KDE VŠICHNI JSOU?

REAKCE NA HUMANITÁRNÍ KRIZE V NEJPROBLEMATIČTĚJŠÍCH OBLASTECH

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÉKAŘI BEZ HRANIC

Shrnutí reakce humanitárního systému v Jižním Súdánu, na východě Demokratické republiky Kongo a v Jordánsku na uprchlické krize v kontextu ozbrojených konfliktů v letech 2012–13

Sean Healy a Sandrine Tiller,[1] červenec 2014

PŘEDMLUVA 4

SHRNUTÍ 8

ÚVOD 11

METODOLOGIE 11

ZJIŠTĚNÍ 11

ZÁVĚRY 20

PŘÍPADOVÁ STUDIE 1: JIŽNÍ SÚDÁN 22

PŘÍPADOVÁ STUDIE 2: DEMOKRATICKÁ REPUBLIKA KONGO 30

PŘÍPADOVÁ STUDIE 3: JORDÁNSKO 36

KDE VŠICHNI JSOU?

© 2014 Médecins Sans Frontières

Foto na obálce © Robert Hogland 2013

Design: Atomodesign.nl

Médecins Sans Frontières

67-74 Saffron Hill

London EC1N 8QX

England

T +44 (0)207 404 6600

E office-ldn@london.msf.org

W www.msf.org.uk

ČR

Lékaři bez hranic

Seifertova 555/47

130 00 Praha 3

Česká republika

T +420 257 090 150

E office@lekari-bez-hranic.cz

W www.lekari-bez-hranic.cz

www.facebook.com/lekaribezhranic

https://twitter.com/MSF_czech

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÉKAŘI BEZ HRANIC

PŘEDMLUVA

Systém mezinárodní humanitární pomoci má k dispozici více prostředků, zdrojů i odborných znalostí než kdy předtím. V terénu, ať už v Sýrii, Demokratické republice Kongo (DRK), Jižním Súdánu či Středoafrické republice však týmy Lékařů bez hranic mohly opakovaně pozorovat následující jevy:

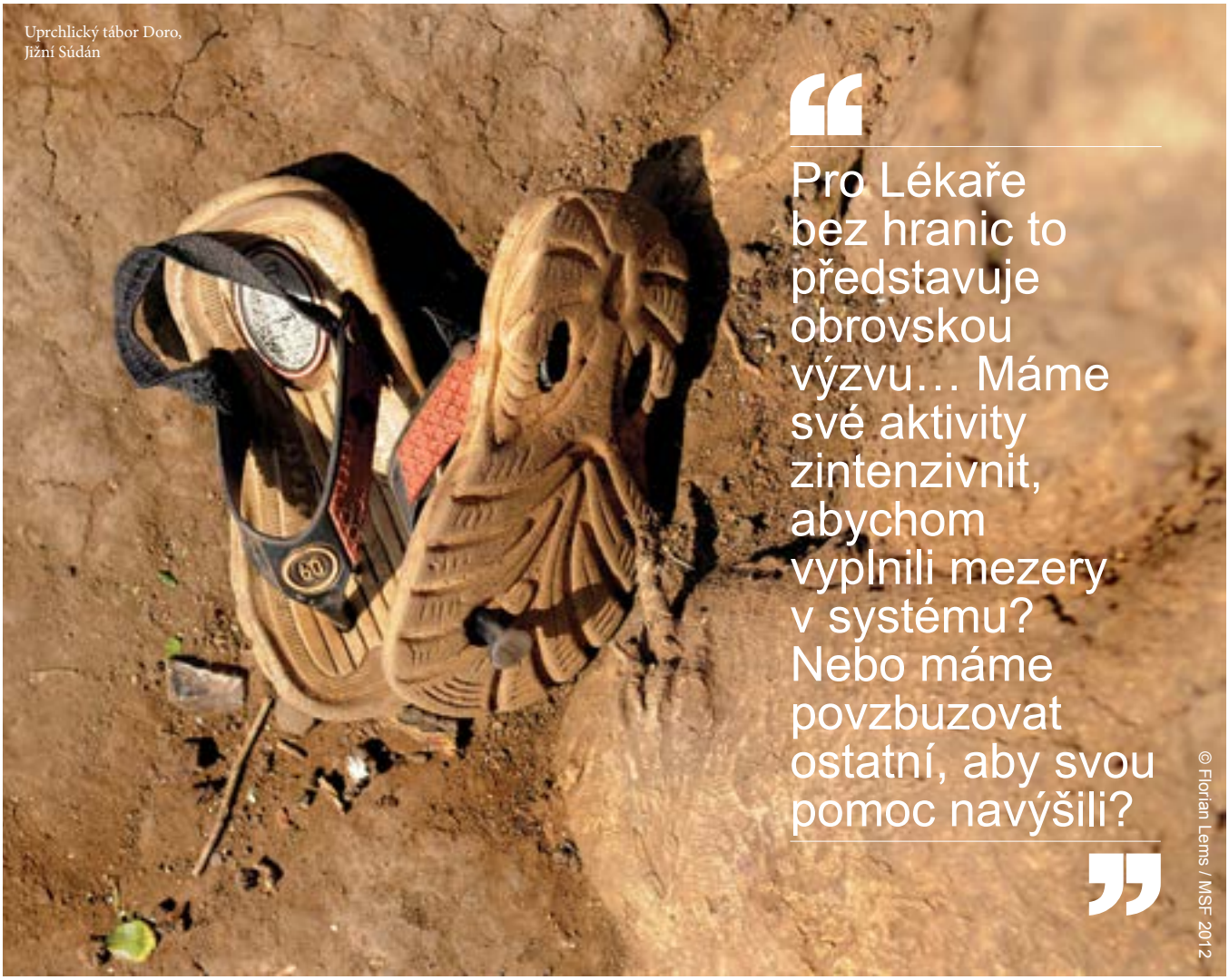
- Reakce na humanitární krize je zpravidla pomalá a těžkopádná a často se míjí svým účinkem.
- Agentury OSN a mezinárodní nevládní neziskové organizace (MNNO) v terénu stále častěji chybí, zejména tam, kde existují bezpečnostní rizika a logistické překážky.
- Během akutních krizí, kdy je pomoc nejvíce potřeba, jsou mezinárodní týmy humanitárních organizací urychleně evakuovány, případně jsou jejich aktivity utlumeny, redukovány na nejnezbytnější personál nebo ukončeny.
- Řada agentur se soustředí jen na snadno přístupné populace a ignoruje oblasti, kde je situace nejzávažnější.
- Mnoho humanitárních aktérů v současnosti úzce spolupracuje s místními nevládními i vládními organizacemi a působí spíše jako experti, prostředníci či dárci a nevěnují se přímé práci v terénu.
- Místní organizace nesou na sobě velké břímě, ale často nemají patřičné zkušenosti, odborné znalosti ani dovednosti nezbytné k rozvinutí technicky složitých aktivit v terénu. Navíc je pro ně obtížné operovat v místech konfliktů a být přitom považovány za neutrální a nestranné.
- Některé humanitární agentury jednoduše vyčkávají, dokud krize nepomine, a pak pokračují ve svých běžných, dlouhodobých programech.
- Technické kapacity v oblastech, jako je zásobování vodou, sanitace či zdravotní péče, v případě krizí zjevně upadají.

Důsledkem těchto selhání systému humanitární pomoci je, že k lidem se nedostává život zachraňující pomoc, kterou zoufale potřebují. Zjištění představená v této studii vycházejí z výzkumu reakce na tři krize spojené s velkými přesuny obyvatelstva, stejně jako z pozorování našich terénních pracovníků v různých částech světa. Výsledky studie podporují i největší současné humanitární krize. Kupříkladu při překonávání následků ničivého tajfunu Haiyan na Filipínách, kde se humanitární organizace mohly rychle dostat k postiženým a jejich činnost byla náležitě financována a medializována, se podařilo OSN a MNNO zajistit rozsáhlou a převážně účinnou, ačkoli dosti nákladnou pomoc. Na druhou stranu v zemích jako Jižní Súdán a Středoafrická republika, které představují z hlediska bezpečnosti a logistiky velkou výzvu, provázely rozvinutí aktivit OSN a MNNO neustálé problémy charakterizované vysokým stupněm byrokracie a neochotou přijmout na sebe jakékoli riziko. Pomoc, která je v těchto kontextech dostupná, se soustředí převážně na velká města a relativně malý počet oficiálních uprchlických táborů a jen velmi malá část pomoci se dostává do periferních oblastí.

Tato zpráva je kritická vůči OSN, hlavně pro nedostatek flexibility a efektivity jejích agentur. Zejména se snaží poukázat na způsob, jakým stávající systém OSN omezuje správné rozhodování, např. v případech, kdy dochází k masivnímu vysídlení obyvatelstva, při nichž odpovědnost za náležitou reakci spočívá na několika agenturách OSN.

Ve zprávě se zaměřujeme také na rozhodnutí, která činí MNNO: např. když se profilují jako organizace zaměřené na akutní krizovou reakci, ale přitom nebudují své technické a lidské kapacity, aby rychlé a efektivní reakce byly schopny; když přijímají roli realizátorů programů agentur OSN a dostávají se tak do pasti jejich byrokracie; když se snaží vyhýbat jakémukoli riziku do té míry, že nakonec vůbec nepůsobí tam, kde je lidé potřebují nejvíce, nebo když se stanou závislými na geopolitických zájmech, které hrají v různých konfliktech a krizích velkou roli.

Také dárci by měli zvážit, nakolik přispívají k selhávání celého systému humanitární pomoci, zejména jejich systémy financování, které jsou pomalé, málo flexibilní a nedostatečně



Uprchlický tábor Doro, Jižní Súdán

přizpůsobené krizovým situacím. Je-li reakce na krizovou situaci pomalá, špatně cílená a neefektivní, mají takto poskytnuté finance už jen malý přínos.

Některé z problémů identifikovaných v této studii představují výzvu také pro Lékaře bez hranic. Během některých konfliktů a krizí může mít naše krizová zdravotnická reakce téměř monopolní postavení. V uprchlických táborech se například někdy příliš soustředíme na nemocniční péči a méně pronikáme přímo do komunity.

Náš přístup k otázkám zranitelnosti se snažíme revidovat. Revizi podrobíme také naše vlastní krizové kapacity a budeme pokračovat ve zkoumání toho, jak se systém humanitární pomoci osvědčil v kontextu událostí ve Středoafrické republice a Jižním Súdánu. Budeme rovněž jednat s konkrétními dárci a podíváme se na to, jak je možné zlepšit spolupráci s tzv. „novými aktéry".

Ačkoli si udržujeme určitý odstup od oficiálních institucí jako OSN, jsou Lékaři bez hranic součástí systému humanitární pomoci, který přes všechnu svou „sofistikovanost" a své finanční možnosti není schopen pokrýt potřeby nejzranitelnějších osob.

Pro Lékaře bez hranic to představuje obrovskou výzvu. V zemích, jako je Středoafrická republika či Jižní Súdán, objem našich operací kvůli rozsáhlým krizím a potřebám narostl do takových rozměrů, že riskujeme, že začneme nahrazovat ministerstva zdravotnictví. To pak vede ke zvýšenému ohrožení našich týmů v místech, kde je bezpečnostní situace svízelná a kde jsme přitom jedinými poskytovateli lékařské péče. V takovém postavení je pak o to větší výzvou snižování rozsahu aktivit, případně uzavření projektů. Máme spíše další organizace povzbuzovat a umožnit jim, aby navýšily svou pomoc? Nebo máme naopak své aktivity ještě zintenzivnit, abychom vyplnili mezery v systému? Prozatím naše strategie kolísá mezi oběma přístupy.

Naše závěry předkládáme ve chvíli, kdy se vzhledem k blížícímu se celosvětovému humanitárnímu summitu konanému v roce 2016 v Istanbulu humanitární systém zabývá tím, jak zlepšit vlastní fungování. Věříme, že to bude čas plodných úvah vedoucích ke změně a nikoli potvrzení stávajícího stavu. Lékaři bez hranic jsou připraveni přispět k tomu, aby se tyto změny uskutečnily.

Dr. Joanne Liu
Mezinárodní prezidentka Lékařů bez hranic

> Humanitární systém se mohutně rozrostl, avšak zatím to nepřineslo odpovídající zlepšení jeho výkonnosti v případě akutních krizí.

Okres Maban,
Jižní Súdán

© Robert Hoglund / MSF 2013

SHRNUTÍ

Reagovat na krizové situace v oblastech ozbrojených konfliktů, kdy dochází k masivnímu vysídlování obyvatelstva, je obtížný úkol. Nevládní organizace a agentury OSN, které musí často jednat velmi rychle a v nepřístupných oblastech vyžadujících komplexní technické vybavení, čelí obrovským výzvám.

Systém humanitární pomoci se rozrůstá a expanduje a růst by proto měla i jeho schopnost vypořádat se s těmito výzvami.

Navzdory obrovským zdrojům jsou však terénní pracovníci Lékařů bez hranic svědky toho, že v komplexnějších, obtížnějších a mediálně méně sledovaných kontextech není reakce na krizové situace provázené rozsáhlým vysídlováním dostatečně rychlá a efektivní. To obzvláště platí pro oblasti vojenských konfliktů.

Tyto zkušenosti vedly Lékaře bez hranic k vypracování zprávy, která by měla umožnit lépe pochopit, jak reaguje humanitární systém na akutní vysídlenecké a uprchlické krize. Tato práce je založena na třech případových studiích zaměřených na:

- uprchlickou krizi ve státě Horní Nil (Jižní Súdán) v období od listopadu 2011 do listopadu 2012;
- humanitární krize spojené s povstáním Hnutí 23. března (M23) v provincii Severní Kivu (DRK) v období od dubna 2012 do dubna 2013;
- masivní příliv syrských běženců do Jordánska v období od července 2012 do června 2013.

Zpráva potvrzuje, že reakce na humanitární krize se potýkají s několika opakujícími se problémy, kterými je zapotřebí se zabývat. Ačkoli se jedná o základní kámen humanitárního systému, je připravenost reagovat na krizové situace podhodnocována a nedostává se jí náležité priority.

Z problémů identifikovaných ve všech třech případových studiích se zdá být nejdůležitější úroveň prioritizace krizových zásahů a zejména stupeň ochoty pokusit se reagovat na potřeby těch, kteří se nalézají v nejhůře přístupných oblastech.

Všechny studie mají několik společných témat:

- Během reakce na humanitární krizi hrají jistě nezanedbatelnou roli **vnější překážky** a omezení, jako jsou bezpečnostní otázky, možnosti přístupu k postiženým a finanční náklady. Ve všech třech zmíněných případech však bylo bezpochyby možné učinit více pro to, aby byl dopad těchto problémů omezen. Poskytování účinné pomoci nebránil ani nedostatek financí – ve všech třech zkoumaných případech byly finanční prostředky, jež byly k dispozici, adekvátní.
- **Základ nefunkčnosti systému** představovala ve všech třech případech OSN. Na základě historicky podmíněných mandátů a institucionalizovaných pozic vznikl systém umělých hranic působnosti (např. mezi koordinační rolí UNHCR ve věci uprchlíků a OCHA pro ostatní) ke škodě těch, kteří potřebují pomoc a ochranu. Trojí role agentur OSN coby dárců, koordinátorů a realizátorů projektů je navíc příčinou střetu zájmů, zejména při rozpoznávání a napravování vzniklých chyb. Zejména systémy financování pomoci pracují pomalu, jsou těžkopádné a zatížené řadou problémů, a proto i nevhodné pro krizové situace.

Uprchlický tábor Zátarí, Jordánsko,
domov více než 100 000 syrských uprchlíků.

© Enass Abu Khalaf-Tuffaha / MSF 2013

- Nevládní organizace samy rozhodují, jakým způsobem zareagují na krizovou situaci – a proto **musí za svou reakci nést svůj díl odpovědnosti**. V některých případech jsme zjistili, že jejich technické možnosti nebyly na dostatečné úrovni, např. v oblasti zdravotní péče, zásobování vodou a sanitace či pomoci obětem sexuálně motivovaného násilí. Mnoho agentur mělo velké potíže přeorientovat své dlouhodobé humanitární programy a přizpůsobit je aktuálním krizovým potřebám. Nevládní organizace rovněž jen neochotně podstupovaly vyšší rizika, a to nejenom v otázce bezpečnosti, nýbrž i při přípravě jednotlivých programů, a dávaly přednost nejsnáze dosažitelným komunitám před těmi nejohroženějšími.

- **Lékaři bez hranic** sice vyvinuli značné úsilí směrem k prioritizaci krizových zásahů, ale v zásadě mají stejná slabá místa jako ostatní organizace. Ve všech třech případech, stejně jako kdekoli jinde, ovlivnila reakci Lékařů bez hranic schopnost vedoucích terénních pracovníků hbitě a vhodně reagovat na měnící se situaci a potřeby.

ÚVOD

V minulých letech byli Lékaři bez hranic (vedle mnoha jiných) silně kritičtí k počínání humanitárních agentur během velkých krizí na Haiti, v Pákistánu, Somálsku a dalších zemích. Vnímali, že dochází k „selhání systému" poskytování rychlé, náležité a odpovídající pomoci. Tyto krize ovšem byly výjimečné – do jaké míry tedy můžeme zevšeobecňovat?

Pro posouzení této otázky jsme připravili přehled, který zahrnuje:

- Sérii tří případových studií nedávných krizí souvisejících s ozbrojenými konflikty a rozsáhlým vysídlením obyvatelstva. Studie vycházejí z pozorování v terénu, rozhovorů s klíčovými činiteli z řad humanitární komunity i mimo ni, a z dostupných dat. Studie se týkají:
  - uprchlické krize **v okrese Maban,** stát Horní Nil (Jižní Súdán), počínající listopadem 2011;
  - krize **v Severním Kivu** (DRK) v důsledku povstání skupiny rebelů M23 v dubnu 2012;
  - přílivu syrských běženců **do Jordánska** a s tím související krize v období od července 2012.
- Systematický přehled evaluací humanitárních operací reagujících na krize v letech 2008–2012 způsobených ozbrojenými konflikty a vysídlením obyvatelstva, včetně všech relevantních meziagenturních evaluací, evaluací prováděných jednotlivými agenturami (dostupných v databázích organizací, jako jsou ALNAP, UNICEF, WFP, UNHCR) a také vlastních evaluací Lékařů bez hranic.

Studie se zabývá následujícími klíčovými otázkami:

- Jaké je naše vlastní hodnocení výkonnosti humanitárního systému[2] v případě krizí spojených s vysídlením obyvatelstva, včetně dopadu jeho aktivit, zajištění potřeb uprchlíků a jeho celkové efektivity?
- Jakým obtížím bylo v případě těchto krizí zapotřebí čelit a jaká jsou pro ně vysvětlení? Jsou důsledkem vnějších omezení, systémových či strukturálních problémů, nebo rozhodnutí a omezení na úrovni jednotlivých agentur?

Zde přinášíme hlavní zjištění a závěry, k nimž jsme dospěli. Případové studie jsou prezentovány v závěru zprávy.

METODOLOGIE

Trojice krizí analyzovaných v této zprávě byla vybrána na základě těchto kritérií: přetrvávající krizová situace, významné operační nasazení Lékařů bez hranic a širšího humanitárního systému a bezpečnostní situace dovolující přítomnost výzkumníků. V DRK, Jižním Súdánu a Jordánsku byly v letech 2012 a 2013 uskutečněny tři výzkumné cesty posuzující situaci na místě.

V rámci výzkumu bylo provedeno celkem 116 hloubkových rozhovorů s terénními i řídícími pracovníky Lékařů bez hranic a široké palety národních a mezinárodních humanitárních organizací, agentur OSN, ICRC a národních společností Červeného kříže a dárcovských agentur, stejně jako se zaměstnanci vlád a zástupci místních i uprchlických komunit. Informace získané během rozhovorů doplnilo detailní studium dostupné literatury, které usnadnilo kritické srovnání všech zjištění, společných témat a závěrů. Byla rovněž posouzena dostupná a relevantní kvantitativní data, zejména ta, jež mohla vrhnout světlo na celkový dopad humanitárních operací. Tato data byla získána z veřejných i neveřejných zdrojů (např. z interních evaluací jednotlivých agentur).

ZJIŠTĚNÍ

Posouzení výkonnosti humanitárního systému v průběhu tří krizí

Základním kritériem pro posouzení úspěchu či neúspěchu humanitárních operací by měl být jejich dopad,[3] zejména počet zachráněných životů. Data týkající se úmrtnosti během zkoumaných krizí jsou neúplná, proto na tuto otázku nemůže být dána jednoznačná odpověď. Zejména v Jordánsku pak nebylo vůbec zřejmé, zda jsou zachráněné životy nejvhodnějším měřítkem, neboť zdravotní stav uprchlíků byl při jejich příchodu do země všeobecně dobrý a hlavní rizikový faktor, jemuž uprchlíci čelili, byl spíše spojen s jejich chudobou a vykořisťováním než s vysokou mírou úmrtnosti.

Oficiální tábor pro vnitřně vysídlené osoby.
Mugunga III, Severní Kivu, DRK

> O tom, komu bude poskytnuta pomoc, rozhodoval oficiální status, nikoli konkrétní potřeby běženců a míra jejich ohrožení.

© Aurelie Baumel / MSF 2013

Na základě zkoumání je nicméně možné učinit určité závěry:

- V uprchlických táborech v okresu **Maban** byla v období od května do srpna 2012 zaznamenána velmi vysoká úroveň úmrtnosti, která poté sice poklesla, ale zůstala i nadále alarmující. Vzhledem k celkové situaci panující v táborech a nepřítomnosti dalších aktérů bylo snížení úmrtnosti dosaženo právě díky mezinárodní humanitární pomoci.

- V případě **Jordánska** neexistují žádná spolehlivá data týkající se úmrtnosti uprchlíků ve městech, v uprchlickém táboře Zátarí byla ale míra úmrtnosti nízká a po zimních měsících z přelomu let 2012-2013, kdy byly životní podmínky v táboře vůbec nejhorší, ještě klesla. Obecně dobrý zdravotní stav, nízký stupeň podvýživy, relativně malé riziko vypuknutí epidemií, ale také pomoc ze strany humanitárních aktérů mohou být v tomto ohledu považovány za nejdůležitější faktory, jež nízkou úmrtnost ovlivnily.

- V **Severním Kivu** bylo vyhodnocení dopadu humanitární pomoci ze všech tří případů nejobtížnější. Jediná data o úmrtnosti v daném období pocházejí z oblasti Walikale, kde byla zaznamenána čísla nad hranicí kritického stavu. V této době postihla Walikale epidemie malárie a působilo zde jen minimum humanitárních či vládních aktérů, což obojí pravděpodobně vedlo k vyšší úmrtnosti. Naopak území okolo Masisi, Kitchangy a Gomy byla malárií postižena méně, třebaže trpěla větší mírou násilí, a ze strany vládních a humanitárních organizací se jim dostalo většího objemu pomoci. Z těchto oblastí nejsou známa žádná data o úmrtnosti, většina zdrojů se však domnívá, že by byla nižší než ve Walikale – je pravděpodobné, že humanitární pomoc v těchto oblastech úroveň úmrtnosti ovlivnila, třebaže nesehrála hlavní roli. V Severním Kivu je proto zapotřebí další práce, aby bylo možné zjistit, jakým způsobem přispívá humanitární pomoc ke snížení úmrtnosti.[4]

Čí životy, kde a kdy?

Humanitární pomoc tedy zachránila lidské životy – ale čí, kde a kdy? Všechny tři zmíněné humanitární operace byly značně rozsáhlé a vždy zasáhly statisíce lidí a náležitým způsobem uspokojily mnohé z potřeb ohrožených populací. Ve dvou z těchto krizí, v Severním Kivu a v Jordánsku, ale úroveň pomoci, kterou vysídlení obdrželi, zásadně ovlivnilo, zda byli registrováni UNHCR a to, kde se nacházeli.

Rovněž bylo evidentní, že v případě náhlých krizí (Maban, Severní Kivu) byla rychlost reakce humanitárního systému nedostatečná a zaostala za očekáváním. V obou případech sehrála důležitou roli logistika. V Severním Kivu byla hlavní překážkou bezpečnostní situace, zatímco v Mabanu bylo hlavním problémem plánování pro případ nenadálé změny situace a schopnost rychle reagovat na nové potřeby, což vedlo k prodloužení období vysoké úmrtnosti. V Severním Kivu se rychlost reakce na různých místech notně lišila. Například v Kitchanze obdrželi vysídlení obyvatelé základní potraviny od ICRC během několika dní od hlavní vlny násilí, ale na další dodávky jídla a nepotravinové pomoci od UNHCR a jeho partnerů čekali dalších čtyři až pět měsíců. Dokonce i v Jordánsku, kde humanitární krize propukala pomaleji a plynuleji, bylo prvních šest až devět měsíců, včetně zimy v táboře Zátarí, velmi obtížných, protože rozsah krize byl podceněn, možnosti agentur na ni zareagovat nedostatečné a proces rozvinutí humanitární pomoci relativně dlouhý.

Pokud ale nedostatečné pokrytí potřebné populace má nejhorší dopad na lidi, k nimž se humanitární pomoc nedostane, příklad Mabanu ukazuje, že i když je pomoc na místě, nezaručuje to ještě její efektivitu. Výkonnost humanitárních organizací byla v Mabanu nejslabší ze všech tří uvedených případů, což se projevilo nejenom nárůstem křivek úmrtnosti, ale také zásadními problémy v zásobování vodou, plánování a rozvržení sídlišť pro uprchlíky a připravenosti na krizové situace. Reakce systému humanitární pomoci a pokrytí těch nejpalčivějších potřeb bylo v Severním Kivu a (ve větší míře) v Jordánsku oproti tomu efektivnější.

Vnější faktory hrají zásadní roli

Specifika daných kontextů zásadním způsobem ovlivňují celkovou úroveň humanitární reakce na krizi. Ve třech zkoumaných případech hrály důležitou roli následující faktory:

- **Logistická omezení** spojená s geografickými podmínkami, v nichž humanitární krize probíhala, byla zásadní v Mabanu, a humanitární misi ztížila v každém ohledu. Totéž platí pro periferní oblasti Severního Kivu.
- **Bezpečnostní rizika** a s nimi spojená omezení ovlivňující přístup k ohrožené populaci představovala velkou překážku v Severním Kivu, kde byla hrozbou nejenom pro uprchlíky, ale také pro humanitární pracovníky, a omezovala tak i rozsah humanitární pomoci. (Bezpečnostní rizika a omezení jsou důležitým faktorem rovněž v syrském konfliktu a ovlivnila i příliv uprchlíků do Jordánska).
- **Úloha vládních orgánů** byla rozhodující v Jordánsku, a to jak v poskytování služeb, tak v rozhodování o statutu uprchlíků. Méně významná byla v Severním Kivu a Mabanu.
- **Občanská společnost** představovala důležitý faktor v Jordánsku, kde zajišťovala významnou část poskytované pomoci. Svou roli sehrála také v Severním Kivu.
- **Publicita**, jíž se humanitární krizi dostalo v rámci mezinárodního společenství, a s ní spojené politické zájmy velkých mocností sehrály důležitou úlohu v Jordánsku a Severním Kivu, kde napomohly většímu úsilí zorganizovat humanitární pomoc. Tento faktor sehrál negativní roli v Mabanu, který je možné označit za „opomenutou" humanitární krizi.

Je nutné poznamenat, že **nedostatečné financování nebylo identifikováno jako zásadní překážka** v úrovni a rozsahu poskytnuté pomoci v žádném ze tří zkoumaných případů. Větší objem finančních zdrojů by samozřejmě znamenal i větší objem pomoci, nicméně všechny tři humanitární operace byly relativně dobře finančně pokryté, částky vytyčené OSN byly zajištěny z 50–60 % a dosáhly stovek milionů dolarů.

Je rovněž nezbytné poznamenat, že ve výše uvedených případech **měly humanitární organizace možnost vnější faktory a překážky ovlivnit** – což někdy učinily, jindy naopak ne. Humanitární agentury byly kupříkladu schopny navázat dobré vztahy s jordánskými úřady, ačkoli ne vždy byly snahy ovlivnit jejich rozhodování úspěšné.

SEZNAM ZKRATEK

ALNAP	Vzdělávací síť pro odpovědnost a efektivitu humanitární akce
DRK	Demokratická republika Kongo
ICRC	Mezinárodní výbor Červeného kříže
MNNO	mezinárodní nevládní neziskové organizace
IOM	Mezinárodní organizace pro migraci
FARDC	Ozbrojené síly Demokratické republiky Kongo
MONUSCO	Stabilizační mise OSN v Demokratické republice Kongo
NNO	nevládní neziskové organizace
OCHA	Úřad pro koordinaci humanitárních záležitostí
UNHCR	Úřad Vysokého komisaře OSN pro uprchlíky
UNICEF	Dětský fond OSN
WFP	Světový potravinový program

Nemocnice rekonstrukční chirurgie.
Ammán, Jordánsko

V Severním Kivu si některé agentury dokázaly sjednat přístup k uprchlíkům na základě vyjednávání s povstalci a v průběhu ozbrojeného konfliktu tak zajistily přítomnost humanitárních pracovníků v dané oblasti a tím i pomoc běžencům, jiným se to však nepodařilo. Ačkoli budou vždy existovat vnější překážky ztěžující humanitární operace, nejsou tyto překážky nepřekonatelné. Ve skutečnosti musí být jedním z klíčových prvků úspěšné humanitární akce schopnost tyto překážky překonat či se alespoň na nepříznivé okolnosti adaptovat.

OSN stojí u původu mnoha systémových vad

Není žádný důvod domnívat se, že humanitární systém ve všech třech případech selhal jako celek. Pokud ale byly v humanitárních reakcích zjištěny nějaké zásadní problémy, jejich ústředním faktorem byly vždy agentury a struktury OSN.

Jedním ze společných témat tří zkoumaných humanitárních krizí byl klíčový problém způsobu kategorizace uprchlické populace. **O tom, komu bude poskytnuta pomoc, rozhodoval oficiální status, nikoli konkrétní potřeby běženců a míra jejich ohrožení.** Tento úkol je zčásti věcí oficiálního mandátu, zčásti věcí administrativy. V Jordánsku byl pozorován značný rozdíl v přístupu k lidem v uprchlických táborech a k těm ve městech. Ještě větší rozdíl existoval mezi uprchlíky registrovanými UNHCR a těmi, kteří úřadem registrováni nebyli (15 %). V Severním Kivu, kde se jednalo o vnitřně vysídlené osoby a ne o uprchlíky, byla zaznamenána ještě větší propast mezi osobami přebývajícími v oficiálních táborech (kde se jim dostávalo pomoci a ochrany od UNHCR), těmi, kteří žili v provizorních táborech (v nichž jim pomoc poskytovala IOM), a těmi, kdo se uchýlili do hostitelských komunit (kde měli k dispozici pomoc jen od několika málo agentur a v podstatě zůstali bez ochrany). V Severním Kivu byla kolem registrace a klasifikace všech vysídlenců vybudována rozsáhlá mašinerie, aby pomoc nesměřovala k osobám, které za vysídlené považovat nelze. Na druhou stranu ale samotné vysídlené populace někdy musely na pomoc čekat dlouhé měsíce. Ve všech třech

© J.B. Russell 2011

oblastech obdržely hostitelské komunity jen velmi málo pomoci jakéhokoli druhu navzdory narůstajícím potřebám a vysokému stupni ohrožení.

Ve všech zkoumaných krizích hrál klíčovou roli UNHCR. V Mabanu a Jordánsku se jednalo o vedoucí agenturu, zatímco v Severním Kivu měl úřad vedoucí úlohu v oficiálně uznaných táborech. Všude se bohužel vyskytla řada problémů. **Trojí role UNHCR coby koordinátora, dárce a poskytovatele pomoci vedla ke značnému střetu zájmů.** V Mabanu neplnil UNHCR obzvlášť dobře žádnou ze svých úloh. Rozpoznání rozsahu krize bylo opožděné a reakce na krizi nedostatečná. Organizace měla velké problémy s mobilizací kvalifikovaného personálu v rozhodujících sektorech.[5] Trojí role úřadu měla za důsledek, že pro subdodavatelské NNO bylo obtížné sdílet své problémy při implementaci programů, zatímco pro samotný UNHCR bylo obtížné připustit existenci větších problémů a žádat o technickou pomoc další agentury OSN, a to ze strachu o ztrátu financí a poškození svého renomé. Tato skutečnost měla negativní vliv na kvalitu dostupných informací nezbytných pro informované rozhodování. V Severním Kivu a Jordánsku bylo možné značné rozdíly v poskytování pomoci různým kategoriím vysídlených osob dát do přímé souvislosti se způsoby rozhodování a procesy nastavenými v rámci systému OSN (zejména pak UNHCR a OCHA).

Reakce na humanitární krizi vyžaduje flexibilní, rychlé a účelově nesvázané financování, má-li být efektivní a schopná reagovat na měnící se potřeby. **Stávající systém však tyto podmínky nesplňuje.** Mechanismus financování pomoci v Jižním Súdánu, Severním Kivu a Jordánsku byl málo flexibilní, zatížený byrokracií a časově náročný.[6] Odhaduje se, že v případě Severního Kivu uplynuly od podání konceptu plánovaného projektu do příchodu financí do terénu minimálně tři měsíce, což není možné považovat za „rychlou reakci". I v případě Mabanu a Jordánska trvalo tři měsíce, než se humanitární organizace začaly v obou regionech náležitým způsobem angažovat. Existují ale i příklady lepších praktik, zejména mezi MNNO, které měly s dárci připravené dohody o financování pro případ krizí v Severním Kivu. Totéž platí pro mechanismus RRMP (rychlá reakce na přesuny obyvatelstva) v Severním Kivu, který financuje společné vyhodnocování situace na místě a první tři měsíce pomoci. Skutečnost, že jsou podobné iniciativy nezbytné, je však sama o sobě důkazem toho, jak špatně adaptabilní jsou v případě reakcí na humanitární krize hlavní mechanismy pomoci.

Významné byly také nedostatky ve vedení a technických kapacitách uvnitř některých sektorů (clusterů), zejména ve zdravotnictví a zásobování vodou a sanitace. V Mabanu měl UNHCR velké problémy s mobilizací vhodných technických prostředků pro zajištění vody a sanitace, ať již interně, nebo ve spolupráci s implementujícími organizacemi. V Severním Kivu byl podle mnoha respondentů výkon zdravotnického clusteru ve srovnání s ostatními vůbec nejhorší, ačkoli zde jistě sehrála roli nedostatečná přítomnost Lékařů bez hranic jako hlavního poskytovatele tohoto druhu pomoci. V Jordánsku byl naopak výkon a řízení aktérů v oblasti zdravotnictví

a zásobováním vodou a sanitace velmi dobrý, třebaže se soustředil především na uprchlické tábory.

Rozhodnutí učiněná NNO hrají rozhodující roli

Ať již jsou vnější či systémová a strukturální omezení jakkoli důležitá, uvedené tři případy rovněž ukazují, že NNO mají vlastní možnosti a zdroje, jak reagovat na humanitární krize, a mohou také samy rozhodnout, co učiní. **Musí proto také za svou reakci nést svůj díl odpovědnosti.** Setkali jsme se s pozitivními i negativními případy takovýchto rozhodnutí, která umožnila či naopak zpomalila dobrou reakci na humanitární krizi.

Především je nutné zdůraznit, že v některých případech se jednalo o **problém jejich kapacit,** konkrétně nedostatek lidských, finančních a zejména technických zdrojů nezbytných pro splnění úkolu. Překvapivě to platí zejména pro Maban, přestože ze všech tří zkoumaných případů se jednalo o zásah, s nímž mají humanitární agentury nejvíce zkušeností. Nejenže zde chybělo náležité technické vybavení pro zásobování vodou a zabezpečení sanitace, ale nedostatky se projevily také v oblastech krizového plánování (ačkoli značný příval dalších uprchlíků bylo možné předvídat), plánování nových táborů, sdílení informací a přesměrovávání programů v reakci na nové potřeby, což jsou všechno základní nástroje nezbytné pro řádné fungování celého systému. V Severním Kivu byly zaznamenány stejné nedostatky v poskytování zdravotní péče (jen velmi málo aktérů bylo schopno poskytnout tento druh služeb ve chvílích, kdy humanitární krize propukla), v reakci na sexuálně a genderově motivované násilí (zejména co se týče lékařské a psychosociální péče poskytované jeho obětem), v zásobování vodou a sanitaci, distribuci nepotravinové pomoci a zajištění bezpečnosti (především co se týče vyjednávání s povstaleckými skupinami o přístupu k uprchlíkům). Kapacitní problémy na úrovni jednotlivých agentur byly méně závažné v Jordánsku, ačkoli při výstavbě uprchlického tábora Zátarí došlo k omylům a chybám v logistickém plánování (umístění všech klíčových služeb na jedné straně tábora) a zajištění bezpečnosti (rozhodnutí neustavit v táboře policejní službu), a trvalo více než rok, než byly tyto nedostatky odstraněny.

Ve všech třech zkoumaných případech byla ze strany NNO zjevná **velmi silná neochota podstupovat rizika**. Nejzřetelnější byla při zvládání bezpečnostních rizik v Severním Kivu, platí to však i všeobecně pro způsob, jakým jednotlivé organizace činí důležitá rozhodnutí, identifikují priority a uskutečňují své programy. V Jordánsku si byli všichni vědomi toho, jaká nerovnováha panuje mezi různými částmi pomoci, pro většinu agentur bylo ale prioritní věnovat se rozsáhlejším, mediálně „viditelnějším" a snáze proveditelným operacím v uprchlických táborech nežli menším a komplikovanějším akcím ve městech, kde pravděpodobnost neúspěchu byla mnohem větší. Ve všech třech případech humanitárních krizí bylo možné pozorovat stejný jev: úroveň pokrytí a efektivity mise byla primárně určována mírou jejich obtížnosti (potažmo na druhé straně mírou pohodlí). Lidé dostávali pomoc většinou na základě toho, jak snadné bylo se k nim dostat – v Severním Kivu úroveň poskytování pomoci silně klesala směrem od Gomy k periferním oblastem, kde byly potřeby místní populace rozhodně větší. V Jordánsku byly v táboře Zátarí potřeby

uspokojovány více než dostatečně, zatímco běženci ve městech dostali mnohem méně pomoci, ačkoli byli ve větším ohrožení. V Mabanu se naopak zdálo, že celá krize je pro většinu agentur jednoduše příliš obtížná. Čím více bylo možné potřeby ohrožené populace zajistit nějakým jednoduchým technickým opatřením, tím pravděpodobnější bylo, budou pokryty. Na všech místech se naopak projevoval nedostatek agentur ochotných zhostit se „obtížných úkolů" – ať už se jednalo o potřebu okamžitě zareagovat v Mabanu, pokračovat v práci během války v buši v Severním Kivu či nalézt cestu k 70 000 neregistrovaných uprchlíků v jordánských městech, k nimž se humanitární pomoc nedostávala.

Bylo rovněž evidentní, že **přesměrování dlouhodobých programů na krizové** může být pro mnoho agentur velmi obtížné. Jedná se o problém tzv. „přehození rychlosti",[7] který jako klíčový zmínili respondenti ve všech třech lokalitách, zejména ve dvou případech, kdy se krize rozvinula velmi rychle. V Mabanu se některé agentury staly terčem tvrdé kritiky ze strany ostatních pro svou nepřipravenost reagovat na předvídatelné krize, neboť se příliš soustředily na své dlouhodobé programy a nedokázaly kvůli tomu včas rozpoznat blížící se krizi. V Severním Kivu měly naopak tytéž agentury početné krizové týmy, disponovaly způsoby, jak rozšířit své kapacity, a měly zajištěno předfinancování pro případ krizí, a tak byly připravené rozjet krizové operace. Jiné agentury působící zejména v oblasti zdravotnictví a provozující dlouhodobé programy primární zdravotní péče v periferních oblastech neměly kapacity na to, aby byly schopny reagovat na akutní potřeby, a jen sledovaly, jak postupně opadávají. Jako klíčová se tedy ukazuje otázka prioritizace krizové reakce uvnitř jednotlivých agentur, stejně jako managementu zásahů, vedení a ochoty chopit se iniciativy.

Noví aktéři a humanitární systém – dva odlišné světy?

Navzdory rozvíjející se diskusi o propojenosti a začleňování zůstává humanitární systém obtížně přístupný aktérům z jiných než západních zemí. Lze však pozorovat určité změny: na jedné straně se Turecko, Kuvajt a další země Blízkého a Středního východu stávají významnými dárci v rámci výzev OSN, na druhé straně výzva UNHCR byla v případě jordánské krize namířena i k místním NNO. Ve třech zkoumaných případech se ukázalo, že humanitární systém podle všeho není v současnosti dobře uzpůsoben tomu, aby poskytl více přímé pomoci aktérům z řad místní občanské společnosti, navzdory skutečnosti, že v rámci humanitárních krizí hrají čím dál větší roli.[8] V Jordánsku byla řada úspěšných programů realizována malými lokálními NNO, které byly schopny dodat pomoc i velmi ohroženým skupinám uprchlíků ve městech. Mnohé z malých, začínajících agentur však poukazovaly na nedostatek svých organizačních kapacit, který jim ztěžoval účast na početných schůzkách OSN či plnění reportovacích povinností, kvůli čemuž pak musely působit mimo rámec humanitárního systému soustředěného okolo OSN. Ačkoli kapacita a možnosti místních NNO v Severním Kivu byly dosti omezené, občanská společnost byla dobře informována o reakci humanitárního systému (a také jej náležitě kritizovala) – a z velké části z ní byla vyloučena.

Zaznamenána byla také řada „nových aktérů" systému poskytování pomoci, zejména na Blízkém východě v souvislosti se syrskou krizí, včetně skupin působících v rámci diaspory, společností Červeného půlměsíce a NNO z daného regionu. Tyto skupiny vesměs pracovaly vně humanitárního systému (některých schůzek se však příležitostně účastnily) a nemusely se tak potýkat s jeho omezeními. Některé z nich vytvořily finančně dobře zajištěné a dosti významné programy, díky nimž se podařilo pokrýt potřeby obyvatelstva, kupříkladu programy financující v Jordánsku lékařskou péči pro Syřany zraněné v průběhu válečného konfliktu. Obracejí se na ně nicméně i soukromí i vládní dárci, kteří dávají přednost programům s dobrou vizibilitou a dobře viditelnými výsledky. Mnohé z těchto nově vzniklých organizací, zejména ty větší, jsou nuceny pracovat pod patronací svých vlád nebo se samy rozhodly připojit k vládním programům.

Noví aktéři nicméně nejsou přítomni v některých z nejhorších humanitárních krizí, například žádní nepůsobili během krizí v Severním Kivu a Mabanu.

A co Lékaři bez hranic?

Ani Lékaři bez hranic nebyli imunní vůči faktorům omezujícím humanitární aktivity uvedeným v této zprávě a platí pro ně tedy mnohdy stejná kritika.

Ve třech humanitárních krizích podrobených zkoumání byli Lékaři bez hranic schopni poskytnout lékařskou pomoc ve velkém měřítku desítkám tisíc lidí. V Mabanu a Severním Kivu dokázali rychle zareagovat během klíčových prvních týdnů, kdy docházelo k velkým přesunům lidí. Byli rovněž schopni pokrýt potřeby v několika vysoce odborných oblastech – jako byla rekonstrukční chirurgie v Jordánsku či zdravotní péče při epidemii hepatitidy E v Mabanu. Lékaři bez hranic byli také s to poskytovat pomoc v některých velmi náročných oblastech, jako byly zóny kontrolované povstalci v Severním Kivu či syrsko-jordánské pohraničí.

Zareagovat na potřeby populace v těžce přístupných oblastech či přizpůsobit dlouhodobé programy pomoci humanitárním krizím nebylo však pro Lékaře bez hranic snadné v žádném ze tří uvedených kontextů a vyžadovalo značné úsilí a někdy také notnou dávku štěstí. Podobně jako u jiných agentur bylo i pro terénní týmy Lékařů bez hranic výrazně snazší reagovat v prostředí uprchlických táborů než cílit na mnohem více ohrožené a také na větší ploše rozptýlené uprchlíky ve velkých jordánských městech. Lékaři bez hranic také nevěnovali dostatečnou pozornost tomu, aby identifikovali ty nejohroženější skupiny rozptýlené ve volném terénu mimo uprchlické tábory v Severním Kivu, a spíše doufali, že zajištění standardní zdravotní péče bude postačující.

Způsob, jakým se Lékaři bez hranic snažili zaplnit mezeru v zásobování vodou v Mabanu, spočíval především v tom, že situaci pozorovali a čekali, jak se vyvine, takže v okamžiku, kdy se vyhrotila, bylo již pozdě. Humanitární krize v Mabanu (a současně probíhající krize v Yidě ležící o něco západněji u hranic mezi Súdánem a Jižním Súdánem) rovněž nastartovala v krizových týmech Lékařů bez hranic diskusi o tom, zda organizace prací v prostředí ohraničených uprchlických táborů neztratila část svých dřívějších kapacit a technického know-how. Bylo zřejmé, že v Severním Kivu, Jordánsku a Mabanu se Lékaři bez hranic soustředili především na sekundární zdravotní péči – ačkoli v Mabanu se úsilí organizace koncentrovalo i na primární zdravotní péči v rámci místních komunit, byť s jistým zpožděním.

Co se týče publicity a advokační snahy, v Jordánsku a Severním Kivu si Lékaři bez hranic počínali mnohem „diplomatičtěji“ a zdrženlivěji. Výhodou tohoto přístupu byl mnohem lepší vztah s vládami a dalšími humanitárními aktéry, na druhé straně to však omezilo jejich možnosti něco ovlivnit. Nejlepším příkladem je mlčení Lékařů bez hranic v případě masového znásilňování žen v Minově, jež měli údajně na svědomí vojáci FARDC. Zdrženlivější přístup Lékařů bez hranic se projevil i v jiných oblastech, např. v omezeném sdílení technického know-how v tématech, jako je reakce na epidemie nebo péče o oběti sexuálního násilí, přičemž v obou případech Lékaři bez hranic zároveň kritizovali nedostatek technických kapacit ostatních aktérů v těchto oblastech.

Výjimkou z tohoto obrázku byla krize v Mabanu, kde Lékaři bez hranic naopak záměrně sehráli úlohu neposlušného „outsidera“ a podrobovali veřejné kritice selhání humanitární komunity. Ačkoli toto veřejné advokační úsilí splnilo svůj účel, bylo zřejmě možné dosáhnout týchž výsledků a spálit přitom méně mostů, pokud by se více energie investovalo do strategických jednání s humanitární komunitou v hlavním městě země Jubě.

To vše ukazuje, že co se týče reakce na humanitární krizi, o žádném negativním jevu není možné říci, že mu nelze předejít. Ve všech třech kontextech, jak v případě Lékařů bez hranic, tak ostatních, mnohé záviselo na pohotovosti a schopnosti reakce vedoucích pracovníků v terénu a na jejich schopnostech identifikovat měnící se potřeby a správně na ně reagovat.

ZÁVĚRY

Systém poskytování humanitární pomoci může nabídnout účinnou a rozsáhlou pomoc těm, kdo ji potřebují – za předpokladu, že to není spojeno s příliš velkými obtížemi. Znamená to, že humanitární systém má během krizí pozitivní dopad, ale není příliš úspěšný v pokrývání těžce uspokojitelných potřeb, není schopen náležitě reagovat, má omezené kapacity pokrýt všechny potřeby (zejména u nejohroženějších populací) a někdy je nedostatečná i jeho efektivita a celkové technické možnosti. Jakýkoli druh potíží zásadním způsobem omezil přínos poskytované pomoci: populace, k nimž byl přístup

snadný, pomoc dostaly, ale jakmile byl přístup komplikovanější, pomoci dostali výrazně méně. Panuje propastný rozdíl mezi nejmodernějšími znalostmi (o humanitárních krizích a možnostech efektivní pomoci) a konkrétní schopností pomoc poskytnout.

Humanitární systém se mohutně rozrostl, avšak zatím to nepřineslo odpovídající zlepšení jeho výkonnosti v případě akutních krizí. Ačkoli právě reakce na akutní krize představuje základní kámen humanitárního systému, budování krizových kapacity bylo podceněno. **Ve všech těchto problémech stojí na počátku právě stupeň priority přikládaný reakci na akutní krize a zejména míra ochoty a připravenosti pokusit se pomoc dostat k těm, k nimž se dostává nejhůře.** Toto je třeba změnit, a to prostřednictvím reforem na úrovni celého humanitárního systému i jednotlivých agentur:

Klíčová je během krizových situací otázka vedení, zejména na úrovni jednotlivých zemí, má-li se zaručit adekvátní strategické rozhodování a schopnost reagovat na měnící se situaci.

- Je zapotřebí větších investic k vytvoření lépe fungujících manažerských, finančních, personálních i logistických systémů, jež by umožnily zlepšit připravenost a efektivitu systému i jeho schopnost náležitě reagovat.
- Pomoc během uprchlických krizí musí být přeorientována tak, aby vycházela více ze skutečných potřeb a míry ohrožení než ze statutu a lokality běženců. Zejména je zapotřebí vyvinout mnohem více úsilí pro pokrytí potřeb lidí v těch nejobtížněji dosažitelných oblastech.

POKUD

neexistují větší logistické a bezpečnostní překážky pro doručení pomoci,

jsou uprchlíci registrováni a nacházejí se v oficiálně uznaných táborech,

se krizi dostává publicity a vzbuzuje patřičný zájem mezinárodního společenství,

je na navýšení objemu poskytované pomoci dostatek času (cca 3-6 měsíců),

jsou populace, jimž je pomoc určena, jejich potřeby a způsob reakce na krizi náležitě definovány,

je vedení na úrovni zemí dostatečně silné, aby rozpoznalo šíři krize a mobilizovalo humanitární pomoc,

jsou splněny politické podmínky: pokud vláda i povstalecké skupiny umožňují přístup k potřebným,

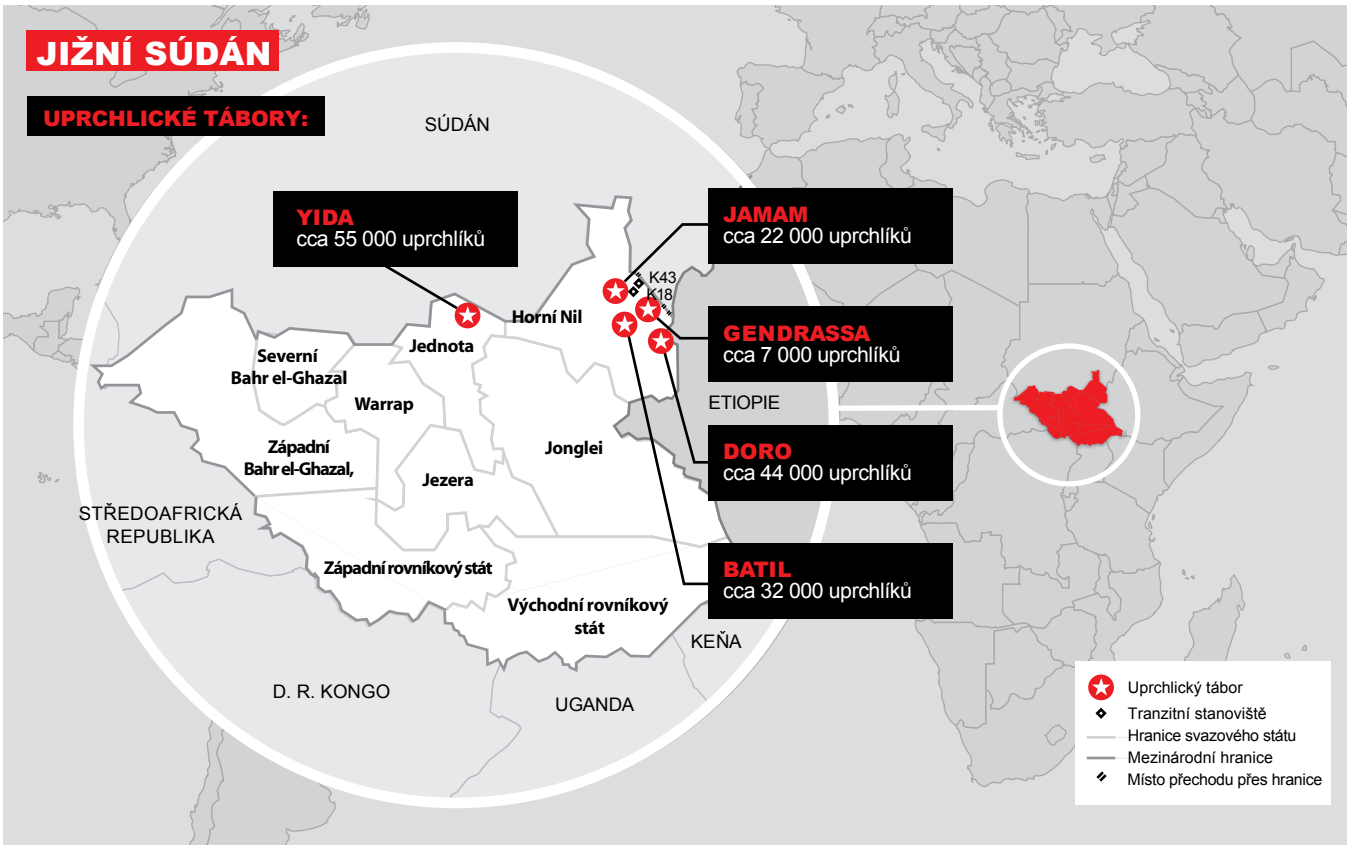
PAK

může humanitární systém poskytnout rozsáhlou a adekvátní život zachraňující pomoc během uprchlických krizí.

PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

REAKCE NA HUMANITÁRNÍ KRIZI VYVOLANOU PŘÍLIVEM UPRCHLÍKŮ V OBLASTI MABAN, JIŽNÍ SÚDÁN, 2011–12

1



Humanitární krize v okrese Maban v Jižním Súdánu se vyvíjela ve dvou různých fázích. V říjnu 2011 vyvolalo letecké bombardování četných vesnic ve státě Modrý Nil v Súdánu masový exodus uprchlíků do Jižního Súdánu přes dva nedaleké hraniční přechody.[9]

Do ledna 2012 se v táboře Doro ve státě Horní Nil usídlilo na 28 000 uprchlíků. Ti dorazili v relativně dobrém zdravotním stavu, který se však již krátce po jejich příchodu začal zhoršovat. V následujících dvou měsících se celkový počet uprchlíků zdvojnásobil, což přimělo UNHCR vybudovat v únoru druhý tábor v Jamamu. V období od května do června, bezprostředně před začátkem období dešťů, pak do Jižního Súdánu dorazila druhá vlna uprchlíků, kteří byli ve velmi špatném zdravotním stavu. Většina z nich použila hraniční přechod El Fuj a pokračovala přes tranzitní stanoviště K43 a K18. V této době byl pro uprchlíky otevřen třetí tábor v Batilu, po kterém následoval čtvrtý v Gendrasse. Celkový počet uprchlíků v té době překročil již 105 000.

Lidé čekající na očkování proti choleře.
Maban, Jižní Súdán

Okres Maban je izolovanou oblastí ležící poblíž nově ustavené hranice se Súdánem. Je řídce osídlený a přístup k přírodním zdrojům vody je zde omezený. Jelikož se v tomto případě jednalo primárně o uprchlickou krizi – pro nově vzniklý Jižní Súdán vůbec první toho druhu – zhostil se vůdčí úlohy při pomoci uprchlíkům (alespoň co se týče mandátu) UNHCR. Reakce na humanitární krizi se musela vypořádat s celou řadou těžkostí a potýkala se se sérií nedostatků a chyb:[10]

- **Zásobování vodou a sanitace představovaly zásadní nedostatek.** Nalézt zdroje vody, čerpat ji a distribuovat v náležitém objemu bylo mimořádné obtížné. To bylo známo expertům na zásobování vodou a sanitaci již v prosinci 2011, kdy o daných problémech informovali. V dubnu a květnu kleslo množství distribuované vody v tranzitních táborech až ke 2,5 litru na osobu na den a v uprchlických táborech na 6 litrů na osobu na den, což je výrazně pod minimální úrovní stanovenou jako limit pro možnost přežití. Vydatné

deště v červnu, červenci a srpnu způsobily zaplavení některých částí táborů a přispěly k vysoké míře výskytu průjmových onemocnění a propuknutí hepatitidy typu E. Zásobování vodou a hygienická opatření se zlepšila až s otevřením čtvrtého tábora v Gendrasse v srpnu 2012.

- **Míra úmrtnosti byla v dubnu a květnu na katastrofální úrovni a zůstala vysoká po mnoho měsíců,** z větší části kvůli špatné situaci v zásobování vodou a sanitaci. Prospektivní sledování[11] ve 24. týdnu humanitární krize (tj. v polovině června se záběrem posledních sedmi dní) stanovilo hrubou míru úmrtnosti na 1,79 úmrtí na 10 000 osob denně a úmrtnost dětí mladších pěti let na 2,85 úmrtí na 10 000 osob denně. Teprve počátkem září míra úmrtnosti v Jamamu poklesla dostatečně pod krizovou úroveň. Následně byla provedena dvě retrospektivních sledování míry úmrtnosti,[12 13] která naznačila, že úmrtnost skutečně po příchodu běženců do tábora vzrostla, alespoň zpočátku. Podmínky v táborech zdaleka neumožňovaly plnit ochrannou a rehabilitační funkci a problémy spíše ještě rozmnožily.

- **Kombinace obtížného terénu, sezónních dešťů a odlehlosti regionu velmi ztěžovala humanitární operace** a vyžádala si mohutné investice do lidských zdrojů či logistiky a velký objem financí, a to i v případě velkých humanitárních agentur. To vše mělo vážný dopad na spolehlivost zásobování potravinovou pomocí. WFP byl schopen zajistit první kompletní měsíční dodávku až v září. V předchozích měsících byly zajištěny pouze týdenní a patnáctidenní dávky potravin, často navíc se zpožděním. Vzhledem k naprosté závislosti populace na potravinové pomoci není překvapující, že červencový výzkum výživového stavu obyvatel tábora v Batilu odhalil akutní podvýživu u 27,7 % populace.

- Vážné nedostatky přetrvávaly rovněž v oblasti plánování, koordinace a celkové strategie. Přechod od dlouhodobého přístupu orientovaného na rozvojovou pomoc do režimu humanitární krize představoval pro některé agentury těžko překonatelný problém a ukázal, že aktivity těchto organizací jsou příliš orientovány na dlouhodobé programy (zejména v oblasti zásobování vodou a sanitace) a nejsou schopny reagovat na akutní potřeby během humanitárních krizí. Krizové plánování a výběr vhodných míst byly také chabě zajištěny, neboť již v lednu 2012 bylo známo, že Jaman bude pro stálou populaci během období dešťů nevhodný, a lídři místních komunit upozorňovali, že lze očekávat další mohutný příliv běženců.

- Koordinační týmy v Jubě a Mabanu popisovaly dvě naprosto rozdílné reality. Řada NNO byla závislá na financování ze

strany UNHCR, který sám byl během krize výrazně podfinancovaný. Potřeba zajistit vyšší míru financování společně se snahou UNHCR vyloučit další agentury OSN z účasti na řešení humanitární krize obcházením existujícího systémů clusterů, znamenaly, že pro agenturu bylo obtížné otevřeně přiznat celkový rozsah krize v Mabanu. Zástupci UNHCR popisovali koordinační schůzky jako „plné zbožných přání, neúplných zpráv a snah o banalizaci problémů". Převládala při nich atmosféra vzájemného osočování a podezřívání, zatímco trvání na kolektivní zodpovědnosti zakrývalo nedostatek zodpovědnosti na straně jednotlivých agentur.

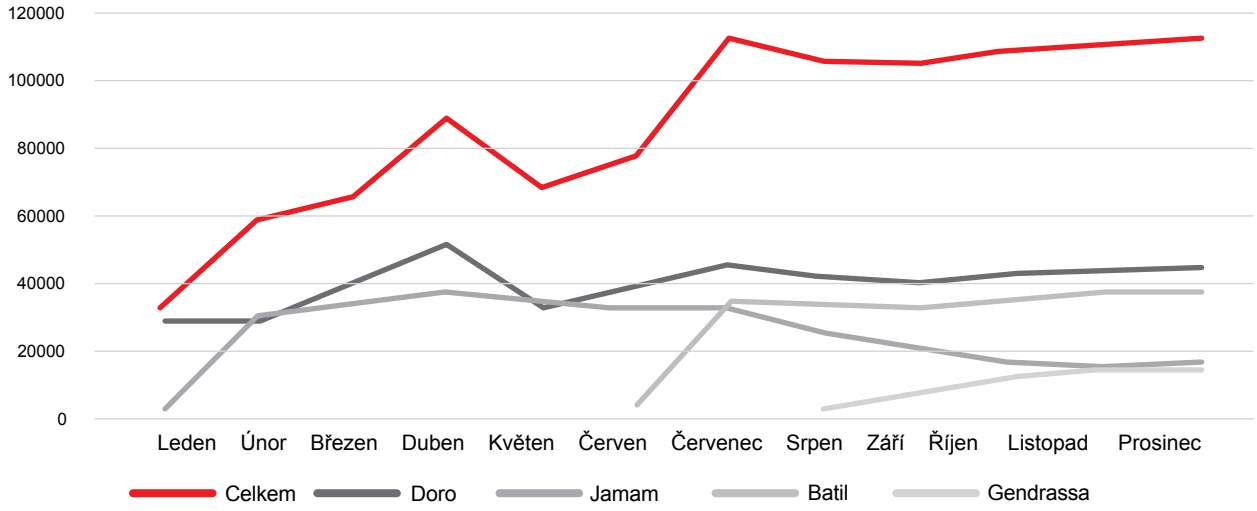
- Strategie Lékařů bez hranic v Mabanu byla trojí: organizace působila v prvé řadě jako odborný poskytovatel zdravotní péče, dále pak rozšířila své operace mimo sektor zdravotnictví a řešila nedostatky v poskytování dalších služeb, a za třetí se snažila zajistit přímou cestou vyšší úroveň těchto služeb ze strany jiných agentur. Zásobování vodou a zajištění sanitace bylo na straně Lékařů bez hranic prováděno v rámci „vyplňování mezer", nemělo však být překvapením, že pro jiné agentury bylo obtížné jednat v daných podmínkách rychle a kompetentně. Přístup Lékařů bez hranic byl silně konfrontační, neboť organizace tlačila na další agentury, aby plnily své závazky. Ačkoli měl jistý pozitivní dopad a reakce na krizi ze strany mezinárodního společenství tím získala na naléhavosti, přispěl tento přístup rovněž ke zvýšení napětí mezi jednotlivými organizacemi. Lékaři bez hranic se v některých případech omezili pouze na kritiku, a teprve poté sami aktivně vstoupili do dění a snažili se existující nedostatky odstranit vlastními prostředky.

MÍRA ÚMRTNOSTI A KRITICKÉ HODNOTY

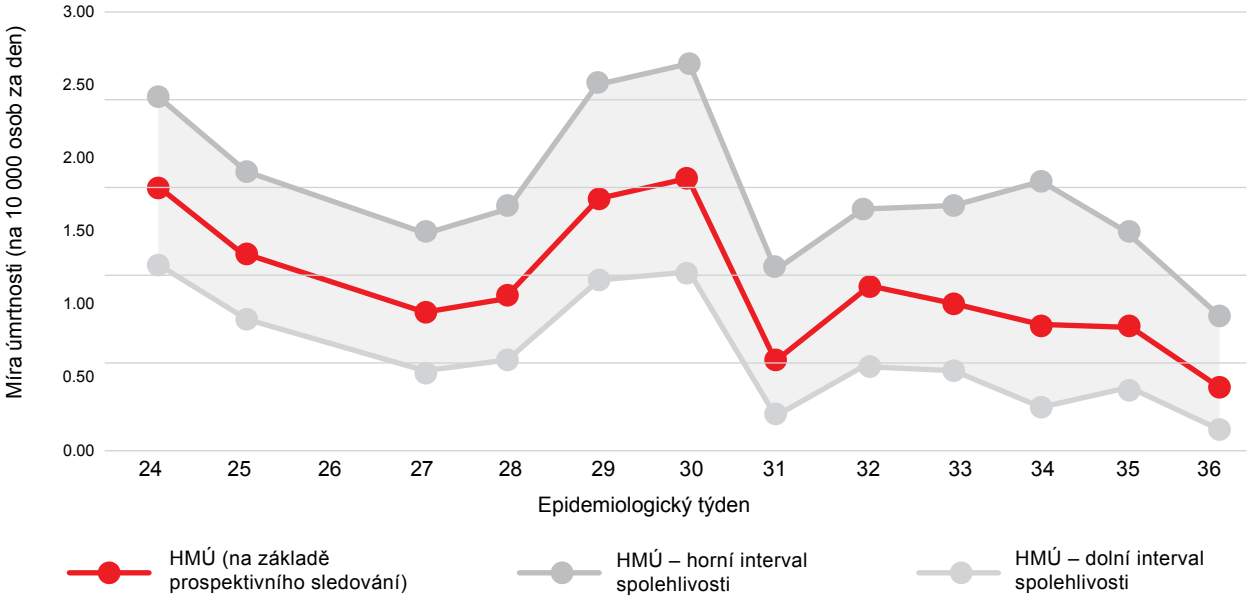
Vzhledem k absenci údajů o míře úmrtnosti (kterou je často v případě humanitárních krizí nemožné odhadnout) humanitární agentury stanovily tzv. „kritické hodnoty". Níže je provedeno srovnání mezi těmito kritickými hodnotami a údaji z okresu Maban.

	Hrubá míra úmrtnosti	Úmrtnost dětí mladších 5 let
Kritická hodnota	1 úmrtí na 10 000 osob za den	2 úmrtí na 10 000 osob za den
Počáteční výzkum, údaje za 7 dní, tábor Jaman, červen 2012	1,79	2,84
Vyčerpávající retrospektivní výzkum, údaje za 300 dní, tranzitní tábor T3, červen 2012	0,45	0,54
Retrospektivní výzkum úmrtnosti, údaje za 137 dní, tábor Batil, červen 2012	0,91 *(za celé období)* 1,75 *(od příchodu do tábora)*	2,1 *(za celé období)* 4,19 *(od příchodu do tábora)*
Úmrtnost mezi osobami staršími 60 let, tábor Jamam	3,45	

POČET UPRCHLÍKŮ, OKRES MABAN, 2012[14]



HRUBÁ MÍRA ÚMRTNOSTI, TÁBOR JAMAM, 2012



> I když toho třeba můžete učinit jen velmi málo, musíte to dělat rozhodně. A ne si stále jen dokola stoupat či sedat podle toho, jestli tábor stojí nebo je v pohybu. Nedostatek rozhodnosti nesouvisí s prázdnou peněženkou.
>
> Operační manažer Lékařů bez hranic

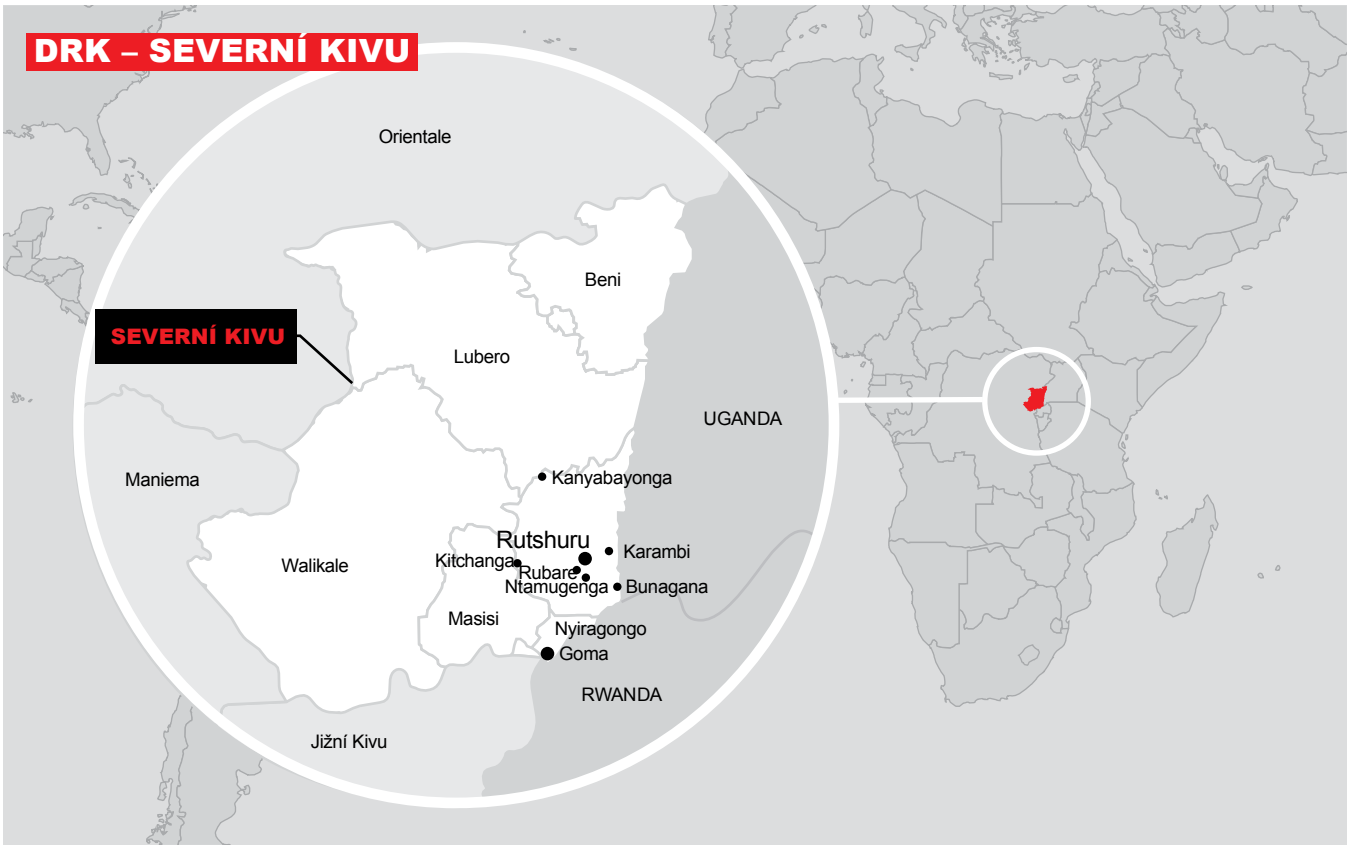
Uprchlický tábor Doro,
Jižní Súdán

© Florian Lems / MSF 2012

PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

REAKCE NA HUMANITÁRNÍ KRIZI V LETECH 2012–2013 V SEVERNÍM KIVU, DEMOKRATICKÁ REPUBLIKA KONGO

2



V dubnu 2012 se vzbouřily jednotky Ozbrojených sil DRK (FARDC), označily se jako hnutí M23 a daly se do pohybu s cílem dostat pod kontrolu východní provincii Severní Kivu. V listopadu téhož roku se krátce zmocnily jejího hlavního města Gomy a pak se navrátily k jednacímu stolu.

To vedlo k reorganizaci dalších ozbrojených skupin v provincii, když některé z nich využily ústupu jednotek FARDC bojujících se vzbouřenci a zaujaly pozice na uvolněném území. Všechny tyto akce měly významný dopad na civilní obyvatelstvo. Docházelo k zabíjení, četným projevům sexuálního násilí, rabování vesnic a velkým přesunům obyvatelstva. Odhaduje se, že mezi březnem 2012 a březnem 2013 se počet lidí vysídlených v Severním Kivu takřka zdvojnásobil z 554 949[15] na 920 784,[16] což je 16 % populace čítající 5,7 milionu osob.

Začátek krize vyvolané povstáním M23 a rozsáhlé přesuny obyvatelstva přiměly humanitární komunitu k posunu směrem ke krizovým programům. Při posuzování reakce na tyto události jsme zjistili, že:

- Obyvatelstvo Severního Kivu potřebuje především **bezpečí a ochranu** před násilím – nikdo ale není schopen zastavit

plenění, loupeže a útoky. Pro konžský stát a síly MONUSCO, jejichž hlavní odpovědností je chránit civilisty, to znamená zásadní selhání.

- Pomoc **vnitřně vysídleným osobám** se převážně soustřeďuje na 14 % vysídlených, kteří žijí v „oficiálně" uznaných táborech. 16 % vysídlených žijících ve spontánně vzniklých táborech má k dispozici mnohem méně pomoci i ochrany, včetně potravin, nepotravinových položek, vody a sanitace a zdravotnických služeb, zatímco 70 % vysídlených, kteří vyhledali útočiště u místních rodin a hostitelských komunit, nedostává žádnou cílenou pomoc. Ta se navíc soustředí na tábory u Gomy, zatímco do periferních oblastí, které jsou postiženy nejhůře, se jí dostává výrazně méně. Lokalita a oficiální status jsou mnohem důležitější faktor pro získání pomoci než skutečné potřeby.

- Tvrzení humanitárních organizací o realizovaném **„pokrytí" humanitárních potřeb** v některých oblastech či sektorech (např. zdravotní péče) stálo během krize v letech 2012–2013 na chabém základě. Zjistili jsme, že řada jejich programů se zhroutila, jakmile krize udeřila plnou silou. Co se týče zdravotní péče, mnohé agentury se zaměřily na geografické pokrytí na primární úrovni formou finančních odměn státním zaměstnancům, dodávek některých klíčových léků a poskytování školení. Ve skutečnosti vzhledem k permanentním nedostatkům v zásobování léky a špatné kontrole byla střediska primární zdravotní péče otevřena nepravidelně i mimo krizová období. Ve snaze pokrýt potřeby všech pomocí jednoznačně nevyhovujících prostředků a zdrojů se projevily zásadní nedostatky daného systému, kvůli nimž trpěli právě ti nejvíce potřební.

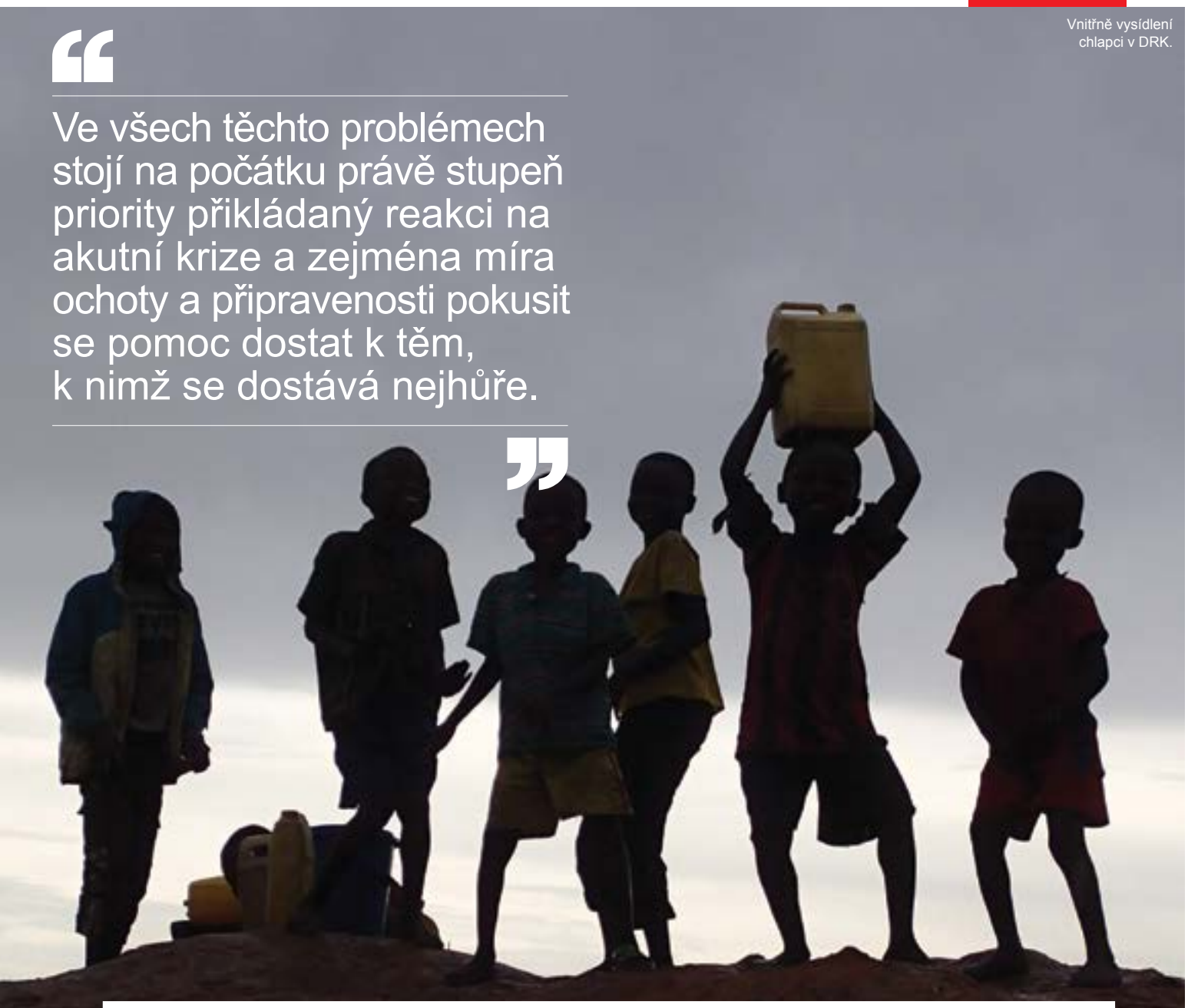
- Rozšíření **sexuálně motivovaného násilí** vyvolalo mezi humanitárními organizacemi velkou pozornost, ale nevedlo k zajištění dostatečné lékařské a psychosociální péče na periferii, ani v samotné Gomě. Vážná porušení lékařského tajemství ze strany MONUSCO a FARDC při údajném pátrání po pachatelích zůstala bez vážnější reakce.

- Humanitární agentury zaujaly v otázce **bezpečnosti postoj vyhýbání se jakýmkoli rizikům**, což vedlo k tomu, že vysídlení obyvatelé zůstali bez pomoci právě tam, kde ji nejvíce potřebovali. Zdá se rovněž, že mnoho agentur nebylo schopno zabránit selhání vyjednávání s ozbrojenými skupinami ohledně přístupu do oblasti, a byly tak přítomny pouze v zónách kontrolovaných silami MONUSCO.

- Koordinace programů v rámci komunity humanitárních organizací byla všeobecně **příliš těžkopádná a nepružná,** než aby umožnila rychlou reakci, a to navzdory skutečnosti, že k dispozici byly dostatečné finanční zdroje. Ve skutečnosti mělo jen několik málo agentur (ICRC, Lékaři bez hranic, Oxfam, WFP a další) dostatečné kapacity na krizi reagovat. Mechanismus OSN známý jako RRMP (rychlá reakce na přesuny obyvatelstva), v omezené míře rozšířil flexibilitu systému v sektorech nepotravinové pomoci, vody a sanitace, vzdělání a (v menším rozsahu) zdravotní péče.

- Ačkoli byli Lékaři bez hranic schopni na krizi náležitě reagovat, **zaujali odtažitou pozici, věnovali se hlavně vlastním projektům** a nepokusili se ovlivnit širší komunitu humanitárních organizací. Ačkoliv organizace do určité míry informovala o tom, co její pracovníci v terénu viděli, přičemž v některých případech požadovala konkrétní reakci, nereagovala veřejně na případy hromadných znásilnění v Minově a nesnažila se mobilizovat ostatní, a to dokonce ani v oblasti zdravotní péče, kde to umožňovala její technická kompetence. Hlavními příčinami se v tomto směru zdá být špatná interní koordinace a chybějící širší advokační a poziční strategie organizace v DRK.

Humanitární reakce na potřeby vyvolané krizí z let 2012–13 v Severním Kivu byla v určitých ohledech úspěšná, avšak zároveň také omezená. Byla sice relevantní a náležitá, avšak pouze v případě těch „šťastnějších", kteří se nacházeli v místech, kde se k nim pomoc dostala. Hlavním omezujícím faktorem celkového dopadu humanitární pomoci bylo slabé pokrytí potřeb vyvolaných krizí. Kvalita a včasnost pomoci navíc klesaly s rostoucí vzdáleností od Gomy.



Vnitřně vysídlení chlapci v DRK.

> Ve všech těchto problémech stojí na počátku právě stupeň priority přikládaný reakci na akutní krize a zejména míra ochoty a připravenosti pokusit se pomoc dostat k těm, k nimž se dostává nejhůře.

KASKÁDA DISTRIBUCE POMOCI V SEVERNÍM KIVU

Skupiny obyvatel v sestupném pořadí podle rozsahu získané pomoci

Status a lokalita	Počet vysídlených	Odpovědná agentura
Vysídlení obyvatelé registrovaní v oficiálních táborech u Gomy	1,7 %	UNHCR
Vysídlení obyvatelé registrovaní v oficiálních táborech v periferních oblastech pod kontrolou vlády	7,5 %	UNHCR
Vysídlení obyvatelé v neoficiálních táborech u Gomy	10,1 %	IOM
Vysídlení obyvatelé registrovaní v oficiálních táborech v periferních oblastech pod kontrolou povstalců	4,8 %	UNHCR
Vysídlení obyvatelé v neoficiálních táborech v periferních oblastech	5,9 %	IOM
Vysídlení obyvatelé v hostitelských komunitách v periferních oblastech	70 %	?
Hostitelské komunity v periferních oblastech	neznámé	?

© MSF 2013

> Míra bezpečnosti ve spontánně vzniklých táborech je nízká. Uprchlíci nemají příliš na vybranou, buď přebývají mimo tábor a musí se postarat sami o sebe, nebo jsou v táboře a musí se vypořádat právě s nízkou mírou bezpečnosti.

Vedoucí mise Lékařů bez hranic

Cecile (jméno bylo změněno) z Kašugy má pět dětí a žije v provizorním táboře vysídlených obyvatel v Bulengu v Severním Kivu, DRK.

© Giulio Di Sturco 2013

VÝSLEDKY RETROSPEKTIVNÍHO VÝZKUMU MÍRY ÚMRTNOSTI VE WALIKALE

Lékaři bez hranic provedli ve vybraných komunitách ve Walikale v červnu 2013 průzkum hrubé míry úmrtnosti a míry úmrtnosti dětí mladších pěti let, společně s četností vysídlení a ozbrojených útoků. Průzkumu se zúčastnilo 4157 respondentů.

Hrubá míra úmrtnosti byla odhadnuta na

1,2/10 000 osob/den

(interval 95% spolehlivosti: 1,0-1,4).

Úmrtnosti dětí mladších pěti byla odhadnuta na

1,8/10 000 osob/den

(interval 95% spolehlivosti: 1,3-2,4).

Malárie/horečka byly označeny respondenty jako hlavní příčina úmrtí v

34,1 %

případů, zatímco úmyslné násilí byly příčinou

7,5 %

úmrtí.

24,9 %

respondentů se označilo za vysídlené osoby, zatímco

43 %

se označilo za navrátilce po vysídlení.

6,4 %

respondentů zažilo osobně násilí v průběhu posledních dvanácti měsíců, přičemž v

81,9 %

případů měli pachatelé vojenskou uniformu.

V

89 %

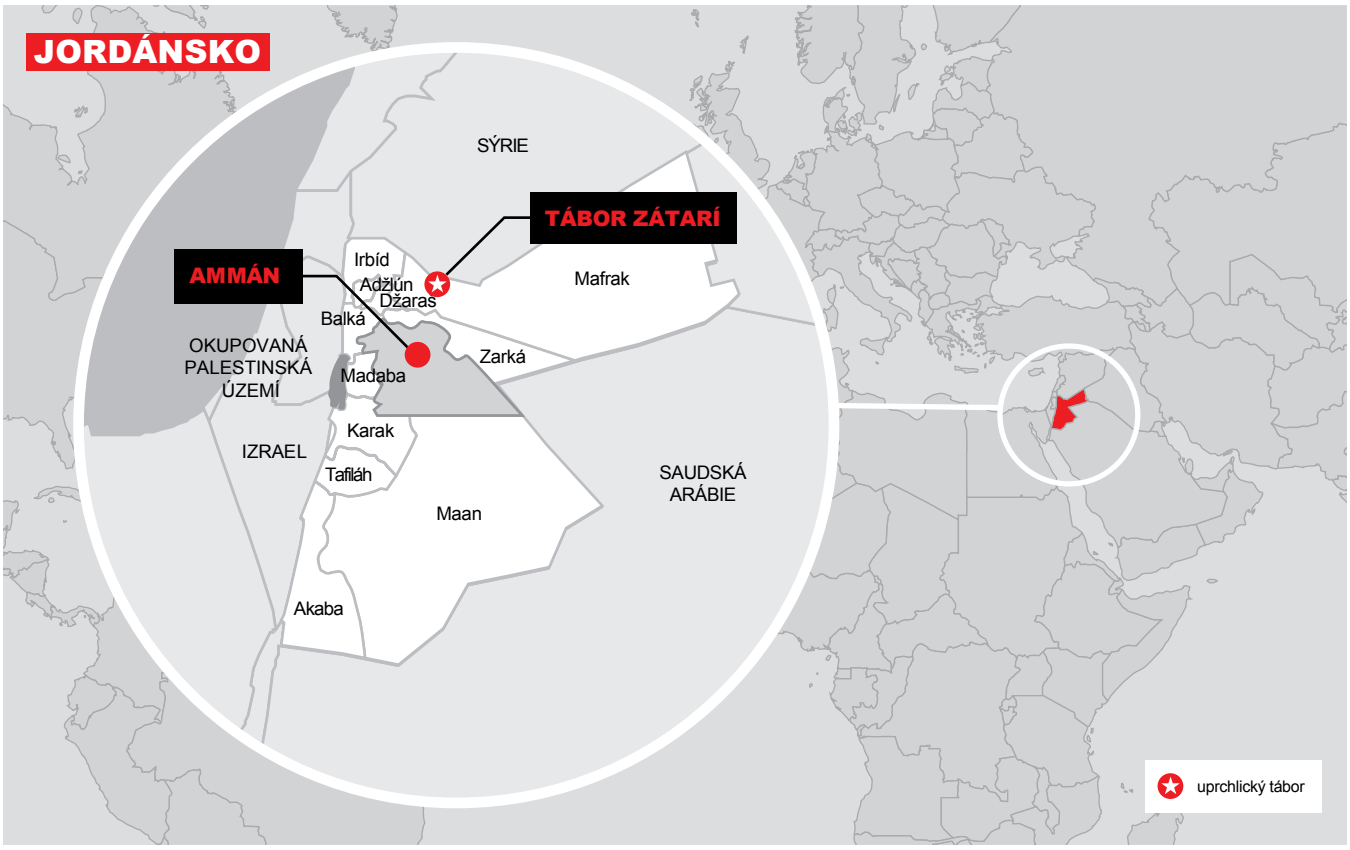
navštívených domácností byla v uplynulých dvou týdnech alespoň jedna osoba nemocná.

Zdroj: Carrión IA (2013), Retrospective mortality survey in the MSF catchment area in Walikale, North Kivu, DRC. MSF: Goma. Základní míra úmrtnosti v oblasti Walikale není známa.

PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3

HUMANITÁRNÍ REAKCE NA KRIZI SYRSKÝCH UPRCHLÍKŮ V JORDÁNSKU, 2012–13

3



Konflikt v Sýrii propukl v březnu 2011 a od té doby má mohutný dopad na humanitární situaci, ať již v zemi samotné, či mimo ni. V sousedním Jordánsku vyhledalo do června 2013 útočiště na 600 000 lidí. To vyvolalo velkou odezvu humanitárních organizací i jordánské vlády s cílem pokrýt potřeby uprchlíků. Vlastní reakce na krizi byla víceméně úspěšná a podařilo se díky ní zabránit vyšší míře úmrtnosti mezi uprchlíky, ačkoli do Jordánska vesměs přicházeli v dobrém zdravotním stavu.

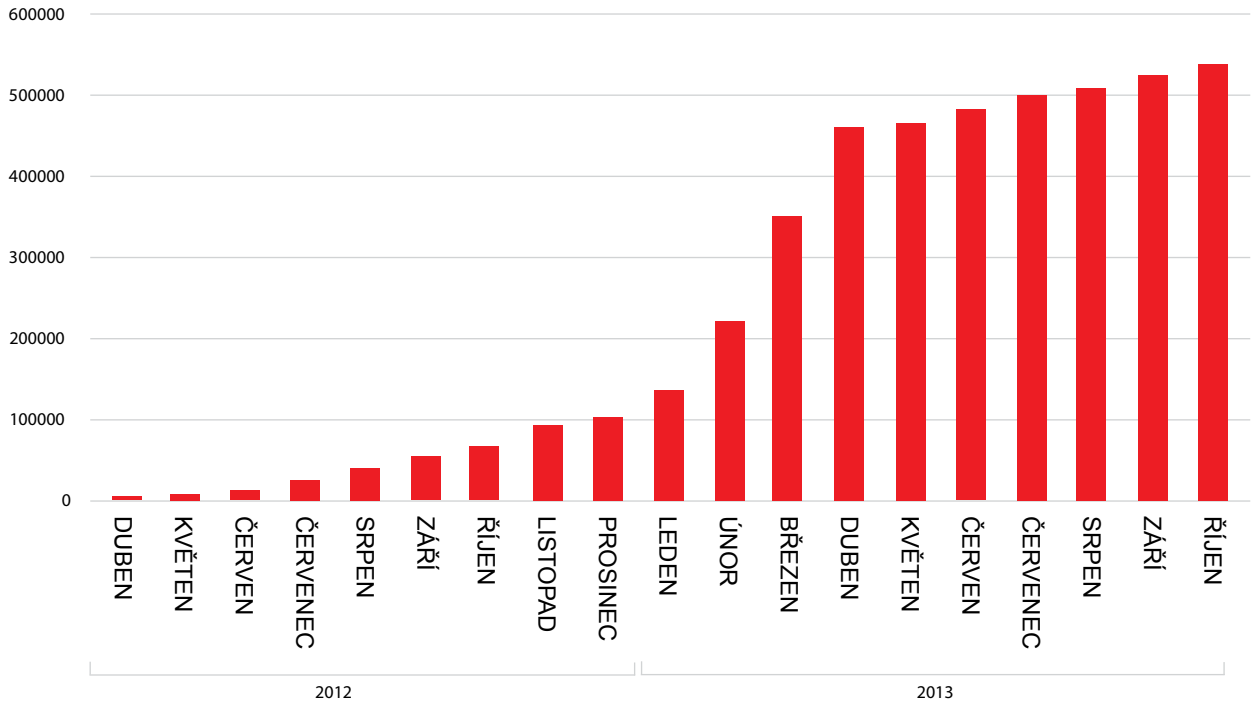
V rámci vyhodnocení reakce na krizi se přesto objevilo několik nedostatků a problémů:

- Jordánská vláda i místní obyvatelé se k přílivu běženců postavili vesměs vstřícně a vláda se rovněž snažila zamezit dopadům přílivu uprchlíků na politickou stabilitu a životní úroveň v zemi. **Vládou zajišťované služby přesto musely čelit čím dál větším nárokům.** To vedlo k narůstajícím obavám a dokonce projevům nepřátelství ze strany místní populace a tudíž i nezbytným omezením, zejména na hranici se Sýrií. Hlavním zdrojem mezinárodní podpory poskytované jordánské vládě byly humanitární organizace. Bilaterální rozvojová pomoc byla všeobecně spíše omezená.

- Největší uprchlický tábor je ve městě Zátarí, kde v květnu 2013 přebývalo přibližně 150 000 běženců. **Humanitární organizace soustředily většinu svého úsilí právě na tento tábor,** a to z důvodu jeho rozměrů, vizibility a příhodné bezpečnostní situace. Zatímco zpočátku se vyskytly určité potíže, zejména při budování tábora před příchodem zimy, úroveň poskytované pomoci a služeb je nyní dostačující. V rámci tábora nebyly zaznamenány žádné zásadní problémy v oblasti zdravotní péče, zásobování vodou a sanitace, příbytků pro uprchlíky a zásobování potravinami, třebaže mnozí běženci nejsou se svými životními podmínkami spokojeni. Výjimku představuje bezpečnost, kde počáteční neúspěchy při zakládání vhodného policejního systému byly ještě zesíleny nedostatečnou komunikací mezi obyvateli tábora a humanitárními agenturami a špatným psychickým stavem běženců, což vedlo ke zvýšenému napětí. Úsilí přesměrovat zdroje od dárců a agentur mimo tábor Zátarí se nesetkaly s úspěchem.

- Ačkoliv účelem zbudování tábora Zátarí bylo snížit tlak na místní obyvatelstvo vyvolaný přílivem uprchlíků, počet uprchlíků v jordánských městech nesmírně vzrostl, a to až na 400 000 v červnu 2013. Většina uprchlíků (85 %) je registrována UNHCR a má tak nárok na pomoc jak od humanitárních organizací (peněžní hotovost, poukázky), tak od vlády (bezplatný přístup k většině základních služeb). **Pomoc, kterou dostávají uprchlíci ve městech, přesto není postačující,** ať již co se týče její šíře (počet osob, které ji dostávají), nebo objemu (rozsah pomoci, již jednotliví uprchlíci mají k dispozici). V důsledku toho se řada uprch-

CELKOVÉ POČTY UPRCHLÍKŮ V PÉČI UNHCR V JORDÁNSKU[17]



líků ocitla ve stavu nouze: jeden z výzkumů rozsahu potřeb zjistil, že 62 % uprchlíků ve městech žije v podmínkách pokládaných za nepřijatelné, pokud jde o živobytí, příjem, vzdělání, zdravotní péči, ubytování a nepotravinové položky. Nejohroženější jsou mezi uprchlíky ti, kteří nejsou registrováni, nebo jejichž registrace po šesti měsících vypršela.

- V souvislosti se syrskými uprchlíky v Jordánsku došlo k **mobilizaci velkého počtu „nových" aktérů,** zejména z muslimského a arabského světa. Sem spadá významná pomoc od arabských dárcovských zemí, ať již v rámci fondů OSN, nebo přímo přes jordánskou vládu. Arabské NNO a organizace Červeného půlměsíce rovněž mobilizovaly své kapacity v reakci na krizi s nejrůznějším stupněm napojení na současný systém humanitární pomoci. Tyto organizace jsou významně zastoupeny v sektoru zdravotní péče a v případě tábora Zátarí sehrály klíčovou roli. Je otázkou, jak dobře jsou schopni tito noví aktéři adaptovat se na politickou a technickou stránku (např. v případě veřejného zdraví) takových humanitárních krizí. Panuje však všeobecná shoda v tom, že tyto subjekty pokryly velmi zásadní potřeby: byly flexibilnější (zejména z toho důvodu, že často poskytovaly hotovost), dokázaly se lépe adaptovat na středně příjmové prostředí a pro uprchlickou populaci byly bezpochyby kulturně přijatelné.

- Lékaři bez hranic se začali o situaci v Jordánsku intenzivně zajímat koncem roku 2012 a jejich reakce se zaměřovala **především na sledování zdravotních potřeb.** V reakci na situaci rozšířili dlouhodobý chirurgický program v Ammánu zaměřený na rekonstrukční chirurgii: Syřané nyní představují 50 % pacientů. Lékaři bez hranic také reagovali na žádost ministerstva zdravotnictví, aby se angažovali v táboře Zátarí a založili zde dětské oddělení s ambulancí a hospitalizací, které od té doby funguje stabilně. Průzkumné mise poukázaly na rozsáhlejší potřeby ve městech a Lékaři bez hranic na ně nyní reagují chirurgickým programem na hranici u Ramty, stejně jako programem mateřské a dětské zdravotní péče v Irbidu na severu země.

- Humanitární agentury se postaraly o to, aby se uprchlické krizi v Jordánsku dostalo náležité publicity, to však nevedlo vždy k tomu, aby si veřejnost mohla učinit náležitý obrázek o rozsahu krize (naopak, její obraz v mezinárodních médiích se zdá být mnohem horší, než by odpovídalo skutečnosti). **Humanitární agentury ale ve velké míře pominuly mlčením narůstající restrikce proti syrským uprchlíkům na hranicích.** Pokud tato omezení budou narůstat, budou muset humanitární pracovníci přijmout nepříjemná rozhodnutí.

- **UNHCR si zaslouží uznání za implementaci** rozsáhlé a velmi účinné pomoci. Jeho koordinační role se stala terčem značné kritiky, ačkoli rozsah aktivit spojených s koordinací pomoci představoval velkou výzvu. Výraznější kritika se týkala schopnosti UNHCR vést a strategicky rozhodovat. V řadě klíčových okamžiků byly rady a doporučení ze strany UNHCR buď ignorovány, nebo alespoň nebyly vzaty v úvahu, a zdá se, že úřad nebyl velmi úspěšný ani při ovlivňování celkového průběhu událostí.

Poměrně rychle byla vybudována rozsáhlá mašinerie humanitární pomoci, která se však navzdory četným varováním soustředila vesměs na snadno dosažitelné cíle, zatímco komplexnější úkoly, jako je pomoc uprchlíkům ve městech, byly plněny s mnohem většími obtížemi. Nebylo to způsobeno nedostatkem porozumění či nedostatečným povědomím o potřebách a výzvách. Spíše se zdá, že když se humanitární akce jednou dala do pohybu, nebylo snadné ji řídit náležitým směrem.

Počty příjemců pomoci a míra pokrytí pro vybrané formy mezinárodní humanitární pomoci syrským uprchlíkům v Jordánsku, květen 2013

SEKTOR	UKAZATEL	POČTY		STUPEŇ POKRYTÍ	
		Tábor	**Město**	**Tábor**	**Město**
	Odhadovaný celkový počet uprchlíků	111 000	360 000		
	Odhadovaný počet regis-trovaných dětí školního věku	36 000	94 434		
Ochrana	Děti dosažené v rámci dětské ochrany a ochrany před SGBV	31 056	6 808	86 %	7 %
Vzdělání	Děti školního věku navštěvující školy	10 000	23 000	28 %	24 %
Jídlo	Příjemci potravi-nové pomoci	103 766	121 581	93 %	34 %
Zdravotní péče	Návštěvy lékaře na osobu a rok	3,6	1,5	N/A	N/A
Zdravotní péče	Příjemci psychologické pomoci	1947	450	1,8 %	0,1 %
Nepotravinové položky	Distribuované přikrývky	220 000	21 300	198 %	6 %
Voda a sanitace	Příjemci dodávek čisté vody	100 000	74 000	90 %	21 %
Voda a sanitace	Příjemci sanitárních opatření	100 000	46 000	90 %	13 %

Zdroj: UNHCR (2013), Regional Response Plan 5. UNHCR: Ženeva

Uprchlický tábor Zátarí, Jordánsko

© Enass Abu Khalaf-Tuffaha / MSF 2013

POZNÁMKY

[1] Autoři jsou poradci Lékařů bez hranic pro humanitární otázky.

[2] „Systémem humanitární pomoci" rozumíme mezinárodní instituce, které reagují na výzvy k poskytnutí mezinárodní pomoci během humanitárních krizí, včetně tří základních pilířů: humanitárních agentur OSN, hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce a nevládních organizací, společně s hlavními vládními dárcovskými agenturami, jež tento „systém" financují.

[3] Robert S a Hofmann CA (2004), „Assesing the impact of humanitarian assistance in the health sector". Emerging Themes in Epidemology 1:3.

[4] Podrobná analýza tohoto hlediska nemůže zakrýt jistá negativa: Ani po dvacetiletém působení v dané oblasti stále nevíme, zda humanitární pomoc má na snížení úrovně úmrtnosti populace pozitivní dopad či ne.

[5] UNHCR, Flooding across the border: A real-time evaluation of UNHCR's response to the Sudanese refugee emergency in South Sudan, July 2013 http://www.unhcr.org/51e94e689.html.

[6] Toto hledisko je ozřejměno v nedávné studii Konsorcia britských humanitárních agentur (CBHA): „Průměrná doba, kterou potřebují mít k dispozici organizace působící v rámci občanské společnosti, aby od Ústředního revolvingového fondu pro humanitární krize (CERF) získaly oklikou přes příslušnou agenturu OSN finance, jež jsou okamžitě použitelné, je třináct týdnů v případě „rychlé odpovědi na krizi" a 19 týdnů v případě humanitárních krizí vyžadujících dodatečné finanční prostředky. Stejné prodlevy byly zaznamenány v případě Společných humanitárních fondů (CHF) a Fondů reakce na humanitární krizi (ERF) v zemích, kde tyto fondy existují (ve světě působí 5 CHF a 13 ERF). Globální odhad ERF pro rok 2012 zjistil, že čas mezi formálním přijetím žádosti o financování pomoci a uvolněním první částky činí v průměru mezi 45 a 70 dny, což naznačuje, že ERF není institucí, která by finance poskytla jako první. Stejná studie nicméně považuje ERF za podstatně rychlejší mechanismus než jsou bilaterální dárci jako je ECHO (Úřad Evropské komise pro humanitární pomoc) a OFDA (Americký úřad pro zahraniční pomoc v případě katastrof)." CBHA, Written evidence submission to International Development Select Committee, 23. srpna 2013, http://publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmselect/cmitdev/writev/334/m11.pdf

[7] Kupříkladu: Derderian K and Stockaert L (2010), „Can Aid Switch Gears to Respond to Sudden Forced Displacement? The Case of Haut-Uélé, DRC", Refuge 27:1

[8] Zjištění se opírá o nedávnou studii CAFOD, v níž se odhaduje, že pouze 14% finančních prostředků UNHCR se dostalo k národním NGO. Poole L (2013), Funding at the sharp end, Investing in National NGO response capacity, CAFOD: Londýn, červenec.

[9] HRW (2013) Under siege: indiscriminate bombing and abuses in Sudan's Southern Kordofan and Blue Nile States. HRW: New York

[10] Zjištění obsažená v naší práci v rozsáhlé míře odpovídají evaluacím provedeným UNHCR a Oxfam. Viz: Ambroso G et al. (2013), Flooding across the border: A review of UNHCR's response to the Sudanese refugee emergency in South Sudan. UNHCR PDES: Ženeva. Begum S (2013), Upper Nile refugee crisis: Avoiding past mistakes in the coming year. [Zpráva] Oxfam VB: Oxford

[11] MSF (2012), Household mortality surveillance in Jaman and Gendrassa camps, Maban county, South Sudan [interní]

[12] MSF (2012), Exhaustive retrospective mortality survey in transit refugee camp (T3), Maban county, South Sudan. Předběžná zpráva, 30. června 2012

[13] MSF a Epicentre (2012), Retrospective mortality, non-food items and nutrition survey, Batil Refugee Camp, Maban county, Unity state, South Sudan. Srpen 2012

[14] OCHA (2012) Eastern Africa: Displaced Populations Report. Číslo 12, 31. březen 2012 až 30. září 2012.

[15] OCHA (2012), Eastern Africa: Displaced Populations Report. Číslo 12, 31. březen až 30. září 2012.

[16] OCHA (2013), Eastern Africa: Displaced Populations Report. Číslo 14, 30. září 2012 až 31. březen 2013

[17] UNHCR (2013) Syria regional refugee response: Jordan [online], k dispozici na http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=107 [přístup ověřen 21. listopadu 2013]

PODĚKOVÁNÍ

Autoři by rádi vyslovili dík za neocenitelnou pomoc a přínos ze strany mnoha lidí, kteří tuto práci výrazně posunuli kupředu, včetně:

pracovníků OSN, NNO, Červeného kříže / Červeného půlměsíce, výzkumných pracovníků a vědců, kteří se s námi podělili o své zkušenosti; všech těch z Lékařů bez hranic, kteří pročetli různé kapitoly této práce, včetně pracovníků operačních oddělení a koordinačních týmů v Jižním Súdánu, DRK a Jordánsku; členů advokačního týmu pro humanitární záležitosti Lékařů bez hranic (zejména Emmanuelu Troncovi a Fabienu Dubuetovi); a také výzkumníkům a poradcům v několika výzkumných a analytických útvarech Lékařů bez hranic.

Tuto práci by rovněž nebylo možné sepsat bez zájmu, podpory, zpětné vazby a příspěvku výkonného výboru Lékařů bez hranic, zejména Arjana Hehenkampa, Kris Torgeson a Jeroma Oberreita, kteří řídili celý proces jejího vzniku, a též bez vedení redakčního výboru, Marca DuBoise, Hernana Del Valleho, Jeroena Jansena a Andrého Hellera Peracheho. Natasha Lewer a James Smith z britské sekce Lékařů bez hranic poskytli neocenitelnou pomoc při přípravě a editaci této práce.

www.msf.org