



Horyzonty Polityki
2017, Vol. 8, N° 24



Ochrona zdrowia matek oraz dzieci jako globalne dobro publiczne na przykładzie działań ONZ

HANNA KELM

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Katedra Studiów Europejskich
hanna.kelm@uek.krakow.pl

DOI: 10.17399/HP.2017.082404

Streszczenie

CEL NAUKOWY: Celem naukowym artykułu jest odpowiedź na pytanie badawcze: czy, oceniając działania Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie ochrony zdrowia matek i dzieci, można uznać, że ochrona ta spełnia kryteria globalnego dobra publicznego, którego dostawcą jest ONZ?

PROBLEM I METODY BADAWCZE: W pracy wykorzystano głównie metody badań niereaktywnych, tj. metodę analizy oficjalnych dokumentów i danych statystycznych, metodę analizy treści oraz metodę porównawczą. Zastosowana została także analiza przypadku w celu zbadania roli Organizacji Narodów Zjednoczonych w globalnej ochronie zdrowia matek i dzieci.

PROCES WYWODU: W pierwszej części artykułu przedstawiona została koncepcja globalnego dobra publicznego oraz miejsca ochrony zdrowia wśród globalnych dóbr publicznych. W drugiej części przeanalizowano dotychczasowe działania ONZ na rzecz poprawy zdrowotności matek i dzieci. Działania te zostały również poddane ocenie pod kątem ich skuteczności oraz dalszych perspektyw realizacji.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Organizacja Narodów Zjednoczonych dostarcza globalne dobro publiczne, jakim jest zapewnianie ochrony zdrowia matek i dzieci, a działania w tym zakresie spełniają założenia przyjętej w analizie definicji globalnych dóbr publicznych.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: Dotychczasowa działalność ONZ związana z ochroną zdrowia matek i dzieci w skali globalnej

Sugerowane cytowanie: Kelm, H. (2017). Ochrona zdrowia matek oraz dzieci jako globalne dobro publiczne na przykładzie działań ONZ. *Horyzonty Polityki* 8(24), 79-98. DOI: 10.17399/HP.2017.082404.

(odbywająca się głównie poprzez realizację Milenijnych Celów Rozwoju) okazała się skuteczna. Coraz szerszy zakres planowanych przez ONZ działań, związanych ze zrównoważonym rozwojem, oraz rosnące w związku z tym koszty realizacji tych celów mogą jednak w przyszłości prowadzić do zmniejszenia skuteczności ich realizacji. Z oceną sytuacji należy jednak poczekać do pojawienia się pierwszych rezultatów wdrażania Celów Zrównoważonego Rozwoju.

SŁOWA KLUCZOWE:

ochrona zdrowia matek i dzieci, globalne dobra publiczne, ONZ

PROTECTING THE HEALTH OF MOTHERS
AND CHILDREN AS A GLOBAL PUBLIC
GOOD IN THE EXAMPLE OF THE UNITED
NATIONS' ACTIONS

Abstract

RESEARCH OBJECTIVE: The goal of this article is to answer the research question: Can the actions of the United Nations towards protection of the health of mothers and children be considered as a global public good?

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: The article uses mainly the non-reactive methods, such as official documents and statistical data analysis, content analysis and comparative methods. A case study was conducted in order to investigate the role of the United Nations in improving global health of mothers and children.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: The first part of the article presents the concept of global public goods and the place of global health among global public goods. The second part analyzes the current activities of the United Nations to improve the health of mothers and children. These activities are also evaluated for their effectiveness and further prospects of implementation.

RESEARCH RESULTS: The United Nations provide global support in maternal and child health care and these actions are meeting the criteria of the global public goods.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS AND RECOMMENDATIONS: The existing UN activities related to the protection of maternal and child health on a global scale (which so far took place mainly through the implementation of the Millennium Development Goals) proved to be effective. However, increasing

scope of the planned UN activities related to sustainable development and growing costs of achieving these objectives, may result in a decrease of effectiveness in their implementation. To assess the situation correctly, it is necessary to wait for the first effects of the implementation of the UN Sustainable Development Goals.

SŁOWA KLUCZOWE:

mothers and children health care, global public goods,
the United Nations

1. WSTĘP

Jednym z najważniejszych wyzwań współczesnego świata, wynikającym z konieczności poprawy globalnej sytuacji demograficznej, jest dbałość o zdrowie matek oraz dzieci. Matki w okresie ciąży, porodu i połogu oraz dzieci do lat 5 należą do najbardziej wrażliwych grup społecznych pod względem podatności na choroby, a jednocześnie znaczna część przyczyn zgonów matek oraz dzieci do lat 5 jest możliwa do ograniczenia lub całkowitego wyeliminowania. Najwyższe ryzyko śmierci dziecka występuje w pierwszych 28 dniach życia (okres noworodkowy). W tym okresie występuje 45% zgonów dzieci poniżej 5. roku życia. Za największą liczbę zgonów noworodków odpowiadają przedwczesne porody, komplikacje okołoporodowe oraz infekcje. Po okresie noworodkowym, do 5. roku życia głównymi przyczynami zgonów dzieci są choroby, takie jak: zapalenie płuc, malaria, odra, tężec oraz biegunki. W prawie połowie przypadków (45%) przyczyna zachorowań leży w niedożywieniu dziecka i związanym z tym osłabieniu organizmu (WHO, 2016). Duży wpływ na stan zdrowia dzieci i matek ma również brak dostępu do czystej wody pitnej oraz sanitariatów, a także marginalizacja społeczna i konflikty. W przypadku matek zdecydowana większość zgonów podczas porodu wiąże się z krwawieniem, nadciśnieniem, infekcjami oraz schorzeniami występującymi jeszcze przed ciążą (*Maternal and reproductive health*, 2017). Najbardziej zagrożone są ciężarne małeletnie oraz te, które miały krótką przerwę pomiędzy ciążami. Prawie wszystkie zgony matek, noworodków oraz dzieci mają związek z niedoborem zasobów i można ich uniknąć lub znacznie ograniczyć poprzez objęcie matek i dzieci odpowiednią opieką medyczną. W krajach wysoko

rozwiniętych, dzięki dostępowi do zaawansowanej wiedzy medycznej, śmiertelność matek oraz dzieci została ograniczona do minimum, tam gdzie przyczyny były możliwe do wyeliminowania. Globalne działania w tym zakresie są natomiast skierowane przede wszystkim do krajów rozwijających się¹.

Pomimo dokonującego się, m.in. za sprawą realizacji wyznaczonych przez Organizację Narodów Zjednoczonych Milenijnych Celów Rozwoju, ogromnego globalnego postępu w zakresie ochrony zdrowia matek i dzieci na świecie nadal można zaobserwować wiele niekorzystnych zjawisk (UNIC, 2017):

- Pomimo korzystnych zmian w tym zakresie (każdego dnia umiera o 17 000 mniej dzieci niż w roku 1990) wskaźnik umieralności dzieci do 5. roku życia² jest nadal wysoki (co roku ponad 6 milionów dzieci nie dożywa 5. roku życia), szczególnie w Afryce Subsaharyjskiej oraz Azji Południowej, gdzie wskaźnik śmierci wśród dzieci stale wzrasta. Cztery na pięć zgonów dzieci poniżej 5. roku życia dotyczy tych regionów.
- Dzieci zaliczające się do grupy 20% najbiedniejszej ludności świata są narażone na trzy razy większe ryzyko umieralności przed osiągnięciem 5. roku życia niż dzieci z najbogatszych rodzin.
- Chociaż w skali całego świata od 1990 r. śmiertelność wśród matek spadła prawie o połowę, to wskaźnik śmiertelności matek³ w regionach rozwijających się jest wciąż 14 razy większy niż w regionach rozwiniętych.

1 Według podziału stosowanego przez ONZ do grup państw (regionów) wysoko rozwiniętych zaliczane są: Ameryka Północna, Europa, Japonia, Australia i Nowa Zelandia, natomiast do regionów rozwijających się: Afryka, Ameryka Środkowa, Ameryka Południowa, Azja (bez Japonii), Karaiby, Oceania (bez Australii i Nowej Zelandii). Dodatkowo, dla podkreślenia różnic w poziomie rozwoju poszczególnych regionów, wyróżnia się subregiony. I tak w przypadku śmiertelności matek i dzieci są to subregiony Afryki Subsaharyjskiej oraz Azji Południowej, gdzie problem ten jest największy w skali świata (przykładowo jedna trzecia globalnej liczby zgonów matek w okresie okołoporodowym dotyczy dwóch krajów: Nigerii oraz Indii).

2 Prawdopodobieństwo śmierci dziecka przed ukończeniem 5. roku życia określane w dniu urodzin na podstawie wskaźnika umieralności (liczba zgonów na 1000 żywych urodzeń) według wieku dla danego roku kalendarzowego.

3 Liczba matek, które nie przeżyły porodu, w porównaniu do liczby matek, które go przeżyły.

- Pomimo ogólnego spadku śmiertelności wśród matek w większości państw rozwijających się kobiety zamieszkujące obszary wiejskie wciąż są objęte trzy razy większym ryzykiem zgonu podczas porodu niż kobiety mieszkające w miastach.
- Tylko połowa kobiet w regionach rozwijających się jest objęta odpowiednią opieką zdrowotną.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie i ocena działań Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie ochrony zdrowia matek⁴ i dzieci, jak również próba odpowiedzi na pytanie badawcze, które brzmi: czy, oceniając działania Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie ochrony zdrowia matek i dzieci, można uznać, że ochrona ta spełnia kryteria globalnego dobra publicznego, którego dostawcą jest ONZ?

W pracy wykorzystano głównie metody badań niereaktywnych, tj. metodę analizy oficjalnych dokumentów i danych statystycznych, metodę analizy treści oraz metodę porównawczą. Zastosowana została analiza przypadku w celu zbadania roli Organizacji Narodów Zjednoczonych w globalnej ochronie zdrowia matek i dzieci.

W pierwszej części artykułu przedstawiona zostanie koncepcja globalnego dobra publicznego oraz miejsca ochrony zdrowia wśród globalnych dóbr publicznych. W drugiej części przeanalizowane zostaną dotychczasowe działania ONZ na rzecz poprawy zdrowotności matek i dzieci. Działania te zostaną również poddane ocenie pod kątem ich skuteczności oraz dalszych perspektyw realizacji. We wnioskach zostanie udzielona odpowiedź na zadane pytanie badawcze.

2. OCHRONA ZDROWIA WŚRÓD GLOBALNYCH DÓBR PUBLICZNYCH

Aby odróżnić dobro publiczne od prywatnego, stosuje się dwa kryteria rozróżniające te pojęcia. Pierwsze z nich dotyczy występowania bądź też braku elementu rywalizacji podczas konsumpcji dobra. W przypadku dóbr prywatnych mamy do czynienia z konsumpcją

4 Dotyczy to kobiet w ciąży, rodzących oraz w połogu.

rywalizacyjną, co oznacza, że konsumenci muszą rywalizować o dobra, których jest ograniczona ilość, np. poprzez zapłatę za te dobra. Konsumpcja dóbr publicznych ma z kolei charakter nierywalizacyjny, czyli konsumowanie dobra publicznego przez jedną osobę nie wyklucza konsumpcji przez pozostałe osoby, np. korzystanie z dostępu do wiedzy.

Drugie kryterium dotyczy możliwości wykluczenia z konsumpcji. W przypadku dóbr prywatnych elementem wykluczającym z konsumpcji jest chociażby wspomniana cena dobra. Konsumując dobra publiczne, nie ma możliwości prostego wykluczenia z niej niektórych osób bądź też wiąże się to z dodatkowymi kosztami. Przykładowo, ograniczenie dostępu do infrastruktury drogowej musiałoby się wiązać z wprowadzeniem jakiejś formy kontroli jej użytkowników, a to łączy się np. z koniecznością zatrudnienia w tym celu pracowników. Dobrem publicznym nazywamy zatem takie dobro, którego konsumpcja ma charakter nierywalizacyjny oraz nie ma możliwości wykluczenia z konsumpcji tego dobra (Stiglitz, 2013, s. 150-151).

Dobro publiczne, aby mogło zostać uznane za globalne, musi spełniać trzy warunki (Kaul, Grunberg i Stern, 1999, s. 10-11):

- Jego zasięg powinien obejmować więcej niż jedną grupę państw (np. grupa państw tworzących Unię Europejską), gdyż w przeciwnym wypadku jest to regionalne dobro publiczne.
- Musi docierać do różnych grup społecznych w ramach każdego z krajów (nie tylko do zamożnych, jak np. internet).
- Powinno zaspokajać potrzeby obecnych generacji, jednocześnie nie pogarszając sytuacji przyszłych pokoleń (jak np. degradacja środowiska).

Warto zauważyć, że globalne dobra publiczne w czystej⁵ formie powinny docierać do wszystkich krajów świata, wszystkich grup społecznych w tych krajach oraz spełniać potrzeby zarówno obecnych, jak i przyszłych pokoleń. W rzeczywistości trudno jest znaleźć przykład czystego globalnego dobra publicznego, spełniającego wszystkie te założenia. W praktyce, ze względów ekonomicznych, społecznych, a przede wszystkim politycznych, spotyka się jednak globalne dobra publiczne, które przynajmniej w pewnym stopniu spełniają zdefiniowane kryteria.

5 Spełniającej wszystkie zdefiniowane kryteria.

Wśród globalnych dóbr publicznych najczęściej wymienia się: środowisko naturalne oraz zasoby naturalne, bezpieczeństwo międzynarodowe, wiedzę, a także międzynarodową stabilizację ekonomiczną (Stiglitz, 2013, s. 887). Czy jednak można uznać, że ochrona zdrowia matek oraz dzieci również należy do globalnych dóbr publicznych?

Można zauważyć, że każde z wymienionych globalnych dóbr publicznych ma niemały wpływ na sytuację kobiet i dzieci. Po pierwsze, konflikty zbrojne, zarówno wewnętrzne, jak i międzynarodowe stanowią oczywiste zagrożenie dla życia i zdrowia całego społeczeństwa, a szczególnie dla najbardziej wrażliwych obywateli, jakimi są matki i dzieci. Konflikty prowadzą również do pogorszenia ogólnej sytuacji życiowej osób nimi dotkniętych, chociażby poprzez utrudniony dostęp do żywności, schronienia, usług medycznych czy edukacji.

Po drugie, dostęp do edukacji w danym społeczeństwie w dużej mierze determinuje szanse na lepszą jakość życia. W krajach rozwijających się mamy np. do czynienia z niskim poziomem wiedzy na temat ochrony zdrowia, w tym możliwości zapobiegania chorobom, niewystarczającą edukacją obywateli w zakresie planowania rodziny (dostęp oraz wiedza na temat stosowania środków kontroli urodzeń), jak również z całym szeregiem przekonań, tradycji oraz wzorców zachowań, które mają negatywny wpływ na zdrowie i życie kobiet oraz dzieci⁶.

Po trzecie, niski poziom rozwoju gospodarczego łączy się z brakiem wystarczającej infrastruktury medycznej, a w krajach najmniej zamożnych również często z brakiem dostępu do wody pitnej, sanitariatów oraz niedożywieniem. Niedobory te są najczęstszym powodem śmiertelności wśród matek i dzieci.

Po czwarte, degradacja i zanieczyszczenie środowiska, następujące w krajach najmniej zamożnych na skutek zbyt intensywnego wykorzystywania zasobów naturalnych i braku mechanizmów ochrony środowiska, prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa.

Ze względu na postęp komunikacyjny ludzkości i związaną z tym niespotykaną dotąd łatwość rozprzestrzeniania się chorób

6 Można tu np. wymienić dążenie do posiadania jak największej liczby potomstwa, które jest traktowane jako zabezpieczenie rodziców na przyszłość („emerytura” rodziców) oraz pomoc w gospodarstwie domowym. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w krajach Afryki Subsaharyjskiej („*five under five*” – dążenie do posiadania piątki dzieci poniżej 5. roku życia).

bez wątplenia możemy uznać, że zapobieganie oraz hamowanie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych należy do globalnych interesów społeczeństwa i w związku z tym wymaga dostarczenia usług ochrony zdrowia o ogólnoświatowym zakresie (Zacher, 1999). Choroby zakaźne z kolei najczęściej powiązane są z ubóstwem i niskiej jakości warunkami życia. Ich rozprzestrzenianie się jest związane z brakiem higieny (wynikającym na ogół z braku dostępu do wody odpowiedniej jakości, a także do sanitariatów), infekcjami oraz niedożywieniem i w największym stopniu dotyczy najsłabszych członków społeczeństwa, czyli kobiet i dzieci (Chen, Evans i Cash, 1999, s. 285).

Degradacja środowiska naturalnego, postępująca urbanizacja, niespotykana dotąd globalna mobilność osób powodują, że również pozostałe rodzaje chorób (niezakaźne oraz urazowe) stają się w coraz większym stopniu zagadnieniem globalnym. Na stan zdrowia ludzkości niemały wpływ mają także coraz intensywniejszy przepływ informacji oraz handel międzynarodowy, które powodują rozprzestrzenianie się behawioralnych zagrożeń dla zdrowia (Chen i in., 1999, s. 290). Choroby niezakaźne, mające swoje podłoże głównie w prowadzonym trybie życia, takie jak choroby układu krążenia, nadwaga oraz inne choroby związane z prowadzeniem siedzącego trybu życia, brakiem aktywności fizycznej oraz niezdrowym żywieniem, choroby związane z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu czy zażywaniem narkotyków rozprzestrzeniają się na świecie na skutek upowszechniania się pewnego stylu życia.

Podsumowując opisane procesy, można powiedzieć, że globalizacja problemów zdrowotnych ludzkości doprowadziła do konieczności stworzenia ogólnoświatowych rozwiązań w dziedzinie ochrony zdrowia.

3. DZIAŁANIA ORGANIZACJI NARODÓW ZJEDNOCZONYCH W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA MATKI I DZIECKA

Ostatnie dwa dziesięciolecia charakteryzują się spadkiem dynamiki zaludnienia świata, głównie na skutek spadku rozrodczości. W latach 80. średnioroczny przyrost ludności świata wynosił 1,73%,

a w 2016 r. zaledwie 1,13%. Występują jednak duże rozbieżności w tym zakresie pomiędzy regionami. I tak najszybszy przyrost liczby ludności występuje obecnie w Afryce (2,5%), a w pozostałych regionach wyniósł on: 1,42% w krajach Oceanii, 1,02% w krajach Ameryki Łacińskiej i Karaibów, 0,95% w Azji, 0,75% w Ameryce Północnej i tylko 0,05% w Europie (worldmeters, 2017, dostęp: 15.02.2017). O ile wzrost zaludnienia Afryki, Azji, Oceanii, Ameryki Łacińskiej oraz Karaibów następuje głównie na skutek wysokiej w tamtych regionach dzietności (wskaźnik dzietności⁷ odpowiednio: 4,71 – Afryka, 2,2 – Azja, 2,42 – Oceania, 2,15 – Ameryka Łac. i Karaiby), o tyle w Europie i Ameryce Północnej wzrost liczby ludności jest skutkiem migracji. Zarówno w Europie (1,6), jak i w Ameryce Północnej (1,86) występują wskaźniki dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń (2,1).

Tabela 1

Dynamika zaludnienia poszczególnych regionów świata

	Średnioroczny przyrost ludności (2016 r.)	Wskaźnik dzietności (2016 r.)	Udział w populacji ogółem (%)	
			1950 r.	2016 r.
Afryka	2,5%	4,71	9,1%	16,6%
Ameryka Łacińska i Karaiby	1,02%	2,15	6,7%	8,6%
Ameryka Północna	0,75%	1,86	6,8%	4,8%
Azja	0,95%	2,2	55,2%	59,6%
Europa	0,05%	1,6	21,7%	9,8%
Oceania	1,42%	2,42	0,5%	0,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (worldmeters, 2017, dostęp: 15.02.2017).

Ze względu na zróżnicowane tempo wzrostu liczby ludności poszczególnych regionów świata zachodzi również dynamiczna zmiana struktury zaludnienia według kontynentów. Porównując dane za rok 1950 oraz 2016, udział mieszkańców Europy w populacji ogółem spadł z 21,7% do zaledwie 9,8%, a Ameryki Północnej z 6,8% do 4,8%. Bez zmian pozostał udział mieszkańców Oceanii (0,5%), natomiast wzrost nastąpił w przypadku populacji Afryki (z 9,1% do 16,6%),

⁷ Liczba dzieci przypadających na kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat).

Azji (z 55,2% do 59,6%) oraz Ameryki Łacińskiej i Karaibów (z 6,7% do 8,6%) (worldmeters, 2017).

Organizacje międzynarodowe, takie jak ONZ czy Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przejmują na siebie częściowo odpowiedzialność za rozwiązywanie globalnych problemów związanych ze zdrowiem. Przykładem jest tu ochrona zdrowia matek i dzieci; jej poziom jest bardzo zaawansowany w krajach wysoko rozwiniętych, w których jednak, ze względu na zachodzące procesy demograficzne⁸, rodzi się coraz mniej dzieci, a niewystarczający tam, gdzie dzieci rodzi się dużo, czyli w krajach rozwijających się. Z tej przyczyny ONZ inicjuje szereg działań mających na celu niwelowanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej dla tych grup społecznych.

W dniach 6-8 września 2000 r. odbył się Szczyt Milenijny Organizacji Narodów Zjednoczonych mający na celu zdefiniowanie celów i roli ONZ w nowym tysiącleciu. W wyniku debat przywódców państw i szefów rządów podpisana została Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych, w której określonych zostało osiem Milenijnych Celów Rozwoju. Wszystkie kraje zadeklarowały realizację MCR do 2015 r.

Milenijne Cele Rozwoju dotyczyły przede wszystkim problemów skrajnego ubóstwa, wykluczenia społecznego, głodu, chorób oraz

8 Chodzi tutaj o procesy przejść demograficznych, dokonujące się w różnym czasie w poszczególnych krajach świata. Przejście demograficzne polega na przesunięciu się populacji z jednego stanu równowagi w drugi. Przed rozpoczęciem przejścia społeczeństwo charakteryzuje się jednoczesnym wysokim wskaźnikiem urodzeń i zgonów. Jest to stan typowy dla społeczeństwa tradycyjnego, znany również jako „rozrzutny” sposób reprodukcji. Proces przejścia demograficznego polega na postępującym spadku umieralności oraz postępującym za nim, w pewnym odstępie czasowym, spadku rozrodzności. Opóźnienie spadku rozrodzności, w stosunku do malejącej umieralności, skutkuje w tej fazie intensywnym wzrostem liczebności populacji. Zjawisko to nazywane jest eksplozją ludnościową. Po niej następuje tzw. implozja ludnościowa, którą charakteryzuje stopniowy słabnący przyrost liczby ludności, związany ze spadającym współczynnikiem urodzeń. Na ostatnim etapie przejścia mamy do czynienia z stabilizacją, polegającą na utrzymywaniu się niskiego współczynnika zarówno zgonów, jak i urodzeń. Teoria przejścia demograficznego jest od ponad 60 lat uważana za najważniejszą współczesną teorię ludnościową. Wśród badaczy, którzy przyczynili się do jej powstania, wymienić należy W. Thompsona (1929), A. Landry’ego (1934), a przede wszystkim F. Notesteina (1943, 1945), który uważany jest za głównego twórcę tego paradygmatu. W późniejszym okresie teorię przejścia demograficznego rozwijali m.in. A.J. Coale (1973, 1986) oraz J.C. Chesnais (1979, 1986).

braku odpowiedniego schronienia. Miały również za zadanie promowanie równości płci, dostępu do edukacji oraz ochronę środowiska naturalnego⁹. Do zagadnienia zdrowotności dzieci i matek odnoszą się cele 4 oraz 5 spośród Milenijnych Celów Rozwoju:

Cel 4: Zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci w wieku do 5 lat o dwie trzecie wartości z 1990 r.

Cel 5: Poprawa stanu zdrowia kobiet ciężarnych i położnic poprzez zmniejszenie o trzy czwarte wskaźnika umieralności porodowej matek z 1990 r.

W rezultacie prowadzonych działań w ramach celu 4 udało się osiągnąć (*The Millennium Development Goals Report*, 2015):

- spadek wskaźnika umieralności dzieci poniżej 5. roku życia w okresie 1990-2015 o ponad połowę, z 90 do 43 zgonów na 1000 żywych urodzeń;
- spadek liczby zgonów dzieci poniżej 5. roku życia z 12,7 mln w 1990 r. do 6 mln w 2015 r., pomimo ogólnego wzrostu liczby ludności na świecie;
- ponad trzykrotny wzrost globalnej stopy redukcji umieralności dzieci poniżej 5. roku życia od wczesnych lat 90.;
- ponad pięciokrotnie szybszą roczną stopę redukcji umieralności dzieci poniżej 5. roku życia w Afryce Subsaharyjskiej w latach 2005-2013 niż w latach 1990-1995;
- spadek o 67% przypadków zachorowań na odrę w latach 2000-2013;
- uniknięcie prawie 15,6 mln zgonów spowodowanych przez odrę dzięki szczepieniom w latach 2000-2013;

9 Milenijne Cele Rozwoju:

1. Zlikwidowanie skrajnego ubóstwa i głodu.
 2. Zapewnienie powszechnego nauczania na poziomie podstawowym.
 3. Wspieranie zrównoważenia w prawach mężczyzn i kobiet oraz wzmocnienie pozycji kobiet.
 4. Zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci.
 5. Poprawa stanu zdrowia kobiet ciężarnych i położnic.
 6. Zwalczenie AIDS, malarii i innych chorób.
 7. Zapewnienie stanu równowagi ekologicznej środowiska.
 8. Rozwijanie i wzmacnianie światowego partnerstwa w sprawach rozwoju.
- Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych (UN Millennium Declaration)

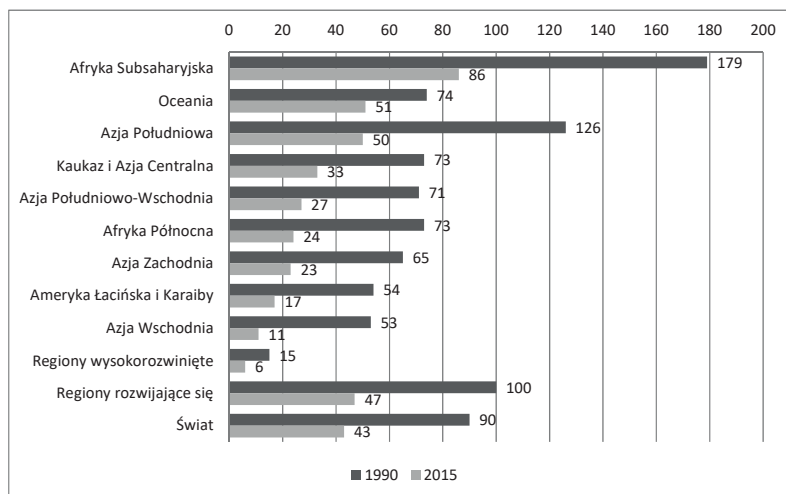
<http://www.unmillenniumproject.org/documents/ares552e.pdf>

- zaszczepienie do 2013 r. około 84% wszystkich dzieci na świecie przynajmniej jedną dawką szczepionki przeciw odrze.

W ramach realizacji celu 5 osiągnięto (*The Millennium Development Goals Report*, 2015):

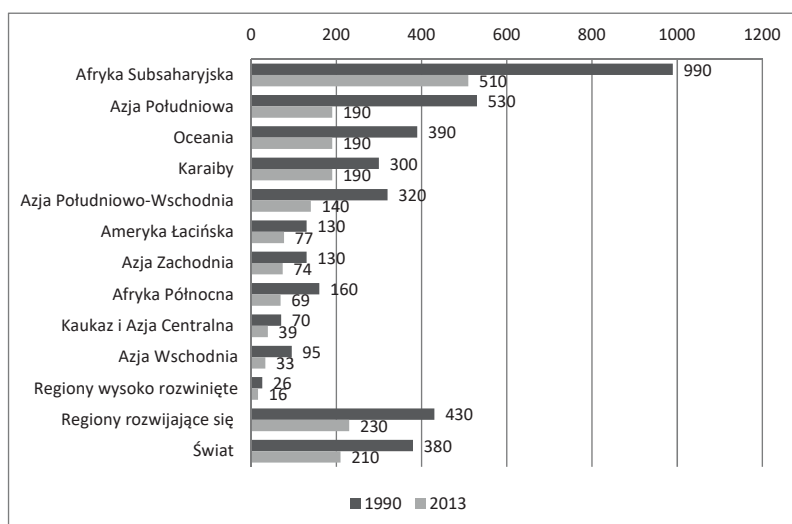
- globalny spadek umieralności okołoporodowej matek o 45% od 1990 r.;
- spadek umieralności okołoporodowej matek o 64% w Azji Południowej w latach 1990-2013 oraz o 49% w Afryce Subsaharyjskiej;
- globalny wzrost odsetka porodów odbywających się przy asyście wykwalifikowanego personelu medycznego do 71% (59% w 1990 r.);
- wzrost z 50% (w 1990 r.) do 89% (w 2014 r.) liczby kobiet w Afryce Północnej, które odbyły przynajmniej cztery przedporodowe wizyty lekarskie;
- globalny wzrost rozpowszechnienia antykoncepcji wśród kobiet w wieku od 15 do 49 lat, będących w związku małżeńskim lub innym związku, z 55% w 1990 r. do 64% w 2015 r.

Redukcję wskaźnika umieralności dzieci w wieku do 5 lat o przynajmniej dwie trzecie wartości z 1990 r. udało się osiągnąć w regionie Azji Wschodniej (spadek wskaźnika o 78%), Ameryce Łacińskiej i na Karaibach (69%), Afryce Północnej (67%) oraz w Azji Zachodniej (65%). Nieco gorsze wyniki zostały osiągnięte w Azji Południowej (spadek wskaźnika o 60%), Afryce Subsaharyjskiej (52%) oraz w regionie Oceanii (31%). Z kolei regiony wysoko rozwinięte osiągnęły spadek wskaźnika o 61%. Nadal największa umieralność dzieci do lat 5 występuje w Afryce Subsaharyjskiej (86 zgonów na 1000 żywych urodzeń) oraz w Azji Południowej (50 zgonów na 1000 żywych urodzeń) i tam też najbardziej konieczne są dalsze działania w tym zakresie. W krajach wysoko rozwiniętych (regiony Europy i Ameryki Północnej) wskaźnik umieralności dzieci do lat 5 udało się obniżyć do 6 zgonów na 1000 żywych urodzeń i prawdopodobnie trudno będzie w przyszłości jeszcze polepszyć ten wynik.



Wykres 1. Wskaźnik umieralności dzieci poniżej 5. roku życia (na 1000 żywych urodzeń).

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *The Millennium Development Goals Report, 2015*.



Wykres 2. Wskaźnik umieralności matek (na 100 tys. żywych urodzeń).

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *The Millennium Development Goals Report, 2015*.

Zmniejszenia o 75% wartości wskaźnika umieralności porodowej matek z 1990 r. nie udało się osiągnąć w żadnym regionie świata. Najlepszy wynik osiągnięty został w Azji Wschodniej (spadek o 65%), a następnie w Azji Południowej (64%), Afryce Północnej (57%), Oceanii (51%), Afryce Subsaharyjskiej (49%), w regionie Kaukazu i Azji Centralnej (44%), Azji Zachodniej (43%), Ameryki Łacińskiej (40%) oraz Karaibów (36%). Regiony wysoko rozwinięte osiągnęły spadek wskaźnika o 37%. Podobnie jak w przypadku celu 4 Milenijnych Celów Rozwoju, również w tym przypadku największe zmiany są nadal konieczne w regionach Afryki Subsaharyjskiej oraz Azji Południowej. Umiera tam wciąż odpowiednio 510 oraz 190 kobiet rodzących na 100 tys. żywych urodzeń. Wskaźnik ten w krajach rozwiniętych wynosi 16 na 100 tys. żywych urodzeń.

Realizacja Milenijnych Celów Rozwoju odbywała się poprzez zaangażowanie lokalnych, krajowych oraz międzynarodowych podmiotów. Na realizację MCR składały się tysiące inicjatyw i działań, od lokalnych przedsięwzięć po zakrojone na ogromną skalę akcje (np. przeprowadzenie akcji szczepień na odrę dla 33,5 mln dzieci w Bangladeszu na przestrzeni zaledwie 10 dni). Finansowanie realizacji Milenijnych Celów Rozwoju odbywało się za pomocą środków kierowanych z krajów wysoko rozwiniętych w ramach pomocy rozwojowej, jak również za pomocą środków własnych, pochodzących z budżetów państw.

Należy pamiętać, że Milenijne Cele Rozwoju stanowiły pewne wytyczne dla państw, które podpisały Deklarację Milenijną NZ i wszelkie działania podjęte w tych państwach (na szczeblu lokalnym czy też ogólnokrajowym, jak również przez różnego typu organizacje i instytucje, zarówno publiczne, jak i pozarządowe), przyczyniające się do osiągnięcia wyznaczonych celów, są zaliczane do elementów realizacji MDG. Nie jest w związku z tym możliwe dokonanie podziału na to, które efekty są bezpośrednim skutkiem polityki ONZ, a które są wynikiem działań podejmowanych przez inne podmioty, a zwłaszcza rządy państw narodowych oraz organizacji humanitarnych. Założenie to stanowi pewne ograniczenie w możliwości dokonania ewaluacji polityki ONZ w takiej formie, jak jest to przyjęte dla oceny polityk publicznych.

Drugim utrudnieniem w dokonaniu ewaluacji skuteczności polityki ONZ, realizowanej w ramach Milenijnych Celów Rozwoju, jest

mnożość działań przyczyniających się do ich realizacji. W procesie realizacji polityk publicznych powszechną strategią działania jest określanie celów polityki, instrumentów (działań) służących osiągnięciu tych celów, jak również wskaźników oceniających stopień realizacji celu. W przypadku Milenijnych Celów Rozwoju określone zostały cele oraz wskaźniki oceniające stopień ich osiągnięcia, natomiast działania przyczyniające się do ich realizacji stanowiły indywidualną inicjatywę państw biorących udział w realizacji MDG. W związku z tym brak jest statystyk dotyczących efektów poszczególnych działań, jak również nie jest możliwe dokonanie oceny, które z podjętych działań w najwyższym stopniu przyczyniły się do osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju, a których udział w osiągnięciu tych celów był nikły.

Podsumowując realizację Milenijnych Celów Rozwoju, można zauważyć duży postęp w rozwiązywaniu problemów globalnych, jednakże w przypadku celów 4 i 5 nie zostały osiągnięte wartości docelowe wskaźników.

Organizacja Narodów Zjednoczonych, zachęcona relatywnie dobrymi wynikami zakończonej w 2015 r. realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, postanowiła kontynuować oraz rozwijać działania rozpoczęte w 2000 r. poprzez ogłoszenie we wrześniu 2015 r. Agendy na rzecz Zrównoważonego Rozwoju. Agenda ta ma na celu wyeliminowanie do roku 2030 ubóstwa na świecie oraz budowę zrównoważonej przyszłości poprzez realizację 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju (*Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 2015).

W marcu 2016 r. zakończone zostało przez Międzyagendową i Ekspertką Grupę ds. Wskaźników Zrównoważonych Celów Rozwoju (*Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators*) opracowywanie wskaźników dla realizacji wspomnianych 17 celów¹⁰. Pośród Celów Zrównoważonego Rozwoju, podobnie jak to było w przypadku

10 Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ (<http://www.unic.un.org.pl/aktualnosci/swiat-i-cele-zrownowazonego-rozwoju/2886>):

Cel 1: Wyeliminować ubóstwo we wszystkich jego formach na całym świecie.

Cel 2: Wyeliminować głód, zapewnić bezpieczeństwo żywnościowe i lepsze odżywianie, promować zrównoważone rolnictwo.

Cel 3: Zapewnić wszystkim w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrostan.

Celów Milenijnych, znalazły się również zadania nawiązujące do zdrowia matek i dzieci. Brzmia one następująco (Oficjalna lista Wskaźników Zrównoważonych Celów Rozwoju, 2017):

Cel 3: Zapewnić wszystkim w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrostan:

Zadanie: 3.1: Do roku 2030 zmniejszyć globalny współczynnik umieralności matek poniżej 70 na 100 000 urodzeń żywych¹¹.

Zadanie: 3.2: Ograniczyć do 2013 r. umieralność noworodków oraz dzieci poniżej 5. roku życia we wszystkich krajach przynajmniej do poziomu 12 na 1000 żywych urodzeń, w przypadku wskaźnika umieralności noworodków, oraz 25 na 1000 żywych urodzeń, w przypadku wskaźnika umieralności dzieci poniżej 5. roku życia¹².

Cel 4: Zapewnić wszystkim inkluzywną i wysokiej jakości edukację oraz promować uczenie się przez całe życie.

Cel 5: Osiągnąć równość płci i wzmocnić pozycję wszystkich kobiet i dziewcząt.

Cel 6: Zapewnić wszystkim ludziom dostęp do wody i warunków sanitarnych.

Cel 7: Zapewnić wszystkim dostęp do stabilnej, zrównoważonej i nowoczesnej energii po przystępnej cenie.

Cel 8: Promować inkluzywny i zrównoważony wzrost gospodarczy, zatrudnienie i godną pracę dla wszystkich ludzi.

Cel 9: Budować odporną infrastrukturę, promować zrównoważone uprzemysłowienie oraz wspierać innowacyjność.

Cel 10: Zmniejszyć nierówności w obrębie państw i między państwami.

Cel 11: Stworzyć inkluzywne, bezpieczne, odporne i zrównoważone miasta.

Cel 12: Stworzyć wzorce zrównoważonej konsumpcji i produkcji.

Cel 13: Podjąć pilne działania zwalczające zmiany klimatyczne i ich skutki.

Cel 14: Chronić morza i oceany oraz wykorzystywać ich zasoby w zrównoważony sposób.

Cel 15: Zarządzać lasami w sposób zrównoważony, zwalczając pustynnienie, zatrzymać i odwrócić proces degradacji gleby, powstrzymać utratę bioróżnorodności.

Cel 16: Promować pokojowe i inkluzywne społeczeństwa.

Cel 17: Wzmocnić sposoby implementacji Celów i odnowić światowe partnerstwo na rzecz zrównoważonego rozwoju.

11 Wskaźniki wykorzystane do oceny realizacji zadania:

3.1.1. Wskaźnik umieralności okołoporodowej matek.

3.1.2. Odsetek porodów z udziałem wykwalifikowanego personelu medycznego.

12 Wskaźniki wykorzystane do oceny realizacji zadania:

3.2.1. Wskaźnik umieralności dzieci poniżej 5. roku życia.

3.2.2. Wskaźnik umieralności noworodków.

Zadanie 3.7: Do 2030 r. zapewnić powszechny dostęp do służby zdrowia w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym w zakresie planowania rodziny, informacji i edukacji oraz integracji zdrowia reprodukcyjnego w krajowych strategiach i programach¹³.
Zadanie 3.8: Zapewnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, dostępu do wysokiej jakości podstawowych usług opieki zdrowotnej oraz dostępu do wysokiej jakości, bezpiecznych, skutecznych i niedrogich podstawowych leków i szczepionek dla wszystkich¹⁴.

Oprócz globalnych wskaźników mierzących stopień osiągnięcia celu poszczególne kraje mają możliwość opracowania własnych wskaźników na poziomie regionalnym i krajowym. Realizacja Celów Zrównoważonego Rozwoju będzie monitorowana w corocznych raportach ONZ.

4. WNIOSKI

Podsumowując przedstawioną analizę, można twierdząco odpowiedzieć na zadane pytanie badawcze. Narody Zjednoczone dostarczają globalne dobro publiczne, jakim jest zapewnianie ochrony zdrowia matek i dzieci. Działania w tym zakresie spełniają założenia przyjętej w analizie definicji globalnych dóbr publicznych, to znaczy:

1. Docierają do wielu grup państw – Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ mają zasięg globalny, a szczególnie adresowane są do krajów rozwijających się.

13 Wskaźniki wykorzystane do oceny realizacji zadania:

3.7.1. Odsetek kobiet w wieku produkcyjnym (15-49 lat), które wykorzystują nowoczesne metody planowania rodziny zgodnie ze swoimi potrzebami.

3.7.2. Wskaźnik urodzeń na 1000 kobiet w grupie wiekowej 10-14 lat oraz 15-19 lat.

14 Wskaźnik wykorzystany do oceny realizacji zadania:

3.8.1. Dostępność podstawowych usług opieki zdrowotnej (zdefiniowanych jako przeciętna dostępność do podstawowych usług opieki zdrowotnej, w oparciu o interwencje medyczne w zakresie reprodukcji, macierzyństwa, zdrowia noworodków i dzieci, chorób zakaźnych, chorób niezakaźnych, dostępność i wydajność systemu opieki zdrowotnej wśród populacji ogółem oraz wśród grup najmniej uprzywilejowanych).

2. Działania realizowane w ramach Celów Zrównoważonego Rozwoju z założenia docierają do wszystkich grup społecznych, szczególnie do tych najmniej uprzywilejowanych.
3. Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ zaspokajają potrzeby obecnych generacji, jednocześnie nie pogarszając sytuacji przyszłych pokoleń, co jest zgodne z definicją zrównoważonego rozwoju¹⁵.

Jednocześnie zasadne jest pytanie o skuteczność działań ONZ w tym zakresie. Jak pokazano w analizie, dotychczasowe działania ONZ, mające na celu zapewnienie lepszej opieki zdrowotnej dla matek i dzieci, były realizowane w ramach Milenijnych Celów Rozwoju. Cele te były realizowane z dużą skutecznością, jednak założone wskaźniki nie zostały w całości osiągnięte. Dalsze działania ONZ odbywają się w ramach realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju, które dopiero wkraczają w fazę realizacji i nie można na tym etapie ocenić ich skuteczności. Warto jednak zauważyć, że Cele Zrównoważonego Rozwoju są zdecydowanie bardziej rozbudowane niż Milenijne Cele Rozwoju¹⁶ i stawiają wyższe wymagania, pomimo takiego samego horyzontu czasowego¹⁷. Do oceny realizacji Celów Zrównoważonego Rozwoju określono 230 wskaźników, które mają mierzyć stopień realizacji 169 zadań, a dodatkowo poszczególne kraje również mogą wyznaczać swoje wskaźniki. Tak duża liczba wskaźników umożliwia bardziej szczegółową ocenę postępów, natomiast nie wszystkie wskaźniki są jasno i jednoznacznie sformułowane¹⁸. Również kwestie środków finansowych na realizację Celów

15 Według pierwotnej definicji zrównoważonego rozwoju, zaproponowanej w raporcie Światowej Komisji G.H. Brundtland do spraw Środowiska i Rozwoju pt. *Our Common Future* w 1987 r.: „zrównoważony rozwój to proces przemian, który zapewnia zaspokajanie potrzeb obecnego pokolenia bez umniejszania szans rozwojowych przyszłych generacji”.

16 Milenijne Cele Rozwoju składały się z 8 celów, w ramach których realizowano 21 zadań, natomiast Cele Zrównoważonego Rozwoju składają się z 17 celów, w ramach których zdefiniowano 169 zadań.

17 W obu przypadkach realizacja celów przewidziana jest na 15 lat (2000-2015 dla MCR oraz 2015-2030 dla CZR).

18 Chociażby wspomniany wcześniej wskaźnik 3.7.1 odnoszący się do korzystania z nowoczesnych metod planowania rodziny „zgodnie ze swoimi potrzebami”.

Zrównoważonego Rozwoju pozostawiają pewne wątpliwości. Cel 17 CZR zakłada jedynie, że kraje wysoko rozwinięte powinny przeznaczać 0,7% dochodu narodowego brutto na oficjalną pomoc rozwojową oraz że należy pozyskać z wielu źródeł dodatkowe środki finansowe dla krajów rozwijających się (Oficjalna Lista Wskaźników Zrównoważonych Celów Rozwoju, 2017). Argumenty te mogą podawać w wątpliwość możliwość skutecznej realizacji zamierzonych celów, jednak rzetelna ocena w tym zakresie będzie możliwa dopiero po kilku latach realizacji strategii, kiedy widoczne będą pierwsze jej efekty.

BIBLIOGRAFIA

- Chen, L.C., Evans, T.G. i Cash, R.A. (1999). *Health as a Global Public Good*. W: I. Kaul, I. Grunberg, M. Stern, *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York – Oxford: Oxford University Press.
- Chesnais, J.C. (1979). *L'effet multiplicatif de la transition démographique*. *Population: French Edition*, 6.
- Chesnais, J.C. (1986). *La transition démographique. Étapes, formes. Implications économiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Coale, A.J. (1973). *The demographic transition reconsidered*. W: *International Population Conference*, t.1. Liège: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, A.J. (1986). *Population trends and economic development*. W: J. Menken (red.), *World Population and U.S. Policy: the Choices Ahead*. New York: Norton.
- Kaul, I., Grunberg, I. i Stern, M. (1999). *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York – Oxford: Oxford University Press.
- Landry, A. (1934). *La Révolution Démographique*. Paris: Sirey.
- Latoszek, E., Proczek, M. i Krukowska, M. (red.). (2016). *Zrównoważony rozwój a globalne dobra publiczne w teorii i praktyce organizacji międzynarodowych*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Maternal and reproductive health*, World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data. Pozyskano z: http://www.who.int/gho/maternal_health/en/.
- Notestein, F. (1943). *Some implications of population change for post-war Europe*. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 2.
- Notestein, F. (1945). *Population-the long view*. W: T. Schultz (red.), *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press.

- Oficjalna Lista Wskaźników Zrównoważonych Celów Rozwoju. Pozyskano z: <http://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> (dostęp: 10.02.2017).
- Osiński, J. (red.). (2014). *Polityka publiczna we współczesnym państwie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Raport Światowej Komisji G.H. Brundtland do Spraw Środowiska i Rozwoju. (1987). *Our Common Future*, New York.
- Stiglitz, J.E. (2013). *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Thompson, W. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, t. 34.
- United Nations. (2000). *Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych (UN Millennium Declaration)*. Pozyskano z: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/ares552e.pdf>.
- United Nations. (2015). *The Millennium Development Goals Report*. New York.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York.
- UNIC, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie. Pozyskano z: <http://www.unic.un.org.pl/aktualnosci/swiat-i-cele-zrownowazonego-rozwoju/2886> (dostęp: 11.02.2017).
- World Health Organization. (2016). *Children: reducing mortality*. Fact sheet, September. Pozyskano z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.
- World Health Organization, Global Health Observatory (GHO), *Child mortality and causes of death*. Pozyskano z: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/.
- www.worldometers.info/world-population/population-by-region (dostęp: 12.02.2017).
- Zacher, M.W. (1999). Global Epidemiological Surveillance. International Cooperation to Monitor Infectious Diseases. W: I. Kaul, I. Grunberg i M. Stern, *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York – Oxford: Oxford University Press.

Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>