

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

**Analýza dopadů rozvojových cílů tisíciletí
(MDGs 4-6) ve vybraných státech Afriky a Asie**

**Analysis of the impacts of Millennium
Development Goals (MDGs 4-6) in selected
countries of Africa and Asia**

Natalie Ratajová

Plzeň 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Natalie RATAJOVÁ**
Osobní číslo: **K16B0040P**
Studijní program: **B1301 Geografie**
Studijní obor: **Ekonomická a regionální geografie**
Název tématu: **Analýza dopadů rozvojových cílů tisíciletí (MDGs 4-6) ve vybraných státech Afriky a Asie**
Zadávající katedra: **Katedra geografie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Stanovte cíle práce.
2. Prostudujte odbornou literaturu a zdroje k zadanému tématu.
3. Stanovte metodiku zpracování.
4. Získejte data.
5. Utřídte informace a zpracujte získaná data.
6. Shrňte výsledky.
7. Formulujte závěry.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: 40 - 60 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- ROSLING, Hans, ROSLING, Ola, ROSLINGOVÁ RÖNNLUNDOVÁ, Anna. Faktomluva: Deset důvodů, proč se mýlíme v pohledu na svět. Brno: Jan Melvil Publishing, 2018. ISBN 978-80-7555-056-9.
- DUŠKOVÁ, Lenka. Encyklopedie rozvojových studií. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2948-9.
- NOVÁČEK, Pavel, ed., [Pierre C. Armand ... et al.]. Rozvojová studia: vybrané kapitoly. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. ISBN 978-80-244-3958-7.
- MILLENNIUM PROJECT. Investing in Development; A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. UNDP, New York, 2005. ISBN 1-84407-217-7.
- UNITED NATIONS. The Millennium Development Goals Report 2007. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, June 2007. ISBN 978-92-1-101153-1.
- TOŽIČKA, Tomáš, ed. Příliš vzdálené cíle: rozvojové cíle tisíciletí: manuál globálního rozvojového vzdělávání. Praha: Educon, 2008. ISBN 978-80-254-3279-2.


Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Jiří Preis, Ph.D.
Katedra geografie

Datum zadání bakalářské práce: 23. října 2018

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. dubna 2019


Doc. Ing. Michaela Krechovská, Ph.D.
děkanka




Doc. PaedDr. Alena Matušková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma

„Analýza dopadů rozvojových cílů tisíciletí (MDGs 4-6) ve vybraných státech Afriky a Asie“

jsem vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne

.....

Podpis autora

Poděkování

V této části bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce RNDr. Jiřímu Preisovi, Ph.D. za vedení práce, jeho rady a připomínky, které mi při vytváření práce byly poskytnuty.

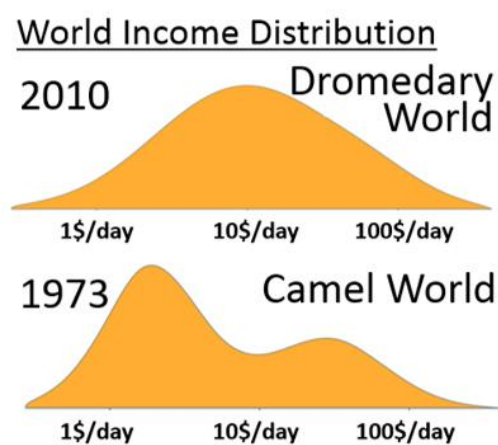
Obsah

Úvod	7
1. Cíle práce	10
2. Metodika	11
3. Rozbor literatury a zdrojů	13
4. Rozvojové země	15
4.1 Klasifikace rozvojových zemích.....	19
4.1.1 Klasifikace Světové banky.....	20
4.1.2 Klasifikace Mezinárodního měnového fondu.....	21
4.1.3 Klasifikace Rozvojového programu OSN	21
4.2 Shrnutí.....	26
5. Vymezení území	27
6. Rozvojové cíle tisíciletí.....	33
6.1 Vybrané indikátory MDGs	36
6.1.1 MDGs 4.....	37
6.1.2 MDGs 5.....	38
6.1.3 MDGs 6.....	41
7. Vyhodnocování rozvojových cílů tisíciletí	45
7.1 MDGs 4.....	45
7.2 MDGs 5.....	48
7.3 MDGs 6.....	51
8. Celkové vyhodnocení zemí	58
9. Závěr	62
Seznam zkratk	64
Zdroje.....	66
Tištěné publikace	66
Elektronické zdroje	66
Abstrakt	70
Abstract.....	71

Úvod

Již neexistuje propast mezi Západem a zbytkem světa, mezi rozvojovými a rozvinutými zeměmi, mezi bohatými a chudými. Přesto v našich hlavách stále je, že bohatí ještě více bohatnou, chudí upadají do ještě větší chudoby, nebo že se počet chudých stále zvyšuje. Celkový názor na svět je takový, že na tom je svět špatně a máme pocit, že se vše jen pořád zhoršuje. „*Ve skutečnosti se převážná většina světové populace nachází někde uprostřed příjmové škály. Krok za krokem, rok, co rok se svět zlepšuje. Toto je světový názor založený na faktech* (Rosling, 2018, s. 23).“ V hlavách máme zafixováno, že Afrika je chudý kontinent, který je předurčen zůstat chudý, avšak ne všechny země Afriky za světem zaostávají. Na následujícím grafu vidíme, jaké bylo postavení světa v roce 1973, tzv. Camel world, z kterého vychází naše přesvědčení, že počet chudých obyvatel na světě je velké množství. Přestože v tuto chvíli se nacházíme v tzv. Dromedary world, kdy 10 % obyvatel zůstalo na hranici chudoby oproti roku 1973.

Obr. č. 1: World Income Distribution



Zdroj: převzato z <https://twitter.com/hansrosling/status>

Těm, kteří si chudobu nevybrali, by vyspělý svět měl pomoci tzv. rozvojovou spoluprací. I když sama Organizace spojených národů nemá stanovenou žádnou konvenci pro rozlišení „rozvojových“ a „rozvinutých“ zemí, přesto již dlouhodobě vytváří programy a organizace, které toto téma nejen popularizují, ale i aktivně pomáhají ekonomicky slabším státům. Tato práce je zaměřena na celosvětový problém rozvojových států a jejich snahu upravit chybné statistické údaje určitých indikátorů minimálně na hodnoty stanovené OSN. Jde nejen o rozvojovou nebo finanční pomoc, ale

i humanitární, která pomáhá materiálně, například dodává životně důležité léky do oblastí, kde si je chudí obyvatelé nemohou dovolit.

Na Summitu tisíciletí v New Yorku roku 2000 vytyčila Organizace spojených národů dlouho připravovanou Miléniovou deklaraci: Rozvojové cíle tisíciletí (neboli Millennium Development Goals, dále jen MDGs), kde hlavním cílem OSN je odstranění extrémní chudoby a hladu spolu se zajištěním svobody a tolerance všem lidem bez rozdílu pohlaví. OSN solidaritu definuje jako spravedlivé rozložení nákladů a zátěže zvládání globálních problémů v souladu se zásadami rovnosti a sociální spravedlnosti. Tolerance je myšlena jako nutnost lidí navzájem respektovat svá přesvědčení, kultury a jazyky a tyto rozdíly nepotlačovat, ale naopak chránit jako vzácnou přednost lidského společenství. Schválený program tento cíl rozděluje na základních osm cílů, které vedou k jeho splnění. Tyto cíle přijaly všechny tehdejší členské státy Organizace spojených národů (189 členských států, Švýcarsko a Vatikán), a proto mohly vejít v platnost již v roce 2000. Všechny státy se mimo jiné zavázaly k ohleduplnosti k přírodě a také se přihlásily ke sdílené odpovědnosti. Tu OSN definuje jako odpovědnost za řízení celosvětového ekonomického a sociálního rozvoje a zvládání hrozeb mezinárodního míru a bezpečnosti, kdy sama OSN jako nejrepresentativnější organizace světa v tomto úsilí musí hrát hlavní roli. Celý program pomoci byl rozvrhnut na 15 let, tedy jeho ukončení proběhlo v roce 2015. Nyní je ve svém čtvrtém roce navazující, detailnější a komplexněji zpracovaný program Rozvojových cílů udržitelného rozvoje (neboli Sustainable Development Goals, dále jen SDGs). SDGs má již 17 cílů, které platí od roku 2015, a ukončené budou v roce 2030 (Tožička, 2008).

Tato práce sleduje a analyzuje situaci vybraných MDGs v zemích Afriky a Asie podle zařazení do skupiny Nejméně rozvinutých zemí světa (neboli Least developed countries, dále jen LDCs) v roce 2000. MDGs, kterými se autorka zabývá spolu úzce souvisejí (explicitně se věnují zdraví) a je zajímavé sledovat, jak propojení těchto problémů rozvojového světa přímo působí na obyvatele. Hlavními analyzovanými problémy této práce jsou snížení dětské úmrtnosti, zlepšení zdraví matek a boj proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem v rozvojových zemích. Na popud Spojených států amerických byly přidány úkoly spadající pod MDG 6 (zajištění vody a sanitárních zařízení, boj proti AIDS/HIV, tuberkulóze, malárii a celkové zlepšení života obyvatel ve slumech) (Tožička, Martens, 2009). Pomocí dílčích indikátorů jednotlivých MDGs v této práci

autorka zjišťuje, zdali se dané zemi podařilo ve sledovaném období zlepšit hodnoty pro celkové splnění zvoleného cíle.

Zvolení tématu práce přispěla autorčina záliba v cestování po asijských státech. Během cestování po jihovýchodní Asii poznala některé oblasti, kde sice tyto problémy nejsou zdaleka tak markantní, ovšem i tak ji toto téma zaujalo a rozhodla se mu i nadále věnovat. Jak tvrdí Rosling (2018), nejlepším způsobem poznání světa, je cestovat do zahraničí, protože přímé zkušenosti se nic nevyrovná. Díky celosvětové informovanosti lze ke každé nutné informaci najít dostatek zdrojů, přesto hlavním z nich jsou publikace, stránky, data a další odborné organizace OSN, které daly za vznik celému programu MDGs.

1. Cíle práce

Vypracovaná práce má strukturu jednoho hlavního cíle v podobě sledovaných MDGs a vzájemné srovnání splněných rozvojových cílů tisíciletí. Hlavní cíl práce je analyzovat dopady jednotlivých rozvojových cílů tisíciletí ve vybraných státech Afriky a Asie. Výběr států je podrobně rozepsán v kapitole o vymezení území. Každý z prvních tří dílčích cílů hodnotím na základě vybraných indikátorů, které podkládám daty z jednotlivých vybraných rozvojových států. Z utříděných dat internetových stránek světových organizací zjišťuji, jaké země uspěly v plnění rozvojových cílů tisíciletí. Poté následuje celková analýza dopadů splněných MDGs ve vybraných státech Afriky a Asie.

Hlavní cíl:

- Analýza dopadů jednotlivých MDGs ve vybraných státech Afriky a Asie

Dílčí cíle:

- analýza vybraných indikátorů MDG 4
- analýza vybraných indikátorů MDG 5
- analýza vybraných indikátorů MDG 6
- komparace splnění jednotlivých cílů u sledovaných zemí

2. Metodika

Práce je rozdělena na dvě části. První část se zabývá teorií a druhá je praktická část. Základem teoretické části je rozbor literatury, definování a vysvětlení klíčových pojmů, jejichž znalost podmiňuje náležité uchopení zadaného tématu, jako je například rozvojová pomoc nebo rozvojové cíle tisíciletí. Poslední díl teoretické části je zaměřen na rozvojové země. Uvádím státy, které jsem se rozhodla v této práci sledovat, a které klasifikace jsem zvolila na výběr těchto zemí.

Pro praktickou část jsou nejdůležitější elektronické zdroje, z kterých je možné čerpat data a důležité výsledky pro tuto práci. Nejvíce jsem využila oficiální stránky Světové banky (pro získání dat o počtu obyvatel) a OSN (pro ucelené informace ohledně MDGs), stránky UNICEF (pro data dětské úmrtnosti a mateřské úmrtnosti), WHO (pro data s úmrtností na malárii a tuberkulózu), UNAIDS (pro data prevalence HIV) a Gapminder (pro možnost srovnání jednotlivých států mezi sebou na bublinkových grafech). Hlavním cílem této práce je zjistit, jak vybrané země uspěly ve sledovaných indikátorech. Proto bylo nejdříve potřeba získaná data zpracovat a porovnat jejich hodnoty mezi sebou. Poté tyto data utřídit do jednotlivých databází, které zahrnovaly všechny vybrané rozvojové země spolu s každým jednotlivým indikátorem, který jsem se rozhodla sledovat. Takovéto databáze umožnily správné určení úspěšných zemí.

Zpracované statistické údaje měly tabulkový i grafický výstup, a proto pro mou práci byl nezbytný i metodický program Esri, v kterém jsem vytvořila mapové výstupy.

Návaznost jednotlivých dílčích cílů práce udávají strukturu celé práce. Na začátku každé z kapitol je stručný popis daného obsahu i metodiky.

Dostupnost a relevantnost dat

Data pro dané indikátory nebyla vždy kompletní pro všechny sledované rozvojové státy a často chyběly údaje v některých letech. Hlavními zdroji pro vyhledávání dat byly oficiální webové stránky UNICEF, WHO, UNAIDS a Světové banky, které jsem doplňovala daty z Gampinderu.

Největší problém představovala získaná data týkající se MDG 6, kdy sledovanost úmrtí na vybrané nemoci nebyla vždy zcela kompletní. Například data prevalence HIV u obyvatel 15-49 let nebyla ze zdroje UNAIDS dostupná pro státy Afganistán, Bhútán a Svatý Tomáš a Princův ostrov. Data úmrtnosti na malárii na 100 000 obyvatel ze zdroje

WHO byla neúplná a končila v roce 2006. Proto jsem tento indikátor nezahrnula ani do celkového vyhodnocení cílů, protože nelze zjistit, zdali se země zlepšily v tomto ukazateli či nikoliv. Aby tento indikátor měl alespoň nějakou vypovídající hodnotu, rozhodla jsem se zvolit i doplňkový rok 2000, který mi přiblížil situaci v této problematice u států, kterým tyto data chyběla v roce 1990 (dle OSN rok, který je odrazovým pro sledování výsledků MDGs). Data týkající se úmrtnosti na tuberkulózu na 100 000 obyvatel ze zdroje WHO byla kompletní, avšak pouze do roku 2007. Tedy u tohoto indikátoru vyhodnocuji, zdali se úmrtnost na TBC snížila oproti roku 1990.

3. Rozbor literatury a zdrojů

Pro větší informovanost o zadaném tématu o rozvojových zemích, rozvojových cílech a globálních problémech bylo třeba prostudovat mnoho knižních publikací, které se těmto tématům věnují. Dále jsem studovala časopisové články a články na internetových stránkách důležitých světových organizací. Díky celosvětovému zájmu o tuto problematiku, lze najít zajímavé články na stránkách mezinárodních institucí, ale také například na stránkách českých neziskových organizací pomáhajících nejen v rozvojových státech. Toto téma je v posledních letech natolik probírané, že se množství důležitých pramenů stále zvyšuje a lze je považovat za důvěryhodné.

Deset myšlenkových zkratků o celosvětových problémech, které ovlivňují naše názory na okolní svět rozebírá Rosling (2018) ve své knižní publikaci *Faktomluva – 10 důvodů, proč se mýlíme v pohledu na svět – a proč jsou věci lepší, než vypadají*. V této knize autor přesvědčuje čtenáře, že je třeba chápat svět na základě řeči faktů. Problematikou rozvojových zemí a dalšími pojmy spojenými s rozvojovým světem, mezinárodní spoluprací, nebo i základními zkratkami potřebnými ke studiu dalších zdrojů se zabývá Dušková (2011) v knize *Encyklopedie rozvojových studií*. Dále v knize probírá problematiku označení „rozvojový svět“, který lze dělit podle několika klasifikací, kdy různé mezinárodní instituce tyto státy dělí jinak. Klasifikaci rozvojových států podrobně popisují v kapitole Rozvojové země. Dále se rozvojovými zeměmi a jejich možným členěním se zabývá také Nováček (2014) v knižní publikaci, u které je editorem *Rozvojová studia: vybrané kapitoly*. Knižka neřeší jen uspořádání rozvojových zemí, ale také problematiku rozvojové politiky. Shrnující informace a částečně vyhodnocená data z prvních pár let po zavedení Rozvojových cílů tisíciletí jsou popsány v brožurce editora Tožičky (2008) *Příliš vzdálené cíle: Rozvojové cíle tisíciletí: manuál globálního vzdělávání*. Kategorizaci a představení těch nejdůležitějších globálních problémů světa popisují Jeníček s Foltýnem (2010) v knize *Globální problémy světa v ekonomických souvislostech*. Henry Kissinger (2016) ve své knize *Uspořádání světa: Státní zájmy, konflikty a mocenská rovnováha* poukazuje na kořeny současného uspořádání mezinárodních vztahů, které byly zformulovány po známých světových konfliktech. Tato kniha je napsána srozumitelně a stručněji než její předchůdkyně *Umění diplomacie: Od Richeieua k pádu Berlínské zdi*. Reálné příběhy z Ugandy jsou popsány v knížce autorů Františka Krampoty a Jiřího Preise *Uganda: znovu objevená perla* (2013).

V odborném časopisu Mezinárodní vztahy v 2/2006 vyšel článek od autorů T. Linder a M. Strnad s názvem *Světová banka a vývoj jejich strategií v boji proti chudobě*, který pojednává mimo jiné i o důležitých krocích pro splnění MDGs.

Samo OSN vydávalo elektronické reporty o vyhodnocování MDGs, kdy nejvíce potřebných informací lze najít v *The Millenium Development Goals Report 2015*. Shrnutí tohoto reportu na českých stránkách OSN zhodnotili v článku *MDGs 2015: Fakta*.

„*Gapminder bojuje proti veřejné nevědomosti pomocí poznatků založených na faktech ukazovaných v pohyblivých bublinkových grafech*“ (Rosling, 2018, s. 9). Zdroj Gapminder mi byl prospěšný pro doplnění dat k praktické části, ale také díky tzv. bublinkovým grafům si lze snadno zjistit, jak se dané země posunuly na grafu zdraví v průběhu let působení MDGs. Hlavními zdroji dat pro mne byly stránky WHO, UNICEF, UNAIDS a Světové banky. Z českých stránek OSN jsem čerpala informace o SDGs, které již nyní navazují na MDGs. Pro kartografické výstupy jsem použila program ArcGIS s podkladovou mapou Natural Earth.

4. Rozvojové země

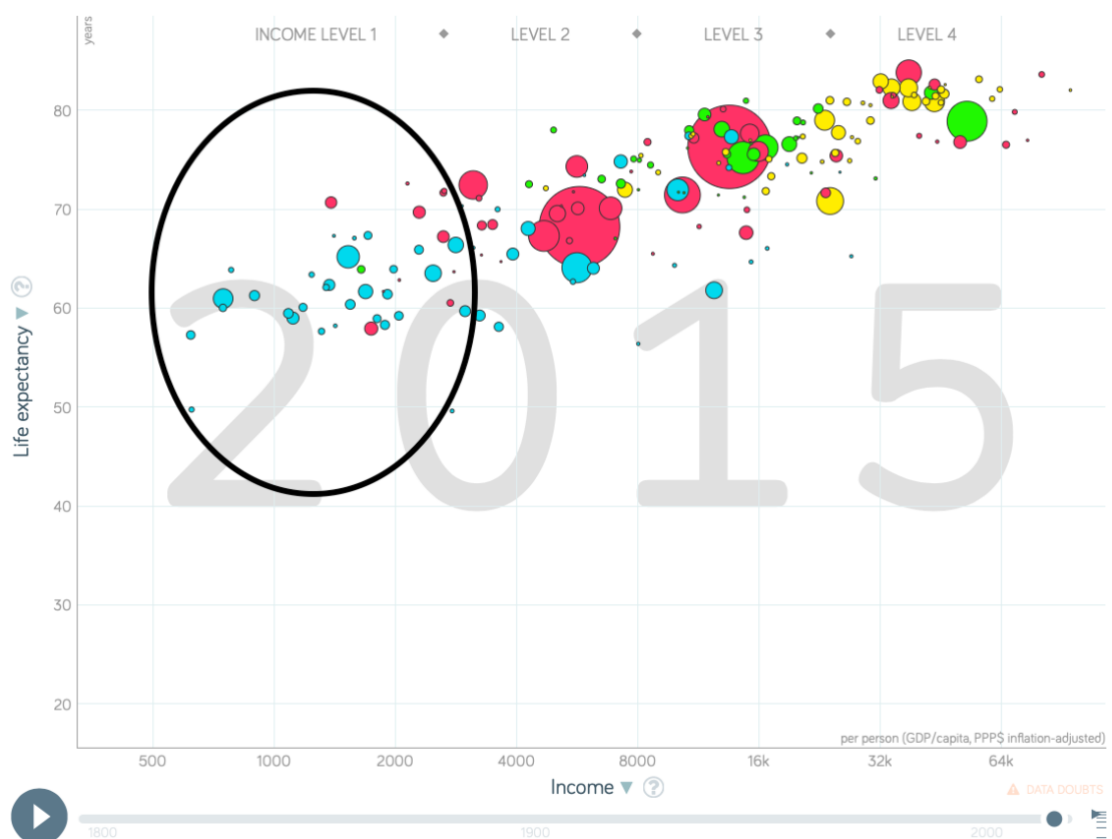
Rozvoj je možné definovat jako pozitivní změnu v určité společnosti, ve vztahu k rozvojovým zemím bychom rozvoj mohli spíše definovat jako omezování stavu chudoby (Nováček, 2014). „*Blahobyť menšiny předpokládá bídu většiny* (Tožička, 2008, s. 62).“ Neexistuje jednotný všeobecně přijímaný soubor parametrů, podle něhož by se rozeznávaly rozvojové země od těch rozvinutých. Rosling (2018) tvrdí, že termín „rozvojové země“ velká část OSN stále používá, ale neexistuje jednotná definice, proto Světová banka tento termín přestala používat („*trvalo 17 let, než veřejně oznámila, že přestává používat termíny „rozvinuté“ a „rozvojové“ země a bude nadále rozdělovat svět do 4 příjmových skupin*“ (Rosling, 2018, s. 47). Statistická divize OSN termín používá pro tzv. „statistickou užitečnost“. Naopak Dušková (2011) tvrdí, že při hledání přesné definice rozvojové země je nutné vypořádat se s problémem odlišných metodických přístupů. Přesto považuje většinu států světa za rozvojové země, protože tvrdí, že „*z geografického hlediska lze rozvojové země nalézt na všech trvale obydlených světadílech a bývají označovány sjednocujícím pojmem „rozvojový svět“*“ (Dušková, 2011, s. 278), stejně jako ona toto označení stále používá OSN i většina dalších světových institucí, které nejsou toho názoru jako Rosling (2018). Dušková (2011) dále poukazuje i na další možné označení rozvojových zemí, jako jsou například pojmy Třetí svět, státy G77 nebo relativně nový pojem z 90. let 20. století tzv. Majoritní svět. Dušková (2011) to vysvětluje následovně: „*Tento pojem upozorňuje mimo jiné i na fakt, že obyvatelé rozvojových zemí tvoří většinu populace světa (přibližně 80%)*“ (Dušková, 2011, s. 135). Na rozvinuté země (tzv. Minoritní svět) tedy připadá pouhých 20 % světové populace. Ovšem (Rosling, 2018) tvrdí, že 75 % světové populace žije v zemích se středním příjmem.

Kissinger (2016) je toho názoru, že jestliže má být systém světového uspořádání udržitelný, musí ho celá společnost akceptovat jako spravedlivý. Moderní svět nás nutí do globálního uspořádání světa. Regionální uspořádání dle vymezení na určitou geografickou oblast je možné při určitých principech. Například pokud vymežíme malou geografickou oblast, bude mít pevnější soudružnost kulturních přesvědčení, která napomohou snadnějšímu dospění a funkčnímu konsenzu.

Je tedy důležité brát v potaz nejen jednu možnou klasifikaci, ale zaměřit se na všechny možné klasifikace různých světových institucí. Díky různým pohledům vzniká hlavní problém, kdy každá z mezinárodních organizací rozeznává jiný počet rozvojových zemí,

tedy i následná rozvojová pomoc neproudí pouze do jedné skupiny zemí. Za rozvojový svět se obecně považuje většina států Asie, subsaharské a severní Afriky, Latinská Amerika, Oceánie a některé státy východní Evropy. Rosling (2018) dává za příklad vnímání lidí, kterých se ptal na otázku: „*Jaký podíl světové populace žije v zemích s nízkým příjmem¹?*“ (Rosling, 2018, s. 39). Správných odpovědí je pouhých 9 %, přesto představa rozděleného světa na my a oni, nebo Západ a zbytek světa, popřípadě rozvojové a rozvinuté země v nás „Západanech“ stále je. Země s nízkými příjmy jsou mnohem rozvinutější, než si myslíme, a postupně směřují do skupiny rozvinutých zemích (Rosling, 2018).

Obr. č. 2: Skupina států na úrovni 1 v roce 2015



Zdroj: gapminder.org

Z Roslingova (2015) základního grafu (očekávaný věk dožití a příjem země) vidíme svět rozdělen do čtyř příjmových úrovní. Pro ukázkou jsem zakroužkovala ty, které jsou na tzv. level income 1 v roce 2015. Tedy lze s jistotou říci, že tyto státy tvoří většinu světa, jak si my „Západané“ myslíme.

¹ Dle Roslinga (2018) země na tzv. levelu 1 (low income), kdy obyvatelé žijí s jedním až dvěma dolary na den, tedy populace žijící v extrémní chudobě.

Dle Duškové (2011) jsou rozvojové země charakteristické koloniální minulostí, chudobou, negramotností, výskytem epidemií², hladomorů a častými válkami. Hospodářství je založeno na zemědělské produkci, tyto země mají tedy nízkou úroveň industrializace. V rozvojových zemích bývá velmi nízká platební důvěryhodnost a tyto státy nejsou často schopny efektivně konkurovat vyspělým ekonomikám na globálním trhu, a proto jsou mnohdy závislé na mezinárodní finanční i materiální pomoci ve formě rozvojových a humanitárních programů. Ve srovnání s rozvinutými zeměmi dosahují rozvojové země nízké úrovně socioekonomického rozvoje. Ekonomický růst má pozitivní vliv na rozvoj lidské společnosti, ale každá země se liší v tom, jak dokáže nejen tento ekonomický růst, ale i materiální hodnoty jím vytvořené přetvořit do růstu životní úrovně obyvatel své země. Nemůžeme si myslet, že závislost mezi ekonomickým růstem a růstem životní úrovně obyvatel je automatická (Jeníček, Foltýn, 2010).

Nováček (2014) interpretuje vyjádření Michala Kaplana (ředitele České rozvojové agentury), který uvedl deset důvodů, proč poskytovat rozvojovou pomoc: z důvodů náboženských a etických, jako prevenci ozbrojených konfliktů a terorismu, předcházení nelegální migraci a organizovanému zločinu, pro ochranu životního prostředí a globálně významných ekosystémů, pro stabilizaci světové ekonomiky a vznik a rozvoj nových trhů, uplatňování produktů a technologií poskytovatele pomoci na území a trzích příjemce pomoci, jako podporu zaměstnanosti především mladých lidí, pro lepší diplomatické vztahy se zeměmi přijímajícími pomoc, pro větší prestiž a vliv na mezinárodní politické scéně a v neposlední řadě pro šíření našich hodnot a kultury.

Podle Programu OSN pro rozvoj jsou hlavními cíli: možnost žít dlouhý a zdravý život, možnost získávat vědomosti a možnost přístupu ke zdrojům nutným pro zajištění důstojného života (Dušková, 2011). Rozvojový program OSN je největším poskytovatelem grantů, které přímo spravuje Kapitálový fond OSN. Ten se zaměřuje na podporu mikrofinančních projektů a programů místního rozvoje v LDCs. Program rozděluje státy do 4 skupin dle indexu lidského rozvoje (HDI) a přenáší informace a zkušenosti mezi jednotlivými aktéry rozvojové oblasti, čímž koordinuje aktivity, které vedou k dosažení MGGs. Snaží se tedy o prosazování globálních rozvojových cílů, ale pomáhá také s řešením problémům na lokální úrovni (Dušková, 2011).

² Epidemie – výskyt většího množství onemocnění, které přesahují běžný výskyt daného jevu v daném časovém období na daném místě

Výše zmíněné názory se shodují na tom, že rozvojové země se se svou sociálně-ekonomickou situací nemohou vypořádat samy, proto jim v jejich úsilí musí vypomoci celá lidská civilizace (Jeníček, Foltýn, 2010). Oficiální rozvojová pomoc (neboli Official Development Assistance, dále jen ODA) může být poskytována pouze do zemí uvedených v seznamu příjemců ODA, který je sestavován Výborem pro rozvojovou pomoc organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD). Na tento seznam jsou zařazeny země, které pravidelně spadají dle Světové banky do kategorie zemí s vyššími středními příjmy nebo do nižších kategorií (Dušková, 2011). Hlavním kritériem ODA je podpora ekonomického rozvoje a blahobytu rozvojovým zemím. ODA poskytuje toky prostředků (ve formě peněz, zboží a služeb) do rozvojových zemí, které jsou poskytnuty oficiálními agenturami, použity s hlavním cílem podpořit ekonomický rozvoj a blahobyt v rozvojových zemích a jsou zvýhodněné (tzn. mají tzv. koncesionální charakter).

„Ruku v ruce s bezprecedentní vzájemnou provázaností hrozí chaos: v šíření zbraní hromadného ničení, v rozpadu států, v přetrvání genocidních praktik a v šíření nových technologií“ (Kissinger, 2016, s. 14).“ Rozvojové země jsou také stejně jako my vystaveny globálním problémům celé společnosti, jichž se obává i rozvinutý svět. Rosling (2018) považuje za pět největších globálních rizik: globální pandemii, finanční kolaps, vznik třetí světové války, klimatickou změnu a extrémní chudobu. Domnívá se, že existuje vysoká pravděpodobnost, že nastanou a způsobí množství utrpení. Jeníček s Foltýnem (2010) dělí globální problémy do tří hlavních skupin. První jsou tzv. intersociální problémy, které zahrnují sociálně – ekonomickou zaostalost rozvojových zemí, globální problémy chudoby a zadluženosti, problémy systému mezinárodních vztahů včetně užití vědy a technologie a vývoj globálního problému války, míru a terorismu. Druhou skupinou, dle mého názoru nejznámější kategorií, jsou přírodně – sociální problémy, do kterých spadá populační, potravinový, energetický a environmentální problém.

Do této skupiny patří i příklad problému přírodních katastrof, kdy Rosling (2018) zmiňuje, že pokud taková katastrofa postihne zemi na úrovni 1, je zde míra úmrtnosti vyšší (díky nekvalitně postaveným budovám, špatné infrastruktuře či nedostatečné zdravotní péči), než pokud by přírodní katastrofa postihla jinou zemi na vyšší úrovni. Sama jsem sledovala dvě poslední katastrofy v Nepálu, kdy sotva se Nepál zotavil ze zemětřesení v roce 2015, přišly záplavy v roce 2017. Shodou okolností 14 dní

před těmito záplavami v nepálském Chitwanském národním parku pracoval můj bratr v místní vesnici Sauraha. Po těchto záplavách vesnice přišla téměř o všechna obydlí (která byla postavena převážně ze směsi vody a hlíny), a proto se založila sbírka v Táborském gymnáziu, která měla této vesnici pomoci znovu se postavit na nohy. Tedy nemusíme se vždy spoléhat jen na pomoc humanitární, ale můžeme pomoci i jako jednotlivci.

Poslední skupinou jsou antroposociální globální problémy, kterými autoři myslí trvale udržitelný rozvoj, tedy komplexní problém budoucnosti člověka. Tito autoři zmiňují i jiné možné dělení. Dělí globální problémy na ultimativní, základní a elementární problémy, dle rozsahu působení daného problému (Jeníček, Foltýn, 2010). Kategorizace můžou být různé, protože spolu všechny globální problémy navzájem souvisejí a společně varují v oblastech selhávání rozvoje lidské civilizace a poukazují na možnou cestu do lepší budoucnosti. Rosling (2018) nazývá globální problémy jako megazabijáky, proti kterým je nutné v úzké spolupráci bojovat a pokusit se jich zbavit.

Kissinger (2016) představuje pojem tzv. „světová komunita“, jenž zahrnuje všechny kultury a velké regiony světa, může budovat rozsáhlou síť mezinárodních právních a organizačních struktur, které pomohou při řešení mezinárodních sporů. Mezi velké regiony se již považují skoro všechny země Asie, které se považují za „mocnosti na vzestupu“.

„Zaměření na specifické oblasti rozvoje, které jsou zahrnuty do Rozvojových cílů tisíciletí, by nemělo odvádět pozornost od faktu, že rozvoj je velmi komplikovaný a široký proces, ve kterém jsou jednotlivé problémy úzce provázané a vzájemně se silně ovlivňují (Ban Ki – moon, UN, 2007).“

4.1 Klasifikace rozvojových zemích

Existuje mnoho možností, jak rozvojové země klasifikovat. Hlavní tři kategorizace zemí podle mezinárodních institucí jsou podrobněji popsány níže. Jsou to klasifikace podle Světové banky, Mezinárodního měnového fondu a Rozvojového programu OSN. Tyto tři klasifikace mají podobný znak, kterým je rozdělení zemí podle uvažovaných úrovní ekonomické aktivity (na osobu). Proti těmto klasifikacím jdou Jeníček a Foltýn (2010), kteří odlišují země odlišně, a to na základě tzv. klasického a nového pojetí. Kdy klasické pojetí vychází ze sociálně-ekonomické soustavy kritérií a pozůstatků koloniální minulosti, negramotnosti apod. Zatímco nové pojetí navazuje na světové instituce a vychází z kritérií určité úrovně důchodu na obyvatele (Jeníček a Foltýn, 2010). Jak

uvádí Rosling (2018), je nutné si nejen svět, ale i rozvojové země kategorizovat, abychom měli přehled, komu je třeba primárně pomoci. Ovšem musíme si uvědomovat, že námi zvolené kategorie jsou často zjednodušené, tedy i částečně zavádějící.

OSN dále rozděluje rozvojové země i jako určité specifické skupiny. Tyto specifické skupiny jsou rozděleny na rozvojové země vymezené na základě oficiálních kritérií (LDCs a HIPC³) a na rozvojové země vymezené bez stanovení oficiálních kritérií (NIC, EME, SIDS a LLDCs⁴). V neposlední řadě lze brát v potaz i například klasifikaci rozvojových zemí dle geografické polohy, kdy například státy Afriky, Karibiku a Tichomoří (tzv. země ACP) tvoří 79 rozvojových států. Mezi hlavní cíle momentálně patří podpora udržitelného rozvoje, snižování chudoby a větší zapojení těchto zemí ACP do světové ekonomiky a mezinárodního obchodu (Nováček, 2014). Na základě geografických kritérií lze brát v potaz rozvojové regiony nebo sub-regiony, avšak pro výrazně odlišné vymezení těchto skupin z pohledu světových institucí, nelze brát toto rozdělení jako směrodatné pro tuto práci.

4.1.1 Klasifikace Světové banky

Světová banka používá při stanovování úrovně rozvoje národního hospodářství tradiční ekonomický ukazatel – hrubý národní důchod (HND) na 1 obyvatele v amerických dolarech. Namísto rozdělování světa do dvou skupin, rozděluje Světová banka svět do 4 příjmových skupin. Tyto čtyři důchodové kategorie zemí jsou: země s nízkým důchodem, nižším středním důchodem, vyšším středním důchodem a vysokým příjmem. Za rozvojové státy jsou považovány poté všechny ty, které nepatří do nejvyšší skupiny příjmů. Dušková (2011) interpretuje názor Světové banky v klasifikaci rozvojových zemí, kdy hlavní slabinou je, že tato metoda nezahrnuje šedou a černou ekonomiku každého jednotlivého státu na světě. Nováček (2014) říká, že tato klasifikace nadhodnocuje relativní rozdíly mezi zeměmi s různou ekonomickou úrovní, protože cenová hladina roste s ekonomickou vyspělostí dané země.

Tato klasifikace je vždy platná jeden rok (fiskální), podle toho, jak Světová banka určí rozmezí HND na osobu jednotlivých skupin a také podle toho, jak na tom daná země

³ LDCs – Nejméně rozvinuté země, HIPC – vysoce zadlužené chudé země

⁴ NIC – Nově industrializovaná země, EME – Vynořující se ekonomiky, SIDS – Malé ostrovní rozvojové státy, LLDCs – Vnitrozemské rozvojové státy

aktuálně podle HND je (Nováček, 2014). Světová banka nepoužívá kategorii rozvojové země, ale pouze již zmíněné důchodové kategorie.

4.1.2 Klasifikace Mezinárodního měnového fondu

Mezinárodní měnový fond nezakládá svou klasifikaci na ekonomických ani jiných kritériích a ta prošla určitým vývojem (IMF, 2013 a). MMF má vyšší počet kritérií pro určení, do jaké skupiny daná země patří. Mezi ně patří důchod na osobu, struktura vývozu a míra (stupeň) integrace do globálního finančního systému. Jednostranná orientace vývozu značí nízkou úroveň rozvoje, což ukazuje Nováček (2014) na příkladu zemí, které jsou zaměřené pouze na vývoz ropy, a tedy tyto země nejsou považovány za vyspělé země, i když podle klasifikace Světové banky by patřily do skupiny s vysokým důchodem. Avšak Dušková (2011) toto kritérium považuje spíše za míru různorodosti vyváženého zboží.

Podle těchto kritérií rozděluje MMF státy světa do dvou kategorií: vyspělé ekonomiky (advanced economies) a vynořující se a rozvojové ekonomiky (emerging market and developing economies) (Nováček, 2014). Do první kategorie spadalo k roku 2012 téměř 15 % populace a do druhé kategorie patřilo více než čtyři pětiny klasifikovaných zemí světa, proto MMF musí tuto kategorii členit dále do šesti regionálních skupin a dalších analytických skupin (Nováček, 2014).

4.1.3 Klasifikace Rozvojového programu OSN

Rozvojový program OSN používá relativně komplexní ukazatel rozvoje, kdy rozděluje země podle výše indexu lidského rozvoje (HDI). Ten se skládá z indexů očekávané délky života, indexu vzdělání a indexu HND (tedy životní úrovně) (Nováček, 2014). Dušková (2011) HDI vysvětluje jako ukazatel kvality života, složený ze stejných indexů (stejně tak zmiňuje Nováček, 2014). Nováček (2014) ovšem doplňuje toto vysvětlení o výpočet HDI, který se podle obou autorů vypočítává jako geometrický průměr tří subindexů, z kterých jsou země rozděleny do čtyř kategorií. Tyto kategorie jsou země s velmi vysokým lidským rozvojem, se středním lidským rozvojem nebo s nízkým lidským rozvojem. Dělení je nyní rozděleno do čtyř skupin podle čtyř kvartilů (percentilů) hodnot HDI (Nováček, 2014). Dušková (2011) dále zmiňuje i fakt, že i přes nedostatečné teoretické podložení indexu byl tento ukazatel přijat a nyní se používá při porovnávání úrovně rozvoje jednotlivých zemí světa.

Klasifikace specifických skupin rozvojových zemí je brána jako vyčlenění speciálních skupin mezi rozvojovými zeměmi na základě oficiálních kritérií stanovených mezinárodními institucemi, nebo skupiny bez jasně definovaných kritérií.

4.1.3.1 Nejméně rozvinuté země

Základními kritérii této skupiny podle OSN jsou extrémní chudoba, strukturálně slabá ekonomika, nedostatek kapacit pro hospodářský růst, nedostatek institucionálních zdrojů a kvalifikovaného lidského kapitálu a v neposlední řadě nevýhodná geografická poloha. OSN dále stanovilo tři kritéria, kterých musí země dosáhnout, aby mohla být zařazena (tzv. inkluze) nebo vyřazena (tzv. graduace) do zemí LDCs. Kritérium nízkého příjmu HND na obyvatele musí být menší (ve tříletém průměru) než 992 USD na obyvatele za rok pro zařazení, pro vyřazení musí tato hodnota být vyšší než 1190 USD. Kritérium indexu lidských zdrojů (HAI⁵), které započítává ukazatele podílu podvyživených obyvatel v populaci, zdraví – míra úmrtnosti dětí mladších pěti let, vzdělání – podíl zapsaných studentů do sekundární úrovně vzdělávání a gramotnost dospělých (*„poskytuje informaci o velikosti vzdělané populace vhodné pro další vzdělávání a zvyšování odbornějších kvalifikací, jež jsou nutným předpokladem pro rozvoj“* (Nováček, 2014, s. 72) musí mít hodnotu vyšší než 60 pro inkluzi, pro graduaci vyšší než 66. Posledním kritériem je index ekonomické zranitelnosti (EVI), do kterého se započítává například nestabilita zemědělské produkce, nestabilita vývozu, ekonomický význam moderních odvětví nebo odlehlost od světových trhů musí být hodnota pro zařazení vyšší než 36 a pro vyřazení země z LDCs nižší hodnota než 32 (Nováček, 2014). Mimo tyto kritéria je i jedno doplňující, které neumožňuje vstup do seskupení států LDCs (nově) vzniklým zemím, které mají více než 75 milionů obyvatel. Data k těmto kritériím jsou aktuální k roku 2013 stanovené Odborem hospodářských a sociálních věcí OSN (UN DESA). Pro inkluzi je nutné splnit všechny čtyři kritéria, zatímco pro graduaci je třeba splnění alespoň dvou ze tří hlavních kritérií, a to dvakrát za sebou a teprve pak následuje tříleté přípravné období rozhodnutí o graduaci (Nováček, 2014).

Nyní do této skupiny spadá 47 států, z nichž je 33 z regionů Subsaharské Afriky, 9 z Asie, 4 z Oceánie a jeden ostrovní stát z Latinské Ameriky. Pro skupinu LDCs je třeba zvláštní asistence mezinárodního společenství, které pomohou těmto nejvíce zranitelným ekonomikám světového hospodářství. Momentálním cílem do roku 2020 je vyřazení

⁵ HAI – Human Assets Index (index lidských zdrojů)

nejméně poloviny zemí z LDCs. To se zatím v celé historii této skupiny povedlo pouze 6 zemím. První zemí je nynější svazový stát Indie (Sikkim), která to dokázala již v roce 1975 (tedy již 4 roky po vyhlášení této skupiny) a později se stala jedním ze svazových států Indie a další následovaly Botswana, Kapverdy, Maledivy, Samoa, a poslední v roce 2017, Rovnická Guinea. Přesto (UN, 2015) předpokládá vyřazení Vanuatu, Angoly, Bhútánu, Svatého Tomáše a Princova ostrova a Šalamounových ostrovů do roku 2024. Přestože jak tvrdí Bjerkholt (2005), původně se vůbec nediskutovalo o možnosti vyřazení země z LDCs. Kritéria pro inkluzi a graduaci byla stanovena až na druhé konferenci v roce 1990.

Úřad vysokého představitele OSN pro nejméně rozvinuté země, rozvojové země a malé ostrovní rozvojové státy (dále jen UN-OHRLS) ve vztahu k LDCs má za cíl podporovat plnění závazků mezinárodních společenství rozvojových zemí této skupiny (Nováček, 2014). Dušková (2011) říká, že Mezinárodní společenství uplatňuje vůči LDCs specifický přístup v rámci mezinárodního obchodního systému, a to především prostřednictvím obchodních a tržních preferencí. Země LDCs vytvářejí necelé 1 % globálního HDP a jejich podíl na světovém exportu je také nižší než 1 % (UNCTAD, 2011). Jako příklad obchodní preference může být iniciativa Evropské unie (Všechno kromě zbraní, tzv. EBA), která umožňuje všem exportům z LDCs vyjma zbraní a munice okamžitý bezcelní a bezkvótní přístup na trh Evropské unie. Do LDCs proudí jen 30 % oficiální rozvojové pomoci a jejím největším poskytovatelem je právě sama Evropská unie (Nováček, 2014). CDP (2008) namítá, že dle nich z chování donorských zemí poskytujících rozvojovou spolupráci vyplývá, že statut LDCs je jen jedním z více kritérií, které donory přesvědčí o poskytnutí rozvojové pomoci. Také uvádějí možnost, že pokud země graduuje ze skupiny LDCs je možné, že se sníží objem pomoci z donorských zemí. Nováček (2014) upozorňuje na to, že i díky postojům donorských zemí *„jsou především z politického pohledu velmi důležité dobře naplánované strategie pro gradující země, pro něž by tuto přechodnou dobu měly být preference také přístupné“* (Nováček, 2014, s. 87), aby graduací ze zemí LDCs nepřišly o důležitou část rozvojové pomoci.

Nováček (2014) již zaznamenal vysoký ekonomický růst v zemích LDCs, ale i přes tento růst jsou země této skupiny výrazně zaostalé nejen za rozvinutým světem, ale i za zbytkem rozvojového světa. Proto nejen Nováček (tamtéž), ale i sama autorka této práce jsou si vědomi, že i nadále je nutné věnovat této skupině nadstandardní pozornost.

4.1.3.2 Vysoce zadlužené chudé země

Vysoce zadlužené chudé země neboli Heavily Indebted Poor Countries (dále jen HIPC) jsou skupinou chudých států, které mají vysoký zahraniční dluh, a proto pro ně byl navržen mechanismus odpouštění zahraničních dluhů (Iniciativa HIPC). Pro označení země jako země HIPC je nutné splňovat hlavní čtyři kritéria: nízká ekonomická úroveň (podle klasifikace Světové banky i podle MMF), implementování reformní hospodářské politiky, s asistencí MMF a Světové banky vypracovat strategii pro snižování chudoby a neudržitelné dluhové břemeno, které je definováno jako podíl zahraničního dluhu na vývozu musí být minimálně 150 % a podíl dluhu na celkových příjmech státu minimálně 250 %. Po splnění těchto kritérií rozhoduje Světová banka spolu s MMF, zda takovou zemi přijmou do skupiny HIPC, ovšem nejprve musí dojít k bodu splnění a bodu rozhodnutí, po kterých jsou teprve zemi odpuštěny dluhy dohodnuté v bodu rozhodnutí (Nováček, 2014). Nováček (2014) také poukazuje na fakt, že do roku 1999 bylo takto odpuštěno pouze 4 zemím světa, ostatní země zařazené do této skupiny na své odpuštění dluhů stále čekají.

Cílem této skupiny je snížení zahraničních dluhů vysoce zadlužených chudých zemí na udržitelnou úroveň. Ovšem tato skupina byla kritizována pro možnost zemí v budoucnu neusilovat o snahu splácení svých dluhů vůči zemím, které by se chovaly odpovědně a dluhy by neměly nebo je vzorně splácely (Nováček, 2014).

4.1.3.3 Nově industrializované země

Nově industrializovaná země neboli Newly Industrialized Countries (dále jen NIC) jsou rozvojové země, které úspěšně prošly procesem industrializace, tedy ze zemědělských zemí se staly země průmyslové. Hlavní tři kritéria, které pro tuto skupinu stanovila Světová banka a OECD jsou: podíl průmyslu na HDP země je alespoň 25 %, na vývozu země se alespoň z 50 % podílejí výrobky průmyslově zpracované a daná země dosahuje tak vysokého ekonomického růstu, že z rozvojové země se stává země rozvinutá. V první vlně byla průmyslová výroba těchto zemí orientována na vývoz do rozvinutých zemí, a tedy i díky přílivu zahraničního kapitálu, technologií a licencí dochází urychlení ekonomického vývoje země. Dochází tedy i k transformaci z výroby na kapitálově náročnější produkci (Leonard, 2006). Druhá vlna industrializace byla založena na strategii vývozu, kdy země této vlny disponovaly relativně velkými zdroji surovin a bylo na každé zemi, jakou zvolí strategii, aby dosáhla konkurenceschopnosti

na mezinárodní úrovni. Proto každá země měla jinak rychlý nástup na světový trh (Nováček, 2014).

4.1.3.4 Vynořující se ekonomiky

Mezi Vynořující se ekonomiky neboli Emerging Economies (dále jen EME) patří ty rozvojové země, které jsou charakteristické svým prudkým ekonomickým rozvojem, úspěšnými tržními reformami, a především velkým potenciálem pro další ekonomický vývoj. Žádná kritéria pro přijetí do této skupiny neexistují, ale mají pár společných znaků, například rychlé otevírání se světu z hlediska zahraničního obchodu a investic. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o rychle se rozvíjející rozvojové země s velkým potenciálem pro další vývoj země, i když v poslední době není mnoho rozdílů mezi rozvojovými zeměmi a zeměmi vynořujících ekonomik (Nováček, 2014). Dle Nováčka (2014) je tato skupina náchylná k potenciální ekonomické nebo či finanční krizi.

4.1.3.5 Malé ostrovní rozvojové státy

Malé ostrovní rozvojové státy neboli Small Island Developing States (dále jen SIDS) jsou skupinou států, které mají podobné charakteristiky ekonomické, sociální nebo environmentální, avšak jsou odlišné geograficky i kulturně. Jde o ostrovní, přímořské státy i teritoriální území, které opět nemají žádná stanovená kritéria OSN, ale spojuje je malá rozloha s nízkým počtem obyvatel, izolovanost, omezenost přírodních zdrojů a vyšší výskyt přírodních katastrof. Tyto země jsou závislé na zahraničním obchodě a cestovním ruchu, kvůli jejich velké vzdálenosti od ostatních světových trhů. Hlavními problémy těchto zemí jsou vlastní nesoběstačnost a obavy z přírodních katastrof (tsunami, tropické cyklóny), které dokážou zapříčinit existenční problémy SIDS. Aliance malých ostrovních států (AOSIS) sdružuje SIDS a pomáhá jim zlepšit jejich postavení na mezinárodních trzích (Nováček, 2014).

4.1.3.6 Vnitrozemské rozvojové země

Vnitrozemské rozvojové státy neboli Landlocked Developing Countries (dále jen LLDCs) jsou charakteristické geografickou vzdáleností od moře, která zapříčiňuje závislost (hospodářskou, obchodní...) na sousedních státech. Avšak pokud jde o sousední státy, které jsou tzv. nestabilní, prohlubují se problémy i ve zemích LLDCs. Proto není náhodou, že mezi tyto země patří ze 42 vnitrozemských států 31 rozvojových zemí, z kterých 16 patří i do skupiny LDCs (Nováček, 2014).

4.2 Shrnutí

Klasifikací na rozdělení rozvojových států existuje mnoho a nikde není jasně dáno, jaké země do tohoto označení spadají. Země světa lze dělit dle oficiálních klasifikací i kategorizovat podle různých institucí, které se zaměřují na nějaký určitý ukazatel nebo na nějakou speciální konkrétní skupinu, kdy výše zmíněné patří mezi ty nejznámější. I když se skupiny jednotlivých institucí navzájem prolínají, respektují se mezi sebou. Dále vzniklo několik organizací, skupin a společenství (některé z nich zmiňuji výše), které se snaží pomáhat. Pro řešení problémů specifických skupin (LDCs, SIDS a LLDCs) byl zřízen UN-OHRLLS, který podporuje státy těchto skupin, aby se jim dařilo plnit cíle, které si vytyčila každá ze skupin (Nováček, 2014). Tato klasifikace (dle Rozvojového programu OSN) je dle mého názoru nejlepším vytyčením různých skupin rozvojových zemí, které v této práci sleduji. Ostatní klasifikace mi nepřijdou tak jasně dány a například s klasifikací dle MMF příliš nesouhlasím. Protože má v jedné skupině státy jak subsaharské Afriky, tak třeba i Čínu. Nemyslím, že zrovna tyto státy jsou na podobné úrovni (Rosling snadno ukazuje rozdíl mezi státy na bublinkových grafech).

5. Vymezení území

Nejvíce postiženými oblastmi MDGs 4-6, jsou státy subsaharské Afriky a země jižní a jihovýchodní Asie. V těchto oblastech se vyskytují nejzávažnější infekční onemocnění, mezi které se řadí HIV/AIDS, malárie, průjmová onemocnění, TBC, infekce horních a dolních cest dýchacích a další tropické nemoci. Infekční nemoci se šíří mnohem rychleji v oblastech s chatrnými příbytky bez přístupu k pitné vodě a hygienickému zázemí (Nováček, 2014).

Nejméně rozvinuté země jsou nejhudší a ekonomicky nejslabší státy světa. Jedná se o nejvýznamnější ze skupiny specifických skupin rozvojových zemí, také díky tomu jsem se rozhodla této skupině z roku 2000 se věnovat v této práci. Mimo jiné především pro tuto skupinu byly plánované Rozvojové cíle tisíciletí, které jsou hlavním tématem této práce.

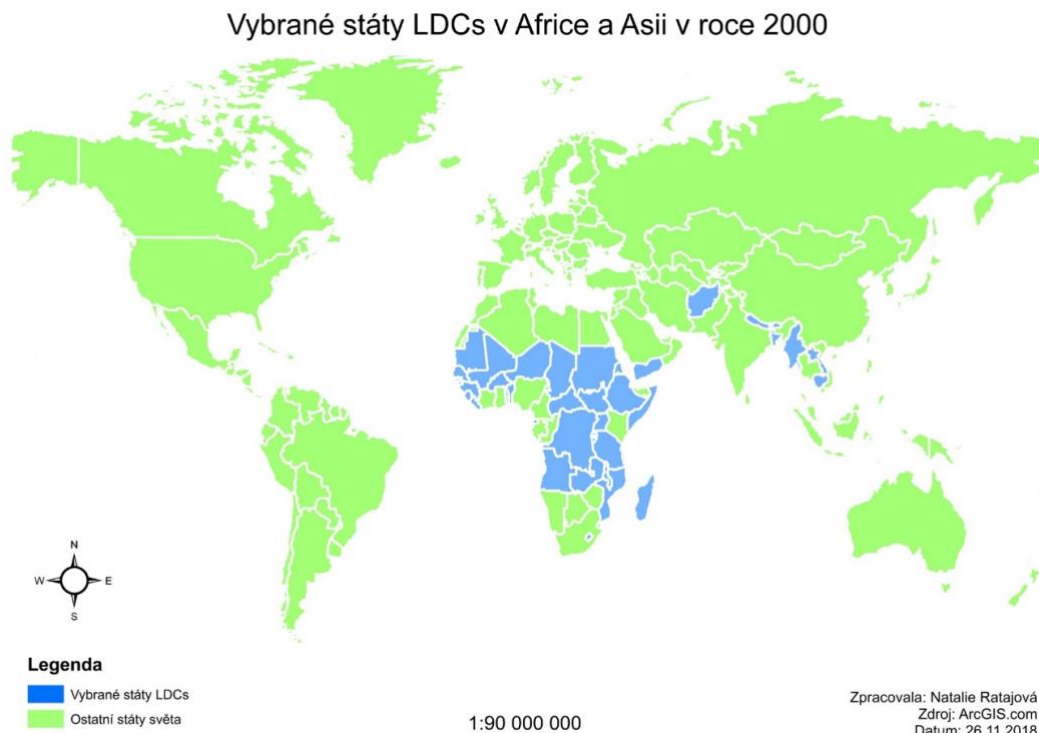
Oficiální stránky LDCs (UN, 2019) uvádějí několik změn v počtu členů od roku 2000 do roku 2015, tedy roky začátku a konce období, kdy byla snaha daných cílů dosahovat. V roce 2000 byl zařazen Senegal, v roce 2003 zařadilo OSN Východní Timor, v roce 2007 došlo k vyřazení Kapverd, v roce 2011 Maledivy, v roce 2012 byl zařazen nový stát Jižní Súdán a v roce 2014 byla vyřazena Samoa. V mé práci se těchto změn dotklo jen zařazení Východního Timoru a Jižního Súdánu, s kterými v práci nepočítám i přes to, že byly členy v roce 2015, avšak jak jsem již zmiňovala, klíčové jsou pro mě státy Afriky a Asie v roce 2000. Následující tabulka ukazuje tedy všechny státy Afriky a Asie, které pro tuto práci připadají v úvahu a budu s nimi nadále pracovat.

Tab. č. 1: Vybrané rozvojové země Afriky a Asie

Afganistán	Angola	Bangladéš	Benin	Bhútán	Burkina Faso
Burundi	Čad	Demokratická republika Kongo	Džibutsko	Eritrea	Etiopie
Gambie	Guinea	Guinea –Bissau	Jemen	Kambodža	Komory
Laos	Lesotho	Libérie	Madagaskar	Malawi	Mali
Mauritánie	Mosambik	Myanmar	Nepál	Niger	Rwanda
Rovníková Guinea	Senegal	Sierra Leone	Somálsko	Středoafriická republika	Súdán
Svatý Tomáš a Princův ostrov	Tanzanie	Togo	Uganda	Zambie	

Zdroj: Vlastní zpracování dle členských států LDCs v roce 2000

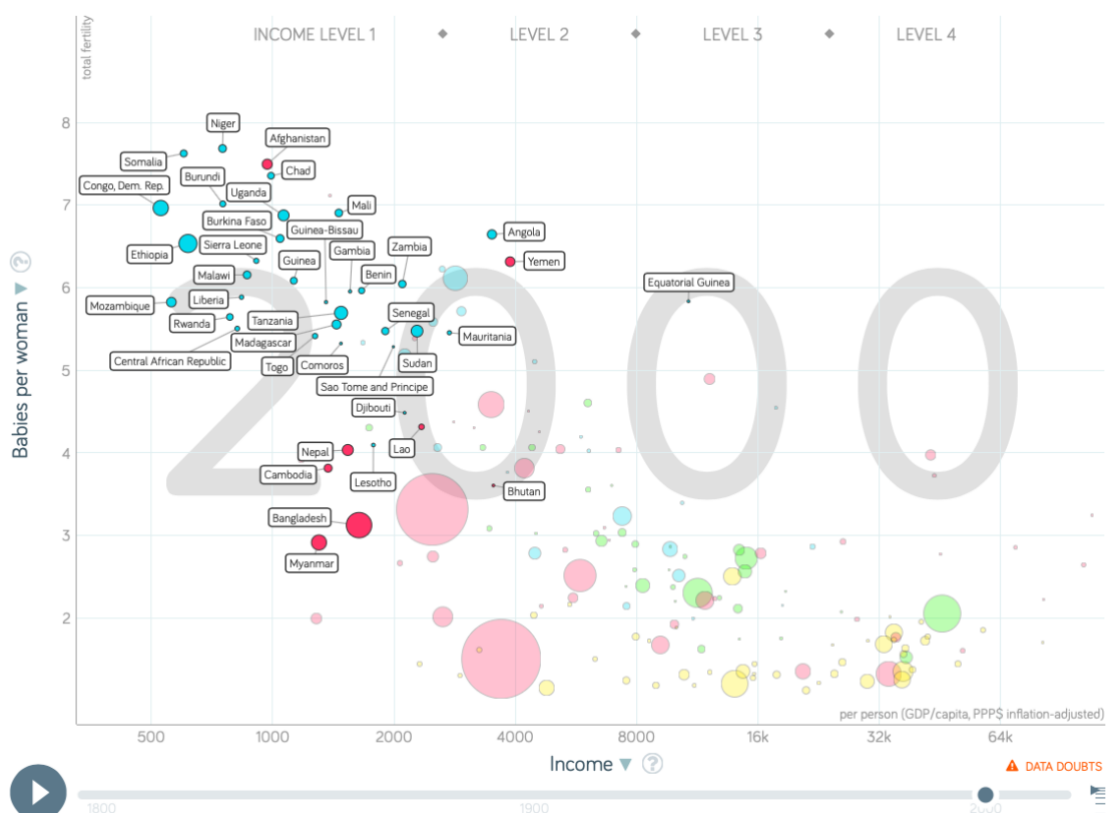
Obr. č. 3: Mapa vybraných států LDCs na mapě světa v roce 2000



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth

Vybrané státy z tabulky č. 1, které jsou vyznačeny na obrázku č. 3 měly k roku 2000 přibližnou rozlohu 20 825 100 km² a žilo v nich 648 606 000 lidí (dle dat Světové banky). Data ukazují, že tyto státy zaujímají přibližně 4,08 % celkové rozlohy země a 10,6 % obyvatel zeměkoule. Všechny 41 zvolených států spadá do skupiny LDCs dle klasifikace Rozvojového programu OSN. Dle klasifikace Světové banky patří tyto státy do skupin s nízkým příjmem (Low-income countries) nebo s nízkým středním příjmem (Lower middle income countries).

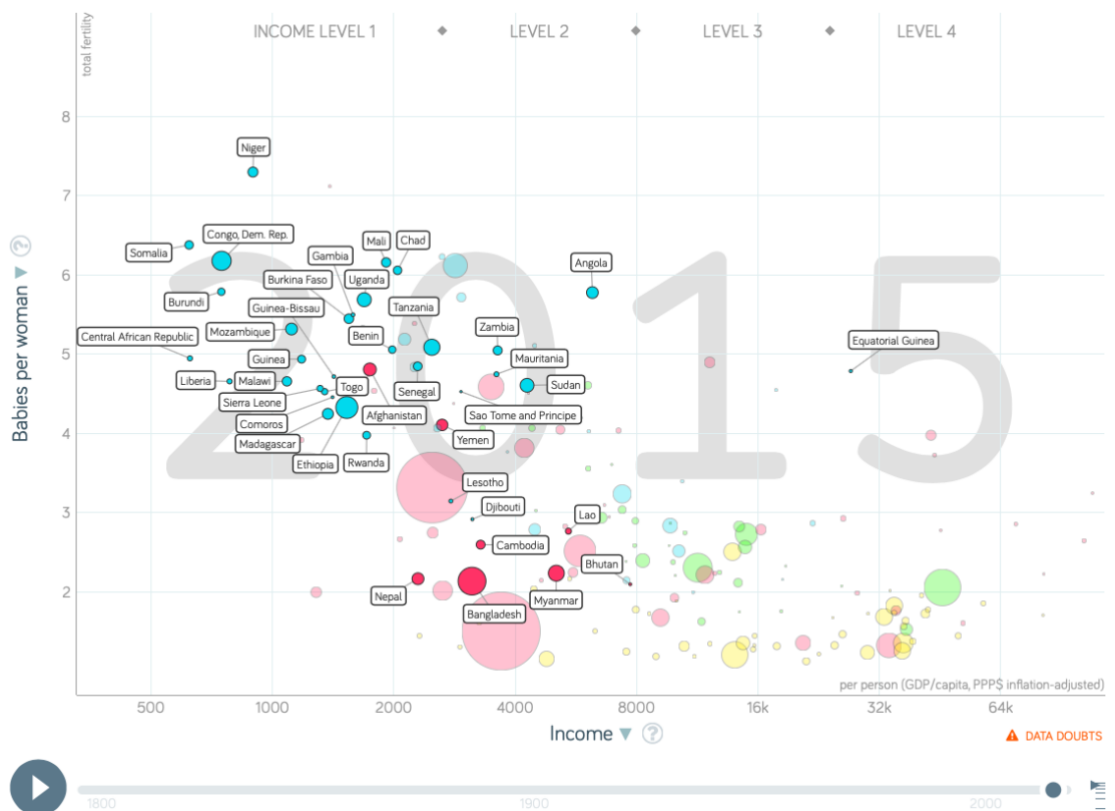
Obr. č. 4: Vybrané státy LDCs v roce 2000



Zdroj: gapminder.org

Z grafu převzatého z Gapminderu lze vyčíst, že v roce 2000 patřila většina mnou sledovaných států do skupiny s nízkým příjmem (tedy dle Roslinga, státy na příjmové úrovni 1). Pouze státy Angola, Bhútán, Mauritánie a Jemen byly již v roce 2000 na úrovni 2. Jediná Rovnicková Guinea byla na úrovni 3.

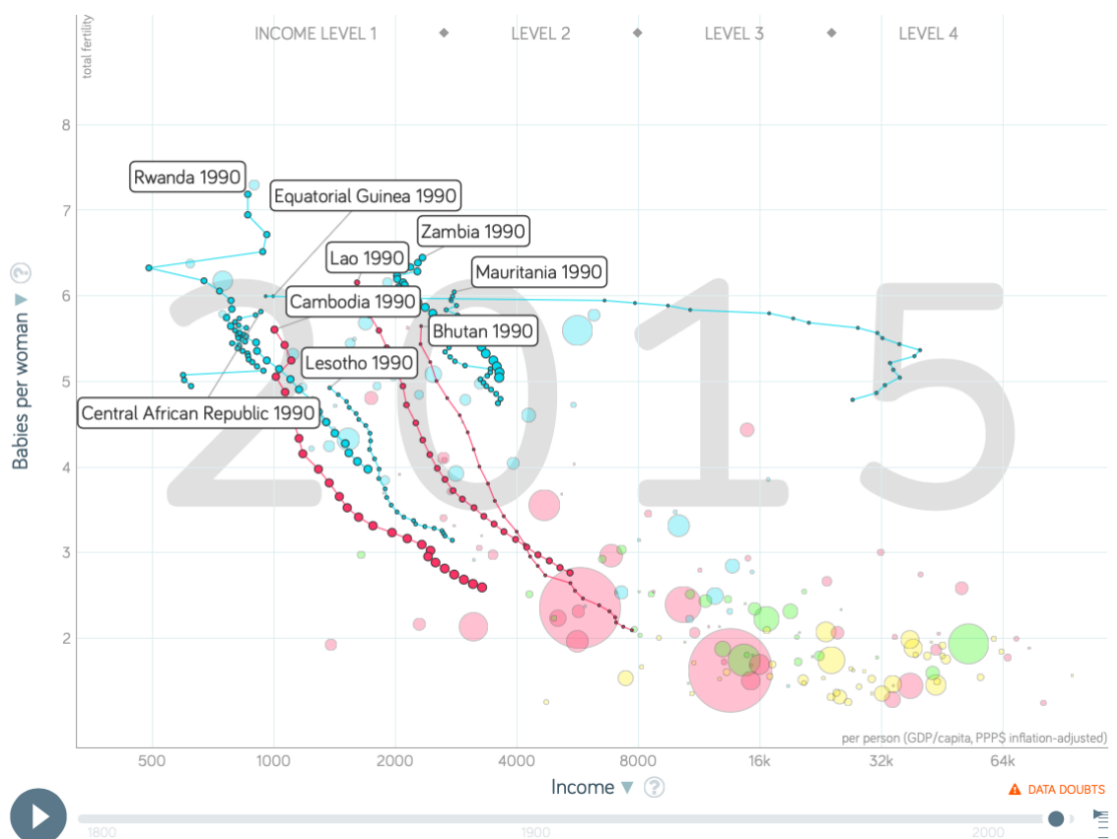
Obr. č. 5: Vybrané státy LDCs 2015



Zdroj: gapminder.org

Pro porovnání s rokem 2015, tedy s rokem ukončení MDGs vidíme určitý posun téměř všech sledovaných států. Přímou na hranici úrovně 1 a 2 se v roce 2015 nacházel Jemen. Do úrovně 2 se již posunuly státy Zambie, Súdán, Laos, Mauritánie, Svatý Tomáš a Princův ostrov, Lesotho, Džibuti, Kambodža, Bangladěš, Myanmar, Laos. Státy, které byly již na úrovni 2 v roce 2000 se přiblížili v grafu směrem k úrovni 3 (Angola, Bhútán, Mauritánie a Jemen). Rovníková Guinea se posunula do úrovně 4. Zajímavostí tedy je, proč tato země spadá do úrovně LDCs. Následující graf ukazuje nejen její vývoj v průběhu let 1990-2015.

Obr. č. 6: Vývoj příjmové úrovně vybraných států LDCs k roku 1990 a 2015



Zdroj: gapminder.org

V tomto grafu jsem vybrala všechny státy, které dopadly nejlépe (3 body) a nejhůře (0 bodů) v hodnocení států LDCs v této práci. K nim jsem připojila jednoho zástupce států s jedním splněným cílem (Rovníková Guinea) a se dvěma splněnými cíli (Zambie). Tento graf ukazuje hlavně přesun Rovníkové Guinei⁶ z úrovně 1 v roce 1990 až do úrovně 4 v roce 2015. Ovšem i u ostatních zemí vidíme zlepšení. Hlavně u zemí, kterým se dařilo splnit více MDGs (Bhútán, Kambodža, Laos, Rwanda) je patrný posun k vyšší úrovni dle Roslinga (2018).

Státy LDCs představují nejchudší a nejzranitelnější část světové ekonomiky, a tak dosahují nejhorších výsledků s celosvětovým srovnáním. Ve vybraných státech se tedy setkáváme s nejvyšší plodností, s vysokým populačním růstem, s vysokou mírou etnické, jazykové a náboženské rozšířenosti, dále s nejvyšší mírou chudoby, s relativně vysokou příjmovou nerovností, s nejnižší kvalitou institucí a řízení, s nejnižší ekonomickou úrovní

⁶ Rovníková Guinea je dle grafu HDP vysoko v tzv. income level, ale díky nerovnoměrné distribuci z hlediska rozvoje je velmi pozadu. Její HDI je 0,591, to je 141. místo na světě. HDI např. Bhútánu (země nyní o level níže) je 0,621, tedy 134. místo na světě

podle HND na obyvatele, s nejnižšími hodnotami indexu lidského rozvoje a také s nepatrným zapojením zemí do mezinárodního obchodu a mezinárodních kapitálových toků oproti ostatním zemím světa (Nováček, 2014).

6. Rozvojové cíle tisíciletí

Předchůdcem Rozvojových cílů tisíciletí byly tzv. rozvojové dekády OSN. První dekáda započala v roce 1960 a poslední čtvrtá dekáda skončila v roce 2002. Protože ani jedna z dekad nepřinesla velké výsledky, byly v roce 2000 nahrazeny Rozvojovými cíli tisíciletí (Jeníček, Foltýn 2010).

Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals, MDGs) je program Organizace spojených národů, s platností od roku 2000, se snahou odstranit největší problémy rozvojového světa. *„I přes rozdíly v náboženském vyznání či pohledu na svět se celosvětové organizace sjednotily, aby společně prakticky i koncepčně přispěly k řešení nejpálčivějšího problému současnosti, který stále více rozděluje naši planetu (Tožička, 2008, s. 58).“* Přesto až 80 % obyvatel Evropské unie nikdy neslyšelo o Rozvojových cílech tisíciletí (Nováček, 2010). Miléniová deklarace přijatá všemi členskými státy OSN tyto problémy vymezila do jednotlivých cílů (viz tab. č. 2) a dalších podcílů. Tedy

9 hlavních cílových oblastí, které jsou rozpracovány do 20 dílčích úkolů, složených z 60 indikátorů (Jeníček, Foltýn, 2010). Cíle se týkají především chudoby, zdravotní situace obyvatel, zlepšení životního prostředí a rozvojové pomoci. Základním rokem (dle OSN) pro hodnocení jejich plnění byl určen rok 1990 a tyto cíle platily do roku 2015.

Lindner se Strnadem (Mezinárodní vztahy, 2006) ještě poukazují na informaci, že oponenti napadali základní kámen MDGs, tedy celosvětový ekonomický růst, který se měl přehoupnout přes 4 %. Přestože máme prostředky a ovládáme technologie natolik, abychom dokázali zajistit plnohodnotný život pro všechny obyvatele planety, zůstává nejdůležitější vůle uskutečnit zvolené cíle a pomoci v rozvojových zemích.

Odpovědnost za plnění cílů nenesou pouze bohaté státy, které se zavázaly k pomoci, ale i chudé státy, které musí tuto pomoc správně použít, aby dosáhly výsledků. Dále však lze odpovědnost zacílit i na představitele jednotlivých států světa, média, nevládní organizace, školy, ale také každého člověka, který se řídí informacemi, které dostává a koná dle nich.

Tab. č. 2: Seznam cílů MDGs

1. cíl	Vymýtit extrémní chudobu a hlad
2. cíl	Zpřístupnit základní vzdělání všem
3. cíl	Prosazovat rovnost pohlaví a posílit postavení žen
4. cíl	Snížit dětskou úmrtnost
5. cíl	Zlepšit zdraví matek
6. cíl	Bojovat proti HIV/AIDS, malárii a dalším nemocem
7. cíl	Zajistit trvalou udržitelnost životního prostředí
8. cíl	Vytvořit globální partnerství pro rozvoj

Zdroj: Vlastní zpracování dle OSN

Mezinárodní vztahy (2006) ve svém článku Světová banka a vývoj jejích strategií v boji proti chudobě autoři T. Linder a M. Strnad zmiňují důležité kroky pro splnění MDGs. Prvním krokem je dle autorů hospodářská spolupráce v celoplanetárním měřítku mezi rozvinutými a rozvojovými státy, protože pokud chceme začít s rozvojovou spoluprací, je nutné oddlužit nejchudší země světa. Dalším krokem jsou nutné reformy, které napomohou ke splnění MDGs. Autoři zmiňují možné reformy již v přípravách rozvojových projektů, kdy je potřeba, aby se zapojila občanská společnost a státní správa na lokální úrovni, čímž se podpoří vědomí těch, kterých se rozvojové projekty přímo dotýkají. Stejně tak není možné, aby z výsledků hospodářského růstu čerpaly pouze světové „elity“ a miliony chudých žili dále s rozpočtem pod 1 USD na den. Proto existují fungující instituce, které spravedlivě distribuují výsledky hospodářského růstu mezi všechny státy světa. Poslední reformu, kterou autoři řeší, je boj s HIV/AIDS, kdy nejspodnější cestou proti této pandemii je vzdělání a přístup k lékům. Třetím a posledním krokem, který se v tomto článku objevuje, je demografický vývoj. Populační boom je třeba zpomalit kampaní na kontrolu porodnosti, stejně tak pomůže i rovnost pohlaví, kdy nebudou ženy znevýhodňovány a budou mít možnost vložit všechny svůj potenciál do boji proti chudobě.

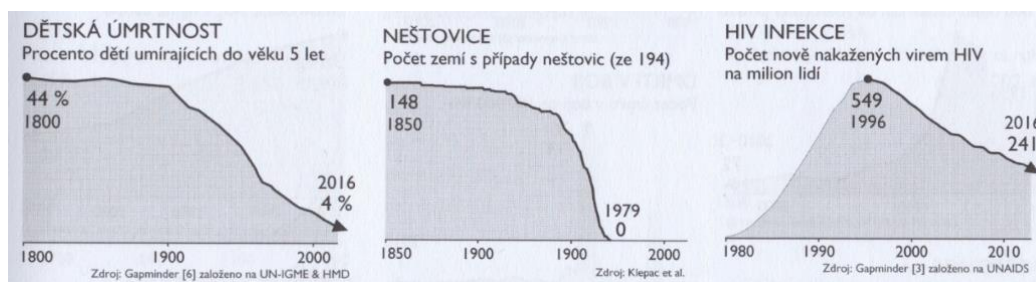
WHO usiluje o co možné nejlepší zdraví světové populace, UNICEF pečuje o zdraví dětí od početí až po dospělost a snaží se o zlepšení jejich životních podmínek v zemích, kde je to potřeba. Také usiluje o dostatečné množství potravin pro děti,

mladistvé, ale i pro matky v těhotenství i po porodu, kdy je třeba, aby jejich těla dostávaly dostatečnou výživu a byly méně náchylné k nemocem, které při špatné zdravotní péči mohou být i smrtelné (Jeníček, Foltýn, 2010). Navíc Rosling (2018) poukazuje i na to, že primární boj proti nemocem je poskytovat a zlepšovat základní zdravotní potřeby pro všechny obyvatele. Jednou ročně se scházejí ministři zdravotnictví všech zemí světa na shromáždění pořádaném WHO, kde porovnávají zdravotní situaci v různých zemích a plánují zdravotní systémy na další rok. Pokud by farmaceutické společnosti dokázaly přizpůsobovat ceny pro různé země a různé zákazníky, dosáhly by nejen vyšších zisků, ale i více zákazníků za léky, které již vymyslely. Když UNICEF uzavírá smlouvy na dodávání léků, vždy vyhlašuje soutěž mezi dodavatelskými společnostmi. To proto, že se jedná o dlouhodobé zakázky, které jsou pro farmaceutické společnosti atraktivní, tedy mohou nabídnout dobré ceny.

Země subsaharské Afriky i přes ekonomický růst zužuje pandemie AIDS, která pohlcovала šance na zlepšení, proto splnění MDGs není nikterak snadné, i díky populační dynamice této oblasti. Přesto MDGs přišly s jasným konceptem a výzvou a je jen na státech, jak se s těmito možnými zlepšeními situací ve své zemi vypořádají (Mezinárodní vztahy, 2006). Podle odborníků jsou na vině především metropole rozvojového světa, kde v přeplněných slumech plných přistěhovalců z venkova nejen, že chybí nezávadná voda, kanalizace, přístup k zdravotní péči a vzdělání, ale také zde hrozí různé epidemie. V slumech dochází často ke znásilnění, a tak se nemoci a především HIV/ AIDS velmi snadno šíří mezi celým slumem (Jeníček, Foltýn, 2010).

Rosling (2018) ve své knize zmiňuje nepříznivé jevy, které se ze světa začínají vytrácet a dobré věci, které se pomalu zlepšují. Mezi nepříznivé jevy započítává infekci HIV, dětskou úmrtnost a neštovice. Dle jeho dat z Gapminderu ukazuje, že procento dětí umírajících do věku 5 ti let bylo v roce 1800 44 %, zatímco v roce 2016 je to pouze 4 % na celém světě. Na příkladu, že se ve 148 zemích vyskytovali neštovice v roce 1850 a již v roce 1979 se tato nemoc nevyskytuje v žádné zemi na světě, ukazuje, že jsme se dokázali této nemoci zbavit. Počet nakažených virem HIV také klesá, v roce 1996 bylo nově nakažených tímto virem 549 lidí na milion osob na celém světě a v roce 2016 tento počet klesl na 241 nově nakažených jedinců na milion lidí na celém světě.

Obr. č. 7: Grafy dětské úmrtnosti, výskytu neštovic a infekce HIV



Zdroj: převzato z knihy Faktomluva – Hans Rosling (2018), s. 69 a 70

Za dobré věci, které se postupně zlepšují, bere míru přežití u dětí s rakovinou, podíl lidí s přístupem k elektřině, podíl lidí s přístupem k vodě z bezpečného zdroje a podíl ročních dětí s alespoň jedním očkováním. Opět k těmto informacím používá data z Gapminderu, z kterých je vidět, že v roce 1980 mělo 22 % ročních dětí alespoň 1 očkování a nyní (v roce 2016) toto procento vzrostlo na 88 % dětí do jednoho roku s jedním očkováním.

6.1 Vybrané indikátory MDGs

Tato práce je zaměřena pouze na MDGs 4-6, jak jsem již zmiňovala výše. Tyto cíle jsou zaměřeny na zdraví, které Nováček (2014) definuje jako přejatou definici WHO „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci či slabosti (Nováček, 2014, s. 107)“. Komplexními přístupy prosazující zlepšení vzdělávání, rovnosti pohlaví, ekonomické situace, výživy, přístupy k pitné vodě, základnímu sanitárnímu zázemí a s pokrokem v dalších oblastech lze docílit zlepšení zdraví po celém světě (Nováček, 2014).

Od těchto vybraných MDGs se také vyvíjí výběr sledovaných indikátorů, které budu sledovat, zdali je vybrané země splnily či nikoliv. V následující tabulce č. 3 jsou vypsány všechny indikátory, které jsem vybrala k vyhodnocení.

Tab. č. 3: Vybrané indikátory MDGs 4-6

Cíle	Vybrané indikátory	Konkrétní indikátor
4. cíl	Míra kojenecké úmrtnosti	Dětská úmrtnost 0-5 let na 1 000 živě narozených
5. cíl	Míra mateřské úmrtnosti	Poměr mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených
6. cíl	Rozšíření HIV v populaci mezi 15-49 lety	Celková prevalence HIV v procentech na populaci mezi 15-49 lety
6. cíl	Úmrtnost na malárii	Nahlášená úmrtnost na malárii na 100 000 obyvatel za rok
6. cíl	Úmrtnost na tuberkulózu	Všechny formy úmrtí na TBC na 100 000 populace za rok

Zdroj: Vlastní zpracování dle dat UNICEF, WHO, Gapminder

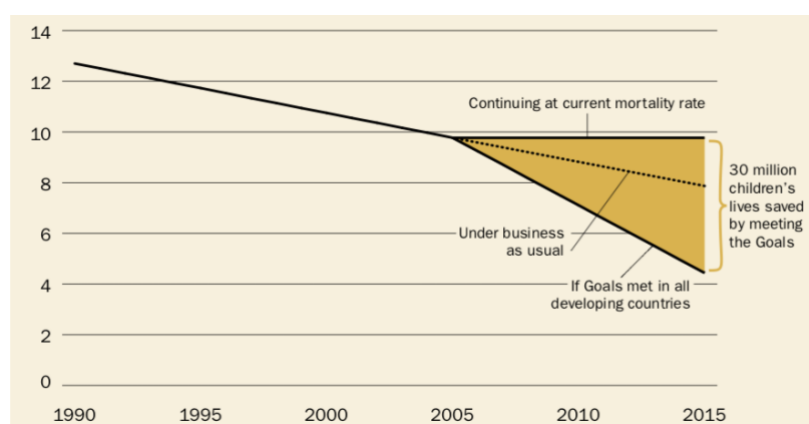
6.1.1 MDGs 4

Rozvojový cíl číslo 4, tedy snížit dětskou úmrtnost o 2/3 u dětí do věku pěti let do roku 2015. Cílovým závazkem bylo snížit průměrnou dětskou úmrtnost alespoň na 32 dětí z 1 000 živě narozených. V rozvojových zemích v roce 1990 zemřelo 106 dětí z 1 000 živě narozených a již po pěti letech snahy o splnění rozvojových cílů tento údaj klesl na 83 dětských úmrtí z 1 000 živě narozených, tedy došlo k 22 % snížení. Níže zjistím, zdali tyto data, které popisuje Tožička (2008), dále klesaly a tím pádem došlo ke splnění čtvrtého rozvojového cíle.

Nejmladší obyvatelé planety nemají žádnou možnost zlepšit svojí situaci, a proto úmrtnost dětí patří k nejpálčivějším problémům světa. Data ukazují, že zlepšení zdraví novorozenců závisí pouze částečně na výši příjmů, ale daleko podstatnější částí je odhodlání celé společnosti pomoci v plnění tohoto problému. Mezi nejvíce zaostalé země, kde celosvětově klesá dětská úmrtnost, jsou země subsaharské Afriky a jižní Asie. Většinu dětských úmrtí v těchto zemích způsobuje 5 nemocí: zápal plic, průjmová onemocnění, spalničky, malárie a AIDS. (Tožička, 2008) Dle OSN lze dětské úmrtnosti předejít dále uvedenými opatřeními. Mezi nejdůležitější patří snížení dětských chorob i biologických faktorů, které je způsobují, tedy dbát na kvalitní výživu, přístup k pitné

vodě, základní hygieně a lékům. Jako další opatření, které označilo OSN za důležité je dbát na zdraví kojících žen, podpora kojení, zavedení pravidelného očkování a v neposlední řadě distribuovat moskytiéry proti komárům (kteří jsou přenašeči malárie) (UN, 2015). UNICEF (2004) uvádí, že kdyby během prvních 6 měsíců života byly děti kojení namísto krmení náhradní mléčnou kojeneckou výživou, mohlo by být zachráněno nejméně 1,3 miliónu dětských životů. Millenium project ukazuje v grafu, že pokud by se toto podařilo splnit všem zemím MDG 4, mohlo by být zachráněno až 30 milionu dětských životů na celém světě.

Obr. č. 8: Graf ztracených dětských životů mladších pěti let každý rok (v milionech)



Zdroj: převzato z Millennium Project, 2005

Dětskou úmrtnost počítáme jako podíl počtu dětských úmrtí v daném roce ku počtu narozených dětí v daném roce. Dříve běžně v zemích extrémní chudoby docházelo k tzv. infanticidě (zabíjení vlastních dětí) a to proto, že bylo potřeba snížit počet jedinců, které je nutné v těžkých časech uživit. Pokud chceme zlepšit zdraví v zemích na 1. a 2. úrovni (dle Rosling, 2018), je třeba nejdříve investovat do vzdělání obyvatel, tedy do základních škol, vzdělání sester, očkování a mnoha dalších odvětví vzdělávání. Tyto investice napomůžou například zachraňovat lidské životy při porodech, které momentálně nezvládnou lékaři v nemocnicích. „Prakticky veškerý nárůst míry dětského přežití se dosahuje díky preventivním opatřením mimo nemocnice, která realizují místní zdravotní sestry, porodní báby a vzdělání rodiče (Rosling, 2018, s. 139).“

6.1.2 MDGs 5

Rozvojový cíl číslo 5 má za úkol snížit o 3/4 míru mateřské úmrtnosti do roku 2015. Porodní komplikace postihují celosvětově 15 % těhotných a nesouvisejí s ekonomickou vyspělostí země, avšak následné mateřské úmrtí je částečně závislé

na výši příjmů dané země. V rozvojových zemích průměrná míra mateřské úmrtnosti se pohybuje okolo 450 úmrtí matek na následky porodních komplikací na 100 000 živě narozených dětí. Nejčastějšími oblastmi tohoto cíle (99 % mateřských úmrtí) jsou země Afriky, Asie a Latinské Ameriky. Každou minutu zemře jedna žena na následky problémů spojených s těhotenstvím, kdy 3/4 úmrtí jsou přímým následkem porodních komplikací a zbylá 1/4 úmrtí je způsobena nepřímými porodními komplikacemi (Tožička, 2008).

I přes to, že většina náboženství uctívá matku jako dárkyni života a ochranitelku rodu dochází k diskriminaci žen, která vede u mnoha z nich ke ztrátě zdraví, nedostatečnému příjmu živin, brzkým sňatkům a příliš častým těhotenstvím. Mateřskou úmrtnost lze potlačit včasnou prevencí během těhotenství a porodu, dostatečnou infrastrukturou lékařských zařízení a v neposlední řadě celosvětová hrozba předražených léků a zdravotní péče, která není pro nejpostiženější oblasti dosažitelná. Překážkou tohoto cíle jsou nedostatečné informace, nízký ekonomický status, velká geografická vzdálenost a často i nedůvěra v poskytovatele služeb, které jsou ženám nabízeny (Tožička, 2008). Existuje i silná vazba mezi příjmem a počtem dětí na jednu ženu. Bez ohledu na náboženství rodí ženy více dětí, pokud žijí v zemi na úrovni 1 s extrémní chudobou. Pokud lidé zůstávají v extrémní chudobě, mají velký počet dětí a celková populace narůstá výrazně rychleji (Rosling, 2018).

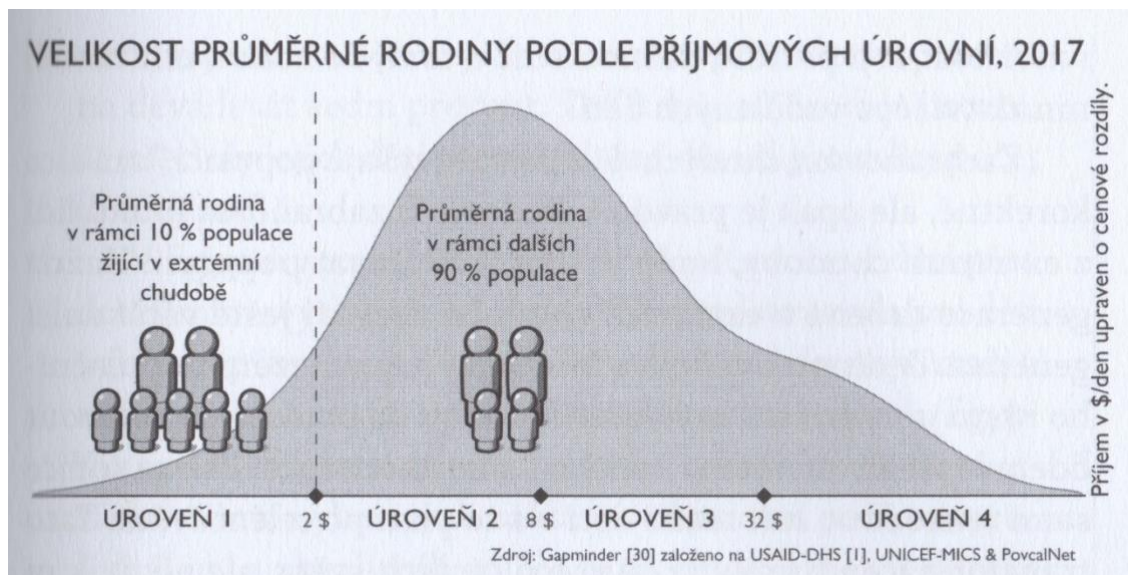
Hlavním problémem afrických žen je, že nepřemýšlí nad zabezpečením dětí a rodí jedno dítě za druhým a je tedy už předem jasné, že jejich děti čeká hlad, bída, nezaměstnanost a těžký život na okraji společnosti, vše za předpokladu, že se tohoto věku dožijí a neumřou před svým pátým rokem (Jeníček, Foltýn 2010). Jak zmiňuje Krampota a Preis (2013), průměrná žena v Ugandě porodí 6 dětí, ale logicky není v jejich silách všechny tyto děti zabezpečit. Je tak běžné, že starší děti pomáhají matce v chodu domácnosti a některé i chodí do práce. Ovšem dětská práce (například v Ugandském kamenném lomu) je pro děti nejen riziková a náročná, ale i nezdravá, děti denně pracují v prachu. Dochází tak k začarovanému kruhu, kdy se předem počítá s tím, že se ne každé dítě dožije v takovýchto podmínkách dospělosti. Rodiče přesto stále potřebují, aby se o ně ve stáří někdo postaral. Toto se dělo i dříve v Evropě, ovšem v tu dobu nebyla natolik vyvinutá medicína, tedy lidé umírali mnohem dříve a nedocházelo k přelidnění, jako je tomu nyní v Africe. Takovéto děti se vyhnou škole, ale také se nezdržují v anonymních

slumech, kde by se snadno staly obětmi sexuálního zneužití či jiného druhu násilí. V Ugandě je velmi vysoké procento mladých matek, kdy každá čtvrtá dívka (ve věku 15-19 let) otěhotní, kvůli znásilnění, anebo je k sexu donucena brzkým provdáním, které patří ke kulturním zvyklostem. Vysoké procento dívek, které jsou k sexu donuceny (43 %), je v zoufalství nucena přivydělávat si prostitucí, aby získala prostředky na obživu nejčastěji v případech, kdy například od ní muž odejde a ona se stane samoživitelkou) (Kramkota, Preis, 2013). Upadá tak jejich sociální a ekonomické postavení. Vysoká plodnost v Africe se váže na nižší stupeň ekonomického rozvoje, proto je z 56 afrických zemí 36 států zařazeno OSN do tzv. LDCs. Rosling (2018) uvádí jiný příklad, kdy ženy v Bangladéši měly v roce 1972 v průměru 7 dětí na jednu ženu a dnes mají pouze 2 děti s průměrným věkem očekávaného dožití novorozenců 73 let. Na tomto příkladu je vidět, jak rychlý může být posun z úrovně 1 do úrovně 2, který Bangladéš zvládla za 40 let. Díky pokroku ve zdravotní péči, mají rodiče jistotu, že jim narozené děti přežijí, a tak se snižuje počet dětských úmrtí.

Vzdělané matky se rozhodují mít méně dětí, a proto více dětí přežívá. Rosling (2018) ukazuje pokles dětí na jednu ženu na příkladu za dobu jeho života (tedy za 69 let). V roce 1948 byl celosvětově průměrný počet dětí: 5 dětí na 1 ženu, zatímco v roce Roslingovo smrti (2017) to bylo pouhých 2,5 dětí na 1 ženu. V praxi k tomuto cíli pomohla moderní antikoncepce, která je stále dostupnější, vzdělání matek a sexuální výchova. Počet dětí na světě již neroste, tedy dle Roslinga (2018) tzv. „peak child“ = bod vrcholu dětské populace – končí období rychlého populačního růstu a počet dětí se přestane zvyšovat a začne klesat. Rozdílný vývoj základních demografických ukazatelů (plodnost a úmrtnost) zapříčiňuje nerovnováhu těchto ukazatelů, ale i fakt, že se počet obyvatel mění nestejným tempem v různých částech světa. Jeniček s Foltýnem (2010) tento fakt vysvětlují na příkladu, kdy v Japonsku umírá pouhých 5 dětí z 1 000 narozených před dovršením pěti let, ovšem ve většině afrických zemí umírá více než 100 dětí z 1 000 narozených novorozenců. Rosling (2018) také zmiňuje tři období, na kterých vysvětluje proč došlo k prudkému nárůstu populace v posledním století. První stará rovnováha (mezi roky 1800 až 1900), kdy z 6 dětí přežily 2 a tedy docházelo k rovnováze s rodiči. Druhé období, tzv. nerovnováhu (mezi lety 1900 až 2000), kdy z 6 dětí přežilo 5 dětí, tedy docházelo k prudkému nárůstu populace. Nyní se nacházíme ve třetím období, nazvaném Roslingem jako nová rovnováha, kdy se rodí méně dětí na jednu ženu, tedy z 2 dětí 2 přežijí a opět dochází k rovnováze s rodiči, tedy bude následovat jen pozvolný

růst. Nejen z těchto období je vidět, že pokud se světu podaří vymýtit extrémní chudobu ve světě, může dojít k omezení populačního růstu.

Obr. č. 9: Graf velikosti průměrné rodiny podle příjmových úrovní



Zdroj: převzato z knihy Faktomluva – Hans Rosling (2018), s. 99

Nejen odborníkům je jasné, že pokud chceme zachránit život rodičkám v nejchudších zemích, je nejdůležitější zajistit dopravu do nemocnic. Pokud nebude moci těhotná žena jet po cestě, po které by pro ni mohla dojet sanitka, je zbytečné investovat do nemocnic, do kterých mohou dojít pouze lidé z nejbližšího okolí. Proto v nejchudších venkovských oblastech Afriky fungují stále ještě řádové sestry, které zajišťují základní zdravotní služby na místech, kde cesta do nemocnic nepřipadá v úvahu (Rosling, 2018).

6.1.3 MDGs 6

Rozvojový cíl číslo 6 má za úkol zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS, malárie a dalších závažných onemocnění do roku 2015. Nejhorší situace je v zemích subsaharské Afriky (kde 59 % nakažených tvoří ženy). Tožička (2008) ve své publikaci tvrdí, že v roce 2006 se virem HIV nově nakazilo 4,3 miliónu obyvatel, hlavně v zemích východní Afriky, kde stále počet nakažených roste nejrychleji. Malárie s tuberkulózou jsou stále významnými nemocemi, které zapříčiňují kolem 90 % úmrtí (většinou dětí) nejen v subsaharské Africe. Více než 80 % úmrtí na tuberkulózu je zaznamenáno v rozvojových zemích. Tožička (2008) uvádí, že nejvíce postiženým regionem je subsaharská Afrika, ve které v roce 2005 bylo 490 případů tuberkulózy na 100 000 obyvatel, dalším jihovýchodní Asie s 274 případy tuberkulózy na 100 000 obyvatel.

Rosling (2018) se ve své knize Faktomluva ptá, kolik procent ročních dětí je celosvětově naočkováno proti nějaké nemoci. Zmiňuje, že tato otázka mívá nejhorší výsledky, kdy si například představitelé jedné z deseti největších bank myslí, že pouhých 20 % ročních dětí je naočkováno. Přitom správnou odpovědí je více než 80 % ročních dětí světa. Proč si tedy myslíme, že toto procento není tak vysoké? Víme, že vakcíny je potřeba neustále udržovat v chladu, přepravují se v chlazených kontejnerech po celém světě, poté se nakládají na dodávky, které tyto vakcíny dopraví do klinik, kde se uskladní v lednicích. „*Této logistické distribuční cestě se říká chladicí řetězec* (Rosling, 2018, s. 157).“ Je pravdou, že k fungování tohoto řetězce je potřeba základní infrastruktura (od dopravy, elektřiny, vzdělání po zdravotní péči). Proto na očkování nedosáhnou nejčastěji ti, kteří jsou na úrovni zemí 1 (Rosling, 2018).

Je potřeba, aby základní zdravotní péče byla přístupná každému na světě, protože lze kontrolovat případnou epidemii mnohem rychleji. Rosling takto před lety objevil v Mosambiku novou epidemii nevyléčitelné paralytické nemoci, zvané konzo, která souvisí s přípravou kasavy (neboli manioku, kterému se daří v tropických oblastech). Po pár letech prováděl podobný výzkum na stejnou nemoc i v odlehlé vesnici Makanga v oblasti dnešní Demokratické republiky Kongo, kde na některých dětech jasně poznal příznaky této nemoci, avšak obyvatelé neznajíc západní medicínu, byli vystrašení a nedošlo jim, že jejich dětem chce pomoci, a ne jim krást krev, kterou bylo nutné odebrat celé vesnici pro plánovaný výzkum (Rosling, 2018).

Infekční a parazitární onemocnění mohou být šířeny různými způsoby, jak zmiňuje Nováček (2014): z kontaminovaného jídla, vody, pohlavním přenosem, infikovanou krví, přenos viry.

Existuje seznam nemocí, které nejsou pro farmaceutický průmysl rentabilní, protože postihují převážně obyvatele ze zemí úrovně 1 (na tomto seznamu byla do nedávna i ebola). Nyní na tomto seznamu jsou mimo mnoho nám neznámým nemocem například známé horečka dengue, spavá nemoc, vzteklna a od roku 2010 i svrab (who.int, 2019). V Guinei vypukla v roce 2013 rozsáhlá epidemie eboly, která se rozšířila i do Libérie, Sierry Leone a Nigérie. Epidemie se snadno a rychle šířila kontaktem s tekutinami nakažených zvířat a po přenosu na člověka se rozšiřovala i do zbytku světa. Dalšími zeměmi, kde se vyskytla ebola, byly mimo výše zmíněné i Mali, Senegal, USA a Španělsko. Existuje cestovní a tropická medicína, která předchází nakažení cestovatelů

nemocemi, které se nevyskytují v oblastech, odkud vyjíždíme. „*Cestovní medicína seznamuje cestovatele se zdravotními riziky při cestování, s povinným i doporučeným očkováním do zahraničí a způsobech prevence proti infekčním chorobám* (Nováček, 2014, s. 112).“ Proto pokud cestujeme například do zemí jižní a jihovýchodní Asie, oddělení cestovní medicíny nám doporučí očkování na žloutenku typu A i B, břišní tyfus či vzteklinu. V ideálním případě by si cestovatel pro případ nakažení malárií měl do cestovní lékárny zabalit antimalarika. Je třeba dbát také na ochranu proti štípnutí nakaženými komáry, které přenáší horečku dengue, proto moskytiéra a repelenty by měly být základní výbavou do tropických oblastí světa.

6.1.3.1 HIV/AIDS

HIV/AIDS ohrožuje i obyvatele vyspělých států, proto vlády i farmaceutické korporace jsou ochotni investovat do této pandemie⁷ a vynakládat velké objemy finančních prostředků do vymýcení HIV/AIDS. Pomoci by mohla také patentovaná ochrana kvalitních anti-retrovirálních léků, které zpožďují rozvinutí nákazy viru HIV v nemoc AIDS. Tyto kvalitní léky však mají vysokou cenu, proto jsou pro léčbu většiny nemocných nedostupnou variantou. Přes celosvětovou snahu o zlepšení situace, není stále dostatek financí na možnost poskytnout existující léky i pro ty nejchudší nakažené, proto i přes snahu korporací se stále zvyšují počty obětí (Tožička, 2008).

HIV/AIDS postihuje nejčastěji lidi v nejproduktivnějším věku (15-49 let) a způsobuje chudobu a hlad infikovaným a jejich rodinám. Hlad zároveň urychluje šíření viru a průběh nemoci (Jeníček, Foltýn, 2010).

Dnes se již uvádí 35-38 miliónů úmrtí na AIDS na celém světě a až 85 % z nich je udáváno ze zemí subsaharské Afriky, kde tato nemoc ničí samotnou strukturu společnosti (Jeníček, Foltýn, 2010). K nejběžnějším způsobům přenosu viru HIV patří sexuální styk s infikovaným partnerem, přenos z matky na dítě a opakované používání infekčních stříkaček, proto je třeba založit základní strategii boji proti HIV/AIDS na vzdělání, které je zaměřeno na způsob ochrany před HIV/AIDS a jejími riziky. Šíření HIV/AIDS nenapomáhá fakt, že některá náboženství zakazují používání kondomů (Tožička, 2008).

⁷ Pandemie – velice rozsáhlá epidemie zasahující více kontinentů

6.1.3.2 Malárie

Malárie je stále vážnou hrozbou pro lidské zdraví, především v tropických oblastech, kde se vyskytují komáři (samičky rodu anopheles), kteří nemoc přenášejí. Malárie je mnohem nebezpečnější pro lidi nakažené virem HIV či nemocné AIDS. V mnoha afrických oblastech, které nejsou lákavé pro turisty ani zahraniční investory chybí dostatečné finanční prostředky pro nakažené, kteří nemají na vlastní léčbu. Proto je zde třeba, aby léčba byla dostupná pro každého nemocného, tedy byla bezplatná a proplacena globálními institucemi. Rozvojové země potřebují k přístupu ke generickým lékům (tzv. generikům), což jsou kopie patentovaných léků, které díky své nízké ceně jsou jediným možným řešením léčby pro obyvatele chudých zemí (Tožička, 2008).

Často stává, že malárie způsobuje úmrtí v prenatálním věku nebo se podílí na nízké porodní váze, či chudokrevnosti matek. Dále malárie také infikuje děti i vícekrát, což způsobuje vážné komplikace a zvyšuje riziko úmrtí, které je nejvyšší v tropických afrických regionech. Hlavní prioritou při prevenci je především zajištění moskytiér pro obyvatelstvo v těchto regionech. Mimo tyto ochranné sítě, je třeba nakaženým poskytnout antimalarika (přednostně těhotným ženám) (Tožička, 2008).

6.1.3.3 Tuberkulóza

Také tuberkulóza je infekční nemocí, která postihuje nejvíce obyvatele rozvojových zemích (avšak některé druhy TBC mohou získat rezistenci a zapříčinit úmrtí lidí ze zemí čtvrté úrovně) a obyvatele s podvýživou, která průběh choroby jen zhoršuje. Úmrtnost na tuto nemoc nadále roste, přestože výskyt onemocnění stagnuje, nebo dokonce klesá. Momentálně se již dá tuberkulóza léčit, proto k nejvíce úmrtím dochází v zemích úrovní 1 a 2, kde nemají dostatečné finanční možnosti, aby se nakažení mohli léčit.

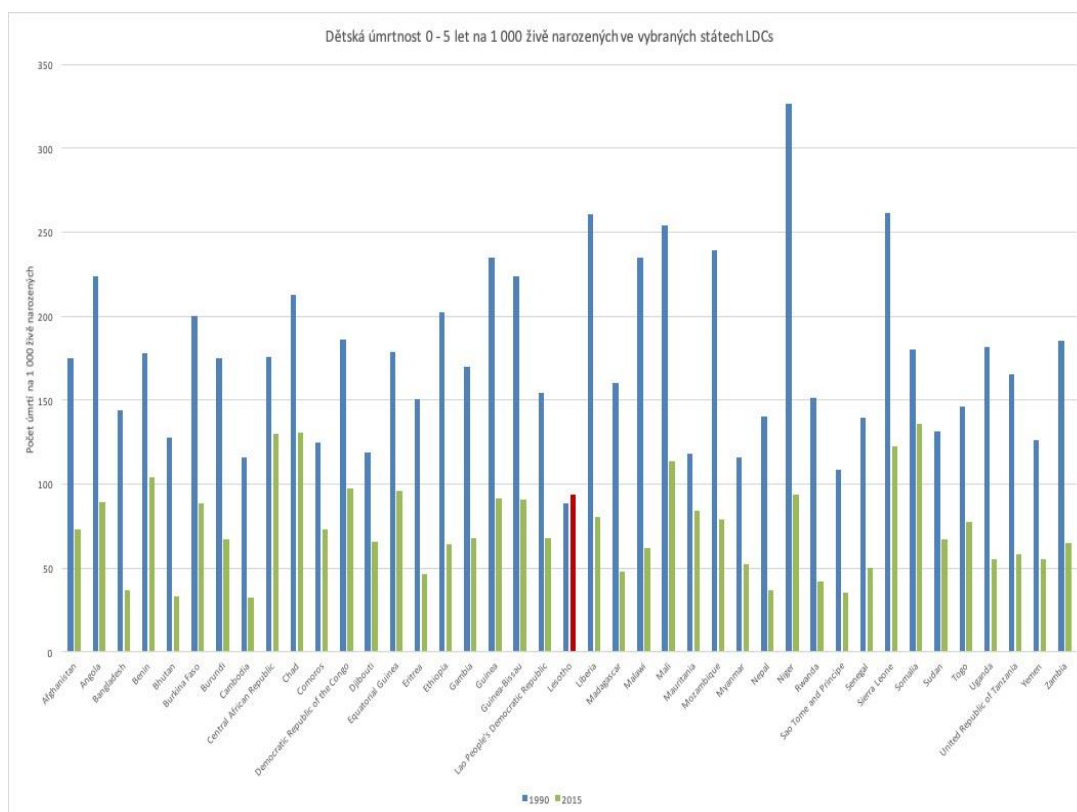
Tožička (2008) popisuje, že WHO v roce 2006 v Africe izolovala nový smrtelný druh bakterie TBC, který byl odolný vůči dosavadním lékům, a tedy je tak velice špatně léčitelný.

7. Vyhodnocování rozvojových cílů tisíciletí

OSN vydával, pod záštitou tajemníka Pan Ki-muna, tzv. MDGs Report za různé roky, který zhodnocoval, jak se daří jednotlivé cíle plnit. V MDG Reportu z roku 2015 OSN poukazuje na problémy, které pokračují i po skončení programu MDGs. Jedním z nich je problém ekonomických rozdílů mezi nejhudšími a nejbohatšími venkovskými domácnostmi a městskými oblastmi. V rozvojových zemích je pravděpodobnost, že budou děti nevyvinuté 2krát větší u 20 % dětí z nejhudších domácností, než u dětí z 1/5 bohatších domácností. Dalším problémem je nedostatečný kvalifikovaný zdravotní personál, který je ve venkovských oblastech přítomen pouze u 56 % porodů, zatímco ve městech je přítomen u 87 % porodů. V neposlední řadě asi všem známý problém s nedostatečným přístupem k pitné vodě, kdy obyvatelé na venkově mají pouze 50 % možnost přístupu k sanitačním zařízením, a tedy často jejich dny spočívají v nošení pitné vody z oblastí, kde je nějaký zdroj. Například z městských oblastí, kde má 82 % obyvatel přístup k sanitačním zařízením.

7.1 MDGs 4

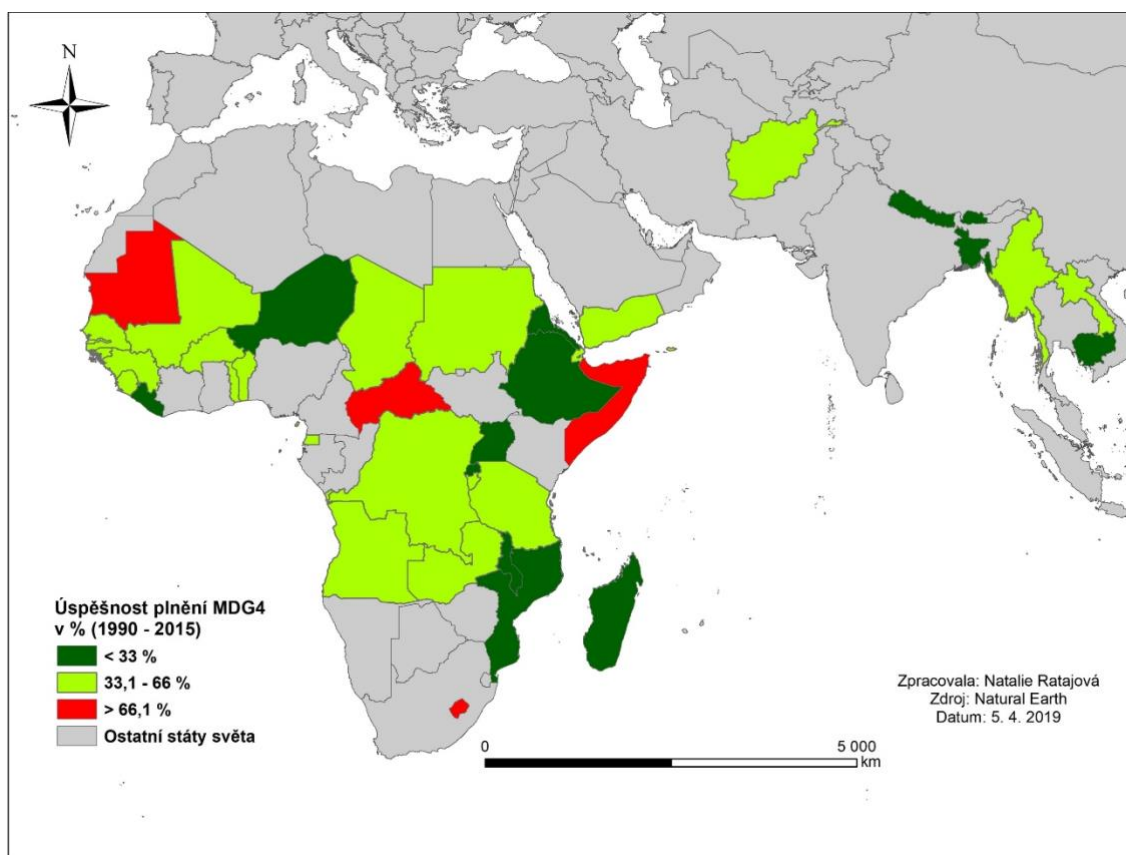
Graf č. 1: Dětská úmrtnost 0-5 let na 1 000 živě narozených



Zdroj: Vlastní zpracování dle UNICEF

Na grafu vidíme, že pouze jednomu státu (Lesotho) se nikterak nepodařilo snížit dětskou úmrtnost. MDG 4 mělo za cíl snížit dětskou úmrtnost o 2/3 u dětí do pěti let. Tedy šlo o to, aby se celkově snížila dětská úmrtnost alespoň na 32 dětí z 1 000 živě narozených. V grafu výše lze vidět hodnoty v roce, který OSN vyhlásila jako onen rok srovnávací, tedy rok 1990. Bohužel UNICEF své data vždy zpracovává až v polovině roku, proto pro tento ukazatel sledují data z poloviny roku 1990 a z poloviny roku 2015.

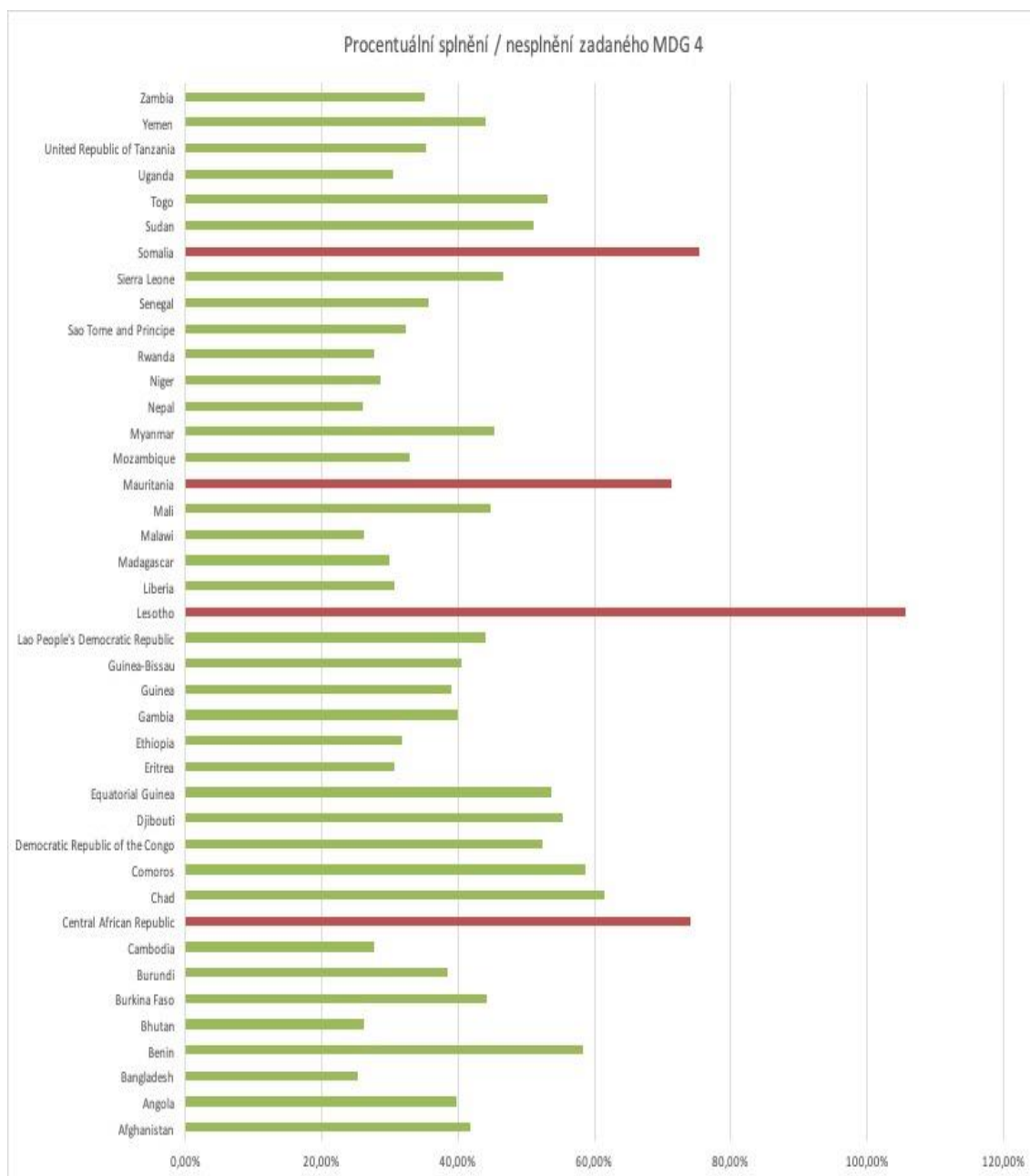
Obr. č. 10: Úspěšnost zemí při snižování dětské úmrtnosti 0-5 let na 1 000 živě narozených ve vybraných státech LDCs mezi roky 1990 a 2015



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth a UNICEF

Na obr. č. 10 jsem zvolila tři kategorie, které jsem rozdělila po třetinách. Pro splnění MDG 4 bylo potřeba snížit dětskou úmrtnost o 2/3. Tedy první kategorie je snížení o více než 2/3 (na mapě 33 % a méně). Země splnily cíl tabulkově bez problémů. Druhá kategorie je splnění cíle o 2/3 (na mapě 33,1-66 %), kdy země cíl splnily, ale již ne s takovým přehledem, jako země první kategorie. V poslední kategorii jsou země, které tento cíl nesplnily a nedokázaly snížit dětskou úmrtnost ani o 1/3 (na mapě 66,1 % a více).

Graf č. 2: Splnění / nesplnění MDG 4



Zdroj: Vlastní zpracování dle UNICEF

Ve většině zemí se podařilo tento cíl splnit. Ve státech Středoafriická republika, Mauritanie a Somálsko se dětská úmrtnost snížila, avšak ne o potřebné 2/3 (tedy pod 66 % v tomto grafu). Jediným státem, kde se dětská úmrtnost zvýšila bylo Lesotho, ve kterém bylo v polovině roku 1990 úmrtnost 88,8 dítěte na 1 000 živě narozených a v polovině roku 2015 dle UNICEF tento počet úmrtí vzrostl na 93,8 dítěte na 1 000 živě

narozených dětí. To nejspíše souvisí s obrovskou epidemií HIV na začátku 21. století (prolekare.cz, 2016, s. 198-205).

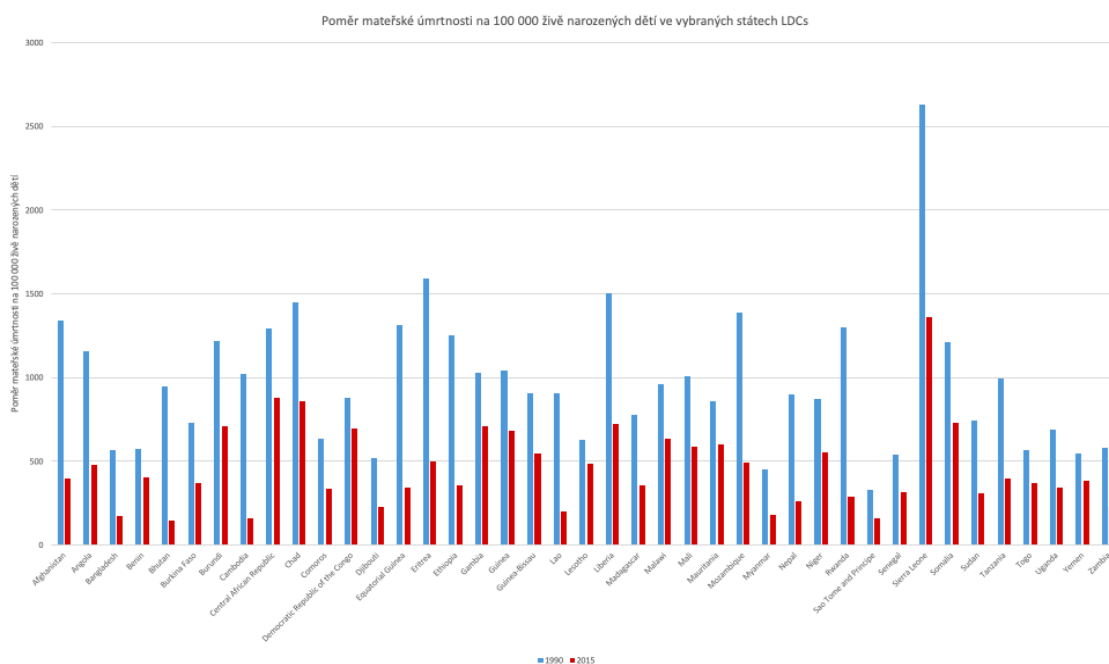
Dle MDGs Reportu (2015) došlo k celosvětovému poklesu dětské úmrtnosti dětí mladších pěti let z 90 na 43 z 1 000 živě narozených (mezi roky 1990 až 2015). Celosvětově se tyto data ukázala na celkovém počtu úmrtí dětí mladších pěti let, kdy v roce 1990 bylo 12,7 miliónu zemřelých dětí mladších pěti let a v roce 2015 tento počet klesl na necelých 6 miliónu. I přes to však rostl počet obyvatel v rozvojových zemích.

Neúplná data nám neumožňují celkový pohled na situaci infekčních nemocí u dětí v rozvojových státech, ale můžeme říci, že celosvětově poklesl počet dětí nemocných spalničkami o 67 %. Další data ukazují, že v roce 2000 dostalo 73 % dětí alespoň 1 dávku vakcíny proti spalničkám a toto procento se v roce 2013 navýšilo na 84 %. Tedy díky očkování proti spalničkám došlo k záchraně téměř 15,6 miliónům dětí (v letech 2000 až 2013) (MDGs Report 2015).

7.2 MDGs 5

MDG 5 mělo za cíl snížit mateřskou úmrtnost o 3/4. Dle získaných dat spojených z WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group a UNDP bych řekla, že to byl velmi optimistický plán.

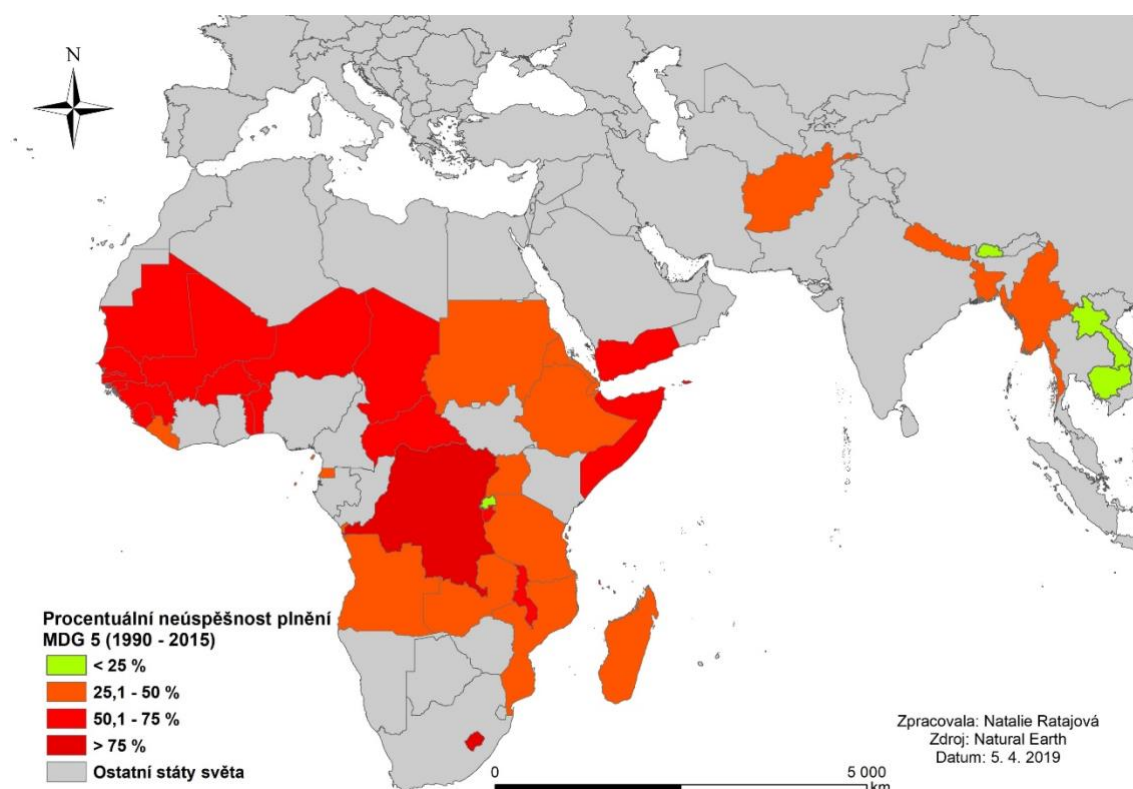
Graf č. 3: Poměr mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených dětí



Zdroj: Vlastní zpracování dle UNICEF

Z grafu vidíme, že v žádném státu se mateřské úmrtnost nezvýšila, avšak ne zcela se ve všech státech podařilo snížit úmrtnost matek o 3/4. Nejlépe se dařilo plnit tento cíl Bhútánu, ve kterém bylo zaznamenáno 945 úmrtí matek na 100 000 živě narozených v roce 1990. A v roce 2015 snížily tento údaj na pouhých 148 úmrtí na 100 000 živě narozených dětí (tedy snížení o 84,3 %).

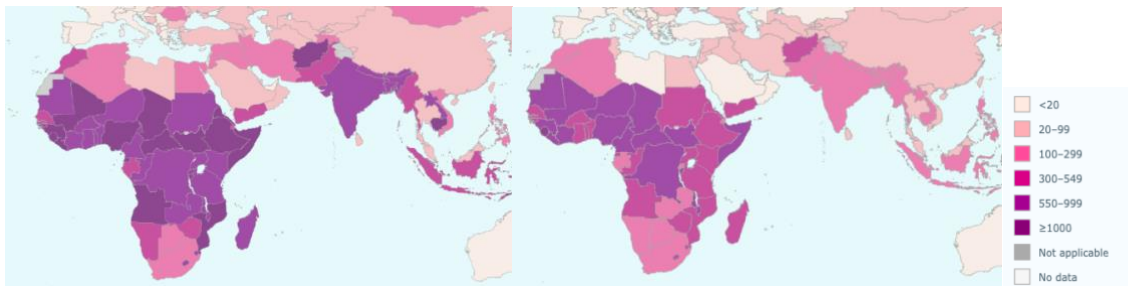
Obr. č. 11: Úspěšnost zemí při snižování mateřské úmrtnosti na 100 000 živě narozených dětí ve vybraných státech LDCs mezi roky 1990-2015



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth a UNICEF

Na obr. č. 11 jsem díky vysokému počtu neúspěšných zemí zvolila 4 kategorie dle plnění na čtvrtiny, protože cíl byl snížit mateřskou úmrtnost o 3/4. Pokud země snížila mateřskou úmrtnost o 3/4 a více, splnila cíl a je tedy vyznačena zelenou barvou na mapě (25 % a méně). Když země snížila mateřskou úmrtnost o méně než polovinu (na mapě 25,1-50 %), cíl nesplnila, ale k výraznému snížení došlo. Země, které dokázaly snížit úmrtnost matek pouze o 1/4 (na mapě 50,1-75 %) jsou taktéž mezi těmi, kterým se nepodařilo tento cíl splnit. Do poslední kategorie spadají státy, kterým se nepodařilo snížit mateřskou úmrtnost ani o 1/4 (na mapě nad 75 %).

Obr. č. 12: Mapa vývoje světové mateřské úmrtnosti (na 100 000 živě narozených) v letech 1990 a 2015



Zdroj: převzaté mapy z gamapservr WHO

Z převzatých map z portálu WHO ukazují, že i když se většině zemím nepodařilo splnit MDG 5, celkově došlo ke snížení mateřské úmrtnosti nejen ve vybraných státech LDCs, a tedy v žádné zemi nedošlo k navýšení.

Graf č. 4: Splnění / nesplnění MDG 5



Zdroj: Vlastní zpracování dle UNICEF

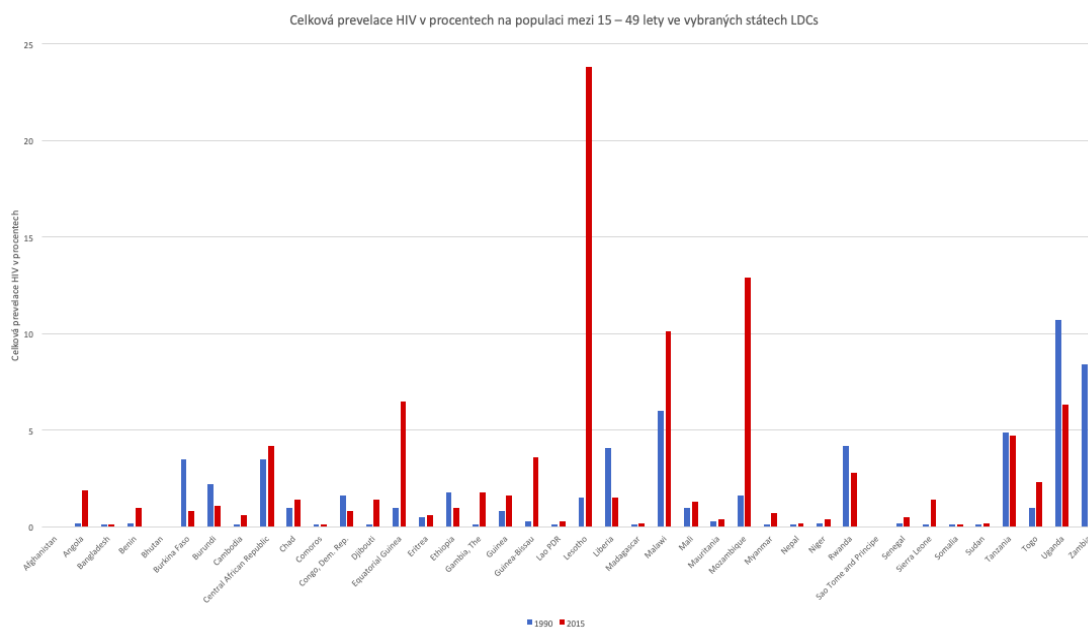
Pro splnění cíle bylo třeba snížit mateřskou úmrtnost o 3/4 oproti roku 1990. Z grafu vidíme, že se to podařilo pouze čtyřem státům ze všech 41 vybraných zemí Afriky a Asie (v grafu hodnoty pod 25 %). Ovšem kladnou stránkou je, že v žádné z vybraných zemí nedošlo k navýšení mateřské úmrtnosti mezi roky 1990 a 2015.

Mateřská úmrtnost se v jižní Asii snížila o 64 % v letech 1990 až 2013, stejně tak v subsaharské Africe ve stejném časovém období tento údaj také klesl o téměř 50 %. Tyto čísla jsou důsledkem zlepšení porodní péče, kdy v roce 1990 došlo k 59 % porodů s dozorem kvalifikovaného zdravotníka a již v roce 2014 toto číslo vzrostlo na 75 % (MDGs Report 2015).

7.3 MDGs 6

V boji proti nemocem jako jsou HIV/AIDS, malárie nebo tuberkulóza také došlo ke zlepšení během působení MDGs. Počet infikovaných virem HIV jen mezi roky 2000 až 2013 poklesl o 40 %, tedy z odhadovaných 3,5 miliónu nakažených na 2,1 miliónu nově infikovaných virem HIV. Napomohla tomu i tzv. antiretrovirální terapie, která mezi roky 1995 až 2013 dle OSN zabránila 7,6 miliónům úmrtí na AIDS. Výskyt malárie celosvětově klesl o 37 % a úmrtnost na tuto nemoc klesl o více než 50 %. Stejně tak kleslo šíření a úmrtnost na tuberkulózu, kdy mezi roky 1990 až 2013 došlo k poklesu o 41 % u šíření této nemoci a ke snížení o 45 % u úmrtnosti na tuto nemoc (MDGs Report 2015).

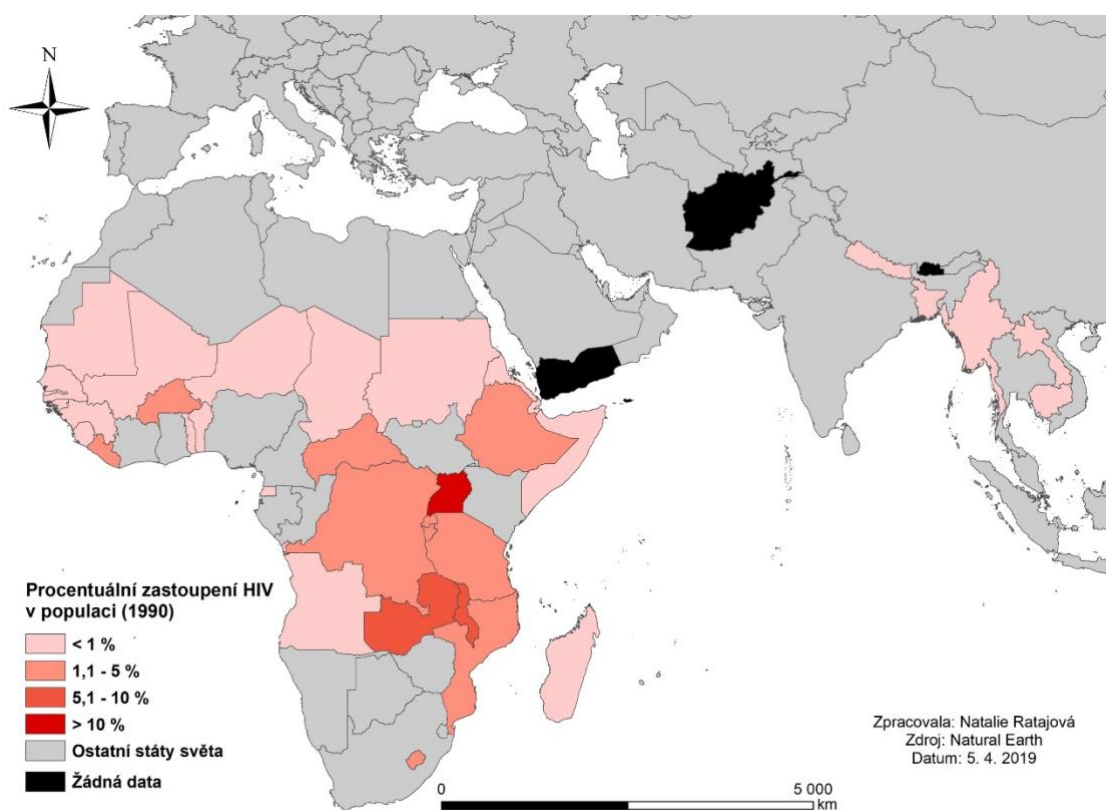
Graf č. 5: Celková prevalence HIV v procentech na populaci mezi 15-49 lety



Zdroj: Vlastní zpracování dle UNAIDS

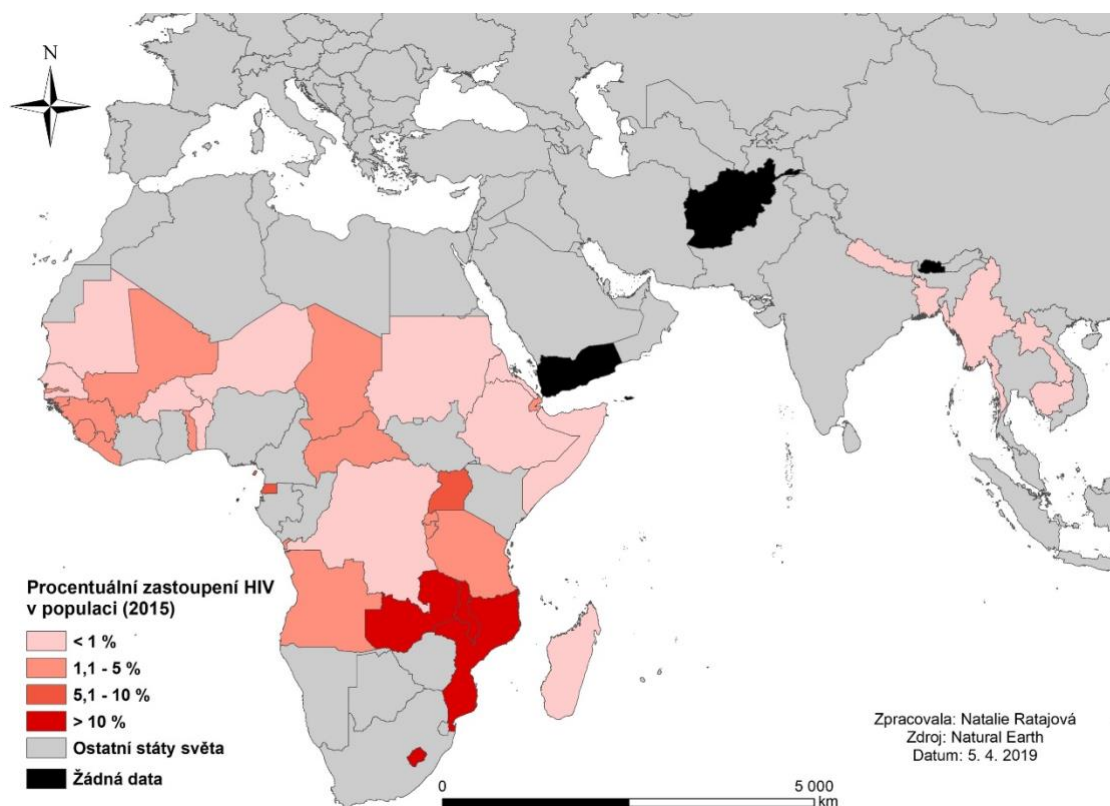
Cílem MDG 6 je zastavit a zvrátit šíření HIV/AIDS a dalších nemocí. Z grafu celkové prevalence HIV v procentech na populaci mezi 15-49 lety je vidět, že tento cíl také nebylo snadné splnit. Z grafu snadno vidíme, že největší nárůst výskytu HIV bylo procentuálně zaznamenáno ve státech Angola, Benin, Džibuti, Rovnicková Guinea, Gambie, Guinea – Bissau, Lesotho, Malawi, Mosambik, Myanmar a Sierra Leone. Pokles byl zaznamenán pouze u zemí Burkina Faso, Burundi, Demokratická republika Kongo, Etiopie, Libérie, Rwanda, Tanzanie a Uganda.

Obr. č. 13: Celková prevalence HIV v procentech na populaci mezi 15-49 lety ve vybraných státech LDCs v roce 1990



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth a UNAIDS

Obr. č. 14: Celková prevalence HIV v procentech na populaci mezi 15-49 lety ve vybraných státech LDCs v roce 2015



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth a UNAIDS

Názorné obrázky č. 13 a č. 14 ukazují procentuální zastoupení nakažené populace virem HIV v jednotlivých letech. Lze zaznamenat ztelný procentuální nárůst ve státech jižní Afriky, který je zapříčiněn obrovskou epidemií HIV na začátku 21. století právě v této oblasti (prolekare.cz, 2016, s. 198-205). Bohužel získaná data ze stránek UNAIDS nejsou kompletní a chybějí pro Afganistán, Bhútán, Jemen, Svätý Tomáš a Princův ostrov.

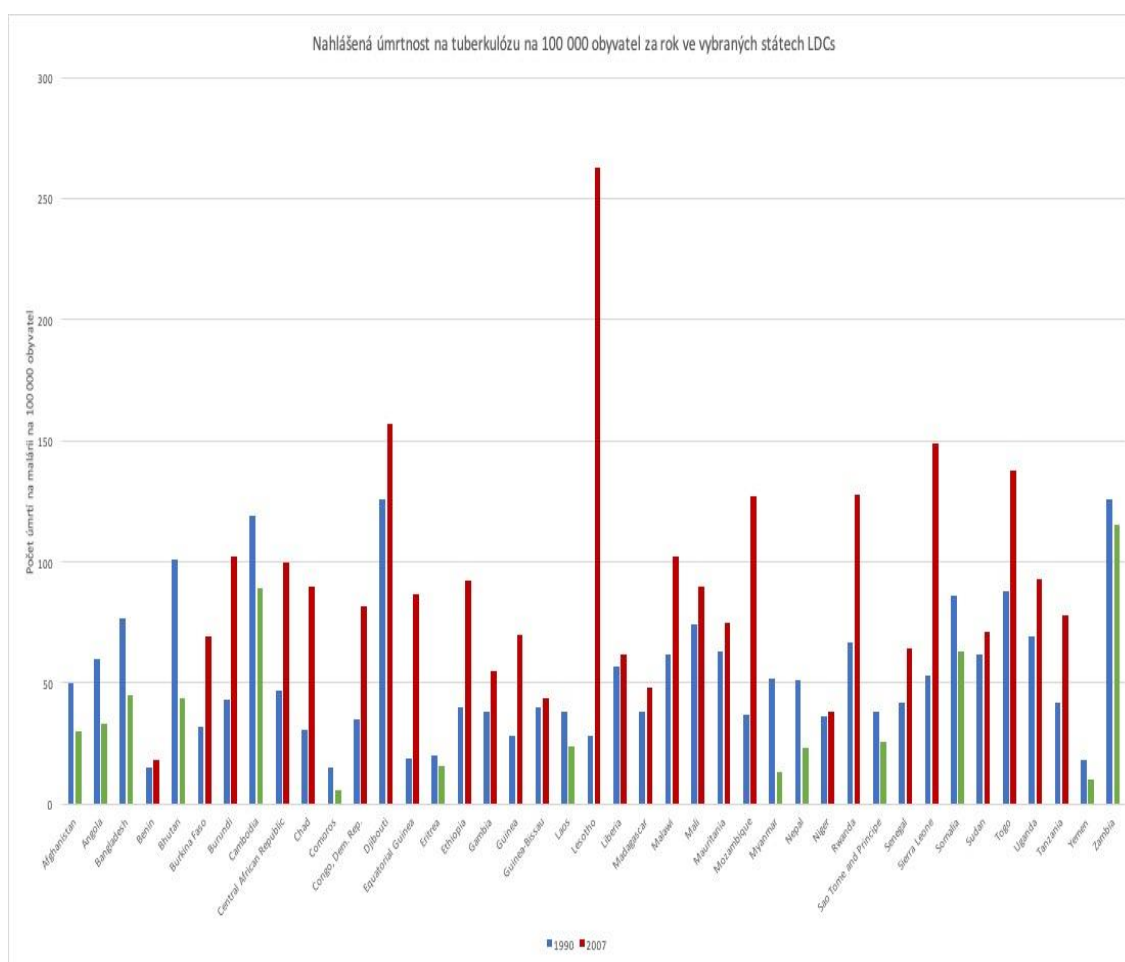
Tab. č. 4: Úmrtnost na malárii na 100 000 obyvateľ

Název štátu	1990	2000	2006
Afghanistan			0,096
Angola		96,02	61,73
Bangladesh		0,35	
Benin		10,24	15,89
Bhutan			0,92
Burkina Faso		23,06	56,29
Burundi		8,68	5,31
Cambodia	10,52	4,76	2,79
Central African Republic			20,28
Chad			7,79
Comoros		11,73	6,84
Congo, Dem. Rep.		5,01	40,15
Eritrea		2,55	0,36
Ethiopia		1,59	1,67
Guinea		5,38	
Guinea-Bissau		77,71	30,81
Laos	9,13	6,70	0,36
Liberia			24,50
Madagascar		3,65	3,08
Malawi	610,28	61,42	52,55
Mali		7,48	15,99
Mauritania		19,13	2,20
Mozambique		7,54	24,04
Myanmar		6,01	3,40
Nepal		0	0,15
Niger		9,07	18,71
Rwanda		32,75	24,80
Sao Tome and Principe			16,76
Senegal		12,94	13,90
Sierra Leone			1,22

Somalia			0,69
Sudan		6,48	0,26
Tanzania			52,67
Uganda			157,20
Yemen			0,31
Zambia	59,87	31,27	55,44

Zdroj: Vlastní zpracování dle WHO

Graf č. 7: Všechny formy úmrtí na TBC na 100 000 populace k roku 2007

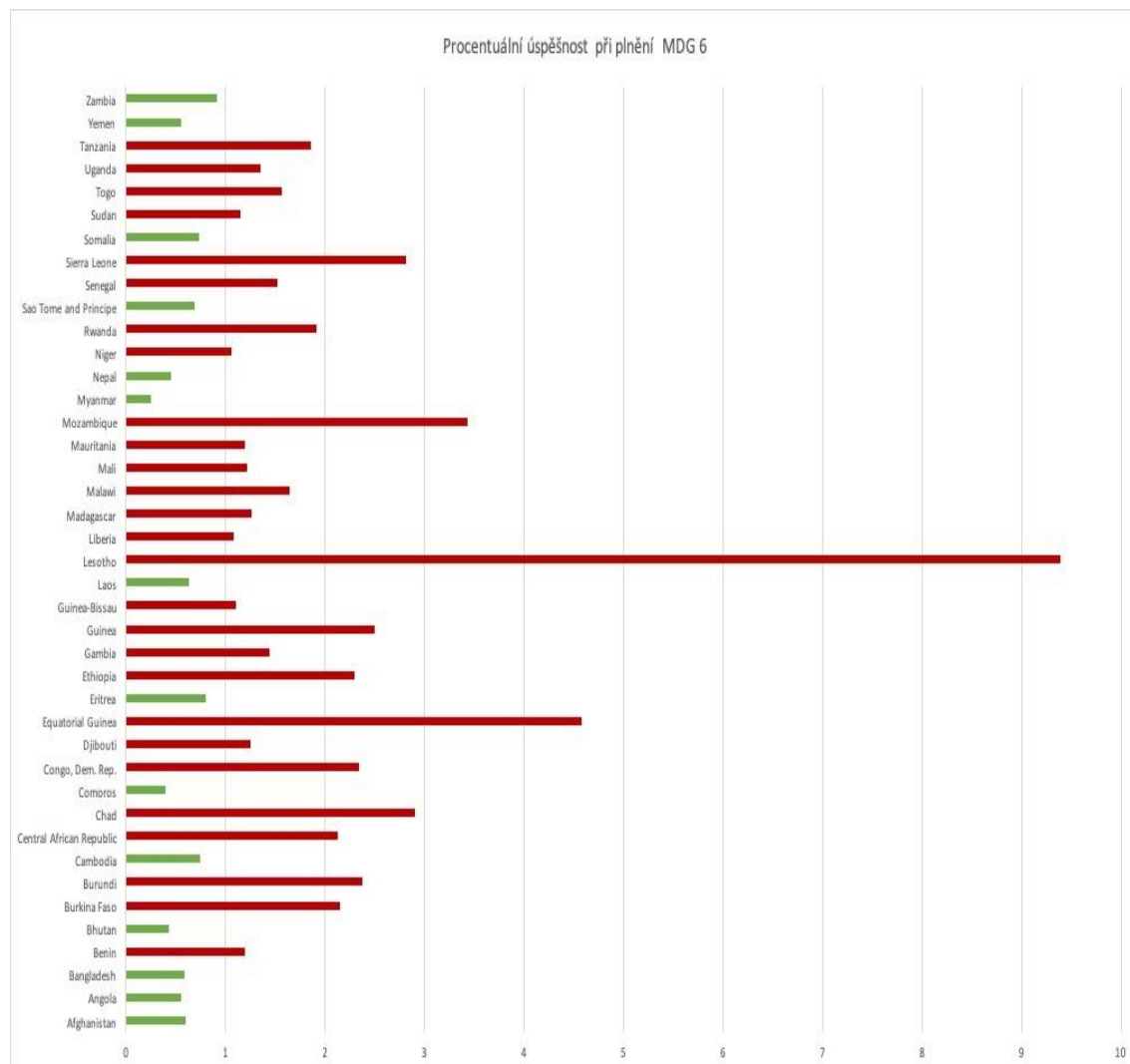


Zdroj: Vlastní zpracování dle WHO

Na grafu výše sledujeme, jaká byla úmrtnost v jednotlivých vybraných státech LDCs v letech 1990 (rok, který stanovila OSN jako počáteční rok pro sledování zlepšení ohledně MDGs) a 2007 (bohužel data z WHO další roky nemají). Přesto vidíme, že opět zdaleka ne ve všech zemích se povedlo alespoň snížit úmrtnost na malárii, natož zvrátit

či zastavit, jak je stanoveno v MDG 6. Pokles úmrtí sledujeme ve 14 zemích z 41, kdy u zbylých 27 zemí se jedná často o vysoký nárůst pro rok 2007 oproti roku 1990.

Graf č. 8: Procentuální úspěšnost při plnění MDG 6 k roku 2007



Zdroj: Vlastní zpracování dle WHO

8. Celkové vyhodnocení zemí

Celkové vyhodnocení zemí jsem pojala systémem bodovacím, kdy za splněný cíl má stát 1 bod a za nesplněný žádný bod. Tyto body jsou u MDG 4 a MDG 5 jasně určeny splněním stanovené hranice přímo v zadání cíle od OSN. U MDG 6 jsem stanovila bodování tak, pokud se podařilo zemi snížit danou nemoc, získala bod. Body se nezískávaly za úmrtnost na malárii, pro neúplná data, tedy pro nemožnost určení všech zemí, zdali se jim podařilo daná čísla snížit či nikoliv. MDG 6 a znázorňuje cíl snížení výskytu HIV v populaci 15-49 let a MDG 6 b znázorňuje snížení úmrtnosti na tuberkulózu.

Tab. č. 5: Seznam států a splnění cílů

Název země	Cíle				Body
	MDG 4	MDG 5	MDG 6 a	MDG 6 b	
Afganistán	Ano	Ne	-	Ano	2
Angola	Ano	Ne	Ne	Ano	2
Bangladéš	Ano	Ne	Ne	Ano	2
Benin	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Bhútán	Ano	Ano	-	Ano	3
Burkina Faso	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Burundi	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Kambodža	Ano	Ano	Ne	Ano	3
Středoafriická republika	Ne	Ne	Ne	Ne	0
Čad	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Komory	Ano	Ne	Ne	Ano	2
Demokratická republika Kongo	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Džibuti	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Rovníková Guinea	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Eritrea	Ano	Ne	Ne	Ano	2

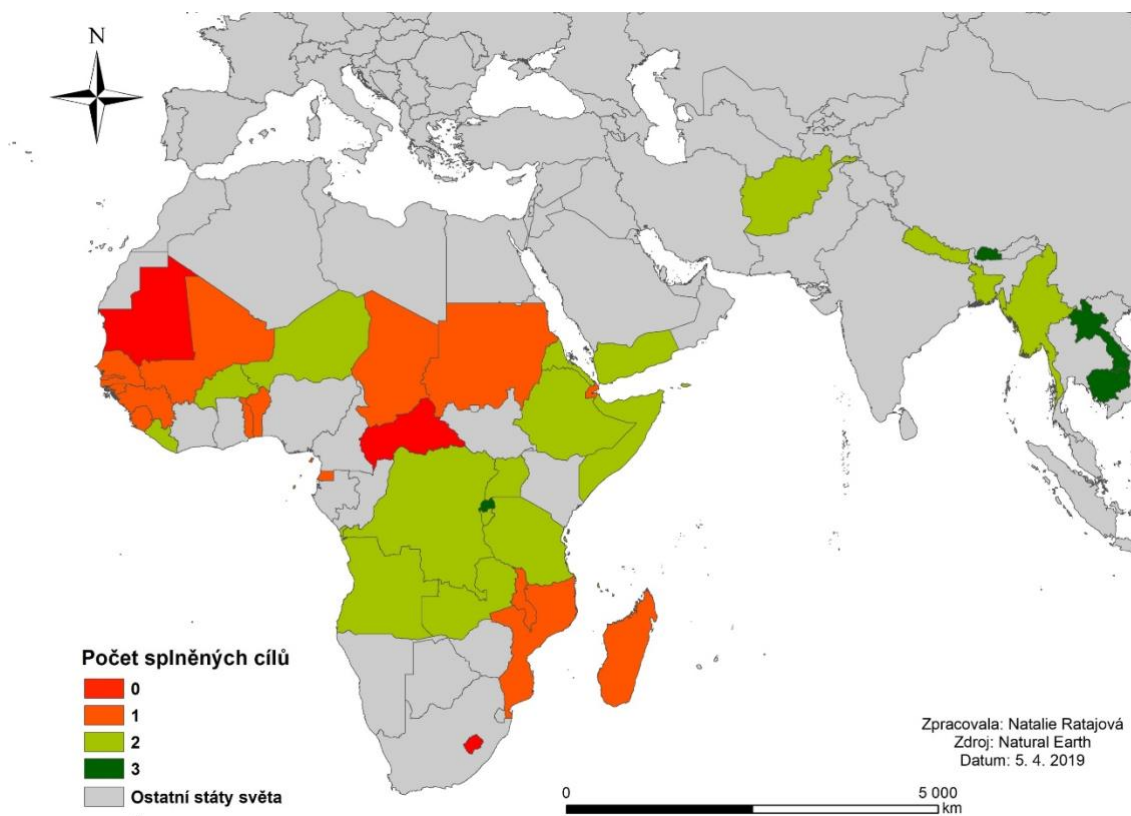
Etiopie	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Gambie	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Guinea	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Guinea – Bissau	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Laos	Ano	Ano	Ne	Ano	3
Lesotho	Ne	Ne	Ne	Ne	0
Libérie	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Madagaskar	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Malawi	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Mali	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Mauritánie	Ne	Ne	Ne	Ne	0
Mosambik	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Myanmar	Ano	Ne	Ne	Ano	2
Nepál	Ano	Ne	Ne	Ano	2
Niger	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Rwanda	Ano	Ano	Ano	Ne	3
Svatý Tomáš a Princův ostrov	Ano	Ne	-	Ano	2
Senegal	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Sierra Leone	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Somálsko	Ne	Ne	Ne	Ano	2
Súdán	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Togo	Ano	Ne	Ne	Ne	1
Uganda	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Tanzanie	Ano	Ne	Ano	Ne	2
Jemen	Ano	Ne	-	Ano	2

Zambie	Ano	Ne	Ne	Ano	2
--------	-----	----	----	-----	---

Zdroj: Vlastní zpracování dle dat UNICEF, WHO, UNAIDS a Gapminder

Tabulka ukazuje, že nejvíce se dařilo plnit sledované cíle zemím Bhútán, Kambodža, Laos a Rwanda (s třemi body), které se také výrazně posunuly v grafu světového zdraví (viz graf z kapitoly 5) směrem k vyšší úrovni. Naopak státy Středoafrická republika, Lesotho a Mauritánie (mající nula bodů), nedokázaly splnit žádný ze sledovaných cílů, proto v grafu světového zdraví se posunuly méně než státy, kterým se tyto cíle dařilo plnit. Následně výsledky tabulky č. 5 lze vidět i na obr. č. 15. Jako úspěšné země jsem zvolila země se splněnými třemi nebo dvěma cíli. A za neúspěšné země v plnění vybraných MDGs považuji ty, které splnily pouze jeden cíl nebo žádný.

Obr. č. 15: Shrnující mapa úspěšných a neúspěšných zemí vybraných států LDCs



Zdroj: Vlastní zpracování Natural Earth a UNICEF

Tab. č. 6: Seznam cílů dle počtu zemí, které daný cíl splnily / nesplnily

Cíl	Úspěšné země	Neúspěšné země
MDG 4 – Dětská úmrtnost	36	5
MDG 5 – Mateřská úmrtnost	4	37
MDG 6 – Nemoci (HIV)	8	33
MDG 6 – Nemoci (TBC)	14	27

Zdroj: Vlastní zpracování

Z tabulky úspěšných cílů vidíme, že nejvíce zemí dokázalo splnit cíl spojený s dětskou úmrtností (36 států), zatím co nejméně zemí dokázalo splnit cíl s poklesem mateřské úmrtnosti o 3/4 a pouze osmi zemím se podařilo snížit výskyt HIV v populaci mezi lety 15-49. Třetině zemím se podařilo snížit úmrtnost na tuberkulózu.

9. Závěr

V teoretické části jsem rozebírala pojmy související s tématem, které je nutné si uvědomit pro celkové pochopení této práce (např. rozvojové země, globální problémy...). Podrobně jsem rozepsala možné klasifikace rozvojových zemí a následně jsem vybrala jednu z nich, podle které se ubírá celá tato práce. Hlavním cílem byla analýza dopadů jednotlivých MDGs ve vybraných státech Afriky a Asie a dalšími dílčími cíli bylo dle vybraných indikátorů určit, zdali země splnily dané cíle či nikoliv a zároveň byla možná komparace těchto dat mezi jednotlivými státy navzájem. Proto jsem vybrala indikátory dětská úmrtnost do pěti let dítěte, mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených dětí, rozšíření viru HIV v populaci 15-49 let a úmrtnost na TBC na 100 000 obyvatel. Ukazatel úmrtnosti na malárii na 100 000 obyvatel se ukázal tak nekompletní, že z něho nelze zhodnotit, zdali se údaje zlepšují, proto nebyl zahrnut do závěrečného zhodnocení cílů.

Podle výsledků se nejúspěšnějšími státy staly Bhútán, Kambodža, Laos a Rwanda (s třemi body z možných čtyř bodů). Pokud by byla dostupná data pro Bhútán pro MDG 6 a, mohl by se tento stát neúspěšnějším státem ze všech sledovaných LDCs v této práci. Do úspěšných států lze řadit i státy, které získaly polovinu možných bodů (tedy 2 body v tabulce č. 5). Do této skupiny patří země Afganistán, Angola, Bangladěš, Burkina Faso, Burundi, Komory, Demokratická republika Kongo, Eritrea, Etiopie, Libérie, Myanmar, Nepál, Svatý Tomáš a Princův ostrov, Somálsko, Uganda, Tanzanie, Jemen a Zambie. Státy, které splnily pouze jeden cíl, považuji za neúspěšné, tedy Benin, Čad, Džibuti, Rovnicková Guinea, Gambie, Guinea – Bissau, Madagaskar, Malawi, Mali, Mosambik, Niger, Senegal, Sierra Leone, Súdán a Togo. Nejhorší výsledky, tedy žádný splněný cíl jsem zaznamenala u států Středoafriická republika, Lesotho a Mauritánie. Z těchto skupin lze vyčíslit, že více než 43 % států bylo neúspěšných a nezdařilo se jim cíle splnit.

Zdá se, že tyto Rozvojové cíle tisíciletí napomohly ke zlepšení situace ve více než polovině vybraných států Afriky a Asie, avšak i odborníci se shodují, že nejde o nikterak fenomenální úspěch. OSN tvrdí, že se dětská úmrtnost snížila o 80 %, mateřská úmrtnost se snížila o 60 % a pomohlo se dle OSN i zpomalit šíření HIV/AIDS a jiných nemocí. Dle mých zpracovaných dat nejnáze plnily státy cíl dětské úmrtnosti (téměř 88 % zemí splnilo tento cíl), naopak cíl snížení úmrtnosti matek dokázalo splnit pouze necelých 10 % států.

Závěry šetření byly vizualizované pomocí grafů a tabulek. Na výsledky této práce by se dalo navázat po skončení navazujících SDGs (SDG 3), které skončí v roce 2030 a je zaměřeno nejen na rozvojové státy. SDG 3 má 9 podcílů, o které se již nyní pokouší, a to: celosvětově snížit míru mateřské úmrtnosti, zabránit úmrtí novorozenců a dětí mladších pěti let, ukončit epidemii AIDS, tuberkulózy, malárie a zanedbávaných tropických nemocí, snížit pomocí prevence a léčby o třetinu předčasnou úmrtnost na nepřenositelné choroby, posílit prevenci a léčbu návykových látek, snížit o polovinu počet úmrtí a zranění při dopravních nehodách, zajistit všeobecný přístup ke službám pro sexuální a reprodukční zdraví, docílit všeobecného zabezpečení zdraví, snížit počet úmrtí a onemocnění vlivem nebezpečných chemických látek (OSN, 2018).

Mohl by tak vzniknout zpracovaný úsek celosvětových snah OSN a dalších institucí v oboru zdraví. Zda se dálelepší život na Zemi, bude již záviset na všech státech světa.

Seznam zkratek

AOSIS	Alliance of Small Inland States (Aliance malých ostrovních států)
EBA	European Banking Authority (Evropský orgán pro bankovníctví)
EME	Emerging Economies (Vynořující se ekonomiky)
EVI	Economic vulnerability index (Index ekonomické zranitelnosti)
HDI	Human development index (Index lidského rozvoje)
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries (Vysoce zadlužené chudé země)
HND	Gross National Product (Hrubý národní důchod)
LDC (s)	Least Development countries (Nejméně rozvinuté státy světa)
LLDC (s)	Landlocked Developing countries (Vnitrozemské rozvojové země)
MDG (s)	Millenium Development Goals (Rozvojové cíle tisíciletí)
MMF	Interational Monetary Fund (Mezinárodní měnový fond)
NIC	Newly Industrialized Countries (Nově industrializovaná země)
ODA	Oficial development aid (Oficiální rozvojová pomoc)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
SDG (s)	Sustainable Development Goals (Cíle udržitelného rozvoje)
SIDS	Small Island Developing States (Malé ostrovní rozvojové státy)
TBC	Tuberculosis (Tuberkulóza)
UN	United Nations (Organizace spojených národů)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Program OSN pro boj proti HIV/AIDS)
UN DESA	United Nations Department of Economic and Socials Affairs (Odbor hospodářských a sociálních věcí OSN)
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development (Konference OSN o obchodu a rozvoji)

- UNICEF United Nations Children's Fund (Dětský fond OSN)
- UN-OHRLLS Un Office of the High Representative for the Least Developed Countries,
Landlocked developing countries and Small Island Developing States
(Úřad vysokého představitele pro nejméně rozvinuté země, vnitrozemské
rozvojové země a malých ostrovních rozvojových států)
- WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Zdroje

Tištěné publikace

ARMAND, Pierre C., NOVÁČEK, Pavel, ed. *Rozvojová studia – vybrané kapitoly*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 240 s. ISBN 978-80-244-3958-7.

DUŠKOVÁ, Lenka. *Encyklopedie rozvojových studií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 241 s. ISBN 978-80-244-2948-9.

JENÍČEK, Vladimír a Jaroslav FOLTÝN. *Globální problémy světa: v ekonomických souvislostech*. V Praze: C.H. Beck, 2010. Beckovy ekonomické učebnice, 352 s. ISBN 978-80-7400-326-4.

KISSINGER, Henry. *Uspořádání světa: státní zájmy, konflikty a mocenská rovnováha*. Přeložil Martin POKORNÝ. Praha: Prostor, 2016. Obzor (Prostor), 399 s. ISBN 978-80-7260-335-0.

KRAMPOTA, František a Jiří PREIS. *Uganda: znovuobjevená perla*. [Plzeň: Nava], c2013, 145 s. ISBN 978-80-7211-450-4.

MILLENNIUM PROJECT. *Investing in Development; A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. UNDP, New York, 2005, 329 p. ISBN 1-84407-217-7.

ROSLING, Hans, Ola ROSLING a Anna ROSLING RÖNNLUND. *Faktomluva: deset důvodů, proč se mýlíme v pohledu na svět a proč jsou věci lepší, než vypadají*. Přeložil Eva NEVRLÁ. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2018. Pod povrchem, 352 s. ISBN 9788075550569.

TOŽIČKA, Tomáš, ed. *Příliš vzdálené cíle: rozvojové cíle tisíciletí: manuál globálního rozvojového vzdělávání*. Praha: Educon, 2008, 64 s. ISBN 978-80-254-3279-2.

UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, June 2015, 75 p. ISBN 978-92-1-101320-7

Elektronické zdroje

3. Zajistit zdraví život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku. *Osn.cz* [online]. Praha 1: UNIC, 2015 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/sdg-3-zajistit-zdravy-zivot-a-zvysovat-jeho-kvalitu-pro-vsechny-v-jakemkoli-veku/>

Downloads Natural Earth. *Natural Earth* [online]. Natural Earth, 2019 [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.naturalearthdata.com/downloads/>

Gapminder Tools. *Gapminder.org* [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2000 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z:

[https://www.gapminder.org/tools/#\\$state\\$time\\$value=2000;&marker\\$axis_y\\$which=children_per_woman_total_fertility&domainMin:null&domainMax:null&zoomedMin:null&zoomedMax:null&spaceRef:null;:&chart-type=bubbles](https://www.gapminder.org/tools/#$state$time$value=2000;&marker$axis_y$which=children_per_woman_total_fertility&domainMin:null&domainMax:null&zoomedMin:null&zoomedMax:null&spaceRef:null;:&chart-type=bubbles)

Gapminder Tools. *Gapminder.org* [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2015 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z:

[https://www.gapminder.org/tools/#\\$state\\$time\\$value=2015;&marker\\$axis_y\\$which=children_per_woman_total_fertility&domainMin:null&domainMax:null&zoomedMin:null&zoomedMax:null&spaceRef:null;:&chart-type=bubbles](https://www.gapminder.org/tools/#$state$time$value=2015;&marker$axis_y$which=children_per_woman_total_fertility&domainMin:null&domainMax:null&zoomedMin:null&zoomedMax:null&spaceRef:null;:&chart-type=bubbles)

Gapminder Data: Child mortality (0-5 years-olds dying per 1000 born) [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:

<https://www.gapminder.org/data/>

Gapminder Data: Malaria deaths per 100 000 - reported [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.gapminder.org/data/>

Gapminder Data: Maternal mortality ratio (per 100 000 live births) [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:

<https://www.gapminder.org/data/>

Gapminder Data: TB deaths, estimated, all forms of TB [online]. Sweden: Stiftelsen Gapminder, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.gapminder.org/data/>

Human Development Reports: Human Developments Indicators – Bhutan. *United Nations Development Programme* [online]. New York: United Nations, 2018 [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BTN>

Human Development Reports: Human Developments Indicators – Equatorial Guinea. *United Nations Development Programme* [online]. New York: United Nations, 2018 [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/GNQ>

LDC membership over time [online]. New York: United Nations, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:

https://esango.un.org/sp/ldc_mem/web/StatPlanet.html?_ga=2.172855011.1726003541.1541492673-2115091878.1423499507

LEAST DEVELOPED COUNTRIES (LDCS). *Economic Analysis & Policy Division* [online]. New York: United Nations, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html>

LINDNER, Tomáš a Michal STRNAD. Světová banka a vývoj jejích strategií v boji proti chudobě. *Mezinárodní vztahy* [online]. 2006, Vol. 41(2), 120-142 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://mv.iir.cz/article/view/216>

MDGs 2015: Fakta. *Osn.cz* [online]. Praha 1: UNIC, 2015 [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/mdgs-2015-fakta/>

Population, total: Data [online]. USA: The World Bank Group, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2015&start=2000>

PREIS, J. a M. ČECHUROVÁ. Epidemie HIV/AIDS v subsaharských regionech na počátku druhé dekády 21. století: regionální specifika na pozadí analýzy dat UNAIDS. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie* [online]. 2016, 19 (3), 198-205 [cit. 2019-04-05]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2016-3-9/epidemie-hiv-aids-v-subsaharskych-regionech-na-pocátku-druhe-dekady-21-stoleti-regionalni-specifika-na-pozadi-analyzy-dat-unaid-59134>

The World Bank Data: Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49) [online]. USA: The World Bank Group, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?view=chart>

Twitter: Remember H. Rosling [online]. Sweden: Gapminder, 2013 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://twitter.com/hansrosling/status/400030634921312256>

UNICEF Data: Child Mortality [online]. New York: United Nations, 2018 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

UNICEF Data: Maternal mortality [online]. New York: United Nations, 2017 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

Unicef: for every child [online]. New York: United Nations, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.unicef.org>

World Health Organization [online]. New York: United Nations, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.who.int>

World Health Organization: Child mortality – Probability of dying per 1000 live births [online]. New York: United Nations, 2019 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.182?lang=en>

World Health Organization: Maternal health [online]. New York: United Nations, 2015 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:

http://gamapsserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html

World Investment Report 2011: Non-equity modes of international production and development [online]. 2011. New York and Geneva: UNITED NATIONS PUBLICATION, 2011 [cit. 2019-03-28]. ISBN 978-92-1-112828-4. Dostupné z:

https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2011_en.pdf

Abstrakt

RATAJOVÁ, Natalie. *Analýza dopadů rozvojových cílů tisíciletí (MDG 4-6) ve vybraných státech Afriky a Asie*. Plzeň, 2019. 71 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická.

Klíčová slova: rozvojové země, Rozvojové cíle tisíciletí, Nejméně rozvinuté země, dětská úmrtnost, mateřská úmrtnost, HIV/AIDS, malárie, tuberkulóza

Předložená práce je zaměřena na analýzu dat Rozvojových cílů tisíciletí ve vybraných státech Afriky a Asie. K porovnání byla určena data z roku 1990 (stejně jako zvolilo OSN) a jako cílový rok byl brán 2015. Cílový rok se lišil, pokud nebyla dostupná data pro rok 2015. Hlavní metodou bylo porovnání dat navzájem mezi jednotlivými státy. Z Nejméně rozvinutých zemí Afriky a Asie, které byly předmětem zkoumání, nejlépe dopadly Bhútán, Kambodža, Laos a Mauritánie. Většině státům se podařilo splnit snížení dětské úmrtnosti o 2/3. Naopak snížit mateřskou úmrtnost o 3/4 se nepodařilo většině zemí, stejně tak jako zvrátit šíření HIV/AIDS. Polovině zemí se podařilo snížit úmrtnost na tuberkulózu k náhradnímu cílovému roku 2007. Celkově bylo úspěšných více než 50 % vybraných LDCs. Tři státy nesplnily žádný zadaný cíl (Středoafriická republika, Lesotho a Mauritánie). Na tyto výsledky lze navázat v roce 2030, kdy končí Cíle udržitelného rozvoje.

Abstract

RATAJOVÁ, Natalie. *Analysis of the impacts of Millennium Development Goals (MDG 4-6) in selected countries of Africa and Asia* Plzeň, 2019. 71 p. Bachelor Thesis. University of West Bohemia. Faculty of Economics.

Key words: developing countries, Millennium Development Goals, Least Developed Countries, Child Mortality, Maternal Mortality, HIV / AIDS, Malaria, Tuberculosis

The presented work is focused on data analysis of the Millennium Development Goals in the selected countries of Africa and Asia. The subject of the comparison were the data collected within the year 1990 (as well as the UN elected), the year 2015 was set as the target year. In case the required data for the year 2015 were not available, the target year was changed. The main applied method was the mutual data comparison among the selected countries. Among the Least Developed Countries of Africa and Asia, which are subject of my research, were Bhutan, Cambodia, Laos and Mauritania. The majority of the selected countries successfully reduced child mortality by two-thirds. On the other hand, most countries failed in the reduction of maternal mortality by three-quarters and did not avert the spread of HIV/AIDS. Half of the countries met the goal and reduced tuberculosis mortality by the target year of 2007. Overall, more than 50 % of the selected Least Developed Countries were successful. Only three states did not meet any targets at all (Central African Republic, Lesotho and Mauritania). The Sustainable Development Goals, which will be completed by 2030, can build on these results.