

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

**Spolupráce a koordinace politik donorských
a recipientských států**

Barbora Bartošová

Plzeň 2013

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra politologie a mezinárodních vztahů

Studijní program Mezinárodní vztahy

Studijní obor Politologie

Diplomová práce

**Spolupráce a koordinace politik donorských
a recipientských států**

Barbora Bartošová

Vedoucí práce:

PhDr. Magda Leichtová, Ph.D.

Katedra politologie a mezinárodních vztahů

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2013

.....

Obsah

Seznam zkratk	1
1. Úvod	2
2. Teoretická východiska a metody	2
2.1. Metodologie a sběr dat	2
2.2. Definice základních pojmů	5
2.3. Charakter rozvojové politiky Spolkové republiky Německo	8
2.4. Charakter rozvojové politiky Velké Británie	12
3. Analýza harmonizace finančních prostředků poskytovaných na zdravotní sektor	17
3.1. Příklad Velké Británie	17
3.2. Příklad Spolkové republiky Německo	24
4. Vybrané případy harmonizace a kooperace	29
4.1. Velká Británie: DRK, Keňa, Mosambik, Nepál, Nigérie a Zambie	30
4.2. SRN: DRK, Ghana, JAR, Uganda, Vietnam a Zambie	41
5. Závěr	50
6. Seznam použité literatury a zdrojů	53
7. Resumé	60
8. Seznam příloh	61
9. Přílohy	62

Seznam zkratek

Zkratka	Původní znění	Český překlad
AfDB	African Development Bank	Africká rozvojová banka
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	Spolkové ministerstvo pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
CAF	Country Assistance Framework	Strategický rámec pro pomoc zemi
DAC	Development Assistance Committee	Rada pro rozvojovou spolupráci
DfID	Department for International Development	Oddělení pro mezinárodní rozvoj
DRK/DRC	Democratic Republic of the Congo	Demokratická republika Kongo
GTZ	German Technical Cooperation	Německá technická spolupráce
JAS	Joint Assistance Strategy	Společná strategie pro pomoc
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	Banka pro rozvoj
OA	Official aid	Oficiální pomoc
ODA	Official development Assistance	Oficiální rozvojová spolupráce
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OOF	Other official flows	Ostatní oficiální toky
PPP	Public-private partnership	Partnerství mezi veřejným a soukromým sektorem
SWAp	Sector-Wide Approach	Sektorový přístup
WHO	World Health Organization	Světová zdravotnická organizace

1. Úvod

Rozvoj a rozvojová politika je součástí sféry mezinárodních vztahů přibližně půl století, přestože její kořeny lze nalézt již v devatenáctém století (Tarp 2000: 81). Za tuto dobu se koncepce rozvoje výrazně proměňovala, a to až do dnešní podoby. Vznik konceptu je spojen s proměnou mezinárodního systému po konci druhé světové války. Významnou roli sehrál také vznik Organizace spojených národů, která nahradila nefungující Společnost národů a transformace mezinárodního systému. Jako nejvýznamnější se ovšem jeví postupný rozpad koloniálního systému, v jehož důsledku došlo ke vzniku velkého množství nových států, přičemž celá řada z nich nebyla na samostatnost připravena. Za nástup „rozvojové éry“ bývá považován projev prezidenta Spojených států Amerických Harryho Trumana z 20. ledna 1948. Poprvé se zde objevuje termín „nerozvinutý“ (*underdeveloped*), jako synonymum pro „ekonomicky zaostávající“ oblasti (Gilbert 2008: 69-72). Ve stejném roce přijalo Valné shromáždění OSN první dvě rezoluce týkající se rozvoje, jednalo se o rezoluce 198 (III) a 200 (III) se zaměřením na ekonomický rozvoj a nerozvinuté země a technickou asistenci pro ekonomický rozvoj.¹

Od doby vzniku prvních dvou rezolucí týkajících se rozvoje uplynulo již více než šedesát let. Za tu dobu se v oblasti rozvoje vystřídala celá řada různých konceptů a mechanismů, které měly pomoci méně rozvinutým zemím. V průběhu let také vzniklo mnoho různých definic a pojetí rozvoje, rozvojové pomoci a rozvojové spolupráce. Jejich vymezení a užití v této práci bude blíže rozebráno v příslušné kapitole teoretické části diplomové práce. Každopádně rozvoj, který započal a po dlouhou dobu byl považován pouze za nástroj diplomacie, se postupem času stal trvalou součástí mezinárodních vztahů (Lancaster 2007: 25).

Současné trendy rozvojové pomoci kladou velký důraz na efektivitu, která byla v minulosti často opomíjena. Přestože na rozvojovou pomoc státy vynakládaly a stále vynakládají nemalé částky, některé studie ukazují (např. Burnside – Dollar 2000: passim), že se stále nedaří úspěšně naplňovat předsevzaté cíle. V polovině 90. let se v akademickém objevuje celá řada nových výzkumů ohledně efektivit rozvojové pomoci a změnách v praktikách donorů (Collier-Dollar 2004: 244). V prvním desetiletí

¹ UN. *Resolutions adopted by the General Assembly at its 3rd session* (<http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r3.htm>, 4. 2. 2013).

nového milénia se na mezinárodním poli poprvé promítá také jejich dopad na reálnou politiku v podobě mezinárodních fór o efektivitě rozvojové pomoci. Nejvýznamnějším projektem rozvojové spolupráce na mezinárodní úrovni je bezpochyby stanovení Rozvojových cílů tisíciletí, které mají za úkol sjednotit diferencované cíle jednotlivých dárců rozvojové pomoci. V rámci zefektivňování rozvojové pomoci na ně navazují čtyři mezinárodní fóra, a to v Římě (2003), Paříži (2005), Akkře (2008) a Pusanu (2011).² V dokumentech, které na základě těchto mezinárodních fór vznikly, je kladen velký důraz na zapojení recipientských států tak, aby pomoc co nejlépe a nejefektivněji zacílena a nebyla jen pasivně přijímána. Jedním z principů, na kterých stojí zapojování recipientských států je harmonizace rozvojových politik se státem donorským a právě harmonizace je hlavním tématem této diplomové práce.

Základním předpokladem této práce je vize, že k harmonizaci rozvojových politik mezi donorskými a recipientskými státy opravdu dochází, a to na základě vzájemné spolupráce a koordinace. Harmonizace a koordinace rozvojových aktivit by navíc měla prostupovat všemi sektory. Výsledkem této práce by pak mělo být zjištění, do jaké míry, a jakým způsobem ke spolupráci a koordinaci politik dochází v případě donorských států Velké Británie a Spolkové republiky Německo. Způsoby harmonizace a koordinace rozvojových aktivit mezi donorskými státy a jejich recipienty budu zkoumat pouze v rámci zdravotního sektoru. Právě zdravotní sektor zaznamenal v rozvojové pomoci prudký nárůst po roce 2000, tedy po vyhlášení rozvojových cílů milénia. Tento sektor totiž představuje nedílnou součást naplňování těchto cílů. Zatímco v roce 2000 poskytovaly země DAC do zdravotního sektoru asi 3 miliardy dolarů, v roce 2008 to bylo již 11 miliard (OECD 2009a). Zdravotní sektor jsem zvolila také s ohledem na rozsah práce a dostupnost požadovaných dat.

Rozvojové politiky Velké Británie a Německa doznaly v posledních letech v souvislosti s celosvětovými trendy značných změn, nicméně v roce 2011 byly tyto státy dle údajů OECD největšími evropskými bilaterálními donory. Oba státy jsou taktéž největšími evropskými přispěvateli do zdravotního sektoru recipientských států s výjimkou Nizozemí, které co do celkového objemu rozvojové pomoci dosahuje oproti Velké Británii a Německu jen polovičních hodnot.³ Charakter rozvojové politiky obou

² Příslušné dohody jsou dostupné například z oficiálních stránek OECD (<http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/>, 25. 1. 2013).

³ OECD. *Net ODA in 2010* (<http://webnet.oecd.org/oda2010/>, 22. 3. 2013).

těchto evropských států je rozdílný v mnoha ohledech. Liší se jak ve svých formách, tak také cílech, nástrojích, motivech i v cílových státech, do kterých pomoc putuje. Tato skutečnost je do značné míry dána jak rozdílným vývojem obou zemí, tak také jejich rozdílnými ekonomikami a vnitřní politikou. O tom, jakých podob nabývají rozvojové politiky obou těchto států, bude více řečeno v příslušné kapitole.

Práce bude rozdělena na čtyři části, přičemž rozdělení kapitol bude následující. V první části budou popsána teoretická východiska mé práce, metody a kritéria, které budu v práci využívat a budou zde vyhodnoceny používané zdroje. Součástí této kapitoly bude také definice rozvojové pomoci tak, jak s ní bude v práci nakládáno, a také charakteristika rozvojové politiky Velké Británie a Spolkové republiky Německo. Ve druhé části bude provedena analýza harmonizace finančních prostředků ve zdravotním sektoru v průběhu let 2000-2009. Toto časové období jsem zvolila na základě dostupnosti analyzovaných dat a v souvislosti s rozvojovými trendy nového tisíciletí a rozvojových politik obou donorských států. Na příkladu Velké Británie a Spolkové republiky Německo se pokusím nalézt odpověď na otázku, zda existuje kauzální vztah mezi finančním objemem poskytovaným donorským státem na zdravotní sektor a finančním objemem poskytovaným na tentýž sektor státem recipientským. Tedy zda finanční výše poskytnutá na zdravotní sektor donorským státem koresponduje s finančním objemem poskytnutým státem recipientským, V rámci této analýzy budu sledovat změny poskytovaných finančních objemů v čase a jejich případnou korelaci. Hlavní předpoklad pro existující vztah mezi jednotlivými hodnotami je odvozen ze snah donorských států o harmonizaci a koordinaci rozvojových aktivit. Sjednocování rozvojových strategií by se mělo odrážet také v navyšování či snižování finančních obnosů poskytovaných na určitý sektor.

Ve třetí části práce pak bude provedena kvalitativní studie vybraných případů z oblasti harmonizace a koordinace rozvojových aktivit. Státy, u nichž bude tato analýza provedena, budou vybrány na základě nalezení korelací v předchozím zkoumání. U těchto států budu zkoumat jak a zda vůbec ke koordinaci a harmonizaci dochází, a to jak mezi donorem a recipientem, tak mezi donorskými státy navzájem. Také se podívám, jakou roli v tomto ohledu hrají Velká Británie a Německo. V závěrečné části budou shrnuty cíle mé práce a pravdivost stanovených hypotéz.

2. Teoretická východiska a metody

2.1. Metodologie a sběr dat

Tato podkapitola by měla sloužit ke stanovení metod, které budou v této diplomové práci používány ke zjištění stanovených cílů, příp. potvrzení či vyvrácení hypotéz. Zároveň s tím zde budou probrány i metody sběru dat a jejich klady a rizika. Kromě metod zde bude nastíněn i původ těchto dat a jejich případná relevance. Jelikož samotná práce je rozdělena do tří částí, je potřeba se zabývat metodami všech částí práce zvlášť. Druhá kapitola by měla vést ke stanovení teoretických východisek práce, třetí a čtvrtá kapitola by se pak měla týkat samotného výzkumu. V teoretické části práce nebude kromě metodologie chybět také definování základních pojmů a popis charakteru rozvojových politik obou donorských států. Než se podíváme blíže na metodologii užitou v praktické části práce, je potřeba se zaměřit ještě na zvolené časové období. Jak bylo již zmíněno v úvodu, analýza je prováděna v rozmezí let 2000-2009, a to z důvodu dostupnosti dat týkajících se vládních výdajů jednotlivých recipientských států. V některých případech bude však zapotřebí jistého přesahu, a to s ohledem na strategické plány, časová období rozvojových projektů či institucionální změny.

Třetí kapitola této práce má název *Analýza harmonizace finančních prostředků poskytovaných na zdravotní sektor* a je první praktickou částí mé diplomové práce. Cílem této kapitoly je analyzovat, zda existuje vzájemný vztah mezi ročními výdaji na zdravotnictví v jednotlivých státech a finančními prostředky poskytovanými v rámci rozvojové spolupráce na tentýž sektor. Vzájemný vztah budu zkoumat za pomoci sledování změn ve výši poskytovaných prostředků v čase. Donorské státy budou představovat již v úvodu zmíněné státy Spolková republika Německo a Velká Británie. Jelikož však oba dva státy poskytují, či v analyzovaném období poskytovaly, rozvojovou pomoc velkému množství států (viz kapitoly 2.2. a 2.3.), nelze do analýzy zahrnout veškeré rozvojové aktivity a všechny recipientské státy. Z tohoto důvodu jsem jak v případě Velké Británie, tak v případě Německa, zvolila státy, které v uvedeném období patřily k dvaceti největším příjemcům rozvojové pomoci daného státu. Dalším zohledňovaným hlediskem je také skutečnost, zda ve zkoumaném období byla Velká Británie, resp. Německo největším bilaterálním dárcem do zdravotního sektoru. K tomuto výběru jsem dospěla na základě statistik OECD. Takto vybrané státy u obou

donorů mohou být do jisté míry shodné, ale také se mohou od sebe lišit. To však není důvodem ke změně výběru, neboť cílem práce je výzkum především států donorských.

A nyní přejdeme k samotnému sběru dat potřebných pro analýzu. K analýze je potřeba minimálně dvojí typ dat, jimiž jsou jednotlivé státní výdaje pro zdravotnický sektor a výše rozvojové pomoci poskytovaná danému státu na tentýž sektor. Bohužel nebylo možné čerpat oba typy dat ze stejného zdroje, což by bylo pro vlastní analýzu výhodnější. Oba typy dat ovšem pochází z důvěryhodných zdrojů a jejich statistik a bohužel neexistuje jednotná databáze pro všechny typy potřebných dat. Jednotlivé státní výdaje pro zdravotnický sektor budou čerpány ze statistik Africké rozvojové banky *Open Data for Africa*. Přestože se jedná o Africkou rozvojovou banku, lze zde nalézt data i ke státům v dalších regionech mimo Afriku. Pro potřeby analýzy byla použita data s názvem *National Health Accounts, 1995-2009*,⁴ přičemž zdrojem jejich údajů byla WHO. Rozvojová pomoc plynoucí na zdravotnický sektor v dané zemi je sbírána ze dvou zdrojů. Prvním ze zdrojů je databáze *AidData 2.0*, která čerpá údaje od svých partnerských organizací. Mezi tyto organizace patří například OECD, USAID, AfDB, Světová banka aj.⁵ Z této databáze budu čerpat závazky obou donorských států, směřujících do zdravotnického sektoru jednotlivých zemí. V této statistické databázi lze dohledat jak finanční objemy, tak například názvy jednotlivých započítaných projektů. U jednotlivých projektů ovšem nelze zjistit detailní informace, například o rozložení financování. Právě z tohoto důvodu budou druhým zdrojem dat oficiální internetové stránky institucí obou donorských států, které jsou zodpovědné za zahraniční rozvojovou spolupráci. Z těchto stránek budu čerpat informace o jednotlivých projektech týkajících se zdravotnického sektoru a jejich rozpočtech, případně další doplňující informace. U tohoto typu zdroje však lze očekávat, že nebudou dostupná veškerá potřebná data, proto se k nim budu obracet jen sekundárně.

Po sběru dat bude následovat samotná analýza, která bude spočívat v porovnávání jednotlivých státních výdajů recipientů s výdaji donorských států. Cílem této analýzy bude najít korelace ve zvyšování, resp. snižování takových výdajů. V rámci třetí kapitoly také nebude již odkazováno na každý výdaj zvlášť, ale budu pracovat s údaji v tabulce, která je součástí příloh diplomové práce. Shrnutí výsledků bude

⁴ AfDB, dostupné z: <http://opendataforafrica.org/WHONHA2012/national-health-accounts-1995-2009>, 4. 3. 2013.

⁵ AidData 2.0., dostupné z: <http://www.aiddata.org/content/index/about/partners>, 21. 3. 2013.

v obou podkapitolách věnován poslední odstavec. V případě, že bude v případě některých států nalezena korelace, bude takový případ detailněji rozebrán ve 4. kapitole.

Čtvrtá kapitola s názvem *Vybrané případy harmonizace a kooperace* se tedy bude zabývat detailním, resp. kvalitativním rozbořením případů, u kterých byla nalezena nějaká forma korelace v předchozí analýze. Tato kapitola by měla primárně sloužit k ověření předchozích výsledků a k jejich upřesnění. Tedy zda u tohoto vzorku států opravdu dochází k harmonizaci a spolupráci v oblasti rozvoje. Zároveň s tím zde bude nastíněna ještě jedna teze, a to zda usiluje donorský stát o harmonizaci rozvojových aktivit více v případě, kdy je hlavním přispěvatelem do daného sektoru. Podíváme se na to, zda se v těchto konkrétních případech liší forma rozvojové spolupráce. V případě sledovaných států budu opět užívat několika různých zdrojů informací. V první řadě se bude jednat o vyhledání nějakého typu národní strategie pro zdravotní sektor. V té pak budu hledat zmínky o spolupráci s rozvojovými partnery na rozvíjení společných strategií, postupů a implementace společných cílů. Dalším krokem bude zjištění, zda existuje nějaká společná platforma pro kooperaci donorů, případně kooperaci donorů a recipientského státu, resp. jeho vlády. Pokud taková platforma existuje, nedílnou součástí bude otázka, zda se na ní podílí zkoumaný donorský stát, tj. Velká Británie či Německo a jakým způsobem k této participaci dochází. Důležitou roli bude například hrát skutečnost, zda je tento stát ve vedoucí pozici v plánování strategií či v rozvoji budoucí kooperace. Otázkou také bude, do jaké míry taková platforma reálně funguje a zda již vydává společné strategie či dokonce evaluační zprávy.

V neposlední řadě je potřeba přihlížet také k evaluačním zprávám institucí VB a Německa, které jsou zodpovědné za zahraniční rozvojovou spolupráci. V těchto evaluačních zprávách budu hledat informace o případné spolupráci, koordinaci či harmonizaci rozvojových projektů. Nedílnou součástí těchto zpráv bývá také informace o případné situaci v zemi či postoji místní vlády k rozvojovým aktivitám donorských států. V případě dostupnosti takových informací je také zapracuji do svého výzkumu. Některé další informace potřebné pro výzkum ve čtvrté kapitole mohou být dostupné také ze zpráv mezinárodních organizací, jako je například OECD, OSN či WHO.

Co se týče typu zdrojů používaných v této práci, budou užívány především zdroje nalezené na internetových stránkách ministerstev, institucí zodpovědných za rozvoj a mezinárodních organizací. Bude se jednat především o strategické plány

a evaluační zprávy týkající se jednotlivých zemí, institucí nebo jednotlivých rozvojových projektů. Hojně užívaným zdrojem budou taktéž internetové statistické databáze, jelikož požadovaná data nelze nalézt čerpat z jiných zdrojů než právě z těchto databází či evaluačních zpráv. Tištěných knih a článků budu naopak užívat spíše v teoretické části práce, tj. v první kapitole a příslušných podkapitolách.

2.2. Definice základních pojmů

Jak již bylo zmíněno v úvodu této práce, vznikla v průběhu času celá řada definic a pojetí konceptu rozvoje. Hans Morgenthau ji v roce 1962 označil za skutečnou inovaci, kterou moderní doba vnesla do praxe zahraniční politiky (Morgenthau 1962: 301). Počátky rozvojové pomoci se objevují již v 19. století, nicméně součástí praxe v mezinárodních vztazích se stávají přibližně v polovině století dvacátého. Během tohoto období se vystřídala celá řada rozvojových teorií, nástrojů i motivů rozvojové pomoci, nicméně historický přehled těchto teorií není cílem této práce. Úkolem této podkapitoly je najít aktuální definici rozvojové pomoci, která bude nejvhodnější pro cíle této práce.. Možností, jak definovat rozvojovou spolupráci opět existuje celá řada. Pro svou práci jsem zvolila definici dle OECD, a to především z důvodu sběru potřebných dat. Stejnou definici totiž přejímá většina mezinárodních organizací a mimo jiné také britské Oddělení pro mezinárodní rozvoj (*Department for International Development*). Všechny užívané zdroje, vyjmenované v kapitole o metodách, jsou postaveny právě na definici OECD.

Zahraniční rozvojovou spoluprací je myšlena oficiální rozvojová spolupráce (dále ODA) podle definice OECD. Dle OECD je ODA definována jako tok zdrojů do zemí a teritorií (jejich seznam je dostupný na internetových stránkách OECD) a multilaterálních rozvojových institucí, které jsou 1) poskytovány oficiálními orgány, zahrnující státy, místní vlády či jejich výkonné orgány a za 2) jsou tyto transakce poskytovány s cílem podpořit ekonomický rozvoj a blahobyt rozvíjejících se států a jejich hlavních cílů, je zvýhodňující a poskytuje grantovou část ve výši alespoň 25 %. Do ODA nelze zahrnovat za 1) vojenskou pomoc, a to ani v případě, že se jedná o protiteroristické aktivity, 2) peacekeepingové operace, přičemž do ODA mohou

spadat některé specifické související aktivity, 3) jaderná energie a 4) kulturní programy, jako například podpora místních umělců, sportovců apod.⁶

Kromě ODA lze definovat ještě další dva druhy rozvojové pomoci, a to oficiální pomoc (OA) a ostatní oficiální toky (OOF). Zatímco ODA tak, jak byla definována výše, může být poskytována jen nejchudším zemím světa, oficiální pomoc může být poskytnuta i jiným státům. Ve své práci budu využívat obou termínů, jak ODA, tak OA, a to podle recipientského státu. Ostatní oficiální toky potom zahrnují všechny oficiální toky, které nesplňují podmínky ODA nebo OA. Obvykle nejsou tyto transakce zaměřeny primárně na rozvoj (mohou zahrnovat například vojenskou pomoc) nebo nesplňují výši grantu.⁷

Rozvojová pomoc může být realizována ve formě zvýhodněných půjček či darů, v naturáliích či ve formě odpouštění dluhů. Finanční toky mohou zahrnovat širokou škálu aktivit, od podpory rozpočtů, přes investiční projekty, reformní programy až k technické pomoci (Lancaster 2007: 11).

Oficiální rozvojovou pomoc lze dle jejího poskytovatele dále dělit na multilaterální a bilaterální. Zatímco v rámci bilaterální ODA jak poskytovatelem, tak příjemcem pomoci stát, u multilaterální pomoci je poskytovatelem mezinárodní organizace. V současné době poskytuje multilaterální pomoc více než 200 mezinárodních organizací, mezi které patří například Světová banka, Africká rozvojová banka, Asijská rozvojová banka, UNDP a další. Přestože multilaterální forma rozvojové pomoci tvoří „pouhých“ 28 % celkové poskytované pomoci, celkový obnos se pohybuje okolo 55 miliard amerických dolarů ročně (OECD 2012: 1). Jednou z výhod multilaterální ODA je skutečnost, že může poskytnout mnohem širší technickou základnu, než bilaterální donoři. Mezi výhody pro donorské státy patří bezpochyby neutralita poskytovatele (apolitický charakter), široké znalosti a informovanost, nízké transakční náklady, přispívání ke globálním veřejným statkům či globální přítomnost (OECD 2012: 3).

Bilaterální rozvojová pomoc je svým charakterem mnohem starší a v současné době stále převažuje nad pomocí multilaterální. Pro bilaterální pomoc je charakteristický

⁶ OECD. *ODA – Definition and Coverage* (<http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/officialdevelopmentassistedefinitionandcoverage.htm#Definition>, 1. 2. 2013),

⁷ OECD. *Glossary* (<http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=1954>, 11. 2. 2013).

blízký kontakt mezi poskytovatelem a příjemcem a také vysoká flexibilita v měnícím se mezinárodním prostředí. Bilaterální pomoc může být navíc lépe sektorově a regionálně zacílena. Ovšem v rámci bilaterální pomoci se můžeme setkat také s mnoha negativními jevy, jako například prosazování vlastních zájmů, nedostatek informací a profesionality a další. Většinu prostředků ODA poskytují členské země OECD v čele s Výborem pro rozvojovou pomoc (DAC) (Dušková-Waisová 2005: 315-316; OECD 2012: 4-5).

Jak jsem psala již v úvodu své práce, harmonizace v rozvojové pomoci se dostává do popředí v souvislosti s konáním tzv. Fóru na vysoké úrovni (HLF⁸). Prvním významným dokumentem v tomto ohledu byla Římská deklarace o harmonizaci z února 2003. Dle této dohody mělo být zajištěno, že rozvojová pomoc bude nadále poskytována v souladu s prioritami partnerských zemí (OECD 2003: 10). Detailnější rozpracování harmonizace poté nalezneme v Pařížské deklaraci o efektivitě pomoci z roku 2005. Dle Pařížské deklarace by měli dárci pokračovat v politice určené v Římské deklaraci. Navíc se zde státy zavazují ke spolupráci v oblasti plánování, financování, monitorování, hodnocení i podávání zpráv. V rámci harmonizace by také mělo dojít ke snížení počtu duplicitních misí a státy by měly podporovat společná školení pro sdílení získaných poznatků. V Pařížské deklaraci je rovněž kladen důraz na povinnosti partnerských států a prohlubování vzájemné spolupráce (OECD 2008b: *passim*).

Hlavní přínos Pařížské deklarace spočíval ve stanovení vyhodnotitelných cílů, založených na změnách chování donorů i jejich recipientů. Hodnocení pak tedy probíhá na základě 12, resp. 14 indikátorů úspěchu.⁹ Celý proces zefektivnění rozvojové pomoci pak měl vést ke snížení transakčních nákladů. V tomto ohledu se ovšem objevují i negativní ohlasy, které tvrdí, že celý proces koordinace a následných hodnocení vede naopak k vytváření nových nákladů. Někteří autoři jsou skeptičtí i k Pařížské deklaraci jako celku a jsou přesvědčeni o tom, že je tento přístup odsouzen k selhání, neboť zahrnuje příliš velké množství nezávislých aktérů bez možností penalizace (Rogerson 2005: 531-535, 550). Významný přínos nalezneme také ve studii provedené dvojicí Collier, Dollar. Podle této studie nemají donoři jinou možnost, než spolupracovat s místními vládami. Donoři nejsou jinak schopni si zajistit vliv na místní politiku

⁸ V angličtině *High Level Forum I-IV*. Do roku 2013 se konala čtyři setkání – v Římě (2003), v Paříži (2005), Akkré (2008) a v Pusanu (2011) a byla zaměřena na zefektivnění rozvojové spolupráce.

⁹ Indikátory 5 a 10 jsou rozděleny na část *a* a část *b*.

a instituce a zároveň nejsou schopni obcházet vládu při provádění výdajů (Collier-Dollar 2004: 245).

Na čtvrtém vysokém fóru v Pusanu v roce 2011 se mezinárodní společenství dohodlo na dalším rozšíření a prohloubení partnerského charakteru rozvojové pomoci. Státy se také shodly na prohlubování a posilování plnění závazků vyplývajících z předchozích deklarácí. V Pusanském partnerství se mimo jiné hovoří o zodpovědné a transparentní kooperaci, v rámci které by měl být nadále zlepšován přístup k informacím.¹⁰ Transparentnost vzájemných interakcí by měla vést ke zvýšení odpovědnosti obou stran. Státy se dále shodly na standardizaci zveřejňování elektronických zpráv v rámci rozvojové spolupráce. Pusanské partnerství zahrnuje také inkluzivní partnerství pro rozvoj, přičemž toto partnerství je založeno na vzájemné otevřenosti, důvěře a respektu.

2.3. Charakter rozvojové politiky Spolkové republiky Německo

Spolková republika Německo je v současné době jedním z největších bilaterálních dárců rozvojové pomoci, a to i v celosvětovém měřítku. V roce 2011 poskytla tato země dle údajů OECD v rámci oficiální rozvojové pomoci téměř 16 miliard amerických dolarů.¹¹ V této kapitole se pokusím přiblížit charakter německé rozvojové politiky a způsoby distribuce tak, aby byly zřejmé rozdíly i podobnosti s rozvojovou politikou Velké Británie.

Z důvodu pochopení německé rozvojové politiky v současnosti je potřeba krátce nahlédnout také do její historie.¹² Německá rozvojová pomoc byla v počátcích ovlivněna snahou o poválečnou rehabilitaci na mezinárodní scéně. Podobně, jako například Japonsko, se tak Německo snažilo o zlepšení pověsti, která byla po druhé světové válce značně znehodnocena. Důrazem na efektivitu v poskytování rozvojové pomoci postupem času získalo Německo skutečné ohlasy v rámci mezinárodního společenství (OECD, 2005: 19). Rozvojová pomoc byla v období studené války silně ovlivněna ideologickým soubojem obou bloků. Podporovány byly ty státy, které

¹⁰ Dostupné z: <http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/en/about/key-documents.html>, 1. 2. 2013.

¹¹ OECD. *OECD Statistics* (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ODA_DONOR, 1. 2. 2013).

¹² Až do znovusjednocení v r. 1990 je za německou rozvojovou politiku považována rozvojová politika SRN.

souhlasily s danou ideologií a směřováním, a to navzdory dalším aspektům. Stejným způsobem byla tímto ovlivněna i německá poválečná rozvojová politika. Poté, co byla v roce 1955 vyhlášena Konradem Adenauerem tzv. Hallsteinova doktrína, mohla být rozvojová pomoc poskytována jen zemím, které neudržovaly diplomatické styky s NDR. Toto omezení platilo až do roku 1973 (Hofmeier, 1986: 580).

Carol Lancaster dělí německou rozvojovou politiku na tři období. Vytváření rozvojové pomoci mezi lety 1952-1972, konsolidace mezi lety 1973-1990 a poslední období změny orientace, redukce a obnovy. V první fázi vývoje hrál velkou roli tlak mocností, především USA na posílení zahraniční rozvojové pomoci ze strany Německa. V rámci tohoto bylo vytvořeno také nové Ministerstvo rozvoje (*Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*) a implementace rozvojové politiky byla svěřena do rukou Banky pro obnovu (*Kreditanstalt für Wiederaufbau*). V této době hrály dle Carol Lancaster nejvýznamnější roli diplomatické a komerční účely a výběr recipientských států byl ovlivněn bipolárním rozdělením světa. Kvůli zlepšení vlastní pověsti v očích mezinárodního společenství velká část rozvojové pomoci plynula v této době do Izraele, kam až do 80. let putuje okolo 50 mil. dolarů.¹³ Druhým největším příjemcem v této době bylo Turecko, jako jeden z významných obchodních partnerů. V 70. letech poskytovalo Německo pomoc více než 90 zemím světa a toto období bývá označováno jako *watering can approach*, což znamenalo alespoň malou pomoc pro všechny chudé země světa (Lancaster 2007: 174).

V 70. letech přichází nová éra německé diplomacie a s ní i nové tendence v rozvojové politice. S nástupem Williho Brandta přichází zlepšování vztahů s NDR a jeho „ostpolitik“ se promítá i do směřování rozvojové pomoci. Rozvojová politika jako taková se navíc začíná v Německu profesionalizovat v závislosti na celosvětových trendech. Finanční toky jsou postupně přesměrovány do zemí, ve kterých má Německo své obchodní a ekonomické zájmy. Dochází tudíž k navyšování pomoci v oblastech jako je průmysl, těžba či bankovníctví. V 80. letech se rozvojová problematika poprvé dostává pod hlavičku CDU/CSU, která formulovala rozvojovou politiku pod hlavičkou vlastní konzervativní filosofie (Hofmeier 1986: 581).

¹³ OECD. Statistics (<http://stats.oecd.org>, 27. 1. 2013).

Významnou roli začínají hrát jak NGO's, tak také politické nadace, kterými se budu zabývat později. Ty naopak chtějí společně se Stranou zelených¹⁴ peníze do zemí, kde jsou potřeba, tzn. do zemí nejchudších. Právě kritika ze strany NGO's a strany zelených vedla k vytvoření nového programu, ve kterém byla pomoc zacílena na zvyšování ekonomické a sociální situace lidí v rozvojových státech.¹⁵ Hlavními příjemci německé rozvojové pomoci v této době byly Indie, Indonésie, Turecko, ale nově také Egypt a Čína. V případě Egypta a Číny se jednalo o jasné diplomatické a ekonomické záměry Německa. V případě Egypta kvůli strategické pozici a v případě Číny se jednalo o zájmy obchodní. I nadále pokračovala podpora velkého množství chudých zemí po celém světě. (Lancaster 2007: 177).

V 90. letech došlo ke třem hlavním změnám. Změnily se účely pomoci, prudce narůstá poskytovaný finanční objem následovaný naopak dramatickým poklesem. V této době dochází k úplné změně mezinárodního systému a ke změně postavení samotného Německa. Celosvětově dochází ke změně podmínek, za kterých je rozvojová pomoc poskytována. Německo podobně jako všechny donorské státy, dává důraz na podporu demokracie. V Německu je také silně znatelný vliv Strany zelených, která směřuje rozvojovou pomoc k problematice udržitelného rozvoje a navíc se zde nově objevuje také otázka prevence vypuknutí konfliktů a peace-buildingu. K citelnému snížení rozvojové pomoci dochází v polovině 90. let, kdy se SRN musí vypořádávat s vlastními ekonomickými problémy, které převážně souvisí s opětovným sjednocením země. Z tohoto důvodu dochází zároveň ke snížení počtu prioritních zemí o více než polovinu (Lancaster 2007: 180). K postupné změně a opětovnému navyšování dochází po roce 1998, kdy se vlády ujímá rudo-zelená koalice.

V roce 2001 byla schválena nová strategie *Ministerstva pro hospodářskou spolupráci a rozvoj* (BMZ), která platí dodnes – *Program of Action 2015*. Tento program je primárně založen na dosažení miléniových cílů přijatých na půdě OSN v roce 2000. V současné době je německá rozvojová politika utvářena v rámci koaliční dohody mezi CDU/CSU a FDP. Tyto strany se dohodly na podpoře „good governance“, důrazu na vzdělání a zdravotnictví, zemědělském rozvoji, ochraně klimatu, přírody a přírodních zdrojů a ekonomické spolupráci, jakožto základních bodech pro

¹⁴ Ta se dostává do parlamentu poprvé v březnu roku 1983.

¹⁵ *Basic Principles of Development Policy of the Federal Government (1986)*.

rozvojovou spoluprací. Koalice zároveň souhlasila na úzké spolupráci s německým soukromým sektorem, který zahrnuje především církve a politické nadace.¹⁶

Na základě koaliční dohody a Rozvojových cílů milénia bylo zformováno šest hlavních principů německé rozvojové spolupráce. Prvním bodem je snižování chudoby, které je v souladu s Rozvojovými cíli milénia. Druhým bodem je snižování strukturálních deficitů, přičemž základním předpokladem tohoto bodu je tvrzení, že rozvojová politika je globální strukturální politikou. Ta je založená především na podpoře veřejných statků, jako je ochrana klimatu, udržování přírodních zdrojů či bezpečnost. Třetím bodem je podpora rozvoje občanské společnosti, následovaná důrazem na aktivity v soukromém sektoru. Podpora soukromého sektoru má být dle tohoto bodu praktikována například skrze PPP¹⁷ či propagování mikroúvěrů. Pátým bodem je zvyšování efektivity německé rozvojové politiky v souladu s Pařížskou deklarací a Akční agendou s Akry. Jako poslední bod je potom zlepšování průhlednosti rozvojových aktivit a navyšování informovanosti veřejnosti (BMZ 2010: passim).

Německo v současné době spolupracuje v rámci rozvojové spolupráce s 57 zeměmi světa, které jsou v oficiálních dokumentech řazeny do příslušných regionů. Pro každý region potom existují specifické plány a strategie. Mezi nejvýznamnější příjemce německé rozvojové pomoci lze v současné době řadit Čínu, Indii, Afghánistán, Brazílii, Egypt, Indonésii, Turecko, Srbsko, Pákistán či Maroko.¹⁸ Přestože je Německo jedním z největších bilaterálních dárců rozvojové pomoci, v současné době se stále nedaří naplnit slib, týkající se navýšení poskytované částky na 0,7 % HDP do roku 2015. Ještě v roce 2010 se pohybovaly výdaje na rozvojovou spolupráci okolo 0,51 % HDP. Není tudíž jisté, zda se sliby do roku 2015 podaří naplnit.

V Německu byla role rozvojové pomoci posílena vytvořením výše zmiňovaného *Ministerstva pro hospodářskou spolupráci a rozvoj*. Tím, že bylo pro rozvojovou spolupráci vytvořeno speciální ministerstvo, dávala tehdejší vláda najevo, jaký význam této problematice přikládá. Kromě speciálního ministerstva funguje v Německu celá

¹⁶ *The Coalition Agreement between the CDU, CSU and FDP, str. 181-185* (http://www.bmz.de/en/what_we_do/principles/koalitionsvertrag/index.html, 27. 1. 2013).

¹⁷ PPP – Public-Private-Partnership. Jedná se o strategické partnerství mezi veřejným a soukromým sektorem. Vláda obvykle v takto realizovaných rozvojových projektech vytvoří podmínky pro soukromou firmu, která přinese nová pracovní místa, znalosti či nové technologie do výrobního procesu. Projekt by měl být přínosný pro celou společnost, nikoli pouze pro firmu a její obchodní zájmy.

¹⁸ OECD. *Statistics* (<http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/44284478.gif>, 27. 1. 2013).

řada dalších agentur a subjektů, které se věnují implementaci strategií přijatých na půdě spolkové vlády. Oficiálně je německá bilaterální rozvojová spolupráce rozdělena do čtyř hlavních oblastí, z nichž nejvýznamnější jsou finanční a technická spolupráce. Oblast finanční spolupráce je zajišťována skupinou *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (KfW), která se stará například o poskytování grantů, půjček atd. Oblast technické spolupráce je pod správou agentury *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) *GmbH*. GTZ se naopak stará o poskytování know-how rozvojovým státům či poskytováním materiálů a některých služeb. Třetí oblastí je osobní spolupráce, která se týká zvyšování kvalifikací a výměny pracovních sil s rozvojovými zeměmi. Poslední oblastí je potom spolupráce v rámci tzv. PPP, čili spolupráce vlád se soukromým sektorem. Mimo vládní oblast navíc operuje celá řada nevládních organizací, z nichž lze zmínit například organizace protestantské či katolické církve (OECD 2011b: 28-30).

Specificky německým jevem v oblasti rozvojové spolupráce je fungování politických nadací, které jsou podporovány politickými stranami. Tyto nadace mají v německé politice poměrně dlouhou tradici, neboť první z nich – nadace Fridricha Eberta byla založena již v roce 1925. Jejich původním cílem bylo politické vzdělávání a výzkum uvnitř státu, nicméně záhy se stávaly aktivními i na mezinárodním poli. Rozvojová pomoc je dle některých autorů, v případě politických nadací, silně ovlivněna právě politikou. Přestože jsou tyto politické aspirace tě nadací ze strany Ministerstva pro rozvoj značně omezeny restrikcemi,¹⁹ tyto limity mají v praxi jen malý význam (Pinto-Duschinsky 1991: 33-39).

2.4. Charakter rozvojové politiky Velké Británie

Rozvojová pomoc Velké Británie je podobně jako pomoc Spolkové republiky Německo tradičně jednou z nejvyšších v rámci bilaterální rozvojové pomoci. V roce 2010 byla Velká Británie na druhém místě v bilaterální ODA s 13 763 mil. amerických dolarů.²⁰ V roce 2011 se umístila na třetím místě, a to za USA a Německem. Velká Británie v roce 2011 poskytla pomoc ve výši 13 739 mil. amerických dolarů, tedy téměř

¹⁹ Jedná se o zákaz podpory volební propagandy, stávek, zákaz finanční podpory politickým stranám apod.

²⁰ OECD. *Net ODA in 2010* (<http://webnet.oecd.org/oda2010/>, 15. 2. 2013).

stejnou částku, jako v předchozím roce.²¹ Přestože se Velká Británie dlouhodobě snaží o dosažení podílu rozvojové pomoci 0,7 % z vlastního rozpočtu (Fisher 2011: 112), stále se jí nedaří tento závazek naplnit. V předchozích letech se pohyboval tento podíl okolo 0,56 %.²² Dle Tonyho Killicka lze nalézt tři kořeny, resp. hlavní charakteristiky britské rozvojové politiky, a to britský imperialismus, ideologické a intelektuální vlivy a v neposlední řadě globální trendy rozvojové politiky (Killick 2005: 6672-674).

Kořeny britské rozvojové pomoci tedy můžeme nalézt v její koloniální minulosti. V roce 1929 byl vydán tzv. Koloniální rozvojový akt (*Colonial Development Act*), který byl schválen se záměrem, že pomůže zredukovat nezaměstnanost v Británii podporou průmyslu a obchodu, přičemž rozhodujícím orgánem se stal Koloniální rozvojový poradní výbor (*Colonial Development Advisory Committee*). Další významný milník představovalo vydání Zákona o zámořských zdrojích (*Overseas Resources Act*) z roku 1947, jímž byly zřízeny dvě rozvojové společnosti, a to Koloniální rozvojová společnost a Společnost zámořských potravin (Barder 2005: 3-4).

Rozvojová pomoc Velké Británie je úzce spjata s bývalými koloniemi, tudíž přelom v rozvojové politice znamenal vlna dekolonizace a 60. léta. V roce 1964 bylo nově vytvořeno Ministerstvo pro zámořský rozvoj, které mělo za úkol výkon veškeré zahraniční pomoci. Přestože hlavním cílem tohoto ministerstva byla podpora sociálního a ekonomického rozvoje, zahraniční pomoc byla užívána také jako podpora britských národních zájmů (Killick 2005: 669). Toto ministerstvo nemělo však být zodpovědné pouze za „pomoc“, ale mělo hrát roli ve všech aspektech britské rozvojové politiky. Jak uvádí Barder, už tehdy zde představovalo významný faktor rozpoznání limitů rozvojové pomoci, které spočívali v tom, že vytčených cílů v jednom odvětví nemůže být dosaženo bez ohledu na odvětví jiná. Tato další odvětví, představoval například obchod, životní prostředí, diplomatické vztahy, ale také mezinárodní ekonomie či migrace (Barder 2005: 21).

Samostatné ministerstvo zabývající se rozvojem fungovalo vždy za vlády labouristické strany, zatímco v letech 1970-74 a 1979-97 bylo přičleněno k ministerstvu zahraničí a změnilo název na *Overseas Development Administration* (Killick 2005: 670-673). Finanční objem poskytovaný na rozvojovou pomoc se od roku 1960 neustále

²¹ OECD. *Net ODA in 2011* (<http://webnet.oecd.org/oda2011/>, 15. 2. 2013).

²² OECD. *ODA/GNI in 2011* (<http://webnet.oecd.org/oda2011/>, 15. 2. 2013).

navyšoval, přičemž k největšímu nárůstu došlo v 70. letech. Zatímco v roce 1970 činila britská rozvojová pomoc 396 mil. amerických dolarů, v roce 1980 to bylo již 1327 mil. dolarů a v roce 1990 1474 mil. dolarů. Ke čtyřnásobnému navýšení poskytovaných finančních prostředků pak došlo až mezi lety 2000 a 2005.²³

Nynější podobu získává britská rozvojová pomoc po roce 1997 s příchodem Tonyho Blaira a New Labour. V květnu tohoto roku byla opětovně vytvořena samostatná instituce pro zahraniční pomoc, která byla oddělena od britského ministerstva zahraniční. Tato nová instituce dostala název *Department for International Development* (DfID) a zdělila po svých předchůdkyních zodpovědnost za rozvojové programy bilaterální i multilaterální. Politika DfID byla od počátku zaměřena na potírání chudoby ve světě, přesto v první bílé listině s názvem *Eliminating World Poverty* byly zahrnuty i další aspekty jako životní prostředí, dobré vládnutí, lidská práva atd. (Young 2001: 247-249).

Owen Barder poukazuje na dva různé důvody, proč se Velká Británie zaměřila na eliminaci chudoby a chudé země jako takové. Prvním významným motivem je dle něj zvýšení hodnoty peněz. A to z toho důvodu, že Velká Británie po dlouhou dobu užívala zahraniční pomoci k podpoře britského exportu a dalších strategických zájmů a v průběhu let tak byla snižována efektivita samotné rozvojové pomoci. Druhým motivem dle tohoto autora byl dobrý management – stanovením jasného cíle se mohla zvýšit motivace a zacílení příslušných oddělení a pracovníků (Barder 2005: 20).

Přestože v roce 1997 ještě nebyla vydána Pařížská deklarace, v *Eliminating World Poverty* je jedním z význačných bodů budování partnerství s rozvojovými zeměmi. Jsou zde kritizovány předchozí modely pomoci za to, že byly příliš statické (Barder 2005: 14-15). V článku 2.19 zaznívá, že „*Vláda věří, že skutečné partnerství mezi chudšími zeměmi [...] a dárcovskou komunitou je nutností, pokud se chceme zabývat chudobou efektivně a koherentně*” (DfID 1997: 37). V dokumentu se autoři vypořádávají i se skutečností, že ne vždy lze zajistit partnerství vláda vládě, a v tomto případě mohou jednat skrze alternativní kanály, které mohou zahrnovat občanskou společnost, dobrovolné organizace či místní vlády. Dle DfID nelze zacílit pomoc jen na nejchudší země, jelikož velké množství chudých žije také ve středně příjmových státech. Z toho důvodu se DfID zavazuje „*[...] najít vhodné způsoby, jak eliminovat chudobu*

²³ OECD. *Statistics* (<http://stats.oecd.org/>, 15. 2. 2013).

i ve středně příjmových zemích“ (DfID 1997: 40). DfID se zde zavazuje nejen ke spolupráci s rozvojovými státy, ale také ke spolupráci s ostatními donory, rozvojovými agenturami a soukromým sektorem. Přestože hlavní důraz je kladen na eliminaci chudoby a podporu udržitelného rozvoje, hlavní programy DfID jsou zaměřeny také na vzdělání, zdravotnictví, sociální služby, pitnou vodu, občanskou společnost a ekonomický sektor (DfID 1997). Někteří autoři vidí negativa tohoto dokumentu v relativní absenci specifických doporučení, jakým směrem by se britská rozvojová politika měla nadále ubírat, podle těchto odpůrců je navíc tento dokument příliš nerealistický. Navzdory těmto negativním hlasům tento dokument významným způsobem přispěl k debatě o mezinárodní pomoci ve Velké Británii (Young 2001: 249-250).

Dokument *Eliminating World Poverty* byl v následujících letech ještě třikrát upraven, přesněji se jednalo o roky 2000, 2006 a 2009. Tyto nové dokumenty pouze upravovaly některé detaily z roku 1997 tak, aby odpovídaly tehdejší mezinárodní situaci, nicméně hlavní téma – eliminace světové chudoby stále zůstávalo primárním cílem britské rozvojové politiky. Velká Británie se také připojila jako člen OECD k Rozvojovým cílům milénia a podepsala deklarace z Říma, Paříže, Akkry i Pusanu. Spolupráce s partnerskými zeměmi se objevuje ve všech těchto bílých listinách. V dokumentu z roku 2009 se DfID zavazuje k vytvoření sítě profesionálů, kteří budou spolupracovat s vládou Velké Británie a budou se zaměřovat na každou partnerskou zemi. To by mělo následně vést k posílení komunikačních kanálů mezi výzkumnými pracovníky, soukromým sektorem a občanskou společností. V tomto dokumentu se poprvé také objevuje důraz na spolupráci s nově se rozvíjejícími zeměmi, přesněji Čínou, Indií, Brazílií, Ruskem, Indonésií, Mexikem a Tureckem (DfID 2009: 130-132).

V roce 2011 s dokumentem *UK aid: Changing lives, delivering results* a novým plánem na roky 2011-2015 přichází změna v podobě snížení počtu prioritních zemí na 27²⁴. Kromě strategických dokumentů DfID je potřeba zmínit také nový zákon o mezinárodním rozvoji z června 2002, který nahradil zákon z roku 1980. Dle tohoto zákona je za rozvojovou pomoc ve Velké Británii brána finanční či technická pomoc v jakékoli formě. Technická pomoc zahrnuje výpomoc v oblasti know-how či je

²⁴ Mezi tyto země patří Afghánistán, Bangladéš, Barma, Demokratická republika Kongo, Etiopie, Ghana, Indie, Keňa, Kyrgyzstán, Libérie, Malawi, Mosambik, Nepál, Nigérie, Palestinská autonomie, Pákistán, Rwanda, Sierra Leone, Somálsko, JAR, Súdán, Tádžikistán, Tanzanie, Uganda, Jemen, Zambie a Zimbabwe.

poskytována ve formě vzdělání, finanční pomoc může být poskytována ve formě grantu či půjčky, nebo také ve formě záruky. Ve skutečnosti tento zákon také znamenal, že za britskou zahraniční pomoc nelze považovat jinou pomoc, než takovou, která je poskytována za účelem udržitelného rozvoje či zlepšování životních podmínek obyvatelstva podporovaných států. Díky zákonu z roku 2002 také přestalo být legální vázat pomoc na užití britského zboží a služeb. Hlavní výhodou tohoto zákona bylo to, že vyjasňoval podmínky, za kterých může být pomoc poskytována a dával jasnější autoritu DfID (Killick 2005: 675). Tento zákon byl také významný z hlediska bezpečnostní situace po září 2001. DfID dle znění tohoto zákona nesmí použít pomoc, která má za cíl eliminovat hrozby pro Velkou Británii nebo globální společenství. Toto je možné pouze v případě, že se jedná o lidskou bezpečnost chudých lidí v rozvíjejících se zemích. Přestože byl na Velkou Británii vyvíjen nátlak, aby vynakládala více prostředků na rekonstrukci v Afghánistánu a Iráku, nebylo to kvůli zákonu o mezinárodním rozvoji možné provést přímo, i přesto patří Afghánistán v současné době k pěti největším příjemcům britské rozvojové pomoci (Barder 2005: 18-19).

V současnosti se Velká Británie soustředí na 27 prioritních zemí, přestože dokončuje své projekty i v mnoha dalších. Mezi největší příjemce britské rozvojové pomoci mezi lety 2010/2011 patřila Indie, Etiopie, Afghánistán, Demokratická republika Kongo a Pákistán. Dlouhodobě se Velká Británie soustředí na pomoc nejméně rozvinutým zemím a nejvíce pomoci putuje do Subsaharské Afriky a Evropy. Pokud bychom se podívaly na rozložení pomoci v jednotlivých sektorech, v těchto letech plynulo dle očekávání nejvíce peněz do vzdělání, zdravotnictví a sociální infrastruktury.²⁵ Jak tomu bylo ve zkoumaných letech, se blíže podíváme ve druhé kapitole.

²⁵OECD. *Aid at Glance: United Kingdom* (<http://www.oecd.org/unitedkingdom/GBR.gif>, 15. 2. 2013).

3. Analýza harmonizace finančních prostředků poskytovaných na zdravotní sektor

V této kapitole bude provedena analýza harmonizace finančních prostředků pro zdravotnický sektor. Jak jsem již uvedla v kapitole věnující se metodologii práce, budu zde srovnávat finanční objemy poskytované Německem a Velkou Británií na zdravotní sektor v jednotlivých recipientských státech s vládními výdaji recipientských států vynaložených na tentýž sektor. Respektive budu srovnávat změny poskytovaných prostředků v čase. V obou podkapitolách budu čerpat z dat OECD, AidData a AfDB, která jsou zanesena do příslušných tabulek umístěných v přílohách práce. Pokud nebude uvedeno jinak, platí, že se uváděné údaje nachází v příslušných přílohách. V každé podkapitole bude nejprve řečeno něco o sektorovém rozložení rozvojové pomoci daného donorského státu. Poté bude následovat obecné shrnutí vládních výdajů recipientských států na zdravotní sektor, načež přistoupím k samotné analýze.

3.1. Případ Velké Británie

Po roce 1997, kdy vzniká DfID, se mění charakter britské rozvojové pomoci. Velká Británie zvyšuje svou spolupráci jak s donory, tak s partnerskými zeměmi a její rozvojová pomoc přestává být tzv. vázaná. Díky nové strategii se mění také pověst Velké Británie, jako vedoucího donora v mezinárodní rozvojové společnosti. OECD doporučila v roce 2001 Velké Británii posilování partnerství s rozvojovými zeměmi i se státy donorskými. Zároveň OECD doporučila zvýšit procentuální podíl z HDP, který byl na rozvoj vynakládán, neboť neodpovídal závazku 0,7 % HDP (viz přílohy č. 8 a 9). Pokud se podíváme na přílohu č. 9, zjistíme, že nejvyššího podílu na HDP dosáhla britská rozvojová pomoc v roce 2010, kdy činila 0,57 % HDP. Na počátku tisíciletí však dosahovala hodnot pouze okolo 0,3 %.

Jak jsme mohli vidět již v kapitole 2.2., od svého vzniku se DfID snažilo o neustále zvyšování rozpočtu vynakládaného na rozvojovou spolupráci. K největšímu úspěchu v tomto ohledu patřil rok 2005, kdy bylo na rozvojovou spolupráci poskytnuto 8,735 mild. dolarů. Znatelný byl i nárůst v podobě procent z HDP, kdy se poprvé Velká Británie přiblížila hranici 0,5 %. K menšímu poklesu došlo následně v letech 2007

a 2008 v souvislosti s celosvětovou ekonomickou krizí. V roce 2010 se však celkový finanční objem opět vrátil nad hranici 8 mild. dolarů a procentuální podíl činil již 0,57 % HDP a nárůst je znatelný i v roce 2011 a 2012. Přestože celkový finanční objem v roce 2010 stále nedosahoval částek z let 2005/2006, od kritického roku 2007 se stále zvyšuje. Pokud se podíváme na sektorové rozložení britské rozvojové spolupráce, musíme si v analyzovaných letech povšimnout několika skutečností (viz přílohy č. 10 a 11). Nejvýraznějším jevem je bezesporu neustálý růst finančního objemu v sektoru sociální infrastruktury a služeb. Je tedy zřetelné, že se DfID snaží naplňovat své cíle a vynakládat stále větší prostředky právě na tento sektor. Dalším nápadným jevem v tomto grafu jsou vysoké náklady na odpouštění dluhů mezi lety 2003-2007, což bylo způsobeno skokovým odpouštěním úroků mezi těmito lety. Značný nárůst můžeme také pozorovat v případě podpory ekonomických infrastruktur v roce 2007, ovšem po tomto roce je znatelný spíše opětovný pokles financí vynakládaných na tento sektor. Po roce 2008 začínají růst také náklady na multisektorové projekty, přičemž v roce 2010 byla tato částka dokonce vyšší než obnos poskytovaný na podporu ekonomické infrastruktury a služeb.

Nyní se podíváme důkladněji na sektor sociální infrastruktury a služeb (viz příloha č. 11). Největší podíl v tomto sektoru tvoří od roku 2002 podpora vlády a občanské společnosti, avšak touto oblastí se ve své práci zabývat nebudu, jelikož tuto oblast lze jen stěží doložit čísly. Mnohem důležitější jsou pro tuto práci v tomto ohledu sektor vzdělání a zdravotnictví. V obou těchto sektorech je minimálně od roku 2003 znatelný nepravidelný nárůst. Jak ve vzdělání, tak ve zdravotnictví se objevují časté výkyvy. Ke dvěma největším propadům došlo v letech 2005, 2006, které byly následované největším propadem v roce 2008. V roce 2008 utrpěla v britské rozvojové politice především oblast vzdělávání. Jak jsme však mohli vidět již výše, v tomto roce došlo k celkovému poklesu britské rozvojové pomoci v souvislosti s celosvětovou ekonomickou krizí. Je zajímavé, že tento pokles se netýkal sektoru sociální infrastruktury celkově. Propad v případě zdravotnictví a vzdělání byl kompenzován naopak nárůstem v případě podpory vlády a občanské společnosti a dodávek vody. Dalším důležitým momentem je skutečnost, že výdaje na zdravotnictví rostou v posledních letech strměji než výdaje na vzdělání, je otázkou, zda bude tento trend pokračovat i do budoucna. Nezpochybnitelným faktem tedy zůstává, že zdravotnictví je

jedním z nejvýznamnějších sektorů britské rozvojové pomoci. Je tomuto sektoru přiřadován stejný význam i na straně recipientských států?

Z řad největších příjemců britské rozvojové pomoci se celá řada států nachází také mezi největšími příjemci rozvojové pomoci pro zdravotnický sektor. Mezi tyto státy patří Indie, Nigérie, Keňa, JAR, Mosambik, Etiopie, Zambie, Tanzánie, Uganda a Pákistán (OECD 2009a). Jelikož je VB největším evropským bilaterálním dárce do rozvoje v oblasti zdravotnictví, lze ji v mnoha případech považovat za největšího evropského bilaterálního dárce i v partikulárních případech (viz vyznačené oblasti v příloze č. 14).

Pokud bychom se nyní podívali na všechny analyzované státy (viz příloha č. 12), zjistíme, že s výjimkou Sierry Leone, rozpočty pro zdravotnický sektor u jednotlivých států trvale narůstají. Sierra Leone vykazuje v tomto ohledu ve zkoumaném časovém úseku značné propady, avšak pokud srovnáme počáteční a konečný finanční objem, zjistíme, že i v tomto případě došlo k poměrně velkému nárůstu. U žádného ze zkoumaných států tedy nedošlo k celkovému snížení nákladů na zdravotnictví. V roce 2009 nicméně došlo k mírnému poklesu u států jako je Ghana, Irák, Keňa, Nigérie, Rwanda, Srbsko a Súdán, přestože současně nedošlo k výraznějšímu snížení celkových vládních výdajů či HDP.²⁶ Poněkud odlišné údaje ovšem dostaneme, pokud se podíváme na procentuální podíl vládních výdajů na zdravotnictví vzhledem k celkovým vládním výdajům jednotlivých států (viz příloha č. 13). V tomto ohledu již není celkový nárůst nijak výrazný, ba naopak v některých případech je vidět zřetelný pokles. K obrovskému procentuálnímu poklesu dochází v případě Afghánistánu, k menšímu poklesu dochází u Číny, Keni, Mosambiku, Sierry Leone a JAR. K výraznému nárůstu podílu výdajů na zdravotnictví naopak dochází ve Rwandě, Tanzanii a Zambii. Nižší nárůst či stagnaci lze pozorovat u států jako Bangladéš, Demokratická republika Kongo, Etiopie, Ghana, Indie, Indonésie, Irák, Malawi, Nepál, Nigérie, Pákistán, Srbsko, Súdán, Uganda a Vietnam. U některých států dochází v průběhu zkoumaného období k poměrně velkým výkyvům. Jedná se například o Demokratickou republiku Kongo, ve které dosahovaly výdaje na zdravotnictví v roce 2007 10,33 % vládních výdajů, kdežto v roce 2008 už to bylo jen 2,26 %. Podobnou anomálii můžeme pozorovat i v případě Malawi mezi roky 2006 (20,03 %) a 2007

²⁶ AfDB. *Open Data for Africa* (<http://opendataforafrica.org/WHONHA2012/national-health-accounts-1995-2009>, 3. 3. 2013).

(12,07 %). U ostatních států nejsou výkyvy nijak výrazné. Nyní se podíváme na porovnání státních rozpočtů ve zdravotnictví a výdajů DfID v jednotlivých státech v tomto sektoru.

U prvních deseti států v naší tabulce (viz příloha č. 12) lze zaznamenat nejvýznamnější a stálý nárůst u zemí jako je Čína, Indie a Indonésie. Jak dokazují statistiky DfID (DfID 2006, 2007, 2008b) i rozpočty jednotlivých projektů,²⁷ právě v těchto oblastech plynulo, v porovnání s ostatními sektory, nejvíce peněz právě do zdravotnictví. U všech těchto tří států však lze nárůst přičítat nejen zahraniční rozvojové spolupráci, ale také velikosti a růstu jednotlivých státních ekonomik. K určitému nárůstu ovšem dochází dle údajů u všech deseti států. Jisté anomálie můžeme vidět ještě u Iráku, Ghany a Demokratické republiky Kongo. U Iráku lze zaznamenat obrovský nárůst výdajů na zdravotnictví v letech 2003-2005, který byl ovlivněn tehdejší situací ve státě. V Iráku však v té době neprobíhal, a stále neprobíhá, žádný projekt DfID zaměřený na zdravotnictví.

V případě Ghany dochází k výraznějšímu nárůstu ve stejném období jako v Iráku. Pro Ghanu byl v této době platný *Ghana: Country Assistance Plan 2003-2006*. Tento plán byl mimo jiné zaměřen právě na podporu vzdělání, zdravotnictví, přístup k vodě a infrastrukturu. Plán byl vytvořen v součinnosti s tzv. G-JAS (*Ghana Joint Assistance Strategy*), což je strategie zaměřená na spolupráci nejen s dalšími donorskými státy, ale také s ghanskou vládou. V rámci plánu DfID na roky 2003-2006 plynulo na sektor zdravotnictví přibližně 8 mil. liber každý rok (DfID 2003: 3-9). Stejný obnos poskytovalo DfID Ghaně až do roku 2010 v rámci *Ghana Health Sector Support Programme*.²⁸ Pokles v ghanském rozpočtu v roce 2009 tedy nekoresponduje s politikou DfID. Korelaci nenalezneme, ani pokud se zaměříme na celkové závazky VB vůči Ghaně, jelikož ty byly nejvyšší v letech 2003 a 2008, což opět nekoresponduje s místními státními výdaji.

Z prvních deseti analyzovaných států je potřeba se pozastavit ještě u Demokratické republiky Kongo. Tady lze pozorovat významný nárůst rozpočtu pro zdravotnictví mezi lety 2007 až 2008. Ve stejné době začal platit také program DfID

²⁷ DfID. *Projects search* (<http://projects.dfid.gov.uk/>, 1. 3. 2013).

²⁸ DfID. *Ghana Health Sector Support Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=113923>, 1. 3. 2013).

Acces to Healthcare in the DRC,²⁹ který na přelomu těchto let přinesl konzskému zdravotnictví přibližně deset milionů liber, přičemž rozpočet tohoto programu rostl i v následujícím roce, ve kterém stále rostl i příspěvek ze strany DRK. Nárůst rozpočtu ve zdravotnictví DRC tedy koresponduje s rozpočtem a programy DfID a stejná situace platí v případě celkových závazků VB vůči DRK. V těchto letech bylo DfID také největším bilaterálním dárcem DRK v oblasti zdravotnictví.

Pokud se podíváme na případ Afghánistánu a Bangladéše, můžeme u obou těchto států vidět pravidelný pozvolný nárůst rozpočtu na zdravotnictví. Ani u jednoho ze států však nelze doložit souvislost s politikou DfID. U Afghánistánu navíc existovali závazky na zdravotnický sektor ze strany VB jen v letech 2003, 2004 a 2009. Posledním státem z prvních deseti analyzovaných je Keňa, u které můžeme pozorovat plynulý a trvalý nárůst především od roku 2004. Pro Keňu platil od roku 2004 projekt *Essential Health Service*,³⁰ přičemž hlavní realizace projektu probíhala od roku 2005. Přestože roční částky ze strany DfID dosahovaly maximálně 3 mil. liber, lze zde vysledovat určitou shodu. V letech 2004 a 2005 byla Velká Británie také největším keňským bilaterálním donorem v oblasti zdravotnictví. Pokud se podíváme na celkové závazky, nalezneme zde ovšem odlišnost v roce 2001, kdy dosahovaly svého maxima, na rozdíl od prostředků poskytovaných keňskou vládou.

Nyní se podíváme na dalších deset států (viz příloha č. 12). Značnou shodu lze objevit u Mosambiku, kde dochází k výraznému nárůstu od roku 2006, resp. 2007. Od stejného roku startuje i *Health Sector Support Programme*,³¹ ze kterého přišlo do Mosambiku hned v počátečním roce více než 10 mil. liber, v následujících dvou letech to bylo přibližně 7 mil. liber. V roce 2007 zaznamenal celkový objem financí poskytovaných na zdravotnický sektor v Mosambiku téměř dvanásobný nárůst (Chapman 2006: 100). Když se podíváme na celkové závazky Velké Británie, zjistíme, že výše uvedené opravdu platí, s výjimkou roku 2000, kdy britská rozvojová pomoc na zdravotnický sektor dosáhla svého maxima, tj. více než 50 mil. dolarů. V roce 2007 byly britské prostředky vynaložené na zdravotnický sektor v Mosambiku nejvyšší ze všech bilaterálních dárců.

²⁹ DfID. *Acces to Healthcare in the DRC* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=105861>, 1. 3. 2013).

³⁰ DfID. *Essential Health Service* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=103546>, 1. 3. 2013).

³¹ DfID. *Health Sector Support Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=103991>, 10. 3. 2013).

Přestože v Malawi existoval od roku 2005 program DfID pro podporu zdravotnického sektoru, nelze nalézt shodu s vládním rozpočtem Malawi pro tento sektor. Závazky Velké Británie dosáhly svého maxima v roce 2005, přestože Malawské výdaje rostly po celé zkoumané období. V Nepálu pak došlo k největšímu nárůstu mezi lety 2006 až 2007, který odpovídá rozpočtu projektu *Health Sector Programme*.³² Souhlasná data však nedostaneme, pokud se podíváme na celkové závazky, které byly nejvyšší již v roce 2004. DfID ve zmiňovaných letech však nebyla největším dárce ve zkoumaném sektoru. Nigerijské náklady na zdravotnictví byly jasně navyšovány minimálně od roku 2003, přičemž výraznější nárůst můžeme pozorovat v roce 2008, ve kterém je zahájen také projekt DfID *Partnership for Transforming Health Systems*³³ a svého vrcholu dosahuje také projekt *Health Commodities*.³⁴ Britské závazky ovšem dosahovaly nejvyšší hodnoty již o rok dříve, a to v roce 2007. Od roku 2005 byla také Velká Británie v Nigérii největším přispěvatelem rozvojové pomoci ve zdravotním sektoru. Přestože i v Pákistánu fungoval ve zkoumaných letech projekt na podporu zdravotnictví, Pákistánské náklady rostly postupně bez výraznějších změn a prokazatelných vlivů zahraniční rozvojové pomoci. V Srbsku v analyzovaném období neprobíhal žádný projekt DfID, vztahující se ke zdravotnictví. I přes tuto skutečnost zde existovaly určité závazky ze strany VB, které nezahrnovali jen ODA. V případě Rwandy stojí nepochybně za zmínku projekt *Rwanda: Sector Budget Support Health*,³⁵ který představoval přímou podporu rwandského rozpočtu. Vzhledem k poměrně nízkému rozpočtu tohoto projektu nelze zaznamenat významnější souvislost s Rwandským rozpočtovým plánem. Státní rozpočet Sierry Leone na zdravotnický sektor ve zkoumaných letech značně kolísal, ovšem bez viditelné korelace s projekty DfID. Z hlediska britských závazků lze nalézt shodu v roce 2003, ovšem v dalších letech již nikoli. Náklady Jihoafrické republiky na zdravotnictví jsou zdatelně navyšovány od roku 2003, avšak v této době neprobíhal v JAR žádný projekt DfID zaměřený přímo na tento sektor. I přesto dosahovaly závazky na zdravotní sektor v JAR ze strany VB svého maxima v roce 2001, ovšem pak následoval značný pokles. Obdobnou situaci můžeme pozorovat i v případě Súdánu, přestože zde byl nárůst

³² DfID. *Health Sector Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=108532>, 2. 3. 2013).

³³ DfID. *Partnership for Transforming Health Systems* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=104229>, 2. 3. 2013).

³⁴ DfID. *Health Commodities* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=104218>, 2. 3. 2013).

³⁵ DfID. *Rwanda: Sector Budget Support Health* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=113678>, 2. 3. 2013).

finančního objemu poskytovaného na zdravotnický sektor mnohem výraznější, nicméně kromě objemově menšího projektu zaměřeného na malárii zde DfID v oblasti zdravotnictví nezakládá žádné projekty. Souvislost nelze nalézt ani v celkových závazcích VB, jelikož existovali jen v některých letech.

Z poslední čtvrtě států disponuje největším rozpočtem Vietnam. Ve Vietnamu začaly náklady na zdravotnictví strmě stoupat po roce 2005. DfID se však na tomto stoupání podílet nemohla, neboť ve Vietnamu v tu dobu nebyl aktivní žádný projekt zabývající se zdravotnictvím. DfID ve Vietnamu, co se týče zdravotnictví, se zabývá pouze programy proti šíření AIDS/HIV, přičemž tyto programy byly spuštěny až v pozdějších letech.³⁶ Jediným rokem, kdy VB v rámci závazků měla poskytnout Vietnamskému zdravotnickému sektoru nějaký finanční obnos, byl rok 2000 a jednalo se pouze o 25 000 dolarů. Podobnou situaci můžeme vidět i v případě Ugandy, kde jsou projekty DfID zaměřeny opět na prevenci HIV/AIDS a ugandské výdaje na zdravotnictví nemohou být těmito projekty nijak ovlivněny. Nejvyšší závazky vůči Ugandě měla VB opět již v roce 2000. V Tanzanii můžeme vysledovat obdobný problém. DfID se v případě Tanzanie soustředí spíše na přímou podporu rozpočtu, než na přímo na zdravotnický sektor. Přesto tanzanský rozpočet na tento sektor především od roku 2005 strmě roste. Když se podíváme na celkové závazky VB lze vysledovat jasnou korelaci právě v roce 2006, kdy došlo k největšímu navýšení u obou států. K tomuto navýšení celkových závazků přispěl nejvíce projekt *Mosquito Nets*,³⁷ čili nejednalo se o projekt zaměřený na vylepšení zdravotnictví nebo obdobné téma. Výrazný nárůst potom vidíme i v případě Zambie, kde si nelze nepovšimnout roku 2008. V tomto roce zde byl v rámci SWAp³⁸ výrazně navýšen objem závazků ze strany VB a současně s tím vzrostly i vládní výdaje samotné Zambie. Ani přes nárůst prostředků poskytovaných Zambii ovšem nebyla Velká Británie ve zdravotním sektoru největším dárce ani v tomto roce.

Jak jsme mohly vidět v tabulce a v předchozích odstavcích, žádnou korelaci nelze nalézt v případě velkých ekonomik, jako jsou Čína, Indie a Indonésie.

³⁶ DfID. *Projects Search Vietnam* (<http://projects.dfid.gov.uk/Default.aspx>, 2. 3. 2013).

³⁷ AidData 2.0. (<http://www.aiddata.org/content/Project?id=28733640>, 15. 3. 2013).

³⁸ SWAp je anglická zkratka pro sektorový přístup. Ten označuje soubor postupů a metod pro jednotnou politiku v rámci určitého sektoru lidské činnosti. Pro tento přístup je typické, že na něm spolupracují jak donoři, tak vláda recipientského státu a případně i další rozvojoví partneři. Obvykle je tento přístup využíván právě ve zdravotnickém sektoru a je mimo jiné jednou z možností implementace Pařížské deklarace.

Mezi největšími příjemci britské rozvojové pomoci jsou také státy, kde v analyzovaných letech buď neprobíhaly žádné projekty zaměřené na zdravotnictví, nebo byly tyto projekty velice malé. Tato situace se týká například Iráku, Srbska, JAR, Súdánu, ale také Vietnamu, Ugandy či Tanzanie. V případě Tanzanie není toto tvrzení zcela správné. U Tanzanie a Zambie lze totiž nalézt určitou korelaci z hlediska celkových závazků VB na zdravotnický sektor v jednotlivých zemích. Tato skutečnost je významná především v případě Zambie, kde byl v roce 2008 spuštěn projekt SWAp. U dalších států pak lze nalézt shodu ve zvyšování nákladů na zdravotnictví ze strany daného státu a jednotlivých projektů DfID, přičemž toto se týká Demokratické republiky Kongo, Keni, Mosambiku, Nepálu a Nigérie. U Keni a Mosambiku je navíc potřeba zdůraznit, že v analyzované době klesl podíl vládních výdajů na zdravotnictví vzhledem k celkovým vládním výdajům (viz příloha č. 13). V případě Zambie a Nepálu ovšem narazíme ještě na jeden problém, a to ten, že Velká Británie nebyla ve stejné době největším dárce v oblasti zdravotnictví a nelze tedy vyloučit ovlivnění dalšími donory. Je otázkou, zda lze mezi těmito státy nalézt nějakou další podobnost. Jedná o státy se zcela odlišným objemem HDP, hospodářským růstem i se zcela odlišným počtem obyvatel. Tyto vybrané případy a jejich kvalitativní odlišnosti budou podrobněji rozebrány v následující kapitole. U ostatních států nelze doložit žádnou korelaci mezi vládními výdaji na zdravotnictví u jednotlivých států a projektovými rozpočty DfID v tomtéž sektoru. V případě Velké Británie lze tedy říci, že se hypotéza nepotvrdila.

3.2. Případ Spolkové republiky Německo

Německá rozvojová pomoc tvořila v roce 2010 10 % celkové pomoci poskytované zeměmi DAC (OECD 2011b: 49). Přesto by tento objem v případě Německa mohl být mnohem větší v případě, že by naplnila závazek obnosu rozvojové pomoci 0,7 % z HDP. V současné době je tomuto cíli Německo ještě vzdálenější než Velká Británie a v posledním desetiletí došlo jen k malému nárůstu. Zatímco v roce 2000 tvořila německá rozvojová pomoc asi 0,27 % z celkového HDP, v roce 2010 to bylo jen 0,38 %. Nejvýraznějšímu navýšení došlo mezi lety 2004 a 2005, kdy procentuální podíl vzrostl z 0,28 na 0,36 % HDP. ODA je tedy z hlediska podílu na HDP v Německu poměrně stabilní a k navyšování dochází velice pozvolna. Malý pokles je také zřejmý v roce 2009, kdy došlo k propadu o 0,03 % (viz přílohy č. 1 a 2).

Objemově dochází k poměrně stabilnímu navyšování od roku 2000, resp. 2001, přičemž právě v tomto roce byla také vytvořena nová strategie BMZ. K jistému poklesu dochází v roce 2009, ve kterém můžeme pozorovat také pokles procentuálního podílu z HDP.

Pro poskytování německé rozvojové pomoci jsou nejvýznamnější tři sektory, kterými jsou sociální infrastruktura a služby, akce vztahující se k dluhům a ekonomická infrastruktura a služby. Ve zprávě z roku 2011 doporučuje OECD Německu v tomto ohledu zvýšit především obnos plynoucí na humanitární pomoc (OECD 2011b: 57). Výdaje na sociální infrastrukturu a služby představují zdaleka největší podíl na německé ODA, a to s výjimkou roku 2005, kdy byla největší částka věnována na odpouštění dluhů (viz příloha č. 3). V roce 2005 zároveň došlo ke znatelnému poklesu samotné částky, která je vynakládána na sektor sociální infrastruktury, avšak po tomto roce došlo k jejímu prudkému nárůstu. Znatelný nárůst lze vidět také v případě ekonomické infrastruktury a služeb, ke kterému došlo mezi lety 2007/2008 a 2009/2010. Výrazný je také nárůst obnosu poskytovaného na jednotlivé aktivity spojené s dluhy a odpouštěním dluhů po roce 2000/2001 s opětovným poklesem v letech 2009/2010.

Pokud bychom se detailněji podívali na sektor sociální infrastruktury a služeb (viz příloha č. 4) zjistíme, že největší objem peněz putuje do vzdělání, vlády, resp. občanské společnosti, vody a sanitace a následně do zdravotnictví. Poklesem finančního objemu pro sektor sociální infrastruktury a služeb v roce 2005 byla nejvíce zasažena oblast vzdělávání, přičemž v tomto roce došlo k poklesu o více než 50 %. Ostatní sektory v rámci sociální sféry nebyly tímto poklesem nijak výrazně zasaženy. U zdravotnického sektoru poté můžeme pozorovat značný nárůst především po roce 2006. Na zdravotnictví bylo nejméně vynaloženo v roce 2000, a to přibližně 49 milionů dolarů, nejvyšší částka pak byla na tento sektor věnována v roce 2009, kdy se jednalo již o 341 milionů dolarů, ovšem v roce 2010 došlo k opětovnému poklesu na 234 mil. dolarů. Ke znatelnému navyšování dochází především po roce 2001, kdy byl schválen nový strategický plán BMZ a který je zaměřen primárně na dosahování rozvojových cílů tisíciletí.

Když se podíváme na výdaje na zdravotnický sektor z hlediska analyzovaných států (viz příloha č. 5), zjistíme, že téměř u všech států dochází k postupnému nárůstu poskytovaného finančního objemu. K výraznějšímu poklesu dochází jen v případě

Ghany, Iráku, Ukrajiny a Srbska, a to mezi lety 2008/2009. K dalším poklesům docházelo v mezidobích také v JAR, a to v letech 2000/2002 a 2007/2008 a v Zambii mezi lety 2006/2007 a 2008/2009. Pokud bychom se podívali celkově na analyzované období, lze konstatovat, že u všech států došlo k celkovému nárůstu poskytovaného finančního objemu. Je zajímavé, že když se podíváme na procentuální podíl vládních výdajů na zdravotnictví vzhledem k celkovým vládním výdajům, v mnoha případech se tento podíl snížil (viz příloha č. 6). K jeho zvýšení došlo v případě Brazílie, Kamerunu, DRK, Etiopie, Ghany, Indie, Iráku, Pákistánu, Srbska, Ugandy, Ukrajiny, Tanzanie, Vietnamu a Zambie. Ke zdaleka největšímu procentuálnímu navýšení došlo v případě Tanzanie. Ovšem nalezneme zde i případy radikálního snížení jako například u Afghánistánu, ale také v Keni, a to přestože v Keni se nejednalo o tak velký pokles jako v případě Afghánistánu. K nižšímu poklesu potom došlo v Bolívii, Egyptě, Číně, Mosambiku a JAR.

Nyní prozkoumáme blíže na recipientské státy německé rozvojové pomoci a objem domácích financí poskytovaných na zdravotnický sektor v porovnání s německými výdaji na stejný sektor v těchto státech (viz přílohy č. 5 a 7). Ve většině případů bohužel nelze nalézt žádnou korelaci mezi domácími financemi a financemi poskytovanými v rámci rozvojové pomoci Německem, a to z různých důvodů. V případě Afghánistánu v analyzovaném období proběhla celá řada německých projektů, ovšem obvykle se jednalo spíše o granty. Afghánské náklady na zdravotnictví začínají narůstat po r. 2003, avšak německé náklady začínají růst až v roce 2005, resp. 2007. Bolivijské náklady na zdravotnictví stoupají plynule již od roku 2000, tudíž zde nelze nalézt žádnou korelaci. V Brazílii je zřetelný nárůst objemu státních financí minimálně od roku 2003, přičemž se jedná o velice strmý nárůst. V roce 2003 došlo k výraznému nárůstu i ze strany Německa, ovšem v případě brazilských nákladů došlo k tomuto nárůstu až o rok později, tedy v roce 2004. V Kamerunu dochází k téměř stabilnímu navyšování již od roku 2000 s minimálním poklesem v letech 2003/2004. Německé výdaje na tento sektor v Kamerunu byly v roce 2003 naopak jemně navýšeny a ke strmému zvýšení došlo až v roce 2009, tedy bez viditelného ekvivalentu s kamerunskými vládními výdaji.

Pokud se podíváme na případ Egypta, zjistíme, že v roce 2003 došlo k určitému poklesu domácích zdrojů pro zdravotnický sektor, minimálně od roku 2005 můžeme

opět sledovat postupné navyšování finančního objemu. Německé výdaje na zdravotnický sektor byly v Egyptě nejvyšší ihned v roce 2000 a postupně klesaly, přičemž v některých letech nebyly na tento sektor poskytnuty finance žádné. V případě Etiopie dochází k navyšování domácích prostředků již od počátku, nicméně k nejvýraznějšímu navýšení pak dochází v letech 2005/2006 a následně 2007. Německo poskytovalo na tento sektor nejvíce v letech 2002 a 2003 a následně 2006 a nelze tudíž dohledat žádnou spojitost s domácím poskytovaným obnosem. Pokud se nyní podíváme na dva asijské giganty, kterými jsou bezpochyby Čína a Indie, zjistíme, že v případě obou států dochází k stabilnímu, poměrně strmému nárůstu financí poskytovaných na zdravotnický sektor po celé analyzované období. Z tohoto důvodu nelze vysledovat žádnou spojitost s německými příspěvky, přestože jsou tyto příspěvky nemalé. Především do Indie plynuly na zdravotnický sektor ze strany Německa částky přesahující až 70 milionů dolarů, což je zdaleka největší číslo mezi sledovanými státy (viz příloha č. 7).

V případě Iráku rostly vládní výdaje na zdravotnictví především v letech 2003/2004 a následně mezi roky 2006/2008, přičemž svého maxima dosáhly právě v roce 2008. Bohužel nelze v žádném případě nalézt korelaci s obnosem německé rozvojové politiky, neboť jediným rokem, kdy Německo do tohoto sektoru v Iráku investovalo, byl rok 2005. V tomto roce bylo poskytnuto Iráku jen asi 39 000 dolarů, a to na zdravotní vzdělávání v 24 vesnicích.³⁹ V ostatních letech do zdravotnického sektoru neplynuly se strany Německa žádné peníze. V Keni výdaje na zdravotnictví rostly poměrně strmě od roku 2004 až do roku 2009, zatímco do roku 2002 vykazovaly mírný pokles a stagnaci. Německé výdaje na zdravotnictví v Keni byly nejvyšší v letech 2001 a 2007, čili opět nelze nalézt žádnou korelaci. V případě Mosambiku pak došlo k největšímu nárůstu nejdříve v roce 2005 a následně mezi lety 2007-2009, naprosto odlišný charakter ale nalezneme u německých výdajů. Německé výdaje na zdravotnictví v Mosambiku dosáhly svého maxima již v roce 2000 a od té doby neustále klesaly, přičemž v roce 2002 nebyly poskytnuty prostředky žádné. Podobně nelze nalézt žádnou korelaci ani v případě Pákistánu, kde byly německé náklady nejvyšší v roce 2006, zatímco Pákistánské prostředky rostly téměř plynule již od počátku analyzovaného období.

³⁹AidData 2.0. (<http://www.aiddata.org/content/Project?id=24121680>, 16. 3. 2013).

Žádnou podobnost nelze nalézt ani u zdravotnického sektoru v Srbsku, kde v případě vládních nákladů docházelo ke strmému nárůstu již od r. 2000, zatímco Německé výdaje na srbské zdravotnictví byly nejvyšší právě v letech 2000 a 2001 a v pozdějších letech již Německo do tohoto sektoru v Srbsku neinvestovalo. Jak jsme mohly vidět již v předchozích odstavcích u Tanzanie, její státní výdaje na zdravotnictví již od roku 2000 prudce stoupali, a to rovnoměrně. To se však nedá tvrdit o finančním objemu z Německa, který byl nejvyšší v roce 2003 a dále spíše klesal. Ani v tomto případě tak nelze nalézt žádnou podobnost. Na Ukrajině pak došlo růstu domácích výdajů na zdravotnictví obzvláště od roku 2005, kdežto Německo poskytovalo na místní zdravotní sektor rozvojovou pomoc jen v letech 2001-2003.

V předchozích případech jsme si ukázali státy, ve kterých k žádné korelaci nedochází. Ve skupině analyzovaných států se ovšem objevují i takové, ve kterých lze vysledovat určité podobnosti, minimálně v některých letech. Kupříkladu v Demokratické republice Kongo jsou výdaje na zdravotnictví postupně navyšovány od roku 2003, přičemž k radikálnímu skoku pak dochází ještě v roce 2008, kdy jsou vládní výdaje na tento sektor více než zdvojnásobeny. Oproti tomu německé výdaje v tomto sektoru jsou nejvyšší v roce 2001, ovšem i v roce 2008 byla poskytnuta poměrně vysoká částka, čili lze zde nalézt určitou spojitost minimálně v roce 2008. V Ghaně dochází k prudkému nárůstu poskytovaných financí od roku 2003 a k ještě výraznějšímu navýšení pak v roce 2007. Mezi lety 2007/2008 dochází ke stagnaci a v roce 2009 dochází k návratu až téměř do roku 2006. V případě Ghany lze tedy vysledovat korelaci s příspěvkem ze strany Německa, a to právě v roce 2007, kdy německý závazek činil více než 5 mil. dolarů. V JAR dosahovaly Německé výdaje na místní zdravotnický sektor svého maxima v letech 2001, 2004, 2005 a 2007. V tomto případě můžeme nalézt určitou podobnost s vládními výdaji JAR, a to kromě roku 2001, kdy naopak docházelo na státní úrovni k jejich poklesu.

Podobně, jako například tanzanské, tak i ugandské výdaje na zdravotnictví rostly strmě již od roku 2000. V případě Ugandy ale došlo v roce 2009 k jejich významnějšímu poklesu. Německé výdaje prudce narostly v roce 2001, čili je zde možná souvislost s ugandskými výdaji, Německé výdaje následně vzrostly ještě v letech 2004 a 2006. Ve Vietnamu pak můžeme vidět určitou korelaci v letech 2006-2008, kdy prudce vzrostly vietnamské náklady na zdravotnictví a zároveň s tím byly v letech

2006 a 2008 vynakládány poměrně vysoké částky i ze strany Německa. Shodu pak již nelze nalézt v letech 2000-2003, kdy německé prostředky prudce rostly, na rozdíl od vietnamských nákladů, které spíše stagnovaly. Poslední zemí z tabulky je Zambie, jejíž náklady na zdravotnictví rostly v letech 2000-2008, s poklesem v letech 2007 a 2009. Německé výdaje však byly nejvyšší v letech 2001, 2003 a následně 2009. Lze zde tedy vidět určitou podobnost v začátku desetiletí, kdy stoupaly náklady na obou stranách, ale ne již v letech 2007 a 2009.

Jak se nám tedy podařilo zjistit, ve většině případů nedochází ke korelaci mezi státními výdaji na zdravotnictví a příspěvky ve formě rozvojové pomoci ze strany Německa. Toto se týká Afghánistánu, Bolívie, Brazílie, Kamerunu, Egypta, Etiopie, Číny, Indie, Iráku, Keni, Mosambiku, Pákistánu, Srbska, Ukrajiny a Tanzanie. Určitou míru korelace se naopak podařilo nalézt v případě DRK, Ghany, JAR, Ugandy, Vietnamu a Zambie. K těmto státům se vrátíme ještě v následující kapitole v rámci kvalitativního výzkumu. U obou skupin sledovaných států došlo ve zkoumaném období k celkovému navýšení státních výdajů na zdravotnictví, a to i přesto, že v několika případech nedošlo k jejich procentuálnímu navýšení s ohledem na celkové státní výdaje. Problémem ovšem je, že s výjimkou Vietnamu v roce 2008 nebylo Německo největším bilaterálním dárcem ve zdravotním sektoru.

4. Vybrané případy harmonizace a kooperace

Cílem této kapitoly je potvrzení či vyvrácení výsledků předchozí analýzy. Následující podkapitoly by měly vést ke kvalitativnímu rozboru harmonizace a kooperace u států, u nichž jsme v předcházející kapitole dospěli k pozitivním výsledkům. Ve vybraném vzorku států se nachází jak státy, u kterých byli donoři v době korelace největšími přispěvateli, tak státy, u kterých tomu tak nebylo. V této kapitole se tedy podíváme na to, zda k harmonizaci dochází pouze v případě, kdy byla nalezena samotná korelace či v případech, kdy byl současně s tím donorský stát největším dárcem pro zdravotní sektor. Tedy zda se donorský stát snaží o harmonizaci rozvojových aktivit více v případě, kdy je největším donorem v oblasti zdravotnictví. V každé z podkapitol budou detailněji rozebrány projekty, kterých se korelace týkala a způsoby kooperace a harmonizace.

Informace pro tuto část práce budu čerpat především z následujících zdrojů: evaluační zprávy rozvojových institucí a mezinárodních organizací, oficiální dokumenty jednotlivých států, vládní strategie pro zdravotní sektor, evaluační zprávy a strategie jednotlivých platforem pro koordinaci rozvojových aktivit a webové stránky institucí zodpovědných za rozvoj.

4.1. Velká Británie: DRK, Keňa, Mosambik, Nepál, Nigérie a Zambie

V kapitole 3.3. jsme se dobrali k výsledku, že určitou korelaci mezi jednotlivými národními rozpočty na zdravotnictví a projektovými rozpočty DfID lze nalézt v případě pěti států, kterými jsou Demokratická republika Kongo, Keňa, Mosambik, Nepál a Nigérie. Plus nelze zapomenout ani na Zambii, v jejímž případě jsme mohli vidět korelaci v rámci závazků Velké Británie. V této podkapitole bych se chtěla blíže zabývat harmonizací a kooperací v těchto konkrétních případech. Podíváme se detailněji na příslušné rozvojové projekty DfID a na to, jakým způsobem a zda vůbec v těchto případech dochází k harmonizaci a kooperaci mezi státem donorským a státem recipientským. Ke spolupráci se státem recipientským obvykle dochází na základě domluvy s více donorskými státy, v ideálním případě se všemi donorskými státy. Díky tomu v mnoha případech dochází také k harmonizaci donorských aktivit. Jak uvidíme, Velká Británie se těchto společných akcí nejen účastní, ale také na sebe přejímá zodpovědnost za takovou spolupráci a harmonizaci.

Velká Británie byla ve sledovaném období v případě států, u kterých byla nalezena korelace, největším donorem do oblasti zdravotnictví v případě Mosambiku, Nigérie, Keni a Demokratické republiky Kongo. Největším přispěvatelem naopak nebyla v případě Zambie a Nepálu. V této podkapitole se tedy podíváme na to, zda Velká Británie hrála v oblasti harmonizace a kooperace větší roli právě v případě Mosambiku, Nigérie, Keni a DRK.

V daném období, ve kterém došlo ke korelaci rozpočtů DfID a Demokratické republiky Kongo, byly v platnosti dva strategické plány DfID, přičemž první z nich byl přijat na roky 2003-2008, druhý na roky 2008-2010 (DfID 2008a; Vaillant-Condy 2009). Jelikož DRK lze v tomto řadit ke slabým státům, je zde práce donorů z hlediska transakčních nákladů dražší než jinde. Navíc je potřeba zmínit složitost spolupráce

s místní vládou a dlouhé období, které je potřebné pro vzájemná jednání. Výsledkem bylo dle evaluačních zpráv to, že DfID inklinuje k převzetí neúměrně vysokého podílu transakčních nákladů, které jsou spojeny právě s koordinací dárců. Místní situace navíc vedla k tomu, že většina projektů měla rozpočet nižší než milion liber (Vaillant-Condry 2009: 50-52).

Harmonizace měla být dle obou plánů významnou strategií pro DRK. V roce 2007 byl vypracován společný plán donorů pro DRK *Country Assistance Framework (CAF)*⁴⁰. V rámci spolupráce se DfID zavázala například k podpoře mise OSN MONUC. Společný plán donorů pro DRK měl být zaměřen na vládu, růst, základní sociální služby, HIV/AIDS a rozvoj společnosti. Jak ovšem můžeme vidět ze závěrečného shrnutí, tento plán nebyl příliš úspěšný (DfID 2008a: 8). Neúspěch lze spatřovat také v tom, že DfID nedokázala přesvědčit ostatní donory k poskytování bezplatné základní zdravotní péče a zdravotnictví se tak v této době do společných rozvojových programů nedostalo (DfID 2008a: 49).

Cíle pro zdravotnický sektor v DRC zůstaly v roce 2008 podobné jako v plánu předcházejícím. Jednalo se především o 1/ přijetí nové spravedlivější finanční strategie 2/ zvýšení využití zdravotních služeb 3/ zlepšení zdravotních výsledků zejména pro chudé, děti a ženy a 4/ snížení mateřské úmrtnosti v podporovaných zdravotnických zařízeních (DfID 2008a: 23). Tímto se dostáváme k projektu DfID, který vykazuje určitou korelaci s místním rozpočtem pro zdravotnictví. Jedná se o projekt *Access to Healthcare in the Democratic Republic of Congo*,⁴¹ který započal v září roku 2006 s koncem v březnu 2013. Rozpočet projektu se vyšplhal k 80 mil. liber. Tento projekt zahrnoval podporu přístupu ke zdravotnické péči, ve vybraných zařízeních zdravotní péči zdarma, podporu nemocnic v Lubutu, podporu národní zdravotnické databáze a dovoz zdravotnických potřeb a materiálu.

Jak již bylo zmíněno, spolupráce se slabou vládou DRK je velice problematická. Každopádně v červnu 2006 vydalo místní ministerstvo zdravotnictví strategii, která měla posílit systém zdravotnictví. Jak se píše v úvodu této strategie, tento plán měl být zároveň nástrojem pro integraci akcí ze strany partnerů ministerstva. Hlavní strategií má

⁴⁰ Jedná se o proces, skrze který určitý počet donorů rozvíjí společný strategický přístup pro ekonomickou pomoc určenou DRK v povolebním období (CAF 2007: 6).

⁴¹ DfID. *Access to Healthcare in the Democratic Republic of Congo* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=105861>, 1. 3. 2013).

být revitalizace zdravotnických zón a určitá restrukturalizace zdravotního systému. Jak se píše dále v této strategii, vytvoření rozvojových cílů tisíciletí přispělo k tomu, že v současné době je centrální ministerstvo rozděleno do 52 specializovaných programů a 13 různých oddělení (Ministry of Health, DRC 2006: 10-18), což velice znesnadňuje koordinaci v rámci DRC, natož pak s donory. I dále lze v dokumentu najít značná negativa ze strany místního ministerstva směrem k vnějším partnerům, resp. donorům. Jako hlavní problémy jsou zde viděny: rostoucí konflikty mezi strukturami a jejich podporovateli, zvýrazňování vertikální povahy systému prostřednictvím podpůrných struktur a aktérů, neefektivita ve využívání zdrojů a v neposlední řadě posun role těchto partnerů. Další problém představuje nepochybně decentralizace místních zdravotnických struktur. Navíc dochází často ke zdvojování a překrývání dílčích programů. Tato strategie se dále o partnerských donorských státech a organizacích nezmiňuje, s výjimkou tréninkového programu WHO (Ministry of Health, DRC 2006: 18-20, 35-42).

Přestože v DRK byla vytvořena strategie, která se měla stát nástrojem pro integraci donorských aktivit, staví se tato strategie k partnerům spíše negativně. Zarážející je například nepřítomnost možností budoucí spolupráce s mezinárodními organizacemi či dalšími zahraničními donory. K harmonizaci zde v analyzovaném období dochází pouze mezi jednotlivými donory, nikoli mezi státem a donory. Jak vyplývá z evaluačních zpráv Dfid, ani harmonizace mezi jednotlivými donory nebyla v DRK v této době příliš úspěšná. Určitou výjimku v tomto ohledu tvoří jen společné programy týkající se institucionální tranzice, podpory a monitorování svobody voleb a jeden z programů zaměřených na životní prostředí.⁴² Podle výzkumu zaměřeného na dodržování Pařížské deklarace byly výsledky v oblasti harmonizace v DRK v roce 2006 na střední, v roce 2008 už jen na nízké úrovni. Na nízké úrovni zůstává po celou dobu také vzájemná odpovědnost (Vaillant-Condry 2009: 47-48; 61).

Zcela odlišnou situaci oproti DRK můžeme pozorovat v případě Keni. V Keni existuje oproti DRK poměrně funkční zdravotní systém a lze zde pozorovat i značné snahy o spolupráci se zahraničními donory. Zvýšení nákladů na zdravotnictví zde lze sledovat již od roku 2002 a ke stabilnímu nárůstu pak dochází mezi roky 2004-2008.

⁴² Jednalo se o projekty *Appui aux Institutions de Transition* (AIT), *Appui au Processus Electoral en RDC* (APEC), *Sécurisation du Processus Electoral Congolais* (SPEC) a *Governance* pod záštitou UNDP a projekty *Pooled Fund* a *Congo Basin Forest Fund* zaměřené na životní prostředí.

DfID zde od roku 2004 do roku 2011 realizovalo projekt *Essential Health Services* s rozpočtem 14 mil. liber.⁴³ Projekt byl zaměřen na podporu zdravotní obslužnosti především pro chudé ženy a děti. Tento projekt byl, stejně jako další menší rozvojové programy, slučitelný jak se strategií na roky 1998-2003, tak s plánem na roky 2004-2007. Zatímco první z plánů se zaměřoval především na zlepšení celkové situace v oblasti zdraví pro chudé, v druhém plánu se jednalo spíše o prevenci HIV/AIDS a zvyšování harmonizace mezi donory. V rámci prevence HIV/AIDS existuje v Keni pro koordinaci aktivit samostatná rada.⁴⁴ DfID měla poměrně velký podíl na snižování nakažených HIV/AIDS v Keni a přispěla značnou měrou k úspěchu celého programu (Poate 2007:7,34).

V roce 2007 pak započal další projekt DfID pro zdravotnický sektor s názvem *Kenya Health Programme*⁴⁵ s rozpočtem přesahujícím 106 mil. liber. Tento program s koncem v roce 2014 je zaměřen na podporu ministerstva zdravotnictví v Keni a na implementaci partnerů do posílení místních kapacit zdravotní péče. Program se týkal například rozšíření sociálního pojištění, budování institucionálních kapacit, výzkum, podpora užívání kondomů a rodinného plánování, na prevenci a léčbu malárie aj. Na prevenci HIV/AIDS je zaměřený program *HIV/AIDS Prevention and Care*,⁴⁶ jehož první fáze započala již rokem 1995. Tento projekt pracoval s rozpočtem přibližně 45 milionů liber a měl mimo jiné přispívat k národním strategiím proti AIDS/HIV. V rámci tohoto projektu docházelo také ke spolupráci s dalšími partnerskými státy.

Harmonizace donorských aktivit probíhá v Keni od roku 2003 skrze tzv. *Harmonization, Alignment, and Coordination donor group (HAC)*, přičemž členské státy tohoto uskupení vyvinuly společně s vládou Keni společnou strategii *Kenya Joint Assistance Strategy (KJAS)*. Státy se zde mimo jiné zavázaly podporovat národní zdravotní strategii Keni a to především harmonizací jejich společných aktivit. Státy souhlasily s dalším postupem ohledně efektivní dělby práce, s posilováním spolupráce s vládními strukturami a především posilováním spolupráce mezi sebou navzájem (HAC 2007: 1-5, 30-33, 42-45). Mezi společné cíle patří například zlepšení přístupu

⁴³ DfID. *Essential Health Services* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=103546>, 13. 3. 2013).

⁴⁴ National Aids Coordination Council (NACC).

⁴⁵ DfID. *Kenya Health Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=113303>, 13. 3. 2013).

⁴⁶ DfID. *HIV/AIDS Prevention and Care* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=103533>, 13. 3. 2013).

k primární zdravotní péči, zlepšení přístupu k mateřské péči a zlepšení zdravotní péče pro děti. K financování a realizování projektů na zlepšení zdravotní péče má docházet prostřednictvím SWAp. Prevence HIV/AIDS pak má dále probíhat pomocí pod záštitou projektu *Total War on AIDS* (HAC 2007: 58-59).

Keňské ministerstvo zdravotnictví vydalo na roky 2005-2010 strategický plán pro zdravotnický sektor, který navazuje na předchozí strategický plán pro roky 1999-2004. V obou strategických plánech jsou podrobně vypsány nejen cíle, kterých chce ministerstvo dosáhnout, ale také způsoby, kterými se má k vytyčeným cílům dojít. Blíže je zde rozepsána také spolupráce s donorskými státy, organizacemi a dalšími partnery. V obou plánech se objevují cíle jako je zlepšení přístupu k základní zdravotní péči, řízení populačního růstu, zvýšení rozpočtu pro tento sektor, zvýšení efektivity a kvality služeb (Ministry of Health, Kenya 2005:2).

Ve strategickém plánu se ministerstvo zdravotnictví zavázalo také ke zvýšení spolupráce s rozvojovými partnery. Na základě společného řízení by měl být samotný strategický plán naplňován, a to prostřednictvím společného zadávání zakázek, společných kontrol a dalšími společnými způsoby financování. Jelikož k silnému partnerství nelze dojít za příliš krátkou dobu, mělo by být naplňováno postupně. Hlavními body spolupráce by mělo být již výše zmíněné společné plánování, vytvoření společných regulí, podpora neformálních vztahů, sdílení zdrojů, informací a technologií a rozvoj společných finančních nástrojů (Ministry of Health, Kenya 2005:14, 40).

V Keni tedy lze nalézt celou řadu společných mechanismů a plánů na dosahování společných cílů, a to jak ze strany donorů, tak ze strany místní vlády. Díky existenci skupiny HAC je hledání a prosazování společných cílů méně problematické. Zvýšením vzájemné komunikace mezi donorskými státy a multilaterálními organizacemi navíc dochází ke zjednodušení komunikace s místní vládou. Od roku 1999, kdy vznikl první národní strategický plán pro zdravotnictví, je zřejmá snaha také ze strany místního ministerstva pro zdravotnictví. Přestože se podařilo již dosáhnout některých vytyčených cílů, bude do budoucna zapotřebí prohlubování vzájemné spolupráce a zintenzivnění společného úsilí.

V Mosambiku lze nalézt několik podobných rysů s rozvojovou politikou v Keni. DfID se zde například, podobně jako v Keni, podílí na programu pro zdravotnictví

založeném na přístupu SWAp, který v případě Mosambiku funguje od roku 2000. Podobně jako v případě Keni je zde kladen velký důraz na prevenci HIV/AIDS a obdobným způsobem zde také dochází ke spolupráci s místní vládou. Oproti Keni je zde však systém SWAp mnohem méně efektivní, stejně jako je mnohem méně efektivní celý zdravotnický sektor. Tato skutečnost je zapříčiněna převážně velkým množstvím partnerských zemí a především různých iniciativ týkajících se tohoto sektoru. Donorské prostředí je v Mosambiku značně fragmentované a je tak zapotřebí silnější role místního ministerstva zdravotnictví (WHO 2009b: 12-13).

K trvalému růstu finančního objemu pro zdravotnický sektor zde dochází od roku 2006, resp. 2007. Od roku 2007 startuje také program DfID *Health Sector Support Programme* s rozpočtem přibližně 38 mil. liber.⁴⁷ Tento program, který má být ukončen na konci roku 2013 má přispět k rovnějšímu a efektivnějšímu poskytování zdravotní péče a má vést k redukování úmrtnosti dětí a matek a ke snižování HIV pozitivních a nakažených AIDS. Ve stejném roce začíná také *Health Sector Support Technical Assistance*,⁴⁸ jehož rozpočet ovšem nedosahuje ani jednoho milionu liber. Projekt technické asistence má sloužit k podpoře úspěšné implementace národní strategie pro zdravotnictví. Před rokem 2005 byl ze strany DfID v oblasti zdravotnictví kladen největší důraz na programy týkající se HIV/AIDS. Jak se dále můžeme dočíst v evaluační zprávě z roku 2006, znakem donorských aktivit DfID v Mosambiku byla minimálně od roku 2006 harmonizace aktivit a strategií. Centrální roli lze DfID v Mosambiku připsat také v přímé podpoře rozpočtů a velmi silná byla harmonizace také v případě spolufinancování projektů (Chapman 2006: 11-15). Obdobné informace nalezneme i ve zprávě z roku 2010, která poukazuje na další pokroky ve společné agendě pro zdraví, vzdělání a HIV/AIDS. Jak můžeme vidět dále, finanční objem plynoucí na zdravotnický sektor byl v roce 2007 téměř dvanásobný oproti roku 2006, což představuje velkou změnu v politice DfID (Chapman 2006: 100).

Národní strategie pro zdravotnictví byla v Mosambiku formulována v několika dokumentech, přičemž nejvýznamnější z nich jsou bezpochyby pětileté vládní programy na roky 2000-2004 a 2005-2009 a tzv. *Health Sector Strategic Plan* na roky 2007-2012. Tyto programy jsou založeny převážně na primární zdravotní péči, rovnosti v přístupu

⁴⁷DfID. *Health Sector Support Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=103991>, 10. 3. 2013).

⁴⁸DfID. *Health Sector Support Technical Assistance* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=113510>, 10. 3. 2013).

a kvalitě. Mezi základní cíle těchto programů patří zvýšení přístupu ke zdravotní péči, posilování systému péče, zlepšení její kvality a podpora spolupráce s dalšími partnery (WHO 2010: 2-5).

K harmonizaci strategií mezi donory a vládou byla vytvořena platforma *Programme Aid Partnership (PAP)*, jehož součástí je i Velká Británie, resp. DfID. Velký nedostatek v případě PAP představuje skutečnost, že k jeho partnerům nepatří například USAID. Výhodou PAP je vytváření společných strategických plánů, společných aktivit a jejich spolufinancování. Na půdě PAP vznikly dodnes dva akční plány na redukci absolutní chudoby (PARPA I a II), které reflektují pětileté vládní plány. Přestože hlavním cílem je bezpochyby redukce absolutní chudoby v Mosambiku, a to především pomocí redistribuce zdrojů, mezi cíle obou těchto plánů patří například i problematika HIV/AIDS (PAP 2006). V případě Mosambiku bude hrát harmonizace a efektivita donorských politik a aktivit i nadále velkou roli, jelikož Mosambik stále patří ke státům s největším podílem rozvojové pomoci vzhledem k HDP. A to i přesto, že se situace v tomto ohledu v Mosambiku zlepšuje, v roce 2010 se jednalo přibližně o 21 % HDP, zatímco v roce 2002 to bylo více než 55 %.⁴⁹

V Nepálu došlo v prosinci roku 2007 k vyhlášení nového státního zřízení a Nepál se nově stal federativní republikou. Pokud se nyní podíváme na vládní výdaje na zdravotnictví, zjistíme, že k postupnému a trvalému nárůstu dochází již od roku 2003. K významnému navýšení pak dochází mezi lety 2006 a 2007. Ve stejné době probíhá projekt DfID *Health Sector Programme*,⁵⁰ který startuje v červenci roku 2004 a trvá až do roku 2010. Mezi lety 2006 a 2007 došlo k největšímu navýšení finančního objemu v tomto projektu, a to z 2, 5 mil. liber na více než 10 mil. liber v roce 2007. Projekt *Health Sector Programme* měl vést ke zvýšení zdravotního statusu místní populace, a to skrze navyšování kvality základních zdravotních služeb. Součástí tohoto programu byla i přímá podpora místního rozpočtu pro zdravotnictví, který koresponduje již s výše zmíněnou korelací v rozpočtech. Je potřeba zmínit také skutečnost, že Velká Británie je společně s Německem na druhém místě ve výši rozvojovou pomoci Nepálu, a to hned po Japonsku. Mezi hlavní cíle DfID v Nepálu v oblasti zdravotnictví patří především zlepšení základní zdravotní péče, především pro chudé obyvatelstvo

⁴⁹The World Bank. *Data* (<http://data.worldbank.org/indicator/DT.ODA.ODAT.GN.ZS>, 10. 3. 2013).

⁵⁰DfID. *Health Sector Programme* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=108532>, 11. 3. 2013).

a HIV/AIDS. Tato snaha má být naplňována skrze zdravotní programy SWAp (Chapman 2007: 6-20; DfID 2005: 18).

DfID se v Nepálu v rámci koordinace a harmonizace zapojuje i do dalších projektů a programů, v roce 2005 to byl například *Reproductive Health Programme* pod vedením UNFPA, *Nepal Health Sector Programme* implementovaný místní vládou či *National HIV/AIDS Programme* také pod vedením místní vlády. Těchto projektů se mimo DfID účastnilo například WHO, Světová banka, USAID aj. (DfID 2005: 23). DfID se také podílí na programech koordinovaných agenturami OSN.⁵¹ Evaluační zpráva z roku 2007 také poukazuje na dobrou harmonizaci s místní vládou v klíčových sektorech zdravotnictví a vzdělání, a to především mezi lety 2001-2004 (Chapman 2007: 67).

Pokud se nyní přesuneme na národní úroveň, bude pro nás nejvýznamnější tzv. desátý plán pro roky 2002-2007, což je hlavní vládní střednědobý strategický plán. Tento plán je tematicky zaměřen především na redukci chudoby, tedy podobně jako jsou zaměřeny i strategie DfID. Na úrovni sektoru je poté nejdůležitější rok 2003, kdy byla formulována nová strategie pro zdravotní sektor. V této strategii je kladen důraz na závazky jak místní vlády, tak na závazky rozvojových partnerů s ohledem na redukci chudoby a dosažení rozvojových cílů tisíciletí. V roce 2007 potom byl formulován nový plán na další tři roky, který byl sestaven především v souvislosti se změnou státního zřízení (WHO 2007: 8-11).

V roce 2009 byla mezi místní vládou a jejími rozvojovými partnery dokonce podepsána dohoda *Nepal Health Development Partnership*. Tato dohoda měla za úkol přispět k vzájemné koordinaci aktivit při dosahování rozvojových cílů tisíciletí a vládních strategií, speciálně tříletého plánu. Jak se dále zmiňuje v této dohodě, v letech 2004-2009 dosahovala ODA 40-50 % rozpočtu pro zdravotnický sektor. Signatářské státy se zde mimo jiné zavázaly posilovat vzájemnou odpovědnost a vytvářet strategie s ohledem na národní politiky, dále rozšiřovat práva občanů, zlepšovat finanční plánování, zvýšit přístup ke službám a jejich efektivitu, pracovat na rovnosti a sociálním začlenění, posilovat SWAp, posilovat vládu a vzájemnou odpovědnost (Ministry of Health and Population, Nepal 2009: 5-9).

⁵¹ UN. *UN Nepal Information Platform* (<http://un.org.np/>, 11. 3. 2013).

Práci donorských států v Nepálu v uplynulém desetiletí komplikovala nestabilita místního politického systému. I přes změnu státního zřízení se však DfID společně s ostatními donory snaží o efektivní rozvojové politiky a spolupráci s místní vládou. Jak jsme mohli vidět, funguje zde jak harmonizace mezi donory, ačkoli ne v takovém rozsahu jako v Keni či Mosambiku, tak i harmonizace s vládními strategiemi v oblasti zdravotnictví. Donoři se snaží přizpůsobovat své projekty a programy vládním plánům a naději do budoucna v oblasti zdravotnictví může představovat vzájemná smlouva z roku 2009.

V Nigérii se lze setkat s navyšováním nákladů na zdravotnictví již od roku 2002 do roku 2004 a k dalšímu výraznějšímu skoku došlo mezi lety 2007 a 2008. Právě v roce 2008 startuje také projekt DfID *Partnership for Transforming Health Systems* s celkovým rozpočtem přesahujícím částku 148 mil. liber.⁵² Tento program byl zaměřen na vylepšení dostupnosti efektivitu systému se zaměřením na zdraví nejchudší části populace. V roce 2008 vrcholí také projekt *Health Commodities*,⁵³ který měl sloužit k dodávkám základních komodit pro základní zdravotní péči, opět se zaměřením na nejchudší část obyvatelstva. Přestože tento projekt s celkovým rozpočtem necelých 27 mil. liber započal již v roce 2005, největší náklady (přibližně 12 mil. liber) byly vynaloženy právě v roce 2008.

Nigérie zakládá zdravotnictví především na dlouhodobých plánech, na rozdíl od některých předchozích států. První strategie byla formulována v roce 1988 a v roce 2004 byla tato strategie pouze doplněna o některé nové cíle a informace. Tato doplněná strategie se zakládá na plnění rozvojových cílů milénia a strategii NEPADu. Hlavní cíle se tedy týkají redukce dětské a úmrtnosti a úmrtnosti matek, snížení nakažených HIV/AIDS a malárií. Vláda se v této strategii zavazuje také ke spolupráci s širokou škálou partnerských zemí a neziskových organizací pracujících ve zdravotnickém sektoru. Kapitola, která se spolupráci zabývá, se nicméně vztahuje spíše na nevládní organizace a o bilaterálních a multilaterálních donorech je zde jen malá zmínka (Federal Ministry of Health, Nigeria 2004: 8,48). Velkou změnu v tomto ohledu nepředstavuje ani nový strategický plán z roku 2010. Tento strategický plán je podrobnější, než jeho předchůdci a zabývá se kromě jednotlivých cílů a postojů také

⁵² DfID. *Partnership for Transforming Health Systems* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=104229>, 2. 3. 2013).

⁵³ DfID. *Health Commodities* (<http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=104218>, 2. 3. 2013).

financováním a implementací vládních strategií (Federal Ministry of Health, Nigeria 2010).

Pro Nigérii neexistuje široká platforma pro koordinaci dárců ve zdravotnickém sektoru, ovšem lze se setkat s úžeji vymezenými platformami nebo naopak celostátní platformou *National Planning Commission*, která má zodpovědnost za koordinaci veškeré technické a finanční pomoci poskytované Nigérii. Ve zprávě WHO pro roky 2002-2007 se hovoří pouze o spolupráci na bázi širokého konsensu ohledně klíčových problémů ve zdravotnictví. Přesto se později vytváří koordinační rada pro zdravotnictví, ve které se schází jak donoři, tak ministr zdravotnictví. K další harmonizaci pak dochází na úrovni spolupráce jednotlivých agentur OSN (WHO 2005: 13-16). V roce 2009 už existují další platformy pro spolupráci s ostatními donory i místní vládou. Jsou jimi již výše zmíněná rada, také fórum pro systém zdravotnictví, partnerství pro malárii aj. V některých případech pracují mezinárodní organizace a vládní donoři, jako například DfID, pod vedením místní vlády, v ostatních se jedná o společné strategie donorů (WHO 2009: 18).

Přestože v roce 2000 byla společná koordinace strategií v Nigérii velice problematická, vidíme zde v prvním desetiletí nového milénia určitý pokrok. V sektoru zdravotnictví existuje hned několik platform pro spolupráci, do kterých je zapojena i místní vláda a ministerstvo zdravotnictví. Pro roky 2011-2015 vydalo DfID nový nadějný plán pro Nigérii a je otázkou, do jaké míry bude tento nový plán naplňován, obzvlášť ve spolupráci s ostatními donory.

Posledním sledovaným státem je Zambie, ve které jsme v předchozí kapitole našli shodu v roce 2008 a dvou projektů *Zambia Health*⁵⁴ s charakterem SWAp. Nyní se podíváme alespoň krátce na harmonizaci aktivit a vzájemnou kooperaci v případě rozvoje Zambie. DfID je společně se Spojenými státy a Německem jedním z největších bilaterálních dárců vůbec. Zdravotnický sektor je přitom společně se vzděláním nejvýznamnějším sektorem z hlediska poskytovaného finančního obnosu (Hooper 2008: 10-16). Jak se píše dále v této evaluační zprávě, vztah mezi donorskými státy a institucemi a místní vládou se během zkoumaného období dramaticky proměnil. Zatímco v počátku nového tisíciletí byla spolupráce jak s vládou, tak ostatními donory

⁵⁴ AidData 2.0. (<http://www.aiddata.org/content/index/data-search#d70069cf4b9ab671e9b190417dfffa4f2>, 15. 3. 2013).

velice chudá, ke konci evaluačního období pracovali všichni donoři i místní vláda společně v rámci společného strategického plánu. DfID hrála údajně v této transformaci hlavní roli, včetně spolupráce se světovou bankou i bilaterálními donory (Hooper 2008:19-21). Významnou roli v rámci koordinace aktivit s místní vládou hrála analýza DfID z roku 2003 a strategické dokumenty týkající se chudoby z roku 2001. Přes veškeré snahy po velkou část analyzovaného období docházelo k mnoha nedorozuměním mezi vládou a donorskými státy. V důsledku toho byla dle evaluační zprávy rozvojová pomoc mnohdy špatně alokována a některé sektory byly nadfinancované (Hooper 2008: 23-25).

V národním strategickém plánu pro zdraví na roky 2006-2010 můžeme sledovat, že náklady na zdravotní sektor ze strany donorů byly v letech 2001-2005 více než o třetinu vyšší, než náklady poskytované zambijskou vládou (Ministry of Health, Zambia 2006: 74). Proto se nelze divit, že tato lokální strategie počítá s donorskými příspěvky a partnerským dialogem i v dosahování budoucích cílů, převážně prostřednictvím SWAp. Kvůli snadnějšímu dorozumění bylo mezi zambijským ministerstvem zdravotnictví a rozvojovými partnery podepsáno také memorandum o porozumění. V rámci harmonizace cílů vzniklo také fórum na vysoké úrovni, tzv. *Health Sector Advisory Group*. Toto fórum má sloužit jako platforma pro synchronizaci aktivit mezi ministerstvem zdravotnictví, rozvojovými partnery a občanskou společností. Zároveň má toto fórum napomáhat implementaci rozvojových strategií. I přesto je to stále ministerstvo zdravotnictví, které je zodpovědné za politiku, formulaci a vznik strategií. Ministerstvo samotné má také koordinovat formulace jednotlivých politik a má být zodpovědné za funkční a technickou koordinaci implementace národního strategického plánu pro zdraví (Ministry of Health, Zambia 2005: 80-81).

Pro Zambii byla, podobně jako například pro Keňu, také vypracována společná strategie donorských států *Joint Assistance Strategy for Zambia (JASZ)* pro roky 2007-2010. Jednalo se o první strategický plán tohoto typu pro Zambii. Na roky 2011-2015 je v platnosti nový plán s pořadovým číslem dva. JASZ je národní střednědobý rámeček, který byl vyvinut ve spolupráci s rozvojovými partnery. Tato strategie obsahuje základní cíle, kterých chce zambijská vláda ve spolupráci s rozvojovými partnery dosáhnout. Ve zdravotnictví je hlavní prioritou dosáhnout především příslušných

rozvojových cílů tisíciletí. Důležitou roli hraje především snížení počtu nakažených HIV/AIDS. Celkově se však strategie dotýká téměř všech významných státních sektorů. Donoři se zde pochopitelně zavazují k prohlubování kooperace, harmonizace rozvojových aktivit či zvyšování vzájemné odpovědnosti (JASZ 2007: 3-45).

Jak jsme mohli vidět v této podkapitole, Velká Británie v některých případech opravdu hraje významnou roli v oblasti harmonizace a kooperace. Ovšem není tomu tak pouze v případech, kdy je největším dárce ve zkoumaném sektoru, tedy v oblasti zdravotnictví. Ke snahám o spolupráci mezi donory a recipienty a harmonizaci společných aktivit dochází alespoň částečně ve všech zkoumaných případech. A to i přes nepříznivé vnitřní či vnější podmínky. Neprokázala se tedy teze o tom, že by Velká Británie usilovala o harmonizaci a spolupráci svých aktivit více v případech, kdy je sama největším donorem v oblasti zdravotního sektoru.

4.2. SRN: DRK, Ghana, JAR, Uganda, Vietnam a Zambie

Dle hodnocení OECD z roku 2010 se Německo snaží dosahovat cílů vytčených v Pařížské deklaraci. Mezi tyto cíle patří například sjednocení strategií a systémů implementace, posilování vzájemné odpovědnosti či redukce zdvojených projektů. Přes všechna doporučení OECD ovšem mělo v této době Německo stále problém například s harmonizací rozvojových aktivit s ostatními donory. Zpráva přisuzuje tuto skutečnost fragmentované institucionální základně. Aby mohlo dojít k harmonizaci s ostatními donory, bude dle OECD zapotřebí nejdříve zesílení spolupráce mezi BMZ, KfW a GTZ. Přestože tato zpráva připouští zlepšení i ve sladování rozvojových aktivit s recipientskými státy, výsledky dle OECD stále nejsou uspokojivé a do budoucna bude potřeba klást na spolupráci jak s ostatními donory, tak s recipienty mnohem větší důraz (OECD 2011b: 74-81).

V případě Německa navíc narážíme na skutečnost, že je největším dárce jen v malém procentu případů. Z hlediska případů, u nichž byla nalezena korelace v předchozí kapitole, se jedná pouze o případ Vietnamu. V této podkapitole se tedy podíváme na to, zda se od sebe liší spolupráce a harmonizace rozvojových aktivit ve Vietnamu a v ostatních státech.

Nyní se blíže podíváme na tuto spolupráci u států, u kterých jsme v předchozí kapitole dospěli ke kladným výsledkům. Mezi tyto státy patří Demokratická republika Kongo, Ghana, JAR, Uganda, Vietnam a Zambie. Jelikož o procesu harmonizace a kooperace v Demokratické republice Kongo a v Zambii jsme se dozvěděli již v kapitole 4.1., věnující se recipientům Velké Británie, budou v této kapitole probrány jen případné odlišnosti v přístupu Německa.

V Demokratické republice Kongo, jak vyplývá z předcházející kapitoly, je spolupráce donorských států poměrně komplikovaná. Tato složitá situace je zapříčiněna především (ne)stabilitou místní vlády a její slabostí. Stejně jako Velká Británie se zde Německo účastní procesu CAF. V CAF se hovoří mimo jiné o špatném stavu koordinace strategií obecně, nýbrž také o špatné koordinaci v rámci zdravotního sektoru. CAF označuje špatnou koordinaci za jeden z hlavních důvodů kritického stavu zdravotnictví v DRK. Vina je přikládána především situaci v zemi a nespolupráci ze strany místní vlády, ovšem dle CAF by se měl tento stav do budoucna zlepšit i díky existenci společné strategie donorských států (CAF 2007: 61). Můžeme zde tedy vidět stejnou situaci jako v případě Velké Británie (viz kapitola 4.1.). Podobně jako DRK, i Zambie byla předmětem výzkumu již v předchozí kapitole. I v případě Zambie je Německo, stejně jako Velká Británie, součástí probíhajících snah o harmonizaci rozvojových strategií. Pro Zambii představuje platformu pro vytčení společných cílů strategický plán JASZ. Německý rozvojový program pro Zambii byl dokonce inkorporován do JASZ a Německo také převzalo v procesu JASZ aktivní roli člena týmu (OECD 2010: 119-122).

V tuto chvíli přejdeme ke státům, které nefigurovaly v předcházející kapitole. Prvním takovým státem je Ghana. Spolupráce s ostatními donory a ghanskou vládou probíhá již od roku 2003 na základě strategických vládních dokumentů. V roce 2003 byl ghanskou vládou schválen strategický dokument pro redukci chudoby, následovaný v roce 2005 strategií pro ghanský růst a redukci chudoby. Vzhledem k typu ekonomiky byly obě tyto strategie zacíleny převážně na modernizaci zemědělství, ale nechyběly ani další cíle, jako například zlepšování infrastruktury, sociálních služeb aj. V roce 2010

pak následoval dokument *Ghana Shared Growth and Development Agenda*, jehož implementace ale probíhá až v letech 2010-2013.⁵⁵

Ze strany ghanské vlády je zde patrná snaha o kooperaci s donorskými partnery. Jako názorný případ dalšího způsobu harmonizace pak může sloužit následující společný donorský projekt. Ghanská vláda a její rozvojoví partneři v roce 2003 také spustili projekt na implementaci strategií pro redukci chudoby. Tento rámec pro spolupráci s názvem byl vytvořen za účelem harmonizace aktivit souvisejících s podporou rozpočtu. Primární idea tohoto projektu pak spočívala v tom, že se donoři zavázali platit do jednoho společného fondu, který pak bude moc recipientská vláda užít na oblasti své prioritní oblasti (Woll 2008: 74-76).

Kromě výše zmíněných dokumentů byla pro Ghanu vypracována také strategie JAS, resp. G-JAS. Strategie G-JAS je podobně jako německé plány v souladu s předešlými vládními dokumenty. G-JAS sdružuje 95% států, které poskytují Ghaně rozvojovou pomoc. Tato strategie by měla vést k dalšímu rozšiřování vzájemné spolupráce a k vytváření nových detailnějších strategií a projektů. G-JAS je postavena na třech pilířích, kterými jsou 1/ konkurenceschopnost soukromého sektoru, 2/ Lidský rozvoj a základní služby a 3/ dobré vládnutí a občanská odpovědnost. Zdravotní sektor je včleněn do druhého pilíře. G-JAS se stejně jako ostatní vládní dokumenty zaměřuje v rámci zdravotního sektoru na snižování úmrtnosti matek a dětí, a to zlepšováním rovného přístupu ke kvalitní základní péči a výživě. Společné aktivity pak zahrnují také boj proti HIV/AIDS s důrazem na prevenci a poskytování antiretrovirálních léků (G-JAS 2007: 1-30). Cíle zmiňované v G-JAS i dalších dokumentech byly opět primárně zacíleny na dosažení rozvojových cílů tisíciletí, a to zvláště ve zdravotnickém sektoru. Skutečnost, zda stejným způsobem byly zacíleny i politiky donorských států nám ukáže statistika WHO. Údaje nám ukazují, že pouze v letech 2007-2010 převažoval finanční objem poskytovaný za účelem dosažení miléniových cílů nad ostatními. Kromě roku 2001 zde byla jasná převaha zdrojů, které byly zacílené na zdravotní politiku a administraci (WHO 2010: 1-2).

V analyzovaném období jsou pro zdravotnický sektor nejvýznamnější dva vládní programy, první na roky 2002-2006 a další na roky 2007-2011. Také v těchto

⁵⁵ BMZ. *Ghana: Situation and Cooperation* (http://www.bmz.de/en/what_we_do/countries_regions/subsahara/ghana/zusammenarbeit.html, 20. 3. 2013).

dokumentech je znatelné primární zacílení na dosažení rozvojových cílů tisíciletí. Program na roky 2007-2011 je pak rozdělen na čtyři hlavní cíle: 1/ zdravý životní styl a prostředí, 2/ vysoká kvalita zdraví, reprodukce a výživy, 3/ posilování kapacit v systému zdravotnictví a 4/ dobré vládnutí a udržitelné financování. Tyto body jsou v programu následně detailně rozpracovány (Ministry of Health, Ghana 2007: passim). Ghanské ministerstvo zdravotnictví si také nechává každým rokem vypracovávat nezávislé hodnocení o dosahování cílů deklarovaných v těchto programech.

V případě Ghany lze vidět poměrně propracovaný systém pro vzájemnou kooperaci a harmonizaci, a to jak mezi donorskými státy, tak i mezi donory a místní vládou. Ghanská vláda je ve spolupráci velmi aktivní a stojí za vytvářením společných rozvojových strategií. Společných strategických plánů se pak účastní téměř všechny donorské státy, a to minimálně na úrovni G-JAS a jeho implementaci. Přesto, jak vyplývá z některých zpráv, minimálně v roce 2005 nebyly stále funkční žádné mechanismy pro hodnocení společných strategií a jejich implementace (Woll 2008: 84). Do budoucna lze zajisté předpokládat další rozšiřování aktivit definovaných v G-JAS i dalších strategiích, stejně jako další posilování mechanismů vedoucích k jejich hodnocení.

Skutečnost, že se Jihoafrická republika podílí zhruba na čtvrtině ekonomických prostředků v rámci celého kontinentu, dává tušit, že rozvojová spolupráce zde nebude probíhat stejným způsobem, jako v jiných státech subsaharské Afriky. Přestože je JAR jedním z největších distributorů platiny, zlata, chromu a diamantů, potýká se s mnoha domácími a strukturálními problémy. Především zde existují ohromné rozdíly v ekonomickém a sociálním postavení jejich obyvatel. Německo obnovilo svou rozvojovou pomoc po prvních demokratických volbách v roce 1994. Během apartheidního režimu zde působila pouze prostřednictvím nevládních organizací. Od roku 1996 je zde vzájemný politický dialog zprostředkováván skrze těleso *German-South African Binational Commission (BNC)*. Toto těleso se skládá ze šesti individuálních komisí se zaměřením na rozvoj, obranu, životní prostředí, obchod, vědu a výzkum a kulturu. Jelikož se však tato komise schází jen jednou za dva roky, je jasné, že se týká hlavně stanovování obecných závazků a společných stanovisek. V oblasti

zdravotnictví podporuje Německo v JAR především programy zaměřené na HIV/AIDS.⁵⁶

Jihoafrická republika je jako jediná z analyzovaných zemí sama státem donorským. Tato skutečnost formuje také další úroveň spolupráce místní vlády s Německem. Vztah mezi Německem a JAR nezůstává, jako u předchozích států, na úrovni donor-recipient, ale existuje zde také vztah donor-donor, resp. donor-donor-recipient či donor-recipient-recipient. Na společném řešení transhraničních problémů zde spolupracují Německo (nebo jiná země DAC), JAR a další země subsaharské Afriky. Tímto způsobem spolupracuje JAR s Německem již od roku 2006 a cílem této kooperace je posílení jihoafrických struktur pro rozvojovou spolupráci se třetími zeměmi a posílení tzv. jiho-jížní spolupráce.⁵⁷ Německo podobným způsobem spolupracuje také například s Brazílií, Čile nebo Mexikem (OECD 2009b).

Problematika HIV/AIDS je hlavním tématem v oblasti zdravotnictví nejen pro Německo, jakožto donorský stát, ale také pro Ministerstvo zdravotnictví JAR. JAR spolupracuje v této oblasti úzce s donorskými státy. Mezi další priority místního ministerstva zdravotnictví patří rozšíření a propracování systému zdravotního pojištění, prevence a léčba tuberkulózy, zajištění a zkvalitnění primární zdravotní péče a zvyšování zdraví u matek a dětí.⁵⁸ Pokud bychom se zaměřily na plán pro zdravotnictví na roky 2004-2009, zjistíme, že na toto pětileté období si jihoafrické ministerstvo zdravotnictví stanovilo 10 prioritních cílů, mezi které spadá například příprava a implementace nové legislativy, monitoring a evaluace rozpočtů a plánů, posilování podpůrných služeb, posílení primární zdravotní péče či zvyšování kvality zdravotní péče. Kromě výše uvedených však do desítky hlavních priorit patří také posilování mezinárodních vztahů, tedy posilování implementace bi- a multilaterálních dohod, posilování donorské koordinace a posilování implementací strategií NEPAD a SADC (Department of Health, South Africa 2004: 13-15).

⁵⁶ BMZ. South Africa: Situation and Cooperation (http://www.bmz.de/en/what_we_do/countries_regions/subsahara/suedafrika/zusammenarbeit.html, 25. 3. 2013).

⁵⁷ BMZ. South Africa: Situation and Cooperation (http://www.bmz.de/en/what_we_do/countries_regions/subsahara/suedafrika/zusammenarbeit.html, 25. 3. 2013).

⁵⁸ Department of Health Republic of South Africa (<http://www.doh.gov.za/>, 25. 3. 2013).

S Ugandou obnovilo Německo rozvojovou spolupráci v roce 1986. Minimálně od této doby pracuje Uganda s mezinárodním společenstvím primárně na redukcí chudoby a počtu nakažených HIV/AIDS. Od té doby byly v Ugandě zaznamenány značné úspěchy. Od roku 1992 například klesl počet nejchudší populace z 56% na dnešních 25 %. Přesto se Uganda stále musí vypořádávat s mnoha ekonomickými a sociálními problémy. Hlavní body rozvojové spolupráce mezi Ugandou a Německem vyplývají ze společné strategie donorských států *Uganda Joint Assistance Strategy (UJAS)*.⁵⁹

Strategie UJAS byla vypracována pro roky 2005-2009 a podepsána ugandskými rozvojovými partnery, ke kterým kromě Německa patří také DfID, AfDB, Rakousko, Nizozemí, Švédsko či Světová banka. UJAS je založena na třech základních principech, které jsou v souladu s Pařížskou deklarací. Mezi tyto principy patří podpora implementace ugandského plánu na redukcí chudoby, zefektivňování spolupráce mezi rozvojovými partnery a vládou a zaměření na výsledky (UJAS 2005: v). Spolupráce v oblasti rozvoje započala již o dva roky dříve, a to v roce 2003. V tomto roce byly například stanoveny principy partnerství, mezi které patří jak výpis povinností a zodpovědnosti místní vlády, tak donorů (AfDB 2006: 4).

Ve zprávě AfDB z roku 2006 můžeme vidět posun v dosahování vytčených cílů v oblasti harmonizace, i ideální stav, který by měl nastat v roce 2010. I v době evaluace však můžeme vidět poměrně dobrý stav v oblasti harmonizace. Dle AfDB například 85 % finančních toků bylo v harmonizaci s ugandskými prioritami, 91 % projektů a financí bylo monitorováno, 90 % bilaterálních závazků bylo již nevázaných. Na druhou stranu zde stále bylo v implementaci 39 zdvojených rozvojových projektů a jen 43 % technické spolupráce bylo implementováno skrze koordinované programy, které byly v souladu s ugandským programem na redukcí chudoby (AfDB 2006: 7).

Ugandský program na redukcí chudoby byl poprvé přijat již v roce 1997, ale již v roce 2000 byl revidován na základě zkušeností a nových potřeb. Hlavním bodem celého programu je bezpochyby minimalizace absolutní chudoby. Mezi další body tohoto programu patří ale také zlepšování zdravotní péče v Ugandě, a to nejen pro nejchudší obyvatelstvo. Místní vláda chtěla mimo jiné redukovat dětskou úmrtnost

⁵⁹BMZ. *Uganda: Situation and Cooperation* (http://www.bmz.de/en/what_we_do/countries_regions/subsahara/uganda/cooperation.html, 25. 3. 2013).

a úmrtnost matek, zacílit na redukci nakažených HIV/AIDS. Kvůli monitorování výsledků je každý rok vypracováváno hodnocení těchto plánů, a to jak pro potřeby ugandské vlády, tak donorských států, které se pak mohou lépe zaměřit na potřebné oblasti (Ministry of Finance Planning and Economic Development, Uganda 2000: *passim*).

Pro zdravotnictví platily ve zkoumaném období dva strategické plány. I tyto dokumenty jsou v souladu s vládním plánem na redukci chudoby a v souladu s tím byla zdravotní strategie zaměřena na zvyšování přístupu ke zdravotní péči se zacílením na chudé, zlepšení kvality služeb a redukci nerovností mezi různými segmenty populace v přístupu ke kvalitní péči. Tato strategie pro zdravotnictví měla být implementována skrze SWAp a za současné spolupráce s rozvojovými partnery. Rozvojoví partneři pak měli být nápomocní především ve financování implementace cílů tohoto dokumentu (Ministry of Health, Uganda 2000: *passim*).

Harmonizace a kooperace donorských aktivit má v případě Ugandy delší historii než v předchozích případech. Německá rozvojová politika pro Ugandu a její hlavní body jsou zakomponovány do společné dárcovské strategie UJAS a jsou vytvářeny v souladu s ugandskou politikou již od roku 2003. Místní vláda však vytváří základy pro harmonizaci již v roce 1997, a to sepsáním prvního strategického plánu na redukci chudoby. Ten byl po částečné revizi v roce 2000 včleněn do strategie UJAS. Do implementace vládních plánů na redukci chudoby se zapojil i zdravotní sektor, v jehož strategických dokumentech je jako primární cíl představena právě redukce chudoby. Stejně jako vládní strategie, i plány pro zdravotní sektor, počítají tedy dlouhodobě se zapojením donorských států a se vzájemnou spoluprací.

Poslední zkoumanou zemí je asijský Vietnam. Jelikož je Vietnam socialistickou republikou s vládou jedné strany, setkáváme se zde opět s odlišným stavem kooperace než v předchozích případech. Rozvojové aktivity a jejich implementace je pod silným vedením místní vlády a strany. Kooperace po znovusjednocení Německa navázala na bývalé vztahy NDR a Severního Vietnamu. Jako prioritní oblasti rozvojové

spolupráce byly Německem a Vietnamem vytyčeny následující: udržitelný ekonomický růst, životní prostředí a decentralizace zdravotní péče.⁶⁰

Podobně jako některé z předchozích států vydala vietnamská vláda v roce 2003 komplexní strategii pro redukci chudoby a růst. Vietnam se tak přihlásil k závazku naplnit rozvojové cíle tisíciletí. Tato strategie se v případě Vietnamu skládá z pěti částí, a to socio-ekonomického statutu, vytváření prostředí pro rychlý a udržitelný růst a redukci chudoby, rozvoje infrastruktury, mobilizace zdrojů a monitorování situace ohledně redukce chudoby. O zdravotnictví nalezneme v celém dokumentu jen několik zmínek, týkajících se především snižování dětské a mateřské úmrtnosti a politik HIV/AIDS. O rozvojových partnerech a vzájemné koordinaci se v dokumentu hovoří pouze jednou, a to v případě rozvoje infrastruktury (The Government of Vietnam 2003: passim).

Přestože v případě Vietnamu neexistuje společná platforma pro kooperaci donorských států a místní vlády, na základě vzájemných konzultací dochází k dohodě alespoň ohledně základních témat. Jedna z analýz provedených na půdě UNDP tvrdí, že v budoucnu bude v oblasti zdravotnictví zapotřebí podpora ze strany donorů, a to ohledně analýzy potřeb, implementace strategií a vypracovávání hodnocení. Na roky 2001-2010 byla vypracována národní strategie pro zdravotní péči, která ovšem nebyla založena na spolupráci s donorskými státy. Možnosti spolupráce se tak dle Van Arkadie rýsují až v následujících letech. Další důvod pro harmonizaci donorských aktivit spatřuje v tom, že více než 90 % projektů na HIV/AIDS je financována donorskými institucemi a státy a není tomu tak zdaleka jen v případě HIV/AIDS (Van Arkadie 2010: 150-151).

OECD nicméně vyzývá jak donory, tak místní vládu k posílení vzájemného dialogu. Z tohoto dialogu by následně měly vzniknout společné strategie a ty by pak měly být implementovány. Také by mělo docházet k následné společné evaluaci, což by pak vedlo ke snižování transakčních nákladů a ke vzájemnému porozumění. Mezi lety 2007-2010 se počet koordinovaných misí mezi donory a Vietnamskou vládou pohyboval okolo pouhých 17 %, přičemž jedním z možných důvodů je nedostatek formálních procesů vedoucích k efektivnímu dělení práce ze strany Vietnamu. Pokud

⁶⁰ BMZ. *Viet Nam: Situation and Cooperation* (http://www.bmz.de/en/what_we_do/countries_regions/asien/vietnam/zusammenarbeit.html, 25. 3. 2013).

bychom se podívali na podíl koordinovaných misí ze strany Německa, jednalo se v roce 2005 o již výše zmiňovaných 17 %, ale v roce 2007 to byla už jen 4 % (OECD 2011a: 13-16).

Snahy o harmonizace a spolupráci mezi donory i recipienty tedy můžeme vidět i v případě německé rozvojové agendy. Ani v případě Německa se však neprokázalo, že by docházelo k výraznějším německým snahám o harmonizaci v oblasti zdravotnictví v případech, kdy bylo Německo největším přispěvatelem do tohoto sektoru. Tato skutečnost může být částečně přisuzována také dalším okolnostem a vnitřním podmínkám ve Vietnamu, který díky svému politickému režimu není v mnoha ohledech srovnatelný s jinými příjemci německé rozvojové pomoci.

5. Závěr

V této práci jsem se zaměřila na harmonizaci a koordinaci rozvojové spolupráce dvou velkých evropských donorů – Velké Británie a Spolkové republiky Německo. Vzhledem k rozsahu práce a dostupnosti užívaných dat jsem se v rámci sektorů zaměřila pouze na sektor zdravotnictví, jehož prudký nárůst můžeme sledovat od roku 2000. Tato kapitola by měla posloužit ke shrnutí výsledků obou praktických částí mé práce. Položím si zde otázku, zda byly naplněné vytčené cíle a zda došlo k potvrzení či naopak vyvrácení hypotézy, stanovené v úvodu práce.

Oba donorské státy se zavázaly k plnění cílů ve zefektivňování rozvojové spolupráce, tak, jak byly formulovány v Pařížské deklaraci. V roce 2008 vyšlo pod záštitou OECD hodnocení naplňování příslušných kritérií. Dle tohoto hodnocení došlo u obou států ke zlepšení u většiny stanovených indikátorů. Z této právy také vyplývají oblasti, ve kterých se musí oba státy zlepšovat. Jak Velká Británie, tak Německo dosáhly v případě srovnávání finančních toků s národními prioritami jen na hodnotu mezi 50 – 60 %. Německo dosahovalo poměrně dobrých výsledků v posilování kapacit pro koordinovanou technickou spolupráci – 73 %, zatímco Velká Británie získala pouze 48 %. Velká Británie na druhou stranu dosáhla mnohem lepších výsledků v užívání společných opatření a postupů – 62 %, přičemž Německo dosáhlo na pouhých 24 % (OECD 2008a: 115-117, 131-133). Z tohoto výzkumu vyplývá, že přestože se situace zlepšuje, stále zůstává před oběma donorskými státy řada výzev. Nezbyvá, než s tímto závěrem souhlasit.

Já jsem se ve své práci zabývala otázkou, zda lze vysledovat také harmonizaci na úrovni rozpočtu recipientského státu a finančních objemů poskytovaných státem donorským. Analýzu jsem u obou donorských států prováděla sledováním změn těchto obnosů v čase, tj. mezi lety 2000 až 2009. Analýza prokázala, že korelaci mezi oběma typy finančních objemů lze u některých států opravdu nalézt. V případě Velké Británie se jednalo o Demokratickou republiku Kongo, Keňu, Mosambik, Nepál, Nigérii a Zambii, u Spolkové republiky Německo byly těmito státy opět Demokratická republika Kongo a Zambie a dále Ghana, Jihoafrická republika, Uganda a Vietnam. Tato korelace však byla nalezena u méně než 50 %. Předkládaná teze o vzájemné harmonizaci finančních prostředků se tedy nepotvrdila. Jak můžeme vidět, u obou donorských států se nám objevují dva shodné státy, a to Demokratická republika Kongo

a Zambie. Tato shoda by mohla naznačovat harmonizaci a koordinaci strategií nejen mezi donorem a recipientem, ale také mezi donory. Ani tato domněnka se však nepotvrdila, neboť se v průběhu výzkumu ukázalo, že minimálně v případě Demokratické republiky Kongo je harmonizace a koordinace na velmi nízké úrovni.

Pro potvrzení výsledků jsem se ve čtvrté kapitole zabývala způsobem, jakým spolu státy donorské a recipientské spolupracují. Tento výzkum prokázal, že ve všech případech dochází alespoň k nějakému stupni harmonizace a koordinace rozvojových aktivit. Tato spolupráce však v mnoha případech má ještě mnohé nedostatky, které se ukázaly také v hodnocení OECD. K harmonizaci a spolupráci často chybí potřebná vytrvalost a síla ji prosazovat. Dalším problémem je nepochybně také velké množství zainteresovaných aktérů, jejichž dohoda není často snadná. Donorské státy v mnoha případech hájí své vlastní zájmy a strategie, které nemusí být slučitelné s ostatními donorskými státy či politikou státu recipientského. V neposlední řadě hraje velkou roli také situace uvnitř recipientského státu a postavení, síla a efektivita lokálních vládních struktur a institucí. Na příkladu Německa jsme navíc mohli vidět poměrně fragmentovanou institucionální strukturu rozvojové politiky. Roztříštěnost rozvojové politiky na domácím poli je pak překážkou snadné kooperace s ostatními rozvojovými partnery.

I přes veškeré komplikace jsou snahy o harmonizaci v mnoha případech opravdu naplňovány. V prvních deseti letech nového tisíciletí vznikají nové společné programy pro rozvojovou pomoc a v mnoha případech i společné strategie JAS, které jsou vypracovávány recipientským státem a následně odsouhlaseny i státy donorskými. Tyto strategie jsou významné tím, že představují závazky pro všechny donorské státy daného recipienta, i pro recipienta samotného. V případě, že si recipientské státy vypracovaly vlastní strategie a programy na redukci chudoby, donorské státy je často přejímají jako svou vlastní rozvojovou strategii. Tuto situaci můžeme sledovat především v případě německé rozvojové politiky.

V případě německé rozvojové politiky mohou být některé výsledky zkrácené. S problémy se v podobné studii lze zajisté setkat při získávání údajů od jednotlivých rozvojových agentur a států. V tomto ohledu panují mezi britskou DfID a Německem velké rozdíly. Zatímco na oficiálních stránkách DfID nalezneme celou škálu informací týkajících se jednotlivých projektů a evaluačních zpráv, v případě německé rozvojové

politiky tomu tak není ani zdaleka. DfID navíc každoročně vypracovává dokument obsahující statistické údaje o předešlém období, kde lze nalézt téměř veškerá data o britské rozvojové politice. Oproti tomu u německé rozvojové politiky může být často problém nalézt i základní data o předchozím vývoji. Z tohoto důvodu je pak potřeba se obrátit na mezinárodní organizace či internetové statistické databáze. Stav průhlednosti rozvojových politik obou států dokládá dobře index transparentnosti rozvojové pomoci *Aid Transparency Index*. Velká Británie se v tomto žebříčku umístila v roce 2012 dokonce na prvním místě s 91 body, zatímco německá GTZ zůstala až na třicáté deváté příčce, KfW pak dokonce až na padesáté příčce z celkových sedmdesáti dvou. Německá BMZ bohužel není do tohoto projektu zapojena.⁶¹

Zefektivňování rozvojové pomoci skrze harmonizaci donorských aktivit a kooperaci s recipientskými státy je nepochybně významnou otázkou současných rozvojových aktivit na mezinárodním poli. Dokladem tohoto je konání fór na vysoké úrovni, které započalo již v roce 2003 v Římě. Přestože měřitelné cíle zefektivňování rozvojové politiky byly stanoveny v roce 2005, do současnosti se podařilo naplnit jen určitou jejich část. Spolupráce donorských států s jejich recipienty se stále navrácí do dokumentů přijatých na těchto fórech. Stále však zde zůstává otázka, zda povedou tyto snahy k reálným výsledkům v podobě skutečného rozvoje a vymýcení chudoby.

⁶¹ Publish what you found. 2012 *Aid Transparency Index* (<http://www.publishwhatyoufund.org/index/2012-index/>, 28. 3. 2013).

6. Seznam použité literatury a zdrojů

AfDB (2006). *Joint Assistance Strategy. Review of the Harmonization Process in Five Countries.*

Uganda (<http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Evaluation-Reports/12326239-EN-UGANDA-JASU-REVIEW-PUETZ-SEPT-2006.PDF>, 25. 3. 2013).

Barder, Owen (2005). Reforming Development Assistance: Lessons from the UK Experience. Working Paper Number 70. *Center for Global Development* (<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/4371>, 15. 2. 2013).

Berthélemy, Jean-Claude (2006). Bilateral Donors Interest vs. Recipients Development Motives in Aid Allocation: Do All Donors Behave the Same? *Review of Development Economics*. Vol. 10, No. 2, s. 179-194.

BMZ (2010). *The Millennium Development Goals. Background – Progress – Activities* (Frankfurt am Main: BMZ).

Burnside, Craig – Dollar, David (2000). Aid, Policies and Growth. *American Economic Review* 90, s. 847-868.

CAP (2007). *Country Assistance Framework: Democratic republic of Congo* (<http://www.oecd.org/countries/democraticrepublicofthecongo/40696261.pdf>, 22. 3. 2013).

Collier, Paul – Dollar, David (2004). Development Effectiveness: What Have We Learnt? *The Economic Journal* 114 (496), s. 244-271.

Department of Health, South Africa (2004). *Strategic Priorities for the National Health System 2004-2009* (www.doh.gov.za/docs/policy/stratpriorities.pdf, 25. 3. 2013).

DfID (1997). *Eliminating World Poverty: A Challenge for the 21st Century. White Paper on International Development* (<http://collections.infocollections.org/ukedu/en/d/Jh1324e/>, 1. 2. 2013).

DfID (2003). *Ghana: Country Assistance Plan 2003-2006* (<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC14124.pdf>, 1. 3. 2013).

DfID (2005). *DFID Nepal Annual Report* (un.org.np/sites/default/files/report/tid_188/2006-3-29-DFID-Annual-Report-05.pdf, 11. 3. 2013).

DfID (2006). *Statistics on International Development 2001/02-2005/2006* (dfid.gov.uk/Documents/publications1/sid2006/sid06-full.pdf, 7. 3. 2013).

DfID (2007). *Statistics on International Development 2002/03-2006/2007* (dfid.gov.uk/Documents/publications1/sid2007/sid07-full-version.pdf, 7. 3. 2013),

DfID (2008a). *Democratic Republic of Congo: Country Plan 2008-2010* (www.oecd.org/dataoecd/32/50/40692153.pdf, 10. 3. 2013)

DfID (2008b). *Statistics on International Development 2003/04-2007/2008* (dfid.gov.uk/Documents/publications1/sid2008/FINAL-printed-SID-2008.pdf, 7. 3. 2013).

DfID (2009a). *Eliminating World Poverty: Building our Common Future* (www.infodev.org/en/Document.671.pdf, 1. 3. 2013)

DfID (2009b). *Statistics on International Development 2004/05-2008/2009* (dfid.gov.uk/Documents/publications1/sid%202009/final-printed-sid-2009.pdf, 7. 3. 2013).

Dušková, Lenka – Waisová, Šárka (2005). Zahraniční rozvojová spolupráce v historické perspektivě. In: Waisová, Šárka a kol., *Ve stínu modernity: Perspektivy a problémy rozvoje* (Plzeň: Aleš Čeněk), s. 315 – 332.

Federal Ministry of Health, Nigeria (2004). *Revised National Health Policy* (<http://www.gnhc.gov.bt/wp-content/uploads/2012/04/nationalHpolicy.pdf>, 11. 3. 2013).

Federal Ministry of Health, Nigeria (2010). *National Strategic Health Development Plan 2010-2015* (www.healthresearchweb.org/files/RevisedNationalHealthPolicyDocument.pdf, 11. 3. 2013).

Fisher, Thomas (2011). Developing a New Paradigm for UK Foreign Aid. *Economic Affairs* 31 (1), s. 112-114.

Gilbert, Rist (2008). *The History of Development: from western origins to global faith* (New York: Zed Books).

G-JAS (2007). *Ghana Joint Assistance Strategy. Commitments by partners to work toward GPRS II goals and harmonization principles* (siteresources.worldbank.org/INTGHANA/Resources/GJAS_Final_270207.pdf).

HAC (2007). *Kenya Joint Assistance Strategy 2007-2012* (kenya.usaid.gov/sites/default/files/KJAS.pdf, 13. 3. 2013).

Hofmeier, Rolf (1986). Aid from the Federal Republic of Germany to Africa. *The Journal of Modern African Studies* 24 (4), s. 577-601.

Hooper, Richard a kol. (2008). *Evaluation of DFID Country Programmes: Zambia* (www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/malaria-country-profiles.pdf, 15. 3. 2013).

Chapman, Nick – Chisvo, Munhamo – Meer, Van Der, Ester – Vaz, Kemal – Visser, Muriel (2006). *Evaluation of DfID Country Programmes. Country Study: Mozambique* (www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/ev668-full.pdf, 10. 3. 2013).

Chapman, Nick a kol. (2007). *Evaluation of DfID Country Programmes. Country Study: Nepal* (www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/ev679.pdf, 11. 3. 2013).

Chapman, Nick a kol. (2010). *DFID's Mozambique Country Programme 2006-2009: Country Programme Evaluation* (www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/cnty-prog-eval-mz-2006-09.pdf, 10. 3. 2013).

JAS (2007). *Joint Assistance Strategy for Zambia 2007-2010* (tanzania.nlembassy.org/binaries/content/assets/postenweb/t/tanzania/netherlands-embassy-in-dar-es-salaam/services/development-cooperation/joint-assistance-strategy-zambia.pdf, 20. 3. 2013).

Killick, Tony (2005). Policy Autonomy and the History of British Aid to Africa. *Development Policy Review* 23 (6), s. 665-681.

Lancaster, Carol (2007). *Foreign Aid: Diplomacy, Development, Domestic Politics* (Chicago: The University of Chicago Press).

Ministry of Finance, Planning and Economic Development, Uganda (2000). *Poverty Reduction Strategy Paper. Uganda's Poverty Eradication Action Plan. Summary and Main Objectives* (<http://www.imf.org/external/NP/prsp/2000/Uga/01/#4.6>, 25. 3. 2013).

Ministry of Health and Population, Nepal (2009). *Nepal Health Development Partnership* (www.moHP.gov.np/english/projects/nhdp2009_signfinal.pdf, 11. 3. 2013).

Ministry of Health, DRC (2006). *Health-System Strengthening Strategy* (<http://www.minisanterdc.cd/Articles/srss/>, 10. 3. 2013).

Ministry of Health, Ghana (2007). *The Health Sector Programme of work: 2007-2011. Creating Wealth through Health* (<http://www.chagghana.org/chag/assets/files/5YPOW-2007-2011.pdf>, 20. 3. 2013).

Ministry of Health, Kenya (2005). *The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya* 2005-2010. (http://www.health.go.ke/index.php?option=com_content&view=article&id=68:downloads&catid=48:downloads&Itemid=72, 13. 3. 2013).

Ministry of Health, Uganda (2000). *Health Sector Strategic Plan 2000/01-2004/05* (http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/383606-1201883571938/Uganda_HSSP.pdf, 25. 3. 2013).

Morgenthau, Hans (1962). A political Theory of Foreign Aid. *American Political Science Review* 56 (2), s. 301-309.

OECD (2003). *Harmonising donor practices for effective aid delivery*. (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/hlf-1thefirsthighlevelforumonaideffectivenessrome.htm>, 24. 1. 2013).

OECD (2005). DAC Peer Review of Germany. *The OECD Journal on Development* 7 (2), s. 7-112.

OECD (2008a). *2008 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Making Aid more effective by 2010* (www.oecd.org/dataoecd/58/41/41202121.pdf, 15. 3. 2013).

OECD (2008b). *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*

(<http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforactionfullrelateddocumentation.htm>, 24. 1. 2013).

OECD (2009a). *Measuring Aid to Health* (www.oecd.org/dac/stats/41453717.pdf, 23. 3. 2013).

OECD (2009b). *Triangular Co-operation: What Do We Know About It?* (www.oecd.org/dataoecd/62/54/44652734.pdf, 25. 3. 2013).

OECD (2011a). *Aid Effectiveness 2011: Progress in Implementing the Paris Declaration. Volume II: Country Chapters. Viet Nam* (www.oecd.org/dac/effectiveness/Viet%20Nam%205.pdf, 25. 3. 2013).

OECD (2011b). *OECD Development Assistance Peer Reviews: Germany 2010* (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264098299-en>, 15. 3.2013).

OECD (2012). *What do we know about multilateral aid?* (<http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/multilateralaid.htm>, 25. 1. 2013).

PAP (2006). *Action Plan for the Reduction of Absolute Poverty 2006-2009* (www.pap.org.mz/downloads/parpa_ii_en.pdf, 10. 3. 2013).

Pinto-Duschinsky, Michael (1991). Foreign Political Aid: The German Political Foundations and Their US Counterparts. *International Affairs* 67 (1), s. 33-63.

Poate, Derek a kol. (2007). *Evaluation of DfID Country Programmes. Country Study: Kenya. Final Report* (dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/ev674.pdf, 10. 3. 2013).

Rogerson, Andrew (2005). Aid Harmonisation and Alignment: Bridging the Gaps between Reality and the Paris Reform Agenda. *Development Policy Review* 23 (5), s. 531-552.

Tarp, Finn ed. (2000). *Foreign Aid and Development: Lessons Learnt and Directions for the Future* (London: Routledge).

The Government of Vietnam (2003). *The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy* (www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2004/cr0425.pdf, 25. 3. 2013).

UJAS (2005). *Joint Assistance Strategy for The Republic of Uganda* (<http://siteresources.worldbank.org/INTUGANDA/Resources/UJAS.pdf>, 25. 3. 2013).

Vaillant, Charlotte – Condy, Anne – Robert, Pierre – Tschionza, Georges (2009). *Country Programme Evaluation: DRC. DfID Evaluation report Ev704* (<http://dfid.gov.uk/What-we-do/Publications/?q=DRC>, 10. 3. 2013).

Van Arkadie, Brian a kol. (2010). *Joint Country Analysis of Viet Nam* (www.undp.org.vn/undpLive/digitalAssets/27/27436_jca_3rd_version_-_final_july-english.pdf, 25. 3. 2013).

Woll, Bettina (2008). Donor Harmonisation and Government Ownership: Multi-donor budget support in Ghana. *The European Journal of Development Research* 20 (1), s. 74-87.

WHO (2005). *WHO Country Cooperation Strategy. Federal Republic of Nigeria 2002-2007* (www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1432, 11. 3. 2013).

WHO (2007). *Policy Papers on Health. Nepal* (203.90.70.117/PDS_DOCS/B1389.pdf, 11. 3. 2013).

WHO (2009a). *WHO Country Cooperation Strategy 2008-2013: Nigeria* (www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3340, 10. 3. 2013).

WHO (2009b). *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013: Mozambique* (www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_moz_en.pdf, 10. 3. 2013).

WHO (2010). *ODA for Health to Ghana* (www.who.int/gho/governance_aid_effectiveness/countries/gha.pdf, 20. 3. 2013).

Young, Ralph (2001). New Labour and International Development: a research report. *Progress in Development Studies* 1 (3), s. 247-253.

Internetové zdroje a databáze

AfDB. *Open Data for Africa* (<http://opendataforafrica.org/>).

AidData. *Open Data for International Development*
(<http://www.aiddata.org/content/index>).

BMZ (<http://www.bmz.de/>).

DfID. *DfID Projects search* (<http://projects.dfid.gov.uk/>).

OECD (<http://www.oecd.org>).

OECD. *OECD Query Wizard for International Development Statistics*
(<http://stats.oecd.org/qwids/>).

OECD. *OECD. StatExtracts* (<http://stats.oecd.org>).

The World Bank. *Data* (<http://data.worldbank.org/>).

7. Resumé

This thesis with the title “Cooperation and coordination of politics of donor and recipient states” deals with the idea of harmonization of development strategies. This idea comes to the fore in the connection with fulfilment of development aims of the millennium, worded in the year 2000 and with holding of High Level Forums on Aid Effectiveness since 2003. The thesis focuses primarily on coordination of development politics in health sphere. Particularly in this sphere there is a steep growth of financial resources of development aid after the year 2000. Two big European donors – Germany and Great Britain are subjects of the research. Their different attitudes to the development policy and institutional bases are part of the theoretic chapter.

The research itself is divided into two parts. In the first part there is analysis of the financial resources given into the health sphere by the recipient and also by the donor. The assumption for this analysis is the fact that integration of the development strategies should be reflected also in allocation of the financial resources for the given sphere. The changes of the provided financial volumes at time are also observed and possible correlations between both values are sought. These changes were observed from 2000 to 2009.

In the second part of the research are observed these recipient states, by which correlation in the previous analysis was found. The question is, whether there were really made platforms for coordination of donor states but also for cooperation with the recipient state. Due to obligations approved in The Paris Declaration it can be assumed that the participants in most cases really cooperate. In this part of the research the attention is paid to forms which this cooperation acquires and whether the results are same in all cases. It will be also pointed out to possible difficulties which can donors and their recipients contend with during the mutual coordination.

8. Seznam příloh

Příloha č. 1: ODA Spolkové republiky Německo v letech 2000-2010 (graf)

Příloha č. 2: ODA Spolkové republiky Německo v letech 2000-2010 v % HDP (graf)

Příloha č. 3: ODA SRN dle sektorů 2000-2010 (graf)

Příloha č. 4: ODA SRN - sektor sociální infrastruktury a služeb (tabulka)

Příloha č. 5: Recipienti SRN: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009 (tabulka)

Příloha č. 6: Recipienti SRN: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009 v % z celkových vládních výdajů (tabulka)

Příloha č. 7: Závazky SRN poskytované recipientům za účelem zdraví 2000-2009 (tabulka)

Příloha č. 8: ODA Velké Británie v letech 2000-2010 (graf)

Příloha č. 9: ODA Velké Británie v letech 2000-2010 v % HDP (graf)

Příloha č. 10: ODA VB dle sektorů 2000-2010 (graf)

Příloha č. 11: ODA VB - sektor sociální infrastruktura (tabulka)

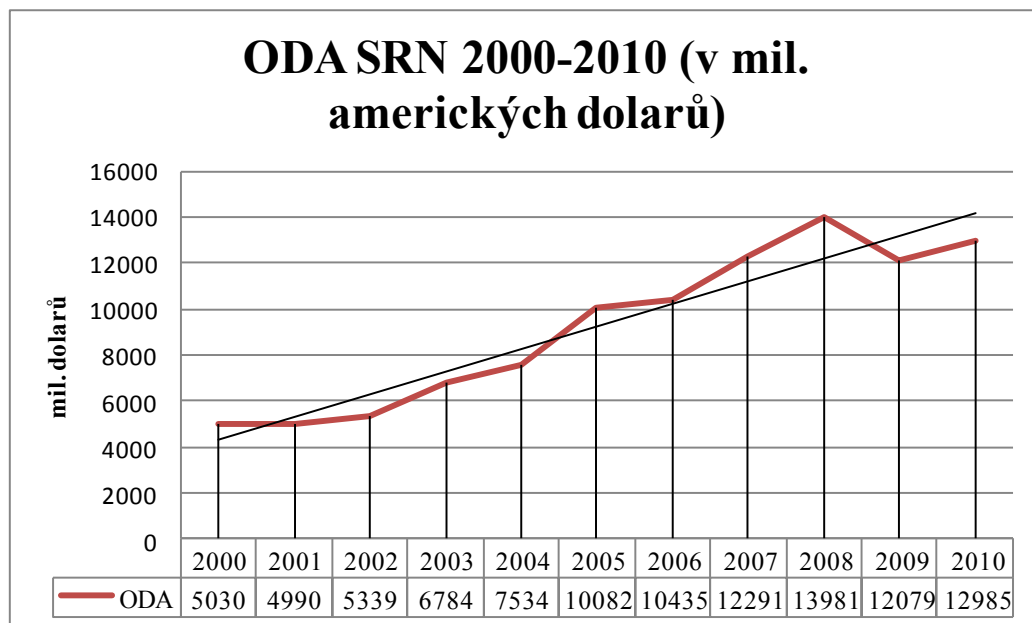
Příloha č. 12: Recipienti VB: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009 (tabulka)

Příloha č. 13: Recipienti VB: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009 v % z celkových vládních výdajů (tabulka)

Příloha č. 14: Závazky VB poskytované recipientům za účelem zdraví 2000-2009 (tabulka)

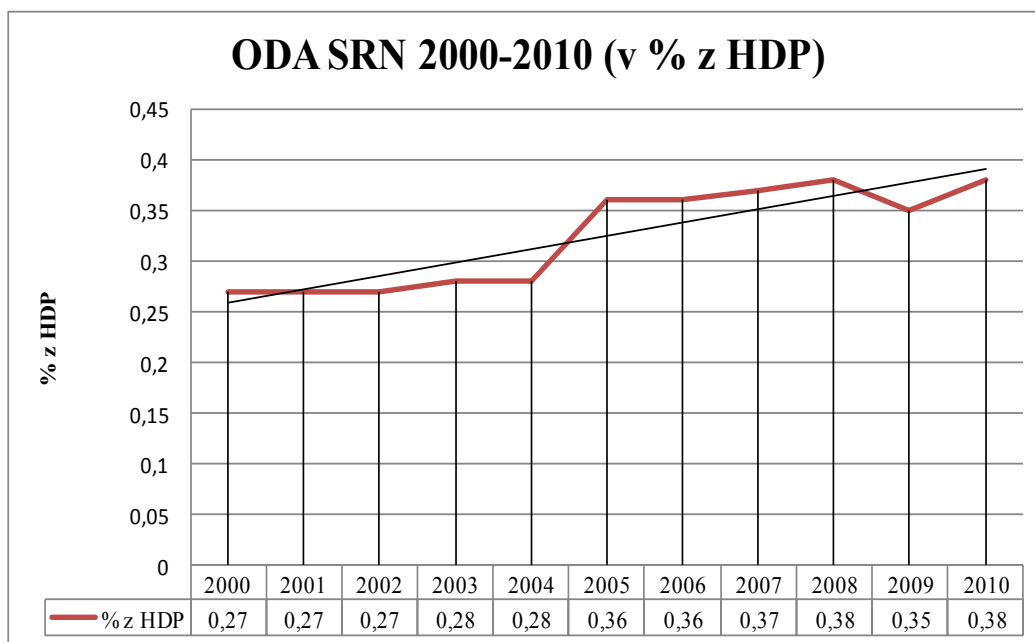
9. Přílohy

Příloha č. 1: ODA Spolkové republiky Německo v letech 2000-2010



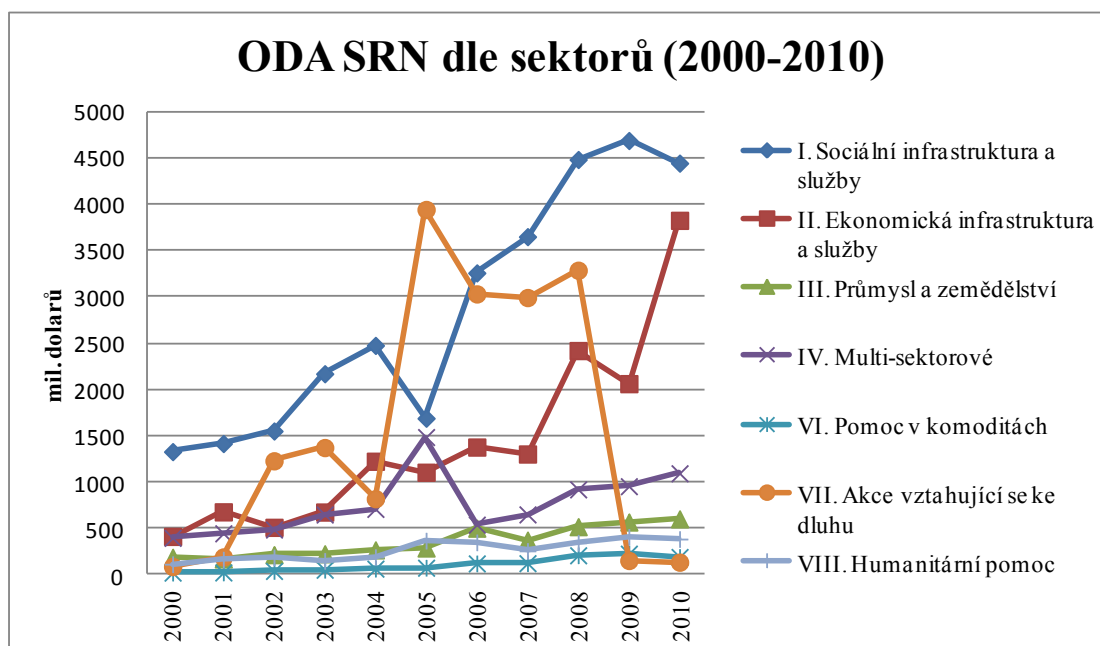
Zdroj: OECD Statistics, 27. 2. 2013

Příloha 2: ODA Spolkové republiky Německo v letech 2000-2010 v % HDP



Zdroj: OECD (2011)

Příloha č. 3: ODA SRN dle sektorů 2000-2010



Zdroj: OECD Statistics, 27. 2. 2013

Příloha č. 4: ODA SRN - sektor sociální infrastruktury a služeb

Donor		Germany										
Aid type		Total ODA										
Amount type		Current Prices (USD millions)										
Sector	Year	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Social Infrastructure & Services		1328,36	1415,64	1551,3	2170,64	2477,02	1689,54	3261,02	3653,14	4487,16	4692,63	4447,98
I.1. Education		553,11	573,74	692,31	982,32	1102,4	404,51	1367,14	1463,82	1732,31	1808,92	1731,63
I.2. Health		48,97	72,77	151,86	142,06	124,83	123,5	247,4	250,58	298,05	340,78	233,5
I.3. Population Pol./Progr. & Reproductive Health		53,49	49,7	52,23	88,53	119,8	74,58	226,75	129,49	181,8	177,48	123,74
I.4. Water Supply & Sanitation		348,61	382,25	218,75	381,75	435,75	382,26	497,14	593,96	906,44	820,47	750,81
I.5. Government & Civil Society		163,35	195,31	243,7	365,07	420,52	499,4	676,94	983,86	1216,37	1391,81	1483,92
I.6. Other Social Infrastructure & Services		160,84	141,87	192,45	210,9	273,71	205,29	245,64	231,44	152,19	153,18	124,39

Zdroj: OECD Statistics, 27. 2. 2013

Příloha č. 5: Recipienti SRN: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afgánistán	62 292 369,9	78 845 392,8	93 468 886,9	111 960 962,0	163 597 402,1	193 080 716,5	231 102 376,1	258 423 135,8	277 708 026,0	307 910 902,5
Bolívie	306 620 479,5	304 831 903,5	324 267 782,4	292 068 200,6	325 089 746,2	333 580 310,6	402 290 672,8	440 694 157,0	496 648 922,2	572 933 031,6
Brazílie	18 616 277 290,1	17 036 180 164,5	16 252 872 933,5	17 216 609 043,8	22 255 839 076,7	28 925 932 163,7	38 523 350 480,2	47 961 028 422,3	60 907 311 167,7	64 949 455 594,8
Kamerun	89 414 953,7	111 980 176,1	144 279 863,3	186 669 536,3	184 635 983,8	192 893 919,4	202 257 310,4	229 774 075,8	263 103 068,5	320 042 583,4
DRK	11 848 018,7	9 204 748,0	10 120 513,3	44 222 287,9	62 629 753,1	91 843 404,0	142 427 322,5	193 190 910,7	463 917 811,0	524 218 762,2
Egypt	2 152 101 261,8	2 112 538 324,6	2 079 822 569,4	1 676 357 464,7	1 734 330 787,4	1 987 787 196,4	2 512 222 954,3	2 683 606 386,5	3 345 883 388,5	3 828 466 844,8
Etiopie	186 768 869,5	217 399 905,9	197 781 399,6	242 802 202,1	248 525 770,7	307 652 731,5	350 013 242,3	520 379 501,5	578 962 908,0	578 437 190,7
Ghana	149 060 075,9	148 958 436,0	145 569 315,2	189 857 959,4	337 328 946,4	499 777 815,9	610 117 582,6	922 965 084,0	918 609 212,7	672 227 997,1
Čína	21 210 427 009,7	21 599 389 639,1	25 066 991 987,4	28 816 393 300,0	34 823 844 964,2	40 968 988 274,8	50 187 873 740,8	67 216 297 536,8	92 528 295 411,9	114 085 781 883,1
Indie	5 356 275 232,8	5 349 954 648,0	5 314 104 829,6	5 961 091 850,5	6 745 094 237,2	8 344 853 757,4	9 499 310 923,3	12 237 278 256,8	14 195 721 660,9	16 208 639 136,6
Irak	101 127 720,2	69 488 595,1	37 004 509,7	190 576 207,5	1 060 022 567,5	1 008 955 842,4	1 048 301 985,8	1 315 710 697,9	1 969 424 834,2	1 871 171 886,0
Kenya	244 432 353,6	232 564 274,2	231 291 532,2	259 004 123,1	266 470 255,3	324 471 668,9	382 975 431,8	437 156 544,5	466 423 482,6	447 462 156,8
Mosambik	185 845 465,1	161 681 825,7	188 591 691,5	191 698 363,4	200 679 523,5	283 279 325,5	280 358 441,1	314 089 558,6	389 522 100,8	467 663 662,4
Pakistán	456 827 761,7	393 784 936,0	626 475 965,7	559 570 259,8	673 891 344,1	763 380 759,1	1 030 905 256,7	1 131 706 472,4	1 237 019 794,2	1 336 990 870,9
Srbsko	315 687 219,8	591 146 923,2	973 612 374,6	1 221 941 672,7	1 410 295 059,7	1 507 574 145,1	1 733 913 364,7	2 476 447 090,4	3 067 987 473,9	2 610 941 601,6
JAR	4 553 425 660,3	4 107 127 508,1	3 748 043 298,8	5 879 708 384,3	7 134 862 508,9	8 340 501 279,2	8 888 954 523,0	9 875 293 810,4	9 035 871 215,2	9 760 819 102,0
Tanzanie	101 503 185,2	116 001 522,5	134 140 234,3	140 616 024,0	163 010 359,7	191 135 338,8	196 033 867,0	223 252 877,9	241 033 439,1	263 776 529,5
Uganda	905 168 927,6	1 167 678 046,2	1 489 693 237,7	2 026 669 786,8	2 510 715 897,1	3 283 509 278,6	4 185 742 574,3	5 609 504 950,5	6 884 872 418,0	4 490 795 795,1
Ukrajina	149 160 371,9	152 888 835,4	152 892 397,3	216 278 251,1	195 850 277,2	266 825 692,2	550 824 487,0	589 334 269,1	676 797 622,5	814 775 843,2
Vietnam	509 268 547,5	574 386 833,5	549 385 320,2	662 892 402,1	688 798 869,6	818 145 016,4	1 290 836 923,2	1 984 562 343,6	2 540 509 351,4	2 707 626 881,8
Zambie	94 120 105,4	122 564 550,9	157 319 273,4	177 364 745,2	206 005 014,3	275 639 319,2	411 590 355,6	375 003 182,5	534 721 473,9	466 449 528,7

Zdroj: AfDB, Open Data for Africa, 15. 2. 2013

Příloha č. 6: Recipienti SRN: Vládní výdaje na zdravotnictví 2000-2009 (v % z celkových vládních výdajů)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afghánistan	28,48	28,48	28,48	24,85	29,31	4,08	4,26	3,73	3,67	3,67
Bolívie	9,76	10,03	11,22	9,81	11,23	10,89	10,12	9,65	8,87	7,98
Brazílie	4,08	4,75	5	4,41	5,15	4,7	5,15	5,37	5,96	6,08
Kamerun	6,28	6,99	8,16	8,44	7,33	7,96	7,75	7,14	5,99	7,82
DRK	0,78	1,65	1,77	7,59	6,27	6,51	7,93	10,33	2,26	1,71
Egypt	7,34	7,7	7,61	7,3	7,01	6,73	6,44	6,2	5,94	5,95
Etiopie	8,51	9,78	10,16	10,52	9,95	10,29	9,97	12,68	11,47	11,41
Ghana	10,79	8,57	9,05	8,67	11,57	15,25	14,73	15,35	12,13	12,77
Čína	10,86	9,34	9,41	9,68	10,12	9,89	9,9	10,27	10,27	10,27
Indie	3,56	3,4	3,09	2,91	2,96	3,4	3,43	3,43	3,62	3,75
Irák	1,28	1,15	0,61	4,4	3,41	3,34	3,09	3,09	3,09	3,09
Keňa	9,13	7,32	7,21	6,99	7,13	7,58	7,07	6,59	5,81	5,38
Mosambik	16,99	14,75	15,53	14,98	13,85	18,24	15,19	14,2	14,2	14,2
Pákistán	2,35	2,33	2,86	2,64	2,85	2,91	3,29	3,09	3,09	3,58
Srbsko	13,46	13,46	13,46	13,65	13,45	14,23	12,95	13,83	14,08	13,92
JAR	10,92	11,16	11,53	11,17	10,3	10,42	10,71	11,06	10,39	9,27
Uganda	7,26	9,69	9,69	9,95	9,41	10,38	9,68	9,82	10,45	11,58
Ukrajina	8,4	8,92	9,35	10,41	9,34	8,75	8,89	9,19	8,58	8,58
Tanzánie	9,13	9,16	10,1	11,29	8,48	9,27	14,4	18,4	18,04	18,08
Vietnam	6,62	6,52	5,66	5,67	5,06	5,04	6,42	8,68	9,29	8,91
Zambie	9,38	10,51	13,61	13,25	14,23	14,73	16,38	13,39	15,29	15,68

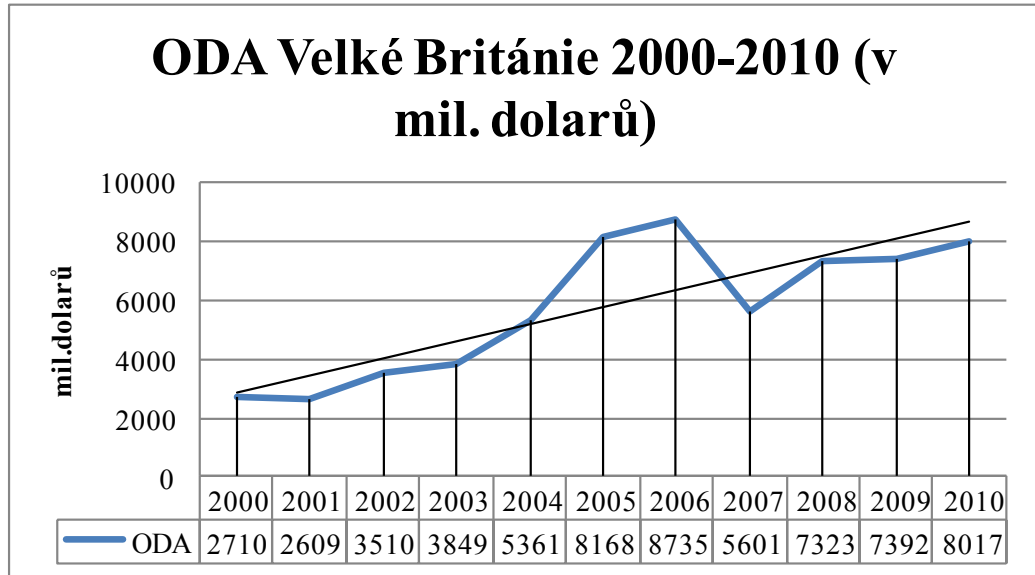
Zdroj: AfDB, Open Data for Africa, 1. 3. 2013

Příloha č. 7: Závazky SRN poskytované recipientům za účelem zdraví 2000-2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afgánistán	427 210	x	2 998 179	2 035 941	3 71 445	5 169 059	1 591 499	5 257 164	8 264 459	9 002 582
Bolívie	414 230	242 859	613 637	296 329	620 831	610 281	249 530	83 121	96 630	2 063 813
Brazílie	648 682	558 881	360 276	1 867 448	275 274	1 311 072	236 026	403 114	516 472	336 304
Kamerun	3 397 348	2 372 123	4 599 057	10 168 516	9 647 858	496 926	1 152 623	520 757	2 382 747	52 518 383
DRK	511 393	6 125 800	576 400	330 762	704 440	1 722 082	2 731 879	89 850	3 080 641	228 052
Egypt	1 376 654	388 699	98 940	x	29 352	20 980	265 799	x	x	2 994
Etiopie	121 948	61 532	2 867 099	3 307 635	789 530	862 171	2 572 087	1 220 180	552 615	499 134
Ghana	351 240	37 311	802 763	847 292	806 407	57 224	678 998	5 131 166	476 652	285 120
Čína	2 265 760	879 222	72 723 884	731 932	5 892 050	2 248 735	741 947	19 155 058	53 148 034	23 057 408
Indie	4 198 549	22 305 462	10 714 594	13 547 403	64 273 292	2 549 189	44 732 018	73 600 266	64 390 704	74 119 166
Irák	x	x	x	x	x	39 015	x	x	x	x
Kenya	1 234 272	5 254 667	1 561 257	2 489 442	3 249 301	1 945 891	2 339 741	10 994 172	2 323 049	1 030 993
Mosambik	1 180 137	722 967		441 515	292 005	174 035	68 342	110 298	114 789	6 545
Pákistán	2 360 275	2 802 465	2 998 179	112 605	9 002 240	5 463 783	37 852 534	11 726 666	201 645	20 419 103
Srbsko	1 378 204	1 869 724	1 341 325	x	654 542	x	x	20 537	81 356	x
JAR	15 375	523 546	302 216	7 408	766 577	865 991	85 178	643 906	455 855	109 054
Tanzanie	4 519 052	9 833 473	12 471 931	40 872 308	2 814 779	2 764 673	15 512 723	13 610 147	12 302 252	18 817 124
Uganda	15 342	2 599 745	191 314	414 860	1 306 148	977 961	2 316 760	42 377	1 365 534	1 716 949
Ukrajina	x	903 883	636 828	8 148	x	x	x	x	x	x
Vietnam	113 294	3 175 275	10 737 740	13 635 561	753 310	149 911	10 956 398	1 093 422	19 774 956	12 245 061
Zambie	x	865 173	x	1 111 232	358 061	116 636	x	400 370	98 837	707 205

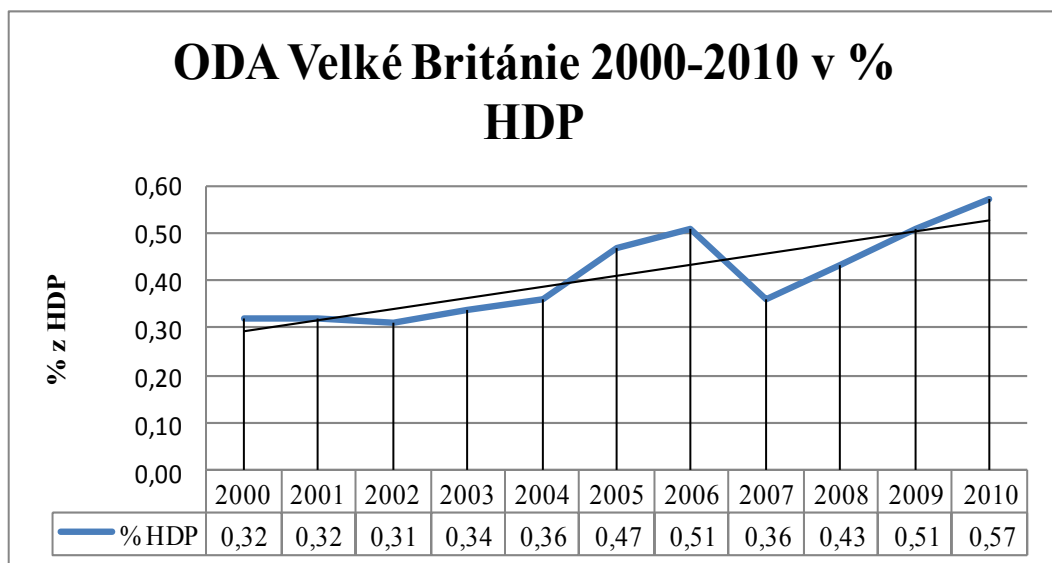
Zdroj: Aid Data 2.0, 18. 3. 2013

Příloha č. 8: ODA Velké Británie v letech 2000-2010



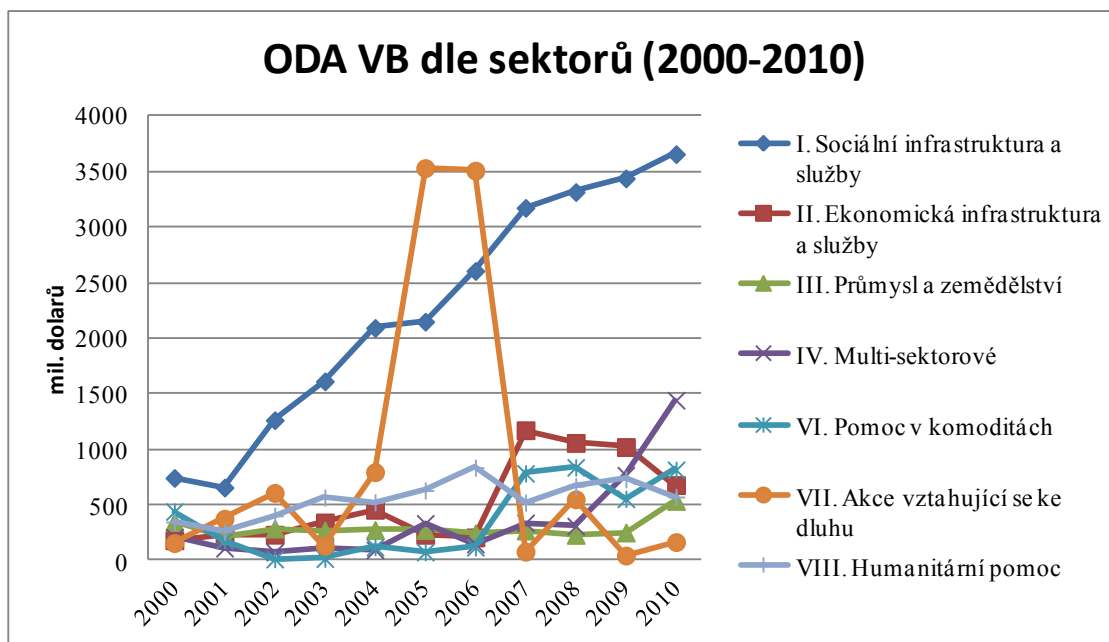
Zdroj: OECD Statistics, 27. 2. 2013

Příloha č. 9: ODA Velké Británie v letech 2000-2010 v % HDP



Zdroj: OECD Statistics. 27. 2. 2013

Příloha č. 10: ODA VB dle sektorů 2000-2010



Zdroj: OECD Statistics, 27. 2. 2013

Příloha č. 11: ODA VB - sektor sociální infrastruktura

Donor		United Kingdom										
Aid type		Total ODA										
Amount type		Current Prices (USD millions)										
Sector	Year	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<u>I. Social Infrastructure & Services</u>		741,64	654,8	1261,83	1611,9	2093,52	2149,63	2606,83	3175,31	3318,1	3440,47	3659,14
I.1. Education		173,13	193,63	124,29	348,41	450,38	331,49	411,98	737,46	577,52	815,38	751,12
I.2. Health		227,62	129,25	314,37	323,87	241,91	283,08	394,42	598,66	547,37	598,86	698,44
I.3. Population Pol./Progr. & Reproductive Health		83,02	61,45	100,98	135,94	196,62	304,76	283,66	412	419,82	402,03	515,22
I.4. Water Supply & Sanitation		43,81	41,26	19,2	31,07	29,46	44,26	51,16	104,88	160,66	114,32	156,94
I.5. Government & Civil Society		113,94	152,16	578,92	649,05	1083,13	1090,31	1351,8	1100,62	1355,78	1191,82	1134,41
I.6. Other Social Infrastructure & Services		100,11	77,04	124,07	123,55	92,02	95,73	113,8	221,7	256,96	318,06	403,01

Zdroj: OECD Statistics, 1.3. 2013

Příloha č. 12: Recipienti VB: Vládní výdaje na zdravotnictví

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afganistán	62 292 369,9	78 845 392,8	93 468 886,9	111 960 962,0	163 597 402,1	193 080 716,5	231 102 376,1	258 423 135,8	277 708 026,0	307 910 902,5
Bangladéš	499 424 644,8	541 107 071,4	579 241 811,8	590 722 270,0	677 667 119,8	645 212 389,7	747 823 980,3	815 738 389,5	830 597 670,8	999 592 853,8
DRK	11 848 018,7	9 204 748,0	10 120 513,3	44 222 287,9	62 629 753,1	91 843 404,0	142 427 322,5	193 190 910,7	463 917 811,0	524 218 762,2
Etiopie	186 768 869,5	217 399 905,9	197 781 399,6	242 802 202,1	248 525 770,7	307 652 731,5	350 013 242,3	520 379 501,5	578 962 908,0	578 437 190,7
Ghana	149 060 075,9	148 958 436,0	145 569 315,2	189 857 959,4	337 328 946,4	499 777 815,9	610 117 582,6	922 965 084,0	918 609 212,7	672 227 997,1
Čína	21 210 427 009,7	21 599 389 639,1	25 066 991 987,4	28 816 393 300,0	34 823 844 964,2	40 968 988 274,8	50 187 873 740,8	67 216 297 536,8	92 528 295 411,9	114 085 781 883,1
Indie	5 356 275 232,8	5 349 954 648,0	5 314 104 829,6	5 961 091 850,5	6 745 094 237,2	8 344 833 757,4	9 499 310 923,3	12 237 278 256,8	14 195 721 660,9	16 208 639 136,6
Indonésie	1 190 203 871,5	1 568 659 214,4	1 666 919 169,3	2 383 648 318,3	2 401 093 787,2	2 851 983 979,0	4 129 379 473,6	5 818 739 634,6	6 286 582 169,6	6 606 945 880,1
Irak	101 127 720,2	69 488 595,1	37 004 509,7	190 576 207,5	1 060 022 567,5	1 008 955 842,4	1 048 301 985,8	1 315 710 697,9	1 969 424 834,2	1 871 171 886,0
Keňa	244 432 353,6	232 564 274,2	231 291 532,2	259 004 123,1	266 470 255,3	324 471 668,9	382 975 431,8	437 156 544,5	466 423 482,6	447 462 156,8
Malawi	48 444 313,0	38 021 936,7	77 624 096,1	111 012 795,9	150 076 875,5	167 127 782,6	193 081 609,3	146 696 227,4	157 816 108,8	168 878 196,8
Mosambik	185 845 465,1	161 681 825,7	188 591 691,5	191 698 363,4	200 679 523,5	283 279 325,5	280 358 441,1	314 089 558,6	389 522 100,8	467 663 662,4
Nepál	72 179 934,9	70 164 170,3	103 586 738,3	90 523 579,8	105 054 563,4	116 527 983,0	141 150 646,8	234 744 982,6	264 582 688,5	262 735 616,6
Nigérie	708 083 719,3	722 334 241,4	591 300 817,7	1 143 651 731,1	1 998 494 973,2	2 161 863 126,0	2 617 117 979,0	2 749 908 240,3	4 072 748 164,7	3 897 480 078,0
Pákistán	456 827 761,7	393 784 936,0	626 475 965,7	559 570 259,8	673 891 344,1	763 380 739,1	1 030 905 256,7	1 131 706 472,4	1 237 019 794,2	1 336 990 870,9
Rwanda	28 681 202,9	35 727 558,2	36 612 269,0	61 748 806,9	79 390 953,3	108 046 591,5	132 732 497,8	156 771 218,9	211 101 005,7	208 256 438,1
Srbsko	315 687 219,8	591 146 923,2	973 612 374,6	1 221 941 672,7	1 410 295 059,7	1 507 574 145,1	1 733 913 364,7	2 476 447 090,4	3 067 987 473,9	2 610 941 601,6
Sierra Leone	13 158 077,1	17 192 759,5	20 179 834,7	22 378 340,2	15 835 338,5	22 573 098,6	21 347 373,8	15 453 287,7	25 715 828,6	27 242 946,6
JAR	4 553 425 660,3	4 107 127 508,1	3 748 043 298,8	5 879 708 384,3	7 134 862 508,9	8 340 501 279,2	8 888 954 523,0	9 875 293 810,4	9 035 871 215,2	9 760 819 102,0
Sudán	113 547 801,4	130 103 420,2	151 246 658,5	203 119 114,2	284 692 977,3	375 339 687,9	586 413 534,7	931 342 457,9	1 327 020 689,3	1 097 164 784,2
Uganda	101 503 185,2	116 001 522,5	134 140 234,3	140 616 024,0	163 010 359,7	191 135 338,8	196 033 867,0	223 252 877,9	241 033 439,1	263 776 529,5
Tanzanie	149 160 371,9	152 888 835,4	152 892 397,3	216 278 251,1	195 850 277,2	266 825 692,2	550 824 487,0	589 334 269,1	676 797 622,5	814 775 843,2
Vietnam	509 268 547,5	574 386 833,5	549 385 320,2	662 892 402,1	688 798 869,6	818 145 016,4	1 290 836 923,2	1 984 562 343,6	2 540 509 351,4	2 707 626 881,8
Zambie	94 120 105,4	122 564 550,9	157 319 273,4	177 364 745,2	206 005 014,3	275 639 319,2	411 590 355,6	375 003 182,5	534 721 473,9	466 449 528,7

Zdroj: AfDB, Open Data for Africa, 4. 3. 3013

Příloha č. 13: Recipienti VB: Vládní výdaje na zdravotnictví % z celkových vládních výdajů

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afghánistán	28,48	28,48	28,48	24,85	29,31	4,08	4,26	3,73	3,67	3,67
Bangladéš	7,56	8,07	8,23	7,86	8,17	7,46	8,44	8,41	7,38	7,92
DRK	0,78	1,65	1,77	7,59	6,27	6,51	7,93	10,33	2,26	1,71
Etiopie	8,51	9,78	10,16	10,52	9,95	10,29	9,97	12,68	11,47	11,41
Ghana	10,79	8,57	9,05	8,67	11,57	15,25	14,73	15,35	12,13	12,77
Čína	10,86	9,34	9,41	9,68	10,12	9,89	9,90	10,27	10,27	10,27
Indie	3,56	3,40	3,09	2,91	2,96	3,40	3,43	3,43	3,62	3,75
Indonésie	4,53	4,71	4,82	5,15	5,02	5,43	5,64	7,02	6,19	6,86
Irák	1,28	1,15	0,61	4,40	3,41	3,34	3,09	3,09	3,09	3,09
Keňa	9,13	7,32	7,21	6,99	7,13	7,58	7,07	6,59	5,81	5,38
Malawi	8,98	8,72	12,96	16,73	21,02	19,99	20,03	12,07	12,07	12,07
Mosambik	16,99	14,75	15,53	14,98	13,85	18,24	15,19	14,20	14,20	14,20
Nepál	7,74	6,59	10,07	8,20	8,65	8,11	9,26	11,67	11,30	8,63
Nigérie	4,22	3,20	3,11	5,11	7,83	6,41	6,41	6,41	6,41	6,41
Pákistán	2,35	2,33	2,86	2,64	2,85	2,91	3,29	3,09	3,09	3,58
Rwanda	8,17	9,83	9,08	17,62	16,68	17,69	19,15	18,46	18,25	16,78
Srbsko	13,46	13,46	13,46	13,65	13,45	14,23	12,95	13,83	14,08	13,92
Sierra Leone	7,43	7,23	7,53	8,44	5,96	7,55	6,77	5,26	6,35	6,35
JAR	10,92	11,16	11,53	11,17	10,30	10,42	10,71	11,06	10,39	9,27
Súdán	8,29	8,04	7,69	7,17	7,20	5,74	6,62	7,71	9,85	9,85
Uganda	7,26	9,69	9,69	9,95	9,41	10,38	9,68	9,82	10,45	11,58
Tanzánie	9,13	9,16	10,10	11,29	8,48	9,27	14,40	18,40	18,04	18,08
Vietnam	6,62	6,52	5,66	5,67	5,06	5,04	6,42	8,68	9,29	8,91
Zambie	9,38	10,51	13,61	13,25	14,23	14,73	16,38	13,39	15,29	15,68

Zdroj: AfDB Open Data for Africa, 18. 3. 2013

Příloha č. 14: Závazky VB poskytované recipientům za účelem zdraví 2000-2009ⁱ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afganistán	x	x	x	687 991	164 237	x	x	x	x	83 818
Bangladéš	2 246 657	20 861 630	4 895 951	2 690 239	3 847 695	x	168 543 891	x	33 011 049	61 873 055
DRK	14 229	x	1 350 205	9 210 288	10 135 835	4 531 167	10 766 047	25 041 974	1 108 650	22 442 190
Etiopie	700 352	177 057	278 866	4 305 052	7 012 746	x	27 245 888	871 558	712 703	65 604 499
Ghana	35 759	9 620	9 330 665	63 446 312	711 694	x	18 517 265	13 029 564	63 351 403	2 615 714
Čína	10 028 858	480 309	56 454 240	11 975 389	5 207 286	10 731 178	335 914	326 155	6 620 222	12 762 215
Indie	206 988 630	8 681 723	235 500 982	8 765 949	31 352 345	264 934 798	167 957	140 090 930	10 294 603	32 385 020
Indonésie	39 296	x	x	x	353 198	4 327 088	7 895 661	x	x	3 124 024
Irák	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Keňa	2 290 372	40 979 568	9 907 995	x	17 793 116	33 924 370	2 890 541	5 733 661	26 512 228	19 829 741
Malawi	9 304 333	493 504	9 556 001	5 245 979	11 702 136	176 458 649	873 377	2 505 781	1 009 017	12 013 590
Mosambik	55 970 288	575 474	1 716 842	1 339 771	15 010 914	1 730 835	x	26 746 548	950 271	36 427 570
Nepál	2 405	13 382 811	6 574 866	5 546 032	35 319 797	18 920 258	x	x	x	6 657 123
Nigérie	58 931 451	4 862 510	1 689 291	21 369 093	8 282 492	51 751 973	66 510 992	276 398 509	x	71 489 503
Pákistán	8 986 012	17 082 516	215 538	116 867 876	1 384 529	9 519 594	122 692 625	5 707 704	9 027 575	25 773 196
Rwanda	x	38 478	x	1 449 001	895 357	x	151 161	x	8 341 733	11 563 636
Srbsko	5 330 232	508 431	1 351 231	1 629 451	1 324 492	x	41 989	x	x	x
Sierra Leone	2 323 616	822 362	678 127	3 187 019	1 771 288	x	2 183 442	x	459 298	509 341
JAR	15 561 075	31 813 855	17 139 499	3 104 630	2 620 166	5 082 213	10 894 149	4 077	x	1 249 609
Súdán	x	x	31 724	x	17 510 563	37 450 204	11 784 401	2 467 379	x	9 110 715
Uganda	28 583 459	1 482 258	402 590	2 204 738	2 904 018	865 418	2 217 033	978 464	730 125	x
Tanzanie	2 714 714	298 581	x	1 045 795	x	x	9 600 425	x	x	2 246 173
Vietnam	24 645	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Zambie	1 303 642	11 203 323	550 509	x	x	38 425	699 121	152 071	6 033 086	1 718 947

Zdroj: AidData 2.0; OECD Statistics, 20. 3. 2013

ⁱ Zvýrazněny jsou případy, ve kterých byla Velká Británie největším bilaterálním dárcelem ve zdravotnickém sektoru.