

Redaktorzy naukowi

Ewa Latoszek, Magdalena Proczek, Monika Krukowska

**Zrównoważony rozwój  
a globalne dobra publiczne**  
w teorii i praktyce organizacji międzynarodowych

Warszawa 2016

Marta Pachocka\*

## GLOBALNE DOBRA PUBLICZNE W KONTEKŚCIE KONCEPCJI ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU W DZIAŁALNOŚCI WHO I UNDP

### Wprowadzenie

Opracowania naukowe na temat globalnych dóbr publicznych (GDP) powstają od przełomu lat 60. i 70. XX w. Zagadnienie to stało się również przedmiotem zainteresowania organizacji międzynarodowych, takich jak Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) i podmioty tworzące system ONZ, Bank Światowy (BŚ), Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) czy Unia Europejska (UE). Celem tego opracowania jest przedstawienie, analiza i ocena miejsca problematyki GDP przy uwzględnieniu koncepcji zrównoważonego rozwoju (KZR) w działalności Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)<sup>1</sup> i Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP)<sup>2</sup>. W tezie badawczej przyjęto, że profil i aktywność badanych podmiotów są skoncentrowane wokół globalnych dóbr publicznych, dążąc do ich tworzenia i rozwijania. Ponadto ich działalność ma kluczowe znaczenie w promowaniu koncepcji GDP, a same podmioty można uznać za przykład globalnych dóbr publicznych z uwagi na pełnione funkcje. Na potrzeby niniejszego opracowania sformułowano następujące założenia wyjściowe:

1. Państwa pozostają podstawowymi i najważniejszymi podmiotami stosunków międzynarodowych<sup>3</sup>, ewoluując w celu adaptacji do zmieniających się uwarunkowań otoczenia regionalnego i globalnego o zróżnicowanym charakterze. W XXI w. znaczenie państw – wbrew często spotykanym w literaturze przedmiotu opiniom

---

\* dr, adiunkt w Katedrze Studiów Politycznych Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/> (30.04.2016).

<sup>2</sup> United Nations Development Programme (UNDP), <http://www.undp.org/> (30.04.2016).

<sup>3</sup> Por. S. Bieleń, *Państwa w stanie kryzysu i upadku?*, w: *Państwo w teorii i praktyce stosunków międzynarodowych*, red. M. Sulek, J. Symonides, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 45–64; T. Łoś-Nowak, *Stosunki międzynarodowe. Teorie – systemy – uczestnicy*, wyd. 2 uzup. i popr., Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006, s. 234–257.

– wzmacnia się, tym bardziej w obliczu postępującej na różnych płaszczyznach globalizacji.

2. Organizacje międzynarodowe są drugą obok państw najważniejszą grupą podmiotów w stosunkach międzynarodowych. W tej niejednorodnej grupie w oparciu o kryterium statusu prawnomiędzynarodowego członków organizacji wyróżnia się zazwyczaj międzynarodowe organizacje rządowe i pozarządowe, uzupełniając niekiedy ten podział o korporacje transnarodowe<sup>4</sup>. Uwaga badawcza w niniejszym rozdziale koncentruje się na międzynarodowych organizacjach rządowych.
3. Międzynarodowe organizacje rządowe są definiowane jako struktury zorganizowane przez państwa w celu rozwoju wzajemnej współpracy, utworzone w wyniku porozumienia (umowy międzynarodowej) między co najmniej trzema suwerennymi podmiotami, aby ściślej realizować określone zadania. W związku z powyższym umowa międzynarodowa jest rozumiana jako akt stanowiący organizację międzyrządową, który zarazem określa m.in. jej cele, zadania, sposób nabywania i utraty członkostwa, strukturę organizacyjną i zakres kompetencji<sup>5</sup>.
4. Międzynarodowe organizacje pozarządowe są definiowane jako „struktury międzynarodowe, w których członkostwo jest ze swej istoty niezwiązane z rządami”, a utworzyć je mogą zarówno osoby fizyczne, jak i osoby prawne (agendy, instytucje, stowarzyszenia osób fizycznych)<sup>6</sup>.
5. Międzynarodowe organizacje rządowe odgrywają większą rolę w stosunkach międzynarodowych w wymiarze politycznym, gospodarczym i społecznym niż organizacje pozarządowe, co wynika z ich umocowania w państwach jako podstawowych podmiotach systemu międzynarodowego, przez które są powoływane, finansowane i kontrolowane.
6. W XXI w. wzrasta znaczenie globalnych dóbr publicznych w sferze społecznej w skali świata, o czym świadczy zwiększająca się liczba międzynarodowych organizacji rządowych i pozarządowych ukierunkowanych na aktywność na płaszczyźnie społecznej.

W pracy wykorzystano głównie metody badań niereaktywnych, tj. metodę analizy dokumentów oficjalnych (krajowych i międzynarodowych) i danych statystycznych, metodę analizy treści oraz metodę porównawczą. Ponadto zastosowano metodę studium przypadku do szczegółowego zbadania problematyki globalnych dóbr publicznych w kontekście koncepcji zrównoważonego rozwoju na przykładzie działalności

---

<sup>4</sup> T. Łoś-Nowak, *Organizacje międzynarodowe: geneza – istota – ewolucja*, w: *Organizacje w stosunkach międzynarodowych: istota – mechanizmy działania – zasięg*, red. T. Łoś-Nowak, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009, s. 29.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> Ibidem, s. 30.

WHO i UNDP. Istotnym uzupełnieniem materiału badawczego są wywiady częściowo ustrukturyzowane przeprowadzone z pracownikami badanych podmiotów na szczeblu krajowym – Pauliną Karwowską będącą od 2003 r. Dyrektorem Biura WHO w Polsce<sup>7</sup> oraz Kamilem Wyszowskim, funkcjonariuszem międzynarodowym ONZ na stanowisku Dyrektora UNDP w Polsce w latach 2009–2014<sup>8</sup> a następnie Dyrektorem Generalnym United Nations Global Compact (UNGC) w Polsce od 2014 r.

## 1. Jak rozumieć globalne dobra publiczne?

W teorii ekonomii można wyróżnić dwa podstawowe kryteria podziału dóbr na publiczne i prywatne, tj. występowanie konsumpcji o charakterze rywalizacyjnym (*rival consumption*) oraz możliwość wykluczenia z konsumpcji danego dobra i korzyści z niej wynikających (*excludability*). Dobra publiczne występują na różnych poziomach, stąd wskazuje się na dobra lokalne, ogólnonarodowe (krajowe) i międzynarodowe (globalne), z których korzyści przypadają odpowiednio mieszkańcom danej miejscowości (gminy), państwa i świata. Wśród dóbr międzynarodowych wyróżnia się np. globalne środowisko (atmosfera ziemiska i oceany), bezpieczeństwo międzynarodowe, wiedzę i międzynarodową stabilizację ekonomiczną<sup>9</sup>.

Według innego podejścia globalne dobra publiczne muszą spełniać dwa kryteria. Po pierwsze, korzyści z tych dóbr muszą mieć wyraźnie publiczny charakter, tj. cechować się brakiem rywalizacji w konsumpcji i niewykluczeniem z dostępu do korzyści, aby zaliczać się do kategorii dóbr publicznych. Po drugie, korzyści z GDP mają charakter dość uniwersalny w odniesieniu do państw (obejmują więcej niż jedną grupę krajów), ludzi (dotyczą kilku, a najlepiej wszystkich grup ludności) i pokoleń (dotyczą obecnych i przyszłych pokoleń, a przynajmniej wpływają na potrzeby obecnych pokoleń, nie wykluczając możliwości rozwoju dla tych przyszłych). Ta właściwość czyni całą ludzkość odbiorcą publicznym lub beneficjentem dóbr<sup>10</sup>. Wybory polityczne w dużej mierze determinują, co uznaje się za (globalne) dobra publiczne. W efekcie nie

---

<sup>7</sup> Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Pauliną Karwowską, rozmowa przeprowadzona przez M. Pachocką, Warszawa, 13.07.2015.

<sup>8</sup> Wywiad z byłym przedstawicielem Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) Kamilem Wyszowskim, rozmowa przeprowadzona przez M. Pachocką, Warszawa, 08.07.2015.

<sup>9</sup> J.E. Stiglitz, *Ekonomia sektora publicznego*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 886–888.

<sup>10</sup> I. Kaul, I. Grunberg, M.A. Stern, *Defining Global Public Goods*, w: *Global public goods: international cooperation in the 21st century*, eds. I. Kaul, I. Grunberg, M.A. Stern, UNDP, Oxford University Press, New York–Oxford 1999, s. 2–3, <http://web.undp.org/globalpublicgoods/TheBook/globalpublicgoods.pdf> (30.04.2016).

istnieje zamknięta lista takich dóbr<sup>11</sup>. Przykładowo w raporcie sekretarza generalnego ONZ *Mapa drogowa realizacji Deklaracji Milenijnej ONZ z 2001 r.*<sup>12</sup> zidentyfikowano co najmniej dziesięć GDP ważnych dla społeczności międzynarodowej<sup>13</sup>:

1. Podstawowa ludzka godność dla wszystkich ludzi, w tym powszechny dostęp do podstawowej edukacji i opieki zdrowotnej.
2. Poszanowanie suwerenności narodowej.
3. Globalne zdrowie publiczne, w szczególności kontrola chorób zakaźnych.
4. Globalne bezpieczeństwo lub, inaczej mówiąc, globalna własność (przestrzeń) publiczna wolna od przestępczości i przemocy.
5. Światowy pokój.
6. Systemy komunikacji i transportu ujednoczone ponad granicami.
7. Infrastruktura instytucjonalna zharmonizowana ponad granicami w celu wspierania efektywności rynku, uniwersalnych praw człowieka, przejrzystych i odpowiedzialnych rządów i harmonizacji standardów technicznych.
8. Skoordynowane zarządzanie wiedzą, w tym światowe poszanowanie dla praw własności intelektualnej.
9. Skoordynowane zarządzanie globalnymi naturalnymi dobrami wspólnymi na rzecz promowania ich zrównoważonego wykorzystania.
10. Dostępność międzynarodowych forów (platform) dla prowadzenia wielostronnych negocjacji między państwami, a także między aktorami państwowymi i niepaństwowymi.

Jedna z proponowanych w polskiej literaturze przedmiotu klasyfikacji dóbr publicznych wskazuje na: czyste dobra publiczne, lokalne dobra publiczne, dobra mieszane i globalne dobra publiczne<sup>14</sup>. Charakter tych ostatnich nie jest ani czysto ekonomiczny, ani polityczny, a w jakimś zakresie społeczny. Dobra te łączą jednocześnie właściwości czystych dóbr publicznych i niektórych uniwersalnych dóbr mieszanych, a za ich podstawową funkcję można uznać łagodzenie sprzeczności (napięć) między państwami (gospodarkami) narodowymi a globalizującą się gospodarką światową, sprowadzaną do rynku światowego. W tym podejściu przykładowe GDP obejmują:

<sup>11</sup> *Providing Global Public Goods: Managing Globalization: 25 Questions & Answers*, UNDP/ODS, New York, November 2002, s. 6, <http://web.undp.org/globalpublicgoods/globalization/pdfs/ques-ans.pdf> (30.04.2016).

<sup>12</sup> UN General Assembly, *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. Report of the Secretary-General, A/56/326*, 06.09.2001, [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56\\_326/a\\_56\\_326e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56_326/a_56_326e.pdf) (30.04.2016).

<sup>13</sup> *Providing Global...*, op. cit., s. 6.

<sup>14</sup> J. Kleer, *Globalne dobra publiczne a państwo narodowe*, Instytut Gospodarki Światowej, „Prace i Materiały” nr 267, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Gospodarki Światowej, Warszawa 2005, s. 9–11, [http://akson.sgh.waw.pl/~zczajk/IGS\\_homepage/documents/WorkingPapers/wp267.pdf](http://akson.sgh.waw.pl/~zczajk/IGS_homepage/documents/WorkingPapers/wp267.pdf) (30.04.2016).

bezpieczeństwo, ład instytucjonalno-prawny, ochronę własności, edukację, ochronę zdrowia, ekologię czy politykę społeczną<sup>15</sup>. Konsekwentnie, wyznaczając zakres przedmiotowy globalnych dóbr publicznych, wskazuje się na pole trójkąta, którego kolejne kąty wyznaczają trzy szeroko rozumiane obszary – polityki, gospodarki i sfery społecznej, powiązane z określonymi instytucjami i organizacjami. Zarówno WHO jak i UNDP wpisują się w obszar sfery społecznej, do której zaliczono<sup>16</sup>:

- organizacje do walki z chorobami będącymi zagrożeniem na szczeblu regionalnym lub globalnym,
- organizacje do walki z klęskami żywiołowymi,
- instytucje do walki z przemocą i dyskryminacją na poziomie krajowym,
- instytucje edukacyjne, począwszy od zwalczania analfabetyzmu, aż po upowszechnianie wiedzy za pośrednictwem nowoczesnych środków przekazu,
- wiedzę,
- instytucje świadczące pomoc ekonomiczną, techniczną, medyczną, edukacyjną, prawną, itp. na rzecz najbardziej zacofanych państw.

Globalne dobra publiczne wyrastają z krajowych dóbr publicznych, przekraczając jednak granice pojedynczych państw narodowych. Stanowią one pewnego rodzaju nakładkę na krajowe dobra publiczne na szczeblu ponadpaństwowym, tworząc oddzielną strukturę w ramach gospodarki światowej. Są one w mniejszym stopniu uchwytnie i bardziej płynne, a zakres ich działania jest słabiej wyznaczony. Ponadto nie mają mocy nakazu, tylko oparte są na dobrowolności uczestnictwa czy zaangażowania, a ich funkcje są często odmiennie zdefiniowane. Globalne dobra publiczne upowszechnia się głównie przy wykorzystaniu metody negocjacyjnej – muszą być one akceptowane przez poszczególne państwa. Dobra te mogą wzmacniać pozytywne procesy, przemiany i zjawiska w skali świata i jego regionów, nie stanowią jednak uniwersalnego przepisu na osiągnięcie dobrobytu<sup>17</sup>.

Globalne dobra publiczne i globalizacja są ze sobą nierozzerwalnie związane. Globalne dobra publiczne są zarówno czynnikiem sterującym, jak i rezultatem globalizacji. Niektóre GDP ułatwiają proces globalizacji i kształtują jego wpływ, inne są wynikiem globalizacji<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> J. Kleer, *Globalne dobra publiczne a państwa narodowe*, w: *Wyzwania ekonomiczne w warunkach kryzysu. Wybrane zagadnienia*, red. I. Lichniak, Oficyna Wyd. SGH, Warszawa 2009, s. 39.

<sup>16</sup> J. Kleer, *Globalne dobra publiczne a państwo narodowe*, op.cit., s. 16–17.

<sup>17</sup> J. Kleer, *Globalizacja a państwo narodowe i usługi publiczne*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2006, s. 296–297.

<sup>18</sup> *Providing Global...*, op.cit., s. 6–7.

## 2. Światowa Organizacja Zdrowia a globalne dobra publiczne w kontekście realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju

Jednym z najważniejszych współczesnych globalnych dóbr publicznych jest zdrowie ludzkie i jego ochrona, które z perspektywy historii społeczno-gospodarczej przez długi czas pozostawały domeną krajową. W internetowej anglojęzycznej wyszukiwarce *Rocznika Organizacji Międzynarodowych* uwzględniającej ponad 68 tys. podmiotów<sup>19</sup> słowo *health* – występuje w nazwie własnej ponad 970 międzynarodowych organizacji rządowych i pozarządowych. Kombinacja dwóch określeń *international* i *health* daje 32 wyniki, a 45 organizacji ma w nazwie słowa *global* i *health* oraz prawie 20 – *world* i *health*<sup>20</sup>.

Międzynarodowe organizacje w dziedzinie zdrowia dzieli się zazwyczaj na trzy grupy: organizacje wielostronne, dwustronne i pozarządowe. Najważniejszą współczesną multilateralną organizacją międzynarodową ds. zdrowia jest Światowa Organizacja Zdrowia, która z formalnego punktu widzenia jest międzyrządową agendą związaną z Organizacją Narodów Zjednoczonych. Ma ona charakter odrębnego i autonomicznego podmiotu, który na mocy specjalnych porozumień współpracuje trwale z ONZ przy wykorzystaniu koordynującej roli Rady Gospodarczej i Społecznej ONZ<sup>21</sup>. WHO jest agendą merytoryczną, nie implementacyjną, która poza pełnieniem z mandatu ONZ przywódczej roli w ochronie zdrowia na świecie i koordynacją tych działań koncentruje się na przygotowywaniu wytycznych, standardów i rekomendacji<sup>22</sup>. Historia międzynarodowej współpracy w zakresie ochrony zdrowia sięga połowy XIX w., kiedy zaczęto organizować międzynarodowe konferencje sanitarne w ramach walki z chorobami epidemicznymi<sup>23</sup>. Jednak dopiero po II wojnie światowej podjęto działania na rzecz stworzenia organizacji międzynarodowej w dziedzinie zdrowia o charakterze uniwersalnym.

Już w 1945 r. na sesji nowo powołanej Organizacji Narodów Zjednoczonych w San Francisco przedstawiciele Brazylii i Chin zgłosili inicjatywę utworzenia

<sup>19</sup> Rocznik zawiera szczegółowe informacje na temat ponad 38 tys. aktywnych i 30 tys. nieaktywnych międzyrządowych i pozarządowych organizacji międzynarodowych z 300 państw i terytoriów. Jest on uzupełniany corocznie o około 1,2 tys. nowych podmiotów. Por. Union of International Associations (UIA), *The Yearbook of International Organizations*, <http://www.uia.org/yearbook> (30.04.2016).

<sup>20</sup> UIA, *Open Yearbook, International Organizations Search*, <http://www.uia.org/ybio/> (30.04.2016).

<sup>21</sup> The International Medical Volunteers Association (IMVA), *The Major International Health Organizations*, <http://www.imva.org/Pages/orgfrm.htm> (30.04.2016).

<sup>22</sup> *Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia...*, op.cit.

<sup>23</sup> Por. M. Proczek, *System NZ – wybrane organizacje wyspecjalizowane NZ*, w: *Organizacje międzynarodowe we współczesnym świecie*, red. E. Latoszek, M. Proczek, Elipsa, Warszawa 2006, s. 128–129; J. Leowski, *Polityka zdrowia a zdrowie publiczne: ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, wyd. 2, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 29.

Światowej Organizacji Zdrowia, a rok później delegaci 51 państw uczestniczących w Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w Paryżu opracowali jej konstytucję. Została ona przyjęta na konferencji w Nowym Jorku, obradującej od 19 czerwca do 22 lipca 1946 r. W konsekwencji Organizacja rozpoczęła działalność w dniu 7 kwietnia 1948 r., który jest obchodzony jako Światowy Dzień Zdrowia<sup>24</sup>. Pierwsza sesja organu plenarnego odbyła się w dniu 28 czerwca 1948 r.<sup>25</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia przejęła obowiązki, funkcje i czynności Organizacji Zdrowia Ligi Narodów, Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej oraz te powierzone Oddziałowi Zdrowia Organizacji Narodów Zjednoczonych do Spraw Pomocy i Zagospodarowania<sup>26</sup>. Ponadto w 1949 r. Panamerykańskie Biuro Sanitarne przekształciło się w jej biuro regionalne. W ten sposób powstała druga w historii stosunków międzynarodowych – po Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej – ogólnosiwiatowa organizacja w dziedzinie zdrowia<sup>27</sup>.

Już we wstępie do konstytucji WHO z 1948 r. zawarto fundamentalne zasady odnoszące się do obszaru zdrowia, które wskazują, iż organizacja ta działa na rzecz rozwijania globalnych dóbr publicznych, wpisując się w koncepcję zrównoważonego rozwoju.

W konstytucji zastosowano szeroką i pozytywną definicję zdrowia, w myśl której jest ono „stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”<sup>28</sup>. Zdrowie człowieka jest stanem wieloaspektowym, który obejmuje sferę cielesną i psychiczną, ale także społeczną, co oznacza, że twórcy konstytucji, zapewne po doświadczeniach i skutkach dwóch kolejnych wojen światowych, patrzyli na człowieka szerzej, nie tylko jak na wyizolowaną jednostkę, ale jak na część społeczeństwa i ludzkości. Konsekwencją posługiwania się taką definicją jest przyjęcie również poglądu, że zdrowie warunkuje szereg zróżnicowanych czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Prawo do jak najwyższego osiągalnego poziomu tak rozumianego zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka, niezależnie od jego rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Znaczenie zdrowia wszystkich ludzi jest kluczowe, ponieważ stanowi podstawę działań na rzecz pokoju i bezpieczeństwa. Zdrowie ludzkości zależy od jak najpełniejszej współpracy osób i państw. W związku z tym każde państwo powinno podejmować działania na rzecz zdrowia i jego ochrony, mając na uwadze tworzenie w ten sposób wartości dla

---

<sup>24</sup> J. Leowski, op.cit., s. 29.

<sup>25</sup> M. Proczek, op.cit., s. 129.

<sup>26</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (przekład), Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.

<sup>27</sup> M. Proczek, op.cit., s. 129.

<sup>28</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia.



wszystkich, nie tylko dla własnych mieszkańców<sup>29</sup>. Ze wstępnych zapisów w konstytucji WHO wyraźnie wynika, że postrzega ona zdrowie ludzi i jego ochronę jako globalne dobro publiczne, za które wspólnie odpowiadają wszystkie jednostki i rządy państw. Potwierdzają to również dalsze zapisy, które wskazują, że już w połowie XX w. dostrzeżono wspólne dla wszystkich niebezpieczeństwo – innymi słowy problem globalny, jakim jest zróżnicowany poziom rozwoju krajów w dziedzinie ochrony zdrowia i walki z chorobami, zwłaszcza zakaźnymi.

Jednocześnie w konstytucji podkreślono, że możliwość zapewnienia dziecku harmonijnego życia w zmieniającym się środowisku jest istotna dla jego rozwoju<sup>30</sup>. W ten sposób zwrócono uwagę na szerokie spektrum czynników zewnętrznych, środowiskowych, wpływających na zdrowie ludzkie, szczególnie w najmłodszym wieku. Wskazuje to wyraźnie na związek między koniecznością dbania o zrównoważony rozwój środowiska, w którym człowiek rodzi się i funkcjonuje, a jego stanem zdrowia w ciągu całego życia.

Dążenie do osiągnięcia pełni zdrowia zakłada zagwarantowanie wszystkim ludziom dostępu do „dobrodziejstw wiedzy lekarskiej, psychologicznej i pokrewnych”. Celem jest ogólna poprawa zdrowia przez uświadamianie ludzi i czynną współpracę między nimi. Jak podkreślono w konstytucji: „Rządy ponoszą za zdrowie swych ludów odpowiedzialność, której mogą sprostać tylko przez przewidzenie odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych”<sup>31</sup>.

Członkostwo w Światowej Organizacji Zdrowia ma charakter dobrowolny i jest otwarte dla wszystkich państw<sup>32</sup>. Liczba członków na pełnych prawach i stowarzyszonych zmieniała się w czasie. Na początku 2016 r. WHO liczyła 194 członków<sup>33</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia realizuje swoje funkcje za pośrednictwem trzech organów, tj. Światowego Zgromadzenia Zdrowia, Rady Wykonawczej i Sekretariatu z Dyrektorem Generalnym<sup>34</sup>. Zasady ich pracy zostały szczegółowo opisane w trzech kolejnych rozdziałach konstytucji – piątym, szóstym i siódmym.

Światowa Organizacja Zdrowia ma siedzibę w Genewie w Szwajcarii, a jej struktura terenowa opiera się na sześciu biurach regionalnych, tj. dla Afryki (siedziba w Brazzaville), obu Ameryk (w Waszyngtonie), Azji Południowo-Wschodniej (w New Delhi), Europy (w Kopenhadze), Wschodniego Basenu Morza Śródziemnego (w Kairze) i Zachodniego Pacyfiku (w Manili). W ramach struktur WHO działają również inne urzędy i biura, w tym: Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem

---

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Ibidem, art. 8.

<sup>33</sup> WHO, *Countries*, <http://www.who.int/countries/en/> (30.04.2016).

<sup>34</sup> Konstytucja WHO, art. 9.

w Lyonie, Centrum WHO na rzecz Rozwoju Zdrowia w Kobe, Centrum Usług Globalnych WHO w Kuala Lumpur, a także Biuro WHO w Lyonie, Biuro WHO przy Unii Europejskiej w Brukseli i Biuro WHO przy ONZ w Nowym Jorku. Obecnie ponad 7 tys. osób pochodzących z więcej niż 150 państw pracuje w 150 biurach i instytucjach WHO. Są to zarówno lekarze, specjaliści publicznych służb zdrowia, naukowcy i epidemiolodzy, jak i pracownicy w obszarze administracji, finansów, technologii informacyjnych, a także eksperci w zakresie statystyki zdrowia, ekonomii i pomocy doraźnej<sup>35</sup>.

Ponieważ WHO nie posiada własnych instytutów naukowo-badawczych, to w swojej działalności korzysta z wiedzy i ekspertyz placówek wyspecjalizowanych w danej dziedzinie<sup>36</sup>. Są to centra współpracy WHO (*WHO collaborating centers*), które jako instytucje spełniające określone standardy i nominowane do współpracy przez Dyrektora Generalnego WHO, stają się częścią międzynarodowej sieci prowadzącej działania na rzecz pomocy WHO na wszystkich poziomach jej aktywności, od gromadzenia danych do raportów po organizację spotkań. Po co najmniej dwóch latach skutecznej współpracy w realizacji zaplanowanych działań WHO może zaproponować danej jednostce sformalizowanie tych powiązań, czyniąc ją *collaborating center*. Nominacja jest początkowo przyznawana na cztery lata, ale może zostać odnowiona na taki sam lub krótszy czas<sup>37</sup>.

W 2014 r. liczba centrów współpracy obejmowała ponad 700 wysoko wyspecjalizowanych ośrodków akademickich i instytucji badawczych w ponad 80 państwach. Wśród nich przeważały wydziały lub jednostki uniwersytetów, laboratoria, instytuty badawcze, szpitale, ministerstwa i akademie narodowe<sup>38</sup>. W rozbiciu na regiony geograficzne odpowiadające sześciu regionom wydzielonym przez WHO najwięcej takich centrów współpracy na początku 2016 r. było zlokalizowanych kolejno w Europie (34%), w regionie Zachodniego Pacyfiku (24%), w obu Amerykach (23%) i w Azji Południowo-Wschodniej (11%), a najmniej w regionie Wschodniego Basenu Morza Śródziemnego (6%) i w Afryce (3%). Z kolei w podziale na państwa wyróżniały się pod tym względem USA (11%), Chiny (8%), Wielka Brytania (7%), Indie (6%), Australia (6%), Japonia (4%), Tajlandia (4%) i Kanada (4%). Porównywalny 3-procentowy udział miały Niemcy, Włochy, Rosja i Holandia<sup>39</sup>.

Rada Wykonawcza WHO podczas 128. sesji w styczniu 2011 r. poprosiła Sekretariat o szersze spojrzenie na wizję przyszłej reformy organizacji i przedstawienie

<sup>35</sup> WHO, *WHO – its people and offices*, <http://www.who.int/about/structure/en/> (30.04.2016).

<sup>36</sup> *Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia...*, op.cit.

<sup>37</sup> Por. WHO, *Guide for WHO collaborating centres*, Geneva 2016, s. 6, 9–10, [http://www.who.int/collaboratingcentres/Guide\\_for\\_WHO\\_collaborating\\_centres\\_2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/collaboratingcentres/Guide_for_WHO_collaborating_centres_2016.pdf?ua=1) (30.04.2016).

<sup>38</sup> WHO, *Collaborating Centres: Fact sheet*, 2014, [http://www.who.int/collaboratingcentres/Fact-sheet\\_WHO\\_CC\\_2014\\_English1.pdf?ua=1](http://www.who.int/collaboratingcentres/Fact-sheet_WHO_CC_2014_English1.pdf?ua=1) (30.04.2016).

<sup>39</sup> WHO, *WHO Collaborating Centres: Global database*, <http://apps.who.int/whocc/> (30.04.2016).

bardziej szczegółowego programu działań podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia w maju tego samego roku<sup>40</sup>. WHO postanowiła przeprowadzić całościową reformę, aby móc lepiej sprostać stale utrzymującym się problemom zdrowia światowego i nowym wyzwaniom<sup>41</sup>. W ten sposób zainicjowano reformę WHO i zidentyfikowano jej trzy główne cele<sup>42</sup>:

1. Ogólna poprawa stanu zdrowia ludności, przy założeniu, że WHO wychodzi naprzeciw oczekiwaniom państw członkowskich i partnerów w rozwiązywaniu uzgodnionych globalnych priorytetów w zakresie zdrowia, koncentrując się przy tym na działaniach i obszarach, w których pełni wyjątkową rolę lub ma przewagę komparatywną, i finansując działania w sposób ułatwiający taką koncentrację jej aktywności.
2. Zmiana systemu zarządzania w celu ujednoczenia systemów ochrony zdrowia na świecie – większa spójność w ochronie zdrowia na poziomie globalnym przy udziale WHO jako organizacji, która umożliwia wielu różnym aktorom odgrywanie aktywnej i skutecznej roli w przyczynianiu się do ochrony zdrowia wszystkich ludzi.
3. Stworzenie organizacji doskonalącej się, skutecznej, wydajnej, elastycznej, obiektywnej, transparentnej i odpowiedzialnej.

Powyższym celom odpowiadały trzy podstawowe obszary reformy, tj.<sup>43</sup>:

1. Definiowanie priorytetów i programów zdrowotnych (*programmes and priority setting*),
2. Reforma zarządzania strategicznego (*governance reform*),
3. Reforma struktury i procedur organizacyjnych (*managerial reform*).

Na 64. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia dyrektor generalna przedstawiła skonsolidowany raport *Przyszłość finansowania WHO*, a państwa członkowskie przyjęły uchwałę zatwierdzającą ogólny kierunek reformy. Na 129. sesji Rady Wykonawczej, która odbyła się bezpośrednio po posiedzeniu Zgromadzenia, zdecydowano, że reforma WHO będzie procesem sterowanym przez państwa członkowskie. W ramach reformy wdrażanej od 2011 r., podczas Zgromadzenia Zdrowia w maju 2013 r. przyjęto dwa ważne dokumenty dla przyszłej działalności WHO: *12. Ogólny program prac na lata 2014–2019*, obejmujący trzy dwuletnie okresy budżetowe (2014–2015, 2016–2017, 2018–2019), i *Budżet programu na lata 2014–2015*, który po raz pierwszy został zaaprobowany w całości<sup>44</sup>. Interesującym przejawem dokonującej się reformy WHO w zakresie finansów było uruchomienie w 2013 r. nowego portalu internetowego, który umożliwił dostęp do danych finansowych dotyczących działań zaplanowanych

<sup>40</sup> WHO, *WHO reform process*, [http://www.who.int/about/who\\_reform/process/en/](http://www.who.int/about/who_reform/process/en/) (30.04.2016).

<sup>41</sup> Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia..., op.cit.

<sup>42</sup> WHO, *Why reform?*, [http://www.who.int/about/who\\_reform/change\\_at\\_who/what\\_is\\_reform/en/#\\_U\\_-N3fl\\_uSo](http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/what_is_reform/en/#_U_-N3fl_uSo); WHO Country Office in Poland, *Reforma WHO*, 07.02.2014, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=121&wid=12&wai=&year=&back=%2F> (30.04.2016).

<sup>43</sup> WHO, *WHO reform process*, op.cit.

<sup>44</sup> Ibidem.

na okres 2014–2015<sup>45</sup>. W związku z reformą starano się uelastyczyć budżet tak, aby móc alokować środki w zależności od bieżącego zapotrzebowania. WHO prowadziła otwartą dyskusję nad kształtem budżetu między przedstawicielami poszczególnych państw. Zmniejszono również z 12 do 6 liczbę kategorii budżetowych (5 kategorii zdrowotnych oraz jednej administracyjno-zarządczej)<sup>46</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia jest aktywnym podmiotem stosunków międzynarodowych już od ponad 65 lat. W okresie tym można wyodrębnić dwa etapy: historyczny, obejmujący lata 1948–2000, i współczesny – po roku 2000. Rok ten został uznany za datę graniczną z kilku powodów. Po pierwsze, przełom wieków ma wymiar symboliczny i jest wygodną cezurą w analizach długookresowych. Po drugie, w ciągu ponad 50 lat zmieniły się warunki brzegowe determinujące profil i funkcjonowanie organizacji – zarówno o charakterze wewnętrznym, związane np. z rosnącą liczbą państw członkowskich i członków stowarzyszonych WHO, jak i o charakterze zewnętrznym. Te ostatnie obejmują szerokie spektrum czynników politycznych, społecznych, gospodarczych i demograficznych, m.in. znaczny wzrost liczby ludności świata i prognozy dalszego wzrostu, o zróżnicowanej charakterystyce dla poszczególnych regionów geograficznych (np. depopulacja Europy, szybki przyrost w Afryce i Azji); powstanie nowych lub odrodzenie się starych suwerennych państw (m.in. w związku z dekolonizacją oraz rozpadem Jugosławii, ZSSR i bloku wschodniego); zmianę układu sił między podmiotami w stosunkach międzynarodowych (m.in. koniec systemu bipolarnego, wzrost znaczenia wschodzących mocarstw gospodarczych BRICS, powstanie silnego ugrupowania regionalnego w Europie – Unii Europejskiej, wzrost liczby organizacji międzynarodowych, zwłaszcza pozarządowych). Po trzecie, kluczowym argumentem za wyznaczeniem takiej cezury są „milenijne” wydarzenia na forum ONZ w roku 2000 – opracowanie raportu milenijnego sekretarza generalnego ONZ, zorganizowanie Szczytu Milenijnego w ramach Zgromadzenia Milenijnego NZ i przyjęcie *Deklaracji Milenijnej* wraz z milenijnymi celami rozwoju. Ponadto na 2000 r. przypadała data osiągnięcia przez WHO celów zapisanych w strategii *Zdrowie dla wszystkich do roku 2000*, której kontynuacją była strategia *Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*.

Jak zauważono już w raporcie milenijnym w 2000 r., z jednej strony do przełomu XX i XXI w. ludzkość wiele osiągnęła – wydłużyło się życie ludzkie, poprawił się stan zdrowia, poziom wyżywienia i wykształcenia ludzi, a także perspektywy warunków ekonomicznych. Z drugiej strony pozostało wiele rzeczy do zrobienia, co wyrażono w następujących słowach: „Wyniszczające ubóstwo i ogromne nierówności utrzymują się

---

<sup>45</sup> WHO Country Office in Poland, *Reforma WHO*, op.cit. Por. WHO, *Welcome to the World Health Organization Programme Budget web portal*, <http://extranet.who.int/programmebudget/> (30.04.2016).

<sup>46</sup> Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia..., op.cit.

nawet w tych państwach, gdzie panuje niespotykany dotąd dobrobyt. Istnieje zagrożenie, że stare i nowe choroby zaczną zbierać jeszcze obfitsze żniwo. Życiodajne, niezbędne do przetrwania naszego gatunku zasoby natury doznają poważnego uszczerbku i degradacji na skutek codziennej działalności człowieka<sup>47</sup>.

W raporcie milenijnym znalazła się diagnoza międzynarodowej sytuacji w zakresie zdrowia i opieki medycznej, będących jednym z kluczowych obszarów rozwoju społeczno-gospodarczego świata. Za główny problem przełomu wieków uznano epidemię HIV/AIDS, która dotyczyła coraz większej liczby osób na świecie i jak dotychczas niemożliwe było ani zabezpieczenie się przed wirusem HIV przez szczepienia ochronne, ani skuteczne wyleczenie HIV/AIDS. Globalne Porozumienie na rzecz Szczepień i Immunizacji powołane do życia w 1999 r. przywołano jako przykład skutecznej współpracy między podmiotami sektorów publicznego i prywatnego w dziedzinie zdrowia na rzecz poszukiwania globalnych rozwiązań światowych problemów<sup>48</sup>.

W raporcie milenijnym wskazano również na problem szeroko rozumianego zdrowia w powiązaniu z koncepcją zrównoważonego rozwoju, podkreślając, że przyszłe warunki życia na Ziemi determinują i będą determinowały zmiany w stanie zdrowia środowiskowego i ludzkiego. Życie człowieka i stan jego zdrowia są pochodną podstawowych usług, jakie świadczy nieodpłatnie na jego rzecz środowisko naturalne, które m.in. zapewnia ochronę przed działaniem ultrafioletowych promieni słonecznych czy gwarantuje dostęp do ekosystemów, z których człowiek czerpie wodę i tlen, a także produkty spożywcze i lekarstwa. Im bardziej czyste i genetycznie zróżnicowane są życiodajne zasoby przyrody, tym większa jest odporność organizmu ludzkiego na szkodniki i choroby. Prowadzi to do konkluzji, że od utrzymania ekologicznej równowagi w przyszłości zależy zarówno stan środowiska naturalnego, jak i zdrowie ludzkie<sup>49</sup>.

W tym kontekście nie bez znaczenia jest problem braku lub ograniczonego dostępu do zasobów czystej i nieskażonej wody przeznaczonej do picia i do codziennego użytku. Niemniej istotnym problemem jest deficyt odpowiedniej infrastruktury sanitarnej w wielu państwach. Skażona woda i złe warunki sanitarne są w krajach rozwijających się powodem licznych chorób, prowadząc w efekcie do wzmożonej śmiertelności<sup>50</sup>. Reasumując, ogromny wpływ na zdrowie środowiskowe i ludzkie ma także

---

<sup>47</sup> UN General Assembly, *We the peoples: the role of the United Nations in the twenty-first century. Report of the Secretary-General*, A/54/2000, 27.03.2000, ust. 4–5, [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/54\\_2000/a\\_54\\_2000e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/54_2000/a_54_2000e.pdf). Raport w tłumaczeniu na język polski, por. UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju, My, Ludy: Rola Narodów Zjednoczonych w XXI wieku*, [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Raport\\_Milenijny.doc](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Raport_Milenijny.doc) (30.04.2016).

<sup>48</sup> Ibidem, ust. 112–133.

<sup>49</sup> Ibidem, ust. 255–256.

<sup>50</sup> Ibidem, ust. 277–279.

stan wód na Ziemi, zwłaszcza pitnych, zachowanie bioróżnorodności<sup>51</sup> i zagwarantowanie bezpieczeństwa żywnościowego<sup>52</sup>.

Spośród ośmiu milenijnych celów rozwoju (*Millennium Development Goals*, MDG) przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 2000 r., do dziedziny zdrowia, a tym samym działalności WHO, bezpośrednio odnosiły się trzy MDG (nr 4–6), zwane celami zdrowotnymi. Do 2015 r. nie udało się zrealizować w pełni wszystkich założonych celów szczegółowych w zakresie zdrowia publicznego, aczkolwiek odnotowano znaczne postępy i zidentyfikowano elementy wymagające wzmożonego wysiłku w kolejnych latach (tab. 1).

**Tabela 1. Milenijne cele rozwoju w dziedzinie zdrowia publicznego (tzw. cele zdrowotne)**

Cele szczegółowe	Wskaźniki monitorowania postępu	Najważniejsze rezultaty i wnioski
<b>CEL 4: Ograniczenie umieralności dzieci</b>		
CEL 4A: Zmniejszenie o 2/3 wskaźnika umieralności dzieci w wieku do 5 lat w latach 1990–2015	4.1. Współczynnik umieralności dzieci w wieku poniżej 5 lat (liczba dzieci zmarłych przed osiągnięciem 5. roku życia na 1000 urodzeń żywych) 4.2. Współczynnik śmiertelności niemowląt (liczba dzieci zmarłych przed osiągnięciem pierwszego roku życia na 1000 urodzeń żywych) 4.3. Odsetek rocznych dzieci zaszczepionych przeciwko odrze (procent dzieci w wieku 12–23 miesięcy, które otrzymały co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciwko odrze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Globalny współczynnik umieralności dzieci do 5 roku życia spadł między rokiem 1990 a 2015 o ponad połowę – z 90 do 43 zgonów na 1000 urodzeń żywych.</li> <li>• Globalny współczynnik śmiertelności niemowląt zmniejszył się między rokiem 1990 a 2015 z 33 do 19 zgonów na 1000 urodzeń żywych.</li> <li>• W skali świata odsetek rocznych dzieci, które otrzymały co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciwko odrze wzrósł z 73% w 1990 r. do 84% w 2013 r.</li> <li>• Szczepionki przeciwko odrze pozwoliły zapobiec prawie 15,6 mln zgonów dzieci w latach 2000–2013.</li> </ul>
<b>CEL 5: Poprawa opieki zdrowotnej nad matkami</b>		
CEL 5A: Obniżenie o 3/4 współczynnika śmiertelności matek w latach 1990–2015	5.1. Wskaźnik umieralności okołoporodowej matek (liczba matek zmarłych w okresie okołoporodowym na 100 tys. urodzeń żywych) 5.2. Odsetek porodów przyjmowanych przez wykwalifikowany personel medyczny	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wskaźnik umieralności okołoporodowej matek w wieku 15–49 lat spadł w latach 1990–2013 o 45%: z 380 do 210 przypadków na 100 tys. urodzeń żywych.</li> <li>• Odsetek porodów przyjmowanych przez wykwalifikowany personel medyczny wzrósł w latach 1990–2014 z 59% do 71%.</li> <li>• Tylko 51% państw dysponuje danymi na temat przyczyn śmierci matek.</li> </ul>

<sup>51</sup> Ibidem, ust. 293–294.

<sup>52</sup> Ibidem, ust. 283–287.

<p>CEL 5B: Zapewnienie powszechnego dostępu do zdrowia reprodukcyjnego do 2015 r. (cel obowiązuje od 2008 r.)</p>	<p>5.3. Wskaźnik stosowania środków antykoncepcyjnych (odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, zamężnych lub żyjących w związku, stosujących dowolną metodę antykoncepcji)  5.4. Współczynnik urodzeń wśród nastolatków (liczba urodzeń żywych na 1000 kobiet w wieku 15–19 lat)  5.5. Zakres objęcia opieką prenatalną – przynajmniej jedna wizyta i przynajmniej cztery wizyty (odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, które otrzymały opiekę przedporodową w czasie ciąży ze strony wykwalifikowanego personelu medycznego w postaci co najmniej jednej i co najmniej czterech wizyt)  5.6. Niezaspokojone potrzeby w zakresie planowania rodziny (odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, zamężnych lub w związku, których potrzeby w zakresie planowania rodziny pozostawały niezaspokojone)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, zamężnych lub żyjących w związku, deklarujących korzystanie z jednej z dostępnych metod antykoncepcji wzrósł z 55% w 1990 r. do 64% w 2015 r.</li> <li>• Współczynnik urodzeń wśród nastolatków spadł z 59% w 1990 r. do 51% w 2015 r., przy czym największa zmiana (–7,2 p.p.) przypadła na dekadę 1990–2000.</li> <li>• Od 1990 r. zwiększył się zakres objęcia matek opieką prenatalną zarówno w regionach rozwijających się, jak i w krajach najsłabiej rozwiniętych (brak danych zagregowanych na poziomie świata). W latach 1990–2014 odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, które skorzystały z opieki przedporodowej w czasie ciąży przy udziale wykwalifikowanego personelu medycznego przynajmniej raz, wzrósł z 64% do 83% w regionach rozwijających się oraz z 49% do 79% w krajach najsłabiej rozwiniętych. Jednocześnie tylko połowa ciężarnych kobiet w regionach rozwijających się skorzystała z zalecanego minimum co najmniej czterech wizyt w ramach opieki prenatalnej, chociaż i tak odnotowano tu zauważalny wzrost z 35% w 1990 r. W krajach najsłabiej rozwiniętych było to 26% kobiet w 1990 r. i 41% w 2014 r.</li> <li>• Odsetek kobiet w wieku 15–49 lat, zamężnych lub w związku, wskazujących na niezaspokojone potrzeby w zakresie planowania rodziny na świecie zmniejszył się z 15% w latach 90. do 12% w 2015 r.</li> </ul>
<p>CEL 6: Ograniczenie rozprzestrzeniania się HIV/AIDS, malarii i innych chorób</p>		
<p>CEL 6A: Powstrzymanie do 2015 r. rozprzestrzeniania się HIV/AIDS i ograniczenie liczby nowych zakażeń</p>	<p>6.1. Częstość występowania HIV wśród osób w wieku 15–24 lat (odsetek osób żyjących z HIV wieku 15–24 lat oraz liczba nowych zakażeń HIV w ciągu roku na 100 osób w wieku 15–49 lat)  6.2. Stosowanie prezerwatyw przynajmniej w sytuacjach wysoko ryzykownych zachowań seksualnych (odsetek kobiet i mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat deklarujących użycie prezerwatywy podczas stosunku płciowego z nieregularnym partnerem seksualnym, tj. nie będącym małżonkiem lub partnerem w związku, w ciągu ostatnich 12 miesięcy wśród tych, którzy mieli takiego partnera w ostatnich 12 miesiącach)  6.3. Odsetek ludności w wieku 15–24 lat mającej całościową i prawidłową wiedzę o HIV/AIDS (odsetek kobiet i mężczyzn w wieku od 15 do 24 lat, którzy: poprawnie zidentyfikowali dwa główne sposoby zapobiegania przenoszeniu HIV drogą płciową, tj. z użyciem prezerwatywy i ograniczeniem seksu do jednego wiernego, niezakażonego partnera; odrzucili dwa powszechne lokalne błędne przekonania oraz wiedzieli, że zdrowo wyglądająca osoba może przenosić HIV).  6.4. Wskaźnik zastanej frekwencji szkolnej dzieci w wieku 10–14 lat, których oboje rodzice biologiczni zmarli z przyczyn powiązanych z AIDS w stosunku do frekwencji dzieci w wieku 10–14 lat, których oboje rodzice biologiczni żyją</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liczba nowych zakażeń HIV na świecie w grupie wiekowej 15–24 lat spadła o około 40% w latach 2001–2013, z szacowanych 3,5 mln przypadków do 2,1 mln.</li> <li>• Szacuje się, że w 1990 r. 0,3% ludności świata w wieku 15–49 lat żyło z HIV, podczas gdy w 2013 r. było to 0,8%. Ogólna liczba nosicieli HIV wrosła do 35 mln w 2013 r., co wiąże się z faktem stosowania na coraz większą skalę wydłużającej życie terapii antyretrowirusowej. Ponadto liczba nowych zakażeń HIV jest wciąż wysoka.</li> <li>• Dane dotyczące stosowania prezerwatyw i posiadanej wiedzy nt. HIV/AIDS w grupie wiekowej 15–24 lat są fragmentaryczne, tj. pokrywają okres od końca lat 90. XX wieku do 2014 r., a badania przeprowadzono w niektórych państwach Azji i Afryki. Przykładowo w objętych badaniem państwach Afryki Subsaharyjskiej odnotowano deklarowany wzrost używania prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych podwyższonego ryzyka zarówno w grupie kobiet (z 23% do 40%) jak i mężczyzn (z 42% do 59%) od około 2000 r. (odnosi się do danych z badań z lat 1996–2006) do około 2014 r. (dotyczy danych z badań w latach 2007–2014). W tym samym okresie odsetek osób w wieku 15–24 lat posiadających wiedzę nt. zakażeń HIV na odpowiednim poziomie wzrósł tam z 21% do 30% dla kobiet oraz z 28% do 37% dla mężczyzn.</li> <li>• W 2013 r. około 17,7 mln dzieci poniżej 18. roku życia straciło co najmniej jednego rodzica z przyczyn powiązanych z AIDS wobec 10,5 mln w 2000 r. Najwyższą wartość odnotowano w 2009 r. na poziomie 18,5 mln dzieci i od tej pory</li> </ul>

	i które zarazem mieszkają z co najmniej jednym z tych rodziców (stosunek liczby sierot do niesierot wśród uczęszczających do szkoły w wieku 10–14 lat)	liczba ta stopniowo zmniejszała się. Za pozytywny znak uznano porównywalną liczbę sierot i niesierot w wieku 10–14 lat uczęszczających do szkoły.
CEL 6B: Zapewnienie do 2010 r. powszechnego dostępu do leczenia osobom chorym na HIV/AIDS, które tego potrzebują (cel obowiązujący od 2008 r.)	6.5. Odsetek osób żyjących z HIV mających dostęp do leków antyretrowirusowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>W 2010 r. 22% populacji nosicieli HIV na świecie miało dostęp do terapii antyretrowirusowej. Odsetek ten wzrósł do 37% w 2013 r. W czerwcu 2014 r. na świecie korzystało z terapii 13,6 mln osób żyjących z HIV, z tego 12,1 mln osób w rozwijających się regionach.</li> </ul>
CEL 6C: Powstrzymanie do 2015 r. rozprzestrzeniania się malarii i innych groźnych chorób zakaźnych oraz ograniczenie liczby zachorowań	<p>6.6. Zachorowalność na malarię i śmiertelność z powodu tej choroby (liczba nowych zachorowań na malarię na 1000 osób i liczba zgonów na malarię na 100 tys. osób)</p> <p>6.7. Odsetek dzieci w wieku poniżej 5 lat śpiących pod moskitierami</p> <p>6.8. Odsetek gorączkujących dzieci w wieku poniżej 5 lat leczonych odpowiednimi lekami przeciw malarii</p> <p>6.9. Częstość występowania gruźlicy (nowe i dotychczasowe przypadki) i śmiertelność związana z gruźlicą (liczba nowych zachorowań na gruźlicę na 100 tys. osób, włączając osoby żyjące z HIV; liczba dotychczasowych zachorowań na gruźlicę na 100 tys. osób, włączając osoby żyjące z HIV)</p> <p>6.10. Odsetek przypadków gruźlicy wykrytych i wyleczonych poprzez bezpośrednio nadzorowane leczenie krótkoterminowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Szacuje się, że w latach 2000–2015 częstość występowania malarii na świecie spadła o 37%, a współczynnik umieralności z powodu malarii zmniejszył się o 58%. Tym samym cel milenijny w zakresie malarii został osiągnięty.</li> <li>W latach 2004–2014 ponad 900 mln siatek przeciwko insektom (moskitier) dostarczono do krajów endemicznych w Afryce Subsaharyjskiej. Szacuje się, że odsetek dzieci poniżej 5. roku życia śpiących pod moskitierami w latach 2010–2014 wyniósł około 37% dla państw Afryki Subsaharyjskiej, podobnie jak odsetek gorączkujących dzieci w wieku poniżej 5 lat leczonych odpowiednimi lekami przeciw malarii.</li> <li>Liczba nowych przypadków gruźlicy na 100 tys. ludności (włączając osoby z HIV) na świecie spadła ze 151 do 126 między 1990 r. a 2013 r.</li> <li>W tym okresie odnotowano również spadek liczby dotychczasowych przypadków gruźlicy na 100 tys. ludności (w tym osoby z HIV) z 267 do 159.</li> <li>Liczba zgonów z powodu gruźlicy na 100 tys. ludności (bez nosicieli HIV) została w skali świata zredukowana prawie o połowę – z 29 do 16 między 1990 r. a 2013 r. umieralność na gruźlicę spadła o 45% między 1990 r. a 2013 r. W 2013 r. zarejestrowano 1,1 mln zgonów z tego powodu w grupie osób niebędących nosicielami HIV i dodatkowo szacowane 360 tys. zgonów wśród osób seropozytywnych.</li> <li>W tym samym czasie wzrósł odsetek przypadków gruźlicy wykrytych i wyleczonych przez tzw. bezpośrednio nadzorowane leczenie krótkoterminowe. Między rokiem 2000 a 2013 szacunkowo 37 mln osób zostało uratowanych dzięki profilaktyce, diagnostyce i leczeniu w zakresie gruźlicy. W 2002 r. liczba pacjentów wyleczonych w drodze tzw. bezpośrednio nadzorowanego leczenia krótkoterminowego gruźlicy wyniosła 76%, i do 2012 r. wzrosła o 10 p.p.</li> </ul>

\* Światowa Organizacja Zdrowia zaleca kobietom w ciąży minimalnie cztery wizyty w ramach opieki przedporodowej, aby zapewnić jak najlepszy stan matki i dziecka. Podczas tych wizyt kobiety powinny otrzymać co najmniej podstawowy pakiet opieki obejmujący doradztwo żywieniowe. Powinny one również być uwrażliwione na objawy wskazujące na możliwe problemy w czasie ciąży i uzyskać pomoc w zaplanowaniu bezpiecznego porodu.

Źródło: oprac. własne na podst.: UN, *Official list of MDG indicators*, 15.01.2008, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.html>; UN, *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York 2015, s. 32–51, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>; UN, *Annex Millennium Development Goals, targets and indicators, 2015: statistical tables*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/StatAnnex.pdf>; Ministerstwo Zdrowia, *Milenijne Cele Rozwoju*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0481&ms=48&ml=pl&mi=988&mx=0&mt=&my=988&ma=032050> (30.04.2016).



Światowa Organizacja Zdrowia w swojej działalności wyraźnie podkreśla duże znaczenie problematyki dóbr publicznych, definiując je jako dobra i usługi, które nie są przedmiotem rywalizacji i wykluczenia, co oznacza, że nikt nie może zostać wyłączony z czerpania korzyści z tych dóbr, a ich konsumpcja przez jedną osobę nie zmniejsza możliwości ich konsumowania przez innych. Katalog dóbr publicznych jest rozbudowany, począwszy od znaków drogowych aż po czyste środowisko. Dobra te są dostarczane przez mechanizmy i instytucje nierynkowe, zwłaszcza państwo i niekiedy organizacje społeczne. Ponieważ korzyści z dóbr publicznych są dostępne dla wszystkich, podmioty sektora prywatnego nie mają interesu ekonomicznego w ich „produkowaniu”. Dobra publiczne stają się globalnymi, kiedy korzyści z nich może czerpać więcej niż jedno państwo i żadne z państw nie może skutecznie zostać pozbawione dostępu do tych korzyści. Na poziomie państwa ważnym argumentem za finansowaniem dobra, jakim jest zdrowie publiczne, są liczne korzyści dla społeczeństwa, np. zdrowie środowiskowe i kontrola chorób. Obniżony poziom zakażeń wśród mieszkańców jest czystym dobrem publicznym<sup>53</sup>.

Dyskusyjna pozostaje kwestia, czy zdrowie *per se* na poziomie jednostkowym lub krajowym można uznać za dobro publiczne. W tym kontekście wskazuje się, że stan zdrowia danej osoby lub stan zdrowia w kraju jest dobrem prywatnym, ponieważ to jednostka lub kraj są głównym beneficjentem. Co więcej, status globalnego dobra publicznego można przypisać kontroli nad niektórymi chorobami zakaźnymi, jak: HIV/AIDS, gruźlica, polio czy innymi odpornymi na środki przeciwdrobnoustrojowe. Natomiast za GDP na rzecz zdrowia można uznać: wiedzę i technologię, polityki i regulacje oraz systemy ochrony zdrowia<sup>54</sup>.

Globalne dobra publiczne można podzielić na finalne, przyjmujące postać określonych rezultatów, i pośrednie, które przyczyniają się do dostarczania finalnych dóbr publicznych. Na przykładzie dziedziny zdrowia dobrem finalnym jest skuteczne zwalczanie choroby zakaźnej, np. polio, a za dobro pośrednie można uznać międzynarodowe przepisy zdrowotne mające na celu zahamowanie transmisji chorób zakaźnych przez granice państw i tym samym zmniejszenie transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. Globalne dobra publiczne typowe dla obszaru zdrowia wpisują się w trzy szerokie kategorie<sup>55</sup>:

1. Informacje i wiedza (np. znajomość skutków zachowań ryzykownych związanych ze spożyciem alkoholu i tytoniu; znajomość różnych metod leczenia; systemy

<sup>53</sup> WHO, *Global Public Goods*, <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/> (30.04.2016).

<sup>54</sup> D. Woodward, R.D. Smith, *Global Public Goods and Health: concepts and issues*, w: *Global Public Goods for Health – A reading companion*, WHO, [http://www.who.int/trade/distance\\_learning/gpgh/gpgh1/en/](http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/) (30.04.2016).

<sup>55</sup> WHO, *Global Public Goods*, op.cit.

- monitoringu i informacji o chorobach zakaźnych pomagające kontrolować ich rozprzestrzenianie się);
2. Kontrola chorób zakaźnych (przeciwdziałanie transgranicznym zagrożeniom dla zdrowia; działania na rzecz HIV/AIDS i gruźlicy);
  3. Przepisy międzynarodowe i instytucje (np. *Porozumienie w sprawie środków sanitarnych i fitosanitarnych*).

Z punktu widzenia WHO za inne przykłady globalnych dóbr publicznych można uznać powietrze, system szczepień – ze względu na odporność zbiorową, środowisko wolne od dymu tytoniowego i bezpieczeństwo żywności. WHO szczególnie promuje działania na rzecz zjawisk mających charakter niewyłączający w dziedzinie zdrowia, np. zakaz palenia papierosów w miejscach publicznych, czy działania mające na celu poprawę jakości powietrza. Na poziomie krajowym uwaga organizacji koncentruje się na bardziej konkretnych działaniach, dotyczących poszczególnych czynników ryzyka chorób czy kwestiach polityki zdrowotnej. WHO działa również na rzecz popularyzacji wiedzy związanej z ochroną zdrowia i zachowań prospołecznych, a także prowadzi badania nad lekoopornością mikrobów chorobotwórczych<sup>56</sup>.

Z perspektywy WHO zarządzanie GDP odbywa się na różnych poziomach i przy wsparciu różnych podmiotów. WHO współpracuje ze wszystkimi państwami członkowskimi ONZ i Komisją Europejską. Posiada biura krajowe oraz biura regionalne, a jednocześnie jest obecna w strukturach międzynarodowych. Wiele tematów zdrowotnych, jak np. problem HIV, jest poruszanych na najwyższych szczeblach zarządczych ONZ. WHO wchodzi także w interakcje z globalnymi organizacjami, takimi jak Światowa Organizacja Handlu, Bank Światowy oraz darczyńcami, takimi jak fundacje. Na posiedzeniach organów WHO zawsze są miejsca *public* przeznaczone dla przedstawicieli organizacji pozarządowych. WHO nie współpracuje natomiast z przemysłem tytoniowym oraz zbrojeniowym. Z uwagi na brak własnych instytutów naukowo-badawczych – o czym była już mowa – WHO w swojej działalności czerpie z doświadczeń i wiedzy wyselekcjonowanych WHO *collaborating centers* zlokalizowanych na całym świecie<sup>57</sup>.

Ponieważ WHO nie posiada własnej definicji zrównoważonego rozwoju, odwołuje się do podejścia ONZ. Dążąc do realizacji koncepcji ZR w zakresie zdrowia publicznego, organizacja podejmuje m.in. działania dotyczące *policy advice*. Mając na uwadze definicję zdrowia stosowaną przez WHO, według której oznacza ono nie tylko brak choroby, ale również całokształt stanu psychofizycznego oraz społecznego jednostki, można wskazać wiele elementów, które wpływają na zdrowie – zarówno czyste

---

<sup>56</sup> Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia..., op.cit.

<sup>57</sup> Ibidem.

medycznych, jak i społecznych (środowisko, zatrudnienie, wykształcenie, warunki mieszkaniowe, warunki pracy). WHO realizuje europejską strategię *Zdrowie 2020*, której jeden z celów zakłada zmniejszanie różnic w zdrowiu oraz współpracę międzysektorową. Wszystko to wpisuje się w ramy konstytucji WHO. Każde działanie prowadzone przez WHO ma ogólnie ustalony cel, którego realizacja jest na bieżąco monitorowana. Poszczególne kraje wybierają z każdego działania priorytety. Przykładowo dla Polski kwestia chorób tropikalnych ma mniejsze znaczenie, podczas gdy ważne są takie tematy, jak np. otyłość czy społeczne nierówności w zdrowiu<sup>58</sup>.

W swojej działalności na rzecz KZR WHO napotyka różne przeszkody, począwszy od niedostatecznego finansowania, przez zasoby ludzkie, aż po implementację rezolucji w poszczególnych krajach. Z jednej strony WHO jest ograniczona pułapami finansowania zatwierdzonymi przez państwa (podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia), a z drugiej strony zdarzają się sytuacje, w których potrzebne są dodatkowe środki. Przykładem był kryzys finansowy i gospodarczy 2008+. Wpłynął on na funkcjonowanie WHO zarówno od strony administracyjnej, jak i pod względem liczby oraz zakresu realizowanych projektów. Mimo że nigdzie na świecie nie zamknięto biura WHO i kontynuowano współpracę ze wszystkimi krajami członkowskimi, to podjęto działania prooszczędnościowe, takie jak łączenie programów. Na finanse WHO wpłynęły wahania kursu dolara amerykańskiego, w którym państwa członkowskie wpłacały składki. Zmusiło to organizację do zwrócenia uwagi na te działania, które są skuteczne i efektywne kosztowo. W odniesieniu do zasobów ludzkich barierą bywa brak ekspertów, co miało miejsce podczas epidemii wirusa ebola w latach 2014–2016 w Afryce Zachodniej. Innym czynnikiem ograniczającym okazał się brak badań i innowacji w odniesieniu do leków na choroby zakaźne. Problemem bywa też logistyka oraz prawodawstwo niektórych krajów, które musi być zmienione dla wprowadzenia dyrektyw. Są to nie tylko kwestie dotyczące zdrowia czy edukacji, ale również polityki fiskalnej i mediów. Przykładowo skutkami zanieczyszczenia powietrza zajmuje się sektor zdrowia, podczas gdy po stronie przyczyn znajdują się górnictwo, transport i sektor energetyczny. Warto także pamiętać o dużym wpływie korporacji transnarodowych i lobby żywnościowego, tytoniowego i alkoholowego na kształtowanie dostępu do dóbr publicznych<sup>59</sup>.

Aktualna sytuacja międzynarodowa niesie ze sobą zagrożenia globalne ważne z perspektywy WHO i jej działalności. Globalizacja oznacza nie tylko ogromny postęp technologiczny, ale także prowadzi do wzrostu nierówności wewnątrz społeczeństw i między nimi w dostępie do dóbr i usług, w tym zdrowotnych, takich jak leki czy

---

<sup>58</sup> Ibidem.

<sup>59</sup> Ibidem.

opieka medyczna. Sprzyja także rozprzestrzenianiu chorób na świecie. Istotnym zagrożeniem są konflikty zbrojne i na tle religijnym oraz walka z terroryzmem. Wydaje się, że ONZ i jej agendy najlepiej wpisują się w rolę brokera na rzecz powszechnego dostępu do dóbr publicznych<sup>60</sup>.

### **3. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju a globalne dobra publiczne w kontekście realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju**

Drugim podmiotem międzynarodowym wybranym do analizy jest Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP). Mimo że nie jest on międzynarodową organizacją międzyrządową jak WHO, to jako jeden z programów i organów pomocniczych ONZ spełnia kluczową rolę w koordynowaniu zarządzania globalnymi dobrami publicznymi, na czele z rozwojem społecznym na świecie w duchu koncepcji zrównoważonego rozwoju. Jak wskazuje nazwa UNDP, centralną kategorię dla tego podmiotu stanowi rozwój.

ONZ za pośrednictwem UNDP od wielu dekad prowadzi działania na rzecz poprawy poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego we wszystkich regionach świata. Wzrost zainteresowania problematyką rozwoju w nowych uwarunkowaniach na forum ONZ przyniósł przełom wieków XX i XXI, kiedy w 2000 r. został opublikowany raport milenijny sekretarza generalnego ONZ Kofiego Annana zatytułowany *My, Ludy: Rola Narodów Zjednoczonych w XXI wieku*<sup>61</sup>. Podczas Szczytu Milenijnego ONZ w dniach 6–8 września 2000 r. przyjęto *Deklarację Milenijną Narodów Zjednoczonych*<sup>62</sup> wraz z ośmioma ogólnymi milenijnymi celami rozwoju. Założono, przyjmując rok 1990 za bazowy, że ludzkość powinna osiągnąć je do końca 2015 r., aby skutecznie stawić czoło wyzwaniom nowego stulecia. Milenijne cele rozwoju odzwierciedlały wielowymiarowe rozumienie kategorii rozwoju, obejmując zarówno kwestie ubóstwa, głodu, edukacji, zdrowia, równości płci, awansu społecznego, gospodarowania zasobami naturalnymi,

---

<sup>60</sup> Ibidem.

<sup>61</sup> UN General Assembly, *We the peoples...*, op.cit.

<sup>62</sup> UN General Assembly, *Resolution adopted by the General Assembly. 55.2. United Nations Millennium Declaration*, A/RES/55/2, 18.09.2000, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>. Rezolucja z deklaracją w tłumaczeniu na język polski, por. UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju, Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych*, Warszawa, czerwiec 2002, [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja\\_milenijna.doc](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja_milenijna.doc) (30.04.2016).

jak i współpracy globalnej na rzecz rozwoju<sup>63</sup>. Ocena postępów w realizacji MDG była oparta na analizie 60 wskaźników opracowanych przez Międzyagencyjną i Ekspercką Grupę ds. Wskaźników<sup>64</sup>. Tematyczne raporty z implementacji były corocznie publikowane przez ONZ, a poświęcona im strona internetowa informowała o stosowanych definicjach, metodach badawczych, źródłach danych i rezultatach<sup>65</sup>.

W raporcie z 2015 r. będącym ostatnim okresem implementacji ośmiu MDG podsumowano dotychczasowe wyniki<sup>66</sup>. Mimo znaczących osiągnięć w realizacji wielu celów szczegółowych odnotowano nierównomierny postęp między krajami i regionami w skali świata, prowadzący do luk rozwojowych. W tym kontekście zwrócono szczególną uwagę na kilka kwestii, tj. na utrzymującą się nierówność płci na niekorzyść kobiet, duże różnice występujące między najbiedniejszymi i najbogatszymi gospodarstwami domowymi oraz między mieszkańcami obszarów wiejskich i miejskich, zmiany klimatyczne i degradację środowiska dotyczące zwłaszcza osoby ubogie, konflikty pozostające największym zagrożeniem dla rozwoju ludzkiego, a także miliony osób wciąż doświadczające biedy i głodu bez dostępu do podstawowych usług. Realizacja milenijnych celów rozwoju na przestrzeni 15 lat była nie tylko ważną lekcją, ale stała się również punktem wyjścia do kontynuowania działań w duchu zrównoważonego rozwoju w ramach nowej agendy rozwoju, nad którą prace zainicjowano w roku 2010<sup>67</sup>. W dniach 25–27 września 2015 r. w Nowym Jorku został zorganizowany Szczyt Zrównoważonego Rozwoju, podczas którego 193 państwa członkowskie ONZ jednogłośnie przyjęły Agendę na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju wraz z 17 globalnymi celami zrównoważonego rozwoju (*Sustainable Development Goals*, SDG) do realizacji do roku 2030<sup>68</sup>. W porównaniu z MDG nowe cele jeszcze szerzej i szczegółowiej odnoszą się

---

<sup>63</sup> MDG sformułowano następująco: (1) wyeliminować skrajne ubóstwo i głód, (2) zapewnić powszechne nauczanie na poziomie podstawowym, (3) promować równość płci i awans społeczny kobiet (wzmocnienie pozycji kobiet), (4) ograniczyć umieralność dzieci, (5) poprawić opiekę zdrowotną nad matkami, (6) ograniczyć rozprzestrzenianie się HIV/AIDS, malarii i innych chorób, (7) stosować zrównoważone metody gospodarowania zasobami naturalnymi, (8) stworzyć globalne partnerskie porozumienie na rzecz rozwoju. Por. UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju*, <http://www.unic.un.org/pl/cele.php> (30.04.2016).

<sup>64</sup> Kompletna lista celów szczegółowych i przyporządkowanych im wskaźników w ramach MDG, por. UN, *Official list of MDG indicators*, 15.01.2008, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm> (30.04.2016).

<sup>65</sup> Por. UN, *Millennium Development Goals Indicators*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx> (30.04.2016).

<sup>66</sup> Por. UN, *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York 2015, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf> (30.04.2016).

<sup>67</sup> Ibidem, s. 8–9.

<sup>68</sup> UNIC Warsaw, *Szczyt Zrównoważonego Rozwoju (25–27 września 2015 r.). Nowa historyczna Agenda na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju jednogłośnie przyjęta przez 193 państwa członkowskie ONZ*, 29.09.2015, [http://www.unic.un.org/pl/szczyt-zrownowazonego-rozwoju/szczyt-zrownowazonego-rozwoju-\(25-27-wrzesnia-2015-r\):-nowa-historyczna-agenda-na-rzecz-zrownowazonego-rozwoju-jednoglosnie-przyjeta-przez-193-panstwa-czlonkowskie-onz/2863#sthash.sav1PfTh.dpuf](http://www.unic.un.org/pl/szczyt-zrownowazonego-rozwoju/szczyt-zrownowazonego-rozwoju-(25-27-wrzesnia-2015-r):-nowa-historyczna-agenda-na-rzecz-zrownowazonego-rozwoju-jednoglosnie-przyjeta-przez-193-panstwa-czlonkowskie-onz/2863#sthash.sav1PfTh.dpuf) (30.04.2016).

do zagadnienia rozwoju, podkreślając każdorazowo jego zrównoważony charakter<sup>69</sup>. Cele rozwoju – milenijne w latach 2000–2015 i zrównoważonego rozwoju po 2015 r. – stanowią matrycę dla działań podmiotów systemu ONZ, w tym UNDP, na rzecz rozwijania globalnych dóbr publicznych i realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju.

UNDP powstał w wyniku połączenia Rozszerzonego Programu Narodów Zjednoczonych ds. Pomocy Technicznej i Specjalnego Funduszu ONZ<sup>70</sup>, zgodnie z rekomendacją sformułowaną przez Radę Gospodarczą i Społeczną ONZ w jej rezolucji 1020 (XXXVII) z dnia 11 sierpnia 1964 r. Program został utworzony na mocy rezolucji 2029 (XX) Zgromadzenia Ogólnego ONZ w dniu 22 listopada 1965 r., która weszła w życie z początkiem roku 1966<sup>71</sup>. Konsolidacja dwóch podmiotów o zbliżonym profilu działalności miała uprościć procedury organizacyjne, a także ułatwić planowanie i koordynację różnych rodzajów programów technicznej współpracy w ramach systemu ONZ, a zarazem wpłynąć na wzrost ich efektywności. Nie było to bez znaczenia w sytuacji, kiedy w latach 60. XX w. liczba wniosków o pomoc ze strony państw rozwijających się i ich zakres stale rosły. Reorganizacja była konieczna, aby zapewnić trwalsze podstawy dla przyszłego wzrostu i rozwoju programów pomocowych ONZ finansowanych z dobrowolnych składek. Rola tych programów była duża, ponieważ ich zadaniem było wspieranie i uzupełnianie wysiłków państw rozwijających się w rozwiązywaniu ich najważniejszych problemów rozwoju gospodarczego<sup>72</sup>.

---

<sup>69</sup> Por. UNIC Warsaw, *Świat i Cele Zrównoważonego Rozwoju*, 09.11.2015, <http://www.unic.un.org.pl/aktualnosci/swiat-i-cele-zrownowazonego-rozwoju/2886>; UN, Sustainable Development Knowledge Platform, *Sustainable Development Goals*, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> (30.04.2016). SDG brzmią: (1) wyeliminować ubóstwo we wszystkich jego formach na całym świecie, (2) wyeliminować głód, zapewnić bezpieczeństwo żywnościowe i lepsze odżywianie, promować zrównoważone rolnictwo, (3) zapewnić wszystkim w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrostan, (4) zapewnić wszystkim włączającą i wysokiej jakości edukację oraz promować uczenie się przez całe życie, (5) zapewnić równość płci, wzmocnić pozycję kobiet i dziewcząt na świecie, (6) zapewnić wszystkim dostęp do wody i urządzeń sanitarnych, (7) zapewnić wszystkim dostęp do stabilnej, zrównoważonej i nowoczesnej energii po przystępnej cenie, (8) promować włączający i zrównoważony wzrost gospodarczy, pełne i produktywnie zatrudnienie oraz godną pracę dla wszystkich, (9) budować odporną infrastrukturę, promować zrównoważone uprzemysłowienie oraz wspierać innowacyjność, (10) zmniejszyć nierówności istniejące między państwami i wewnątrz państw, (11) uczynić miasta i osiedla ludzkie inkluzywnymi, bezpiecznymi, odpornymi i zrównoważonymi, (12) promować wzorce zrównoważonej konsumpcji i produkcji, (13) przeciwdziałać zmianom klimatu i ich skutkom, (14) chronić i promować zrównoważone użytkowanie oceanów, mórz i zasobów morskich, (15) chronić i promować zrównoważone użytkowanie ekosystemów lądowych, powstrzymać pustynnienie, degradację gleby i utratę różnorodności biologicznej, (16) zapewnić funkcjonowanie pokojowych i włączających społeczeństw, (17) wzmocnić środki realizacji celów i odnowić globalne partnerstwo na rzecz zrównoważonego rozwoju.

<sup>70</sup> UNDP, *Frequently Asked Questions*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/frequently\\_askedquestions/#undp](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/frequently_askedquestions/#undp) (30.04.2016).

<sup>71</sup> UN General Assembly, *Consolidation of the Special Fund and the Expanded Programme of Technical Assistance in a United Nations Development Programme*, Resolution 2029 (XX), 22.11.1965, ust. 1, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/217/92/PDF/NR021792.pdf?OpenElement> (30.04.2016).

<sup>72</sup> Ibidem.

Główna siedziba UNDP znajduje się w Nowym Jorku, a organizacja terenowa oparta jest na biurach zlokalizowanych w około 170 państwach i terytoriach. Pięć biur regionalnych ma swoje przedstawicielstwa w Addis Abebie (Afryka), Bangkoku (Azja–Pacyfik), Ammanie (państwa arabskie), Istambule (Europa i Azja Centralna/ Wspólnota Niepodległych Państw) i Panamie (Ameryka Łacińska i Karaiby)<sup>73</sup>. Ponadto w strukturze UNDP działa sześć wyspecjalizowanych *Global Policy Centers* w Istambule, Nairobi, Oslo, Rio de Janeiro, Seulu i Singapurze.

UNDP wchodzi w skład globalnej koalicji ONZ na rzecz rozwoju społecznego w postaci Grupy ONZ ds. Rozwoju<sup>74</sup>, której przewodniczy Administrator UNDP. Na początku 2016 r. grupa liczyła 31 członków i 17 obserwatorów, w tym fundusze, programy, departamenty i biura ONZ, a także inne organizacje międzynarodowe i instytucje naukowe zajmujące się rozwojem. Wśród członków UNDG znalazły się m.in. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO), Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO), Program Środowiskowy ONZ (UNEP), Wysoki Komisarz ONZ ds. Uchodźców (UNHCR) oraz regionalne komisje gospodarcze i gospodarczo-społeczne. Bank Światowy miał natomiast status obserwatora<sup>75</sup>.

UNDP tworzy globalną sieć Narodów Zjednoczonych na rzecz rozwoju przez obecność w państwach i regionach na całym świecie, wspierając je w dążeniu do coraz wyższego poziomu rozwoju społecznego (*human development*) i w realizacji celów rozwoju – najpierw milenijnych, a następnie zrównoważonego rozwoju. UNDP, stale adaptując się do zmian zachodzących we współczesnych stosunkach międzynarodowych i priorytetów ONZ, systematycznie aktualizuje swoje główne obszary aktywności w ramach okresowych planów strategicznych. Obecnie dotyczą one: ścieżek zrównoważonego rozwoju, demokratycznych rządów i działań na rzecz pokoju oraz budowania odporności na wstrząsy klimatyczne i klęski.

Według stanu na 2014 r. projekty UNDP przyniosły następujące osiągnięcia we wspomnianych trzech obszarach<sup>76</sup>:

1. Zrównoważone ścieżki rozwoju:

- 11,2 mln osób (w tym 5,7 mln kobiet) skorzystało z lepszych źródeł utrzymania w 94 krajach,
- 920 tys. nowych miejsc pracy (w tym 41% dla kobiet) powstało w 77 krajach,

---

<sup>73</sup> UNDP, *2016 Organisational Chart*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/organisational\\_chart/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/organisational_chart/) (30.04.2016).

<sup>74</sup> Por. United Nations Development Group (UNDG), <http://www.undg.org/> (30.04.2016).

<sup>75</sup> UNDG, *UNDG Members*, [http://www.undg.org/content/about\\_the\\_undg/undg\\_members](http://www.undg.org/content/about_the_undg/undg_members) (30.04.2016).

<sup>76</sup> UNDP, *Results at a Glance: Key development results 2014*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/results-at-a-glance/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/results-at-a-glance/) (30.04.2016).

- 33 kraje przyjęły polityki i mechanizmy na rzecz pobudzenia tworzenia nowych miejsc pracy i źródeł utrzymania,
- zapewniono pomoc technologiczną w 48 krajach w celu stopniowego ograniczania emisji gazów, które niszczą warstwę ozonową,
- 40 krajów lub innych podmiotów wdrożyło przyspieszone ramowe plany działania w ramach MDG,
- 39 krajów wdrożyło środki na rzecz celów rozwojowych dotyczących niskiej emisji i odporności na zmiany klimatu.

#### 2. Włączające i skuteczne rządy demokratyczne:

- ponad 18 mln nowych wyborców zarejestrowano w 21 krajach, w tym prawie 4 mln w Afganistanie,
- 750 tys. osób (w tym 51% kobiet) w 22 krajach uzyskało dostęp do pomocy prawnej,
- 1,4 mln osób skorzystało z leczenia antyretrowirusowego w 20 krajach,
- 22 mln osób w 20 krajach doświadczyło zmiany zachowań komunikacyjnych w odniesieniu do HIV,
- ponad 7 mln ludzi (w tym 49% kobiet) wyraziło swoją wizję przyszłości za pośrednictwem globalnego badania „My World”, które było największym działaniem typu *crowd-sourcing* w historii ONZ.

#### 3. Budowanie odporności na klęski i zmiany klimatu:

- w 23 krajach wprowadzono 98 nowych planów ograniczania skutków katastrof i dostosowania,
- 21 państw opracowało ustawy lub regulacje dotyczące ryzyka katastrof i zmian klimatycznych,
- 1,3 mln osób uzyskało lepszy dostęp do energii w 26 krajach,
- 158 nowych systemów wczesnego ostrzegania wprowadzono w 17 krajach,
- stworzono 254 nowe plany reagowania i odbudowy po katastrofie w 14 krajach.

UNDP odegrał kluczową rolę w opracowaniu i promowaniu MDG oraz wspieraniu państw w ich osiągnięciu. W związku z nowo przyjętą agendą rozwoju po 2015 r. UNDP współpracuje z krajowymi partnerami, aby przygotować ich do zintegrowania SDG z krajowymi planami rozwoju. Oferuje także wsparcie na rzecz pomiaru postępu w realizacji nowych celów lokalnie i globalnie<sup>77</sup>. UNDP jest strategicznym partnerem w implementacji SDG, która wymaga podejścia do rozwoju zorientowanego na ludzi przy uwzględnieniu wielu interesariuszy – rządów, sektora prywatnego, nauki, środowiska akademickiego, mediów i społeczeństwa obywatelskiego. Już od 2013 r. program podejmuje kroki na rzecz stosowania zintegrowanego podejścia do zrównoważonego

---

<sup>77</sup> UNDP, *UNDP Annual Report 2014/2015: Time for Global Action*, 2015, s. 1, [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2015/UNDP\\_AR2015\\_EN.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2015/UNDP_AR2015_EN.pdf) (30.04.2016).



rozwoju, obejmujące również zmiany we własnej strukturze organizacyjnej. Co więcej, UNDP w ramach prac Grupy Roboczej ds. Zrównoważonego Rozwoju zobowiązał się do opracowania wspólnych ram organizacyjnych na rzecz efektywnego i spójnego wsparcia realizacji nowej agendy rozwoju, co określono mianem MAPS od angielskiej nazwy *Mainstreaming, Acceleration and Policy Support*<sup>78</sup>.

Duża aktywność programu na skalę globalną i w różnych obszarach wymaga odpowiednich nakładów finansowych. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju jest finansowany w całości z dobrowolnych składek wielu partnerów, w tym państw członkowskich ONZ, organizacji wielostronnych, partnerów lokalnych, sektora prywatnego, fundacji, organizacji pozarządowych i innych podmiotów. Dochody te dzieli się na *core (regular)*, czyli podstawowe (regularne, stałe), i na pozostałe, przeznaczone na konkretne cele. W 2014 r. 56 państw sfinansowało środki *core* o łącznej wartości 793 mln USD w porównaniu z 896 mln USD w roku poprzednim. Pozostałe środki na konkretne cele i dla określonych państw wyniosły 3,8 mld USD, podobnie jak w roku 2013, w tym rządy przekazały 2,3 mld USD, a podmioty wielostronne (m.in. inne podmioty systemu ONZ, Komisja Europejska i Bank Światowy) 1,4 mld USD. Według dostępnych danych z 2015 r. głównymi donatorami wśród państw w 2014 r. były USA (496,7 mln USD) i Japonia (380,1 mln USD). Środki o wartości przekraczającej 100 mln USD pochodziły również od Norwegii, Argentyny, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Niemiec, Szwajcarii i Holandii. Norwegia była jednocześnie najważniejszym donatorem środków *core* w wysokości 112,2 mln USD, a kolejne miejsca zajęły Wielka Brytania, USA i Japonia, przekazując co najmniej 80 mln USD. Głównym odbiorcą środków pozostałych był w 2014 r. Afganistan, który otrzymał z budżetu UNDP ponad 600 mln USD. Środki pozostałe dla Argentyny i Zimbabwe wyniosły po około 200 mln USD. Wpłaty typu *core* wpływają na zdolności UNDP do reagowania na kryzysowe sytuacje rozwojowe. W 2014 r. środki te umożliwiły natychmiastową odpowiedź programu na epidemię ebola przez wysłanie wykwalifikowanych specjalistów i zapewnienie niezbędnego wsparcia zarządczego w Afryce Zachodniej. Fundusze te zostały również wykorzystane na rzecz pomocy syryjskim uchodźcom<sup>79</sup>.

W ramach swojej działalności UNDP stale monitoruje rozwój społeczny (ludzki), na poziomie państw i terytoriów, ugrupowań, regionów i świata. Jest to podstawą do opracowywania w kolejnych latach raportów rozwoju społecznego (*Human Development Reports*, HDR) i wskaźnika rozwoju społecznego (*Human Development Index*,

---

<sup>78</sup> UNDP, *UNDP Policy and Programme Brief: UNDP Support to the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development*, January 2016, s. 9–12, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/transparency/income\\_expenditures/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/transparency/income_expenditures/) (30.04.2016).

<sup>79</sup> UNDP, *UNDP Annual Report 2014/2015...*, op.cit., s. 41–43.

HDI)<sup>80</sup>. Należy wyraźnie podkreślić, iż zamysł dotyczący HDI nadaje mu charakter odmienny od tradycyjnych miar stosowanych w systemie rachunków narodowych poszczególnych państw, takich jak PKB. Począwszy od 1990 r. pomiar rozwoju społecznego odbywa się systematycznie, zazwyczaj w ujęciu rocznym. Wyjątki były dwa: w latach 2007–2008 powstał jeden raport oraz w roku 2012 raport się nie ukazał. Podsumowując, w latach 1990–2015 UNDP za pośrednictwem swojego biura ds. HDR opublikował ogółem 24 raporty, z których każdy poświęcony był koncepcji i pomiarowi rozwoju społecznego lub wybranym istotnym globalnym kwestiom społecznym<sup>81</sup>:

1. Raport 1990: *Concept and Measurement of Human Development – Koncepcja i pomiar rozwoju społecznego*
2. Raport 1991: *Financing Human Development – Finansowanie rozwoju społecznego*
3. Raport 1992: *Global Dimensions of Human Development – Globalne wymiary rozwoju społecznego*
4. Raport 1993: *People's Participation – Zaangażowanie ludności*
5. Raport 1994: *New Dimensions of Human Security – Nowe wymiary bezpieczeństwa społecznego*
6. Raport 1995: *Gender and Human Development – Płeć a rozwój społeczny*
7. Raport 1996: *Economic Growth and Human Development – Wzrost gospodarczy a rozwój społeczny*
8. Raport 1997: *Human Development to Eradicate Poverty – Rozwój społeczny na rzecz wyeliminowania ubóstwa*
9. Raport 1998: *Consumption for Human Development – Konsumpcja na rzecz rozwoju społecznego*
10. Raport 1999: *Globalization with a Human Face – Globalizacja z ludzką twarzą*
11. Raport 2000: *Human Rights and Human Development – Prawa człowieka a rozwój społeczny*
12. Raport 2001: *Making New Technologies Work for Human Development – Nowe technologie na rzecz rozwoju społecznego*
13. Raport 2002: *Deepening Democracy in a Fragmented World – Ugruntowywanie demokracji w podzielonym świecie*
14. Raport 2003: *Millennium Development Goals: A Compact among Nations to End Human Poverty – Milenijne cele rozwoju: porozumienie między narodami na rzecz walki z ubóstwem*
15. Raport 2004: *Cultural Liberty in Today's Diverse World – Wolność kulturowa w dzisiejszym zróżnicowanym świecie*

---

<sup>80</sup> UNDP Human Development Reports (HDR), <http://hdr.undp.org/> (30.04.2016).

<sup>81</sup> UNDP HDR, *Human Development Reports 1990–2014*, <http://hdr.undp.org/en/global-reports> (30.04.2016).

16. Raport 2005: *International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World – Współpraca międzynarodowa na rozdrożu: pomoc, handel i bezpieczeństwo w świecie pełnym nierówności*
17. Raport 2006: *Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis – Światowy kryzys wodno-sanitarny*
18. Raport 2007/2008: *Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World – Przeciw zmianom klimatycznym*
19. Raport 2009: *Overcoming Barriers: Human Mobility and Development – Przekraczając bariery: mobilność a rozwój*
20. Raport 2010: *The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development – Prawdziwe bogactwo narodów: ścieżki rozwoju społecznego*
21. Raport 2011: *Sustainability and Equity: A Better Future for All – Zrównoważony rozwój i sprawiedliwość: lepsza przyszłość dla wszystkich*
22. Raport 2013: *The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World – Wzrost Południa: postęp społeczny w zróżnicowanym świecie*
23. Raport 2014: *Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience – Utrwalenie rozwoju społecznego: zmniejszanie wrażliwości grup społecznych i budowa odporności*
24. Raport 2015: *Work for Human Development – Praca na rzecz rozwoju społecznego*

Dokładniejszy ogląd głównych problemów dyskutowanych w kolejnych raportach HDR wskazuje, jakie dziedziny życia ludzkiego w skali globalnej są przedmiotem zainteresowania UNDP oraz jak wzrasta ich znaczenie. Innymi słowy, tematyka poszczególnych raportów pokazuje, jak szeroko można wyznaczyć zakres przedmiotowy rozwoju społecznego we współczesnym świecie. Ponadto tytuły raportów nawiązują niejednokrotnie do nowo występujących regionalnie i globalnie trendów i megatrendów o charakterze społecznym.

W podejściu stosowanym w raportach rozwoju społecznego od 1990 r. wymiary rozwoju społecznego dzieli się na te bezpośrednio zwiększające ludzkie możliwości (długie i zdrowe życie, dostęp do wiedzy i dostatni standard życia) oraz te stwarzające warunki dla rozwoju ludzkiego (udział w życiu politycznym i społecznym, zrównoważone środowisko, bezpieczeństwo ludzkie i prawa, równość płci)<sup>82</sup>. Wskaźnik rozwoju społecznego to syntetyczna miara, która pozwala na stałe monitorowanie i ocenę postępu dokonującego się w poszczególnych państwach w zakresie trzech obszarów życia człowieka, które bezpośrednio przyczyniają się do zwiększenia ludzkich zdolności. W związku ze zmianą metodologii obliczania HDI, począwszy od 2010 r. agregację wyników śred-

---

<sup>82</sup> UNDP HDR, *About Human Development*, <http://hdr.undp.org/en/humandev#humandev2> (30.04.2016).

nią arytmetyczną zastąpiono średnią geometryczną, a także zrewidowano i częściowo przyjęto nowe cząstkowe wskaźniki rozwoju społecznego. Wskaźniki obowiązujące od tej pory przedstawiają się następująco<sup>83</sup>:

- oczekiwane dalsze trwanie życia w chwili urodzenia dla obszaru zdrowia,
- średnia liczba lat edukacji otrzymanej w ciągu życia przez osoby dorosłe w wieku 25 lat i więcej oraz oczekiwana liczba lat edukacji dla dzieci rozpoczynających proces kształcenia dla obszaru dostępu do wiedzy<sup>84</sup>,
- dochód narodowy brutto *per capita* w USD, liczony według parytetu siły nabywczej waluty dla obszaru dostatniego standardu życia<sup>85</sup>.

W *Raporcie rozwoju społecznego 2015* w światowym rankingu krajów i terytoriów za 2014 r. pod względem poziomu rozwoju społecznego uwzględniono 188 podmiotów, zaś w latach 2011–2013 było ich 187. Ranking nie objął Korei Północnej, Wysp Marshalla, Monako, Nauru, San Marino, Somalii i Tuwalu. Liderami rankingu, dla których wartość HDI<sup>86</sup> wyniosła co najmniej 0,900, było 15 państw z różnych części świata, z przewagą tych europejskich (9), przy udziale państw Ameryki Północnej, Azji Wschodniej oraz Australii i Oceanii. Z kolei ostatnie miejsca, wskazujące na najniższy poziom rozwoju społecznego, zajęły państwa afrykańskie, dla których HDI nie przekroczył wartości 0,400. Były to: Burundi, Czad, Erytrea, Republika Środkowoafrykańska i Niger<sup>87</sup>.

Z punktu widzenia poziomu rozwoju społecznego w oparciu o kryterium wartości wskaźnika w danym roku uwzględnione w analizie państwa i terytoria dzieli się na cztery grupy: o poziomie rozwoju bardzo wysokim, wysokim, średnim i niskim. W 2014 r. państw zaliczanych do pierwszej kategorii było 49, a każde z nich osiągnęło wartość wskaźnika powyżej 0,800. W tej grupie pierwsze miejsce zajęła Norwegia (0,944), a ostatnie – Czarnogóra (0,802). Wysoki poziom rozwoju społecznego dotyczył kolejnych 56 państw, począwszy od Białorusi i Rosji (0,798) aż po Samoa (0,702). Średni poziom rozwoju społecznego charakteryzował 39 krajów, dla których HDI przyjmował wartości od 0,698 dla Botswany do 0,555 dla Kambodży i Wysp Świętego

---

<sup>83</sup> UNDP HDR, *2015 Human Development Report 2015 Technical notes*, New York 2015, s. 1–3, [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14\\_technical\\_notes.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_technical_notes.pdf) (30.04.2016).

<sup>84</sup> Miary te zastąpiły ogólny wskaźnik skolaryzacji brutto dla wszystkich poziomów nauczania i wskaźnik alfabetyzacji dorosłych.

<sup>85</sup> Do 2010 r. stosowano do obliczeń produkt krajowy brutto (PKB) zamiast dochodu narodowego

<sup>86</sup> Wskaźnik rozwoju społecznego obliczany jako średnia geometryczna znormalizowanych wskaźników dla trzech obszarów analizy przyjmuje wartości od 0 do 1. Por. UNDP HDR, *2015 Human Development Report 2015 Technical notes*, op.cit., s. 1–3.

<sup>87</sup> UNDP HDR, *Table 1: Human Development Index and its components*, <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI> (30.04.2016).

Tomasza i Książęcej. Poniżej tej wartości HDI mówi się o niskim poziomie rozwoju społecznego, co dotyczyło 44 podmiotów, z Kenią i Nepalem (0,548) na czele<sup>88</sup>.

HDI pozwala porównać poziom rozwoju społecznego nie tylko na poziomie krajowym, ale także między regionami według klasyfikacji UNDP i między grupami państw wyodrębnionymi w rankingu HDI. W 2014 r. regionami o najwyższym poziomie rozwoju społecznego były Ameryka Łacińska i Karaiby oraz Europa i Azja Centralna (0,738). Drugie miejsce zajęła Azja Wschodnia i Pacyfik (0,710), a trzecie – świat arabski (0,686). Wartość wskaźnika dla Azji Południowej wyniosła 0,607, natomiast Afryka Subsaharyjska uplasowała się najniżej, z wartością 0,518. W tym samym roku HDI dla państw bardzo wysoko rozwiniętych społecznie wyniósł 0,896, dla wysoko rozwiniętych osiągnął 0,744, dla średnio rozwiniętych – 0,630, a dla najslabiej rozwiniętych – 0,505<sup>89</sup>. Wartość HDI w latach 2000–2014 dla świata wykazuje trend rosnący, co można interpretować jako poprawę w poziomie globalnego rozwoju społecznego<sup>90</sup>.

Uzupełnieniem HDI są inne – bardziej szczegółowe – wskaźniki, do których zalicza się Wskaźnik Rozwoju Społecznego Skorygowany o Nierówności (*Inequality-adjusted Human Development Index*, IHDI)<sup>91</sup>, Wskaźnik Nierówności Płci (*Gender Inequality Index*, GII)<sup>92</sup>, Wskaźnik Rozwoju Uwzględniający Płeć (*Gender Development Index*, GDI)<sup>93</sup> i Wskaźnik Wielowymiarowego Ubóstwa (*Multidimensional Poverty Index*, MPI)<sup>94</sup>.

Reasumując, UNDP zabiega na różnych forach międzynarodowych o jak najpełniejsze wdrożenie koncepcji zrównoważonego rozwoju, gdyż pozwala to na wzrost efektywności wykorzystania globalnych dóbr publicznych. Obecność UNDP w ponad 160 krajach świata tworzy w sposób naturalny sieć wpływu na system zarządzania globalnymi dobrami publicznymi. Aby ten system zachować, sieć biur UNDP nie powinna się gwałtownie zmniejszać. Ponadto obecność Programu ONZ ds. Rozwoju jest wskazana we wszystkich państwach świata, również o wysokim poziomie rozwoju, ponieważ w krajach tych także występują obszary wykluczenia i ubóstwa<sup>95</sup>.

<sup>88</sup> Ibidem.

<sup>89</sup> Ibidem.

<sup>90</sup> Por. UNDP HDR, *Table 2: Trends in the Human Development Index, 1990–2014*, <http://hdr.undp.org/en/composite/trends> (30.04.2016).

<sup>91</sup> UNDP HDR, *Inequality-adjusted Human Development Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/inquality-adjusted-human-development-index-ihdi> (30.04.2016).

<sup>92</sup> UNDP HDR, *Gender Inequality Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii> (30.04.2016).

<sup>93</sup> UNDP HDR, *Gender Development Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi> (30.04.2016).

<sup>94</sup> UNDP HDR, *Multidimensional Poverty Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/multidimensional-poverty-index-mpi> (30.04.2016).

<sup>95</sup> Wywiad z byłym przedstawicielem Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju..., op.cit.

Jednak działania UNDP napotykać pewne bariery. Jedną z przeszkód jest finansowanie organizacji oparte na dobrowolnych wpłatach. Problemem jest roszczeniowe podejście ze strony rządów, które przekazując środki, bardzo często narzucają tryb i sposób ich wydatkowania, co nie zawsze odpowiada potrzebom i analizie efektywnościowej. Także rozbudowane systemy raportowania do donatorów zwiększają biurokrację. Rządy często nie korzystają z dostarczanej im wiedzy i *know-how* oraz propozycji rozwiązania określonych problemów. Niejednokrotnie preferują rabunkową gospodarkę globalnych dóbr publicznych zamiast zrównoważonego rozwoju, kierując się doraźnym interesem ekonomicznym. Do tego dochodzą nierówności dochodowe. To wskazuje na potrzebę zreformowania całego systemu ekonomicznego zarządzania planetą<sup>96</sup>.

Kryzys finansowy 2008+ wpłynął zarówno na aktywność UNDP, jak i na sposób zarządzania globalnymi dobrami publicznymi. Po pierwsze, kryzys sprawił, że UNDP miało potężne tąpnięcie w finansowaniu – państwa zmniejszyły wpłaty na działania pomocowe, część programów utraciła płynność, z części UNDP musiało się wycofać. Spadły wpływy na tzw. *core budget*, z którego pokrywane są koszty administracyjne UNDP oraz wsparcie dla programów realizowanych w poszczególnych krajach, co doprowadziło do redukcji etatów. Po drugie, w warunkach kryzysu zwiększyły się nierówności dochodowe, a akumulacja kapitału przesunęła się jeszcze bardziej w kierunku najbogatszych. Z punktu widzenia redystrybucji pojawił się problem, który prowadzi do ekstremizmów<sup>97</sup>.

## Zakończenie

Podsumowując, w świetle dotychczasowych rozważań można stwierdzić, że globalne dobra publiczne są pewnymi instytucjami, mechanizmami, narzędziami, które mają przyczyniać się do generowania przez globalizację jak największej liczby korzyści dla wszystkich podmiotów, których ona dotyczy, a jednocześnie minimalizować i likwidować wszelkie niekorzyści występujące w następstwie tego procesu. Wydaje się, że podmiotami, które mogą podejmować najskuteczniejsze i najbardziej efektywne działania na rzecz szerokiej implementacji koncepcji zrównoważonego rozwoju przez zarządzanie globalnymi dobrami publicznymi w skali świata w dobie postępującej globalizacji są organizacje międzynarodowe, zwłaszcza w ramach systemu ONZ. To one

---

<sup>96</sup> Ibidem.

<sup>97</sup> Ibidem.

zrzeszają najwięcej państw w skali globu, a przez to mogą oddziaływać na aktywność państw członkowskich na szczeblu krajowym i międzynarodowym oraz koordynować ich wspólne interesy, cele i wysiłki. Potwierdzają to słowa sekretarza generalnego ONZ w raporcie milenijnym: „[...] musimy jeszcze raz zastanowić się nad tym, w jaki sposób koordynujemy nasze wspólne przedsięwzięcia i jak dbamy o wspólne interesy. Jest to o tyle ważne, że żadne państwo nie jest w stanie samo poradzić sobie z wieloma trapiącymi nas dzisiaj problemami. Musimy poprawić efektywność rządzenia na poziomie państwowym, a na poziomie międzynarodowym musimy nauczyć się jak lepiej rządzić wspólnie. W obu przypadkach podstawowym czynnikiem jest efektywność rządów państwowych, którą musimy wzmocnić. Musimy również przystosować międzynarodowe instytucje, czyli instrumenty naszego wspólnego rządzenia, do wymagań nowej ery. Musimy tworzyć sojusze na rzecz zmian, poszukując partnerów także wśród organizacji działających z dala od oficjalnych struktur”<sup>98</sup>.

Z powyższego fragmentu nie wynika wyższość organizacji międzynarodowych nad państwami narodowymi, bowiem te ostatnie wciąż są fundamentem systemu stosunków międzynarodowych i podstawą funkcjonowania międzynarodowych organizacji rządowych. Organizacje te mogą jednak usprawnić działania państw na szczeblu międzynarodowym, tak aby zwiększyć efektywność ich rządów w polityce wewnętrznej i międzynarodowej. Aby było to w pełni możliwe, państwa muszą zdecydować się na członkostwo w danych strukturach międzynarodowych i jeśli to konieczne, spełnić w tym celu określone wymogi, a przynajmniej wyrazić zgodę na współpracę.

Jednym z takich podmiotów jest Światowa Organizacja Zdrowia, która jako wyspecjalizowana organizacja ONZ odegrała doniosłą rolę w realizacji milenijnych celów rozwoju w dziedzinie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej w latach 2000–2015. Osiągnięcie określonych wyników w tym zakresie nie byłoby możliwe bez rozwijania globalnych dóbr publicznych. Rozwój ludzkości, zwłaszcza w dobie globalizacji, jest procesem, który pociąga za sobą dwojakie efekty zewnętrzne – pozytywne i negatywne. Ogólny postęp w sferze warunków życia mieszkańców globu nigdy w dotychczasowej historii ludzkości nie rozkładał się równomiernie.

Działalność UNDP w kontekście globalnych dóbr publicznych i koncepcji zrównoważonego rozwoju należy rozpatrywać znacznie szerzej niż w wypadku WHO. Po pierwsze, UNDP jest agencją ONZ, a jego działania są ściśle powiązane z tą organizacją. Po drugie, przedmiotem jego działania jest szeroko rozumiany rozwój społeczny.

Na początku XXI w. wyznaczono osiem milenijnych celów rozwoju stojących przed ludzkością. Z uwagi na zróżnicowane przemiany na szczeblu krajowym, regionalnym i globalnym, które zachodzą coraz szybciej, coraz intensywniej i według odmiennych

---

<sup>98</sup> UN General Assembly, *We the peoples...*, op.cit., ust. 15.

trendów, druga dekada nowego stulecia przyniosła dalszy wzrost zainteresowania zagadnieniem rozwoju państw, ale zwłaszcza tym zrównoważonym i trwałym. Znalazło to odzwierciedlenie w pracach m.in. Otwartej Grupy Roboczej ONZ ds. Zrównoważonego Rozwoju, która podjęła wysiłek zdefiniowania 17 nowych celów rozwoju dla świata po 2015 r. Cele te już przez swoją nazwę odnoszą się bezpośrednio do zrównoważonego rozwoju.

W przypadku UNDP, podobnie jak w odniesieniu do WHO, warto mówić o dwójce obecności i ukierunkowaniu na globalne dobra publiczne. Po pierwsze, oba podmioty z uwagi na profil stanowią bardzo dobry przykład globalnych dóbr publicznych ucieleśnionych w rzeczywistości istniejących i aktywnych instytucjach. Po drugie, zakres ich działalności służy „produkowaniu”, rozwijaniu i dostarczaniu szerokiego spektrum GDP na czele ze zdrowiem publicznym i rozwojem społecznym. Podmioty międzynarodowe takie jak WHO i UNDP mogą i powinny zarządzać GDP zgodnie z koncepcją zrównoważonego rozwoju na rzecz ograniczania negatywnych efektów zewnętrznych globalizacji i wzmacniania tych pozytywnych. Taka interpretacja wyznacza szeroki margines dla celowości tworzenia i rozwijania globalnych dóbr publicznych.

Między 1945 a 2000 r., co zauważył już sekretarz generalny ONZ w swoim raporcie milenijnym, zmieniła się znacznie rzeczywistość międzynarodowa i uwarunkowania funkcjonowania organizacji międzynarodowych. Tym bardziej o diametralnej zmianie można mówić z perspektywy 2016 r., kiedy świat doświadczył kryzysów finansowego i gospodarczego 2008+, a następnie migracyjnego i uchodźczego 2014+.

Sekretarz generalny wskazał na dwie kluczowe strategie dla ONZ, umożliwiające wykorzystanie w pełni jej potencjału w przyszłości w obliczu wyzwań XXI wieku. Szczególnie interesująca i inspirująca wydaje się strategia wymieniona jako pierwsza, w której przyjęto, że zasoby ONZ są ściśle ograniczone, podczas gdy zasoby społeczności na świecie są zdecydowanie większe. Mając to na uwadze, ONZ nie powinna „wyręczać innych aktorów światowej sceny, a zamiast tego stać się bardziej efektywnym katalizatorem zmian i narzędziem koordynacji ich działań”, a jej „najbardziej żywotną rolę” powinno być „stymulowanie zbiorowych działań na poziomie globalnym”<sup>99</sup>. Dziś powyższa strategia nie straciła na znaczeniu. Co więcej, można stwierdzić, że znalazła ona zastosowanie w działalności podmiotów systemu ONZ, jak chociażby WHO i UNDP. Wdrażana od 2011 r. kompleksowa reforma Światowej Organizacji Zdrowia w pełni wpisuje się w założenia strategii przewidzianej dla ONZ na przełomie wieków i jak dotychczas przynosi pozytywnie oceniane rezultaty.

---

<sup>99</sup> Ibidem, ust. 317.



Podsumowując, należy stwierdzić, że analiza przeprowadzona w niniejszym opracowaniu pozwoliła pozytywnie zweryfikować postawioną tezę badawczą w części dotyczącej WHO i UNDP.

## Bibliografia

- Bieleń S., *Państwa w stanie kryzysu i upadku?*, w: *Państwo w teorii i praktyce stosunków międzynarodowych*, red. M. Sułek, J. Symonides, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009
- Kaul I., Grunberg I., Stern M.A., *Defining Global Public Goods*, w: *Global public goods: international cooperation in the 21st century*, red. I. Kaul, I. Grunberg, M.A. Stern, UNDP, Oxford University Press, New York–Oxford 1999, <http://web.undp.org/globalpublicgoods/The-Book/globalpublicgoods.pdf>
- Kleer J., *Globalizacja a państwo narodowe i usługi publiczne*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2006
- Kleer J., *Globalne dobra publiczne a państwa narodowe*, w: *Wyzwania ekonomiczne w warunkach kryzysu. Wybrane zagadnienia*, red. I. Lichniak, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2009
- Kleer J., *Globalne dobra publiczne a państwo narodowe*, Instytut Gospodarki Światowej, „Prace i Materiały” nr 267, Kolegium Gospodarki Światowej, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2005, [http://akson.sgh.waw.pl/~zczajk/IGS\\_homepage/documents/WorkingPapers/wp267.pdf](http://akson.sgh.waw.pl/~zczajk/IGS_homepage/documents/WorkingPapers/wp267.pdf)
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (przekład), Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.
- Leowski J., *Polityka zdrowia a zdrowie publiczne: ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, wyd. 2, CeDeWu, Warszawa 2008
- Łoś-Nowak T., *Organizacje międzynarodowe: geneza – istota – ewolucja*, w: *Organizacje w stosunkach międzynarodowych: istota – mechanizmy działania – zasięg*, red. T. Łoś-Nowak, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2009
- Łoś-Nowak T., *Stosunki międzynarodowe. Teorie – systemy – uczestnicy*, wyd. 2 uzupełn. i popr., Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006
- Ministerstwo Zdrowia, *Milenijne Cele Rozwoju*, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0481&ms=48&ml=pl&mi=988&mx=0&mt=&my=988&ma=032050>
- Proczek M., *System NZ – wybrane organizacje wyspecjalizowane NZ*, w: *Organizacje międzynarodowe we współczesnym świecie*, red. E. Latoszek, M. Proczek, Elipsa, Warszawa 2006
- Providing Global Public Goods: Managing Globalization: 25 Questions & Answers*, UNDP/ ODS, New York, November 2002, <http://web.undp.org/globalpublicgoods/globalization/pdfs/ques-ans.pdf>
- Stiglitz J.E., *Ekonomia sektora publicznego*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013
- The International Medical Volunteers Association (IMVA), *The Major International Health Organisations*, <http://www.imva.org/Pages/orgfrm.htm>

- UIA, *Open Yearbook, International Organizations Search*, <http://www.uia.org/ybio/>
- UN General Assembly, *Consolidation of the Special Fund and the Expanded Programme of Technical Assistance in a United Nations Development Programme*, Resolution 2029 (XX), 22.11.1965, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/217/92/PDF/NR021792.pdf?OpenElement>
- UN General Assembly, *Resolution adopted by the General Assembly. 55.2. United Nations Millennium Declaration*, A/RES/55/2, 18.09.2000, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- UN General Assembly, *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. Report of the Secretary-General*, A/56/326, 06.09.2001, [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56\\_326/a\\_56\\_326e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/56_326/a_56_326e.pdf)
- UN General Assembly, *We the peoples: the role of the United Nations in the twenty-first century. Report of the Secretary-General*, A/54/2000, 27.03.2000, [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/54\\_2000/a\\_54\\_2000e.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/54_2000/a_54_2000e.pdf)
- UN, *Annex Millennium Development Goals, targets and indicators, 2015: statistical tables*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/StatAnnex.pdf>
- UN, *Millennium Development Goals Indicators*, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>
- UN, *Official list of MDG indicators*, 15.01.2008, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.html>
- UN, Sustainable Development Knowledge Platform, *Sustainable Development Goals*, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>
- UN, *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York 2015, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>
- UNDG, *UNDG Members*, [http://www.undg.org/content/about\\_the\\_undg/undg\\_members](http://www.undg.org/content/about_the_undg/undg_members)
- UNDP HDR, *2015 Human Development Report 2015 Technical notes*, New York 2015, [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14\\_technical\\_notes.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14_technical_notes.pdf)
- UNDP HDR, *About Human Development*, <http://hdr.undp.org/en/humandev#humandev2>
- UNDP HDR, *Gender Development Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi>
- UNDP HDR, *Gender Inequality Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>
- UNDP HDR, *Human Development Reports 1990–2014*, <http://hdr.undp.org/en/global-reports>
- UNDP HDR, *Inequality-adjusted Human Development Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi>
- UNDP HDR, *Multidimensional Poverty Index*, <http://hdr.undp.org/en/content/multidimensional-poverty-index-mpi>
- UNDP HDR, *Table 1: Human Development Index and its components*, <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>

- UNDP HDR, *Table 2: Trends in the Human Development Index, 1990–2014*, <http://hdr.undp.org/en/composite/trends>
- UNDP Human Development Reports (HDR), <http://hdr.undp.org/>
- UNDP, *2016 Organisational Chart*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/organisational\\_chart/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/organisational_chart/)
- UNDP, *Frequently Asked Questions*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/frequently\\_askedquestions/#undp](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/frequently_askedquestions/#undp)
- UNDP, *Results at a Glance: Key development results 2014*, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about\\_us/results-at-a-glance/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us/results-at-a-glance/)
- UNDP, *UNDP Annual Report 2014/2015: Time for Global Action*, 2015, [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2015/UNDP\\_AR2015\\_EN.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2015/UNDP_AR2015_EN.pdf)
- UNDP, *UNDP Policy and Programme Brief: UNDP Support to the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development*, January 2016, [http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/transparency/income\\_expenditures/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/transparency/income_expenditures/)
- UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju, Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych*, Warszawa, czerwiec 2002, [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja\\_milenijna.doc](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja_milenijna.doc)
- UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju*, <http://www.unic.un.org.pl/cele.php>
- UNIC Warsaw, *Milenijne Cele Rozwoju, My, Ludy: Rola Narodów Zjednoczonych w XXI wieku*, [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Raport\\_Milenijny.doc](http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Raport_Milenijny.doc)
- UNIC Warsaw, *Świat i Cele Zrównoważonego Rozwoju*, 09.11.2015, <http://www.unic.un.org.pl/aktualnosci/swiat-i-cele-zrownowazonego-rozwoju/2886>
- UNIC Warsaw, *Szczyt Zrównoważonego Rozwoju (25–27 września 2015 r.). Nowa historyczna Agenda na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju jednogłośnie przyjęta przez 193 państwa członkowskie ONZ*, 29.09.2015, [http://www.unic.un.org.pl/szczyt-zrownowazonego-rozwoju/szczyt-zrownowazonego-rozwoju-\(25-27-wrzesnia-2015-r\):-nowa-historyczna-agenda-na-rzecz-zrownowazonego-rozwoju-jednoglosnie-przyjeta-przez-193-panstwa-czlonkowskie-onz/2863#sthash.sav1PfTh.dpuf](http://www.unic.un.org.pl/szczyt-zrownowazonego-rozwoju/szczyt-zrownowazonego-rozwoju-(25-27-wrzesnia-2015-r):-nowa-historyczna-agenda-na-rzecz-zrownowazonego-rozwoju-jednoglosnie-przyjeta-przez-193-panstwa-czlonkowskie-onz/2863#sthash.sav1PfTh.dpuf)
- Union of International Associations (UIA), *The Yearbook of International Organizations*, <http://www.uia.org/yearbook>
- United Nations Development Group (UNDG), <http://www.undg.org/>
- United Nations Development Programme (UNDP), <http://www.undp.org/>
- WHO Country Office in Poland, *Reforma WHO*, 07.02.2014, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=121&wid=12&wai=&year=&back=%2F>
- WHO, *Collaborating Centres: Fact sheet*, 2014, [http://www.who.int/collaboratingcentres/Fact-sheet\\_WHO\\_CC\\_2014\\_English1.pdf?ua=1](http://www.who.int/collaboratingcentres/Fact-sheet_WHO_CC_2014_English1.pdf?ua=1)
- WHO, *Countries*, <http://www.who.int/countries/en/>
- WHO, *Global Public Goods*, <http://www.who.int/trade/glossary/story041/en/>
- WHO, *Guide for WHO collaborating centres*, Geneva 2016, [http://www.who.int/collaborating-centres/Guide\\_for\\_WHO\\_collaborating\\_centres\\_2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/collaborating-centres/Guide_for_WHO_collaborating_centres_2016.pdf?ua=1)

WHO, *Welcome to the World Health Organization Programme Budget web portal*, <http://extranet.who.int/programmebudget/>

WHO, *WHO – its people and offices*, <http://www.who.int/about/structure/en/>

WHO, *WHO Collaborating Centres: Global database*, <http://apps.who.int/whocc/>

WHO, *WHO reform process*, [http://www.who.int/about/who\\_reform/process/en/](http://www.who.int/about/who_reform/process/en/)

WHO, *Why reform?*, [http://www.who.int/about/who\\_reform/change\\_at\\_who/what\\_is\\_reform/en/#.U\\_-N3fl\\_uSo](http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/what_is_reform/en/#.U_-N3fl_uSo)

Woodward D., Smith R.D., *Global Public Goods and Health: concepts and issues*, w: *Global Public Goods for Health – A reading companion*, WHO, [http://www.who.int/trade/distance\\_learning/gpgh/gpgh1/en/](http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/)

World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/>

Wywiad z byłym przedstawicielem Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) Kamilem Wyszowskim, rozmowa przeprowadzona przez M. Pachocką, Warszawa, 08.07.2015.

Wywiad z przedstawicielem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Pauliną Karwowską, rozmowa przeprowadzona przez M. Pachocką, Warszawa, 13.07.2015