

Marta Gębska

Polityka w zakresie ochrony zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych w działaniu globalnych organizacji międzynarodowych na przykładzie Banku Światowego

Wprowadzenie

Bank Światowy, globalna instytucja finansowa powołana do życia w 1944 roku, a także jedna z agend Organizacji Narodów Zjednoczonych, ma na celu udzielanie pomocy państwom będącym na niskim i średnim poziomie rozwoju społecznego i gospodarczego. Pomoc jest udzielana w formie nie tylko pożyczek i grantów czy tworzenia strategii i planów działania, ale również ważnej pomocy technicznej i doradczej.

Z perspektywy czasu Bank w skali globalnej przekazał największą ilość środków na takie cele, jak¹:

- gospodarka, a w niej: rolnictwo, energetyka, przemysł i transport;
- cele społeczne: edukacja, zdrowie, wyżywienie i kwestie populacyjne oraz zaopatrzenie w wodę;
- zarządzanie i organizacja, a w nich: zarządzanie sektorem publicznym, rozwój instytucji finansowych.

Bank Światowy rozpoczął finansowanie celów społecznych dopiero w połowie lat 60. XX wieku, kiedy to załagodzono najpilniejsze problemy związane z odbudową gospodarek i infrastruktury po II wojnie światowej. Jednak wówczas Bank przekazywał na te cele niewielki

odsetek środków. Poważnie instytucja ta zaangażowała się w finansowanie celów społecznych w latach 90. XX wieku, tworząc jednocześnie plany strategiczne i inwestycyjne w tym zakresie.

U progu nowego tysiąclecia Bank Światowy we współpracy z innymi agendami ONZ stworzył osiem Milenijnych Celów Rozwoju (MDG, *Millennium Development Goals*), których realizacja stała się priorytetem organizacji należących do Grupy Banku Światowego². Wszystkie cele związane są głównie z rozwojem społecznym, a ich realizacja ma się przyczynić do wzrostu gospodarek. Cele milenijne uściśliły kierunki działania i finansowania. Spośród MDG aż pięć jest bezpośrednio związanych z polityką zdrowotną, wyżywieniem oraz kwestiami populacyjnymi. Są one następujące³:

CEL 1. Ograniczenie skrajnego ubóstwa i głodu.

CEL 4. Ograniczenie o 2/3 śmiertelności niemowląt i dzieci do piątego roku życia.

CEL 5. Poprawa zdrowia kobiet, a w szczególności matek — ograniczenie wskaźnika śmiertelności o 3/4 do 2015 roku.

CEL 6. Walka z HIV/AIDS, malarią i innymi chorobami.

CEL 7. Zapewnienie trwałości środowiska, w tym zmniejszenie o połowę liczby ludności bez dostępu do czystej wody pitnej do roku 2015.

Głównym problemem badawczym podjętym w niniejszej pracy jest określenie celów i stopnia realizacji strategii Banku Światowego w zakresie zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych, zakresu finansowania oraz współpracy z innymi instytucjami globalnymi i regionalnymi.

Strategia Banku Światowego w zakresie zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych

Najnowsza globalna strategia Banku Światowego w zakresie zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych (HNP, *Health, Nutrition & Population*⁴) powstała w 2007 roku. W czerwcu 2006 roku plan strategii został przedstawiony Komitetowi ds. Rozwoju Efektywności (CODE, *Committee on Development Effectiveness*) funkcjonującemu w Banku. Plan przedstawiono do konsultacji partnerom globalnym, ekspertom Banku oraz kadrze zarządzającej, w wyniku czego ustalono tzw. kierunki strategiczne. Drugi etap prac polegał na dyskusjach i uzgadnianiu szczegółów w ramach konsultacji między CODE a globalnymi partnerami i poszczególnymi państwami ze wszystkich regionów świata. W sumie w przygotowaniu strategii najbardziej aktywnie uczestniczyło: 9 państw-beneficjentów, 65 globalnych partnerów, w tym dwustronne i multilateralne organizacje oraz organizacje społeczeństwa obywatelskiego, oraz 160 osób — kadry zarządzającej i ekspertów ds. zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych Banku⁵.

Strategia HNP nadaje kierunek działania, pozostawiając szczegóły techniczne do ustalenia państwom członkowskim ze względu na zróżnicowane możliwości wdrażania i specyfikę problemów wynikających z odmiennej sytuacji społecznej, politycznej, kulturowej czy religijnej w kraju. Co więcej, strategia nie rekomenduje konkretnych reform ani zaleceń

do realizacji w państwach, nawet najbiedniejszych, przeżywających trudności społeczne czy po konfliktach. Strategia kładzie nacisk raczej na wyzwania i możliwości zaangażowania Banku i jego globalnych partnerów w celu udzielenia pomocy pożyczkowej i niefinansowej państwom potrzebującym.

Podstawą określenia wyzwań Strategii HNP były następujące dokumenty⁶: analizy w zakresie finansowania sektora zdrowia i polityki żywnościowej, globalny program działań Banku Światowego w zakresie HIV/AIDS z 2006 roku (*Bank Global Program Action Plan for HIV/AIDS*) oraz nowe ustalenia w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcji z 2006 roku.

Strategiczne cele, mające poprawić warunki życia i zdrowia najbiedniejszych i niedostosowanych grup ludności, są następujące⁷:

1. poprawa dostarczania usług dla najbiedniejszych w zakresie HNP w celu polepszenia jakości ich życia przez globalne i krajowe instytucje;
2. zapobieganie ubóstwu w wyniku choroby poprzez udostępnianie pomocy finansowej;
3. poprawa stabilności i trwałości finansowania sektora HNP, zapewnienie jego stabilnej pozycji w polityce makroekonomicznej i fiskalnej, a tym samym poprawa konkurencyjności całego państwa;
4. poprawa zarządzania, sposobów rozliczania i transparentności.

Aby powyższe cele mogły być zrealizowane na poziomie państw, Bank Światowy wyznaczył pięć głównych kierunków działania na lata 2007–2017. Są one następujące⁸:

1. silne nastawienie na wyniki działania (nie tylko koncepcje) w zakresie HNP;
2. zwiększenie udziału Banku w wysiłkach państw na rzecz wzmocnienia i organizacji efektywnych i stabilnych systemów zdrowia;
3. zapewnienie synergii między wzmacnianiem systemu zdrowia a interwencjami

na rzecz ograniczania chorób, szczególnie w państwach o niskim dochodzie;

4. wzmocnienie możliwości aktywności Banku w zakresie doradztwa państwom w celu poprawy wyników działania między sektorami należącymi do HNP;

5. poprawa umiejętności wyboru rodzajów zaangażowania i możliwości osiągnięcia porozumienia przez globalnych partnerów w zakresie podziału zadań w państwach.

Ewolucja finansowania sektora zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych przez Bank Światowy

Bank Światowy rozpoczął finansowanie sektora HNP w 1970 roku i od tego czasu nieprzerwanie udziela pożyczek. Widoczny jest wzrost poziomu przekazywania fundu-

szy, jednak wielkość środków w poszczególnych latach znacznie się wahała. W latach 1970–1979 pożyczki Banku na cele HNP stanowiły od 0,01% do 1,14% wyasygnowanych środków. Patrząc z perspektywy, można stwierdzić, że środki te były niewielkie, jednak należy podkreślić, że kwestie społeczne nie były wówczas znaczącym obszarem zainteresowania Banku. Również państwa członkowskie zgłaszały wtedy zapotrzebowanie na cele takie, jak inwestycje infrastrukturalne czy modernizacja gospodarek, stąd pomijanie HNP w projektach finansowanych przez Bank. W latach 1980–1989 nastąpił niewielki wzrost finansowania celów HNP, które objęły od 0,11% do 2,58% nowo zatwierdzanych pożyczek. Ten niewielki wzrost środków wynikał z zaspokojenia najpilniejszych potrzeb gospodarczych po II wojnie światowej oraz ze zrozumienia potrzeby większych inwestycji w kapitał ludzki.

Tabela 1. Wydatki Banku Światowego na sektor zdrowia, wyżywienia i kwestie populacyjne (HNP) w latach fiskalnych 1970–2013 (mln USD)

Rok fiskalny	Nowe pożyczki na sektor zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych (mln USD)	Nowe pożyczki — wszystkie sektory (mln USD)	HNP jako proc. nowych pożyczek Banku Światowego
1970	2	2187	0,09%
1971	8	2505	0,32%
1972	13	2966	0,40%
1973	17	3369	0,50%
1974	17	4314	0,39%
1975	40	5887	0,68%
1976	26	6632	0,39%
1977	43	7050	0,61%
1978	58	8411	0,69%
1979	114	10 011	1,14%
1980	143	11 514	1,24%
1981	13	12 291	0,11%
1982	36	13 016	0,28%

1983	118	14 477	0,82%
1984	243	15 522	1,57%
1985	191	14 384	1,33%
1986	420	16 399	2,56%
1987	54	17 674	0,31%
1988	335	19 221	1,74%
1989	551	21 367	2,58%
1990	777	20 702	3,75%
1991	1 008	22 686	4,44%
1992	1 025	21 706	4,72%
1993	1 458	23 696	6,15%
1994	1 037	20 836	4,98%
1995	1 267	22 522	5,63%
1996	2 354	21 352	11,02%
1997	945	19 147	4,94%
1998	2 287	28 667	7,98%
1999	1 418	29 148	4,86%
2000	947	15 276	6,20%
2001	1 170	17 251	6,78%
2002	1 375	19 519	7,04%
2003	1 676	18 513	9,05%
2004	1 683	20 080	8,38%
2005	1 264	22 307	5,67%
2006	1 256	23 641	5,31%
2007	1 828	24 696	7,40%
2008	948	24 702	3,84%
2009	2 866	46 906	6,11%
2010	4 246	58 747	7,23%
2011	2 895	43 006	6,73%
2012	1 915	35 335	5,42%
2013	2 342	31 550	7,42%
Razem	42 429	841 188	5,04%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Data-Health*, <http://data.worldbank.org/topic/health> (dostęp: 24.09.2013) oraz *Annual Report 2012*, The World Bank, Washington 2012, s. 22–23.

W latach 1990–1999 nastąpił wreszcie bardziej znaczący wzrost finansowania sektora HNP, na który przekazywano od 3,75% (777 mln) do 11,02% (2354 mln USD w 1996 roku) średnio 5,85% pożyczek Banku w tym czasie. W kolejnej dekadzie miał miejsce dalszy wzrost działalności pożyczkowej na cele HNP, na które przekazano od 3,84% (948 mln USD) do 9,05% (1683 mln USD), a więc średnio 7,19% środków pożyczkowych Banku. W latach 2000–2009 silnie zwiększył się również kapitał Banku: z ponad 15 mld USD do prawie 47 mld USD, stąd możliwość zwiększenia wydatków na cele społeczne.

Tak intensywny wzrost był wywołany zrozumieniem przez państwa konieczności poprawy stanu zdrowia i wyżywienia obywateli, a szczególnie konieczności łagodzenia skutków zachorowań na HIV/AIDS i przeciwdziałania nowym zakażeniom. Poskutkowało

to częstszym włączaniem projektów z zakresu HNP do Strategii Pomocy dla Kraju (CAS, *Country Assistance Strategy*)⁹.

Po 2010 roku ustabilizowała się kwota pożyczek na sektor HNP na poziomie około 6% wydatków Banku, a wartość pożyczek wahała się w tym czasie od 1 mld 915 mln USD w 2012 do 4 mld 246 mln USD w 2010 roku. Był to właśnie rok z największą kwotą przekazaną przez Bank na zdrowie i inne usługi społeczne. W ten oto sposób sektor HNP na stałe wszedł do obszaru działania Banku w ramach projektów poświęconych całkowicie temu celowi, jak i wspólnie z innymi zagadnieniami społecznymi.

Od 1970 do końca roku fiskalnego 2013 Bank przekazał na sektor zdrowia, wyżywienia i kwestii populacyjnych 42 mld 429 mln USD, co stanowi 5% wydatków Banku Światowego w tym czasie.

Tabela 2. Wydatki Banku Światowego na sektor HNP w latach fiskalnych 1970–2013 (mln USD)*

Rok fiskalny	Region						razem rocznie
	Afryka	Azja Wschodnia i Pacyfik	Azja Południowa	Europa i Azja Centralna	Bliski Wschód i Afryka Północna	Ameryka Łacińska i Karaiby	
1970	-	-	-	-	-	2	2
1971	-	-	-	-	5	3	8
1972	-	13	-	-	-	-	13
1973	-	-	-	-	17	-	17
1974	12	-	-	-	5	-	17
1975	-	25	15	-	-	-	40
1976	-	-	-	-	-	26	26
1977	-	38	-	-	-	5	43
1978	-	33	-	-	-	25	58
1979	-	57	32	-	25	-	114
1980	-	65	78	-	-	-	143
1981	-	-	-	-	13	-	13
1982	23	-	-	-	-	13	36
1983	22	27	18	-	18	34	118
1984	31	85	70	-	-	58	243

1985	64	85	-	-	42	-	191
1986	81	113	129	-	-	96	420
1987	31	-	-	-	13	10	54
1988	122	-	105	-	-	109	335
1989	82	166	125	75	5	99	551
1990	166	-	183	-	120	308	777
1991	174	115	326	-	66	328	1008
1992	148	133	365	273	51	55	1025
1993	101	213	473	248	182	241	1458
1994	203	191	348	-	4	291	1037
1995	239	248	232	195	32	321	1267
1996	201	266	358	411	90	1029	2354
1997	88	49	532	107	8	163	945
1998	209	137	763	31	146	1002	2287
1999	178	250	313	143	104	430	1418
2000	133	68	308	151	101	185	947
2001	334	100	122	29	5	580	1170
2002	415	193	78	67	40	582	1375
2003	426	133	220	297	23	577	1676
2004	264	21	227	143	14	1016	1683
2005	338	89	374	250	0	213	1264
2006	518	201	127	191	-	220	1256
2007	264	38	808	135	0	583	1828
2008	300	166	76	148	4	253	948
2009	619	117	650	521	7	953	2866
2010	535	284	306	551	100	2469	4246
2011	440	137	544	341	35	1398	2895
2012	436	150	166	746	41	376	1915
2013	498	384	785	159	22	494	2342
Razem	7694	4390	9252	5211	1336	14 543	42 426
% pożyczek	18,14%	10,35%	21,81%	12,28%	3,15%	34,28%	100%

* Suma wartości poszczególnych kolumn i wierszy może się różnić o < 1 ze względu na zaokrąglenie wartości.

Źródło: na podstawie *Data-Health...*

Wielkość wydatków na poszczególne subsektory HNP jest odpowiedzią na bieżące problemy i znacznie się waha. W latach 1990–2013 Bank przekazał największą ilość środków ogólnie na sektor zdrowia (ponad 44% wydatków w tym czasie), a więc na jego reformy, przygotowanie kwestii prawnych i administracji do efektywnego działania. Na drugim miejscu, jednak ze znacznie mniejszą ilością środków, znalazło się zdrowie dzieci (11,85% wydatków), które ma być podstawą zdrowego życia, edukacji, pracy, a także budowania gospodarki kraju w przyszłości. Zaraz za zdrowiem dzieci znalazły się wydatki na kwestie populacyjne i reprodukcyjne (10,57%), w tym związane z ochroną zdrowia kobiet, szczególnie matek i kobiet w ciąży. Nieco mniejszą ilość środków otrzymały subsektory związane z przeciwdziałaniem HIV/AIDS (7,32% wydatków) oraz żywnością i bezpieczeństwem żywnościowym (7%). Najmniejszą ilość środków przekazano na zwalczanie malarii (2,5%) i gruźlicy (1,97%), gdyż w ostatnich latach choroby te udało się znacznie ograniczyć.

Biorąc pod uwagę regiony, należy stwierdzić, że w latach 1990–2013 aż 30,35% funduszy otrzymała Ameryka Łacińska i Karaiby (11 mld 842 mln), a środki przeznaczono głównie na reformę sektora zdrowia, zdrowie dzieci oraz kwestie populacyjne i reprodukcyjne. Tak wysoki poziom finansowania regionu wynika z nadal poważnych problemów w zakresie zdrowia, dużej liczby ludności, obawy Stanów Zjednoczonych (mających największą liczbę głosów w procesie podejmowania decyzji) przed napływem zbyt dużej liczby migrantów, ale także z coraz silniejszych gospodarek krajów, dających nadzieję na spłatę zobowiązań w terminie oraz otwarcia rządów na kolejne pożyczki. Aż 22,23% funduszy otrzymał region Azji Południowej, przeznaczając je, podobnie jak poprzedni region, na reformę sektora, zdrowie dzieci oraz kwestie populacyjne i reprodukcyjne.

Na trzecim miejscu wśród pożyczkobiorców znalazł się region Afryki Subsaharyjskiej z 20,97% pożyczek Banku na cele sektora HNP. Największą ilość środków przeznaczono na reformę systemu, a także na zapobieganie i zwalczanie HIV/AIDS. Właśnie Afryce przekazano prawie 52% wydatków Banku Światowego na cały subsektor HIV/AIDS. W porównaniu z innymi regionami znaczną ilość środków otrzymał subsektor żywienia i bezpieczeństwa żywnościowego oraz walki z malarią.

Czwartym pożyczkobiorcą jest Europa i Azja Centralna z łączną kwotą 5 mld 403 mln USD, co stanowi 13,85% pożyczek Banku na sektor HNP. Fundusze zostały przekazane w 76% na reformę sektora. Niewielką ilość środków w porównaniu z liczbą mieszkańców otrzymał region Azji Wschodniej i Pacyfiku — zaledwie 9,25% wydatków Banku na sektor HNP. Wśród wydatków dominowała reforma sektora zdrowia oraz kwestie związane ogólnie z rozwojem ludzkim.

Ostatnim z pożyczkobiorców okazał się Bliski Wschód i Afryka Północna (3,35% pożyczek). Jest to skutek niechętnego zapożyczania się regionu, m.in. ze względu na czynniki kulturowe i cywilizacyjne, ale także ze względu na zdecydowanie mniejszą liczbę ludności w regionie i mniejsze trudności w zakresie zdrowia w wysoko rozwiniętych krajach, takich jak Arabia Saudyjska czy Zjednoczone Emiraty Arabskie.

Wart podkreślenia jest fakt, iż podobnie jak w wypadku innych sektorów, w których finansowanie angażuje się Bank Światowy, państwa zgłaszają potrzeby odnośnie do projektów i wysokości funduszy, a Bank rozpatruje je pod względem możliwości finansowych, organizacyjnych, przygotowania projektów i jednostek wdrażających, stopnia rozpoznania problemów, a następnie po długotrwałych, często kilkuletnich przygotowaniach może udzielić pożyczki

Tabela 3. Wydatki Banku Światowego na sektor HNP według subsektora i regionu w latach fiskalnych 1990–2013 (mln USD)*

Subsektor	Region							Razem	%
	Afryka Subsaharyjska	Azja Wschodnia i Pacyfik	Europa i Azja Centralna	Ameryka Łacińska i Karaiby	Bliski Wschód i Afryka Północna	Azja Południowa			
Zdrowie dzieci	1000	405	96	1253	148	1722	4624	11,85%	
Wyżywienie i bezpieczeństwo żywnościowe	940	214	11	792	77	703	2737	7,01%	
Kwestie populacyjne i reprodukcyjne	1048	381	278	1034	151	1232	4124	10,57%	
Malaria	630	32	0	0	7	309	978	2,50%	
HIV/AIDS	1472	101	109	404	9	760	2855	7,32%	
Gruźlica	163	136	122	77	22	247	767	1,97%	
Rzadkie choroby	105	254	456	480	35	876	2206	5,65%	
Rozwój ludzki — inne kwestie	340	673	93	427	233	282	2048	5,25%	
Sektor zdrowia	2282	1287	4117	6676	592	2286	17 240	44,18%	
Inne choroby	199	126	120	700	35	258	1438	3,69%	
Razem	8181	3609	5403	11 842	1309	8676	39 020	100%	
%	20,97%	9,25%	13,85%	30,35%	3,35%	22,23%	100%	100%	

* Suma wartości poszczególnych kolumn i wierszy może się różnić ze względu na zaokrąglenie wartości.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Data-Health...*

na uzgodniony cel. Bank może zalecić państwu poziom i kierunek przekazania pożyczki, nie może jednak zmusić kraju do przeznaczenia funduszy na sektor, w który samo państwo nie chce inwestować.

Dlatego też udzielone pożyczki są skutkiem polityki uzgodnionej między krajem a Bankiem w ramach CAS, a nie rezultatem życzeń czy zaleceń jednego z podmiotów.

Współpraca z innymi organizacjami międzynarodowymi

Z najnowszego raportu Banku Światowego na temat polityki zdrowotnej wynika, iż w skali globalnej wielkość oficjalnej pomocy finansowej dla sektora zdrowia zwiększyła się z około 7 mld USD do prawie 14 mld USD w 2005 roku. Ważna jest tutaj nie tylko kwestia podwojenia się wielkości przekazywanych środków, ale też zaangażowanie wielu donatorów, zarówno publicznych, jak i prywatnych, działających regionalnie, ale również w skali globalnej. Można zatem powiedzieć, że Bank stworzył platformę multilateralnej współpracy, w której ONZ utrzymuje stabilny poziom finansowania, jednocześnie aktywizując inne podmioty¹⁰. Bank regularnie współdziała z takimi podmiotami, jak:

- 19 globalnych inicjatyw w sektorze HNP (np. Partnerstwo na rzecz Zapobiegania Gruźlicy — Stop TB, Międzynarodowa Inicjatywa na rzecz Szczepień przeciw AIDS — IAVI);
- 15 globalnych programów bez udzielania wsparcia finansowego (np. Globalny Sojusz na rzecz poprawy Wyżywienia — GAIN, Międzynarodowa Inicjatywa Finansowa na rzecz Immunizacji — IFFIm);
- 12 globalnych partnerów (np. Unia Europejska, Unia Afrykańska, Międzynarodowa Organizacja Pracy).

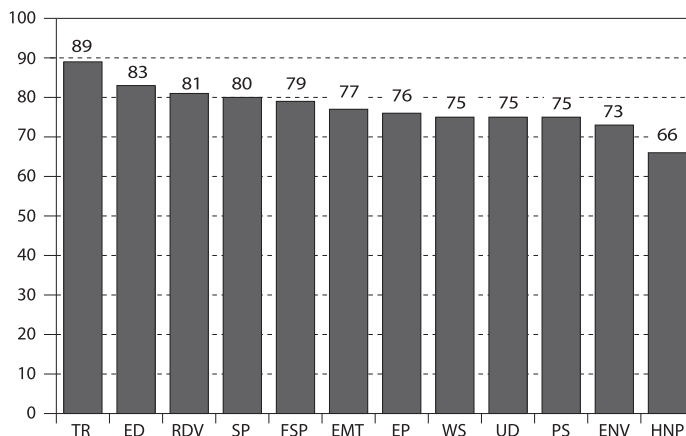
Bank realizuje ponadto 13 umów o współpracy bilateralnej (np. Norweska Agencja na rzecz Rozwoju Współpracy — Norad, Agencja Stanów Zjednoczonych na rzecz Międzynarodowego Rozwoju — USAID), a także na stałe współpracuje z 9 fundacjami, działającymi w skali międzynarodowej (np. Fundacje Forda, Rockefellera, Sorosa, Hewlett-Packard)¹¹. Na przykład w Afryce Bank w sektorze HNP współdziała z WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS i Afrykańskim Bankiem Rozwoju¹². W 2000 roku Bank Świato-

wy przekazał na sektor HNP niespełna 1 mld USD, a więc kwotę zbliżoną do tej przekazanej przez np. prywatne organizacje non profit. Największą sumę środków, około 3 mld USD, przekazały bilateralne agencje, a ponad 2 mld USD — różne agendy ONZ. W 2005 roku kwoty udostępnione przez bilateralne agencje zwiększyły się do prawie 7 mld USD, agendy ONZ — do ponad 3 mld USD, a przez Bank Światowy — do ponad 1,2 mld USD. W tym samym czasie zmniejszyła się ilość środków przekazanych przez prywatne organizacje non profit, podczas gdy środki od banków działających na rzecz rozwoju pozostały na niezmiennym poziomie około 0,3 mld USD¹³.

Powyższy trend widoczny jest również w finansowaniu celu ograniczenia występowania HIV/AIDS. Bank Światowy jedynie uzupełnia działanie innych organizacji i koordynuje wspólne działania w ramach ONZ. Pozytywny jest fakt, iż wydatki na zwalczanie HIV/AIDS w skali globalnej zwiększyły się z 1,2 mld USD w 2000 roku, przez 1,4 mld w 2002, do 3,7 mld USD w 2004 roku. W 2004 roku Bank Światowy przekazał na walkę z HIV/AIDS około 200 mln USD, natomiast cała Grupa Banku Światowego (5 instytucji) była w latach 2007–2013 największym światowym ofiarodawcą pomocy na walkę z HIV/AIDS¹⁴.

Ocena efektywności działań

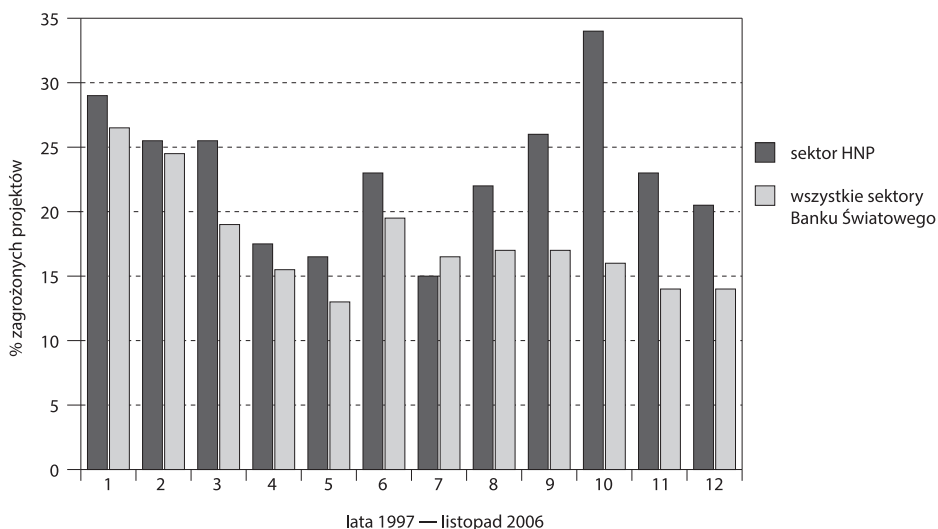
Ocena efektywności działań w sektorze HNP nie jest prosta, gdyż na ten aspekt wpływa wiele czynników zewnętrznych (zarządzanie całym systemem zdrowia i konkretnymi placówkami, współpraca sektora publicznego z prywatnym, efektywność wykorzystania środków), a także związanych z pacjentami, a więc z ich mentalnością, kulturą czy religią. Bank Światowy jednak od początku lat 90. XX wieku przeprowadza analizę skutków każdego projektu. Z raportów ICR¹⁵ wynika, iż w latach 2001–2006 ze wszystkich sektorów wspieranych przez Bank efektywność



Ryc. 1. Wyniki projektów Banku Światowego w latach fiskalnych 2001–2006

* Wyjaśnienia do skrótów wykorzystanych w wykresie: TR (140) — transport, ED (157) edukacja, RDV (241) rozwój terenów wiejskich, SP (100) ochrona socjalna, FSP (74) sektor finansów, EMT (106) energetyka i górnictwo, EP (84) polityka ekonomiczna, WS (74) woda i kanalizacja, UD (88) rozwój miast, PS (127) sektor publiczny, ENV (91) środowisko, HNP (131) zdrowie, wyżywienie i kwestie populacyjne. W nawiasie przy skrócie zaprezentowano liczbę zbadanych projektów.

Źródło: *Healthy Development...*, s. 42.



Ryc. 2. Projekty zagrożone Banku Światowego ze wszystkich sektorów i sektora HNP

* Lata fiskalne: 1 — 1997, 2 — 1998, 3 — 1999, 4 — 2000, 5 — 2001, 6 — 2002, 7 — 2003, 8 — 2004, 9 — 2005, 10 — maj 2006, 11 — 2006, 12 — październik 2006.

Źródło: *Healthy Development...*, s. 43.

projektów w sektorze HNP jest najmniejsza. Na 131 zakończonych projektów zaledwie 66% z nich otrzymało ocenę „satisfakcjonującą”¹⁶. Nieco lepszą ocenę uzyskiwały takie sektory, jak środowisko czy sektor publiczny. Pozytywnym faktem jest to, iż wysokie oceny uzyskiwały projekty z innych sektorów społecznych, np. edukacja (83% pozytywnie zakończonych projektów na 157 projektów) i ochrona socjalna (80% projektów na 100)¹⁷.

Z badań Banku przeprowadzonych w późniejszym czasie wynikało, iż ten negatywny trend utrzymał się. Podczas gdy średnio już 90% projektów otrzymywało ocenę satisfakcjonującą, sytuacja w sektorze HNP się nie zmieniła. Za główne przyczyny niepowodzeń uważa się gorsze przygotowanie projektów, brak adekwatnego działania w wypadku zawieszonych projektów oraz słaba kontrola przez kadrę zarządzającą projektami. Z tych samych badań wynikało jednak, iż projekty z sektora HNP były lepiej przygotowane pod względem szkoleń, budowania potencjału i efektywnego wykorzystania środków Banku¹⁸.

Z raportów efektywności projektów w sektorze HNP wynika również, że zdecydowanie większa liczba projektów była zagrożona w trakcie realizacji. Od roku fiskalnego 1997 do 2006 zagrożonych było między 17%, a 33% projektów w porównaniu z 13–27% projektów ze wszystkich sektorów¹⁹.

W celu poprawy efektywności działań w sektorze HNP w 2008 roku Bank Światowy wdrożył inicjatywę RBF (*Results-Based Financing*), którą w wysokości 100 mln USD współfinansuje rząd Norwegii. RBF jest nastawiona na realizację 4. i 5. z Milenijnych Celów Rozwoju, a jej twórcy zamierzają to osiągnąć dzięki poprawie przygotowania i wdrażania projektów w 8 wybranych państwach należących do IDA (np. Benin, Demokratyczna Republika Kongo, Kirgistan, Zambia, Rwanda). W wyniku jej działania w Rwandzie poprawił się wskaźnik przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego z 7% do ponad 70% popula-

cji, o 50% wzrósł dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, zmniejszył się wskaźnik zachorowalności na malarię o 62% wskutek wykorzystania sieci przeciw insektom (wzrost wykorzystania sieci z 4% do 67% rodzin) oraz wskaźniki śmiertelności dzieci, a także o 30% zwiększyła się liczba porodów przyjmowanych przez wykwalifikowany personel medyczny²⁰.

Z danych statystycznych wynika, iż większość środków finansowych na rzecz sektora HNP Bank Światowy przekazał w ramach IDA, a więc instytucji wspierającej kraje najbardziej ubogie. Niezależnie od oceny poszczególnych projektów, łącznie ich skutki w latach 2003–2013 są następujące²¹:

- stworzenie dostępu dla ponad 117 mln osób do podstawowej opieki medycznej, żywienia i usług zdrowotnych związanych z prokreacją;
- przeszkolenie ponad 2,6 mln osób — personelu sektora zdrowia;
- budowa, odnowienie i/lub wyposażenie ponad 10 tysięcy ośrodków z dostępem do usług medycznych;
- przeprowadzenie szczepień ochronnych u 600 mln dzieci;
- objęcie opieką przedporodową ponad 194 mln kobiet;
- przyjęcie przez wykwalifikowany personel medyczny ponad 29 mln porodów;
- objęcie usługami dożywiania ponad 210 mln kobiet w ciąży lub kobiet karmiących, dzieci poniżej 5 roku życia oraz dziewcząt;
- zakup i/lub przekazanie osobom potrzebującym ponad 149 mln trwałych siatek na łożko przeciwdziałających ukąszeniom owadów i malarii;
- zakup i/lub przekazanie ponad 386 mln prezerwatyw;
- objęcie leczeniem zgodnym z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia ponad 7,6 mln osób chorych na gruźlicę;
- objęcie terapią antyrotawirusową ponad 1,3 mln dzieci i dorosłych.

Przykłady skutków projektów z konkretnych państw są następujące²². W Afganistanie od kwietnia 2010 do grudnia 2012 roku podwoiła się liczba kobiet rodzących dzieci pod opieką wykwalifikowanych pracowników i w warunkach leczniczych. W Burundi w ciągu zaledwie jednego roku o 25% wzrosła liczba urodzeń w warunkach leczniczych, liczba konsultacji prenatalnych — o 20%, a liczba dzieci w pełni zaszczepionych — o 10%. Z kolei w Armenii Bank przyczynił się do wdrożenia rządowego programu reformy systemu zdrowia, dzięki któremu poprawił się dostęp do podstawowej opieki medycznej, a mianowicie w okresie od 2004 do 2010 roku z 17% do 85% zwiększył się odsetek osób objętych praktyką lekarza rodzinnego. W tym samym czasie poprawił się wskaźnik satysfakcji z dostępu do usług podstawowej opieki medycznej: z 87,6% do 95%.

W Brazylii projekty Banku wzmocniły system kontroli i rozszerzonego dostępu do czystej wody, kanalizacji i usług w zakresie zdrowia, szczególnie dla wrażliwych grup społecznych. Do 2010 roku zaszczepiono 74% autochtonów, a w latach 2003–2007 wskaźnik śmiertelności z powodu malarii i jej powikłań zmniejszył się o 60%. Natomiast w Chinach wskutek wdrożenia projektu na rzecz kontroli gruźlicy wskaźnik wykrywania tej choroby zwiększył się z poziomu 23% w 2002 roku do 77% w 2010, natomiast wskaźnik wyleczalności gruźlicy wzrósł z 80% do 93% w tym samym czasie (celem były wskaźniki odpowiednio 70% i 85%). W Indiach szacuje się, że w ramach narodowego programu zwalczania AIDS, współfinansowanego przez Bank, zapobieżono 3,5 mln nowych zakażeń na 5,5 mln zakażeń występujących zwykle w tym czasie. Z kolei w Nepalu w latach 2001–2010 zwiększył się wskaźnik urodzeń przy wsparciu wykwalifikowanego personelu z 8% do 35%, ponadto wskaźnik szczepień przeciwko odrze wzrósł z 62% w 2001 roku do 83% w 2009 roku wśród ludności o najniższym poziomie dochodów.

Podsumowanie

Najważniejszym pozytywnym skutkiem działania Banku Światowego, ale też i innych organizacji międzynarodowych działających na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności w latach 2003–2013²³, jest zwiększenie o ponad 200% nakładu pomocy finansowej przekazywanej na rzecz zdrowia w skali globalnej oraz przyspieszenie postępu w zakresie produkcji leków i wykorzystania nowych technologii w ratowaniu życia ludzkiego. Natomiast głównymi problemami, jakie wciąż pozostają do rozwiązania, są np. braki w logistyce i zaopatrzeniu sektora, wciąż słaba infrastruktura medyczna w wielu krajach świata i trudności w tworzeniu zdrowych ram dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, brak stabilności finansowej sektora czy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Czynniki te uniemożliwiają skuteczną ochronę życia ludzkiego w wypadku osób najuboższych.

Bank Światowy jest instytucją globalną, a w swoich działaniach wspiera rządy i realizowane przez nie długoterminowe programy rozwoju. Niejedno z nich inicjują bezpośrednio społeczności lokalne. Projekty Banku łączą zatem wiele przedsięwzięć, a poprzez współfinansowanie projektów umożliwiają zarówno realizację działań systemowych (tworzenie ustawodawstwa krajowego i strategii działania), jak i bezpośrednie rozwiązywanie problemów ludności (budowa ośrodków zdrowia, zwalczanie chorób, edukacja zdrowotna). Należy jednak pamiętać, że to przede wszystkim na instytucjach wdrażających owe inicjatywy na poziomie krajowym i lokalnym spoczywa odpowiedzialność za efektywność działań i wykorzystania środków finansowych. Bank zatem wraz z innymi organizacjami jest z jednej strony akceleratorem zmian, z drugiej — podmiotem ułatwiającym dokonywanie przemian społecznych w państwach, które decydują się na ponadregionalną współpracę.

¹ M. Gębska, *Bank Światowy. Działalność pożyczkowa*, Warszawa 2010, s. 96.

² Do Grupy Banku Światowego zaliczane są: Międzynarodowy Bank Odbudowy i Rozwoju (IBRD), Międzynarodowa Korporacja Finansowa (IFC), Międzynarodowe Stowarzyszenie Rozwoju (IDA), Wielostronna Agencja Gwarancji Inwestycji (MIGA), Międzynarodowa Agencja ds. Dysput Inwestycyjnych (ICSID). Na podstawie m.in. M. Gębska, *op. cit.*, s. 11; *Financial Statements*, The World Bank, Washington 2009, s. 3; *The World Bank. Knowledge & Resources for Development*, The World Bank, Washington 2001, s. 1; *World Bank. Lending Instruments. Resources for Development Impact*, The World Bank, Washington 2001, s. 3.

³ *Millennium Development Goals. From World Development Indicators 2002*, The World Bank, Washington 2002, s. 1–17. Por. Millennium Development Goals, United Nations, www.un.org/millenniumgoals (dostęp: 10.12.2007); por. wskaźniki kondycji zdrowotnej państw Azji i USA, K. Ryc, Z. Skrzypczak, *Ochrona zdrowia na świecie*, Kraków 2011, s. 108–113.

⁴ Wg Banku Światowego do podsektora HNP — kwestii populacyjnych — zaliczane są zagadnienia dwojakiego rodzaju: reprodukcyjne, opieka nad matkami i zdrowie seksualne, a także usługi zdrowotne powiązane z nimi oraz poziom i trendy w urodzeniach, zgonach i migracjach, które determinują przyrost naturalny i strukturę wiekową społeczeństwa oraz wpływają bezpośrednio na wzrost gospodarczy, ubóstwo, rynek pracy i inne sektory społeczno-gospodarcze. *Healthy Development. The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results, Report 40928*, The World Bank, Washington 2007, s. 84.

⁵ *Healthy Development...*, s. XIII.

⁶ *Ibidem*, s. XIV.

⁷ *Ibidem*, s. 25.

⁸ *Ibidem*, s. 26–27.

⁹ CAS są przygotowywane przez państwa ubiegające się o pożyczkę, uwzględniają specyficzne potrzeby, wyzwania stawiane przez władze państwowe i Bank, sytuację ekonomiczną, powiązania z innymi państwami i organizacjami. CAS zawierają projekty zmierzające przede wszystkim do ograniczania ubóstwa i realizacji celów rozwojowych. M. Gębska, *op. cit.*, s. 50.

¹⁰ *Healthy Development...*, s. 146.

¹¹ *Ibidem*, s. 179–181.

¹² *Report 47880. Implementation of the World Bank's Strategy for Health, Nutrition, and Population (HNP) Results: Achievements, Challenges, and the Way Forward. Progress Report*, The World Bank, Washington 2009, s. 17.

¹³ *Healthy Development...*, s. 16.

¹⁴ *Ibidem*, s. 23; oraz The World Bank Group, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:23063010~menuPK:8336848~pagePK:50004410~piPK:36602~theSitePK:29708,00.html> (dostęp: 25.09.2013).

¹⁵ *Implementation Completion Report* opisuje zadania i skutki projektu z punktu widzenia Banku Światowego, jednostek rządowych i regionalnych wdrażających projekt i jednostek niezwiązanych z wdrażaniem projektu. Raport jest przygotowywany w celu dokonania całościowej oceny działalności Banku i pożyczkobiorcy. Por. M. Gębska, *op. cit.*, s. 138.

¹⁶ Bank Światowy stosuje czterostopniową skalę oceny projektów. Możliwe oceny to: wysoko satysfakcjonująca, satysfakcjonująca, niesatysfakcjonująca i wysoko niesatysfakcjonująca. W powyższym raporcie zsumowano dwie pozytywne i dwie negatywne oceny, tworząc tylko dwa stopnie: ocenę satysfakcjonującą i niesatysfakcjonującą.

¹⁷ *Healthy Development...*, s. 41–42.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Healthy Development...*, s. 43.

²⁰ *Report 47880. Implementation of the World Bank's Strategy...*, s. 3–4.

²¹ *Health Overview*, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/overview> (dostęp: 24.09.2013).

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

Bibliografia

- Annual Report 2012*, The World Bank, Washington 2012.
- Data-Health*, <http://data.worldbank.org/topic/health> (dostęp: 24.09.2013).
- Financial Statements*, The World Bank, Washington 2009.
- Gębska M., *Bank Światowy. Działalność pożyczkowa*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Cła i Logistyki, Warszawa 2010.
- Health Overview*, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/overview> (dostęp: 24.09.2013).
- Healthy Development. The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results, Report 40928*, The World Bank, Washington 2007.
- Millennium Development Goals. From World Development Indicators 2002*, The World Bank, Washington 2002.
- Millennium Development Goals, United Nations, www.un.org/millenniumgoals (dostęp: 10.12.2007).
- Report 47880. Implementation of the World Bank's Strategy for Health, Nutrition, and Population (HNP) Results: Achievements, Challenges, and the Way Forward. Progress Report*, The World Bank, Washington 2009.
- Ryć K., Skrzypczak Z., *Ochrona zdrowia na świecie*, Wolters Kluwer Polska, Kraków 2011.
- The World Bank Group, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/0,,contentMDK:23063010~menuPK:8336848~pagePK:50004410~piPK:36602~theSitePK:29708,00.html> (dostęp: 25.09.2013).
- The World Bank. Knowledge & Resources for Development*, The World Bank, Washington 2001.
- World Bank. Lending Instruments. Resources for Development Impact*, The World Bank, Washington 2001.

Health, Nutrition and Population Policy in the Activity of Global International Organizations. The World Bank Example

Summary

The World Bank, as a part of United Nations Organization and one of the global financial institutions, lends money to the less developed countries. One of the main areas of its activity is social policy, including health, nutrition and population (HNP sector). The World Bank gives loans for HNP to all regions of the world, especially to Latin America and Caribbean, South Asia and Sub-Saharan Africa. Moreover, the World Bank creates and implements HNP strategy and cooperates with global and regional institutions and foundations to achieve Millennium Development Goals. Since 1970, the World Bank has transferred the amount of 42 bln USD to HNP sector, which is 5% of its granted loans, but effectiveness of those projects is the lowest of all sectors supported by this global organization.

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, Milenijne Cele Rozwoju, Bank Światowy, organizacje międzynarodowe, współpraca globalna

Keywords: health policy, Millennium Development Goals, The World Bank, international organizations, global co-operation