečně náročná. Kontakt s pacientem je uskutečňován minimálně dvakrát denně, proto se vzájemné kontakty s pacienty utužují relativně rychle. Paní magistra zmínila, že někteří pacienti jí dovolili nahlédnout do svého soukromí a ona mohla slyšet a vnímat, jak normálně žijí, co dělají jejich děti nebo se naučit pár arabských slovíček. Na což dle jejích slov asi nikdy nezapomene. [61]

## 13.6 Bc. Nikola Hrušková

Na paní bakalářku Nikolu Hruškovou jsem dostala kontakt od pana profesora Tlaskala, který s ní již několikrát vyjel v rámci programu na zahraniční misi. Její primární zaměření je sestra pro intenzivní pooperační péči dětského kardiochirurgického oddělení fakultní nemocnice v Motole.

Na programu spolupracuje od roku 2015, kdy poprvé vyjela do kambodžské nemocnice v Calmette. Od tohoto roku se stala jejím stálým členem léčebného týmu. Jejich primárním úkolem jsou operace vrozených srdečních vad u dětských pacientů. Paní bakalářka má za úkol zajistit bezproblémový pooperační průběh operovaných dětí na jednotce intenzivní péče. Kde se mimo jiné snaží místní personál edukovat a vést supervize, aby dosahovali lepších výsledků. Díky nedostatečným zkušenostem s operacemi dětských pacientů je místní personál nezkušený, a proto je dle slov paní bakalářky nutné jejich intenzivní proškolení.

Z pohledu paní bakalářky je volba humanitární pomoci formou operací srdečních vad výhodná pro obě strany. Pacienti jsou při správné diagnostice vystaveni operačnímu zákroku jen jednou a zlepšení jejich kvality života se dostavuje po velmi krátké době. Navíc lékařský personál má možnost pomoci více potřebným.

Mezi plusy programu zařazuje zejména pomoc lidem, kterým by za současných podmínek v dané zemi nemohla být umožněna kvalitní léčba. Mimoto upozorňuje, že program MEDEVAC plní i funkci určitého mentora na cestě za zlepšením lékařské péče. Díky edukaci, která přichází od všech členů léčebného týmu se znalosti a samotná úroveň léčby neuvěřitelně zlepšuje. Samotná neznalost je dle jejích slov i jedním z mála negativních stránek programu. Díky ní byly první výjezdy trochu komplikované a někdy přinesly i negativní dopady. Zejména v rámci pooperační péče.

Možné zlepšení nebo změny v programu uvádí a je vidět, že nad nimi již několikrát přemýšlela. Ráda by, aby došlo ke zlepšení ohledně edukačních mechanismů u sester. Na základě její současné zkušenosti by ráda dospěla k přijetí nových směrnic, kterými se sestry v Kambodži řídí. Tyto směrnice byly vytvořeny ve spolupráci s francouzským programem v roce 1994. Nicméně v posledních letech došlo k radikálním změnám v rámci ošetrovací péče, která vedla nejen k zavedení nových postupů, ale i k ušetření času a umožňuje, tak sestřím zajistit lepší a promyšlenou péči o pacienty. Další možnosti vidí ve vytvoření samostatného ošetrovatelského humanitárního projektu. Jehož úkolem by byla intenzivní edukace a vzdělávání místních sester ve všeobecných ošetrovatelských postupech, které by se samozřejmě daly využít u všech svých pacientů. Tato forma humanitární pomoci je v zahraničí zcela běžná a přináší vynikající výsledky i z finančního pohledu. Samotný projekt založený na této pomoci je o dost levnější než projekty založené na operačních řešeních.

Závěrem uvádí, že je velmi ráda, že v samotném projektu může figurovat a přispívat k lepšímu ošetrovatelskému stavu ve vybraných zemích. [62]

### **13.7 MUDr. Walthed Al-Qsous**

Na XXIII. pražských chirurgických dnech byl jedním z probíraných témat program MEDEVAC. Při této příležitosti do České republiky zavítal i jordánský lékař, který se podílí na výběru jednotlivých pacientů zařazených do programu MEDEVAC. MUDr. Walthed Al-Qsous vystudoval v Praze medicínu a nyní pracuje v nemocnici v Ammánu. Rozhodla jsem se do této kapitoly zařadit i jeho zkušenosti s programem. Jde o část rozhovoru, který poskytl pro odborný lékařský časopis Zdraví a medicína. *„Provést ovšem musím i rozvahu nad prognózou z hlediska, které by zdravotníci u vás brát v potaz do té míry většinou nemuseli. Jde totiž i o to, zda jednorázově provedený zákrok nebude nezbytně potřebovat další zásah. Pacient už by na něj pravděpodobně nedosáhl. Jsem ortoped i chirurg, takže nastoupím na sál, když chybí ,třetí*

*ruka'. A také přebírám pacienty, kteří jsou po operacích hospitalizováni ještě po odjezdu vašich lékařů. Nedávno jsem například při závěrečném vyšetření k ukončení hospitalizace zachytil a nechal doléčit pacientku, kterou po endoprotéze kolena postihla embolie. Já si pomoci, kterou u nás vaše týmy poskytují, nesmírně vážím. Příjemci jsou opravdu ti nejpotřebnější a jsou to lidé, kteří by jinak neměli šanci, tím méně dostat se do rukou tak kvalitním lékařům, jako jsou ti vaši. Přiznávám, že jsem MEDEVAC obětoval už hodně práce i času, ale rozhodně toho nelituji“ [63], bez jeho pomoci by program neměl takové výsledky.*

## 14 DISKUZE

Má diplomová práce je zaměřena na zkoumání programu MEDEVAC. Jde o program, který poskytuje humanitární pomoc potřebným. [36] Pro lepší ilustraci jeho jedinečnosti jsem se rozhodla v teoretické části popsat nejen program samotný, ale vybrala jsem si dalšího poskytovatele humanitární pomoci, Lékaře bez hranic, který má sice stejný cíl, ale jiné prostředky. [45]

Program MEDEVAC je státní program financovaný vládou České republiky. Oproti tomu Lékaři bez hranic sbírají své finance pomocí fundraisingu. Program MEDEVAC je zaměřen na cílenou pomoc civilnímu obyvatelstvu ve vybraných regionech. Jeho pomoc stojí na čtyřech pilířích, které se starají o poskytování komplexní pomoci. Nejčastěji program funguje na prvních dvou. Provádění operačních zákroků, které buď nejsou v místních poměrech proveditelné nebo na ně nestačí odbornost místního personálu. Naši lékaři řeší operační zákroky, které nespádají do kategorie akutních obtíží. Například jde o operace dětských pacientů se srdečními vadami. [36]

Lékaři bez hranic se zabývají pouze poskytováním pomoci ve vybraných zemích. Jejich hlavním úkolem je řešit akutní problémy místního obyvatelstva. V jejich stanovách nefigurují žádné podmínky, kterými by byli vybíráni pacienti. Jejich pomoc je určena, jak pro civilní obyvatelstvo, tak pro aktivní bojovníky. Program MEDEVAC je prováděn v místech, kde není ohrožena bezpečnost našeho zdravotnického personálu. Pakliže, je v zemi aktivní válečný konflikt nebo probíhá-li přírodní katastrofa, jsou členové výjezdního týmu umístěni v místě, kde nehrozí jejich přímé ohrožení. Lékaři bez hranic se přímo zapojují v místě konfliktu. Jejich hlavním úkolem je snižovat fatální dopady. Jako ilustraci uvádím traumacentrum v afgánském Kunduzu, které leželo přímo ve válečné zóně. Lékařům, kteří v této nemocnici působili, často zněla střelba ze zbraní přímo za branami nemocnice. Naneštěstí byla tato nemocnice zničena při americkém náletu



v roce 2015. Zahynulo při něm 30 lidí, včetně lékařů. Vyšetřování celého incidentu stále probíhá, ale podle generála Campbella to byl tragický omyl, tudíž že nešlo o záměrnou akci ze strany amerických vojenských sil. [45]

Další rozhodujícím faktorem odlišnosti mezi oběma subjekty je délka působení. Program MEDEVAC působí na misích zhruba týden až deset dní. Jejich péče je poskytována pacientům, kteří jsou vybíráni na základě závažnosti jejich zdravotního stavu. Samotný výběr probíhá ve dvou kolech. Předvýběr provádí místní lékař a finální rozhodnutí přebírají naši odborníci. Tento postup se aplikuje v případě, že jsou týmy vysílány přímo do vybraného státu. Je-li zdravotní stav pacienta natolik závažný, že léčba v místní nemocnici nemá pozitivní vyhlídky, převáží se do vybraných nemocnic v České republice. V tomto případě probíhá konečný výběr na dálku pomocí elektronické komunikace mezi místním lékařem a naším týmem. [36] Lékaři bez hranic možností převozu nedisponují, proto jsou jejich jedinou možností operace v místních nemocnicích, případně v zařízeních, které si sami vybudují. Délka pobytu se pohybuje od několika týdnů po měsíce. Jejich péče je určena pro široký okruh pacientů, od novorozenců po nejstarší pacienty. [45]

Zajímavou odlišností je i logistika obou subjektů. Program MEDEVAC, konkrétně výjezdy do vybraných zemí, zabezpečuje naše ministerstvo vnitra ve spolupráci s místním velvyslanectvím, které jim pomáhá navazovat spolupráci s místními nemocnicemi a lékaři. Na delší a podrobnější logistický průzkum v dané zemi nezbyvají finance ani personál. [36] U Lékařů bez hranic je průzkum v místě nezbytností. Zaměřují se na poznání místních poměrů, lékařské péče (je-li nějaká) případně na dostupnosti materiálu a v neposlední řadě na personální možnosti. [45]

Výběr lokalit programu MEDEVAC je realizován v zemích, které jsou vybrány jednak na základě jejich špatného stavu zdravotnictví a také na základě vztahu

mezi konkrétní zemí a Českou republikou. [36] Lékaři bez hranic si volí zemi jen na základě jejich špatného stavu zdravotnické pomoci. [45]

Doufám, že díky tomuto srovnání bude možné ocenit a pochopit ojedinělost programu MEDEVAC, jako takového.

Ve své práci jsem definovala jedinou hypotézu. Výjezdy českých lékařů do vybraných zemí jsou efektivnější než zdravotně humanitární transport do ČR, respektive druhý pilíř programu MEDEVAC je efektivnější než první pilíř. Na jejím základě jsem se snažila zkoumat jednotlivé zdroje informací a vyhodnocovat zda jde o pravdivou či nepravdivou domněnku. Pomocí statistických dat jsem získala přesné informace o ošetřených pacientech zařazených v programu. Na základě jejich zkoumání je vidět, že humanitární převozy do České republiky dokáží pomoci menšímu počtu potřebných než výjezdy našich lékařů. Od roku 1993, kdy začal program MEDEVAC fungovat pod tímto názvem se do České republiky přepravilo 225 lidí. Účelem bylo poskytnutí operační péče, včetně následné pooperační a rehabilitační péče. Naopak výjezdy našich lékařů do zahraničí pomohly 899 lidem, kterým je výše zmíněná pomoc poskytována v jejich zemi. Tato statistická data jsem získala pomocí faktografické rešerše ze stránek ministerstva vnitra. Z nich jsem vytvořila vlastní grafický přehled, z něhož je snadnější získat potřebné informace. Hypotézu jsem na základě tohoto zkoumání potvrdila. Výjezdy českých lékařů do zahraničí umožňují léčit větší množství pacientů. Z těchto údajů vyvozují, že výjezdy českých lékařů do zahraničí jsou i finančně výhodnější. Ušetří se zejména na převozu pacientů do ČR a omezí se náklady na léčbu samotnou. [36]

Ve své práci jsem provedla mapování formou rozhovorů s účastníky, které pro malý počet a diverzitu řešené problematiky nepřipadalo v úvahu statisticky vyhodnotit. Jde o jednu z prvních aktivit tohoto typu zaměřenou na přehledné zpracování problematiky programu MV ČR MEDEVAC proto dostupnost jiných

názorů na problematiku je velmi problematická. Ve své práci vycházím ze zákonů České republiky, rezolucí OSN, stanov mezinárodních organizací a dostupných výročních zpráv o programu MEDEVAC v ČR.

V současné době je toto téma natolik nové, že nalézt jiné autory, kteří by se tomuto tématu věnovali je takřka nemožné. Proto jsem se musela spokojit s informacemi z primárních zdrojů týkajících se konkrétních kapitol. Humanitární principy jsem řešila na základě definic Úřadu pro koordinaci humanitárních záležitostí (OCHA) [3]. Samozřejmě existují i jiné organizace, například UNHCR [15], která se rozhodla definovat humanitární zásady odlišným způsobem. Já jsem si však ve své práci vybrala definici úřadu, která poskytla základ pro tvorbu principů takových organizací, jako Mezinárodní červený kříž nebo Lékaři bez hranic. V dalších kapitolách jsem vycházela z výroků pana profesoru Šturmy a paní docentky Bílkové, pomocí kterých jsem dokázala popsat systém mezinárodního humanitárního práva. [6] Program MEDEVAC v ČR jsem byla schopna popsat na základě prostudování výročních zpráv vydaných Ministerstvem vnitra, zákonů ČR a předaných informací od aktivních účastníků programu. Česká legislativa na základě vývoje programu zavedla právní definici pacientů léčených na našem území nebo pojem cizinec. [43] Lékaři bez hranic ve světě zastávají velmi důvěryhodnou pozici a dají se o nich získat mnohé materiály, jak české, tak zahraniční. [45] Abych měla ucelený pohled (nejen teorii, ale i praxi), přečetla jsem si zápisky Tomáše Šebka z mise v Afganistánu. [64] Jen díky němu jsem pochopila, jakou pozici zastávají ve světě. V praktické části mám několik rozhovorů s přímými účastníky programu. Většina z nich se programu účastní již několik let a byli schopni zhodnotit a vysvětlit jeho přímou praxi. Zejména pan profesor Tláskal mi umožnil dokonale pochopit, jaké jsou jejich přímé povinnosti.

Ještě jednou si dovoluji zmínit, že program je skutečně velmi jedinečnou formou poskytování humanitární pomoci a doufejme, že si jej Česká republika zachová do dalších let.

## 15 ZÁVĚR

V závěru své diplomové práce se pokusím o shrnutí. V úvodu své teoretické části vymezuji humanitární principy, které definují pomoc definice Úřadu pro koordinaci a humanitární záležitosti (OCHA). Na základě humanitárních principů vznikla odnož mezinárodního práva veřejného, mezinárodní humanitární právo. Dále se věnuji humanitární pomoci, kterou jsem popsala sestupnou hierarchií. Od mezinárodních poskytovatelů po poskytovatele v ČR se zaměřením na dva konkrétní a to program MEDEVAC a Lékaře bez hranic. U obou jsem se snažila popsat jejich historii, vývoj, hlavní myšlenku a současnou podobu. Praktickou část věnuji analýze dvou vybraných pilířů, na které nahlížím pomocí zjištěných informací i finančních nákladů. Praktickou část doplňuji rozhovory s vybranými účastníky programu MEDEVAC, Na základě svého zkoumání se mi povedlo potvrdit definovanou hypotézu. Výjezdy lékařů do vybraných zemí jsou efektivnější než humanitární transport do ČR.

Na základě svého zkoumání a zjištěných výsledků jsem dospěla k názoru, že tento program tvoří velmi potřebnou eventualitu k poskytování akutní pomoci. Díky současnému celosvětovému stavu, který je bohužel velmi proměnlivý, je poskytování humanitární pomoci potřebným, nedílnou součástí našeho života. Česká republika se rozhodla, že bude poskytovat pomoc civilnímu obyvatelstvu postižených nejčastěji válečným konfliktem nebo přírodní katastrofou. Pro tyto potřeby byl vytvořen program MEDEVAC. Nyní je mou povinností zhodnotit zda je, dle mého názoru, program skutečně fungující nebo zda k němu mám nějaké výhrady. V první řadě bych chtěla říct, že své názory jsem formulovala na základě zkoumání dostupných zdrojů o programu a na základě přímých rozhovorů s účastníky programu. Podle mého názoru jde o velmi výjimečný nápad. Program na svém počátku začínal jen s jednou možností pomoci, konkrétně s humanitárním převozem do České republiky k tomuto způsobu se postupem let připojily i další. Výjezdy českých lékařů bylo možné začít realizovat po navázání spolupráce

s vybranou zemí, potažmo s jejich lékaři. Další pilíře vznikly na základě zjištění, že přímá pomoc potřebným lidem nebude, nikdy, na základě dvou předchozích pilířů dostatečná. Díky tomu se k prvním dvěma připojila možnost odborných stáží lékařů a poskytování peněžních darů do zahraničí. Dle mého názoru je o velmi nadstandardně fungující program v ČR. Nicméně bych ráda vznesla pár doporučení. Délka výjezdů jednotlivých skupin by neměla být limitována pouhými 10 dny, v některých případech naši lékaři odjíždějí od pacientů, kteří jsou sice odoperováni, ale odkázáni na místní pooperační péči, která ne vždy přináší dobré výsledky. Dále bych ráda podotkla, že samotný předvýběr pacientů není ošetřen od možnosti netransparentnosti výběru. Dle mého názoru by tento problém vyřešil vznik pozice logistika, který by mohl zajistit přímou kontrolu. Mým posledním doporučením je rozšíření programu o výhradně ošetrovatelské školení personálu. Od většiny oslovených jsem slyšela, že největším problémem, který v současné době všechny účastníky trápí, je nedostatečná forma ošetrovatelské péče. Doporučuji třetí pilíř rozšířit i o tento směr pomoci, případně zavést pátý pilíř.

## 16 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

FN – fakultní nemocnice

GŘ ECHO – Generální ředitelství pro evropskou civilní ochranu a operace humanitární pomoci

MO – Ministerstvo obrany České republiky

MV ČR – Ministerstvo vnitra České republiky

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

MZV ČR – Ministerstvo zahraničních věcí České republiky

OCHA – Úřad pro koordinaci humanitárních záležitostí

OSN – Organizace spojených národů

UNHCR – Úřad vysokého komisaře OSN pro uprchlíky

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WFP – Světový potravinový program

WHO – Světová zdravotnická organizace

## 17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] OCHA: *United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs* [online]. b.r. [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <https://www.unocha.org/>
- [2] *Glossary of humanitarian terms* [online]. New York: OCHA: United Nations, 2008, s. 62 [cit. 2017-05-15].
- [3] OCHA *On Message: Humanitarian Principles* [online]. b.r., 2017, 2 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: [https://www.unocha.org/sites/unocha/files/OOM-humanitarianprinciples\\_eng\\_28Feb2017\\_0.pdf](https://www.unocha.org/sites/unocha/files/OOM-humanitarianprinciples_eng_28Feb2017_0.pdf)
- [4] DANIEL C. THOMAS., . *Helsinský efekt: mezinárodní zásady, lidská práva a zánik komunismu*. Praha: Academia, 2007. ISBN 802001506X.
- [5] DUFEK, Pavel a Hubert SMEKAL. *Lidská práva v mezinárodní politice*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014. Lidská práva. ISBN 9788074787201.
- [6] ONDŘEJ, Jan. *Mezinárodní humanitární právo*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2010. Beckova edice právní instituty. ISBN 9788074001857.
- [7] BÍLKOVÁ, Veronika. *Úprava vnitrostátních ozbrojených konfliktů v mezinárodním humanitárním právu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta v nakl. IFEC, Beroun, 2007. Prameny a nové proudy právní vědy. ISBN 9788085889826.
- [8] BÍLKOVÁ, Veronika. *Úprava vnitrostátních ozbrojených konfliktů v mezinárodním humanitárním právu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta v nakl. IFEC, Beroun, 2007. Prameny a nové proudy právní vědy. ISBN 9788085889826.

- [9] JUKL, Marek. *Ženevské úmluvy a dodatkové protokoly*. Praha: Český červený kříž, 2005. ISBN 80-254-1792-1.
- [10] BÍLKOVÁ, Veronika, ed. a Marek JUKL, ed. *Mezinárodní humanitární právo: odpovědi na vaše otázky*. Praha: Český červený kříž, 2009. ISBN 9788087036372.
- [11] AUTORŮ, kolektiv a Blanka Medková [EDITOŘI DANIELA KRÁLOVÁ. *Novinář, rozvojová spolupráce a humanitární pomoc: příručka rozvojového vzdělávání pro studenty mediálních oborů*. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, 2007. ISBN 9788086961316.
- [12] *Globální problémy a rozvojová spolupráce*. Aktualizované druhé vydání. Praha: Člověk v tísni, o.p.s., 2008. ISBN 978-80-86961-55-2.
- [13] Organizace spojených národů. *OSN* [online]. Praha: Informační centrum OSN, 2000 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/osn/>
- [14] *Fakta a čísla OSN: základní údaje o Organizaci spojených národů*. Praha: Informační centrum OSN v Praze, 2005. ISBN 8086348024.
- [15] *UNHCR Czech Republic* [online]. Praha: UNHCR, 2001 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.unhcr.org/cz/>
- [16] *Český výbor pro UNICEF* [online]. Praha, 2004 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <https://www.unicef.cz/>
- [17] *Světová zdravotnická organizace: WHO* [online]. Praha, 2011 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.who.cz/>
- [18] *Světový potravinový program: WFP* [online]. 2017 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www1.wfp.org/>



[19] GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ GR ECHO pro evropskou civilní ochranu a operace humanitární pomoci. *Evropská komise* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/info/departments/humanitarian-aid-and-civil-protection\\_cs](https://ec.europa.eu/info/departments/humanitarian-aid-and-civil-protection_cs)

[20] *Zákon o zahraniční a rozvojové spolupráci a humanitární pomoci poskytované do zahraničí*. In: . Praha, 2010, 151/2010 Sb.

[21] *Humanitární pomoc a civilní ochrana*. Edice Politika Evropské Unie. Praha: Generální ředitelství Evropské komise pro humanitární pomoc a civilní ochranu, 2015. ISBN 978-92-79-42483-0.

[22] POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 8086429504.

[23] EMANUELOVÁ, Karolína a Josef KOLÁČEK. Humanitární pomoc od A až do Z. *Mezinárodní politika*. 2011, (7), 9-11. ISSN 0543-7962.

[24] *Operační strategie humanitární pomoci ČR na rok 2017*. Ministerstvo zahraničních věcí. Praha, 2017. Dostupné také z: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/humanitarni\\_pomoc/prirucka\\_WFP\\_pro\\_nevladni\\_organizace/operacni\\_strategie\\_humanitarni\\_pomoci\\_cr\\_4.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/humanitarni_pomoc/prirucka_WFP_pro_nevladni_organizace/operacni_strategie_humanitarni_pomoci_cr_4.html)

[25] *Humanitární pomoc*. *Ministerstvo zahraničních věcí České republiky* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni\\_vztahy/rozvojova\\_spoluprace/humanitarni\\_pomoc/](http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/rozvojova_spoluprace/humanitarni_pomoc/)

[26] NĚMEČEK, Jiří a Vladimíra KRACÍKOVÁ. Činnost Národní základny humanitární pomoci. *112*. 2012, (9), 30-31. ISSN 1213-7057.

[27] *Ministerstvo vnitra* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/>

[28] *Ministerstvo zahraničních věcí* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.mzv.cz>

[29] *Česká rozvojová agentura* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.czechaid.cz/>

[30] *Správa státních hmotných rezerv České republiky* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.sshr.cz/Stranky/default.aspx>

[31] *Nářízení vlády o stanovení pravidel zapojování do mezinárodních záchranných operací, poskytování a přijímání humanitární pomoci a náhrad výdajů vynakládaných právníckými osobami a podnikajícími fyzickými osobami na ochranu obyvatelstva: V aktuálním znění 527/2002 Sb.* In: . Praha: Vláda ČR, 2000, 463/2000 Sb. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-463/zneni-20030101>

[32] MEDEVAC. In: *Medical Dictionary* [online]. Farfex, 2001 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+evacuation>

[33] HUMLÍČEK, Vojtěch, Jan PSUTKA a Petr WITT. *Zdravotnický odsun: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Vyd. 1. V Hradci Králové: Univerzita obrany, 2006. ISBN 8085109948.

[34] ŠKUBOVÁ, Jarmila. Chirurgický kongres letos obohatil program MEDEVAC. *Florence* [online]. Praha, 2016, (6) [cit. 2017-05-17]. ISSN 2570-4915.

Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/6/chirurgicky-kongres-letos-obohatil-program-medevac/>

[35] Nemocní ze zahraničí v péči českých lékařů. *Zdravotnické noviny*. Praha: Ambit Media a.s., 2009, (35-36), 13-16. ISSN 1805-2355.

[36] Zdravotně humanitární program MEDEVAC. *Ministerstvo vnitra ČR* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/program-medevac.aspx>

[37] JAGANJAC, Edib. *Sarajevská princezna*. Přeložil Dušan KARPATSKÝ. Praha: Gema, 2015. ISBN 9788090457584.

[38] MEDEVAC: Tactical and physiological aspects of military aero evacuation medical operations. *Defence IQ* [online]. 2012 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <https://www.defenceiq.com/air-forces-and-military-aircraft/articles/medevac-tactical-and-physiological-aspects-of-mili/>

[39] STRATAIR-MEDEVAC – The German Concept of Intercontinental Intensive Care. *Medical Corps International Forum* [online]. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.mci-forum.com/stratair-medevac-the-german-concept-of-intercontinental-intensive-care/>

[40] Luxembourg's Government response to the Ebola crisis. *Embassy of Luxembourg in London* [online]. London, 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://londres.mae.lu/en/News/Luxembourg-s-Government-response-to-the-Ebola-crisis>

[41] *Strategie migrační politiky České republiky*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2015. ISBN 978-80-86466-83-5.

[42] USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 25. června 2014 č. 495 o pokračování programu humanitárních evakuací zdravotně postižených obyvatel (MEDEVAC) pro státní příslušníky Ukrajiny z východních oblastí Ukrajiny postižených ozbrojenými střety a další pokračování programu MEDEVAC do konce roku 2014. In: . Praha: Úřad vlády ČR, 2014, 694/2014 Sb. Dostupné také z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/VPRA9LL9QKK1>

[43] Zák. č. 326/1999 Sb., zákon o pobytu cizinců na území ČR. In: . Praha, 1999.

[44] Zák. č. 325/1999 Sb., o azylu, tzv. azylový zákon. In: . Praha, 1999.

[45] Lékaři bez hranic [online]. Praha, b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.lekari-bez-hranic.cz/cz>

[46] Lékaři bez hranic. *Jsem v tom s Lékaři bez hranic* [online]. Praha: Lékaři bez hranic, 2012 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.jsem-v-tom.cz/lekari-bez-hranic>

[47] The MSF Movement. *Doctors Without Borders* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.doctorswithoutborders.org/about-us/msf-leadership/msf-movement>

[48] *Doctors Without Borders* [online]. b.r. [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: <http://www.doctorswithoutborders.org/>

[49] *International activity report 2015*. Ženeva: Médecins Sans Frontières (MSF), 2015, 100 s. Druhé vydání. Dostupné také z: [http://www.msf.org/sites/msf.org/files/international\\_activity\\_report\\_2015\\_en\\_2nd\\_ed\\_0.pdf](http://www.msf.org/sites/msf.org/files/international_activity_report_2015_en_2nd_ed_0.pdf)

[50] *Český červený kříž* [online]. Praha: Český červený kříž, 1999 [cit. 2017-05-16].  
Dostupné z: [http://www.cervenyriz.eu/cz/cz\\_root.aspx](http://www.cervenyriz.eu/cz/cz_root.aspx)

[51] Metodika pro psaní bakalářských a diplomových prací na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické v Praze. *Vysoká škola ekonomická v Praze* [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2013 [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: <http://nf.vse.cz/wp-content/uploads/Methodika-pro-psan%C3%AD-BP-a-DP2.pdf>

[52] Tematický blok 4 - Metody vědecké práce; Výběr metod vědecké práce pro zpracování ZP; Stylizace textu. *Vysoká škola finanční a správní* [online]. Praha: Vysoká škola finanční a správní, b.r. [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: [https://is.vsfs.cz/el/6410/leto2010/EQ\\_B\\_BSe/um/Blok\\_4\\_-\\_Metody\\_vedecke\\_prace\\_pro\\_zpracovani\\_ZP\\_\\_Stylizace\\_textu.pdf](https://is.vsfs.cz/el/6410/leto2010/EQ_B_BSe/um/Blok_4_-_Metody_vedecke_prace_pro_zpracovani_ZP__Stylizace_textu.pdf)

[53] SWOT analýza. *ManagementMania's Series of Management* [online]. 2011 [cit. 2017-05-17]. ISSN 2327-3658. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>

[54] Jordan: Syria Crisis. *Echo factsheet* [online]. European Commission, 2017, , 2 [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/jordan\\_syrian\\_crisis\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/jordan_syrian_crisis_en.pdf)

[55] *Stály zdravotně humanitární program MEDEVAC 2015*. Praha: Ministerstvo vnitra, Odbor azylové a migrační politiky, 2017. Dostupné také z: [file:///C:/Users/user/Downloads/Vyrocnizprava\\_MEDEVAC-2015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Vyrocnizprava_MEDEVAC-2015%20(2).pdf)

[56] *Osobní sdělení MUDr. Filip Burget*. 2017.

[57] *Osobní sdělení MUDr. Roman Gebauer*. 2017.

[58] *Osobní sdělení MUDr. Žaneta Bandžuchová. 2017.*

[59] *Osobní sdělení Prof. MUDr. Tomáš Tláskal, CSc. 2017.*

[60] *Osobní sdělení MUDr. Martin Molitor. 2017.*

[61] *Osobní sdělení Mgr. Petra Nováková. 2017.*

[62] *Osobní sdělení Bc. Nikola Hrušková. 2017.*

[63] MEDEVAC na XXIII. pražských chirurgických dnech. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2016, 7-82016 [cit. 2017-05-17]. Dostupné z: [http://zdravi.euro.cz/clanek/medevac-na-xxiii-prazskych-chirurgickych-dnech-482785?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](http://zdravi.euro.cz/clanek/medevac-na-xxiii-prazskych-chirurgickych-dnech-482785?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz)

[64] ŠEBEK, Tomáš. *Mise Afghánistán: český chirurg v zemi lovců draků*. Vydání první. Praha: Paseka, 2015. ISBN 9788074326561.

## 18 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Realizace programu MEDEVAC v roce 2015.....57

## 19 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 – Náklady programu MEDEVAC v roce 2015 .....	55
Tabulka 2 – Bilance zdravotně humanitárních transportů a lékařských výjezdů programu MEDEVAC .....	59-60
Tabulka 3 - SWOT analýza výjezdů v rámci programu MEDEVAC .....	62
Tabulka 4 - SWOT analýza Zdravotně humanitárních transportů do ČR v rámci programu MEDEVAC .....	63



## 20 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 – Náklady programu MEDEVAC za rok 2015 .....	55
Graf 2 – Porovnání prvního a druhého pilíře programu MEDEVAC .....	60

## 21 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Tabulka - Porovnání programu MEDEVAC a Lékařů bez hranic .....	99
Příloha 2: Dotazník - Osobní pohled na program MEDEVAC .....	100
Příloha 3: Autentické fotografie z lékařských výjezdů .....	101
Příloha 3: Irma Hadžimuratovičová .....	105

## Příloha 1: Tabulka - Porovnání programu MEDEVAC a Lékařů bez hranic

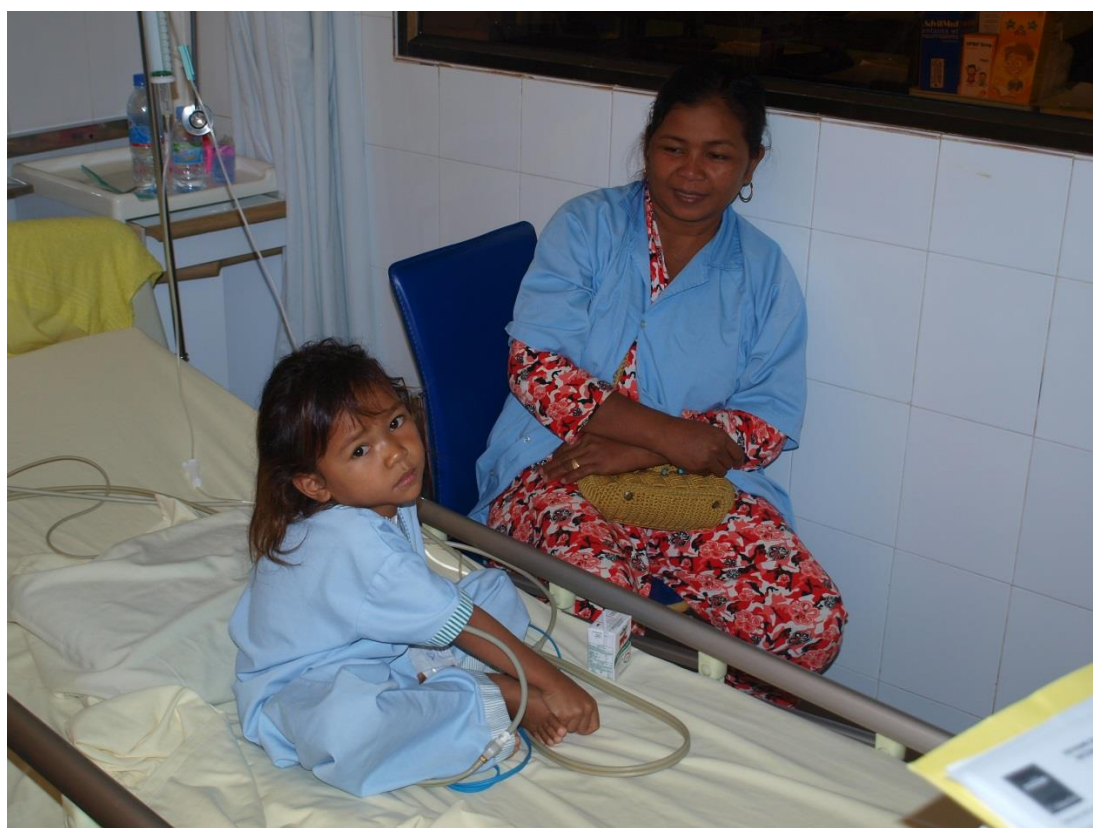
Tabulka 1 – Porovnání programu MEDEVAC a Lékařů bez hranic

	Program MEDEVAC	Lékaři bez hranic
<b>Financování</b>	Státní rozpočet	Soukromí dárci (primárně), veřejné instituce a jiné
<b>Organizační struktura</b>	Program vlády české republiky	Mezinárodní organizace
<b>Výběr pacientů</b>	Ano	Spíše ne
<b>Ošetření obětí přímo zapojených do válečného konfliktu</b>	Ne	Ano
<b>Ošetření civilního obyvatelstva</b>	Ano	Ano
<b>Místo výkonu</b>	Daná země nebo Česká republika	Daná země
<b>Délka mise</b>	Cca týden	Cca měsíce
<b>Výběr země</b>	Země postižené mimořádnou událostí, se kterými má ČR příznivé vztahy	Země postižené mimořádnou událostí
<b>Konkrétní činnosti</b>	Předem daný směr pomoci	Bez konkrétního zaměření

## **Příloha 2: Dotazník - Osobní pohled na program MEDEVAC**

1. Jaká je vaše role v programu MEDEVAC?
2. Jak dlouho se ho účastníte?
3. Je podle Vás poskytovaná pomoc dostatečná?
4. Program MEDEVAC stojí na čtyřech pilířích, Vás osobně se týkají dva. Poskytování pomoci na místě zásahu a školení, odborná spolupráce s lékaři z postižených míst. Který pilíř upřednostňujete a proč?
5. Proč jste do programu MEDEVAC vstoupil/a?
6. Co všechno obnášela spolupráce na programu Medevac?
7. Co tato spolupráce přinesla Vám?
8. Vidíte nějaké klady programu, které byste chtěl/a vyzdvihnout?
9. Vidíte nějaké zápory programu, které byste chtěl/a vyzdvihnout?
10. Cítíte potřebu něco změnit?

**Příloha 3: Autentické fotografie z lékařských výjezdů:**











**Příloha 3: Irma Hadžimuratovičová**

