

МАКРОЭКОНОМИКА И ЗДОРОВЬЕ:  
ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ В ЦЕЛЯХ  
ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ



ISBN 92 4 454552 7

ДОКЛАД КОМИССИИ ПО  
МАКРОЭКОНОМИКЕ И ЗДОРОВЬЮ



*Представлен* ДЖЕФФРИ Д. САКСОМ, ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ  
ГРО ХАРЛЕМ БРУТЛАНД,  
ГЕНЕРАЛЬНОМУ ДИРЕКТОРУ  
ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
20 ДЕКАБРЯ 2001 г.



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЖЕНЕВА



ВОЗ

МАКРОЭКОНОМИКА И ЗДОРОВЬЕ:  
ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ В ЦЕЛЯХ  
ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

“...let me say that I hope we keep our voice clear and strong on the central task of raising the health of the poor. I can be ‘realistic’ and ‘cynical’ with the best of them—giving all the reasons why things are too hard to change. We must dream a bit, not beyond the feasible but to the limits of the feasible, so that we inspire. I think that we are an important voice speaking on behalf of the world’s most voiceless people today—the sick and dying among the poorest of the poor. The stakes are high. Let’s therefore speak boldly so that we can feel confident that we have fulfilled our task as well as possible.”

*Taken by the editor from emailed correspondence from Jeffrey Sachs to the Commissioners and others working on this effort.*

Information concerning the content of the report should be referred to:

Professor Jeffrey D. Sachs  
Center for International Development at Harvard University  
John F. Kennedy School of Government  
79 John F. Kennedy Street  
Cambridge, MA 02138 USA  
<http://www.cid.harvard.edu>  
[jeffrey\\_sachs@harvard.edu](mailto:jeffrey_sachs@harvard.edu)

Copies of this publication can be obtained from:

World Health Organization  
Marketing and Dissemination  
1211 Geneva 27, Switzerland  
tel: (41-22) 791 2476  
fax: (41-22) 791 4857  
e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

МАКРОЭКОНОМИКА И ЗДОРОВЬЕ:  
ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ В ЦЕЛЯХ  
ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

ДОКЛАД КОМИССИИ ПО МАКРОЭКОНОМИКЕ И ЗДОРОВЬЮ

*Под председательством ДЖЕФФРИ Д. САКСА*

*Представлен* Гро Хараем Брутланд,  
ГЕНЕРАЛЬНОМУ ДИРЕКТОРУ  
ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,  
20 ДЕКАБРЯ 2001 г.



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЖЕНЕВА

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития.

Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью.

1. Финансирование, здоровье
  2. Инвестиции
  3. Ожидаемая продолжительность жизни
  4. Экономическое развитие
  5. Бедность
  6. Развивающиеся страны
  7. Развитые страны
- I. Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью

ISBN 92 4 454552 7 (по классификации NLM - WA 30)

Всемирная организация здравоохранения с готовностью отвечает на запросы о разрешении воспроизведения или перевода ее публикаций (частично или полностью). Запросы следует направлять в Отдел публикаций, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария, который охотно предоставит самую последнюю информацию о любых изменениях в тексте, планах публикаций новых изданий, а также уже имеющиеся отпечатки и переводы.

© Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.

В соответствии с положениями Протокола 2 Всеобщей конвенции об авторских правах публикации Всемирной организации здравоохранения охраняются авторскими правами. Все права сохранены.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнение Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, подобными им, но не упомянутыми в тексте. Исключая ошибки и пропуски, патентованные наименования, как правило, выделяются начальными прописными буквами.

Настоящий доклад содержит коллективное мнение Комиссии по макроэкономике и здоровью и не обязательно отражает решения или политику, принятые Всемирной организацией здравоохранения.

# СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ ДОКЛАДА .....	I
ДОКЛАД КОМИССИИ .....	27
<i>Свидетельство взаимосвязи вопросов здоровья и развития</i> .....	27
<i>Заболеваемость и экономические показатели</i> .....	37
<i>Эпидемиология заболеваний в странах с низким доходом</i> .....	48
<i>Решение проблем заболеваемости</i> .....	52
<i>Пандемия СПИДа</i> .....	57
<i>Объем затрат на здравоохранение в странах с низким доходом</i> .....	65
<i>Мобилизация дополнительных внутренних ресурсов на нужды         здравоохранения</i> .....	68
<i>Устранение препятствий нефинансового характера для развития         здравоохранения</i> .....	76
<i>Здравоохранение в широком контексте вопросов мер по укреплению         здоровья</i> .....	87
<i>Распространение общих знаний в борьбе с болезнями</i> .....	90
<i>Доступ к основным лекарственным препаратам</i> .....	102
<i>Макроэкономические выгоды от увеличения масштаба</i> .....	121
<i>Последующие шаги</i> .....	127
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	
УЧАСТНИКИ, ОТЧЕТЫ И РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ КОМИССИИ ПО МАКРОЭКОНОМИКЕ И ЗДОРОВЬЮ .....	149
<i>Члены Комиссии</i> .....	149
<i>РГ1 Здравоохранение, экономическое развитие и борьба с нищетой</i> .....	152
<i>РГ2 Глобальные общественные блага для здравоохранения</i> .....	153
<i>РГ3 Мобилизация внутренних ресурсов для целей здравоохранения</i> .....	155
<i>РГ4 Здравоохранение и мировая экономика</i> .....	156
<i>РГ5 Улучшение состояния здоровья бедных слоев населения</i> .....	157
<i>РГ6 Содействие развитию и здравоохранению</i> .....	158
ФАКТЫ БИОГРАФИИ ЧЛЕНОВ КОМИССИИ .....	161
ОТЧЕТЫ И РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ .....	171
<i>Список отчетов рабочих групп КМЗ</i> .....	171
<i>Серии рабочих докладов</i> .....	171
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	
АНАЛИЗ СТОИМОСТИ УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБА ПРИОРИТЕТНЫХ МЕР В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА И НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА .....	179
<i>Цель</i> .....	179
<i>Анализ на основе классификации Комитета содействия развитию         по уровню доходов и классификации по заболеваниям</i> .....	179
<i>Анализ стоимости по регионам</i> .....	191
БИБЛИОГРАФИЯ .....	201
<i>Источники данных</i> .....	206
<i>Политические меморандумы</i> .....	206
ГЛОССАРИЙ .....	207



# МАКРОЭКОНОМИКА И ЗДОРОВЬЕ: ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ В ЦЕЛЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Комиссия по макроэкономике и здоровью (КМЗ) была создана Генеральным директором Всемирной организации здравоохранения Гро Харлем Брутланд в январе 2000 г. для оценки места здоровья в глобальном экономическом развитии. Несмотря на то, что здоровье широко признано в качестве как одной из главных целей, так и важного результата развития, значение инвестиций в здоровье для содействия экономическому развитию и уменьшению бедности признано в гораздо меньшей степени. Мы считаем, что расширение охвата важными службами здравоохранения, включая относительно небольшое число конкретных практических мероприятий в отношении бедного населения мира, поможет спасти жизни миллионов людей ежегодно, уменьшить бедность, дать толчок экономическому развитию и содействовать безопасности в мире.

В настоящем докладе предлагается новая стратегия инвестиций в здоровье в целях экономического развития, особенно в наиболее бедных странах мира, на основе нового глобального партнерства развивающихся и развитых стран. Своевременные и обоснованные действия могут *ежегодно* к концу нынешнего десятилетия спасти жизнь 8 миллионов человек, увеличивая продолжительность жизни, производительность труда и экономическое благополучие бедных людей. Такие усилия потребуют осуществления двух важных инициатив: значительного увеличения ресурсов, затрачиваемых в настоящее время в секторе здравоохранения бедными странами, а также донорами; и преодоления нефинансовых препятствий, которые ограничивают возможности бедных стран оказывать услуги в области здравоохранения. Мы считаем, что дополнительные инвестиции в здоровье, требующие от доноров приблизительно одной десятой доли процента их национального дохода, многократно окупятся миллионами жизней людей, спасаемых каждый год, усиленным экономическим развитием и большей безопасностью в мире. Разумеется, без таких согласованных усилий невозможно будет выполнить обязательства государств мира по улучшению жизни бедных людей, которые изложены в «Целях развития тысячелетия» (ЦРТ).



Во многом масштабы увеличения усилий обусловлены исключительно низкими уровнями доходов в соответствующих странах, возникающими в результате этого исключительно низкими нынешними уровнями расходов на здоровье в этих странах, и расходами, необходимыми для достижения минимально адекватного уровня расходов на здоровье.

Поскольку такие грандиозные усилия не могут быть осуществлены в одном лишь секторе здравоохранения, в настоящем докладе подчеркивается значение расширения усилий по оказанию помощи самым бедным странам мира и в других секторах. Как нам представляется, что в настоящее время, когда растет осознание необходимости преодоления деформаций и несправедливости глобализации, это имеет наибольшее значение.

Мы призываем мировое сообщество использовать эти возможности для действий в течение предстоящего года, начав процесс резкого увеличения доступа населения мира к основным услугам в области здравоохранения. На основе энергичных решений в 2002 г. мир сможет начать беспрецедентное партнерство между богатыми и бедными, даруя саму жизнь миллионам обездоленных людей в мире и доказывая всем сомневающимся, что глобализация может принести пользу всему человечеству.

Ноябрь 2001 г.

Jeffrey D. Sachs, Председатель

Isher Judge Ahluwalia

K. Y. Amoako

Eduardo Aninat

Daniel Cohen

Zephirin Diabre

Eduardo Doryan

Richard G. A. Feachem

Robert Fogel

Dean Jamison

Takatoshi Kato

Nora Lustig

Anne Mills

Thorvald Moe

Manmohan Singh

Supachai Panitchpakdi

Laura Tyson

Harold Varmus



## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Члены Комиссии выражают искреннюю признательность генеральному директору Всемирной организации здравоохранения д-ру Гро Харлем Брутланд за дальновидное руководство и активную поддержку, оказанную деятельности Комиссии. Неоценимый вклад в успешную организацию работы Комиссии внесли председатели шести рабочих групп: Isher Judge Alhuwalia, George Alleyne, Kwesi Botchwey, Daniel Cohen, Zephirin Diabre, Richard Feachem, Prabhat Jha, Chris Lovelace, Anne Mills, Carin Norberg и Alan Tait, работу которых желают отметить члены Комиссии. Исполнительные директора ВОЗ и главные политические советники генерального директора также оказали важную поддержку. Наряду с другими, члены Комиссии выражают свою признательность участникам шести рабочих групп и авторам рабочих материалов Комиссии, имена которых приведены в Докладе. Dyna Arhin-Tenkorang компетентно исполнила вверенные ей обязанности старшего экономиста и ассистента председателя Комиссии. Техническая помощь и поддержка Комиссии в подготовке Доклада была оказана многочисленными международными активистами. Наряду со многими авторами, посветившими долгие и плодотворные часы подготовке Доклада, мы желаем выразить особую благодарность Peter Heller, Paul Isenman, Inge Kaul и Susan Stout.

Секретариат ВОЗ под руководством Sergio Spinaci и с компетентным участием Evelyne Coveney, Aquilina John-Mutaboyerwa и Elisa Pere обеспечил необходимую и всестороннюю поддержку Проекту. Члены Комиссии желают также с благодарностью отметить редакторскую помощь при подготовке Доклада, предоставленную Hope Steel и Marc Kaufman.

Члены Комиссии выражают свою признательность за финансовую поддержку обеспеченную Фондом Билла и Мелинды Гейтс, Департаментом международного развития Великобритании, Великим Герцогством Люксембург, Правительством Ирландии, Правительством Норвегии, Фондом Рокфеллера, Правительством Швеции и Фондом ООН.



## РЕЗЮМЕ ДОКЛАДА

Технология и политика объединили сегодняшний мир в большей степени, чем когда бы то ни было в прошлом. В результате более широкого обмена идеями, культурными ценностями, жизнеспасающими технологиями и эффективными производственными процессами глобализация в потенциале обеспечивает огромные выгоды. И в то же время глобализация до сих пор находится на стадии апробирования, отчасти потому, что эти выгоды еще никак не ощущаются сотнями миллионов людей, проживающих в бедности в различных уголках мира, и отчасти потому, что с глобализацией пришли и новые виды международных проблем в связи с тем, что беспорядки в одной части мира могут быстро перекидываться на другие в результате терроризма, вооруженных конфликтов, деградации окружающей среды или болезней, как об этом свидетельствует быстрое распространение СПИДа на земном шаре в течение всего лишь одного поколения.

Мировые политические лидеры признали эту глобальную взаимозависимость во взятых ими на себя торжественных обязательствах улучшить к 2015 г. жизнь беднейших слоев населения в мире. В документе под названием “Цели развития тысячелетия” (ЦРТ), принятом на Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций в сентябре 2000 г., содержится призыв к радикальному снижению уровня нищеты и заметному улучшению здоровья беднейших слоев населения. Достижение этих целей практически возможно, однако это отнюдь не значит, что это произойдет само по себе. Действительно, на нашем коротком отрезке жизни для значительной доли бедных, проживающих сегодня в мире, эти цели так и не будут достигнуты. Успешное достижение ЦРТ предполагает в обязательном порядке серьезность намерений, политическую решимость и адекватный поток ресурсов из стран с высоким уровнем дохода в страны с низким уровнем дохода на устойчивой основе и с четкой ориентацией.

Важность ЦРТ в области здравоохранения в определенном смысле самоочевидна. Укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни бедных представляет собой одну из целей саму по себе, то есть одну из фундаментальных целей экономического развития. Но оно также является и *средством* достижения других целей развития, связанных

со снижением уровня бедности. Связь между здоровьем и снижением уровня бедности и долгосрочным экономическим ростом - это мощная связь, гораздо более мощная, чем ее обычно понимают. Бремя болезней в некоторых регионах с низким уровнем дохода, особенно в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, представляет собой непреодолимый барьер на пути экономического роста, и в этой связи в любой всесторонней стратегии в области развития он должен рассматриваться непосредственно и занимать центральное место. Пандемия СПИДа представляет собой исключительную проблему, которая характеризуется беспрецедентной неотложностью и масштабностью. Только одна эта эпидемия может подорвать развитие Африки в течение следующего поколения и привести к гибели десятков миллионов людей в Индии, Китае и других развивающихся странах, если только на решение этой проблемы не будут направлены значительно более активные усилия.

Наш доклад в основном сосредоточен на странах с низким уровнем дохода и на бедных слоях населения в странах со средним уровнем дохода<sup>1</sup>. (См. примечания в полном тексте доклада.) Страны с низким уровнем дохода, в которых проживают 2,5 млрд человек, и в особенности африканские страны, расположенные к югу от Сахары, в которых проживают 650 млн человек, характеризуются гораздо меньшей вероятной продолжительностью жизни и гораздо более высокими коэффициентами смертности, скорректированными на возраст, чем остальные страны мира, как это явствует из иллюстрирующей этот момент Таблицы 1. То же самое относится к бедным слоям населения в странах с низким уровнем дохода, таким, как Китай. Для того чтобы снизить эти исключительно высокие коэффициенты смертности, необходимо, как и раньше, приоритетное внимание в области здравоохранения уделять борьбе с инфекционными болезнями и улучшению здоровья матери и ребенка. Основными причинами смертности, которых можно избежать в странах с низким уровнем дохода, являются ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез (ТБ), детские инфекционные болезни, материнские и перинатальные состояния, дефицит микроэлементов в питании и болезни, связанные с потреблением табака. Если бы наряду с реализацией расширенных программ планирования размеров семьи можно было ограничить факторы, обуславливающие эти состояния, то члены семей, прозябающих в нищете, могли бы не только прожить дольше, иметь более крепкое здоровье и быть более продуктивными, но и решить для себя иметь меньше детей, зная с уверенностью, что их дети выживут, и в этой связи могли бы вкладывать больше средств в образование и

**Таблица 1.** Ожидаемая продолжительность жизни и коэффициенты СМЕРТНОСТИ В РАЗВИКЕ ПО КАТЕГОРИЯМ РАЗВИТИЯ СТРАН, (1995–2000 гг.)

Категория развития	Насе- ление (в млн, 1999 г.)	Средний ежегодный доход (долларов США)	Вероятная продолжи- тельность жизни при рождении (годы)	Детская смер- ность (число смертей в воз- расте до 1 года на 1000 живо- рожденных)	Уровень смертно- сти в возрасте до 5 лет (число смер- тей в возрасте до 5 лет на 1000 живорожденных)
Наименее развитые страны	643	296	51	100	159
Другие страны с низким уровнем дохода	1 777	538	59	80	120
Страны со средним уровнем дохода (нижняя часть диапазона)	2 094	1 200	70	35	39
Страны со средним уровнем дохода (верхняя часть диапазона)	573	4 900	71	26	35
Страны с высоким уровнем дохода	891	25 730	78	6	6
Для сведения: страны Африки к югу от Сахары	642	500	51	92	151

*Источник: Доклад о развитии людских ресурсов, 2001 г., Таблица 8 и расчеты КМЗ с использованием показателей мирового развития Всемирного банка, 2001 г.*

укрепление здоровья каждого ребенка. С учетом того, что жен-щинам приходится нести особое бремя некоторых из этих состояний, их благополучие в этом случае было бы значительно повышено. Укрепление здоровья приведет к повышению доходов, большему экономическому росту и снижению темпов роста численности населения.

Хотя мы в основном концентрируем внимание на инфекционных болезнях и материнском и перинатальном здоровье, борьба с неинфекционными болезнями (НИБ) также имеет большое значение для всех развивающихся стран; в случае многих стран со средним уровнем дохода смертность в результате инфекционных болезней уже значительно снижена, поэтому самой высокой уровень приоритетности необходимо придавать НИБ. Многие из неинфекционных болезней, включая сердечно-сосудистые, различные формы диабета, психические болезни и различные формы рака, могут эффективно лечиться посредством относительно дешевых мер вмешательства, в особенности с использованием профилактической работы, связанной с режимом питания, курением и образом жизни<sup>2</sup>. Наша глобальная точка зрения на приоритеты должна быть дополнена каждой страной, которая должна проанализировать свои собственные приоритеты в области здоровья на основе подробных и по-

стоянно обновляемых эпидемиологических данных. Наш довод в пользу систем здравоохранения, ориентированных на конечный результат, также предполагает необходимость наличия существенного потенциала по улучшению целого ряда состояний, которые в данном документе подробно не указаны. К ним относятся дешевые виды лечения психических болезней, различных форм диабета и сердечных приступов. Фактические данные также дают возможность предположить, что подходы, необходимые для наращивания потенциала систем здравоохранения в целях вмешательства в случае инфекционных болезней и репродуктивного здоровья, также позволят повысить эффективность лечения НИБ<sup>3</sup>.

Практическая осуществимость достижения ЦРТ в странах с низким уровнем дохода в значительной мере недооценивается. С одной стороны, в полемике участвуют оптимисты, которые полагают, что цели в области здоровья будут достигнуты сами по себе в виде в значительной мере автоматического побочного эффекта экономического роста. Учитывая коэффициенты смертности детей в возрасте до 5 лет в наименее развитых странах на уровне 159 на 1 000 рожденных, против 6 на 1 000 рожденных в странах с высоким уровнем дохода<sup>4</sup>, эти беспечные оптимисты полагают, что выравнивание коэффициентов смертности в странах с низким уровнем дохода и коэффициентов смертности в богатых странах - это лишь вопрос времени. Это неверно по двум причинам. Во-первых, бремя болезни само по себе будет тормозить экономический рост, который, как предполагается, должен решить проблемы со здоровьем; во-вторых, экономический рост имеет действительно очень важное значение, однако одного его совершенно недостаточно. Показатели здоровья варьируются в широких пределах при одном и том же уровне доходов. Фактические данные свидетельствуют о том, что 73 странам еще очень далеко до достижения ЦРТ в части младенческой смертности, а 66 странам еще очень далеко до достижения ЦРТ в части детской смертности<sup>5</sup>. Бремя болезней можно снизить до уровня, предусмотренного ЦРТ, только в случае реализации совместной глобальной стратегии по расширению доступа беднейших слоев мирового населения к основным услугам в области здравоохранения.

Другой стороной в этой полемике являются пессимисты, которые недооценивают значительный прогресс, достигнутый в области здоровья (за явным исключением ВИЧ/СПИДа) большинством стран с низким уровнем доходов, и полагают, что оставшееся у них высокое бремя болезней представляет собой своего рода побочный продукт коррупции и развала не подлежащих восстановлению систем здравоохранения в

странах с низким уровнем дохода и неэффективной системой управления. Эта точка зрения также характеризуется существенным недопониманием и преувеличением. Эпидемиологические данные свидетельствуют о следующем исключительно важном моменте: в подавляющем большинстве случаев чрезмерное бремя болезней является результатом относительно небольшого числа идентифицированных состояний, для каждого из которых есть набор соответствующих мер медицинского вмешательства, которые могут позволить существенно укрепить здоровье и сократить число смертей, ассоциируемых с этими состояниями. Проблема здесь заключается в том, что беднейшие слои населения оказываются не охваченными этими мерами. Некоторыми из причин этой ситуации являются взяточничество, плохое руководство и слабость государственного сектора, однако в подавляющем большинстве стран существует более элементарная проблема, которая поддается решению. У беднейших слоев населения нет финансовых ресурсов для того, чтобы они могли претендовать на эти необходимые меры, равно как нет таких ресурсов и у их правительств. Во многих случаях изменения, направленные на то, чтобы сосредоточить работу на указанных здесь состояниях и мерах, в программы в области здравоохранения до сих пор не внесены.

Ключевая рекомендация Комиссии заключается в том, что страны со средним уровнем дохода в партнерстве со странами с высоким уровнем дохода должны расширять доступ беднейших слоев населения к основным медико-санитарным услугам, в том числе с упором на конкретные меры вмешательства. Странам с низким и средним уровнями дохода необходимо выделить дополнительные внутренние финансовые ресурсы, взять на себя ведущую роль в политическом плане, создать условия транспарентности и предусмотреть системы привлечения к этой работе и подотчетности общин с целью обеспечить такое положение, при котором системы здравоохранения, финансируемые на достаточном уровне, могли бы эффективно функционировать и заниматься ключевыми проблемами в области здоровья. Одновременно с этим странам с высоким уровнем дохода необходимо будет выделять гораздо больший объем финансовой помощи в форме грантов, особенно странам, которые больше всего нуждаются в срочной помощи и которые сконцентрированы в Африке к югу от Сахары. ***Они должны решить для себя, что отсутствие средств со стороны доноров не должно рассматриваться как качество фактора, ограничивающего их возможности в деле обеспечения медико-санитарных услуг для беднейших слоев населения.***



Партнерские связи необходимо будет налаживать шаг за шагом, начиная с мер в странах с низким уровнем дохода по созданию условий для предоставления финансовых средств донорами с учетом того, что значительные объемы финансирования со стороны доноров создают, в свою очередь, реальные финансовые условия для значительного наращивания потенциала и повышения эффективности систем здравоохранения, и с учетом того, что такая совместная программа должна подлежать частому анализу, оценке, проверке и корректировке на промежуточных этапах. Проблему “что было раньше: курица или яйцо?” в случае принятия решения о том, что должно быть сначала: реформа или финансирование со стороны доноров, решать не придется, поскольку как доноры, так и получатели помощи искренне признают, что на каждом этапе требуются как финансовые средства, так и реформа, и что оба эти компонента должны подкрепляться интенсивными партнерскими связями. В случае стран со средним уровнем дохода, расположенных в нижней части диапазона, для которых характерна значительная концентрация бедных, основная задача национальных правительств будет заключаться в мобилизации дополнительных ресурсов на цели финансирования приоритетных мер, которые обеспечили бы охват беднейших слоев населения в этих странах.

Одним из необходимых условий укрепления системы медико-санитарных мер может оказаться выделение необходимых крупных дополнительных как внутренних, так и международных финансовых ресурсов на цели здравоохранения. Однако Комиссия признает, что этих ассигнований будет недостаточно. Прошлый опыт однозначно свидетельствует о том, что политические и административные обязательства со стороны как доноров, так и стран являются ключевым фактором успеха. Создание систем здравоохранения, которые реагировали бы на потребности клиентов, в особенности в случае беднейших и труднодоступных слоев населения, предполагает необходимость выбора политически трудных и административно сложных вариантов. Некоторые вопросы, как, например, относительные обязательства по удовлетворению потребностей в области здравоохранения, которые есть у богатых и бедных, относятся к сектору здравоохранения. Другие, как, например, вопрос о том, работают ли государственные системы распределения бюджетных средств и закупок, или вопрос о том, действует ли эффективная система надзора за обеспечением государственных услуг и подотчетности этой системы на местах, относятся к категории вопросов государственного управления. В основе этих вопросов лежат более широкие проблемы управления,

урегулирования конфликтов и относительной важности развития и сокращения масштабов нищеты в системе национальных приоритетов.

Комиссия признает важность этих и других ограничений и глубоко их анализирует в разных частях настоящего доклада. Для достижения успеха важны сильная воля и заинтересованность со стороны политических лидеров стран, которые могут позволить себе выделить соответствующие ресурсы, а также со стороны развивающихся стран - в частном и государственном секторах, а также в гражданском обществе. Это предполагает необходимость создания атмосферы порядочности, доверия и уважения во взаимоотношениях между донорами и получателями помощи. Успех предполагает необходимость особых усилий, особенно в тех местах, где условия здравоохранения вызывают наибольшую озабоченность, и где государственный сектор слаб. Поддержка со стороны доноров должна поступать, в первую очередь, на оказание помощи в преодолении этих трудностей. В тех случаях, когда страны не намерены прилагать серьезные усилия, или же когда финансовые средства используются неправильно, по соображениям осмотрительности и доверия крупномасштабное финансирование обеспечивать не следует. Однако даже в этих случаях помощь со стороны доноров, как об этом свидетельствует практика, может быть весьма полезной в плане создания местного потенциала и привлечения к этой работе гражданского общества и неправительственных организаций (НПО). Это исключительно сложная задача, но в то же время со стратегической точки зрения она имеет, как никогда ранее, самое прямое отношение к этой проблеме. Правительства и руководители, которые содействуют стимулированию и разработке этих мер, сделают конкретный шаг, который позволит изжить чувство отчаяния и ненависти, которое питает нищета.

Комиссия проделала очень трудную работу по анализу вопроса о том, могут ли страны с низким уровнем дохода позволить себе финансирование систем здравоохранения за счет собственных ресурсов, если им придется отказаться от некоторых нынешних расточительных расходов в области здравоохранения и других областях. Наши выводы однозначны: *нищета сама по себе налагает существенное финансовое бремя, но случаи расточительства существуют, и их необходимо устранить.* Бедным странам, несомненно, следует повысить эффективность управления сектором здравоохранения, проанализировать существующее соотношение между различными программами в этом секторе и мобилизовать внутренние ресурсы на цели укрепления здоровья в пределах имеющихся у них ограниченных возможностей. Мы полагаем, что у стран

со средним и низким уровнями дохода есть практическая возможность повысить бюджетные ассигнования на цели здравоохранения в среднем на 1 % от ВВП к 2007 г. и на 2 % от ВВП к 2015 г. по сравнению с нынешними уровнями, хотя это, возможно, оптимистичный прогноз, если учесть большой спрос со стороны различных секторов на скудные государственные ресурсы. Страны с низким и средним уровнями дохода также могут сделать больше в плане более справедливого и более эффективного распределения текущих расходов как государственных, так и частных средств. Государственные ассигнования должны быть более точно ориентированы на беднейшие слои населения с учетом приоритетов, расставленных на основе эпидемиологических и экономических данных. Есть также возможность заменить систему оплаты за счет личных сбережений системой предварительного финансирования на уровне общины. И в то же время для стран с низким уровнем дохода между наличием финансовых средств и финансовыми потребностями все еще существует определенный разрыв, который можно устранить только с помощью сообщества доноров, если, конечно, мы все-таки рассчитываем на успешное достижение ЦРТ.

В большинстве стран со средним уровнем дохода средние расходы на здравоохранение в расчете на душу населения уже достаточны для обеспечения охвата всех людей основными медико-санитарными услугами. И все же многие бедных оказываются вне пределов такого охвата. Такие неохваченные группы часто концентрируются по регионам (например, в сельских районах западного Китая и сельских районах северо-восточной части Бразилии) или среди этнических и расовых меньшинств. По тем или иным причинам расходы государственного сектора на здравоохранение не в полной мере покрывают потребности бедных. К тому же, поскольку многие страны со средним уровнем дохода обеспечивают неадекватную финансовую защиту широких слоев своего населения, в случае проблем со здоровьем катастрофические медицинские расходы многих семей обрекают их на нищету. В связи с неблагоприятными последствиями слабого здоровья для всеобщего экономического развития и сокращения масштабов нищеты мы настоятельно рекомендуем странам со средним уровнем дохода провести налоговые и организационные реформы в целях обеспечения всеобщего медицинского страхования в части приоритетных медико-санитарных мер<sup>6</sup>. Мы также полагаем, что ВБ и региональные банки развития могут помочь этим странам на условиях нельготного финансирования перейти в течение нескольких лет на систему всеобщего покрытия основных медико-санитарных услуг.

Комиссия рассмотрела фактические данные, касающиеся организационных потребностей для наращивания потенциала в этой области, и некоторые основные преграды, которые необходимо будет устранить. К счастью, основные меры вмешательства, на которые здесь обращается внимание, как правило, не требуют больших технических средств. Для некоторых из них нужны больницы. В большинстве же случаев они могут осуществляться в лечебных центрах, в более мелких учреждениях, которые мы здесь называем медицинскими пунктами, или с помощью выездных служб, базирующихся в этих учреждениях. Мы называем их собирательным термином: система *”ближе к клиенту”* (СТС), и этой системе следует придать соответствующую приоритетность, с тем чтобы обеспечить более широкий доступ к этим услугам. Создание эффективной системы СТС - задача нелегкая. Для ее решения исключительно важное значение имеет поддержка на национальном уровне наряду с созданием потенциала и системы отчетности на местном уровне. Это предполагает необходимость принятия на себя дополнительных политических обязательств, укрепления потенциала в области организации и надзора как на местном, так и на более высоком уровнях, а также большую открытость в сфере государственного обслуживания и распределения бюджетных средств, во всех случаях с учетом поддержки за счет выделения большего объема финансирования. Эта работа, в свою очередь, должна строиться на основе более сильного контроля и работы на уровне общины, с тем чтобы в большей степени реагировать на нужды бедных, создать систему отчетности местных служб и обеспечить семьям весь спектр преимуществ, обусловленных предоставляемыми услугами.

Некоторые последние глобальные инициативы в области борьбы с болезнями, включая ТБ, лепру, дракункулез и болезнь Шагаса, оказались весьма успешными с точки зрения качества обслуживания и в ряде случаев - изменения привычек и поведения в некоторых весьма трудных ситуациях в пределах обширных географических районов. Одной из важных особенностей этих инициатив является включение жестких систем мониторинга, оценки, отчетности и финансового контроля в качестве механизмов обеспечения работы по достижению этих целей, обнаружению и корректировке проблем и полной отчетности в отношении использования ресурсов. В результате происходит значительное накопление фактических данных, касающихся как степени достигнутого прогресса, так и реализации оперативных и управленческих стратегий, способствующих достижению успеха. Уроки этого опыта можно с успехом использовать в управлении оперативной работой, особенно в плане оказания медико-санитарных услуг на уровне, *”близком к клиенту”*.

В большинстве стран система СТС предполагает участие в этой работе как государственных, так и негосударственных провайдеров медицинских услуг в условиях финансирования, гарантируемого государством. Правительство может непосредственно владеть служебными подразделениями на правах собственности и управлять их работой или может привлечь для этой цели на условиях подряда коммерческих или некоммерческих провайдеров. Государственные системы здравоохранения в бедных странах были настолько слабы в последние годы и настолько испытывали недостаток в финансовых средствах, что в результате этого сформировался значительный неправительственный сектор здравоохранения, построенный на принципах частной практики и с участием провайдеров услуг по линии религиозных учреждений и неправительственных организаций. Наличие этих самых разнообразных провайдеров весьма полезно в том плане, что оно обеспечивает соответствующую конкуренцию и служит своего рода предохранительным клапаном в случае сбоя в работе государственной системы. Это также свершившийся факт в большинстве бедных стран во всем мире.

Разумная глобальная стратегия в области здравоохранения позволит также обрести новые знания. Одной из важнейших областей обретения таких знаний являются оперативные исследования, касающиеся протоколов лечения в странах с низким уровнем дохода<sup>7</sup>. Нам предстоит еще очень многое узнать о том, что фактически работает, почему работает или почему не работает во многих группах с низким уровнем дохода, особенно там, где система медицинского вмешательства до сих пор не использовалась или не получила документального отражения. Даже в тех случаях, когда базовые технологии борьбы с болезнями ясны и находят универсальное применение, местные условия в каждом конкретном случае обуславливают необходимость решения особых проблем материально-технического снабжения, поддержки работы, дозировки, обеспечения услуг и разработки лекарств, которые должны быть определены путем проведения оперативных исследований на местном уровне. Мы рекомендуем, чтобы по линии проектов, конкретно ориентированных на ту или иную страну, выделялось, в порядке обычной практики, как минимум 5% всех ресурсов на оперативные исследования, связанные с данным проектом, в целях анализа эффективности, оптимизации протоколов лечения, экономических аспектов альтернативных вмешательств и способов оказания услуг и предпочтений населения/пациентов.

Существует также настоятельная необходимость в инвестициях в новые и более совершенные технологии в целях борьбы со смертельными заболеваниями. Нынешний прогресс в области геномики, например, гораздо в большей степени приближает нас к вакцинам против малярии и ВИЧ/СПИДа, которые мы пытаемся уже давно найти, и к защите против туберкулеза, которая действовала бы на протяжении всей жизни. Вместе с тем, наука - вещь, как всегда, сложная, а результаты неясны. Имеющиеся данные позволяют предположить вероятность большой социальной отдачи от инвестиций в исследования, гораздо большей по сравнению с нынешними уровнями. Независимо от того, будут разработаны эффективные вакцины или нет, в любом случае нужны будут новые лекарства с учетом постоянного повышения резистентности штаммов тех или иных болезнетворных микроорганизмов к лекарственным средствам. В этой связи Комиссия призывает существенно увеличить объемы финансирования глобальных исследований и разработок в связи с тяжелым бременем болезней, которое приходится нести беднейшим слоям населения. Мы обращаем особое внимание на те болезни, которые сосредоточены главным образом в беднейших странах. Рынки богатых стран слабо стимулируют исследования этих болезней и разработки, которые охватывают лишь относительно небольшое число случаев, имеющих место в этих богатых странах<sup>8</sup>. Мы также подчеркиваем необходимость исследований в области репродуктивного здоровья, например, в области новых микробицидов, которые могли бы блокировать передачу ВИЧ/СПИДа и улучшить методы профилактики и лечения состояний, связанных с родами, которые могут представлять опасность для жизни.

Нам также срочно нужны дополнительные инвестиции в другие области знаний. Необходимо активизировать фундаментальные и прикладные научные исследования в биомедицинских науках и науках о здоровье в странах с низким уровнем дохода наряду с активизацией исследований и разработок, ориентированных на конкретные болезни<sup>9</sup>. Необходимо также значительно улучшить с помощью более совершенной системы эпиднадзора и отчетности состояние эпидемиологических знаний: кто болеет и умирает и от каких болезней. Что касается общественного здравоохранения, то такие знания являются одним из важнейших инструментов успешной борьбы с болезнями. Эпиднадзор также жизненно необходим в случае многих неинфекционных болезней, включая психическое здоровье, последствия насилия и травм и быстро распространяющиеся болезни, связанные с потреблением табака и

нарушением режима и рациона питания. И наконец, нам нужна гораздо более совершенная система медицинского консультирования и подготовки кадров во всех странах с низким уровнем дохода, с тем чтобы уроки, извлеченные из опыта в одной стране, можно было перенести на другие страны. Международное распространение новых знаний и “наиболее эффективных видов практики” - центральная функция таких организаций, как Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк, является одной из основных движущих сил в создании потенциала и задач, которую в настоящее время можно гораздо проще решить с помощью дешевых методов, имеющихся в системе Интернет.

Война против болезней требует не только финансовых ресурсов, достаточных технологий и политической приверженности, но и соответствующих стратегий, оперативных принципов ответственности и потенциала постоянного накопления знаний. В этой связи Комиссия посвятила значительную часть своей работы анализу практических методов организации массированного наращивания потенциала доноров в области медицинского обслуживания в странах с низким уровнем дохода в условиях соответствующей поддержки со стороны доноров. В начале нашего изложения мы отметили изменения, которые необходимо будет произвести на местах в самих странах. В конечном итоге, важнейшие медико-санитарные услуги оказываются в общинах, в которых проживают бедные. Поэтому наращивание потенциала должно начинаться с организации системы оказания услуг СТС на местном уровне. Здесь исключительно важную роль призвано играть подключение к этой работе общин и, в более общем плане, активное налаживание широких партнерских связей между государственным и частным секторами и гражданским обществом. Система СТС должна также получать поддержку по линии общенациональных программ по некоторым важнейшим заболеваниям, таким, как малярия, ВИЧ/СПИД и туберкулез. Такие целенаправленные программы обладают важными преимуществами в тех случаях, когда они должным образом включены в систему оказания медицинских услуг на уровне общины путем мобилизации разнообразного опыта и знаний, которых у нее нет, привлечения внимания и финансовых средств со стороны общественности, мобилизации политической энергии и обеспечения публичной отчетности по конкретным результатам.

Поскольку для наращивания потенциала потребуется существенно увеличить объем международного финансирования, необходимо наладить эффективные партнерские связи между донорами и странами-



получателями помощи на основе взаимного доверия и результативности работы. В этой связи необходимо изменить механизмы финансирования со стороны доноров - момент, который получил признание в международной системе в течение прошедших трех лет в форме творческого введения в действие новой рамочной программы сокращения масштабов нищеты, которая зачастую проходит под названием *”Рамочный документ о стратегии сокращения масштабов нищеты” (ССМН)*<sup>10</sup>. Предварительные результаты процесса ССМН, полученные на сегодняшний день, обнадеживают, и в этой связи Комиссия поддерживает этот новый процесс<sup>11</sup>. Массированная атака на болезни в соответствии с принципами, которые мы рекомендуем, поможет обеспечить успешное применение этого зарождающегося подхода к формированию отношений между донорами и получателями помощи. К сильным сторонам ССМН относятся: (1) более масштабное списание долга, (2) ведущую роль стран в разработке национальной стратегии, (3) четкое подключение гражданского общества к реализации каждого этапа процесса, (4) комплексный подход к сокращению масштабов нищеты и (5) более четкая координация работы доноров в поддержку целей, поставленных данной страной. Все эти меры применимы и фактически имеют жизненно важное значение для успешной реализации предложенной здесь инициативы в области здравоохранения. Для достижения потенциальных выгод от реализации рамочной программы ССМН страны-доноры и получатели помощи должны уточнить схему устойчивого финансирования и план инвестиций в сектор здравоохранения в качестве составной части системы ССМН в области здравоохранения.

Хотя мы выступаем за значительное увеличение инвестиций в сам сектор здравоохранения, мы вместе с тем подчеркиваем необходимость дополнительных инвестиций в области, оказывающие важное воздействие на снижение остроты проблемы нищеты (включая последствия для здоровья). Сюда входит работа по совершенствованию образования, водоснабжения и канализации и сельского хозяйства. Например, образование является ключевым фактором, определяющим состояние здоровья, поскольку оно имеет образовательный статус. Инвестиции в различные секторы работают более эффективно, когда они осуществляются в сочетании друг с другом, - момент, который нашел отражение в процессе ССМН. Вместе с тем, здесь мы не проводим оценку расходов вне сектора здравоохранения<sup>12</sup>.

В контексте ССМН Комиссия рекомендует каждой развивающейся стране создать временную Национальную комиссию по макроэкономиче-



ке и здравоохранению (НКМЗ) или ее аналог под совместным руководством министров здравоохранения и финансов и с привлечением к участию в ее работе ключевых представителей гражданского общества в целях организации и ведения работы по наращиванию потенциала<sup>13</sup>. Каждая НКМЗ могла бы проводить оценку национальных приоритетов в области здравоохранения, разрабатывать многолетнюю стратегию по расширению охвата населения основными медико-санитарными услугами, учитывать синергический эффект, обусловленный сотрудничеством с другими ключевыми секторами, оказывающими услуги в области здравоохранения, и обеспечивать соответствие требованиям разумной макроэкономической политики. План разрабатывается на основе значительного расширения международной помощи в форме грантов. Национальные комиссии могли бы работать вместе с ВОЗ и Всемирным банком в целях разработки эпидемиологических базовых условий, количественно определенных рабочих целей и среднесрочного плана финансирования. Каждая комиссия должна завершить свою работу в течение двух лет, то есть к концу 2003 года.

Мы рекомендуем, чтобы каждая страна определила общую программу “основных услуг”, представляющую собой гарантированное всеобщее покрытие за счет государственного (плюс донорского) финансирования. В процессе выбора этих основных услуг мы предлагаем использовать следующие четыре основные критерия: (1) эти услуги должны быть технически эффективными и предусматривать возможность успешной реализации; (2) целевые болезни должны представлять собой тяжелое бремя, которое ложится на общество, с учетом как индивидуальных болезней, так и связанных с ними социальных последствий (таких, как эпидемии и негативные экономические последствия); (3) социальные выгоды должны превосходить расходы по оказанию услуг (с учетом выгод, выражающихся, в том числе, в спасенных годах жизни и побочных последствиях, таких как снижение количества сирот или более быстрый экономический рост); и (4) усиление акцента на удовлетворение потребностей беднейших слоев населения.

Мы полагаем, что к 2010 г. около 8 млн жизней *в год* могут быть в принципе спасены - главным образом в странах с низким уровнем дохода - посредством реализации рекомендованных здесь основных мер вмешательства против инфекционных болезней и недостаточности питания<sup>14</sup>. КМЗ провела калькуляцию расходов по обеспечению этого расширенного охвата<sup>15</sup>, включая связанные с этим общие расходы по расширению данной системы и надзора за ее работой для всех стран, у

которых ВВП в 1999 г. на душу населения составлял 1 200 долларов США, плюс для остальной группы африканских стран, расположенных к югу от Сахары, с доходом выше 1 200 долларов США (список стран см. в Таблице А2.В полного текста доклада)<sup>16</sup>. Общая смета ежегодных ассигнований на здравоохранение в этой группе стран увеличится на 57 млрд долларов США к 2007 г. и на 94 млрд долларов США к 2015 г. (Таблица А2.3 полного текста доклада)<sup>17</sup>. В общем и целом, странам придется выделять дополнительно 35 млрд долларов США в год к 2007 и 63 млрд долларов США в год к 2015 году. Со своей стороны, доноры внесут, как предполагается, финансовые средства в виде грантов на дополнительную сумму в размере 22 млрд долларов США в год к 2007 г. и 31 млрд долларов США в год к 2015 г. (Таблица А2.6 полного текста доклада)<sup>18</sup>. Нынешняя официальная помощь на цели развития (ОПР) составляет порядка 6 млрд долларов США<sup>19</sup>. Общий объем финансирования со стороны доноров, включая как страновые программы, так и глобальные общественно необходимые блага, составит 27 млрд долларов США в 2007 г. и 38 млрд долларов США в 2015 году. Повышение объема финансирования со стороны доноров на цели здравоохранения будет дополнительным к нынешним общим потокам помощи, поскольку объем помощи следует также увеличить и во многих других областях, помимо сектора здравоохранения.

В большинстве случаев помощь со стороны доноров будет направляться в наименее развитые страны, которые нуждаются в наибольшем объеме помощи, в виде грантов в целях расширения охвата населения медицинскими услугами. Для этих стран общий ежегодный объем расходов на здравоохранение увеличится на 17 млрд долларов США к 2007 г. и на 29 млрд долларов США к 2015 г. по сравнению с уровнем 2002 года. С учетом исключительно низкого уровня доходов в этих странах уровень мобилизации внутренних ресурсов будет гораздо ниже требуемого уровня, однако он должен увеличиться на 4 млрд долларов США к 2007 г. и на 9 млрд долларов США к 2015 году. Этот разрыв должен быть ликвидирован за счет доноров, которые, по прогнозам, должны оказать помощь в виде грантов на уровне 14 млрд долларов США в год в 2007 г. и 21 млрд долларов США в год в 2015 году. Мы также предусматриваем, что наибольшая доля помощи со стороны доноров придется на Африку, что отражает как существующую в Африке нищету, так и широкое распространение болезней. На профилактику и лечение СПИДа придется около половины общих расходов, связанных с наращиванием потенциала<sup>20</sup>.

Для того чтобы лучше представить себе эти суммы, было бы небезынтересно рассмотреть расходы по оказанию медико-санитарных услуг в расчете на душу населения. Мы считаем, что в среднем набор основных медико-санитарных услуг обходится приблизительно в 34 доллара США на человека в год - на самом деле это очень скромная сумма, особенно если ее сравнить со средним показателем расходов на здравоохранение на душу населения в странах с высоким уровнем дохода, где этот показатель составляет более 2 000 долларов США в год. Наименее развитые страны могут мобилизовать около 15 долларов США на душу населения в год к 2007 г. (практически 5 % от дохода на душу населения). В этой связи разрыв составит 19 долларов США на человека в год. С учетом того, что в наименее развитых странах в 2007 г. будет проживать 750 млн человек, эта цифра составит приблизительно 14 млрд долларов США. Другие страны с низким уровнем дохода могут мобилизовать около 32 долларов США на человека в среднем (и в этом случае приблизительно 5 % от дохода на душу населения). Некоторым из этих стран потребуется помощь со стороны доноров, для того чтобы удовлетворить потребность в размере 34 доллара США на человека, другим же странам такая помощь не понадобится. Общая численность населения других стран с низким уровнем дохода составит в 2007 г. порядка 2 млрд человек, поэтому при расчете их потребностей на страновой основе им нужно будет приблизительно 3 доллара США на душу населения в среднем для ликвидации финансового разрыва, в результате чего общий объем помощи со стороны доноров составит приблизительно 6 млрд долларов США. Странам со средним уровнем дохода, находящимся в нижней части этого диапазона, потребуется дополнительно 1,5 млрд долларов США, главным образом на покрытие высоких расходов на профилактику и лечение СПИДа.

Здесь важно рассмотреть общую помощь со стороны доноров с учетом перспективы на будущее. Хотя требуемая помощь значительна по отношению к нынешней помощи со стороны доноров на цели здравоохранения, она все же составит всего лишь около 0,1 % от ВНП доноров и оставит широкие возможности для значительного увеличения в других областях, в которые направляется, по мере необходимости, помощь доноров. Мы подчеркиваем тот факт, что увеличение объема помощи на цели здравоохранения должно носить дополнительный характер к нынешним потокам помощи, поскольку более существенный объем помощи понадобится фактически не только в области здравоохранения, но и в области образования, канализации, водоснабжения и в дру-

гих областях. Опять же, хотя потоки финансовой помощи со стороны доноров кажутся значительными по сравнению с нынешними расходами на здравоохранение, особенно в наиболее бедных странах, это говорит лишь о том, как мало они тратят, что, в свою очередь, отражает низкий уровень их доходов. Работа по расширению помощи сектору здравоохранения должна проводиться поэтапно с целью обеспечения такого положения, при котором ресурсы использовались бы эффективно и честно, что и вынудило предусмотреть показанный в Таблице 7 полного текста доклада график увеличения охвата, положенный в основу нашей калькуляции расходов. Необходимо иметь в виду, что помощь со стороны доноров потребуется в течение длительного периода времени, продолжительностью порядка 20 лет, однако впоследствии, по мере повышения дохода на душу населения в соответствующих странах, у которых в результате этого будут более широкие возможности для покрытия основных медико-санитарных услуг за счет собственных ресурсов, ее можно будет постепенно уменьшать.

Эта программа должна обеспечить гораздо большие экономические выгоды по сравнению с расходами на ее реализацию. Восемь миллионов жизней, спасенных от инфекционных заболеваний и недостаточности питания, - это еще и гораздо большее число спасенных *лет* жизни инфицированных больных, а также соответствующее повышение качества жизни. Экономисты говорят о спасенных годах жизни, скорректированных на инвалидность (DALYs)<sup>21</sup>, что приведет к увеличению продолжительности жизни и сокращению количества лет жизни с инвалидностью. Мы полагаем, что на каждые 8 млн смертей, которые удастся предотвратить, придется около 330 млн спасенных лет жизни с инвалидностью. В предположении, по самым скромным оценкам, что каждый спасенный DALY дает экономическую выгоду в размере годового дохода на душу населения на уровне прогнозируемых 563 долларов США в 2015 г., прямая экономическая выгода от спасения 330 млн DALYs составит 186 млрд долларов США в год, а, возможно, и превысит эту сумму в несколько раз<sup>22</sup>. Это также приведет к ускорению экономического роста, в результате чего спасенное количество DALYs поможет разорвать порочный круг нищеты, который стоит непреодолимой преградой на пути экономического роста в странах с низкой экономикой и высоким уровнем смертности. В результате повышения дохода на душу населения это позволит увеличить общие поступления на десятки, а то и на сотни миллиардов долларов в год.

Сумма в 27 млрд долларов США, которая составит общий объем помощи в форме грантов в 2007 г., будет направлена на следующие три цели: (1) оказание помощи странам с низким уровнем дохода (и небольшому числу стран со средним уровнем дохода на покрытие расходов, связанных с ВИЧ/СПИДом) в порядке дополнительной помощи на покрытие расходов, связанных с наращиванием потенциала по обеспечению основных медико-санитарных услуг и развитию системы здравоохранения (22 млрд долларов США в разбивке по позициям в Приложении 2); (2) инвестиции в научные исследования и разработки, целенаправленно выделенные на лечение болезней бедных (3 млрд долларов США); и (3) увеличение объема глобальных общественно необходимых благ, обеспечиваемых международными учреждениями, занимающимися вопросами координации работы на мировом уровне, включая ВОЗ, Всемирный банк и другие специализированные учреждения Организации Объединенных Наций (2 млрд долларов США). Предполагается также выделение дополнительной помощи в виде займов на нелегальных условиях для стран со средним уровнем дохода<sup>23</sup>. Мы полагаем, что в случае хорошо организованной и распределенной по этапам работы в соответствии с графиком, который мы рекомендуем, эти требуемые потоки финансовых средств могут быть освоены развивающимися странами без ненужной дестабилизации на макроэкономическом или секторальном уровнях.

Эти финансовые цели представляют собой своего рода стремление к тому, что должно быть сделано, нежели прогноз того, что произойдет на самом деле. Мы все прекрасно осведомлены о странах-донорах, которые пренебрегают своими международными обязательствами несмотря на огромное материальное богатство, и о странах-получателях помощи, которые отказываются от организации системы управления, которая необходима для того, чтобы спасти свой собственный народ. Вполне возможно, что объем финансирования увеличится незначительно; доноры, возможно, дадут миллионы, когда нужны миллиарды, а обнищавшие страны будут бороться против собственного народа, а не против болезней, в результате чего мировое сообщество не сможет ничем помочь. Мы не наивны: это не случайно, что миллионы людей - безмолвных, беспомощных, не замечаемых средствами массовой информации - ежегодно умирают, когда их можно было бы спасти<sup>24</sup>.

Обеспечение таких крупных объемов помощи со стороны доноров предполагает необходимость разработки нового *принципа работы*. Комиссия решительно поддерживает создание Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСМ), деятельность

которого на первоначальном этапе будет сосредоточена на финансировании глобальных ответных мер на распространение СПИДа, малярии и ТБ. Мы рекомендуем увеличивать капитал ГФСТМ приблизительно до 8 млрд долларов США в год к 2007 г. в качестве части общей донорской помощи в размере 22 млрд долларов США на страновые программы. С учетом исключительной сложности проблемы, которую представляет собой СПИД, и его способности обратить вспять тенденцию экономического развития в Африке и других регионах на десятилетия вперед, мы полагаем, что ГФСТМ должен поддерживать целенаправленную и активную программу, направленную на профилактику новых случаев инфекционных заболеваний наряду с лечением тех, кто уже инфицирован. Работа в области профилактики должна быть направлена на обеспечение: широкого охвата программами профилактики весьма уязвимых групп, включая работников секс-индустрии и лиц, инъектирующих наркотические средства; широкого доступа к лечению инфекционных болезней, передаваемых половым путем (ИППП); добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) и мер вмешательства по нейтрализации передачи инфекционных болезней от матери ребенку. С учетом расходов и проблем, связанных с наращиванием потенциала в области лечения, в особенности с использованием антиретровирусной терапии (АРТ), эффективным образом и без усиления резистентности вирусов к лекарственным средствам, эта работа по наращиванию должна подвергаться тщательному мониторингу, основываться на научных данных и быть предметом интенсивных оперативных исследований. Мы согласны с оценками ЮНЭЙДС и программами ВОЗ-АРТ, в соответствии с которыми к 2006 г. 5 млн человек могут получить доступ к антиретровирусному лечению в условиях низкого уровня дохода<sup>25</sup>.

Для помощи в распределении возрастающего объема средств на исследование и разработки, мы поддерживаем идею учреждения нового Глобального фонда для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ), по линии которого будут производиться выплаты в сумме порядка 1,5 млрд долларов США в год. Этот фонд будет поддерживать фундаментальные и прикладные исследования в области биомедицины и наук о здоровье с упором на проблемы здоровья, с которыми сталкиваются беднейшие слои населения, и на системы и политику в области здравоохранения, которые необходимы для решения этих проблем. Дополнительные 1,5 млрд долларов США в год на поддержку исследований и разработок должны поступить по существующим каналам. Они включают Специальную программу по исследованиям и обучению в об-

ласти тропических болезней (TDR), Инициативу исследованиям в области вакцин (IVR), Специальную программу по исследованиям, развитию и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP) (все они базируются в ВОЗ) и партнерские связи между государственным и частным секторами по борьбе со СПИДом, ТБ, малярией и программами борьбы с другими болезнями, которые были созданы в последнее время. В обоих случаях предсказуемость увеличения объемов финансирования играла бы исключительно важную роль, поскольку исследования и разработки представляют собой долгосрочные мероприятия. Существующий Глобальный форум исследований в области здравоохранения мог бы играть важную роль в эффективном распределении всей этой общей помощи. Для поддержки этой работы по расширению исследований и разработок мы решительно выступаем за беспрепятственное распространение ведущих научных журналов через Интернет, что позволит расширить доступ ученых в странах с низким уровнем дохода к этому исключительно важному инструменту научных исследований.

Государственный сектор не может нести это бремя сам. В этой работе ему должна помогать фармацевтическая промышленность. Корпоративные принципы, которые способствовали созданию в последнее время заслуживающих самой положительной оценки программ бесплатного распространения лекарственных средств и скидок, должны получить всеобщее распространение в целях поддержки работы по наращиванию потенциала в области медико-санитарной помощи в бедных странах. Фармацевтической промышленности необходимо обеспечить широкий доступ стран с низким уровнем дохода (и от их имени соответствующих доноров) к основным лекарственным средствам по цене, близкой к себестоимости (которую иногда называют *самой низкой коммерчески выгодной ценой*), а не по гораздо более высоким ценам, которые типичны для рынков стран с высоким уровнем дохода. По нашим оценкам, промышленность готова взять на себя такое обязательство, обеспечив тем самым доступ беднейших слоев населения к основным лекарственным средствам посредством как дифференцирования цен, так и выдачи лицензий на изготовление своей продукции под незапатентованным названием<sup>26</sup>. Если объем помощи со стороны промышленности будет недостаточным, или если эта помощь не будет оказываться на повсеместной и надежной основе, то в этом случае следует применять правила международной торговли, регламентирующие доступ к основным лекарственным средствам таким образом, чтобы это обеспечивало те же результаты. В то же время исключительно важно обеспечить такое положение, при



котором более широкий доступ беднейших слоев населения не подрывал бы стимул к дальнейшим инновациям, которые определяется системой прав интеллектуальной собственности. Частная промышленность вне фармацевтического сектора также должна играть определенную роль, в том числе путем обеспечения того, чтобы ее собственные трудовые ресурсы, которые являются основой производительности фирм, имели доступ к знаниям и медицинским услугам, которые обеспечивали бы их благополучие и здоровье. Например, горнорудные компании на юге Африки, являющейся эпицентром ВИЧ/СПИДа, должны нести особую ответственность по оказанию помощи в деле предотвращения передачи этой болезни и работать с правительством и донорами в целях обеспечения доступа их рабочих к системе медицинской помощи. Основные выводы Комиссии в отношении связей между здоровьем и развитием кратко излагаются в Таблице 2. Программа действий кратко излагается в Таблице 3. Наши конкретные рекомендации в отношении увеличения международной помощи со стороны доноров и внутреннего финансирования излагаются в Таблице 4.

В условиях, когда глобализация проходит самую жесткую проверку, мировое сообщество должно сделать все, чтобы выполнить взятые им на себя торжественные обязательства по сокращению масштабов нищеты и укреплению здоровья. Людские, научные и финансовые ресурсы, которые обеспечат успех, существуют, однако сегодня их необходимо мобилизовать. Сейчас, когда мировое сообщество встало на путь ожесточенной борьбы против зла, порождаемого терроризмом, тем более важно добиться того, чтобы оно взяло на себя в то же время обязательство поддерживать миллионы людей также с помощью мирных средств, используя в этих целях самое лучшее, что есть в нашей современной науке и технологии, и огромное благосостояние богатых стран. Это будет попытка, которая вдохновит и объединит народы всего мира. Мы призываем лидеров международного сообщества - в странах-донорах и получателях помощи, в международных учреждениях, таких, как Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения, Всемирная торговая организация, Организация экономического сотрудничества и развития и Международный валютный фонд, в частных предприятиях и в гражданском обществе - воспользоваться возможностями, которые определены в этом докладе. Теперь, объединившись, мировое сообщество может начать процесс и способствовать глобальным инвестициям в работу по укреплению здоровья, которая позволит изменить жизнь и дать средства к существованию беднейшим слоям населения.



**Таблица 2.** ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ, КАСАЮЩИЕСЯ СВЯЗИ МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И РАЗВИТИЕМ

1. Здоровье является полноправной приоритетной целью, а также основным ресурсом экономического развития и сокращения масштабов нищеты. Важность вложения средств в укрепление здоровья в значительной мере недооценивается, причем не только аналитиками, но и правительствами развивающихся стран и международным сообществом доноров. Увеличение инвестиций в укрепление здоровья, как подчеркивается в настоящем докладе, приведет к увеличению поступлений в странах с низким уровнем дохода на сотни миллиардов долларов в год. Существуют огромные социальные выгоды от обеспечения более высоких уровней охвата беднейших слоев населения медицинскими услугами, в том числе побочные последствия, которые скажутся на более зажиточных представителях общества.
2. Дефицит здоровья в значительной мере обусловлен небольшим числом состояний: ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез, детские инфекционные болезни (многие из которых можно предупредить путем вакцинации), материнские и перинатальные состояния, болезни, связанные с употреблением табака, и нехватка микроэлементов. В настоящее время существуют эффективные меры вмешательства по профилактике и лечению этих состояний. В результате реализации четкой и целенаправленной программы к концу этого десятилетия можно было бы предотвратить восемь миллионов смертей в год, обусловленных этими состояниями.
3. Пандемия ВИЧ/СПИДа представляет собой отдельную и беспрецедентную катастрофу по своему воздействию на людей и своим последствиям для экономического развития. В этой связи она требует к себе особого внимания. В настоящее время есть апробированные и проверенные методы вмешательства в рамках сектора здравоохранения, позволяющие устранить большинство причин дефицита здоровья, включая ВИЧ/СПИД.
4. Исключительно важными параллельными инвестициями в борьбу против болезней являются инвестиции в репродуктивное здоровье, включая планирование размеров семьи и доступ к противозачаточным средствам. Сочетание методов борьбы против болезней и укрепления репродуктивного здоровья может привести к снижению рождаемости, более существенным инвестициям в укрепление здоровья и образование каждого ребенка и снижению роста численности населения.
5. Уровень расходов на укрепление здоровья в странах с низким уровнем дохода недостаточен для решения проблем, с которыми они сталкиваются в области здравоохранения. Мы полагаем, что минимальные финансовые потребности на покрытие основных мер вмешательства, включая меры по борьбе против пандемии СПИДа, должны составлять порядка 30-40 долларов США на человека в год с учетом того, что большая часть этой суммы должна финансироваться не по линии бюджета, а скорее по линии частного сектора. Нынешние расходы на здравоохранение значительно ниже. Средний показатель по наименее развитым странам составляет приблизительно 13 долларов США на человека в год в общем объеме расходов на здравоохранение, из которых на бюджетные ассигнования приходится всего лишь 7 долларов США. Другие страны с низким уровнем дохода тратят в среднем приблизительно 24 доллара США на душу населения в год, из которых на бюджетные средства приходится 13 долларов США.

6. Бедные страны имеют возможность увеличить внутренние ресурсы, которые они мобилизуют на цели здравоохранения, и использовать эти ресурсы более эффективно. Даже с учетом более эффективного распределения и большего объема мобилизации ресурсов уровни финансирования, необходимые для покрытия основных услуг, гораздо выше финансовых возможностей многих стран с низким уровнем дохода, а также некоторых стран со средним уровнем дохода, для которых характерна большая распространенность ВИЧ/СПИДа.

---
7. Для того чтобы ликвидировать этот финансовый разрыв, понадобятся финансовые средства со стороны доноров в сочетании с более активными усилиями со стороны самих стран - получателей помощи. Мы полагаем, что для наращивания инвестиций на цели здравоохранения в мировом масштабе в интересах стран с низким уровнем дохода в порядке обеспечения основных услуг на уровне 30-40 долларов США на человека потребуется к 2007 г. приблизительно 27 млрд долларов США в год в виде грантов со стороны доноров против приблизительно 6 млрд долларов США в год, которые ассигнуются в настоящее время. Эти ассигнования должны быть дополнительными к другим видам финансирования со стороны доноров, поскольку увеличить объем помощи необходимо и в других связанных с этим областях, таких, как образование, водоснабжение и канализация.

---
8. Расширение охвата беднейших слоев населения медико-санитарными услугами предполагает необходимость более существенных финансовых инвестиций в конкретные меры вмешательства со стороны сектора здравоохранения, а также должным образом структурированной системы оказания медицинских услуг, которые могли бы дойти до этих беднейших слоев. Самой приоритетной работой в этом плане является создание системы оказания услуг на местном ("ближе к клиенту") уровне, дополненной общенациональными программами по борьбе с некоторыми важнейшими болезнями. Успешное осуществление такой программы нуждается в политической и административной поддержке, укреплении технического и административного опыта стран, значительном укреплении систем государственного управления и создании систем подотчетности на уровне общины. Оно также нуждается в новых подходах к организации связи между донорами и получателями помощи.

---
9. Эффективная борьба против "болезней бедных" требует также существенных инвестиций в глобальные общественно необходимые блага, включая активизацию сбора и анализа эпидемиологических данных, эпиднадзора за инфекционными болезнями и исследований и разработок в отношении болезней, которые сосредоточены в бедных странах (зачастую, хотя и не всегда, тропические болезни).

---
10. В целях обеспечения надежного доступа всех стран с низким уровнем дохода к основным медицинским препаратам нужны согласованные усилия со стороны фармацевтической промышленности, правительств стран с низким уровнем дохода, доноров и международных учреждений.

---

**Таблица 3.** ПРОГРАММА ИНВЕСТИЦИЙ В УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ЦЕЛЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Каждой стране с низким и средним уровнем дохода следует учредить временную Национальную комиссию по макроэкономике и здравоохранению (НКМЗ) или эквивалентный ей орган в целях разработки долгосрочной программы укрепления системы основных медико-санитарных услуг в качестве части их общей рамочной программы, предусмотренной в докладе о стратегии сокращения масштабов нищеты (ССМН). ВОЗ и Всемирному банку следует оказать национальным комиссиям помощь по учреждению эпидемиологических базовых принципов, оперативных целевых показателей и рамочной программы долгосрочного финансирования со стороны доноров. НКМЗ должны завершить свою работу к концу 2003 года.
2. Финансирование стратегии должно предусматривать увеличение внутренних бюджетных ресурсов на цели здравоохранения в размере 1 % ВВП к 2007 г. и 2 % ВВП к 2015 г. (или меньше, если для покрытия расходов по наращиванию потенциала нужна меньшая сумма, что может иметь место в некоторых странах со средним уровнем дохода). Для стран с низким уровнем дохода это предполагает дополнительные бюджетные ассигнования в размере 23 млрд долларов США к 2007 г. и 40 млрд долларов США к 2015 г., из которых наименее развитые страны должны сами обеспечить 4 млрд долларов США к 2007 г. и 9 млрд долларов США к 2015 г., а остаток должен быть покрыт другими странами с низким уровнем дохода. Странам следует также предпринять шаги по повышению эффективности расходования внутренних ресурсов, включая придание более правильного уровня приоритетности медико-санитарным услугам и поощрение схем финансирования на уровне общины в порядке более эффективного объединения рисков в интересах бедных домашних хозяйств.
3. Международному сообществу доноров следует взять на себя обязательства по выделению адекватных ресурсов в виде грантов для стран с низким уровнем дохода в целях обеспечения всеобщего охвата основными услугами, а также увеличения потенциала в области исследований и разработок и других общественно необходимых благ. Некоторым странам со средним уровнем дохода также понадобится помощь в виде грантов на цели покрытия финансовых расходов по более активной борьбе с ВИЧ/СПИДом. По нашим оценкам, общие потребности в грантах со стороны доноров составят 27 млрд долларов США в год в 2007 г. и 38 млрд долларов США в год в 2015 году. Кроме того, Всемирному банку и региональным банкам развития следует предоставлять странам со средним уровнем дохода более существенные объемы займов на нелюбимых условиях для модернизации их систем здравоохранения. Распределение финансовых обязательств доноров выглядит приблизительно следующим образом:

	2007 г.	2015 г.
Программы на страновом уровне	22 млрд долларов США	31 млрд долларов США
Исследования и разработки в области "болезней бедных"	3 млрд долларов США	4 млрд долларов США
Обеспечение других глобальных общественно необходимых благ	2 млрд долларов США	3 млрд долларов США
Итого	27 млрд долларов США	38 млрд долларов США

ВОЗ и Всемирному банку вместе с руководящим комитетом стран-доноров и получателей помощи следует поручить координацию и мониторинг процесса мобилизации ресурсов. Реализация этого перспективного плана по значительному увеличению помощи на цели здравоохранения предполагает необходимость донорской помощи работе по наращиванию потенциала в области осуществления и решения управленческих и других проблем. Однако в тех случаях, когда фонды используются не должным образом, по соображениям надежности необходимо сократить финансирование и использовать его на поддержку работ по созданию потенциала и программ НПО.

4. Международному сообществу следует учредить два новых механизма финансирования со следующей приблизительной шкалой ежегодных ассигнований к 2007 г.: Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) - 8 млрд долларов США; и Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ) - 1,5 млрд долларов США. Дополнительные ассигнования на исследования и разработки в размере 1,5 млрд долларов США в год следует направить в действующие программы, такие как TDR, IVR и HRP, которые базируются в ВОЗ, а также Глобальному форуму исследований в области здравоохранения и различным партнерским объединениям государственного и частного секторов, которые в настоящее время проводят работу по разработке новых лекарственных средств и вакцин. Страновые программы должны также выделять не менее 5 % своих ассигнований на оперативные исследования.

---

5. Обеспечение других глобальных общественно необходимых благ следует активизировать за счет дополнительного финансирования со стороны соответствующих международных учреждений, таких, как Всемирная организация здравоохранения и Всемирный банк, на уровне 1 млрд долларов США в год к 2007 г. и 2 млрд долларов США в год к 2015 году. Эти глобальные общественно необходимые блага включают эпиднадзор за болезнями на международном уровне, сбор и анализ данных о глобальных тенденциях в области здоровья (например, бремя болезней), анализ и распространение на международном уровне наиболее эффективных видов практики, связанной с борьбой против болезней и работой систем здравоохранения, а также техническую помощь и подготовку кадров.

---

6. В целях поддержки работ по стимулированию частного сектора на завершающем этапе разработки лекарственных средств существующее “всеми забытое законодательство, регламентирующее лекарственные средства” в странах с высоким уровнем дохода следует изменить, с тем чтобы оно охватывало “болезни бедных”, например, тропические вирусные болезни. Кроме того, ГФСТМ и другим закупочным донорским структурам следует создать систему предварительных обязательств по закупке новых целевых изделий по коммерчески выгодным ценам.

---

7. Международной фармацевтической промышленности в сотрудничестве со странами с низким уровнем дохода и ВОЗ следует обеспечить доступ стран с низким уровнем дохода к основным медицинским препаратам через посредство системы обязательств по предоставлению основных медицинских препаратов по наиболее низкой коммерчески выгодной цене в странах с низким уровнем дохода и по лицензированию производства основных лекарственных средств под непатентованными названиями, когда это оправдано с точки зрения расходов и/или условий поставки, как об этом подробно говорится в настоящем докладе.

---

8. Правительствам государств - членов ВТО следует предоставить достаточные гарантии развивающимся странам, и, в частности, право тем странам, которые не производят соответствующие фармацевтические изделия, прибегать к принудительному лицензированию импорта поставщиками незапатентованных изделий из третьих стран.

---

9. Международному валютному фонду и Всемирному банку следует работать вместе со странами - получателями помощи в целях включения работы по расширению программ в области здравоохранения и других программ, связанных с сокращением масштабов нищеты, в жизненно важные макроэкономические программы.

**Таблица 4.** РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ДОНОРОВ И СТРАН  
(в млрд долларов США по постоянным ценам за 2002 г.)

	2001 г. (оценки КМЗ)	2007 г.	2015 г.
<b>ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ДОНОРОВ</b>			
<i>Программы на страновом уровне:</i>			
Наименее развитые страны	1,5	14	21
Прочие страны с низким уровнем дохода	2,0	6	8
Страны со средним уровнем дохода,	1,5 ОИП	2	2
	0,5 на нелегальных условиях		
из которых: Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией	0	8	12
<i>Глобальные общественно необходимые блага</i>			
Исследования и разработки,	(<) 0,5	3	4
из которых: Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения	0	1,5	2,5
Международные учреждения	1	2	3
Общие обязательства доноров	7	27	38
<b>ВНУТРЕННИЕ РЕСУРСЫ НА ЦЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>			
Наименее развитые страны	7	11	16
Прочие страны с низким уровнем дохода	43	62	74
<b>ПРОГРАММЫ НА СТРАНОВОМ УРОВНЕ В СТРАНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА</b>			
Обязательства доноров плюс внутренние ресурсы	53,5	93	119

*Примечание: Настоящие рекомендации относятся к ежегодным обязательствам по линии глобальной программы наращивания потенциала. Как подчеркивается в докладе, фактические ассигнования будут зависеть от показателей реализации политики в странах - получателях помощи.*

## ДОКЛАД КОМИССИИ

Мировое сообщество обладает потенциалом как к ежегодному спасению жизней миллионов людей, так и к наращиванию темпов экономического развития в беднейших странах мира. Данный Доклад описывает стратегию достижения этих целей за счет расширения инвестиций, направленных на охрану здоровья бедных слоев населения. Наши выводы основываются на исследованиях и консультациях, проведенных за последние два года, и в особенности на данных, полученных шестью Рабочими группами, которыми было выполнено 87 информационных исследований и выпущено шесть монографий, опубликованных Всемирной организацией здравоохранения<sup>27</sup>. Сотни участников, объединивших свои усилия в этой работе, перечислены в Приложении 1 данного Доклада.

**СВИДЕТЕЛЬСТВО ВЗАИМОСВЯЗИ ВОПРОСОВ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ**

Важность вопросов здоровья невозможно переоценить. По словам лауреата Нобелевской премии Амартья Сен, здоровье (как и образование) является одной из важнейших ценностей человеческой жизни<sup>28</sup>. В глобальном обзоре опроса, представленном на Саммите тысячелетия Организации Объединенных Наций Генеральным секретарем ООН Кофи Аннано (Millenium Poll, United Nations 2000), обладание крепким здоровьем отмечалась мужчинами и женщинами во всем мире как основная жизненная ценность. Страх перед болезнями и преждевременной смертью предают вопросам борьбы с заболеваниями первостепенное значение во всех странах мира и обосновывает включение вопросов здоровья в основные права человека, закрепленные международным правом<sup>29</sup>. Мудрость каждого народа гласящая, что “здоровье есть благополучие”, имеет также и прямой смысл<sup>30</sup>. Здоровье дает возможности для личного роста и обеспечивает экономическую стабильность в будущем как семьям, так и отдельным лицам. От состояния здоровья зависит производительность труда, успехи в учебе, возможности интеллектуального, физического и эмоционального развития. С экономической точки зрения здоровье и образование являются двумя ключевыми составляющими человеческого капитала. Именно они, как показали лауреаты Нобелевской премии Теодор Шульц и Гари Бекер, составляют основу

экономической производительности личности. Наряду с благосостоянием отдельно взятых семей, здоровье населения в целом является важнейшим фактором, позволяющим повысить уровень жизни, способствовать экономическому росту и развитию экономики в масштабе всего общества<sup>31</sup>. Данный факт признается как аналитиками, так и политиками, однако его качественное и количественное значение во многом недооценивается и не принимается в расчет правительствами многих развивающихся стран и стран-доноров при распределении инвестиций<sup>32</sup>. Страны с высоким уровнем заболеваемости обычно испытывают множественные трудности на пути к экономическому прогрессу. И напротив, величайшие “взлеты” в истории экономики, такие как стремительное развитие Великобритании в годы промышленной революции, расцвет южных штатов в США в начале XX века, быстрое развитие стран на юге Европы и Восточной Азии в 1950-1960-х гг., сопровождались значительными успехами в общественном здравоохранении, борьбе с болезнями и улучшением качества питания. Последнее, помимо дополнительной энергетической ценности и увеличения производительности труда, способствовало снижению восприимчивости к инфекциям. Наиболее подробно вышеуказанные исторические параллели проанализированы в трудах профессора Роберта Фогеля, в работах которого описаны взаимосвязи между телосложением и потреблением пищи, и доказано, что качество питания является важнейшим фактором, влияющим на производительность труда в течение жизни (Fogel 1991; 1997; 2000). Снижение смертности, наблюдаемое в последние 200 лет в Европе, во многом связано с увеличением калорийности потребляемой пищи, а также с достижениями здравоохранения и появлением новых медицинских технологий. Как пишет профессор Фогель, “увеличение количества калорий, потенциально затрачиваемых на работу, за последние 200 лет значительно повлияло на темпы роста доходов на душу населения в таких странах, как Франция и Великобритания”<sup>33</sup>.

Экономический эффект от предотвращения заболеваний, в целом, удивительно высок. Заболевания сокращают годовые доходы государств и отдельных лиц, равно как и ухудшают перспективы экономического роста. Ежегодно потери беднейших стран составляют десятки процентов ВВП, что оценивается десятками миллиардов долларов США. Комиссия выявила, что в развивающихся странах инфекционные заболевания, материнская смертность и недоедание, от которых страдают все слои населения, на бедных сказываются намного сильнее, чем на богатых. Исследования, проведенные Всемирным банком (Gwartkin 2000;

Gwartkin et al. 2001), отмечают значительные различия в состоянии здоровья групп с относительно высоким и низким доходом. Например, показатели смертности среди детей из беднейших семей Боливии и Турции были в четыре раза выше, чем в богатых семьях<sup>34</sup>. Согласно другим показателям, связанным с состоянием здоровья и доступом к медицинскому обслуживанию, аналогичный разрыв отмечается и в других странах мира. Более того, случай болезни в бедной семье может стать для нее настоящим бедствием, особенно если приходится жертвовать самым необходимым, чтобы оплатить медицинскую помощь. Совместные усилия по борьбе с болезнями, таким образом, способствуют ликвидации нищеты, предоставляя необходимую помощь беднейшим слоям населения. Инвестиции в здравоохранение занимают особое место в программах по ликвидации бедности, проводящихся сейчас во многих странах с низким доходом.

Существует множество причин роста заболеваемости среди бедных слоев населения. Во-первых, бедные больше подвержены болезням из-за затрудненного доступа к чистой воде и средствам гигиены, безопасному жилищу, медицинской помощи, информации о профилактике болезней и достаточному питанию. Во-вторых, бедные с меньшей вероятностью обратятся за медицинской помощью даже в случае острой необходимости в связи с удаленностью от медицинских учреждений, нехваткой средств на лечение и просто незнанием, как действовать в подобных случаях. В-третьих, как уже упоминалось, необходимость покрытия расходов на лечение может подтолкнуть их к финансовой ловушке, из которой им уже не выбраться - огромным долгам или продаже средств производства (например, земли). Тяжелая болезнь одного из членов семьи может обернуться длительным, иногда растягивающимся на несколько поколений периодом обнищания, когда дети лишаются возможности ходить в школу и вынуждены с ранних лет идти работать.

Макроэкономические данные подтверждают тот факт, что страны с низким уровнем развития здравоохранением и образованием с большим трудом добиваются устойчивого роста и развития по сравнению со странами, где эти проблемы решены. В Таблице 5 показаны темпы роста нескольких десятков развивающихся стран за период с 1965 по 1994 гг. с разбивкой на группы согласно уровню доходов в 1965 г. и показателям младенческой смертности в том же году (как свидетельство общей заболеваемости). Из таблицы видно, что в любой из этих групп страны с более низкой младенческой смертностью достигли большего экономического роста за взятый период. Например, в группе бедней-



**Таблица 5.** ПОКАЗАТЕЛЬ РОСТА ДОХОДОВ НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ, 1965-1994 гг.  
(ИСХОДЯ ИЗ ЛИЧНЫХ ДОХОДОВ И ПМС, 1965 г.)

Показатель младенческой смертности (ПМС), 1965 г.	ПМС ≤ 50	50 < ПМС ≤ 100	100 < ПМС ≤ 150	ПМС > 150
Доход, 1965 г. (в долларах США, приведенный по покупательной способности к уровню 1990 г.)				
ВВП ≤ 750	—	3,7	1,0	0,1
750 < ВВП ≤ 1 500	—	3,4	1,1	-0,7
1 500 < ВВП ≤ 3 000	5,9	1,8	1,1	2,5
3 000 < ВВП ≤ 6 000	2,8	1,7	0,3	—
ВВП > 6 000	1,9	-0,5	—	—

*Примечание:* указанный темп роста представляет простое среднее темпов роста ВВП всех стран, указанных в ячейке.

пных стран (с доходом менее 750 долларов США на человека в год, выраженным в долларах США 1990 г.) в странах с показателем младенческой смертности (ПМС) между 50 и 100 на 1000 детей, родившихся живыми, среднегодовой рост составил 3,7 %, в то время, как в таких же бедных странах с ПМС более 150 среднегодовой рост составил всего 0,1 %<sup>35</sup>.

Связь между улучшением качества здравоохранения и экономическим ростом прослеживается даже при введении в анализ дополнительных экономических параметров с целью отслеживания перекрестной модели развития (Barro and Sala-i-Martin 1995; Bloom and Sachs 1998; Bhargava et al. 2001). Стандартная макроэкономическая перекрестная модель анализа роста основывается на том, что экономический рост за определенный интервал времени является функцией исходного уровня доходов (из-за условной конвергенции), переменных, выражающих экономическую политику страны, и других структурных характеристик экономики, включая показатели здоровья населения. Согласно типичной статистической оценке увеличение продолжительности жизни при рождении (ПЖР) на каждые 10 % связано с увеличением экономического роста не менее чем на 0,3-0,4 процентных пункта в год, при условии, что прочие факторы роста остаются без изменений. Таким образом, выраженные через ПЖР различия в годовом росте стран с высоким уровнем доходов (ПЖР=77 лет) и наименее развитых стран (ПЖР=49 лет) составляет около 1,6 процентных пунктов в год, что с течением времени, накапливаясь, приобретает огромное значение<sup>36</sup>. Различия в состоянии здоровья населения в значительной степени могут объяснить различия в темпах экономического роста, даже если стандартные макро-

экономические параметры остаются без изменений. На сегодняшний день болезни особенно тяжело сказываются на экономическом развитии стран к югу от Сахары, в Южной Азии и в очагах заболеваний и бедности в других регионах мира. Высокая заболеваемость, приводящая к снижению производительности труда, демографических показателей и уровня образования, без сомнения сыграла свою роковую роль в существовании неизменно плачевной ситуации в африканских странах. Недавнее исследование (Bloom and Sachs 1998) показало, что отставание экономического роста в африканских странах более чем наполовину по сравнению с высокоразвитыми странами Восточной Азии статистически объясняется высокой заболеваемостью, тяжелой демографической ситуацией и географическими условиями и не связано с принимаемыми политическими и экономическими решениями, как это традиционно считалось ранее. Высокая распространенность таких заболеваний, как малярия и ВИЧ/СПИД связана с неуклонно быстро снижающимися темпами экономического роста. Так, например, было показано, что высокая заболеваемость малярией приводит к снижению экономического роста на 1 и более процент в год<sup>37</sup>.

Увеличение дохода на душу населения в результате улучшения здоровья населения поистине впечатляет, однако, это лишь одна сторона медали. Даже если бы состояние здоровья населения не влияло на рост доходов на душу населения, экономическое благосостояние все равно бы возрастало из-за увеличения продолжительности жизни. Сравнивая уровень благосостояния в различных странах, важно принимать во внимание как продолжительность жизни, так и годовой доход. В странах с низким уровнем заболеваемости люди в среднем живут дольше, а значит и их суммарный заработок на протяжении жизни выше. Рассмотрим, например, различия в благосостоянии среднего жителя Ботсваны и США. В Ботсване средний годовой доход в 1997 г. в пересчете на покупательскую способность составил около 6 320 долларов США<sup>38</sup>. В Соединенных Штатах средний доход за тот же год составил 30 000 долларов США. На первый взгляд может показаться, что доход на душу населения в США в 5 раз выше. Однако средний 22-летний житель Ботсваны с 12 годами образования за плечами имеет ожидаемый общий доход всей жизни в 61 раз превышающий средний годовой доход (385 000 долларов США), в то время, как из-за потенциально большей продолжительности жизни ожидаемый общий доход 22-летнего американца с аналогичным образованием будет превышать его среднегодовой заработок (3 600 000 долларов США) примерно в 120 раз. Таким образом, при перерасчете на

доход всей жизни (без скидок), их доходы будут отличаться примерно в 10 раз. Разрыв в психологическом благосостоянии (на экономическом жаргоне называемом “utility”) будет еще более внушительным. Более того, увеличение продолжительности жизни, помимо прямого влияния на увеличение продолжительности работоспособного периода, потребления и отдыха, косвенно связано с увеличением экономического благосостояния. Семьи, живущие дольше, вкладывают больше зарабатываемых средств в образование и в инвестиции, так как перспектива долгой жизни позволяет им пользоваться доходами от своих инвестиций на протяжении многих лет.

В связи с тем, что болезни в значительной степени тормозят экономическое развитие, инвестиции в здравоохранение являются важным компонентом стратегии общего развития. Это особенно справедливо в отношении бедных стран, где заболеваемость населения очень высока. Однако, более весомый результат инвестиции в здравоохранение дают в том случае, если они являются частью продуманной стратегии общего развития. Экономический рост подразумевает не только здоровье людей, но и их образование, прочие дополнительные инвестиции, правильное распределение труда между государственным и частным сектором, действующий рынок, хорошее управление и институциональные соглашения, способствующие техническому прогрессу. Рост и развитие частного предпринимательства должны дополняться активными действиями правительства в таких областях, как обеспечение основных инвестиций в здравоохранение и образование, гарантия верховенства права, защита окружающей среды и, совместно с частным сектором, стимулирование развития науки и техники. Мы не утверждаем, что инвестиции в здравоохранение решат проблемы развития, однако такие меры должны стать центральными в стратегии общего развития и ликвидации бедности.

На рис. 1 показана роль развития здравоохранения наряду с другими факторами, влияющими на экономическое развитие. Из рисунка видно, что объем производства с одной стороны зависит от политики и учреждений (экономической политики, управления, наличия товаров народного потребления), а с другой - опирается на присутствие многих факторов (человеческие ресурсы, развитие техники, капитал предприятий).

Добросовестная политика и институциональные учреждения в данной схеме являются весьма важными - они определяют экономические показатели для любого уровня капитала и технологий, а также темпы накопления капиталов и технологий. Состояние здоровья нации в наи-

большей степени влияет на человеческий капитал и капитал предприятий, как далее будет показано в Докладе, посредством ряда механизмов, отчасти очевидных, а отчасти скрытых. На здоровье, в свою очередь, влияет политический уклад страны и институты, уровень человеческого капитала (так, например, лучшее образование способствует лучшему здоровью), уровень развития технологий, особенно непосредственно в секторе здравоохранения. Состояние здоровья также напрямую связано с ростом доходов населения и ликвидацией нищеты.

Таким образом, экономическое развитие зависит от многих факторов, и стратегия экономического развития должна основываться на значительных инвестициях в социальную сферу, а также на политике поощрения инвестиций в частное предпринимательство. Для стран с низким уровнем дохода начинающийся процесс ССМН (Стратегия сокращения масштабов нищеты, PRSP) включает меры по борьбе с отдель-

**Рисунок 1. ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ**



ными заболеваниями во всеобъемлющую стратегию развития. ССМН побуждает правительства и гражданское общество пересмотреть свою политику в области здравоохранения, образования, воды и санитарных норм, экологии, межполовых отношений и во многих других областях. Мы приветствуем такой комплексный подход к решению проблем, так как, рассматривая даже столь узкую область, как здравоохранение, становится понятно, что хорошее здоровье и защищенность от заболеваний не могут быть обеспечены усилиями лишь одного сектора здравоохранения. Так, например, одним из ключевых факторов снижения детской смертности является грамотность матерей, что само по себе является продуктом системы образования, обеспечивающей доступ к знаниям как мальчикам, так и девочкам. Чистая вода и средства гигиены, подкрепленные простыми гигиеническими навыками, такими как мытьё рук и использование мыла, может значительно сократить смертность от кишечных заболеваний, ежегодно убивающих миллионы детей. Правильное питание также очень важный фактор обеспечения здоровья. Недостаточное потребление белков и низкокалорийное питание часто приводят к снижению производительности труда работников фермерских хозяйств, к подавлению иммунитета, что делает людей более уязвимыми к заболеваниям и ухудшает исход инфекций. Дефицит питательных микрокомпонентов может разрушительно сказываться на физическом и умственном развитии людей. Культурные традиции, особенно неравенство в отношениях мужчин и женщин, могут приводить к утяжелению форм заболеваний. Разъяснение правил безопасного секса вряд ли сделает молодую девушку менее уязвимой к СПИДу, если в стране существуют нормы оказания сексуальных услуг молодыми девушками социально могущественным мужчинам. В связи со всем вышесказанным меры по улучшению здоровья населения должны рассматриваться в рамках общей стратегии сокращения масштабов нищеты.

Обязательства стран мира по улучшению здоровья населения содержатся в документе “Цели развития тысячелетия” (ЦРТ), согласованном главами правительств государств, собравшихся на Саммите тысячелетия<sup>39</sup>. В документе подчеркивается необходимость снижения масштабов нищеты в целом и необходимость решения некоторых проблем здравоохранения в частности, тем самым обращается особое внимание на связь между облегчением участи беднейших слоев населения и инвестициями в здравоохранение<sup>40</sup>. Основные цели, поставленные ЦРТ в области здравоохранения, включают: 1) снижение детской смертности на две трети по сравнению с показателями 1990 г. к 2015 г.; 2) сокраще-

ние к 2015 г. показателей материнской смертности на три четверти по сравнению с 1990 г. ; 3) прекращение роста заболеваемости ВИЧ/СПИДом к 2015 г. Другие международные инициативы, развернутые в последние годы, такие как “Остановим малярию!” и “Остановить туберкулез”, ставят более четкие и конкретные задачи по борьбе с заболеваниями в определенных областях<sup>41</sup>.

ЦРТ, отчасти являясь выражением опасений гуманитарного характера, в то же время выражают заинтересованность в благосостоянии богатых стран наряду с бедными. Доказательство этого просто и понятно: болезни приводят к нестабильной обстановке в бедных странах, что не может не отразиться на странах с высоким доходом. Высокий уровень детской смертности, как было недавно показано в исследовании истории распада государств за период с 1960 по 1994 гг., является одним из основных факторов, предсказывающих последующий период распада (путчи, гражданская война и другие неконституционные варианты смены режима)<sup>42</sup>. США не раз проводили военное вмешательство в случае подобных событий<sup>43</sup>. В продолжение темы можно добавить, что анализ разведывательных данных также указывает на огромную стратегическую важность борьбы с инфекционными болезнями, распространенными во всем мире, включая СПИД<sup>44</sup>. Безусловно, имеется в виду не только социальная и политическая нестабильность в отдельных странах, пораженных определенными заболеваниями, - инфекционные болезни не знают государственных границ и могут распространяться далеко за пределы отдельных стран. Эпидемия СПИДа представляет собой яркий пример заболевания, зародившегося локально и впоследствии быстро преодолевшего все возможные государственные и географические границы и распространившегося по всему миру. Наиболее обоснованная на сегодняшний день гипотеза утверждает, что СПИД зародился в Западной Африке около 1931 г., с вероятными отклонениями от этой даты в 15 лет <sup>45</sup>. Следующей эпидемией-убийцей может стать вспышка гриппа, вызванная штаммом-мутантом, и только раннее выявление и правильное ведение больных сможет спасти население как бедных, так и богатых стран<sup>46</sup>. Аналогичным образом пересекает границы бедных и богатых стран и туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)<sup>47</sup>.

Внутри государств заболевания, поражающие бедных, также сказываются и на богатых - посредством распространения инфекций и внесением нестабильности в общество. Интересным примером может быть эффективность использования обработанных инсектицидом противо-

москитных сеток (ITN или ИМС), применяющихся для борьбы с малярией. Экспериментальные данные показали, что эффект ИМС увеличивается в случае массового использования этих сеток, поэтому отдельный человек, использующий такую сетку, становится более защищенным, если остальные жители деревни также используют этот метод<sup>48</sup>. Это объясняется тем, что ИМС не только предотвращает укусы комаров, но также (и даже в основном) снижает инфекционность комаров, вступающих в контакт с обработанной сеткой, тем самым сокращая появление новых случаев заболевания в деревне. Человек, использующий ИМС, все же может быть укушен комаром, однако вероятность передачи инфекции будет ниже, если другие жители деревни также пользуются ИМС. Таким образом, богатые жители деревни должны быть непосредственно заинтересованы в том, чтобы и бедные семьи могли также использовать ИМС. Подобные примеры “распространенного” или “массового эффекта” часто встречаются в борьбе с инфекциями. Например, нелеченые случаи туберкулеза среди бедных слоев населения имеют вероятность дальнейшего распространения, а плохо пролеченный ТБ может с большой вероятностью перерасти в МЛУ-ТБ, что тяжело скажется на всем обществе.

И последний пример: чем большая часть населения прошла вакцинацию, тем больше вероятность того, что даже неиммунизированная часть населения будет защищена от передачи возбудителя инфекции - то, что в медицине называют “*групповой иммунитет*”. Польза от иммунизации становится совершенно очевидна, если вспомнить о полном искоренении такого заболевания, как оспа. Миллионы долларов экономятся сегодня на проведении регулярных прививок от оспы, необходимость в которых отпала в связи с победой над этим заболеванием. Чтобы достичь подобной экономии средств, пришлось бороться с каждым конкретным случаем заболевания, что, в свою очередь, также зависело от массовой иммунизации беднейших слоев населения, для чего потребовались инвестиции из более богатых стран. Согласно данным, полученным Комиссией и подтвержденным многочисленными исследованиями, цели развития тысячелетия по сокращению масштабов бедности и улучшению здоровья населения недостижимы без совместных усилий по расширению услуг здравоохранения в бедных странах. Десятки государств сегодня не могут справиться с темпами роста детской и материнской смертности, а также эпидемиями инфекционных заболеваний. Согласно Программе развития ООН (2001), 62 % населения развивающихся стран “остаётся далеко позади или соскальзывает” с пути, не ус-



певая бороться с растущей младенческой и детской смертностью<sup>49</sup>. Системы здравоохранения в бедных странах еще не способны выполнить цели развития тысячелетия, а донорской помощи остро не хватает. Мировое сообщество приняло на себя торжественные обязательства по борьбе с болезнями среди бедных слоев населения, однако действенных практических шагов пока не последовало. В условиях, когда миллионы умирают нелепой и трагической смертью, а институты всего мира не справляются с возложенным на них грузом, необходимо прикладывать все возрастающие усилия по борьбе с болезнями, чтобы глобализация не оставалась лишь словами на бумаге.

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Заболеваемость населения тормозит рост экономического развития тремя путями<sup>50</sup>. Первый, наиболее прямой путь, о котором уже говорилось: болезни, которые возможно предотвратить, сокращают продолжительность активной жизни. Экономические потери, которые несет общество в результате преждевременной смерти и хронической инвалидности своих членов, поистине огромны - это сотни миллиардов долларов в год, что составляет значительную часть национального дохода бедных стран. Только в результате пандемии СПИДа, поражающей, в первую очередь, самое активное население, общий экономический рост в странах Африки снизится на несколько процентов в год. Второй путь воздействия - это влияние заболеваемости на инвестиции, производимые родителями в жизни детей. В странах с высокими показателями младенческой смертности (смерти среди детей моложе 1 года) и детской смертности (смерти детей моложе 5 лет) отмечаются более высокие показатели рождаемости, что отчасти объясняется необходимостью компенсировать высокую детскую смертность. Большое число детей в семьях, в свою очередь, снижает способность семей вкладывать средства в охрану здоровья и образование каждого ребенка, - то, что Гари Бекер с соавторами описывал как "компромисс количество-качество" в воспитании детей. Третий путь воздействия - отрицательный эффект, оказываемый болезнями на прибыль в бизнесе и инвестиции в инфраструктуру, помимо влияния заболеваемости на производительность труда отдельных рабочих. Целые отрасли, такие как сельское хозяйство, горнодобывающая промышленность, производство товаров народного потребления, туризм, а также важные инфраструктурные проекты ставятся под угрозу из-за высокой заболеваемости населения. Помимо перечисленного, эпидемии и эндемии могут нарушать социальные связи в обществе и даже влиять на политическую и макроэкономическую стабильность.



*Прямая потеря благосостояния отдельными лицами*

Заболевая, люди теряют экономическое благосостояние. Когда экономисты и работники общественного здравоохранения пытаются количественно оценить потерю благосостояния человека, результирующая цифра обычно включает три компонента: 1) вызванное болезнью сокращение рыночного дохода; 2) вызванное болезнью сокращение продолжительности жизни; 3) снижение психологического благополучия, связанного с заболеванием, часто описываемое, как “болезнь и страдание”, даже в том случае, когда снижение рыночного дохода или сокращение лет жизни не отмечается<sup>51</sup>. Сокращение рыночного дохода, в свою очередь, складывается, по меньшей мере, из четырех составляющих: а) стоимость медицинского обслуживания; б) потеря трудового дохода в связи с болезнью; в) потеря возможности зарабатывать деньги во взрослом возрасте из-за болезни, перенесенной в детстве; г) потеря будущих заработков в результате преждевременной смерти.

Одной из целей экономического анализа является перевод потерь, вызванных заболеванием, в цифровое выражение в долларах, для оценки экономической выгоды от снижения заболеваемости. Экономисты, изучающие стоимость жизни, приходят к однозначному выводу: стоимость дополнительного года активной жизни, полученного, например, в результате успешно вылеченного заболевания, намного превышает дополнительный годовой рыночный доход. Согласно некоторым оценкам каждый год жизни в три раза повышает годовой доход. Такое различие объясняется учетом стоимости свободного времени в дополнение к потреблению товаров на рынке, чистому эффекту долгих лет жизни и снижению психологического благополучия, связанному с заболеванием. Когда человек умирает в молодом возрасте, экономические потери подсчитываются как сумма потерь, связанных с каждым потерянным годом жизни. Согласно подсчетам, потеря жизни в возрасте 20 лет иногда равна или превышает 100 годовых доходов, так как в этом случае теряются 40 или более лет жизни, а стоимость каждого года превышает годовой доход в три раза. Данный подход используется в нескольких недавно опубликованных работах по экономическому анализу<sup>52</sup>.

Какими бы ни были точные цифры, методика подсчета напоминает нам о некоторых очень важных моментах. Когда мы рассчитываем потери общества от заболевания, мы должны задавать себе вопрос, не только в какой мере заболевание влияет на уровень и рост ВВП на душу населения (например, за счет снижения производительности труда), но и как заболевание сказывается на продолжительности жизни и прижизненных

доходах, потерянных обществом. Даже если бы пандемия СПИДа не влияла на величину ВВП на душу населения, из-за сокращения продолжительности жизни экономический эффект заболевания все равно оказался бы разрушительным. Сокращая среднюю продолжительность жизни в странах, особенно тяжело пораженных данным недугом, на годы и даже десятилетия, СПИД приводит к значительным потерям прижизненных доходов и снижению экономического благосостояния.

Давайте проиллюстрируем огромные потери от малярии и СПИДа для населения Африки с использованием данного подхода. Для оценки суммарного экономического ущерба, умножим число потерянных в связи с каждым заболеванием лет жизни на константу, отражающую доход на душу населения. Так, например, в странах к югу от Сахары в 1999 г. на долю малярии приходилось приблизительно 36 потерянных млн лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALY), при населении 616 млн человек. Если каждый DALY оценить в единицу дохода на душу населения, общая стоимость заболевания малярией составит 5,8 % ( $=36/616$ ) от общего национального продукта данного региона. Если же каждый DALY оценить в три единицы дохода на душу населения, общая стоимость составит 17,4 % ВВП ( $=5,8\% \times 3$ ). Аналогично, с учетом того, что СПИД приводит к 72 млн DALY, и предполагая, что каждый DALY оценивается в единицу дохода на душу населения, стоимость лет жизни, потерянных в 1999 г. из-за СПИДа, составила бы 11,7 % ( $=72/616$ ) валового национального продукта стран к югу от Сахары. Если же каждый DALY оценить в три единицы дохода на душу населения, потери составят внушительную цифру - 35,1 % ВВП. Отметим, что в 1999 г. каждый смертельный исход СПИДа оценивался в среднем в 34,6 потерянных DALY<sup>53</sup>. Столь высокие цифры связаны с тем, что СПИД уносит жизни молодых людей, момент смерти которых наступает за многие годы до порога продолжительности жизни.

Примечательно, что эти вычисления не включают оценки влияния заболевания на сам уровень годовых доходов на душу населения. Экономический анализ показывает, что на краткосрочном этапе экономика страны, в которой население имеет нулевой риск заболевания малярией, будет расти на 1 % в год быстрее, чем экономика страны, где население имеет большой рост заболевания малярией при условии неизменности прочих условий роста (размер доходов населения, образование, качество государственных институтов, финансовая политика). Так как эффект роста накапливается со временем, экономический расчет показывает, что доход на душу населения стран с высокой заболеваемостью малярией

составляет приблизительно половину дохода стран, где малярия отсутствует, при прочих равных условиях<sup>54</sup>. Помимо влияния на величину дохода на душу населения, малярия может приводить к сокращению продолжительности жизни, что означает потерю десятков процентов ВВП. Даже если точно оценить ущерб, наносимый заболеванием, бывает сложно, размах экономических потерь впечатляет.

Экономические потери от заболевания для отдельно взятой семьи могут оказаться весьма значительными, если из-за необходимости оплачивать лечение членам семьи приходится тратить все имеющиеся средства и попадать в долги. Такая ситуация может тяжело сказаться на благосостоянии членов семьи, а зачастую и родственников, и привести к обнищанию, из которого нет выхода. Комиссия рассмотрела несколько исследований, показывающих, что бедные семьи редко имеют страховку на случай тяжелой болезни, в связи с чем им приходится продавать самое необходимое, как, например, небольшое хозяйство и домашних животных, или закладывать свою землю, чтобы сохранить прожиточный минимум и оплачивать стоимость лечения. Потеря средств производства может привести к безысходной бедности (т.е. бедности, как постоянному состоянию) в данной семье даже после того, как болезнь удалось вылечить, так как вернуть средства производства такой семье будет крайне затруднительно. У семьи, находящейся под гнетом долгов, не будет хватать оборотных средств на краткосрочные инвестиции (например, покупку семян или удобрений), для производства товара, продажа которого позволит выплачивать долг, в связи с чем ей придется откладывать средства для будущих заработков. Кроме того, бедность может привести к отягчению исхода заболевания<sup>55</sup>.

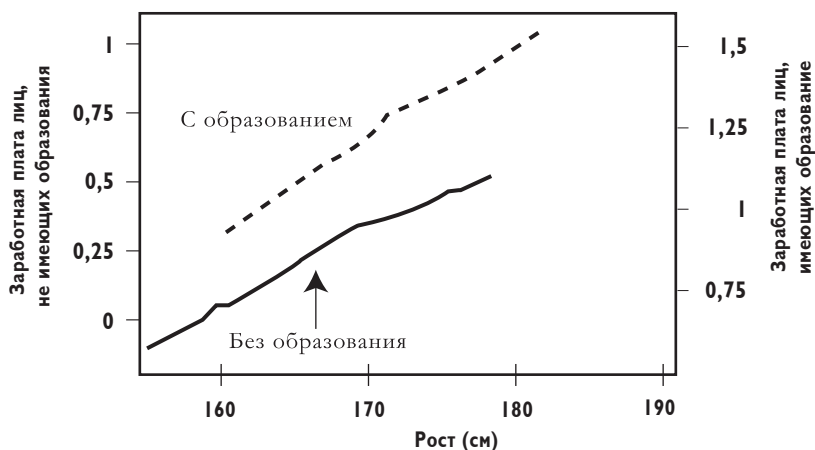
### *Последствия заболеваний для жизненного цикла*

Хотя в большинстве исследований основное внимание уделяется экономическим потерям, связанным непосредственно с эпизодом заболевания (и преждевременной смертью в отдельных случаях), случаи заболевания, не приводящие к смерти в раннем возрасте, однако, могут неблагоприятно сказаться на всей жизни человека. Заболевания, перенесенные в раннем возрасте или внутриутробно, на более позднем этапе жизни могут привести к неприятным последствиям, включая нарушения сознания и физического развития<sup>56</sup>. Роль образования в экономическом развитии признается повсеместно, однако немногие отдадут себе отчет в том, насколько здоровое детство влияет на дальнейшую способность к обучению. Слабое здоровье непосредственно снижает когнитивную функцию

и влияет на успеваемость опосредованно, за счет того, что увеличивается количество пропущенных занятий, ребенок не может сосредоточиться в классе и, недоучившись, часто бросает школу.

Долгосрочные последствия заболевания, перенесенного в раннем возрасте, не совсем ясны, однако значительны. Некоторые механизмы влияния объясняются биологическими причинами: перенесенное в раннем возрасте заболевание затрудняет физическое и психическое развитие, что, в свою очередь, снижает производительность труда во взрослом возрасте. Существуют и экономические последствия, когда в силу неспособности к учебе дети вынуждены рано бросать школу, что на более позднем этапе превращается в двойную нагрузку, которую несет человек - слабая когнитивная функция накладывается на недостаток образования. Некоторые исследования непрямым образом показывают, что экономические последствия, связанные с детской заболеваемостью и недостаточным питанием, огромны и намного превышают цифры, имеющиеся в общем представлении. Во многих развивающихся странах, в которых проводились исследования, рост взрослых в значительной степени коррелирован с их заработками (на рис. 2 показана статистика для Бразилии). Рост человека во взрослом возрасте определяется питанием и заболеваниями, перенесенными в детстве. Дети, страдающие от частых инфекций и не получающие достаточного питания, когда вырастут, с большей вероятностью будут небольшого роста. Связь между ростом и заработками, таким образом, является удивительно устойчивым показателем того, как заболеваемость и условия питания в детском возрасте в дальнейшем влияют на экономическую производительность.

**Рисунок 2.** Бразилия: РОСТ ЛЮДЕЙ И ИХ ЗАРАБОТКИ



Источник: *Strauss and Thomas, 1998.*

Слабое здоровье в первую очередь препятствует хорошей успеваемости в школе, как за счет снижения когнитивной функции, так и в связи с вынужденными пропусками занятий. Balasz с соавторами (1986) и Pollitt (1997; 2001) провели обзор исследований, посвященных взаимосвязи между питанием и развитием мозга у детей. Большинство исследователей приходит к выводу, что дефицит основных питательных веществ (железо, витамин А) приводит к снижению когнитивных способностей. Bhargava (1997) было также проанализировано широкомасштабное исследование, проведенное в школах Танзании, показавшее, что состояние здоровья и питание школьников являются важными предикторами результатов теста на проверку когнитивных способностей и успеваемости. Также было сделано заключение о том, что выведение кишечных паразитов, таких как цепень и шистосомы, весьма важно для нормального развития ребенка. Экспериментальное исследование, проведенное Kremer и Miguel (1999), подтверждает важность дегельминтизации. В рандомизированном исследовании влияния выведения паразитов на успеваемость было показано, что дети, лечившиеся от цепня, круглых гельминтов и шистосомоза, намного реже пропускали занятия по сравнению с детьми, не получавшими лечения. Интересно отметить, что более высокая посещаемость была зарегистрирована и среди детей, не получавших лечения, если те ходили в школы, где проводились программы по дегельминтизации, что, вероятно, вызвано распространением эффекта от пролеченных детей к детям, не получавшим лечения (например, посредством примера социальных норм поведения).

Авторы, описывающие стоимость заболеваний для общества, видимо, в значительной степени недооценивают стоимость несмертельных хронических заболеваний на протяжении всех стадий жизненного цикла. Здоровые работники более активны и сильны, как физически, так и интеллектуально; они показывают большую производительность труда и больше зарабатывают. Их труд приносит компаниям большую прибыль, а здоровая рабочая сила имеет большое значение при привлечении в страну иностранных инвестиций. Такие работники реже отсутствуют по болезни (или болезни членов семьи), и в целом они лучше работают. Данный эффект особенно очевиден в развивающихся странах, где большая часть населения занята неквалифицированным трудом. Было выявлено, что, например, в Индонезии производительность труда среди мужчин с анемией на 20 % ниже, чем среди здоровых. Когда мужчинам, страдающим анемией, давали препараты железа, их производительность труда увеличивалась почти до таковой среди мужчин, не стра-

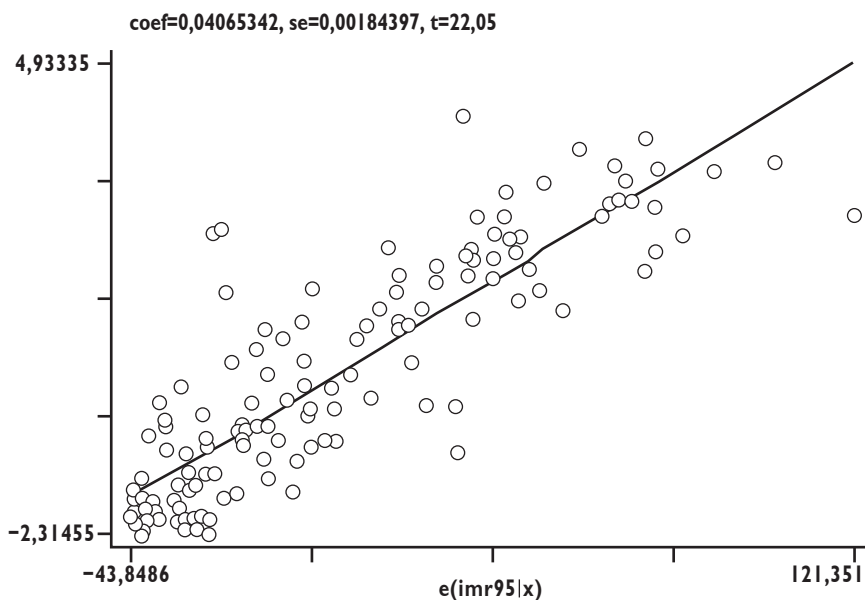
дающих анемией<sup>57</sup>. Существует также и связь между состоянием здоровья в раннем возрасте и успехами в учебе, о чем упоминалось в предыдущем абзаце. Здоровые дети лучше успевают в школе и получают лучшее образование (а соответственно, и лучше зарабатывают). В здоровой семье детям реже приходится прерывать учебу по болезни или из-за плохого состояния здоровья одного из членов семьи. Важность выведения цепня была также показана на еще одном классическом примере того, как слабое здоровье сказывается на производительности труда. Экономическое развитие юга США в свое время в значительной степени было связано с элиминацией цепня и сопутствующей анемии. В своей работе Ettlting (1981) четко показывает, как уничтожение “микроба лени” повлияло на повышение производительности труда.

### *Влияние заболеваемости на поколения*

Заболевание одного члена семьи может тяжело сказываться на всех членах семьи, в особенности на детях. Болезнь взрослого члена семьи может привести к ослаблению здоровья или даже смерти ранее здорового ребенка в связи с уменьшением получаемой заботы и падением доходов семьи. Из-за болезни родителя ребенку, возможно, придется бросить учебу, чтобы помочь поддержать семью. Болезнь взрослого члена семьи также может сказаться на невозможности передачи знаний от родителя к детям. Есть данные, что в африканских деревнях дети родителей, умерших от СПИДа, вырастают, не получив навыков ведения сельского хозяйства.

Демография отражает редко оцениваемый, однако весьма серьезный эффект высокой младенческой и детской смертности. В бедных семьях смерть ребенка компенсируется большим числом детей в семье. Логика этого явления проста до боли. Родители часто заводят шесть и более детей в расчете на то, что хотя бы один сын (или дочь, а может, и оба) доживут до родительской старости. Однако, при таком количестве детей в семьях, как это бывает сегодня в африканских странах, семья не может обеспечить качественного образования и здоровья для каждого. Таким образом, бремя болезней в основном падает на большие семьи, которые не могут обеспечить образования и лечения детей. Хотя высокая детская смертность и не является единственной причиной высокой рождаемости (сюда среди прочего следует отнести также неравенство полов, недостаточное образование матерей и проблемы с трудоустройством, традиции), снижение смертности может помочь снизить рождаемость, при условии, что будут работать программы планирования семьи, а женщины получать образование и возможность трудоустройства.

**Рисунок 3.** Взаимосвязь между показателем младенческой смертности (ось x) и общим показателем фертильности (ось y), 148 стран, 1995 г. (частичная регрессия)

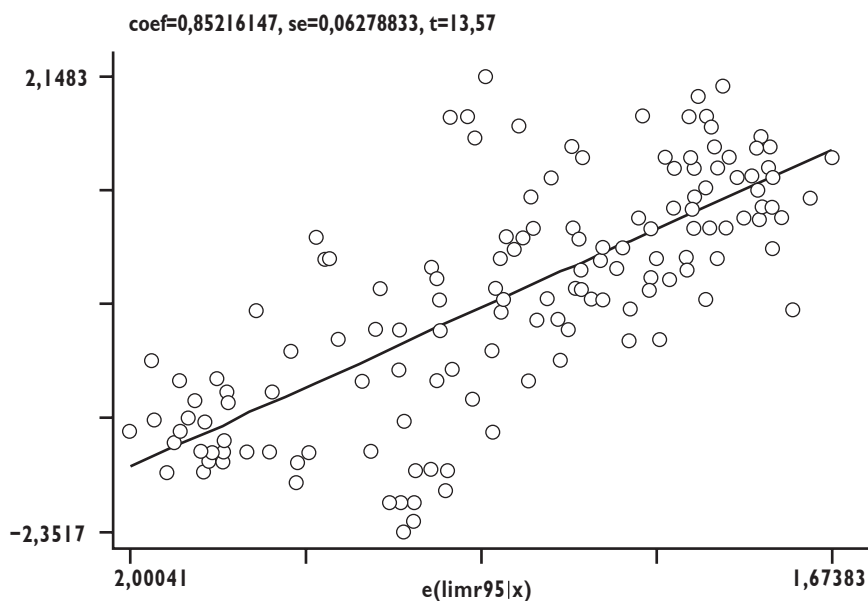


Существуют убедительные доказательства связи между темпами рождаемости и младенческой (до 1 года) и детской (до 5 лет) смертности. На рис. 3 представлен график, показывающий корреляцию между общим показателем фертильности (ОПФ, ось y) и показателем младенческой смертности (ПМС, ось x) для 148 стран в 1995 г.<sup>58</sup> В странах со значением ПМС менее 20, средний ОПФ составляет 1,7. Страны с ПМС более 100, имеют средний ОПФ 6,2. Вероятность выживания ребенка не является единственным фактором, обеспечивающим переход от высокой к низкой рождаемости, однако значение этого фактора немаловажно. Уровень образования матери - это, безусловно, еще один важный фактор. Более образованные матери не только более ответственно подходят к репродуктивным вопросам, но и способны к большим заработкам, а, следовательно, и стоимость их времени пребывания дома и воспитания детей выше. Еще одним немаловажным моментом является наличие служб планирования семьи, где бы давались советы по контрацепции и проводилось семейное консультирование. Следует упомянуть и культурные нормы, а также миграцию в крупные города<sup>59</sup>.

Парадоксально, но высокая детская смертность стимулирует рождаемость в бедных семьях. В целом высокая рождаемость с избытком компенсирует высокую смертность, что является следствием стремления се-



**Рисунок 4.** ЛОГАРИФИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ТЕМПА РОСТА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, 148 СТРАН, 1995 г. (частичная регрессия)



мей снизить риск остаться без детей. В одном из статистических исследований приводятся следующие цифры: семьи, где выживаемость детей составляет 75 %, имеют в основном шесть детей, из которых в живых остаются в среднем 4,5 ребенка. Семьи, где выживаемость составляет 95 %, имеют двоих детей, из которых в среднем выживают 1,9. В семьях с высокой детской смертностью рождаемость выше, чем в семьях с низкой детской смертностью, хотя сами семьи об этом, возможно, и не подозревают. Данная модель помогает понять тот удивительный факт, что в странах с высоким показателем младенческой смертности численность населения растет быстрее чем в остальных. С ростом населения увеличивается и нагрузка на окружающую среду, особенно в связи с тем, что из-за роста плотности населения нарушается хрупкое равновесие в сельскохозяйственных районах. Сильная положительная корреляция между ПМС и ростом численности населения представлена на рис. 4. Снижение темпов младенческой смертности поможет уменьшить, а не увеличить темпы роста численности населения в долгосрочной перспективе. Однако, как уже отмечалось ранее, программы контроля заболеваемости должны дополняться программами по репродуктивному здоровью и образованию для того, чтобы переход к снижению уровня смертности сопровождался как можно более быстрым переходом к снижению рождаемости.



Демографический эффект очевиден не только на уровне отдельных семей (микроуровень), но и в экономике в целом (макроуровень). По мере снижения показателя детской смертности, за которым следует снижение рождаемости, произойдет замедление роста численности населения и увеличится средний возраст населения. Соотношение числа детей к числу взрослых также будет иметь тенденцию к снижению. Эти демографические перемены приведут к увеличению ВВП на душу населения и экономическому росту (см. Bloom и Canning 2001). Увеличение численности населения работоспособного возраста напрямую влияет на увеличение ВВП на душу населения<sup>60</sup>. Вырастет доля населения в возрасте, когда делаются сбережения, поэтому и темпы накоплений также возрастут. Увеличение продолжительности жизни приведет к тенденции увеличения темпов накоплений, скорректированных на возраст. Эти процессы, как и прочие, изученные нами, справедливы для модели накопления во многих странах, однако размах воздействия принимаемых мер ввиду многообразия факторов, влияющих на ситуацию, точно оценить не удастся.

### *Болезни и общество*

Потери, которые несет общество в связи с болезнями, намного превышают расходы отдельных лиц и семей, пораженных недугом. Так, например, высокая заболеваемость приводит к текучке кадров и потерям прибыли, превышающим прямые убытки, связанные со снижением производительности труда отдельных лиц<sup>61</sup>. Такие заболевания, как малярия, представляют опасность для въезжающих в регион, тем самым подавляя развитие туризма и создавая барьеры выгодным инвестициям, либо препятствуют эффективному использованию сельскохозяйственных земель и других природных ресурсов. Другие тропические паразитарные болезни (например, онхоцеркоз, шистосомоз и трипаносомоз) делают многие районы непригодными для жилья или же непривлекательными для поселений и ведения сельского хозяйства. Высокая заболеваемость среди рабочей силы приводит к текучке кадров и простоям, что приводит к значительному снижению прибыли. В среднем, чтобы компенсировать высокую текучку кадров, на каждую должность компаниям приходится нанимать и обучать более одного человека. Многие фирмы отказались вкладывать средства в страны южной Африки в связи с высокой заболеваемостью СПИДом, что может привести к очень высокой текучке кадров.

Классической иллюстрацией того, как высокая заболеваемость встала на пути важного инвестиционного проекта, является пример строительства Панамского канала. По некоторым оценкам за первые годы осуществления проекта, с 1882 по 1888 гг., в основном от малярии и желтой лихорадки погибли от десяти до двадцати тысяч человек, что, возможно, стало основной причиной неудачной попытки де Лессепе повторить успех, достигнутый при сооружении Суэцкого канала, на Американском континенте. Завершение строительства канала в Панаме Соединенными Штатами в 1914 г. стало возможным в основном благодаря использованию опыта борьбы с этими заболеваниями, накопленному Вильямом Горгас в Гаване (Jones, 1990). С похожими проблемами сталкиваются сегодня инвесторы в горнодобывающей отрасли, туризме и сельском хозяйстве. Согласно некоторым данным, значительное уменьшение случаев малярии в отдельных субтропических регионах в сороковые и пятидесятые годы (особенно в южных странах Европы, таких как Греция, Италия, Португалия и Испания) привело к активному экономическому росту, в основном за счет развития туризма и привлечения прямых иностранных инвестиций<sup>62</sup>. Этот положительный эффект намного превышает прямые расходы, связанные со случаями заболеваний, рассчитанные при оценке ущерба, нанесенного болезнями.

По-видимому, схожим образом эпидемия СПИДа зловещим образом угрожает и инвестициям в предприятия стран, расположенных на юге Африки. Отчасти производительность предприятий зависит от скоординированной работы коллектива, которая обеспечивается стабильными рабочими связями между основными сотрудниками. Так как СПИД приводит к массовой текучке кадров, компаниям приходится постоянно сталкиваться с нарушением рабочего цикла и нести значительные расходы по перераспределению обязанностей и переобучению персонала. Вынужденные перемещения в трудовом коллективе, принося дополнительные расходы помимо снижения производительности труда отдельных сотрудников, серьезно сказываются на прибыльности предприятия. Журнал *“Экономист”* приводит пример того, как многонациональные компании в Южной Африке на одну требующую квалификации должность “для обеспечения замены в случае смерти обученных рабочих” нанимают троих<sup>63</sup>. Имеются и многие другие примеры сокращения инвестиций в страны на юге Африки в результате эпидемии СПИДа.

Когда болезни поражают значительную часть населения, от этого страдает все общество. Для борьбы с болезнями может потребоваться перераспределение бюджетных средств, из-за чего уменьшится финансирование других социальных сфер. Может упасть степень доверия к властям, особенно если население считает заболевание проклятием, случаем отравления или результатом колдовства, как это часто бывает в странах Африки, например, в случае эпидемии СПИДа. Квалифицированные кадры могут мигрировать в другие районы или умереть, оставив население без технической и деловой инициативы. В такой ситуации возможна и неустойчивость морали. Социальным службам придется взять на себя заботу о сиротах, чьи родители погибли от СПИДа. Возможно и падение темпов накопления среди населения, приводящее к снижению темпов накопления капитала в обществе в целом. Даже частое проведение служб и похорон в пораженных ВИЧ/СПИДом южных африканских странах может оказать заметный неблагоприятный эффект на экономику этих районов.

Высокая заболеваемость подрывает бюджет как целых стран, так и отдельных семей. Большая нагрузка падает на систему здравоохранения, и требуются дополнительные ресурсы, возможно, включая помощь доноров, которым при иных обстоятельствах нашлось бы иное применение. Объем собираемых правительством налогов снижается до такой степени, что происходит сокращение экономической активности (например, как в случае упадка туризма или снижения объемов производства по иным причинам). Сочетание увеличения расходных статей бюджета и сокращения доходной части может привести к значительному бюджетному дефициту, что дестабилизирует макроэкономику со всеми вытекающими неблагоприятными экономическими последствиями.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТРАНАХ С НИЗКИМ ДОХОДОМ

История здравоохранения в развивающихся странах в последние десятилетия была отмечена как хорошими событиями, так и плохими и даже ужасающими. К положительным тенденциям следует отнести тот факт, что в большинстве развивающихся стран вторая половина двадцатого века была отмечена небывалыми успехами здравоохранения. За период с 1960 по 1995 г. продолжительность жизни в странах с низким доходом увеличилась на 22 года по сравнению с 8 годами в развивающихся странах. В среднем показатель смертности среди детей моложе пяти лет снизился со 150 на 1000 живых родившихся детей в 1950 г. до 40 на 1000 в 1990-х, причем значительное снижение отмечалось последовательно

каждое десятилетие. Эти результаты не являются случайным побочным продуктом экономического развития. Скорее, данное явление демонстрирует достижения здравоохранения и связанных с этим инвестиций. За последние тридцать лет в результате программ по иммунизации и мероприятий, направленных на здоровье детей, миллионы детей оказались защищенными от наиболее распространенных детских инфекций. Смертность среди некурящих взрослых также сократилась. На эти два события повлияли многие факторы, в особенности меры по улучшению образования. Таким образом, данные достижения показывают эффективность целевых инвестиций в здравоохранение и демонстрируют, каких показателей можно достичь в настоящий момент.

Однако, несмотря на все впечатляющие достижения, общая заболеваемость в развивающихся странах остается на крайне высоком уровне, принося значительный человеческий и экономический ущерб. Как было видно из Таблицы 1, продолжительность жизни в 48 наименее развитых странах составляет всего 51 год по сравнению с 78 годами в странах с высоким доходом<sup>64</sup>. Показатель младенческой смертности в наименее развитых странах составляет 100 на 1000 живых родившихся по сравнению с 6 в высокоразвитых странах. Согласно оценкам ВОЗ основной причиной смерти среди взрослых и детей в мире в 1998 г. были инфекционные заболевания. На их долю приходится 13,3 млн из 54 млн смертей на планете. В 1998 г. до 45 % смертей в Африке и Юго-Восточной Азии стали результатом инфекционных заболеваний, в то время, как по всему миру 48 % случаев преждевременной смерти (в возрасте до 45 лет) приходились на заболевания с инфекционной этиологией. В странах с низким и средним доходом причиной почти одной трети смертей стали инфекционные заболевания, которые можно было предотвратить или вылечить, заболевания матери и ребенка и недостаточное питание. Число смертных случаев в результате этих болезней за один год - 16 млн - поражает воображение, при том, что большая доля смертей приходится всего на несколько заболеваний. Число смертельных исходов, связанных с каждым из этих заболеваний, можно существенно сократить за счет проведения эффективных мероприятий, однако миллионы людей не получают должной помощи. Если рассмотреть только случаи заболеваний, которые можно предотвратить вакцинацией, то по оценкам Глобального союза по вакцинам и иммунизации (GAVI), по всему миру с помощью иммунизации можно успешно избежать 2,9 млн смертельных случаев в год, причем подавляющее большинство придется на развивающиеся страны<sup>65</sup>.

**Таблица 6.** ЭПИДЕМИЯ СПИДА В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ МИРА, КОНЕЦ 1999 г. (тыс. чел.)

Регион	Число носителей ВИЧ/СПИДа, конец 1999 г.	Смертность от СПИДа, 1999 г.	Дети-сироты в семьях больных СПИДом, 1999 г.	Заболеваемость среди взрослых (%), конец 1999 г.
По всему миру	34 300	2 800	13 200	1,07
Страны к югу от Сахары	24 500	2 200	12 100	8,57
Восточная Азия и Океания	530	18	5	0,06
Южная и Юго-Восточная Азия	5 600	460	850	0,54
Восточная Европа и Центральная Азия	420	8	15	0,21
Северная Африка и Ближний Восток	220	13	15	0,12
Западная Европа	520	7	9	0,23
Северная Америка	900	20	70	0,58
Страны Карибского бассейна	360	30	85	2,11

Источник: ЮНЭЙДС, Доклад о всемирной эпидемии ВИЧ/СПИД, июнь 2000 г.

Ужасающим, однако, является то, что появившийся новый вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающий СПИД, всего за несколько десятков лет поразил большую часть Африки южнее Сахары и некоторые другие части мира, превратившись в самую разрушительную пандемию в современной истории. Первые случаи ВИЧ были зарегистрированы в начале 1980-х годов. Предположительно за несколько десятилетий до этого произошла мутация вируса, встречающегося у животных, и он стал поражать человека. Всего за 20 лет от ВИЧ/СПИДа погибли около 22 млн человек (в том числе 2,8 млн в 1999 г.), вирус причинил людям невыразимые страдания, было инфицировано 58 млн человек, из которых 36 млн еще живы (в Таблице 6 приведены данные на конец 1999 г. - 34,3 млн инфицированных). Большинство из них погибли от осложнений СПИДа, хотя их жизни и можно существенно продлить, применяя современные курсы лечения, а в будущем, при условии успешного развития технологий, их вероятно удастся спасти. В некоторых странах, особенно в Восточной и Южной Африке, пандемия перешла в столь опасную стадию, когда инфицированной оказалась четверть всего населения. Если не будут предприняты эффективные меры борьбы с этим заболеванием, а такие меры уже разработаны и интенсивно внедряются в широком масштабе, в ближайшие годы пандемия будет угрожать жизням еще десятков миллионов людей во многих частях мира, особенно в густонаселенных азиатских регионах, где эпидемиологические события еще только разворачиваются.

Состояние здоровья миллиарда человек в беднейших странах можно значительно улучшить, сосредоточив усилия на борьбе с небольшим числом инфекций и заболеваний. Основными в этом списке являются:

ВИЧ/СПИД;

малярия;

туберкулез;

болезни матери и ребенка;

инфекции, приводящие к высокой смертности детского населения, включая корь, столбняк, дифтерию, острые респираторные инфекции, диарею и кишечные инфекции;

недостаточное питание, усугубляющее данные заболевания;

прочие болезни, предотвращаемые за счет вакцинации;

заболевания, связанные с табакокурением.

Бедные слои населения страдают не только от этих болезней - они болеют тем же, что и все остальные, помимо заболеваний, сконцентрированных в их среде. Однако на долю этих заболеваний приходится большая часть смертей, которые можно было бы предотвратить. При этом смертность, которой можно было бы избежать, рассчитывается как соотношение смертности в бедных странах к смертности среди некурящих в самых богатых странах с учетом возраста<sup>66</sup>. Таким образом, нами описываются в основном факторы, приводящие к самой высокой смертности в бедных странах по отношению к богатым странам. При этом следует отметить, что перечисленные болезни поражают в основном бедных в странах с низким доходом.

Анализ исследований по возрастным группам показал, что на долю потенциально предотвращенной смертности приходится 87 % общей вероятной смертности среди детей в возрасте до пяти лет в странах с низким и средним доходом. Среди лиц мужского пола в возрасте от 5 до 29 лет по расчетам можно в целом предотвратить 60 % смертельных исходов, в то время как среди женщин эта цифра составила бы 82 %, что связано с дополнительным риском во время беременности и родов. Среди женщин в группе от 30 до 69 лет смертельный исход можно предотвратить в 51 % случаев. И только у мужчин в той же возрастной группе потенциально предотвращенная смертность составила менее половины общей смертности - 43 %.

Очевидно, что не всех случаев «предотвращенной» смерти, рассчитанных по данной схеме, можно в обозримом будущем избежать в действительности, так как для этого потребовалось бы немедленное повышение экологических и медицинских стандартов до уровней развитых стран, однако нельзя излишне медлить с решением этих вопросов, а

следует немедленно перейти к действенным мерам. Не следует полагать, что такой уровень заботы о населении совершенно недостижим.

#### РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Безусловно, эффективные меры, способные сократить смертность, связанную с каждым из перечисленных заболеваний, уже существуют, хотя понятно, что наряду с ними необходимо разрабатывать более совершенные пути лечения и профилактики многих заболеваний. Некоторые заболевания возможно полностью искоренить; со всеми этими заболеваниями можно до какой-то степени бороться и зачастую на этом пути можно многого достичь. На пути прогресса не стоит ни невероятное число вариантов решения проблем, ни незнание того, что может быть предпринято. Проблемы, с которыми обычно сталкиваются бедные слои населения, часто тесно переплетены и сводятся к следующим: бедным не хватает знаний о том, как защитить свою жизнь, либо у них нет возможности бороться за свои права, или им не хватает средств, чтобы получить доступ к медицинским услугам. Лучше всего продвигаться вперед по двум направлениям. Первый путь - это инвестиции в систему здравоохранения, с тем чтобы она стала достаточно сильной, достаточно хорошо финансируемой и направленной в нужное русло обеспечения сравнительно небольшого набора наиболее важных услуг. Другой путь состоит в организации дополнительных шагов в образовании и расширении круга мероприятий, таких как вовлечение общественности, чтобы бедные получали более эффективный доступ к медицинской помощи, и чтобы они были мотивированы в поисках основных услуг.

В большинстве регионов мира возможен и уже достигнут огромный прогресс в борьбе с разными категориями заболеваний. Особенно заметной формой прогресса является ранее невиданная способность человека выходить за рамки борьбы с отдельными заболеваниями и достигать их ликвидации и искоренения<sup>67</sup>. Искоренение оспы стоит на одной ступени с таким величайшим достижением человечества, как высадка на Луне. Тем, кто сегодня настроен скептически, полезно вспомнить, что искоренение оспы считалось тоже невозможным, а решение достичь полного уничтожения оспы принято на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1966 г. с перевесом всего в два голоса !<sup>68</sup> В ближайшем будущем ожидается полное искоренение полиомиелита, на долю которого уже сегодня приходится минимальное количество случаев заболевания. Такие события не просто достижение общественного здравоохранения: это означает, что многократно могут быть сэкономлены большие средства, идущие



на вакцинацию<sup>69</sup>. Аналогично, ликвидация кори в основных регионах - а ведь это заболевание до сих пор убивает многих - 800 тыс. смертей в 1998 г. - уже не является чем-то невозможным. При увеличении темпов вакцинации представляется реальным даже искоренение данного заболевания во всем мире. Малави, одна из беднейших стран мира, где 20 % населения не имеют доступа к медицинскому обслуживанию и менее 50 % имеют доступ к чистой воде, недавно взяла на себя обязательства по весьма высокому уровню регулярной иммунизации населения против кори и проведению прививок среди тех, кто не попал в число регулярно иммунизируемых. В 1999 г. в Малави не было зарегистрировано ни одного случая детской смертности в связи с корью, а в целом по стране подтвержденный диагноз кори был поставлен двум пациентам. Помимо программ, направленных на ликвидацию полиомиелита и кори, в настоящее время ВОЗ при значительной поддержке фармацевтических компаний и неправительственных организаций возглавляет инициативы, направленные на элиминацию и искоренение во всем мире семи других болезней, большинство из которых тяжело сказываются на бедных странах - это болезнь Шагаса, дракунгулез, лепра, филяриоз лимфатической системы, столбняк новорожденных, нарушения, связанные с недостатком йода, а также трахома, приводящая к слепоте.

Вакцинация не является единственным способом достижения успеха. Отличные показатели излечения были продемонстрированы там, где проводился краткосрочный курс лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (ДОТС)<sup>70</sup>. В случае малярии важным является использование современных инсектицидов и улучшение способов ведения больных (а именно лечение пациентов противомалярийными препаратами) - так удалось значительно снизить смертность от малярии во многих странах Азии и Латинской Америки. И хотя в настоящее время появляются тревожные сообщения о новых вспышках данного заболевания, эти страны уже не стоят перед фактом огромного количества смертных случаев, как это было в прошлом. В Африке была показана большая польза от использования противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами. Там, где эти сетки широко использовались, уровень смертности стал ниже. Диарею возможно лечить с применением перорального восполнения жидкостей, а также за счет улучшения санитарных условий. Такого рода мероприятия помогли достичь значительного снижения показателей детской смертности: количество смертных случаев, связанных с диареей, во всем мире упало с 4,6 млн в год в 1980 г. до 3,3 млн в 1990 г. и 1,5 млн в 1999 г.



Ведущими международными агентствами, занимающимися вопросами здравоохранения, были проведены исследования случаев успешной борьбы с болезнями во многих странах мира<sup>71</sup>. Среди рассмотренных примеров были следующие:

### *ВИЧ/СПИД*

Снижение заболеваемости ВИЧ среди призывников в Таиланде  
Увеличение случаев использования презервативов сексуальными работниками

Снижение частоты ЗППП в Таиланде

Снижение заболеваемости ВИЧ среди 13-19-летних в Уганде

### *ТБ*

Сокращение заболеваемости в Перу в связи с проведением ДОТС

Снижение показателей смертности от ТБ в связи с проведением ДОТС в Китае, Индии и Непале

### *Малярия*

Резкое снижение числа смертельных случаев во Вьетнаме в связи с использованием обработанных противомоскитных сеток и улучшением качества ведения пациентов

Снижение заболеваемости в Азербайджане в связи с распылением инсектицидов, хемопрфилактикой, уничтожением личинок комаров и улучшением качества ведения пациентов

Сокращение заболеваемости в прибрежных районах Кении в связи с использованием противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами

### *Болезни детского возраста*

Снижение показателей детской смертности в Мексике в связи с проведением пероральной регидратационной терапии

Сокращение числа случаев заболевания респираторными инфекциями в Пакистане

Значительное снижение заболеваемости и смертности от кори в Малави в связи с проведением иммунизации населения

Сокращение числа случаев тяжелой анемии за счет проведения программ дегельминтизации в школах Танзании

Значительное снижение показателей детской смертности в Бразилии в связи с проведением программ работы с общественностью

### *Болезни матери и ребенка*

Сокращение материнской смертности в Шри-Ланке за счет подготовки квалифицированных акушеров

Сокращение числа случаев передачи вируса ВИЧ от матери ребенку за счет проведения антиретровирусной терапии  
 Снижение материнской и младенческой смертности в Бангладеш в связи с проведением иммунизации противостолбнячной сывороткой в Бангладеш

*Болезни, связанные с табакокурением*

Снижение объема продаж сигарет и увеличение сбора налогов в связи с повышением акцизных сборов на сигареты в Южной Африке

Полный запрет рекламы и продвижения табачных изделий в Польше, Южной Африке и Таиланде

Эти впечатляющие достижения, однако, еще не означают полного успеха. Конечно, цифра снижения детской смертности в мире со 150 на тысячу до 40 на 1000 родившихся живых детей впечатляет, однако не следует забывать, что в африканских странах детская смертность все еще составляет 150 на 1000, а в некоторых африканских странах в результате инфекции ВИЧ/СПИДа эти показатели растут, а не падают. К сожалению, перед нами не столько ситуация медленного изменения к лучшему, сколько скатывания назад. Прогресс в области общественного здравоохранения во всем мире замедляется, а в регионах с высокой заболеваемостью ВИЧ/СПИДом о прогрессе вообще говорить не приходится. Хотя детская смертность во всем мире продолжала снижаться с начала 50-х, темпы снижения в 1970-х и 80-х были несравненно выше, чем в 1990-х.

В некоторых беднейших странах мира объем предоставляемых населению основных услуг сокращается, а не растет. Во многих странах падает число матерей, получающих родовую помощь от квалифицированных акушеров и врачей. Несмотря на важность вакцинации для выживания детей, в 1990-х гг. во многих бедных странах отмечалось отсутствие роста или снижение числа детей, прошедших вакцинацию, что привело к тому, что десятки миллионов детей не были иммунизированы. В результате этого среди детей в бедных странах до сих пор ежегодно регистрируется 1,6 млн смертей от кори, столбняка, коклюша, несмотря на то, что развитые страны по большей степени уже давно справились с этими болезнями. При условии увеличения охвата иммунизацией количество смертных случаев можно значительно сократить, как это было показано на примере многих стран, успешно решивших проблему кори за счет проведения активных мероприятий. Охват населения другими, более дорогими и эффективными вакцинами, широко ис-

пользуемыми в развитых странах, и того меньше. Многие вакцины, постоянно используемые в богатых странах (такие, как вакцины против гепатита В и гриппа *Haemophilus influenzae* тип В или Hib), в некоторых странах с низким доходом только начали появляться. Было показано, что около четверти из 1,8 млн детей, погибающих от острой респираторной инфекции нижних дыхательных путей, ежегодно становятся жертвой *Haemophilus influenzae* типа В, и возможно, столько же погибают от стрептококковой пневмонии, хотя в развитых странах недавно появилась вакцина, позволяющая бороться с этим недугом.

Еще одной требующей внимания областью общественного здравоохранения является репродуктивное здоровье - не только в плане борьбы с распространением инфекций, передающихся половым путем (ИППП), таких как ВИЧ/СПИД, но также и ограничения рождаемости посредством оказания услуг по планированию семьи, включая доступ к контрацептивам<sup>72</sup>. Во многих странах мира, где заболеваемость высока, отмечаются высокие темпы роста численности населения, что ложится огромным бременем на общество и снижает перспективы развития<sup>73</sup>. В то время, как в высокоразвитых странах рост численности населения составляет менее 1 % в год (0,7 % в 1990-98 гг.), в беднейших странах темпы роста населения приближаются к 2 % в год (2,0 % в 1990-98 гг.) или 2,6 %, не включая Китай и Индию. Хотя нами и не проводилась оценка сметы расходов на увеличение числа центров планирования семьи и предоставление достаточного количества контрацептивов, ясно, что существует потребность в донорской помощи, и эту проблему необходимо решить, хотя эта область - лишь одна из многих, требующих финансирования<sup>74</sup>.

Многие задают себе вопрос, а не приведет ли сокращение числа смертных случаев в странах с низким доходом к усилению давления на общество, когда людям придется столкнуться с усугублением проблем, связанных с обеспечением пропитанием, нехваткой земель и падением объема производства на душу населения. Действительно, встает правомерный вопрос - если за счет предпринятых усилий в области здравоохранения удастся спасти жизни людей, какая жизнь их ждет? К счастью, ответ на этот вопрос звучит оптимистично. Мероприятия в области здравоохранения при должном уровне их проведения приводят к снижению, а не повышению темпов роста численности населения, но чтобы это произошло, важно совмещать усилия в области охраны здоровья с активными мероприятиями по планированию семьи и увеличением доступности контрацептивов. Нами уже отмечалось, что бедные семьи

предпочтут иметь меньше детей (и больше инвестировать в их образование и здоровье), если они будут уверены, что все дети выживут, и если у них будет доступ к методам планирования семьи и контрацепции. При условии наличия эффективных программ планирования семьи разрыв между снижением показателей детской смертности и падением темпов рождаемости можно резко сократить или вообще устранить. Бангладеш и некоторые южные индийские штаты (особенно Тамил Наду и Андра Прадеш) являются примером того, как был устранен разрыв между падением темпов смертности и падением темпов рождаемости, что привело к улучшению состояния здоровья населения и сокращению темпов роста численности населения одновременно<sup>75</sup>.

### ПАНДЕМИЯ СПИДА

Из всех проблем, с которыми приходится сталкиваться населению беднейших стран, наибольшую угрозу, безусловно, представляет пандемия ВИЧ/СПИДа. Пандемия докатилась до всех стран мира, и во многих регионах ситуация быстро ухудшается. В Южной и Восточной Африке отмечаются небывалые темпы роста этого заболевания, неизбежно приводящего к летальному исходу. Уже нанесенный и потенциальный ущерб, ожидаемый в ближайшее десятилетие, до наших дней не приносила ни одна другая пандемия, что ставит проблему борьбы с ВИЧ/СПИДом в ряд важнейших задач, которые предстоит решать медикам всего мира. В 2000 г. от СПИДа умерли 3 млн человек, из которых 2,4 млн приходится на страны к югу от Сахары. В Африке 12 млн детей уже остались без родителей, которых унесла эта болезнь, а к концу этого десятилетия, если не будут предприняты эффективные меры, их число может возрасти до впечатляющей цифры в 40 млн. Если не будут найдены средства борьбы, заболевание приведет к ужасающим последствиям для народов африканских стран и изувечит экономику Африки и других регионов, пораженных этим недугом.

Хотя пандемия ВИЧ/СПИДа является глобальной проблемой, ситуация складывается по-разному в различных регионах. Около трех четвертей носителей ВИЧ/СПИДа приходится на страны к югу от Сахары. Заболевание распространяется быстро и поражает широкие слои населения в Восточной и Южной Африке. Распространенность ВИЧ в родовых отделениях Ботсваны с 1994 по 1999 гг. увеличилась с 18 до 35 %, а в Южной Африке за тот же период - с 3 до 20 %. В Центральной и Западной Африке инфицировано от 2 до 10 % взрослого населения. В странах к югу от Сахары болезнь передается в основном при гетеро-

сексуальных контактах, и здесь инфицированных женщин больше, чем мужчин. Взрыв ВИЧ-инфекции наблюдается и в бывших советских республиках, в основном за счет использования инъекционных наркотиков. Все страны Южной и Восточной Азии, где бушует эпидемия СПИДа, за исключением Камбоджи, также переживают быстрое распространение эпидемии среди лиц, употребляющих инъекционные препараты. Кроме того, в Камбодже, Индии, Мьянме и Таиланде эпидемия распространяется при гетеросексуальной передаче половым путем. В странах Карибского бассейна эпидемия в основном тоже распространяется посредством гетеросексуальных контактов, и здесь уровень инфицирования один из самых высоких за пределами стран к югу от Сахары. На территории Южной Америки распространенность ВИЧ составляет в среднем 1 % или менее, и инфекция передается в основном при гомосексуальных контактах и через инъекции наркотиков. За пределами стран к югу от Сахары ВИЧ/СПИДом поражены в большей степени мужчины.

Причины расхождения в цифрах распространенности заболевания не совсем ясны. Безусловным фактором является время, прошедшее с момента появления инфекции в регионе, равно как и подвижность населения, половая активность, и, возможно, вариации подтипов вируса<sup>76</sup>. В Южной и Восточной Африке одинаково широко распространено использование труда мужчин-мигрантов, проживает много мигрирующих семей, что представляет собой наследие апартеида, региональных войн и связано со структурой горнодобывающей промышленности. Такого рода общественные отношения достаточно часто приводят к контактам с коммерческими секс-работницами. Высокая встречаемость язвенных заболеваний гениталий и небольшой контингент мужчин, которым было сделано обрезание, также помогают объяснить тот факт, что заболеваемость в Южной и Восточной Африке намного выше по сравнению с Западной Африкой. Как бы то ни было, ни одной стране не удалось избежать этой пандемии. ВИЧ распространяется как в богатых, так и в бедных странах, а в самих странах поражает как бедных, так и богатых.

В то время, как в одних странах распространенность инфекции уже очень велика, в других, таких, как Китай и Индия, пандемия только начинается, поэтому вовремя принятые меры по борьбе с этим заболеванием должны помочь пресечь неконтролируемый рост числа инфицированных. Пока еще не полные данные свидетельствуют о значительном росте темпов распространения ВИЧ-инфекции в Китае и Индии, представляя угрозу двум наиболее густонаселенным странам мира. Без-

действие в буквальном смысле может стоить десятки миллионов жизней, но этого можно избежать при осознании важности принятия немедленных срочных мер.

Ключом к обузданию и обращению пандемии ВИЧ/СПИДа вспять является блокирование путей передачи вируса. Принимая во внимание тот факт, что инфекция передается в основном половым путем, возможны два пути решения проблемы: сокращение числа половых партнеров среди уже инфицированных лиц - а частично это возможно при проведении добровольного консультирования и проверки уже инфицированных лиц, - и путем снижения вероятности передачи инфекции при половых контактах между инфицированным и здоровым населением - например, за счет использования презервативов. Для сокращения случаев передачи инфекции через кровь важным является обеспечение одноразовыми шприцами лиц, использующих инъекционные наркотики, проверка крови перед переливанием, а также стерилизация оборудования, используемого при переливании крови. Для предотвращения передачи инфекции от матери ребенку была показана эффективность антиретровирусной терапии. Конечно, профилактика стала бы намного более эффективной в случае появления вакцины против ВИЧ - даже вакцины сравнительно низкой эффективности могли бы в значительной степени снизить темпы распространения пандемии. Таким образом, поиск вакцины остается основной задачей исследователей, работающих в области ВИЧ/СПИДа. Однако и в отсутствие вакцины можно сделать многое для предотвращения распространения инфекции.

Наиболее эффективными профилактическими мероприятиями являются те действия, которые могут изменить частоту передачи вируса между группами населения, имеющими наибольший риск инфицирования и передачи инфекции другим лицам - например, как результат большого количества половых партнеров, повышенной восприимчивости либо того и другого. С этой точки зрения важнейшей является группа секс-работниц. Во многих частях мира с большим успехом прошли программы по увеличению использования презервативов, в основном проводимые представителями той же профессии. Сначала в Таиланде, а затем и в Камбодже удалось достичь значительного снижения частоты ВИЧ-инфекции не только среди секс-работниц, но и среди населения в целом за счет предоставления информации представителями той же профессии и лечения ИППП. Аналогичного успеха можно ожидать в скором будущем и в индийском штате Тамил Наду. Мероприятия среди секс-работниц могут сопровождаться улучшением качества лече-

ния других половых инфекций, которые делают людей более уязвимыми для вируса ВИЧ. Вероятнее всего, улучшение качества лечения этих инфекций будет полезным в борьбе с инфекцией ВИЧ, хотя расхождения в опубликованных данных показывают, что в этом направлении необходимы дополнительные исследования. Лечение ИППП может также помочь выявить контингент клиентов секс-работниц и других мужчин, имеющих многих половых партнеров. Исследования, проведенные Комиссией, показали, что конечное число жертв СПИДа в Индии может ограничиться десятками миллионов при условии проведения образовательных программ среди секс-работниц, их клиентов и кожно-венерологических служб.

Также остро необходимы программы, рассчитанные на особенно уязвимую группу населения - подростков. Хотя полные проверенные данные об эффективности проведения мероприятий среди подростков отсутствуют, исследование, проведенное в Намибии (Shanton et al. 1998), показало, что правильно разработанные школьные программы помогают как увеличить возраст вступления в первичные половые контакты, так и вероятность использования школьниками презервативов. Что касается взрослых, значительно изменить привычки может помочь взаимное обучение, проводимое коллегами на рабочем месте: рандомизированное исследование, проведенное в Зимбабве и ставившее своей целью проверку действенности подобного подхода, выявило 30-процентное снижение заболеваемости ВИЧ-1 (Machekano 1998).

Хотя было проведено множество подробно описанных пилотных проектов по профилактике ВИЧ-инфекции, примеры стратегии, способной изменить поведение населения в масштабе страны, практически отсутствуют. Успех борьбы с ВИЧ в масштабе всей страны, как это очевидно на примере снижения показателя распространенности ВИЧ в Уганде и обуздания инфекции в Сенегале, невозможен без принятия ясной и честной политики. Многие политики, однако, предпочитают бежать от проблемы ВИЧ/СПИД, вместо того, чтобы мобилизовать все ресурсы на борьбу с этим заболеванием. Они боятся открыто говорить о смертельной болезни, на борьбу с которой не хватает бюджетных средств. Увеличение объема помощи доноров должно позволить политикам более открыто говорить о существующих проблемах, в том числе и о профилактике. Кроме того, пути передачи вируса затрагивают интимные сферы жизни человека и поведенческие модели, включая такие часто осуждаемые практики, как использование наркотиков и гомосексуализм. Политики обычно стараются не вступать в открытую дискус-



сию по данным вопросам и не принимают решений, хотя и высокоэффективных, но расцениваемых общественностью как поддержка социально неприемлемого поведения (таких, как пропаганда использования презервативов секс-работницами или предоставление стерильных игл наркоманам).

Еще одной причиной низкой эффективности национальных программ является нехватка ресурсов, включая недостаточное число персонала в правительственных организациях и НПО, в то время как приходится решать огромные, комплексные и сложные проблемы с участием доноров и международной общественности. Попытки сделать слишком много слишком малым числом сотрудников могут привести к низкому качеству работы и ограничению охвата территорий. Наличие финансовых ресурсов имеет огромное значение для наращивания потенциала проектов, включая обучение. Для обеспечения охвата, качества и эффективности проведения проектов в краткосрочной перспективе огромное значение имеет отбор и присвоение приоритетов программам, а также обеспечение финансовой поддержки их расширения.

В то время, когда так много говорится о профилактике, необходимо обеспечить лечение 36 млн человек, пораженных инфекцией, 95 % которых проживает в развивающихся странах. Если им не будет предоставлено лечение, обеспечивающее существенное продление жизни, эти люди скоро начнут умирать мучительной смертью. В отсутствие лекарств они оставят свои пораженные горем семьи, появятся десятки миллионов сирот, а в регионы, где болезнь особенно свирепствует, придет социальное и экономическое запустение. Предоставление лечения - не только моральная обязанность, но и существенный компонент экономической стабилизации и экономического развития в регионах, тяжело пораженных инфекцией. Кроме того, лечение стало более доступным, так как цены на необходимые медикаменты значительно упали. Общая годовая стоимость лечения, включая препараты и медобслуживание, в странах к югу от Сахары сегодня колеблется от 500 до 1000 долларов США в год, - возможно, это примерно столько же, сколько составляет средний годовой доход рабочих в расцвете лет, пораженных этим недугом. Это показывает, что затраты на проведение лечения окупаются с точки зрения общего экономического смысла, как было описано ранее, даже если отдельные лица пока не в состоянии заплатить за лечение<sup>77</sup>.

Лечение некоторых оппортунистических инфекций (ОИ), в результате которых растет смертность от ВИЧ/СПИДа, появилось с сере-



дины 1980-х гг., и некоторые виды лечения давно успешно применяются в развивающихся странах (в основном это антибиотики, эффективно используемые для лечения туберкулеза). С 1996 г., когда появилась терапия высокоактивными антиретровирусными препаратами (НААРТ или ТВАРП), которые действуют непосредственно на вирус, продолжительность жизни больных, получающих это лечение, существенно увеличилась. Следует отметить, что лечение ОИ приведет к значительному эффекту только в сочетании с применением ТВАРП. Весьма печально, что в бедных странах из-за стоимости лечения лишь весьма незначительная часть больных, которым оно могло бы помочь, сможет получить медикаменты. По некоторым оценкам из 25 млн ВИЧ-инфицированных африканцев и примерно 4 млн появляющихся ежегодно больных с тяжелой формой ВИЧ-заболевания только 10 000 - 30 000 человек получают антиретровирусную терапию, а многие, безусловно, получают неэффективное лечение, так как могут лишь изредка позволить себе лекарства. ЮНЭЙДС и ВОЗ считают, что к концу 2006 г. охват населения лечением в странах с низким доходом можно будет увеличить до 5 млн человек - в основном, в африканских странах.

Так как вирус ВИЧ подвержен мутациям, нет сомнений, что повсеместное применение ТВАРП приведет к увеличению устойчивых штаммов вируса. В связи с этим необходимо принять все меры для того, чтобы ТВАРП проходила под медицинским наблюдением и в соответствии с принятыми схемами, чтобы свести к минимуму негативные последствия. Были предложения проводить лечение под непосредственным наблюдением, как это делается в случае лечения туберкулеза, однако при применении ТВАРП задача намного усложняется, так как этот тип лечения проводится в течение всей жизни больного. К счастью, схемы ТВАРП были существенно упрощены, например, за счет упаковки всех противоретровирусных препаратов в одну таблетку, которую надо принимать два раза в день (Тризивир). Так как скорее всего появления случаев лекарственной устойчивости избежать не удастся, с течением времени появится необходимость в новых лекарственных препаратах, принимать которые в идеале должно быть еще проще. Из-за опасений по поводу возникновения лекарственной устойчивости, а также в связи с тем, что ТВАРП является комплексным подходом к лечению сложного заболевания, введение этой схемы лечения в странах с низким доходом должно сопровождаться обширным исследованием проверки эффективности других схем лечения и подходов. По нашему мнению, не менее 5 % финансирования, отводимого на решение проб-

лем ВИЧ/СПИДа, а возможно и более, должно идти на исследование обстановки на местах.

В начале внедрения схем лечения в странах с низким доходом необходимо помнить и об усилении профилактических мер. Хотя лечение должно рассматриваться прежде всего с медицинской точки зрения (т.е. продления жизни пациентов), а не с позиций общественного здравоохранения (т.е. прекращения передачи вируса), программы лечения должны включать и профилактические мероприятия. Например, имеет смысл, чтобы доноры, предлагая финансирование, настаивали на проведении параллельных с лечением профилактических мероприятий, так как для борьбы с пандемией необходимы оба компонента. Во-вторых, доступность лечения приведет к увеличению потока людей, добровольно пришедших на консультирование и тестирование (ДКТ), так как эти люди будут знать, что если результаты анализов окажутся положительными, им будет предложено лечение. По некоторым оценкам лишь около 5 % ВИЧ-инфицированных африканцев в настоящий момент информированы о своем заболевании. В случае доступности лечения их число может значительно возрасти. При эффективном ДКТ появляется возможность изменить модели поведения тех, кто уже инфицирован, но еще не знает о своем заболевании. Конечно, существует и опасность того, что доступ к лечению (и наивная вера в то, что лечение принесет “исцеление”) может привести в среднем к усугублению рискованных типов сексуального поведения, включая тех, кто еще не инфицирован. В третьих, возможно, но еще не доказано, что лица, получающие лечение, станут менее инфекционны из-за снижения числа вирусов, циркулирующих в организме (снижение “вирусной нагрузки”).

Как профилактика, так и лечение стоят дорого. Лечение оппортунистических инфекций потребует значительных затрат, сравнимых со стоимостью антиретровирусной терапии. По нашим оценкам, общая стоимость мероприятий по борьбе со СПИДом к 2007 г. достигнет 14 млрд долларов США, а к 2015 г. увеличится до 22 млрд. Эту цифру можно грубо разбить на три части - профилактика, лечение ОИ и антиретровирусная терапия (см. Таблицу А2.2). Это финансирование позволит предоставить лечение и антиретровирусную терапию примерно двум третям инфицированного населения в странах с низким доходом (см. Таблицу 7). Количество лиц, которые в действительности получат медицинскую помощь, будет намного ниже, чем две трети ВИЧ-инфицированного населения, однако, антиретровирусная терапия применяется только к тем пациентам, чей иммунологический статус (например,

**Таблица 7.** ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБОВ ОХВАТА  
(и ОЦЕНКА ТЕКУЩЕГО ОХВАТА ПО СОСТОЯНИЮ НА 2002 г.)

	2002 г.	2007 г.	2015 г.
<b>ТБ</b>	44%	60%	70%
<b>Малярия</b>			
Лечение	31%	60%	70%
Профилактика	2%	50%	70%
<b>ВИЧ</b>			
Профилактика (вне системы здравоохранения)	10–20%	70%	80%
Профилактика (в системе здравоохранения)	< 1% – 10%	40%	70%
Лечение ОИ	6%–10%	40%	70%
Лечение ВАРП	< 1%	45%	65%
<b>Иммунизация*</b>			
БЦЖ/КДС/полновакцина	75%	90%	90%
Гепатит В/НВ**			
Корь	68%	80%	80%
<b>Комплексное ведение детских болезней</b>			
ОРЗ	59%	70%	80%
Диарея	52%	70%	80%
<b>Болезни матери и ребенка</b>			
Дородовое наблюдение	65%	80%	90%
Родовспоможение под квалифицированным наблюдением	45%	80%	90%
Борьба с курением (налоги на продажу табака выше 80 %, запрет рекламы, информация для покупателей)	20%	80%	80%

\* включая предоставление витамина А; \*\* гепатит В/НВ не включены в оценку 2002 г.

вирусная нагрузка и число CD4) превышает определенные пороговые цифры, и лечение ОИ, безусловно, назначается в зависимости от состояния пациента. Мы ожидаем, что основная часть, если не все средства на борьбу с ВИЧ-инфекцией в странах с низким доходом поступят из Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM). В частности, GFATM было рекомендовано к 2007 г. выделять около 8 млрд долларов США в год, а к 2015 г. годовые ассигнования рекомендовано увеличить до 12 млрд долларов США в год. Оставшиеся необходимые средства поступят из двусторонних и многосторонних донорских программ и из бюджетов стран-реципиентов.

## ОБЪЕМ ЗАТРАТ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СТРАНАХ С НИЗКИМ ДОХОДОМ

Основные мероприятия, необходимые для значительного снижения смертности в странах с низким доходом, не дороги, однако не бесплатны. Большую часть работы Комиссии составила оценка стоимости расширения объема основных мероприятий в странах с низким доходом, к которым для целей данного исследования были отнесены страны к югу от Сахары и другие, в которых доход на душу населения в год был менее или равен 1200 долларов США (см. Таблицу A2.B, где указан полный перечень стран по группам). Нами также были подготовлены сметы расходов по различным подгруппам стран на основе дохода в регионе и на душу населения. Перечень мероприятий и целевые показатели представлены в Таблице 7. Например, предполагается, что охват территорий стратегией ДOTS лечения ТБ возрастет с 44 % больных ТБ до 60 % в 2007 г., а затем до 70 % в 2015 г. Некоторым такой охват может показаться недостаточным; однако, мы дали самые осторожные оценки потребностей, существующих на базе имеющейся инфраструктуры и обученного персонала, исходя из предположений смелого, но обоснованного продвижения вперед к расширению объема услуг в области здравоохранения. Подробное описание перечня мероприятий можно увидеть в Сводном докладе рабочей группы 5. Следует отметить, что приведенная стоимость составляет полную цену мероприятий, включая стоимость медикаментов и медобслуживания, капитальные инвестиции, дополнительные расходы на управление и поддержку учреждений и затраты на обучение персонала.

Для того, чтобы выйти на целевые показатели охвата к 2007 г., сверх существующих на 2002 г. расходов в странах с низким уровнем дохода дополнительно потребуется 14 долларов США в год на душу населения (в эквиваленте доллара США в 2002 г.) и 22 доллара США в год на душу населения в наименее развитых странах. При существующем внутреннем финансировании в странах с низким доходом, предоставляющем около 21 доллара США на человека (и всего 13 долларов США в наименее развитых странах), общая сумма расходов в год в странах с низким доходом в 2007 г. составит около 34 долларов США на человека и 38 долларов США на человека в 2015 г. Этот уровень затрат на душу населения можно очень грубо считать минимальным для оказания самых основных услуг в области здравоохранения. Безусловно, эти затраты весьма скромны, особенно если их сравнить со средними затратами в странах с высоким доходом, которые составляют более 2000 долларов США

на человека в год. Однако, если сравнить эти расходы с сегодняшними, уровень их достаточно высок, особенно если его сравнивать с платежеспособностью стран с низким доходом, не говоря о наименее развитых странах. Финансовые потребности, безусловно, будут отличаться в разных странах и регионах, в зависимости от сложившейся эпидемиологической обстановки (например, заболеваемости и распространенности малярии, ВИЧ/СПИДа и ТБ) и местных экономических условий (которые заметно лучше в странах южнее Сахары со средними доходами, тяжело пораженных ВИЧ/СПИДом). Большая часть расходов, от 30 до 45 долларов США, поступит по государственным каналам, и причин этому две: обеспечение общественного потребления товаров (как, например, в случае борьбы с инфекционными болезнями), где людям не хватает стимула к принятию необходимых защитных мер, и обеспечение доступа к услугам для бедных.

Необходимо отметить, что приведенные нами оценки расходов на душу населения в общем случае сопоставимы с результатами недавних исследований, проведенных другими организациями в собственных целях. Например, Дэвид Эванс, Крис Мерри и другие сотрудники ВОЗ показали, что для обеспечения качественного медицинского обслуживания необходимы затраты около 80 долларов в год на душу населения, в долларах, скорректированных на паритет покупательной способности (ППС) (Evans et al. 2001). Согласно данным ВОЗ, каждый доллар, затраченный странами с низким доходом, равен 2-3 долларам в других странах, исходя из ППС, а это значит, что порог в 80 долларов сравним с рассчитанными цифрами 33 и 40 долларов в нынешних (не ППС) долларах, что соизмеримо с нашей оценкой. При использовании совершенно иного подхода к оценке стоимости работы высококачественных больниц в Гане было показано, что для развития потребуются годовые расходы в 45 сегодняшних долларов на человека, не включая капитальные расходы на создание инфраструктуры (Arhin-Tenkorang и Buckle, 2001). В недавнем исследовании, проведенном МВФ, было продемонстрировано, что для эффективного охвата населения медицинскими услугами потребуются отчисления, равные 12 % ВВП стран с низким доходом, чтобы эти страны могли выполнить Международные цели развития по сокращению младенческой смертности<sup>78</sup>. В наименее развитых странах с ВВП на душу населения около 300 долларов США в год это будет соответствовать расходам порядка 36 долларов США в год на человека. Как бы то ни было, рассчитанные нами цифры позволяют лишь по минимуму покрыть необходимые затраты.

Мы подчеркиваем, однако, что 30-45 долларов США на человека не позволят обеспечить качественным медицинским обслуживанием широкие слои населения, и, уж конечно, здесь не приходится говорить о комплексном лечении, предоставляемом в странах с высоким доходом, где отчисления на здравоохранение составляют около 2000 долларов США и более в год!<sup>79</sup> Наши оценки определяют минимальные затраты на здравоохранение, позволяющие бороться с основными инфекционными болезнями, а также заболеваниями матери и ребенка, на долю которых в странах с низким доходом приходится множество смертей. Сделанные нами оценки расходов не включают некоторые основные категории здравоохранения, такие, как травматологию и срочные вмешательства (переломы костей, аппендэктомии); госпитали для больных возвратными инфекциями, учреждения планирования семьи (и раздачу контрацептивов через год после рождения ребенка). Мы рассматриваем данную смету расходов как точную, однако, минимальную цену проведения мероприятий, необходимых для достижения ощутимого снижения числа смертных случаев в результате болезней, обсуждаемых в данном Докладе. Эффективное проведение указанных мероприятий, однако, позволит укрепить и решить повседневные проблемы системы здравоохранения, что будет являться важным шагом в деле обеспечения доступа к медицинским услугам для бедных слоев населения.

Большинство стран с низким доходом даже не пытаются достичь минимально возможного уровня услуг или затрат на душу населения, необходимых для решения поставленных проблем. В 48 наименее развитых странах (Таблица 8) несредневзвешенные отчисления на здравоохранение в 1997 г. составили 11 долларов США на человека, из которых 6 долларов приходилось на бюджетные отчисления, а остальные на счет населения. В других странах с низким доходом в 1997 г. средние отчисления составили 23 доллара США на душу населения, что ниже требуемого, из которых 13 долларов США пришлось на бюджетные средства. Эти суммы включают донорскую поддержку здравоохранения. Фактически, текущий объем донорской помощи чрезвычайно низок - всего 2,29 доллара США на душу населения в наименее развитых странах в 1997-1999 гг. и 0,94 доллара США на человека в других странах с низким доходом.

**Таблица 8.** ВНУТРЕННИЕ РАСХОДЫ И ДОНОРСКАЯ ПОМОЩЬ НА НУЖДЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 1997–1999 гг.

	Государственные расходы на здравоохранение (на чел., 1997 г., долларов США)	Общие расходы на здравоохранение (на чел., 1997 г., долларов США)	Донорская помощь на здравоохранение (на чел., годовое среднее 1997–1999 гг., долларов США)	Донорская помощь на здравоохранение годовое среднее (1997–1999 млн долларов США)
Наименее развитые страны	6	11	2,29	1 473
Другие страны с низким доходом	13	23	0,94	1 666
Развивающиеся страны с доходом менее среднего	51	93	0,61	1 300
Развивающиеся страны с доходом более среднего	125	241	1,08	610
Страны с высоким доходом	1 356	1 907	0,00	2
Страны с высоким доходом			0,85	5 052

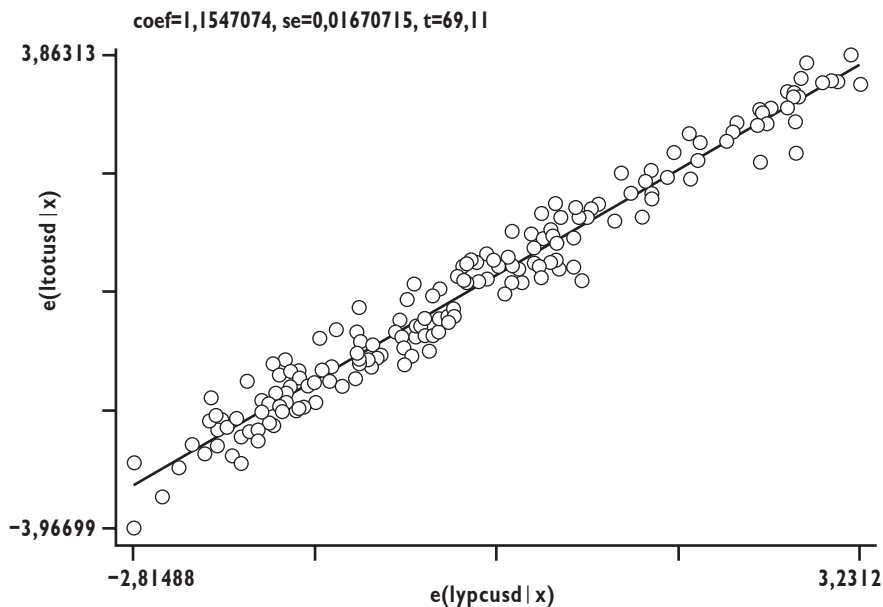
*Примечание: невзвешенное среднее для стран в соответствующих категориях. Включены лишь страны с численностью населения выше 500 тыс. человек по состоянию на 1997 г.*

## МОБИЛИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВНУТРЕННИХ РЕСУРСОВ НА НУЖДЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Низкий уровень затрат на здравоохранение прежде всего отражает проблемы бедности. Когда ВВП страны составляет всего 500 долларов США на душу населения в год, даже 5 % ВВП, выделенные на нужды здравоохранения, будут означать примерно 25 долларов США на человека в год. В странах с доходом на душу населения менее 500 долларов США проживает 1,8 млрд человек, и почти все, за исключением 35 млн, из них живут в странах, где отчисления на здравоохранение составляют 24 доллара США в год (за исключением Кении и Никарагуа). Ни одна из стран с доходом 500 и более долларов США на человека в год (в нашу выборку попали 44 такие страны) не смогла выделить 30 долларов США в год на здравоохранение. И ни одно из правительств этих стран не смогло собрать 20 долларов США на человека в год на нужды здравоохранения.

Как показано на рис. 5, расходы на здравоохранение в 1997 г. в 167 странах определялись национальным доходом<sup>80</sup>. Увеличение дохода на 1 % приводит к примерно однопроцентному или чуть выше увеличению расходов на здравоохранение<sup>81</sup>. Богатым странам трудно представить уровень бедности в беднейших регионах, где расходы на здравоохранение ничтожно малы. Даже если бы в беднейших странах на нужды охраны здоровья тратились большие средства, эти меры все равно

**Рисунок 5.** ЛОГАРИФИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ВЕЛИЧИНЫ ВВП (НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ, 1997) ПРОТИВ ЛОГАРИФМА ЗАТРАТ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ, 1997) (график построен методом частичной регрессии)



бы не разрешили основной проблемы нехватки ресурсов для обеспечения основных медицинских потребностей населения. Если на основные мероприятия будет тратиться 30-40 долларов США на душу населения, эти цифры будут составлять  $>10\%$  ВВП наименее развитых стран - намного больше, чем можно выделить из внутренних ресурсов.

Тем не менее, Комиссия изучила вопрос, насколько можно увеличить расходы на здравоохранение, исходя из внутренних ресурсов стран с низким доходом. Что касается государственных ресурсов, то способность увеличить расходы на нужды здравоохранения варьирует в зависимости от экономической структуры, налоговых сборов, величины внутреннего и внешнего долга и бюджетных схем обслуживания долга, а также многих других факторов. В целом, как видно из Таблицы 9, более бедные страны мобилизуют меньшую долю ВВП в налоговых сборах: в среднем  $14\%$  ВВП в странах с низким доходом по сравнению с  $31\%$  в странах с высоким доходом. Более того, принимая во внимание ограничения на повышение “широких” налогов, таких, как подоходный и налог на добавленную стоимость, основная масса налогов придется на международную торговлю и торговлю определенными группами сырье-



**Таблица 9.** НАЛОГИ В ПРОЦЕНТАХ ОТ ВВП

Страны с доходом на душу населения	Общий налог	Налоги на международную торговлю	Акциз	Общие налоги с продаж	Социальное обеспечение
Низким (31) менее 760 долларов США	14,0	4,5	1,6	2,7	1,1
Менее среднего (36) 761 – 3 030 долларов США	19,4	4,2	2,3	4,8	4,0
Более среднего (27) 3 631 – 9 360 долларов США	22,3	3,7	2,0	5,7	5,6
Высоким (23) более 9 360 долларов США	30,9	0,3	3,1	6,2	8,8

*Источник: государственная статистика стран, МВФ, классификация доходов стран согласно Перечню получателей помощи КСР на 1 января 2000 г. Количество стран дано в скобках.*

вых товаров, которые сложно поддаются учету и предоставляют ограниченные возможности для увеличения расходов на госсектор.

Однако, наблюдаются случаи, когда при отсутствии политической воли государственные расходы на здравоохранение намного ниже возможных. Когда государства разделяются по географическим или этническим границам, правительства иногда направляют основные средства на помощь ограниченному контингенту лиц, а не населению в целом. Существуют и случаи дискриминации женщин, которые несут основную ответственность за здоровье семьи - в результате страдает качество медицинских услуг, предлагаемых бедным, и в частности - женщинам.

Правда и то, что и ничтожные взносы зачастую тратятся впустую. Это особенно справедливо в отношении расходов бедных слоев населения, когда их средства идут на некачественное или неправильное лечение. Например, в Китае и Индии сельской бедноте приходится из своего кармана оплачивать 85 % оказываемых медицинских услуг, и большая часть средств идет на покупку ненужных лекарств, которые навязываются им больницами, получающими прибыль за счет продажи препаратов, или на услуги неквалифицированных и неимеющих лицензии врачей<sup>82</sup>. Растущие затраты на здравоохранение приводят к тому, что значительная часть бедных не имеет доступа к основным медицинским услугам, и огромное число семей теряют все, что они имели из-за расходов на медицинское обслуживание<sup>83</sup>. В Африке многие семьи тратят огромные суммы на традиционные и нетрадиционные виды лечения с тяжелыми для себя последствиями. Безусловно, некоторые за свои сред-

ства получают качественную помощь в частных клиниках и неправительственных организациях. Государственные средства зачастую разбазариваются или используются не по назначению; в то же время целевое финансирование иногда тратится на последние достижения медицины, предоставляемые элите столичных городов, в то время как от инфекционных болезней страдает беднота сельских районов, и не решаются проблемы материнской и детской смертности.

Принимая во внимание ограниченную способность к мобилизации государственных ресурсов в странах с низким доходом и значительную потребность в средствах, испытываемую такими секторами, как госуправление, инфраструктура, сельское хозяйство, полиция, оборона, образование и платежи по обслуживанию долга, было бы оптимистичным утверждать, что эти страны смогут выделить на здравоохранение хотя бы 4 % ВВП. И в самом деле, таких государственных отчислений на здравоохранение не смогла достичь ни одна страна с доходом на душу населения, превышающим 600 долларов США в год<sup>84</sup>. Хотя большинство стран могли бы мобилизовать большие средства на охрану здоровья, реально предположить, что их увеличение в бедных странах не превысит 1-2 % ВВП. Для ориентировки мы предположили, что в среднем страны с низким доходом к 2007 г. увеличат ассигнования на здравоохранение на 1 % ВВП, а к 2015 г. - на 2 % ВВП. Для страны с доходом 500 долларов США на душу населения увеличение составит 5 долларов в год в 2007 г. и 10 долларов США в год в 2015 г., что недостаточно для покрытия несоответствия между текущими и необходимыми расходами на оказание самых необходимых услуг. Могут быть решены и некоторые проблемы, ведущие к неэффективности работы учреждений здравоохранения как в смысле неправильного распределения средств, так и использования отсталых технологий, однако решение этих проблем приведет не более чем к 20-процентной экономии средств по сравнению с сегодняшним днем (Henscher, 2001). Только донорская помощь может помочь преодолеть эту пропасть.

Помимо недостаточного финансирования общественное здравоохранение бедных стран сталкивается еще с двумя проблемами. Первая проблема состоит в том, что доля общих бюджетных отчислений на здравоохранение там достаточно низкая (55 %) - намного ниже, чем в развитых странах (71 %). Так как для обеспечения основных потребностей населения (таких, как борьба с эпидемиологическими заболеваниями) и доступа бедных к медицинскому обслуживанию необходимы бюджетные средства, их нехватка может усугубить общую проблему недоста-

точности ресурсов. Во-вторых, частное финансирование выделяется из имеющихся в наличии средств и редко поступает заблаговременно, в связи с чем при частном финансировании элемент страхования практически отсутствует (т.е. идет накопление рисков), в противовес намного более высокому страховому покрытию, существующему в странах с высоким доходом. Частное финансирование, кроме всего прочего, часто является неэффективным, так как тратится на закупку дорогих медикаментов и лечение у врачей низкой квалификации.

Комиссия рекомендует постепенный отказ от спонтанных расходов на здравоохранение и увеличение доли местных программ финансирования медицинских услуг. Основной идеей таких программ является предложение организации схемы стимулов, согласно которой на каждый доллар, собранный на предоплату медицинских услуг, правительством (при поддержке доноров) будут начислены проценты согласно ставке совместного финансирования. Такие взносы на местах в основном пойдут на покрытие самых базовых медицинских услуг, в то время как основные медицинские услуги будут оплачиваться из бюджетных средств при поддержке доноров. Таким образом, будет создан стимул для сбора средств на местах, и обеспечена некая доля общественного контроля за оказанием медицинских услуг. Этот подход позволяет внести элемент распределения рисков, и отдельным семьям не придется в одиночку стоять перед лицом финансовой катастрофы в случае болезни в доме. Правительство страны также сможет контролировать качество оказания медицинских услуг на местах. Схемы местного финансирования здравоохранения, конечно, не панацея, и часто не приводили к желаемым результатам, однако во многих случаях такие программы вселяли надежду и предоставляли гибкое решение проблем на местах.

Предоплату в схемах местного финансирования, однако, не стоит путать с альтернативным подходом, который тоже иногда приходится наблюдать, - сбором за услуги. Сбор за услуги можно определить как плату за получение медицинских услуг в период болезни (соответственно, это спонтанные расходы), часто самых необходимых. Опыт показывает, что практика введения такого сбора неоднократно приводила к тому, что бедные не могли получить самой необходимой помощи, в то время как эти деньги покрывали лишь незначительную часть стоимости услуг<sup>85</sup>. Итак, схемы местного финансирования отличаются от сбора за услуги в двух основных моментах: во-первых, схемы местного финансирования предусматривают плановую предоплату, а не спонтанные расходы, и, во-вторых, взносы не будут покрывать предоставление основ-

ных услуг, так как они будут предоставляться за счет бюджетных средств, полностью дополнительных к взносам общественности.

Существует и еще один механизм, который может помочь увеличить отчисления в здравоохранение стран с низким бюджетом: более масштабное списание долга с направлением вырученных средств на охрану здоровья. Инициатива по бедным странам с тяжелым бременем долга предусматривает сокращение платежей по обслуживанию долга на 2 % ВВП для 30 бедных стран со значительным долгом. Возможно, четверть этих средств пойдет на нужды здравоохранения. Долговые обязательства будут сокращены приблизительно на две трети в денежном выражении на текущий момент в результате применения обычных процедур сокращения долга и дополнительных возможностей, предусмотренных Инициативой. Данная Инициатива может быть развита по двум направлениям: увеличение числа стран, включенных в Инициативу, и увеличение масштабов сокращения долга. Принимая во внимание значительные успехи, достигнутые в первой фазе, в плане перевода сэкономленных средств в социальные расходы, использование этих дополнительных возможностей кажется целесообразным, хотя и повлечет за собой взятие дополнительных двусторонних финансовых обязательств по поддержке Инициативы<sup>86</sup>. Безусловно, необходимо отметить, что сэкономленные средства станут лишь малой частью необходимого увеличения объема донорской помощи.

Таким образом, в качестве основной стратегии реформы здравоохранения и финансовой сферы в странах с низким доходом Комиссия рекомендует принятие следующих шести шагов: 1) увеличение мобилизации собранных налогов на нужды здравоохранения, порядка 1 % ВВП к 2007 г. и 2 % к 2015 г.; 2) увеличение донорской поддержки финансирования предоставления общественных благ населению и обеспечения доступа к основным услугам для бедных слоев населения; 3) перевод спонтанных расходов в заранее спланированные схемы, включая программы финансирования на местах при поддержке государственным средствами, там, где это возможно; 4) увеличение масштабов Инициативы по бедным странам со значительным долгом, как по охвату стран, так и по темпам снижения долга (при двусторонней поддержке со стороны доноров); 5) усилия по устранению недостатков в существующей системе распределения государственных средств и ресурсов, использующихся в области здравоохранения; 6) перераспределение государственных средств с отходом от неэффективных схем расходов и субсидий, с переходом к социальным программам, сосредоточенным на бедных.

Вопросы финансирования стран со средним доходом должны решаться по-другому. Здесь повсеместный доступ к основным медицинским услугам обеспечивается за счет существующих схем. Однако, остаются нерешенными две основные проблемы. Многие семьи в странах со средним доходом все же не имеют достаточного доступа к медицинским услугам, так как они слишком бедны, чтобы самостоятельно финансировать лечение, а правительство выделяет для этого слишком мало средств. Мы настоятельно рекомендуем, чтобы страны со средним доходом мобилизовали все возможные ресурсы для расширения сферы оказания услуг беднейшим слоям населения и регионам. Во-вторых, потребность в увеличении ассортимента оказываемых медицинских услуг за пределы наиболее необходимых, особенно в области лечения инфекционных болезней, создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения. Если платежи в этот растущий сектор услуг будут осуществляться спорадически, весь финансовый груз в случае болезни ляжет на семьи; если же покрытие расходов будет происходить за счет бюджетных средств, основной проблемой станет растущая стоимость программ здравоохранения. Более того, также немаловажен и способ оплаты медицинских услуг (например, непосредственные платежи в систему здравоохранения за оказанные услуги или всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию посредством всеобщего медицинского страхования). Система платежей за оказанные услуги приводит к значительному росту стоимости медицинского обслуживания, так как врачи начинают предлагать ненужные анализы и процедуры.

Опыт стран с высоким доходом показывает, что правительства многих стран проявляют стремление к переключению финансирования медицинских услуг на частный сектор, особенно посредством прямых платежей за оказанные услуги, что приводит к значительному удорожанию стоимости медицинского обслуживания и, в конечном итоге, препятствует получению при необходимости медицинской помощи широкими слоями населения. Вопреки многим предсказаниям, непосредственным итогом введения единого охвата в странах-членах ОЭСР стало выравнивание темпов роста расходов на здравоохранение, выраженное в процентах ВВП за последние 10-15 лет (Preker 1998; Thonpson and Huber 2001)<sup>87</sup>. Preker было показано существование следующих возможных объяснений этого: 1) увеличение контроля расходов; 2) устранение давления со стороны частных систем медицинского страхования на увеличение расходов; 3) в некоторых странах полный охват был достигнут еще до принятия соответствующего законодательного решения.

Почти все страны со средним доходом в общем тратят достаточные средства для обеспечения доступа населения к основным медицинским услугам<sup>88</sup>. Однако, в некоторых странах это сделать не удастся по двум основным причинам. Первая состоит в существовании значительного имущественного неравенства в обществе, иногда в соответствии с географическими и/или этническими границами, часто подкрепленного недостатком политической воли к решению проблем бедных слоев населения. Зоны экстремальной бедности существуют в таких регионах, как сельские области на северо-востоке Бразилии или на западе Китая, где население зачастую не имеет никакого доступа к основным медицинским услугам со всеми вытекающими социальными и экономическими последствиями. Во-вторых, во многих странах со средним доходом отсутствует страхование работников неофициального сектора. Этим работникам приходится платить за медицинское обслуживание из своего кармана и в случае болезни стоять перед лицом банкротства<sup>89</sup>. Комиссия считает, что обеспечение повсеместного доступа к основным медицинским услугам за счет средств государства должно стать частью стратегии экономического развития каждой страны со средним доходом, а это, в свою очередь, может потребовать переброски средств, предназначенных для здравоохранения, в бедные районы страны. Государство также может обеспечивать стимулы для работников неформального сектора, помогая в создании схем по преодолению существующих рисков. Опыт стран ОЭСР, накопленный в последние два десятилетия, показывает, как посредством распределения бюджетных средств, платежей, заключения контрактов и мер по сдерживанию роста цен можно добиться справедливости и эффективности.

Даже если в долгосрочной перспективе перераспределение средств и будет возможным, в ближайшее время многие страны со средним доходом будут испытывать финансовые сложности. Всемирный Банк и местные банки регионального развития в тесном сотрудничестве с правительствами стран и ВОЗ должны разработать схемы долгосрочных займов и технической поддержки, чтобы помочь этим странам увеличить объем медицинской помощи, оказываемой бедным. Хотя эти займы технически неконцессионны, они предоставляют странам-получателям помощи лучшие возможности для финансирования здравоохранения, чем можно получить на открытых финансовых рынках<sup>90</sup>. Возможности такого подхода были продемонстрированы на примере целевых кредитов Всемирного Банка, выданных для борьбы со СПИДом и ТБ странам со средним доходом, таким как Бразилия, Китай и Таиланд.

## УСТРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ НЕФИНАНСОВОГО ХАРАКТЕРА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ограничения, лишаящие сотни миллионов бедных по всему миру возможностей доступа к медицинским услугам, выходят далеко за рамки непосредственной нехватки средств. Большая часть бедных не имеет достаточного доступа к здравоохранению. Трубы, по которым течет финансовая река, либо слишком узки и забиты, либо протекают, иногда они не доходят до того места, где особенно необходимы, или деньги выходят из-под контроля системы здравоохранения. В каких-то случаях труб просто нет. Отсутствие действенной и эффективной системы предоставления медицинских услуг приводит к ограничениям попыток увеличения масштабов проводимых медицинских мероприятий. В некоторых случаях недостатки организации системы медицинских услуг выступают основным препятствием при значительном увеличении расходов, когда не удается достичь даже незначительного улучшения, будь то с точки зрения материалов или работы персонала. В некоторых развивающихся странах такое положение существует уже сейчас, когда из-за неэффективности системы многие работники просто сидят без дела.

Частью процесса расширения масштабов оказываемых услуг обычно становится устранение структурных ограничений и построение новой системы. Многие ограничения могут быть устранены привлечением дополнительных средств при их разумном использовании - действительно, донорам следует увеличить объем помощи и работать сообща со страной-получателем помощи, укрепляя систему здравоохранения. На этот процесс уйдет много времени, поэтому, чтобы выполнить поставленные задачи, начинать надо уже сейчас, например, строя новую инфраструктуру, увеличивая число обученных медработников, укрепляя системы управления и финансирования. Основным направлением деятельности должна стать работа с общественностью на местном уровне, где непосредственно предоставляются медицинские услуги. Мы назвали эту систему, которая станет частью системы здравоохранения, "Ближе к клиенту" (*closer to the client - CTC*). Увеличение масштабов деятельности на уровне CTC включает привлечение персонала, обеспечение необходимыми препаратами и предоставление транспорта, которого на местном уровне потребуются немного. Необходимо также укрепить инфраструктуру здравоохранения во всех CTC-центрах (строительство, обеспечение диагностическим оборудованием, линиями коммуникаций и электронной почты), а также организовать лучшие системы управления и надзора и обеспечить открытость деятельности этих



центров для их клиентов. Улучшения доступа к медицинским услугам для бедных слоев населения возможно достичь только при непосредственном участии общественности и развитии доверия к системе СТС.

Государству в системе СТС отводятся четыре функции. Во-первых, государство совместно с институтами гражданского общества будет определять и обосновывать набор основных услуг в области здравоохранения, исходя из эпидемиологической обстановки в стране. Во-вторых, государство будет обеспечивать достаточное финансирование (включая донорскую помощь) для организации всеобщего допуска к набору основных медицинских услуг. В-третьих, государство будет предоставлять медицинские услуги в государственных клиниках и больницах, а также выступать подрядчиком оказания услуг в других случаях. В-четвертых, государство будет стремиться гарантировать предоставление качественных медицинских услуг. Итак, государство будет стоять во главе общественного здравоохранения, однако в большинстве случаев не будет являться единственным поставщиком таких услуг. Комиссия признает, что усиление роли государства в решении вопросов здравоохранения приходится на те времена, когда возможности правительства, особенно в беднейших странах, ограничены, и существуют проблемы управления и администрирования. Решение этих проблем станет неотъемлемой частью задач, стоящих как перед странами, так и перед донорами, с тем чтобы можно было освободиться от бремени болезней.

С точки зрения организации нам представляется, что система СТС будет строиться на достаточно простых больницах (не обязательно предоставляющих полный набор медицинских услуг, как это бывает в крупных городских или университетских клиниках), центрах здоровья, а в некоторых случаях - на небольших медпунктах. Схема организации этих центров сделает медицинские услуги доступными для населения, проживающего непосредственно в данной местности. Хотя профессиональный надзор за деятельностью данных центров будет безусловно необходим, большой объем работ в системе СТС может выполняться средним и низшим медперсоналом: медсестрами и фельдшерами различных квалификаций, а также акушерками. В Таблице 10 представлена общая схема организации предоставления основных медицинских услуг. Для каждой медицинской услуги предположительно указана организация, которая будет в основном ее предоставлять.

В госпиталях системы СТС должны будут работать как минимум один врач и несколько медработников среднего уровня; обычно такой госпиталь должен иметь возможность разместить 100 больных едино-



Таблица 10. Примеры оказания услуг по уровням

Уровень оказания медицинской помощи	ТБ	Малярия	ВИЧ/СПИД	Детские болезни	Мать-дети	Курение
Больница	ДОТС для осложненных случаев ТБ	Лечение осложненных случаев малярии	Переливание крови для ВИЧ/СПИД ВТАРП Лечение тяжелых ОИИ в случаях СПИД Паллиативные вмешательства	Комплексное ведение тяжелых случаев (КВТС)	Срочная акушерская помощь помощь	
Центр охраны здоровья/медпункт	ДОТС	Лечение неосложненной малярии  Прерывистое лечение беременных женщин с малярией	Противоретровирусные препараты плюс замена тела грудного молока для предотвращения вертикальной передачи вируса от матери к ребенку Профилактика ОИИ, лечение неосложненных ОИИ АКТ Лечение ЗППП	КВТС  Иммунизация  Лечение тяжелой анемии	Оказание квалифицированной помощи при родах  Дородовое и послеродовое консультирование  Планирование семьи после родов	Советы по прекращению курения; фармакологические препараты, помогающие бросить курить
Выездная помощь		Эпидемиологическое планирование и отчет	Взаимное обучение в уязвимых группах населения; обмен ИГА	Особые кампании по иммунизации		

Таблица 10. (продолжение)

Уровень оказания медицинской помощи	ТБ	Малярия	ВИЧ/СПИД	Детские болезни	Мать-дети	Курение
(Высшая помощь)		Опрыскивание помещений		КВТС на дому - лечение алкоголики в домашних условиях Предоставление питательных микрокомпонентов и детализация		
Мероприятия за рамками здравоохранения или не включающие непосредственного предоставления услуг		Социальный маркетинг обработанных противомоскитных сеток	Социальный маркетинг презервативов Программы профилактики ВИЧ в школах	Улучшение качества торговли в частных аптеках Детализация и предоставление пищевых микрокомпонентов в школах Пропаганда по борьбе с загрязнением воздуха в помещениях, информация, регулирование Пищевые добавки - йод, фолиевая кислота, потенциально - цинк		Увеличение налогов на продажу табачных изделий, запрет на рекламу и продвижение подобных товаров, законы, запрещающие загрязнение воздуха и рекламу на прилавках

Сокращения: КВТС - комплексное ведение тяжелых случаев, ЗППП - заболевания, передающиеся половым путем;

ОИ - оппортунистические инфекции, ДКТ - добровольное консультирование и тестирование.

Примечание: мероприятия отнесены к медицинскому учреждению, являющемуся основным поставщиком подобных услуг;

прочие учреждения также часто предоставляют аналогичные услуги (например, квалифицированное родообслуживание в больницах)

временно. Подобные больницы будут оказывать помощь в случае острых, особо опасных или сложных заболеваний. Что касается здоровья матери и ребенка, в такие больницы будут доставляться женщины с эклампсией, послеродовым кровотечением, сепсисом родильниц и осложнениями после неудачно прерванной беременности. В этих больницах также будут проходить лечение пациенты с тяжело протекающими детскими заболеваниями и малярией, а также с осложненными случаями туберкулеза. Возможно, на этом уровне можно предоставлять и антиретровирусное лечение больным СПИДом. В таких больницах должна быть организована лаборатория и, как минимум, одна операционная, кабинет анестезиолога и рентгеновский кабинет. Кроме того, при больнице должен иметься многоцелевой диспансер.

Помимо госпитального лечения, хорошо функционирующая система СТС потребует, как минимум, одну или, возможно, две формы доступа к медицинским услугам на базе этих учреждений. Основным требованием является то, что данные медицинские центры должны быть укомплектованы медсестрами и другим квалифицированным средним медицинским персоналом. Именно в этих медицинских центрах должно, в основном, проходить лечение по программам ДОТС, равно, как и диагностика и лечение неосложненных детских болезней, а также диагностика и консультирование в случаях тяжелых заболеваний. На базе этих больниц лучше всего организовать лечение неосложненных случаев малярии, хотя при соответствующих навыках и предоставлении удобно упакованных материалов значительная часть лечения малярии может осуществляться дома. В этих больницах также можно лечить большинство ЗППП и проводить лечение и профилактику большинства оппортунистических инфекций в случаях ВИЧ/СПИДа, а также тестирование на ВИЧ и консультирование. В данных медицинских учреждениях, возможно, уместно организовать консультации по борьбе с курением, помогая обратившимся советом и предлагая фармакологические препараты. Здесь также может предоставляться помощь в случае неосложненных родов и проводиться курс лечения невиралином или другими препаратами для снижения риска передачи вируса ВИЧ от матери к ребенку. В некоторых случаях, например, когда население разбросано на большой территории, имеет смысл перейти на другой уровень оказания медицинской помощи, который мы назвали *медпунктом*. Здесь будут предоставляться такие услуги, как регулярная иммунизация, дородовое консультирование и патронаж, а также лечение малярии. Однако, в местах, где плотность населения велика, данные услуги могут

предоставляться медицинскими центрами; в сельских районах можно организовать выезды медицинских бригад. Система СТС будет также включать целый набор услуг, оказываемых на базе стационарных медицинских учреждений. В области охраны здоровья матери и ребенка здесь можно упомянуть дородовое консультирование, проведение вакцинаций, программы добавок микроэлементов к питанию, дегельминтизация, а также обучение методам борьбы с лихорадкой и диареей посредством регидратации. В случае малярии, при выезде медиков на дом, можно провести опрыскивание помещений и спланировать меры по борьбе с эпидемией.

Кроме того, необходимо проведение мероприятий и за рамками сектора здравоохранения. В области борьбы с ВИЧ/СПИДом такие меры необходимы для работы с уязвимыми группами, обучения равными равных, что является особенно важным для борьбы с пандемией в зонах низкой заболеваемости. Для увеличения использования презервативов и обработанных противомоскитных сеток можно применить подход социального маркетинга. Обсуждение методов борьбы с паразитическими инфекциями, а также дискуссии по половому воспитанию с целью снижения риска заражения ВИЧ/СПИДом можно проводить в рамках школьных программ здоровья. Качество лечения препаратами, приобретенными по своей инициативе, может быть повышено посредством обучения продавцов и проведения социального маркетинга препаратов, включая удобную расфасовку лекарств и сопровождение их понятным описанием курса лечения.

Исторически одним из путей решения проблем ограниченных ресурсов в системе здравоохранения является принятие “вертикального” или “по категориям” подхода к лечению конкретного заболевания, например малярии, или использование целого ряда мер, таких как вакцинация детей. Такого рода подходы вызывают большой интерес у внешних доноров, которых привлекает возможность технического и финансового контроля, а также то, что такие мероприятия легче поддаются оценке. Многие такие программы были успешно реализованы по всему миру в упоминавшихся выше странах. Мы настоятельно рекомендуем не сбрасывать со счетов подход “по категориям”, так как он представляет огромную ценность с точки зрения привлечения квалифицированных специалистов и концентрации усилий. Мы призываем страны с низким уровнем дохода, проводящие или только начинающие проведение национальных программ по ВИЧ/СПИДу, малярии, туберкулезу, а также и по другим специфическим заболеваниям, к созданию систем СТС.

Потребность в такого рода концентрации знаний для совершенствования или развития существующих систем СТС очевидна даже в тех случаях, когда они хорошо работают. Важно, однако, чтобы такой подход “по категориям” выступал как дополнительный к широкому набору медицинских услуг, а не заменял его. Более того, принимая во внимание тот факт, что мы выступаем за значительное расширение масштабов проводимых медицинских мероприятий, очевидно, что для решения поставленных задач более разумным подходом является укрепление системы здравоохранения в целом, а не попытки идти окольными путями. Программы “по категориям” могут предоставить техническую помощь на уровне СТС, стандартные протоколы лечения, качественные медицинские препараты, мониторинг и оценку проводимых мероприятий с упором на их результат, а также помочь получить широкую политическую поддержку конкретных программ. Во многих случаях инфраструктуры, созданные в ходе осуществления программ “по категориям”, используются для борьбы с опасными заболеваниями. Многие глобальные инициативы, упомянутые ранее, которые зависят от распределения лекарственных препаратов и других важных материалов среди широких слоев населения, укрепили национальную инфраструктуру, необходимую для проведения мероприятий в рамках СТС.

Для расширения масштаба проводимых мероприятий многим странам с низким доходом потребуются предпринять значительные усилия, особенно в том, что касается создания системы СТС и связанной с ней системы управления. Нами были подробно изучены проблемы, с которыми придется столкнуться на этом пути<sup>91</sup>, и мы разбили их (Таблица 11) на пять категорий в зависимости от того, на каком уровне они возникают: на уровне населенного пункта и отдельных семей; на уровне предоставления медицинских услуг; на уровне стратегического управления и принятия решений в области здравоохранения; на уровне государственной политики в целом; на уровне экологическом. Одной из задач является определение областей, где проблемы разрешаются легче посредством увеличения финансирования, и тех, где деньги не являются основным препятствием. Увеличение финансирования приведет, в основном, к изменениям в двух первых категориях: при решении проблем на уровне населенного пункта и предоставления медицинских услуг населению. Проблемы, возникающие на остальных трех уровнях, в основном касаются управления и работы учреждений и в меньшей степени упираются в деньги. В то время, как проблемы управления стоят на всех уровнях, некоторые вопросы быстрее и проще решаются на местном

Таблица II. КАТЕГОРИИ ОГРАНИЧЕНИЙ

Уровни	Ограничения
Населенный пункт и отдельные семьи	Отсутствие требований организации эффективных мер Препятствия к использованию эффективных услуг: физические, финансовые, социальные
Оказание медицинских услуг	Недоукомплектованность квалифицированными кадрами Слабое техническое руководство, управление и надзор за выполнением мероприятий Недостаточное снабжение лекарственными препаратами и медицинскими средствами Нехватка оборудования и слабая инфраструктура (включая лаборатории и коммуникации) и недостаточный доступ к медицинскому обслуживанию
Здравоохранение и стратегическое управление	Слабая, зарегулированная централизованная система планирования и управления Плохо организованное управление и снабжение лекарственными препаратами Недостаточно развитое управление деятельностью фармацевтического и частного сектора и низкие стандарты в отрасли Недостаток координации и связей между усилиями, предпринимаемыми в области охраны здоровья, между государственными органами и гражданским обществом Недостаточность стимулов к эффективному использованию ресурсов и ответа на потребности и предпочтения потребителей услуг Надежда на донорские средства, что ограничивает гибкость и формы собственности Донорские практики, негативно влияющие на политику страны
Внутренняя политика и срез через все секторы	Бюрократия в правительстве Недостаточное развитие сети коммуникаций и дорог
Экологические показатели	<i>А. Управление и общая политическая ситуация</i> Коррупция, слабое правительство, слабая законодательная база и несоблюдение контрактов Политическая нестабильность и опасная обстановка Недостаточное внимание, уделяемое социальным вопросам Недостаточная открытость для контроля общественностью Слабое развитие свободной прессы <i>Б. Экологическая обстановка</i> Климатические и географические предпосылки для развития заболеваний Физические условия, неблагоприятные для предоставления услуг

Источник: Hanson et al.

уровне, и это надо делать в первую очередь, потому что реформы и укрепление центральной власти требуют более длительных и настойчивых усилий.

Чтобы оценить существующие проблемы в различных странах, для каждой страны с низким доходом нами был введен ряд косвенных показателей. Среди них были следующие: грамотность среди женщин, количество медсестер на 100 тыс. населения, охват иммунизацией КДС, показатель ЮНИСЕФ доступа к медицинским услугам, показатели Всемирного банка по контролю за коррупцией и эффективностью правительства, а также показатель Гарвардского центра по международному развитию о доле населения, живущего в тропиках. Анализ показал, что эти параметры сильно варьируют. В странах с низким доходом, например, количество медсестер на 100 тыс. населения колеблется от 5 до 874 человек, а доля населения, определенная как имеющая доступ к медицинским услугам, составляет от 18 % до 95 %.

Важно отметить, что две из стран с низким и ниже среднего доходом, где проживает большинство из многомиллионной армии бедных, а именно Индия и Китай, твердо входят в число стран, где препятствия к развитию минимальны. Страны, в которых наблюдаются самые серьезные препятствия к развитию, включают: Анголу, Бурунди, Камбоджу, Центрально-Африканскую Республику, Чад, Демократическую Республику Конго, Эритрею, Гвинея-Бисау, Гаити, Либерию, Мавританию, Нигер, Нигерию, Сомали и Йемен. Большинство этих стран находится к югу от Сахары. В ряде из них протекают внутренние или внешние конфликты, или недавно закончились военные действия. Многие из них сталкиваются с серьезными проблемами государственного управления. Нами были отмечены значительные качественные различия между вышеупомянутыми странами и странами, где препятствия к развитию минимальны. По сравнению со странами, где число таких препятствий велико, в других странах специфические индикаторы ограничения развития в гораздо меньше связаны между собой.

Работать в странах с большим числом ограничений труднее всего. В таких странах показатели здравоохранения намного хуже, чем в странах с низким доходом в целом: здесь на душу населения приходится только треть необходимого количества медсестер, младенческая смертность почти в 2 раза выше, материнская смертность - более чем в 2 раза выше. Доля населения, живущего менее чем на 1 доллар в день, здесь в 2 раза выше, чем в других странах с низким доходом. Однако, важно отметить, что в абсолютном выражении эти страны представляют относительно небольшую часть общей проблемы. В основном, это небольшие страны (более чем в половине из них численность населения составляет менее 10 млн), а общая численность населения этих стран -

около 250 млн. Несмотря на тот факт, что здесь много бедных, на долю этих стран приходится только 13 % от доли населения, живущего на менее чем 1 доллар в день в странах с низким доходом. Другими словами, 87 % людей, живущих менее чем на 1 доллар в день в странах с низким доходом, не являются жителями стран, где существуют большие препятствия для развития.

Это - очень грубый анализ, поскольку в него не вошли некоторые страны, где препятствия для развития особенно велики. В некоторых кругах можно услышать аргументы в пользу того, что для миллиардов бедных сделать ничего невозможно, потому что они живут в странах, где существуют огромные проблемы государственного управления, слишком слабо развито гражданское общество, слишком низок образовательный уровень, а инвестиции в инфраструктуру настолько смехотворны, что помощь извне не позволит достигнуть никаких высоких результатов. Это не так. Как уже отмечалось, на самом деле существуют страны, где в этом смысле надежда немного, однако, большинство бедных проживает не в них, а составляет население стран, где положение значительно лучше. В целях эффективного использования дополнительного финансирования потребуются значительные инвестиции для снятия существующих ограничений даже в странах, где проблем относительно мало.

Часто приходится слышать, что для целевых программ в области здравоохранения, по сравнению с другими видами помощи, неблагоприятный климат для развития в целом - проблемы управления, слабая экономика, необузданная коррупция и т.д., представляют меньшее препятствие. Искоренение оспы потребовало проведения эффективных мероприятий во всех странах, вне зависимости от существующих ограничений. Недавно в сложных условиях был достигнут значительный прогресс программой по борьбе с онхоцеркозом, равно как и с лепрой, дракунулезом и болезнью Шагаса, а также в других случаях, когда инициативы были поддержаны принятием энергичных мер. Был извлечен и важный урок: для преодоления внутренних преград потребовались международные программы, предоставляемые как всемирные общественные блага. Проведение медицинских мероприятий в международном масштабе может иногда придти на смену слабым политическим системам государств.

Кроме всего прочего, в некоторых случаях количество проблем имеет тенденцию к сокращению. Если бы наш анализ проводился несколькими годами ранее, такие страны, как Уганда и Мозамбик, скорее всего, попали бы в число стран с максимальным количеством ограниче-



ний. Сегодня эти страны могут гордиться значительными успехами. Зачастую страны, определяемые как имеющие большое количество ограничений для развития, в других случаях могли бы заявить, что у них - чрезвычайная ситуация. Всесторонняя чрезвычайная ситуация, безусловно, не способствует проведению медицинских мероприятий, но именно в таких условиях они необходимы, особенно с точки зрения эпидемиологического контроля, борьбы с малярией и другими заболеваниями. В случаях улучшения ситуации деньги, потраченные на программы “по категориям”, могут пригодиться для наращивания потенциала системы здравоохранения в целом.

И все же государственное управление, в котором присутствует коррупция, недостатки в планировании, незаинтересованность в долгосрочном развитии, будет подрывать основы здравоохранения, отраслей экономики. Устойчивое улучшение положения в области здравоохранения будет труднодостижимым или невозможным в странах, где происходят военные конфликты, угнетаются этнические и расовые меньшинства, или существует дискриминация женщин. Немногого смогут добиться и страны, где вся власть управляет централизованно и авторитарно, а местная общественность не имеет полномочий и возможностей участвовать в управлении, включая и здравоохранение. Долю таких стран определить нелегко, однако, увы, они существуют, и их немало! В рамках общих усилий по улучшению медицинского обслуживания населения было бы нецелесообразным вкладывать крупные средства в подобные страны, т.к. это приведет к распылению средств и к потере доверия у налогоплательщиков в странах-донорах. Доступ к медицинским услугам и усилия по увеличению охвата населения медицинским обслуживанием могут в значительной степени пострадать в результате кратковременного кризиса макроэкономики, если не будут предприняты меры по защите здравоохранения от подобных явлений. Донорские организации и многосторонние учреждения совместно с местными органами власти должны обратить особое внимание на то, чтобы защитить свои медицинские программы от резких сокращений финансирования, которые могут сопровождать краткосрочный экономический кризис в стране. В период ухудшения экономической ситуации особая роль в поддержке здравоохранения отводится донорской помощи. Не менее важным является и создание преемственных схем социального обеспечения для бедных, чтобы защитить их от таких ситуаций. В случаях, когда семьи оказываются перед лицом финансовой пропасти, неблагоприятные последствия для здоровья может предотвратить простая поддержка существовавшего до кризиса уровня оказания медицинских услуг.

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ШИРОКОМ КОНТЕКСТЕ ВОПРОСОВ МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Осуществление эффективной политики в области здравоохранения требует тщательного изучения местных условий - экологических, социальных, демографических, экономических и политических, каждое из которых влияет на состояние здоровья населения, и возможно при применении комплексного подхода к организации общественного здравоохранения. Важные инвестиции и изменение моделей поведения необходимы во многих ключевых областях за рамками здравоохранения (по крайней мере, при традиционном определении этого понятия). Эконометрические оценки состояния здоровья, подготовленные для данного Доклада (в частности, оценки продолжительности жизни женщин в ряде стран с 1975 по 1990 гг.), подтверждают важность состояния здоровья и качества оказания медицинских услуг (измеряемого как количество врачей на душу населения), доходов семей (оцениваемого через ВВП на душу населения) и экологической обстановки (проживание в тропиках плохо сказывается на здоровье, в то время как проживание в прибрежной зоне благоприятно для здоровья)<sup>92</sup>. Политика в области здравоохранения, помимо медицинских мероприятий, должна охватывать еще четыре области.

### *1) Базовая инфраструктура и технологии на службе здравоохранения*

Еще до появления в XX веке некоторых наиболее совершенных мероприятий по охране здоровья, таких как иммунизация и применение антибиотиков, в странах Западной Европы и Северной Америке стало отмечаться увеличение продолжительности жизни и снижение темпов смертности. Эти изменения произошли в результате улучшения ситуации в целом, того, что Фогель определил как “инфраструктура здоровья”, включая расширение доступа к чистой воде, организацию канализации и вывоза мусора в городах, пастеризацию молока и другие меры предосторожности, применяемые при приготовлении и хранении пищевых продуктов; увеличение потребления питательных веществ, особенно в связи с усовершенствованиями в сельском хозяйстве и увеличением производительности, а также снижением транспортных расходов при доставке продукции в города. Мы подчеркиваем, что улучшение инфраструктуры касается не только кирпичей и цемента, но и ноу-хау. Необходимы важнейшие инвестиции в технологии, и не только в область биотехнологий, но и в сельское хозяйство (например, подкормки для растений или выведение высокоурожайных сортов), управление экологией и другие области.

## 2) Экологические условия

Многие заболевания напрямую связаны с физической экологией страны. Развитие заболеваний зависит от температуры, количества осадков, наличия источников чистой воды, присутствия специфических векторов заболеваний, таких как комары (наличие которых, в свою очередь, зависит от климата, случайных событий и биогеографии), плотность населения (или скопления масс людей), подверженность влиянию вредных экологических факторов, таких как загрязнение воздуха в закрытых помещениях или загрязнение вод, и т.д. Условия жизни на островах отличаются от условий жизни на материке<sup>93</sup>, умеренные широты не похожи на зоны с тропическим климатом, влажные регионы отличаются от пустынь, а побережье - от районов, расположенных в глубине страны. Неудивительно, что малярию удалось победить в большинстве регионов с умеренным климатом, а не в тропиках; или что в Африке скорость передачи малярии особенно велика - отчасти потому, что здесь заболевание имеет наибольший вектор инфекционности (или “компетентности”) и переносится комаром *Anopheles gambiae*. Бактериальные желудочно-кишечные инфекции намного быстрее распространяются в жарких странах и в теплое время года. Расходы и стратегии в большой степени могут зависеть от экологии, а проводимые мероприятия должны планироваться исходя из экологических особенностей местности<sup>94</sup>. В некоторых регионах для борьбы с малярией наиболее эффективными могут оказаться противомоскитные сетки, обработанные инсектицидом; в других - опрыскивание помещений и уничтожение личинок комаров в местах размножения.

## 3) Социальные условия, включая образование и равенство полов

Социальные условия имеют огромное значение. Например, грамотность, особенно грамотность среди женщин, вносит большой вклад в поддержание здоровья. В некоторых странах обеспечивается грамотность широких слоев населения. В других девочки не имеют доступа к образованию, а где-то этого права лишены этнические меньшинства и низшие слои общества. Таким образом, разделение по этническому признаку, социальные различия и дискриминация по половому признаку могут значительно повлиять на успех или неудачу мер по борьбе с заболеваниями. Состояние здоровья населения в огромной степени зависит от социального статуса женщин в обществе. Было показано, что женщины чаще мужчин вкладывают даже имеющиеся скудные средства в охрану здоровья и образование своих детей. Грамотность матерей

является важнейшим фактором при проведении любых медицинских мероприятий, будь то изменение поведения личности или обеспечение доступа к системе здравоохранения. Следует вновь отметить, что страны, где ограничиваются права девочек на получение образования, платят за это ухудшением здоровья населения, а следовательно, и замедлением экономического роста. Таким образом, важно обеспечить женщинам и девочкам равные права доступа к информации, услугам и медикаментам. Мы считаем, что они должны также играть важную роль в развитии своего сообщества и гражданского общества. ЦРТ призывает к равенству полов и предоставлению новых возможностей женщинам, что включает, но не ограничивается равенством прав на образование. И это положение важно как для достижения ЦРТ в области здравоохранения, так и для рекомендованных здесь инициатив.

Распространение заболеваний, передающихся половым путем, в значительной степени может зависеть от модели полового поведения населения. Нами уже отмечалось, что высокая распространенность СПИДа в Африке является отчасти результатом половых связей среди лиц, принадлежащих к группам высокого риска, таких, как рабочие-мигранты (например, шахтеры), вступавшие в частые половые связи с секс-работницами. Более того, бесправие женщины в половых вопросах в странах Африки и некоторых частях Азии может способствовать ускорению передачи вируса ВИЧ. И еще один фактор, связанный с культурными обычаями страны, а именно, мужское обрезание (особенно часто практикуемое в мусульманских общинах Африки) может препятствовать передаче ВИЧ-инфекции. Об этом свидетельствуют более низкие показатели распространенности ВИЧ в преимущественно мусульманских странах Западной Африки.

#### *4) Глобализация*

Глобализация, в целом, способствует развитию здравоохранения во всех странах мира (Feachem 2001). Более интегрированный мировой рынок, вероятно, будет способствовать увеличению темпов внедрения новых технологий и распространению технического прогресса (например, посредством обмена медицинскими услугами), что, безусловно, будет на благо всего человечества. В то же время, в связи с глобализацией странам с низким доходом предстоит столкнуться, по меньшей мере, с четырьмя проблемами. Во-первых, в результате глобализации усугубится проблема “утечки мозгов” из беднейших стран. По некоторым оценкам, в двадцати африканских странах - Алжире, Бенине, Буркина-Фасо,

Кабо-Верде, Кот-д'Ивуаре, Гамбии, Гане, Гвинее, Гвинее-Бисау, Либерии, Мали, Мавритании, Марокко, Нигерии, Сенегале, Сьерра-Леоне, Сомали, Судане, Того и Тунисе - более 35 % населения с университетским образованием сейчас проживает за границей (Международная организация миграции, 2001 г.). В то время как Африка пытается сдержать выезд врачей из страны, страны с высоким доходом, такие как Канада и США, проводя рекламные кампании, активно нанимают этих врачей на работу, привлекая их особыми условиями и облегчая получение виз. Во-вторых, с ростом конкурентной борьбы за получение международного мобильного капитала правительства многих стран считают необходимым снизить налоги, чтобы привлечь иностранные инвестиции. В итоге такие снижения налогов могут принести пользу экономическому росту, однако в таких условиях правительствам сложнее выделять деньги на финансирование здравоохранения. Некоторые страны, такие как Китай, приняли решения, обязывающие местные медицинские центры покрывать значительную часть своих расходов из средств, полученных от доходов на рынке, тем самым исключая бедных из числа лиц, получающих доступ к основным медицинским услугам (и стимулируя эти центры к избыточной продаже лекарств и услуг, за счет чего те могли бы покрывать свои расходы). В-третьих, в результате глобализации вероятнее всего возрастут темпы передачи заболеваний по всему миру. Теоретические исследования показали, что даже небольшое увеличение международных связей между населением различных стран (например, в связи с туризмом, миграцией или командировками) может значительно увеличить темпы передачи инфекционных заболеваний<sup>95</sup>. В-четвертых, в результате глобализации могут значительно измениться местные культурные традиции, связанные, например, с питанием или использованием лекарств. Мы являемся свидетелями того, как быстро приживается нездоровый образ жизни, например, растет потребление пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, потребление табака и наркотиков (употребление которые также может быть каналом передачи СПИДа, гепатита С и других заболеваний, переносимых с кровью).

#### РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОБЩИХ ЗНАНИЙ В БОРЬБЕ С БОЛЕЗНЯМИ

Общественные блага в широком понимании представляют собою экономическую деятельность и товары, которые недопоставляются рынком и, таким образом, требуют государственного обеспечения или финансирования. Когда речь идет об общественных благах на местном уровне (полиция или пожарная охрана) или на государственном уровне (напри-

мер, оборона), они обеспечиваются местными или государственными органами власти. Глобальные общественные блага (ГОБ) - это общественные блага, которые в недостаточной степени предоставлены местными и государственными органами власти и которые накапливаются за пределами страны. Борьба с заболеваниями требует значительных инвестиций в ГОБ, которые не сможет на себя взять в полном объеме правительство ни одной страны, и которые выходят за пределы расходов государственных программ.

К наиболее важным общественным благам относятся те, которые связаны с получением новых знаний, особенно посредством инвестиций в научные исследования и разработки (НИР). Так как “знание не знает соперничества”, то есть использование знания одним человеком не уменьшает его доступности для других, странам имеет смысл, используя знания по назначению, широко делиться знаниями ими. Однако, если плоды НИР будут доступны для всех, у компаний, стремящихся увеличить свои прибыли, пропадет стимул инвестировать средства в научные разработки. Практический подход к достижению равновесия между доступностью информации и потребностями в частных инвестициях в НИР сводится к комбинации двух стратегий: государственного финансирования НИР в сочетании с патентной защитой разработок частных инвесторов. В США, например, исследования в области биомедицины, финансирующиеся из госбюджета при поддержке Национальных институтов здоровья (НИЗ), играют большую роль в разработке новых препаратов и подпитывают научно-практическую деятельность частных фармакологических компаний, действующих согласно патентам.

Разделение труда в НИР между государственным и частным сектором связано, по крайней мере, в принципе, с природой самих знаний, о которых идет речь. В частности, было бы нецелесообразно предоставлять патентные права на теоретические научные знания, так как общество получает пользу от широкого использования и распространения основных научных идей<sup>96</sup>. Таким образом, развитие теоретической науки должно обязательно проходить при участии государства. Даже в Соединенных Штатах, стране “свободного рынка”, существует сильная беспристрастная поддержка такого рода государственных затрат<sup>97</sup>. С другой стороны, в особых случаях приложения научных идей к практическим разработкам патентная защита предоставляет стимул к развитию продукта и проведению испытаний, что рискованно и дорого. Так как патенты выдаются на практические разработки, а не на теоретические

знания, конкурентная борьба между держателями патентов сводится к конкуренции способов практического применения общедоступных теоретических знаний. Рассматривая технологический прогресс как процесс перехода от теоретических знаний к испытанию готового продукта, государственное финансирование должно предоставляться в большей степени на начальных стадиях исследований, в то время как стимулы на последних стадиях процесса предоставляются посредством патентов. Когда мы обращаемся к НИР, направленным на борьбу с заболеваниями, существующими в бедных странах, механизм стимулов не срабатывает ни с одной стороны. Правительства бедных стран не имеют средств финансировать НИР, а патентная защита мало что значит в условиях отсутствия значительного рынка в конце процесса. В результате этого НИР в отношении заболеваний, поражающих бедные страны, таких как малярия и другие тропические паразитические болезни, испытывает огромные недостатки финансирования. Бедные страны получают пользу от НИР в основном в тех случаях, когда от тех же болезней страдают и богатые!<sup>98</sup>

Полезно провести грань между тремя типами заболеваний. *Заболевания типа I* встречаются как в богатых, так и в бедных странах, причем в обоих случаях существуют большие группы уязвимого населения. Примерами выступают такие инфекционные болезни, как корь, гепатит В, *Haemophilus influenzae* тип В (HiВ) и огромное число неинфекционных заболеваний (диабет, сердечно-сосудистые болезни, болезни, связанные с табакокурением). В случае заболеваний типа I стимулы для НИР (как государственное финансирование теоретических разработок, так и патентная защита продукта) существуют на рынках богатых стран. Итак, разрабатывается продукт, и основной проблемой бедных стран становится получение доступа к этим технологиям, так как они дорого стоят и защищены патентом. За последние 20 лет было разработано множество вакцин для лечения заболеваний типа I, однако на широкой основе в бедных странах они не использовались из-за высокой стоимости. *Заболевания типа II* встречаются как в богатых, так и в бедных странах, но в основном от них страдает население бедных стран. В богатых странах существуют стимулы НИР, однако уровень расходов на НИР в глобальном масштабе несопоставим с размахом заболевания. Примерами таких болезней являются ВИЧ/СПИД и туберкулез: они существуют как в богатых, так и в бедных странах, но 90 % случаев этих болезней приходится на бедные страны. В случае ВИЧ/СПИДа разработкой вакцин в достаточной степени занимаются ученые богатых



стран в связи с потребностью в подобном продукте на рынке, однако не в той мере, которая необходима для удовлетворения всемирной потребности в этих вакцинах, и не для того, чтобы бороться с этими заболеваниями в бедных странах. В случае туберкулеза ситуация складывается еще хуже, так как здесь не ведутся почти никакие разработки путей усовершенствованного лечения. *Заболевания типа III* в основном поражают население развивающихся стран, и к ним относится африканская сонная болезнь (трипаносомоз) и африканская речная слепота (онхоцеркоз). В отношении этих болезней НИР почти не ведутся, а коммерческие препараты для их лечения в богатых странах практически отсутствуют. Если и появляются новые технологии, то скорее как результат случайной научной находки, как в случае с ветеринарным препаратом, разработанным фирмой Мерк (ивермектин), оказавшимся эффективным в борьбе с онхоцеркозом у человека.

Некоторые заболевания относятся к двум типам одновременно, особенно если их лечение и/или профилактика чувствительны к отдаленным штаммам в богатых и бедных странах. СПИД относится к заболеваниям типа I и II, а малярия - типа II и III<sup>99</sup>. И все же напрашивается эмпирический вывод: объем НИР в зависимости от типа заболеваний имеет тенденцию к снижению при переходе от первого к третьему типу заболеваний. Заболевания типа II часто называют *заброшенными*, а заболевания типа III - *совершенно заброшенными*.

Одной из причин отсутствия НИР является незначительное количество средств, выделяемых на борьбу с заболеваниями, в сравнении с глобальной заболеваемостью (измеряемого, например, как расходы на НИР, приведенные к DALY<sup>100</sup>). Возьмем пример малярии. На долю малярии приходится около 3 % общей заболеваемости, что можно измерить посредством числа лет, скорректированных на инвалидность (45 млн DALY от 1,4 млрд DALY), причем 99 % заболевших проживает в развивающихся странах. Общие расходы на медико-биологические исследования в государственном и частном секторах составляют около 60 млрд долларов США в год, или 42 доллара США на DALY. На исследования малярии уходит приблизительно 100 млн долларов США или 2,2 доллара США на DALY<sup>101</sup>. Таким образом, НИР в области малярии в расчете на DALY составляют одну двадцатую от среднего, затрачиваемого в мире. Важно отметить тот тревожный факт, что основное государственное предприятие с участием частного капитала Malaria Medicines Venture (MMV) в настоящий момент выделяет в год лишь 10 млн долларов США и настолько ограничено в ресурсах, что к 2004 г. плани-



рует увеличить финансирование только до 30 млн долларов США. ВОЗ совместно с международными фармацевтическими компаниями недавно пришла к выводу, что несмотря на продвижение в области разработки новых препаратов, вакцин и методов диагностики, на НИР в области болезней бедных тратится ничтожно малое количество частных средств. Среди не получающих внимания болезней следует перечислить малярию, туберкулез, филяриоз, онхоцеркоз, лейшманиоз, шистомоз, африканскую трипаносомную болезнь и болезнь Шагаса<sup>102</sup>.

Неравномерность между объемами исследований заболеваний бедных и богатых (типа II и, особенно, типа III) признавалась и отмечалась на протяжении более чем десятилетия. В широко известном докладе 1990 г. Комиссии по исследованиям и развитию в области здравоохранения отмечалось *неравенство 90/10*: только 10 % расходов на НИР направляются на решение проблем здоровья 90 % населения планеты. Небезынтересно заметить, что первоначально это соотношение составляло 95/5, что, видимо, ближе к истине<sup>103</sup>. Вслед за докладом в 1996 г. был создан Глобальный форум по исследованию в области здравоохранения, который продолжает отмечать недостаточность объема НИР по заболеваниям бедных. Многие начинали или продолжали решать эти проблемы, однако все инициативы испытывали общую нехватку средств. Несмотря на значительные достижения в борьбе с тропическими болезнями, Специальная программа по исследованиям и обучению в области тропических болезней (TDR), работающая под эгидой ВОЗ, ПРООН и Всемирного банка, на проведение проекта по восьми основным тропическим болезням получает в год только около 30 млн долларов США<sup>104</sup>. Инициатива по исследованиям в области вакцин (ИИВ) - программа, объединяющая усилия ВОЗ и ЮНЭЙДС, в год может потратить лишь 8 млн долларов США на разработку и пополнение запаса вакцин против не менее чем 13 заболеваний и технологии генерики для улучшения иммунизации<sup>105</sup>. Аналогичная комплексная программа по репродуктивному здоровью под названием Специальная программа по исследованиям, развитию и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP) имеет годовой бюджет около 20 млн долларов США (или 40 млн на два года). За последние годы появилось еще несколько примеров партнерства между государственным и частным капиталом, часто создаваемых по инициативе фондов Гейтса и Рокфеллера для решения вопросов НИР в области малярии, СПИДа и ТБ. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в последние годы, уровень финансирования этих инициатив остается крайне скромным.

Всемирная организация здравоохранения и Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения, работая совместно с донорскими и исследовательскими организациями, должны определить области приоритетных НИР в области заболеваний, встречающихся в бедных странах и не получающих внимания международных фармацевтических компаний. В качестве приоритетных в последнее время отмечалось создание вакцин против малярии, туберкулеза и СПИДа; микробицидов против СПИДа; новых пестицидов для борьбы с векторными болезнями; и комбинированной терапии для лечения малярии, необходимой для замедления начала развития лекарственной устойчивости к противомалярийным препаратам<sup>106</sup>. Среди заболеваний, не получающих никакого внимания, следует отметить филяриоз, лейшманиоз, шистосомоз, трипаносомоз и болезнь Шагаса. В Таблице 12 представлена подробная оценка приоритетов в области НИР и новых препаратов, сделанная Круглым столом ВОЗ - Международная федерация ассоциаций производителей фармацевтических товаров (IFPMA). Одной из постоянных проблем, с которой приходится сталкиваться при борьбе с указанными и другими тропическими инфекциями, является быстрое устаревание препаратов в связи с распространением лекарственной устойчивости, в результате чего стандартный подход становится неэффективным, а альтернативные схемы лечения немногочисленны или отсутствуют (или дорого стоят). Таким образом, существует постоянная необходимость в разработке усовершенствованных препаратов и препаратов замены. В случае некоторых бактериальных заболеваний, таких как дизентерия, лекарственная устойчивость стала основным препятствием к проведению лечения. Отметим, что в Таблице 12 не упомянуты заболевания, для лечения которых необходимы скорее вакцины, а не препараты, - такие как шигеллез, японский энцефалит, денге, которые входят в Инициативу по исследованиям в области вакцин ВОЗ/ЮНЭЙДС.

Мы считаем, что ежегодно на НИР по болезням, встречающимся в бедных странах, должно выделяться не менее 3 млрд долларов США. Из этой суммы 1,5 млрд в год должно пойти на исследование новых препаратов, вакцин, методов диагностики и стратегии лечения ВИЧ/СПИДа, малярии, ТБ, репродуктивного здоровья и других болезней, встречающихся в бедных странах. Например, что касается СПИДа, сюда войдут исследования по использованию антиретровирусных препаратов среди малоимущих, вакцин для специфических вирусных подтипов, распространенных в странах с низким доходов, и микробицидов для блокирования передачи вируса. Так как для достижения прогресса в этих облас-

**Таблица 12.** ПРИОРИТЕТЫ В ИССЛЕДОВАНИИ И РАЗВИТИИ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В БЕДНЫХ СТРАНАХ

Заболевание	Смертность в год	Ограничения существующих препаратов	Необходимые новые препараты; Научная обоснованность	Эффективность НИР на текущий момент
Малярия	1–2 миллиона	Приобретенная устойчивость к имеющимся ЛС и высокая стоимость новых видов лечения	Да; Высокая обоснованность	Низкая, за исключением ММУ (партнерство с участием государственного и частного капитала)
ТБ	2 миллиона	Приобретенная ЛУ, несоблюдение условий лечения (продолжительность и сложность)	Да; Высокая обоснованность, но длительное время разработки	Низкая
Лимфатический филяриоз и онхоцеркоз	Незначительная смертность, но высокая социальная стоимость	Лекарства не убивают паразита на всех стадиях развития; быстрая реинфекция	Да; Высокая обоснованность	Низкая
Лейшманиоз	57 000	Приобретенная ЛУ; низкая комплиентность	Да; Высокая обоснованность	Низкая (за исключением партнерств с TDR)
Шистосомоз	14 000	Приобретенная ЛУ	Да; ВОЗ настроена оптимистично по поводу обоснованности, фармацевтическая индустрия - в меньшей степени	Отсутствует
Африканская трипаносомная болезнь	66 000	Приобретенная ЛУ, препараты действуют не на всех стадиях заболевания	Да; ВОЗ настроена оптимистично по поводу обоснованности, фармацевтическая индустрия - в меньшей степени	Отсутствует
Болезнь Шагаса	21 000	Препараты действуют не на всех стадиях болезни	Да; Высокая обоснованность для хронической инфекции	Почти отсутствует

*Примечания:* данная таблица описывает разработки лекарственных препаратов, а не вакцин, и не включает такие заболевания, как шигеллез, японский энцефалит и лихорадку денге, где вакцины очевидно более эффективны.

*Источник:* *Круглый стол ВОЗ-IFPMA (Таблица 11, "Основные инфекционные болезни, требующие проведения дополнительных научных исследований и разработок")*.

тях потребуются годы серьезных исследований и клинических испытаний, постоянный приток средств на нужды НИР будет абсолютно необходимым. Как ВОЗ, так и Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения должны сыграть большую роль в обеспечении надзора за правильным распределением растущих потоков средств.

В дополнение к целевым НИР, существует потребность в других теоретических исследованиях в области здравоохранения (например, эпидемиологии, экономике здравоохранения, системах здравоохранения и политики в области здоровья) и биомедицины (например, вирусологии) в применении к бедным странам. Комиссия предлагает выделить 1,5 млрд долларов США на создание нового Глобального фонда для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ). ГФИЗ будет заниматься вопросами медико-биологических и медицинских исследований, аналогично тому, как работает Консультативная группа по международным исследованиям в области сельского хозяйства (CGIAR), решая сельскохозяйственные вопросы. ГФИЗ будет поддерживать научные исследования под взаимным контролем посредством новой структуры - международного аналога Национальных институтов здравоохранения (NIH) в Соединенных Штатах и/или Советов по медицинским исследованиям в других странах (MRC). Национальные институты здравоохранения и Советы по медицинским исследованиям стран ОЭСР и таких стран, как Бразилия, Малайзия и Южная Африка накопили значительный опыт финансирования добросовестных исследований и поддержания стандартов качества, открытости и отчетности. Весь этот опыт должен лечь в основу нового учреждения - международной версии NIH/MRC. Следует извлечь уроки работы Специальной программы по исследованиям и обучению в области тропической болезни (TDR), Инициативы по исследованиям в области вакцин (IVR) и Специальной программы по исследованиям, развитию и обучению специалистов в области репродукции человека (HRP), и было бы желательно, чтобы в конечном итоге эти организации влились в новую структуру. Существующий Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения мог бы сыграть значительную роль в организации и, возможно, деятельности ГФИЗ.

Основной целью ГФИЗ станет развитие потенциала научных исследований в развивающихся странах. ГФИЗ будет предоставлять столь необходимое финансирование исследовательским группам в странах с низким доходом. Однако, построение исследовательского потенциала в странах с низким доходом должно начинаться прежде всего с призна-

ния важности укрепления университетской базы и научно-исследовательских учреждений правительствами этих стран. Помимо финансирования, получаемого от ГФИЗ, для преодоления вездесущей проблемы низких зарплат, слабой развитости учреждений, недостаточного взаимного контроля и утечки мозгов лучших ученых в страны Европы и Америки, необходимо развить новое мышление. И наконец, необходимо, чтобы ВОЗ совместно с мировой фармацевтической индустрией разработала процесс передачи технологий бедным странам. Следует поощрять все основные фармацевтические компании на установление долгосрочного партнерства в области исследований и обучения с развивающимися странами, следуя примеру компании Пфайзер, которой было организовано научное партнерство по лечению и предотвращению СПИДа в университете Макареере в Уганде, где африканские врачи обучаются применению препаратов против СПИДа.

Помимо указанных отчислений потребуется финансирование текущих исследований по мере увеличения объема оказания медицинских услуг в странах с низким доходом. К текущим исследованиям относится изучение видов вмешательств, включая вопросы принятия существующих курсов пациентами и их желание продолжать лечение, токсичность, дозы, способы и стоимость оказания услуг. Цель таких исследований - выбор схем лечения, в наибольшей степени отвечающих местным условиям, и наилучших способов использования имеющейся структуры здравоохранения. Текущие исследования обычно не включаются в национальные программы. Комиссия обращается с призывом к двусторонним учреждениям, Всемирному банку и новому Глобальному фонду по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией посвятить до-статочную часть проектов, проходящих в различных странах, вопросам развития научного потенциала и организации текущих исследований. Мы предлагаем выделить не менее 5 % от имеющегося финансирования на исследования, имеющие отношение к проводимым программам. Например, новый Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией должен активно поддерживать местные исследования по оценке и улучшению финансируемых им мероприятий, направленных против СПИДа, малярии и туберкулеза. Второй пример относится к Всемирному банку. Большинство займов, выдаваемых Всемирным банком на льготных условиях, содержат строки бюджета, выделяемые на финансирование текущих научных исследований, связанных с финансируемым проектом или необходимых для проведения нового проекта. Обычно эти средства или плохо используются, и/или остаются неис-

пользованными. Комиссия призывает Банк к обеспечению более эффективных механизмов контроля использования ресурсов, выделяемых на НИР, с тем чтобы проводились текущие исследования на местах и осуществлялась поддержка и укрепление местного исследовательского потенциала.

Комиссия также поддерживает недавно проходившее в США и Европе обсуждение по изменению существующих законов в отношении непопулярных препаратов с целью стимулирования работы в приоритетных областях. Эти законы обычно стимулируют разработки частными компаниями лекарств, применяемых для лечения “редких”<sup>107</sup> заболеваний, поражающих ограниченный контингент лиц, которые плохо продаются. Данные законы продемонстрировали свою эффективность в привлечении частного капитала в ранее игнорируемые области, и есть основания полагать, что аналогичные механизмы могут помочь и в случаях заболеваний бедных слоев населения. Особое внимание в этом процессе следует уделить заболеваниям, встречающимся исключительно в бедных тропических странах, путем предоставления стимулов в виде налоговых льгот, исследовательских грантов и расширения патентной защиты.

Аналогично тому, как богатые страны полагаются как на субсидии на НИР, так и на рыночные механизмы (хотя и основанные на патентах) для распространения новых знаний по пути от теории к практике, также и для продвижения научных знаний от лаборатории до больницы увеличение субсидий на НИР должно сочетаться с рыночными методами. Ближайшим аналогом патентной защиты стал бы механизм, обеспечивающий производителя нового продукта рынком сбыта, достаточным для окупаемости научных разработок (включая клинические испытания). Хотя разработать простой механизм для этой цели невозможно, Комиссия с удовлетворением рассмотрела предложения, согласно которым доноры брали бы на себя предварительные обязательства покупки новых эффективных препаратов и вакцин по цене, способствующей инвестициям в разработку новых продуктов. В качестве примера, новый Глобальный союз по вакцинам и иммунизации, финансирующий закупку вакцин, мог бы взять на себя предварительные обязательства потратить 10 долларов США на дозу эффективной вакцины против малярии, туберкулеза или СПИДа<sup>108</sup>. Такого рода обязательство, в сочетании со значительной донорской поддержкой НИР, могло бы убедить фармацевтические компании проводить более существенное инвестирование в новые разработки. Аналогично, Глобальный фонд по борьбе

со СПИДом, туберкулезом и малярией мог бы объявить о своих обязательствах покупки препаратов для лечения СПИДа, малярии и ТБ по достаточно высоким ценам, чтобы стимулировать разработки в частном секторе. Еще одним механизмом могли бы стать существующие в богатых странах законы по редким препаратам, предоставляющие дополнительные финансовые стимулы (например, налоговые льготы, предоставление благоприятных прав на интеллектуальную собственность) для развития НИР по редким заболеваниям, таким, как необычные генетические нарушения. Это же законодательство могло бы применяться и для предоставления схожих стимулов в отношении распространенных заболеваний, поражающих бедные страны и редко встречающихся в богатых странах.

В решении поставленных задач могут помочь и новые информационные технологии. Интернет сегодня дает возможность распространять статьи из медицинских и научных журналов, а также иную информацию быстро и недорого практически в любое место, минимально оснащенное компьютерами и имеющее выход в Интернет. Предоставление такого оборудования должно стать важным элементом любой донорской программы по улучшению общественного здоровья на базе современных технологий. Возможности, открываемые Интернет, помогут преодолеть традиционный недостаток информации о медицинских исследованиях - трудность в предоставлении информации людям в бедных странах и тем, кто не работает в хорошо оснащенных институтах. Хотя большинство научных журналов сегодня издаются и в электронном формате, лишь недавно некоторые из них начали бесплатно публиковать свои материалы (обычно через 6 месяцев - 2 года после первого появления материала в печати), в том числе и для беднейших стран. Отрадно, что такие действия, координируемые ВОЗ и ООН, недавно нашли отклик у шести основных издателей, объявивших о подобном решении, однако этого явно недостаточно для удовлетворения огромных потребностей чуть более богатых и высокоразвитых стран, кроме того, к этому списку еще не присоединились многие важные издания. Комиссией были сформулированы некоторые важные и обоснованные долгосрочные цели: разработка обширных электронных архивов, где могли бы храниться миллионы статей, с удобным доступом и системой поиска по многим ключевым словам; изменение бизнес-планов многих журналов, чтобы основные расходы ложились на плечи развитых стран, а распространение было бы свободным, быстрым и повсеместным посредством Интернет; а также предложено соглашение о предоставлении



свободного распространения, архивирования и поиска по истечении 6 месяцев с момента публикации содержания всех журналов, даже если существующие издательские практики останутся без изменений.

Итак, сводя воедино все компоненты, необходимые для НИР, Комиссия призывает к увеличению НИР в шести направлениях: 1) предоставление 1,5 млрд долларов США годового финансирования через Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения на основные биомедицинские и медицинские исследования; 2) предоставление 1,5 млрд долларов США годового финансирования существующим учреждениям, разрабатывающим новые вакцины и лекарства, таким как TDR, IVR, HRP (все при ВОЗ), и партнерствам с участием частного и государственного капитала, занимающимся проблемами ВИЧ/СПИДа, малярии и ТБ, а также другими заболеваниями бедных; 3) увеличение расходов на текущие исследования на уровне стран в соответствии с ростом масштабов проводимых мероприятий до минимума в 5 % от объема финансирования национальной программы; 4) расширение доступа к бесплатной научной информации посредством Интернет и за счет усилий доноров по подключению к сети университетов и других исследовательских учреждений в странах с малым доходом; 5) внесение изменений в законы по редким препаратам в странах с высоким доходом с целью внесения в них заболеваний бедных слоев населения; и 6) взятие предварительных обязательств по закупке целевых технологий (таких как вакцины против ВИЧ/СПИДа, малярии и ТБ) в качестве рыночного стимула, особенно для препаратов, находящихся на последних стадиях разработки.

Помимо НИР, существуют и другие виды мероприятий по обеспечению общественных благ, такие как создание стандартных условий для общественного здоровья, контроля заболеваемости и обеспечение добросовестного проведения медицинских мероприятий. В богатых странах этими действиями руководят государственные учреждения, такие как Администрация по лекарственным препаратам и пищевым продуктам (FDA) и Центры по контролю и предупреждению заболеваний в США. В бедных странах подобные мероприятия либо очень плохо финансируются, либо не ведутся. Что касается вопросов здравоохранения, выходящих за границы отдельных государств, международные стандарты, сбор и анализ информации, исследование заболеваемости и пропаганда добросовестной практики в здравоохранении посредством распространения примера международного опыта обеспечивается ВОЗ<sup>109</sup>. Однако, в таких областях, как НИР заболеваний в бедных странах, для решения глобальных задач объем международного финансирования недостаточен.



Получить комплексную картину текущих расходов, которые несет ВОЗ и другие организации по обеспечению общественных благ в глобальном масштабе, непросто. За период с 1997 по 1999 г. бюджет ВОЗ в среднем составлял 864 млн долларов США в год, при поступлениях из бюджетных и внебюджетных фондов в равном объеме. Другие международные организации (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ПРООН, Всемирный Банк) также предоставляют глобальные общественные блага в области здравоохранения в дополнение к существующим национальным программам, однако точное распределение средств между общественными благами и финансированием национальных программ определить нелегко. Ввиду необходимости увеличения доли общественных благ в нескольких областях - исследование заболеваемости, эпидемиологические показатели, анализ и распространение добросовестной практики, обучение на глобальном уровне - мы предлагаем пофазовое увеличение финансирования общественных благ, не связанных с НИР, до порядка дополнительного 1 млрд долларов США в год к 2007 г. и еще 2 млрд долларов США к 2015 г. в поддержку роли этих и иных учреждений, участвующих в предложенной здесь инициативе.

#### ДОСТУП К ОСНОВНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ

Бедные не имеют доступа к основным ЛП по многим причинам, и решить этот вопрос можно только в комплексе. Основной причиной является бедность, как таковая, что означает невозможность закупки основных ЛП как отдельными физическими лицами, так и правительствами бедных стран, а также невозможность обеспечить правильное использование препаратов в хорошо отлаженной системе здравоохранения. Кроме того, бедные могут не догадываться о возможности излечения в связи с недостаточным охватом населения медицинскими услугами. Доступу препятствует и существенная нехватка врачей и других медицинских работников, обученных выбирать, назначать и эффективно использовать имеющиеся ЛП. Некоторые препятствия создают сами страны. Многие страны с низким доходом устанавливают пошлины и внутренние налоги на основные ЛП. Иногда власти вводят сложные системы закупки ЛП и устанавливают процедуры, оборачивающиеся недопустимой отсрочкой использования необходимых медикаментов<sup>110</sup>.

Все сказанное справедливо также и в отношении непатентованных препаратов. Например, многие антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ/СПИДа в странах южнее Сахары не защищены патентами<sup>111</sup>. Многие антиретровирусные лекарства сегодня доступны по низким це-

нам от производителей генериков или от американских и европейских фармацевтических компаний, владельцев патентов, предлагающих препараты на некоммерческой основе. Некоторые лекарства даже предлагаются бесплатно, как, например, невирапин, сокращающий вероятность передачи ВИЧ/СПИДа от матери к ребенку, компании Берингер Ингельхайм. Тем не менее, в отсутствие широкомасштабной донорской поддержки бедные страны к югу от Сахары, страдающие от высоких темпов распространения ВИЧ/СПИДа, не смогли получить значительной пользы от этих низких цен. Те же проблемы существуют в области доступа к противотуберкулезным препаратам, даже тем, которые не защищены патентом, а также касаются многих непатентованных, однако дорогих вакцин, которые бедные страны не в состоянии закупить без донорской поддержки.

Когда имеется достаточное донорское финансирование, основным препятствием могут стать цены на препараты, предлагаемые фармацевтическими компаниями (особенно на патентованные препараты)<sup>112</sup>. Некоторые основные препараты защищены патентами, а непатентованные средства предлагаются лишь немногими производителями. В такой ситуации производители стараются поддерживать высокие нормы прибыли (устанавливают цены намного выше себестоимости), особенно на рынках богатых стран. Подобные нормы прибыли являются основным механизмом, посредством которого окупаются затраты на НИР, и их следует признать нормальной частью процесса внедрения новых разработок. Однако для обеспечения доступа к ЛП в бедных странах необходимо, чтобы отпускная цена была максимально приближена к себестоимости, так как бедные (и доноры от их лица) не могут себе позволить закупать препараты по патентным ценам<sup>113</sup>. Вероятность того, что основные лекарственные средства будут защищены патентом, увеличится к 2005 г., когда вступит в силу требование Всемирной торговой организации ввести единую патентную систему, охватывающую и фармацевтические товары<sup>114</sup>. Более того, если донорская помощь странам с низким доходом значительно увеличится, компании, ранее не планировавшие патентовать свою продукцию, могут решить это сделать в отношении новых препаратов в качестве аргументов в переговорах с донорами. В то же время следует признать, что расширение прав интеллектуальной собственности, вероятно, укрепит построенную на исследованиях фармацевтическую промышленность в Бразилии, Китае, Индии и Южной Африке, что, безусловно, будет положительным моментом, если эти усилия будут сочетаться с особым вниманием к нуждам бедных.

В принципе, процедуры выдачи патентов должны учитывать условия стран как с высоким, так и с низким доходом, чтобы предоставлять услуги потребителям на обоих рынках. На практике, однако, фармацевтические компании зачастую не торопятся снижать свои цены в странах с низким доходом по нескольким причинам: 1) Опасения, что различия в цене подорвут цены на рынках в странах с высоким доходом (посредством реэкспорта дешевых препаратов или недовольства потребителей и политиков в высокоразвитых странах); 2) Понимание компаниями того факта, что предоставление препаратов по себестоимости в странах с низким доходом не принесет компаниям практически никакой выгоды; 3) Тот факт, что в некоторых странах с низким доходом можно получить более высокую прибыль в результате лишь нескольких крупных сделок с ограниченным числом богатых клиентов в противовес массовым продажам по цене, близкой к себестоимости.

Наилучшим решением для мировой общественности было бы введение особых цен на рынках бедных стран и принятие этого за правило, а не за исключение<sup>115</sup>. По-видимому, фармацевтическая промышленность уже готова к принятию такого подхода, если будут предоставлены достаточные гарантии того, что низкие цены на рынках бедных стран не подорвут рыночные цены и патентную защиту на рынках стран с высоким доходом. Несколько основных фармацевтических компаний, держателей патентов на антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ/СПИДа, уже согласились поставлять свою продукцию на некоммерческой основе. Недавно одна из ведущих фармацевтических компаний объявила о своем намерении лицензировать на добровольной основе свои антиретровирусные препараты<sup>116</sup>. Несколько крупных компаний отозвались на призыв ЮНЭЙДС и ВОЗ увеличить доступ к антиретровирусным препаратам в рамках программы Инициатива по улучшению доступа, начатой в мае 2000 г.<sup>117</sup> На компании также оказывают давление активисты по борьбе со СПИДом, заметна конкуренция со стороны производителей генериков, а также угроза со стороны Бразилии и других стран со средним доходом ввести обязательное лицензирование на производство патентованных антиретровирусных препаратов<sup>118</sup>. В результате международных усилий, предпринимаемых ВОЗ и ее партнерами, в некоторых случаях удалось добиться сокращения более чем на 90 % цен на препараты, использующиеся для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. В свете появления новых партнеров с участием частного и государственного капитала имеются свидетельства бесплатного предоставления препаратов фарма-

цевтическими компаниями в бедные страны для борьбы с такими болезнями, как африканский трипаносомоз, онхоцеркоз, малярия, а также для искоренения лепры, лимфатического филяриоза и трахомы<sup>119</sup>. Ограниченные по времени программы по искоренению болезней в последние годы привлекли наибольшее число пожертвований.

Фармацевтической промышленности и международному сообществу необходимо прийти к более общим рамкам сотрудничества. Компании справедливо заявляют, что цены не являются единственным препятствием для доступа к лекарственным препаратам. Комплексная международная сеть должна, таким образом, решить целый ряд проблем, включая донорское финансирование закупки и правильного использования приобретенных препаратов, ценообразование фармацевтическими компаниями, соблюдение обязательств по обеспечению соответствующего правового режима использования препаратов странами-получателями помощи, гарантии защиты от подделок и реэкспорта на черном рынке лекарств, закупленных по сниженным ценам и при участии доноров, а также подписание соглашений между правительствами стран с высоким доходом, исключающих требования снижения цен на внутреннем рынке развитых стран в соответствии с ценами, используемыми на рынках стран с низким доходом.

С нашей точки зрения, для ВОЗ, фармацевтической промышленности (как держателей патентов, так и производителей генериков) и стран с низким доходом наилучшим вариантом продвижения вперед стало бы принятие единых правил ценообразования и лицензирования продукции, предназначенной для стран с низким доходом. Правила обеспечили бы механизмы прозрачного выборочного ценообразования, направленного на страны с низким доходом. В правилах был бы определен набор основных лекарственных препаратов (например, для лечения СПИДа, малярии, туберкулеза, респираторных и желудочно-кишечных инфекций, а также заболеваний, предотвратимых с помощью вакцин) для стран с низким доходом по “минимально возможной коммерческой цене”<sup>120</sup>. Фармацевтические компании могли бы прийти к соглашению выдавать лицензии на свои технологии производителям высококачественных генериков для использования в странах с низким доходом в тех случаях, когда они не хотели бы снабжать эти рынки самостоятельно, или когда производители генериков могут показать свою способность производить высококачественные препараты по значительно более низкой цене (достаточно низкой по сравнению с владельцами патентов, чтобы покрыть расходы скромных роялти компании

владельца патента). Со своей стороны страны с низким доходом примут ряд обязательств, включая: 1) Недопущение реэкспорта приобретенных по низким ценам лекарств, будь то законным путем или через черный рынок, в страны с высоким доходом; 2) Устранение иных препятствий к доступу на рынок, таких как тарифы и квоты на импорт основных медикаментов; 3) Совместно с организациями-донорами обеспечение эффективного использования медикаментов с тем, чтобы ограничить возможность развития лекарственной устойчивости или иных неблагоприятных последствий неправильного использования лекарственных средств. Донорское сообщество со своей стороны будет обеспечивать адекватное финансирование закупок, мониторинга или безопасного использования препаратов.

Одним из механизмов этого процесса могла бы стать система “выигрывает лучшая цена”, применяемая донорами в ходе международных тендеров от имени стран с низким доходом. Эта система предусматривает торги среди конкурирующих поставщиков, включая держателей патентов и заранее одобренных производителей генериков (одобрение выносится в соответствии с их возможностями поставлять высококачественную продукцию в необходимом объеме согласно графику). Если предложение держателя патента не выигрывает, он соглашается добровольно выдать победителю лицензию, отказывается оспаривать в судебном порядке нарушение патентного права для данного случая или предлагать условия, аналогичные условиям победителя тендера. В любом случае выигравший поставщик генериков должен будет выплатить держателю патента роялти в таких разумных пределах, чтобы выигрыш в цене для поставщика генериков был бы достаточным для покрытия ставки роялти. Такая процедура, когда выигрывает лучшая цена, могла бы стать частью правил по добровольному ценообразованию для группы стран с низким доходом и в связи с обязательствами стран-доноров и стран-получателей.

В любом случае должны существовать какие-то гарантии добровольных соглашений на случай, если такие соглашения окажутся сложными для выполнения. Гарантии еще более необходимы в том маловероятном случае, когда ни одно из добровольных правил не будет одобрено. В том случае, когда, например, держатель патента предпочтет не предлагать основной препарат на некоммерческой основе и не выдать лицензию на производство препарата производителю генерика, стране с низким доходом все равно будет необходим гарантированный доступ к препаратам по низкой цене. В качестве такой гарантии ныне существующее правило по правам на интеллектуальную собственность во все-

мирной торговой системе, известное как *TRIPS* (торговые аспекты прав на интеллектуальную собственность), предусматривает обязательное лицензирование. Согласно правилам обязательного лицензирования власти страны дают местному производителю право на выпуск патентованного продукта, а местный производитель должен заплатить держателю патента справедливую компенсацию (в форме роялти). Обязательное лицензирование полезно для использования в небольшой группе развивающихся стран (таких как Бразилия, Индия, Южная Африка), имеющих высокоразвитый сектор генериков, обладающих ноу-хау<sup>121</sup> и производственными мощностями для удовлетворения спроса на внутреннем рынке.

Обязательное лицензирование, однако, принесет мало пользы в странах с низким доходом, не имеющих возможности удовлетворить потребности внутреннего рынка<sup>122</sup>. В связи с этим Комиссия рекомендует толковать обязательное лицензирование для таких стран в широком смысле и включать сюда импорт по низкой цене из третьих стран. Например, в случае чрезвычайной ситуации (и в отсутствие добровольных соглашений) бедные страны южнее Сахары могли бы обратиться к обязательному лицензированию, чтобы позволить третьим странам снабжать страны с низким доходом основными медикаментами от производителя, расположенного, скажем, в Южной Африке или Индии, даже если этот производитель не является держателем патента, или в отношении его действует патентное ограничение на рынке его страны. Как обычно, производитель должен будет выплатить держателю патента роялти в разумных пределах, а продукция будет направлена только для использования внутри страны, включающей механизм обязательного лицензирования. Страна, обеспечивающая гарантию, берет на себя обязательство не допустить появления продукции на международных рынках.

Для обеспечения справедливого тендера отдельные предложения, изложенные выше, могут использоваться в сочетании с другими, более стандартными подходами. Среди прочего сюда входят оптовые закупки, открытое ценообразование (включая предоставление прејскуранта на основные препараты, как это было сделано в случае с антиретровирусными препаратами) и специальные переговоры по поводу лицензирования отдельных препаратов. Комиссия считает, что подход добровольного ценообразования и лицензирования при поддержке прав на интеллектуальную собственность в странах с более высоким доходом для сохранения стимулов НИР, равно как предоставление гарантии и других стандартных инструментов торгов, мог бы оказаться реальным и

эффективным решением для всех основных участников процесса. В данных обстоятельствах хотелось бы надеяться и верить, что на практике не придется использовать такие гарантии, как обязательное лицензирование. В случае, если подобные добровольные правила выработать не удастся, Комиссия считает, что следует таким образом применять правила международной торговли, касающиеся доступа к основным лекарствам, чтобы в первую очередь решались проблемы здравоохранения в бедных странах. Это может означать весьма обширное использование обязательного лицензирования развивающимися странами для обеспечения активной конкуренции среди производителей высококачественных генериков, или даже отсрочки применения TRIPS до 2005-2006 гг. в странах с низким доходом из-за лучшей альтернативы.

Вывод ясен: наилучшим решением было бы достижение совместного и добровольного соглашения, которое в максимальной степени защищало бы права интеллектуальной собственности, в то же время предоставляя бедным доступ к основным лекарственным препаратам по максимально низким ценам посредством различных механизмов избирательного ценообразования.

### *Масштабы донорской помощи*

Чтобы оценить глобальные потребности в донорской помощи, нами были определены целевые показатели увеличения объема основных услуг, а затем проведены расчеты соответствующих затрат при переходе от нынешней ситуации к решению поставленных задач в каждой из стран. Методы и результаты подсчетов представлены в Приложении 2 и подробно описаны Рабочей группой 5 в Информационном документе по расходам. Объем расходов для каждой страны рассчитывался, исходя из суммы всех необходимых мероприятий, включая меры, направленные на укрепление системы здравоохранения, такие как основательное обучение персонала, управление и надзор и стоимости обеспечения лучшего качества (например, увеличение оплаты труда медицинских работников для стимулирования лучшей работы). Так как увеличение масштабов охвата требует значительного времени, нами была проведена оценка увеличения расходов на 2007 и 2015 гг. Затем мы оценивали увеличение мобилизации внутренних ресурсов, которого реально можно достичь в каждой стране, предполагая, что каждая из стран к 2007 г. сможет выделить на здравоохранение дополнительно 1 % ВВП, а к 2015 г. - 2 %. Затем мы проанализировали разницу между стоимостью планируемых мероприятий и увеличением доходов и пришли к выводу,



что это и есть тот “финансовый разрыв”, который надо устранить при участии доноров на уровне стран. Это разрыв на уровне программ, проводимых в странах. Существуют и дополнительные расходы на предоставление глобальных общественных благ, особенно на НИР и на обеспечение работы международных учреждений здравоохранения, в основном ВОЗ.

Как показано в Таблице А2.6, в 2007 г. разрыв приблизительно составит 22 млрд долларов США в год (из которых 14 млрд долларов США будет направлено в наименее развитые страны, а 2 млрд придется на страны с доходом ниже среднего). Еще примерно 3 млрд долларов потребуется на увеличение НИР в области биомедицины и здравоохранения в странах с низким доходом, а 2 млрд на обеспечение иных глобальных общественных благ. Общая донорская помощь, таким образом, к 2007 г. должна составить 27 млрд долларов США в год. К 2015 г. по мере увеличения охвата и числа пациентов, получающих лечение по поводу СПИДа, эта помощь должна увеличиться до 38 млрд долларов США. Официальная помощь развитию в области здравоохранения составит 0,1 % от ВВП стран-доноров, или один цент на каждые 10 долларов ВВП этих стран. Эти расчеты, безусловно, предполагают, что страны-получатели помощи предпримут действенные меры внутри страны для оправдания и эффективного использования значительно увеличившихся потоков донорских средств. В отсутствие этих внутренних мер действительные расходы не совпадут с цифрами, приведенными в таблице.

Для проведения основных мероприятий в широком масштабе потребуется значительное донорское финансирование. Однако, хотя в абсолютном выражении получаются впечатляющие цифры, они достижимы. Общий ВВП стран-доноров составляет приблизительно 25 трлн долларов США в год (2001). Общая официально выделяемая помощь развитию (ОПР) достигает примерно 53 млрд долларов США, или 0,2 % ВВП стран доноров (Таблица 13). Пять стран-доноров вышли на международный стандарт в 0,7 % ВВП, а Ирландия и Соединенные Штаты взяли на себя обязательство поднять ОПР до этого уровня. Главы МВФ, Всемирного Банка и многих других учреждений-доноров недавно еще раз подтвердили этот стандарт. Если все доноры поднимут ОПР до уровня 0,7 % ВВП, общая ОПР составит на сегодня примерно 175 млрд долларов в год, а к 2007 г. приблизится к 200 млрд долларов США<sup>123</sup>. Без сомнений, этого будет достаточно, чтобы выделить около 27 млрд на программы помощи развитию здравоохранения, а



**Таблица 13.** ПОМОЩЬ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ВСЕМ СТРАНАМ-ПОЛУЧАТЕЛЯМ И НАИМЕНЕЕ РАЗВИТЫМ СТРАНАМ, 1999 г. (процент от ВВП страны-донора)

Страна	Помощь всем странам-получателям, процент ВВП	Помощь наименее развитым странам, процент ВВП
Австралия	0,26	0,05
Австрия	0,25	0,04
Бельгия	0,30	0,07
Канада	0,28	0,05
Дания	1,00	0,32
Финляндия	0,33	0,08
Франция	0,39	0,06
Германия	0,26	0,05
Греция	0,16	0,00
Ирландия	0,32	0,12
Италия	0,15	0,03
Япония	0,34	0,06
Люксембург	0,66	0,16
Нидерланды	0,79	0,16
Новая Зеландия	0,27	0,06
Норвегия	0,91	0,30
Португалия	0,26	0,12
Испания	0,23	0,03
Швеция	0,70	0,17
Швейцария	0,35	0,10
Великобритания	0,23	0,05
США	0,10	0,02
Все доноры	0,24	0,05

*Источник: подсчитано исходя из Таблиц 31 и 39 Доклада по сотрудничеству в целях развития, Организация по экономическому сотрудничеству и развитию, Париж.*

также значительных и гарантированных увеличений финансирования других областей ОПР, особенно образования, качества воды и санитарных условий, управления окружающей средой и других важных для сокращения бедности и экономического роста областей. Мы подчеркиваем важность этого момента, так как не считаем, что ОПР в области здравоохранения должна увеличиваться за счет сокращения помощи в других важных областях, таких как образование. Справедливо отметить, что другие приоритетные области социальных инвестиций (образова-

ние, управление окружающей средой) также должны претендовать на свою долю в увеличивающейся ОПР. Значительное увеличение ОПР в секторе здравоохранения не должно и не может препятствовать развитию других важных областей. Мы подчеркиваем важность ОПР в секторе здравоохранения, а не подмену здравоохранением других секторов, нуждающихся в помощи.

Важно понимать, насколько мало было финансирование здравоохранения, принимая во внимание экономическое развитие стран-доноров и потребности стран-получателей. В Таблице 14 показаны потоки двусторонней донорской помощи на здравоохранение в среднем в 1997-1999 гг. Общий объем этой помощи в среднем составил 2,55 млрд долларов США, что составляет 0,01 % от ВВП стран доноров. Это означает один цент на каждые 100 долларов ВВП! В Таблице 15 представлены масштабы помощи развитию по отдельным заболеваниям. В среднем программа по СПИДу получала всего по 287 млн долларов США в год с 1997 по 1999 гг., причем менее половины этой суммы пришлось на африканские страны<sup>124</sup>. На борьбу с малярией поступало по 87 млн долларов США, на борьбу с туберкулезом - всего по 81 млн долларов США. Так как цифры представляют суммы, специально выделенные на борьбу с этими заболеваниями, вероятно, что на эти цели пошли и другие дополнительные средства. Тем не менее, неизбежен вывод, что, принимая во внимание возможности стран-доноров и потребности стран-получателей, объем помощи был весьма скромным.

Все большая роль может отводиться частным пожертвованиям лиц, фондов и корпораций. За последние годы наиболее значимым вкладом в здравоохранение от частного лица стало пожертвование более 20 млрд долларов США Биллом и Мелиндой Гейтс, основавшими Фонд Гейтса. Этот фонд теперь выделяет почти 1 млрд долларов США ежегодно на программы в области здоровья во всем мире. В XX веке аналогичную по значимости роль в развитии здравоохранения сыграл Фонд Рокфеллера. Пожертвования от корпораций также весьма необходимы. Как отмечалось ранее, некоторые фармацевтические компании предоставляли помощь медикаментами странам с низким доходом, и эти пожертвования стали во главу важных партнерств между частным и государственным капиталом в области борьбы с болезнями, такими как лимфатический филяриоз, африканский трипаносомоз, лепра, малярия, онхоцеркоз, трахома, передача вируса СПИДа от матери к ребенку, грибковые болезни у пациентов с ВИЧ/СПИДом, столбняк, дракулез.

**Таблица 14.** ОФИЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ РАЗВИТИЮ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПРОГРАММЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ, ДВУСТОРОННИЕ ИСТОЧНИКИ, ПО УЧРЕЖДЕНИЯМ (МЛН ДОЛЛАРОВ США)(среднее за 1997-1999 гг.)

Страна	Здравоохранение	Народонаселение	Всего	% от ВВП
США <sup>1</sup>	535,8	385	920,8	0,012
Япония	338,6	21,2	359,9	0,009
Великобритания <sup>2</sup>	267	19,3	286,3	0,023
Франция	184,4	1,5	185,9	0,013
Германия	118,6	65,7	184,3	0,009
Нидерланды	80	21,5	101,4	0,026
Австралия	64,8	14,9	79,6	0,021
Швеция	58,7	20,4	79,1	0,035
Испания	72,9	1,9	74,8	0,014
Бельгия	58,8	1,7	60,5	0,024
Норвегия	41,3	15,1	56,4	0,037
Дания	48,1	0,9	49	0,028
Австрия	48,9	0,1	49	0,023
Канада	22,6	6,1	28,7	0,005
Италия	20,6	1	21,6	0,002
Швейцария	17,2	0,7	17,9	0,006
Финляндия	16	1,2	17,2	0,014
Люксембург	16,2	0,5	16,7	0,089
Ирландия	10,4	—	10,4	0,015
Португалия	8,6	0,1	8,7	0,008
Греция	5,8	—	5,8	0,005
Новая Зеландия	3,1	0,2	3,3	0,006
<b>Всего<sup>3</sup></b>	<b>1982,4</b>	<b>577,5</b>	<b>2559,8</b>	<b>0,011</b>

Примечания: (1) источник: база данных ЮСЭЙД по всем пунктам

(2) база данных ДМР

(3) остальные двусторонние источники: КСР, база данных он-лайн

Наконец, следует подчеркнуть, что оценка потребностей в 27 млрд долларов США ежегодно основывается на нормативных целях увеличения масштаба медицинских услуг. При разработке оптимистичных международных программ мы считаем, что большинство стран найдет стимул к участию и поддержит эти усилия. В некоторых странах, однако, в связи со слабым руководством или недостаточностью потенциала улучшение произойдет нелегко, или же слабость потенциала зародит сом-

**Таблица 15.** Помощь развитию в области здравоохранения, направленная на борьбу с отдельными заболеваниями: средние годовые обязательства, 1997-1999 гг., отдельные двусторонние и многосторонние источники (млн долларов США)

	Всего	ВБ	МАБР	АфБР	ВОЗ	ЮНИСЕФ	ДМР	ЮСЭЙД
Всего	1 743	504	23	2	0	322	209	209
СПИД	287	145	нет данных	0	0	25	7	17
Предотвратимые с помощью вакцин детские болезни	251	17	нет данных		0	104	110	0
Малярия	87	62	нет данных		0	25	0	0
Туберкулез	81	58	нет данных		0	17	1	5

*Источник: данные АфБР, МАБР, ВБ, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ДМР и ЮСЭЙД*

нения в убедительности предлагаемых мер. Таким образом, снизятся возможности использования ОПР. По нашему мнению цифра 27 млрд долларов США в год, таким образом, является верхним пределом того, что может быть использовано в ближайшие несколько лет. Такие суммы могут потребоваться при условии, что большинство стран с малым доходом организуют собственную работу по эффективному использованию крупных донорских средств; нехватка таких средств не должна стать фактором, ограничивающим продвижение вперед, как это часто случалось в прошлом. И все же маловероятно, что все эти фонды будут полностью исчерпаны.

Странам со средним доходом обычно хватает средств на повсеместное покрытие основных услуг из внутренних ресурсов, за исключением нескольких стран со значительной распространенностью ВИЧ/СПИД. Тем не менее, многим странам со средним доходом будет полезно получить международное финансирование и консультации при проведении проектов по увеличению охвата населения медицинскими услугами. Мы рекомендуем Всемирному Банку и региональным банкам развития быть готовым к предложению достаточных неконцессионных займов, которые могли бы быть расширены за счет средств Международного банка реконструкции и развития (МБРР) и не считались как ОПР.

Несмотря ни на что, мы верим, что существует реальная возможность мобилизации необходимых ресурсов. Комиссией были собраны доказательства роста донорской помощи в области здравоохранения за последние годы, как в абсолютном долларовом выражении, так и как до-

ли общей помощи развитию. Правительства и граждане стран все больше осознают угрозу, которую представляют инфекционные болезни и невозможность отдельных государств защитить свои границы от проникновения заболеваний, включая устойчивые к лечению формы и векторы заболеваний. Увеличение подвижности населения и связей между странами означает, что опасность развития эпидемий становится более реальной. Более того, кризис здравоохранения, особенно в отношении пандемии ВИЧ/СПИДа, и повторная волна роста заболеваемости ТБ и малярией привлекают внимание политиков на всех уровнях, а вопросы охраны здоровья в международном масштабе все чаще находят освещение в средствах массовой информации. Важность вопросов здравоохранения для развития на местном, государственном и глобальном уровнях получает все больше голосов, в то время, как частные доноры и частный коммерческий сектор выступают с новыми идеями и привлекают новые средства в эту область. Упор на эффективное использование средств, отмечающийся на протяжении всего Доклада, должен предоставить уверенность в том, что деньги не будут использоваться там, где в этом нет нужды (помня, однако, о странах, переживающих чрезвычайные и иные кризисные ситуации). Рост озабоченности по поводу здоровья отражается и в дебатах о пользе и вреде глобализации, с упором на необходимость предоставления глобальных общественных благ в области здравоохранения. Прогресс в деле облегчения налогового бремени также привлек большее внимание стран и международного сообщества к задачам и возможностям улучшения ситуации в этом секторе.

### *Новый подход в отношениях между донорами и получателями помощи*

Граждане богатых стран будут намного лучше подготовлены к значительному увеличению донорского финансирования вопросов здравоохранения, если будет уверенность в том, что программы приносят пользу. Представление о недостаточной эффективности программ, безусловно, является основной причиной неприятия донорских проектов общественностью. Таким образом, особое внимание следует уделить повышению стандартов использования донорских фондов и демонстрации успехов и неудач донорских программ. В качестве ключа к расширению донорской помощи нами были выдвинуты следующие соображения:

Ясные и измеримые цели, касающиеся расширения охвата населения медицинскими услугами и исходов для здоровья;

- Избирательность в вопросах выделения помощи - только тем странам, которые помогают себе сами;
- Открытость на стадиях разработки, реализации и оценки программ;
- Участие в донорских программах аккредитованных специалистов;
- Независимая экспертиза и сокращение финансирования стран, не выполняющих свои обязательства.

К счастью, новая схема отношений между донорами и реципиентами уже была введена в действие как часть увеличившейся поддержки программ по сокращению бедности во многих странах. Для стран с низким доходом данный подход был официально отражен в Докладе о стратегии сокращения масштабов нищеты (ССМН).

Выполнение этих задач потребует не только приверженности принципам доброй воли со стороны доноров и получателей помощи, но и условий для предоставления помощи. Мы считаем, что следует расширять уже начатые конструктивные мероприятия в глобальных программах здоровья, осуществляемых при участии доноров. Страны-доноры и реципиенты получили новый инструмент для проведения скоординированных и смелых действий в области охраны здоровья с введением секторального подхода (СП). Программа Всемирного Банка по СПИДу, рассчитанная на многие страны, позволила значительно увеличить концессионное финансирование программ по СПИДу в Африке на протяжении 2001 г., и нет причин, по которым Банк не мог бы продолжать расширять финансирование здравоохранения, особенно если Правление Банка придет к решению о выделении средств в виде грантов, а не займов, что можно было бы реально рекомендовать, учитывая потребности стран-получателей. Новый Глобальный союз по вакцинам и иммунизации (ГСВИ) при существенной поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс продемонстрировал, как сообща международные фонды могут стимулировать усилия по расширению масштабов медицинских мероприятий (в данном случае, иммунизации).

СП был разработан в середине 1990-х гг. как средство доставки донорской помощи по многим программам. Основная идея СП состоит в том, что доноры работают в сотрудничестве с местными властями, согласовывая стратегии поддержки и изыскивая пути объединения ресурсов для выполнения разработанных странами программ. Поддержка оговаривается на уровне правительства страны (обычно как часть переговоров в составе консультативной группы доноров). Успех СП на уровне стран зависит от того, до какой степени правительства стран и доно-

ры смогут договориться, согласовать и поддерживать механизм сотрудничества для работы в области здравоохранения. Наибольшего успеха можно добиться в странах, уделяющих внимание программам по улучшению здоровья бедных слоев населения и имеющих хотя бы умеренные возможности для реализации этих программ. Хотя некоторые отмечают, что СП не несет в себе ничего нового, как, например, объединение ресурсов, в большинстве стран те, кто работает на уровне национальных программ, отмечают, что подобный подход способствует улучшению взаимодействия и эффективности. Использование СП ограничивает неизбежные тенденции стран-доноров к попыткам определить, как будут использоваться их ресурсы, и получить за это признание.

Новый Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией аналогичным образом может предоставлять значительные международные средства для борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и ТБ. Отметим основные идеи, составляющие основу построения ГФСТМ: ведущая роль стран при принятии решения об использовании предоставляемых средств; измеримые результаты; государственное и частное финансирование<sup>125</sup>. Для борьбы с другими болезнями и укрепления системы здравоохранения в целом потребуются дополнительные источники финансирования на уровне стран. Предполагая, что ГСВИ и ГФСТМ скорее всего выполнят свои обещания, на укрепление здравоохранения, борьбу с детскими инфекциями и на решение иных вопросов, касающихся здоровья населения, будут выделены значительные дополнительные средства. Одним из реальных предложений является идея о расширении сферы деятельности ГФСТМ за рамки ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза и предоставлении помощи в борьбе с другими болезнями.

Как считает Комиссия, ГФСТМ должен работать в соответствии со следующими общими принципами:

Финансирование должно предоставляться только тем странам, которые подготовили действенные стратегии.

Вначале должны предоставляться небольшие гранты, чтобы позволить соответствующим учреждениям внутри каждой страны предоставить ГФСТМ свои предложения.

Фонду следует поощрять предложения, отражающие диалог по вопросам предоставления медицинской помощи на уровне страны, в котором задействованы все основные участники процесса, возможно через Национальную комиссию по макроэкономике и здоровью, которую мы поддерживаем.

Финансирование должно предоставляться тем странам, которые испытывают недостаток средств. Таким образом, основная часть средств должна направляться в страны с низким доходом, особенно в наименее развитые страны, и в виде грантов, а не займов<sup>126</sup>. Страны со средним доходом (за исключением нескольких стран с высокой распространенностью ВИЧ/СПИДа) должны изыскивать внешнюю помощь скорее от Всемирного Банка и банков национального развития, а не от ГФСТМ.

Фонд должен поощрять усилия стран-получателей по изысканию средств своими силами по схеме, предложенной в данном Докладе.

Фонд должен действовать, основываясь на определенных стандартах оценки результата, открытости, ревизионной и экспертной оценки проведенных программ. Странам, не выполнившим свои прошлые обязательства, доступ к донорской помощи должен сокращаться.

Фонд должен принимать жесткие меры, затрудняющие доступ стран к дальнейшему донорскому финансированию, в случае обнаружения случаев коррупции.

Фонд должен действовать в соответствии с результатами независимой экспертизы предложений, поступающих от стран, с учетом эпидемиологических потребностей, выполнимости, рентабельности и реальности осуществления мониторинга проекта. С этой целью каждый проект, выполняемый при участии доноров, должен включать реальный бюджет.

На текущие исследования Фонд должен выделять достаточную часть годового объема финансирования, возможно 5 % от общего финансирования для каждой страны.

Фактически эти принципы и подходы к работе Глобального фонда аналогичны тем, чем руководствуется ГСВИ - весьма важное партнерство между частным и государственным капиталом в целях расширения охвата иммунизацией бедных стран, ставшее возможным в основном благодаря Фонду Гейтса<sup>127</sup>. ГСВИ является привлекательной рабочей моделью для нового Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Основные моменты деятельности ГСВИ включают: определение целесообразности проведения программ в стране в зависимости от результатов рассмотрения согласованного плана мероприятий на длительный период, представленного самой страной; внешний обзор предложений, выдвинутых независимыми экспертами; четко



определенные критерии качества реализации проекта (например, количество сделанных прививок); использование финансового стимулирования (например, половина средств от ГСВИ перечисляется сразу, а вторая половина после демонстрации того, что иммунизация была успешно проведена).

Международные многосторонние учреждения, в особенности ВОЗ и Всемирный Банк должны взять на себя особые и более серьезные обязательства в новой глобальной схеме работы. Участниками ВОЗ является 191 страна: в соответствии с мандатами этих стран Секретариат является законным межправительственным органом, управляющим вопросами здоровья на всемирном уровне. Бюджет ВОЗ, строящийся как на обязательных взносах, так и на щедрых добровольных пожертвованиях, позволил организации создать широкую сеть сотрудников в более чем 100 странах, шести региональных представительствах, центрах сотрудничества и штаб-квартире в Женеве. Этот потенциал развивался в течение многих лет, в ходе которых на основании доказательств разрабатывались подходы к борьбе с болезнями и развитию систем здравоохранения, что в равной степени отвечало нуждам людей и интересам сохранения здоровья в обществе. ВОЗ как многостороннее учреждение, стоящее во главе всех остальных, имеет возможность мобилизовать всемирный опыт, основываясь на учреждениях здравоохранения в странах-донорах (таких, как Национальные институты здравоохранения в США), странах-получателях помощи (таких, как Центр по исследованию вопросов здоровья и вопросов народонаселения в Бангладеш, ранее ICD-DRB), а также на представителях научных кругов, частного сектора и всех, занимающихся вопросами предоставления медицинских услуг. ВОЗ должна создать технический секретариат для Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и усилить потенциал своих представительств в странах для обеспечения лучшей поддержки секторального подхода к решению вопросов здравоохранения на государственном и местном уровне. Участие ВОЗ обеспечит профессионализм и знания, необходимые для успеха программ, осуществляемых с участием доноров. Особая роль отводится ВОЗ в поиске доказательств важности усиления мероприятий по борьбе с болезнями, включая эпидемиологические нормы, на которых строится эффективное расширение мероприятий в области здравоохранения в каждой стране.

Усиление роли ВОЗ потребует проведения реформ и совершенствования. В частности, государства-участники должны позволить секретариату ВОЗ работать более гибко в партнерстве с другими учрежде-

ниями (опасения, выраженные на заседании правления ВОЗ и Всемирной ассамблеи по вопросам здравоохранения о возможных конфликтах интересов, внесли ограничения в этот более открытый способ сотрудничества). Необходимо укреплять администрирование и отчетность региональных и государственных программ. Принимая во внимание бюджетные ограничения, потребуется четкое осознание приоритетов и направленности проводимых мероприятий, в то же время, в соответствии с увеличением масштабов предоставления глобальных общественных благ, бюджетные тиски со временем должны быть ослаблены.

Всемирный банк является уникальным учреждением по своим возможностям связать вопросы здравоохранения с более широкими проблемами развития. Как мы уже отмечали, здоровье является основным элементом повестки дня общего развития. Однако же, это лишь часть целого. Всемирный банк является глобальным учреждением, в наибольшей степени подходящим для оказания помощи странам и международному сообществу в вопросах привязки здравоохранения к другим аспектам развития. В течение последних лет Банк был основным учреждением, предоставляющим помощь развитию в области здравоохранения. Однако, на сегодняшний день потенциала банка недостаточно для того, чтобы предоставлять гранты, а не ссуды, для осуществления проектов в области здравоохранения в странах с низким доходом<sup>128</sup>. Мы же настаиваем на том, чтобы странам с низким доходом в основном предоставлялись гранты. В то же самое время развитые страны должны увеличить свои обязательства и долгосрочные взносы в Международную помощь развитию (МПП), чтобы позволить Банку в необходимой степени расширять программу выдачи грантов<sup>129</sup>. Кроме того, МБРР и региональные банки развития должны увеличить размер неконцессиальной помощи, которую Банк предлагает своим государствам-членам со средним доходом. Всемирный банк должен также рассмотреть возможности расширения поддержки глобальных общественных благ в сфере здоровья, таких как предоставление грантов TDR, IRV и HRP через развитие партнерства в области здравоохранения под руководством банковской службы выдачи грантов в целях развития.

### *Освоение возрастающих донорских взносов*

Встает вопрос о том, не приведет ли значительное увеличение донорской помощи в области здравоохранения к дестабилизации на макроэкономическом или на секторальном уровне? В связи с этим иногда проводится аналогия с “голландской болезнью”, когда избыток ресурсов

(обычно в результате обнаружения нового сырьевого товара или роста мировых цен на сырье) приводит к инфляции на внутреннем рынке, раздутым обменным курсам и угнетению традиционных статей экспорта. Может ли произойти аналогичное при условии значительного вливания донорских средств в сектор здравоохранения?

С нашей точки зрения, общее состояние макроэкономики от этого не пострадает. Однако, в случаях, когда объем помощи составит значительную долю ВВП, необходимо позаботиться о том, чтобы учесть в макроэкономической политике увеличение притока средств. В наименее развитых странах увеличение донорской помощи составит порядка 6 % ВВП и достигнет 8 % в странах с низким доходом южнее Сахары. В других странах с низким доходом объем помощи будет намного меньше (возможно, 1 % ВВП). В отличие от резкого роста цен на сырьевые товары увеличение объема помощи будет происходить постепенно, а затем на протяжении десяти или более лет приток средств будет поддерживаться неизменным. Более того, половина или большая часть всего объема помощи придется на рыночные товары, особенно на медикаменты и диагностическое оборудование и, таким образом, не приведет к несвоевременному и резкому подъему спроса на товары внутреннего производства. Мы прогнозируем, что увеличение спроса на нерыночные продукты в сфере здравоохранения может составить 3 % ВВП. Поскольку весь этот процесс будет финансироваться извне, проблем с растущим дефицитом бюджета или увеличением денежной массы возникнуть не должно. Следует отметить, что для многих бедных развивающихся стран донорская помощь в долях ВВП намного больше обсуждающихся нами сумм. В 1999 г. чистая официальная помощь развитию в Малави составила 24,6 % ВВП, в Объединенной Республике Танзании - 11,3 %, в Сенегале - 11,2 %, а в Уганде - 9,2 %. Все эти страны были макроэкономически стабильны, отличаясь достаточно скромным экономическим ростом и довольно низким темпом инфляции.

Еще более важным вопросом является то, в какой мере система здравоохранения сможет освоить увеличившийся поток средств. В производственном выражении доля средств, вложенных в здравоохранение, возрастет от нескольких процентов валового внутреннего продукта (ВВП) до приблизительно 6 и более процентов ВВП<sup>130</sup>. Как уже неоднократно отмечалось в Докладе, во многих странах этот процесс поднимает вопросы качества государственного управления и администрирования. Во всех странах потребуется в значительной степени увеличить потенциал реализации программ, включая системы управления и мест-

ные системы администрирования, а во многих случаях и ввести новые системы отчетности как на местном уровне, так и централизованно. Более того, предполагается, что в целях привлечения и удержания специалистов для обеспечения мотивации и хорошей работы значительно возрастет оплата труда медицинских работников. Это может, однако, представлять некоторые политические трудности в связи с требованиями повышения заработной платы в других общественных отраслях. Увеличение оплаты труда необходимо для замедления, не говоря о повороте вспять, процесса оттока умов профессионалов, наблюдаемого в здравоохранении стран с низким доходом, и обеспечения прожиточного минимума медицинских работников младшего звена, однако и это потребует определенных политических умений<sup>131</sup>. Необходим период пофазового перехода, во время которого будет проходить интенсивное обучение медицинского персонала, причем основные медицинские услуги должны в максимальной степени предоставляться медицинскими работниками среднего уровня, которых можно быстрее обучить, и которые с меньшей вероятностью могут покинуть страну. Может быть принят ряд шагов, которые помогут выйти за рамки жестких схем оплаты труда и условий работы, связанных с государственными правилами и установлениями. Сюда входит децентрализация общественного управления с передачей полномочий субъектам с большей автономией, что позволит выдавать пособия и вводить иные элементы оплаты труда, а не зарплату, а также в большей степени использовать средства частного сектора и неправительственных организаций. Другими словами, проблемы будут, но их острота будет смягчаться за счет среднесрочной программы увеличения охвата, которой предстоит решить много задач.

#### МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ВЫГОДЫ ОТ УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБА

Значительное увеличение масштаба медицинских мероприятий должно привести к существенному снижению заболеваемости в странах с низким доходом. Наилучшим предлагаемым способом оценки эффективности проводимых в развивающихся странах комплексных мероприятий может служить снижение общей смертности в результате инфекционных болезней и заболеваний, связанных с материнством, на 8 млн в год к 2015 г., что будет означать спасение около 330 млн DALY. Сокращение смертности показано в сравнении в Таблицах 16а (базовый уровень) и 16б (при увеличении масштабов мероприятий); связанное с этим сокращение DALY показано в Таблице 17а (базовые значения) и 17б (при увеличении масштаба мероприятий).

**Таблица 16а.** КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ ПО ГРУППАМ ПРИЧИН СМЕРТИ I, II И III В ОТСУТСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ РЕГИОНЫ ВОЗ, 1998–2020 гг.

	1998 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.
<b>Группа I*</b>	13 956 966	13 547 795	13 255 530	12 963 265	12 671 000
Инфекционные болезни и недостаточность питания	9 073 058	8 974 403	8 903 935	8 833 468	8 763 000
Болезни материнства	491 185	415 081	360 720	306 360	252 000
Респираторные инфекции	2 290 921	2 223 810	2 175 873	2 127 937	2 080 000
Перинатальные заболевания	2 101 802	1 934 502	1 815 001	1 695 501	1 576 000
<b>Группа II*</b>	7 809 835	9 347 660	10 446 107	11 544 553	12 643 000
Заочащенные новообразования	2 242 159	2 814 836	3 223 890	3 632 945	4 042 000
Сердечно-сосудистые заболевания	2 975 450	3 547 716	3 956 477	4 365 239	4 774 000
Другие	2 592 226	2 985 109	3 265 739	3 546 370	3 827 000
<b>Группа III*</b>	4 578 256	5 044 311	5 377 207	5 710 104	6 043 000

\* Группы I, II и III подробно описаны во Всемирном докладе по здравоохранению за 2000 год, приложении, Таблица 4, стр. 170-175.

**Таблица 166.** КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ ПО ГРУППАМ ПРИЧИН СМЕРТИ I, II И III ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ РЕГИОНЫ ВОЗ, 1998-2020 гг.

	1998 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.
<b>Группа I*</b>	13 956 966	9 868 714	5 155 625	4 727 703	4 593 479
Инфекционные болезни и недостаточность питания	9 073 058	6 489 866	2 849 259	2 826 710	2 804 160
Болезни материнства	491 185	234 334	203 645	106 253	87 400
Респираторные инфекции	2 290 921	1 664 462	718 038	702 219	686 400
Перинатальные заболевания	2 101 802	1 475 851	1 384 682	1 092 521	1 015 519
<b>Группа II*</b>	7 809 835	8 132 367	9 088 004	9 293 184	10 177 417
Злокачественные новообразования	2 242 159	2 198 138	2 517 573	2 439 041	2 713 667
Сердечно-сосудистые заболевания	2 975 450	2 984 297	3 328 143	3 325 363	3 636 750
Другие	2 592 226	2 949 932	3 242 288	3 528 780	3 827 000
<b>Группа III*</b>	4 578 256	5 044 311	5 377 207	5 710 104	6 043 000

\* Группы I, II и III подробно описаны во Всемирном докладе по здравоохранению за 2000 год, приложение, Таблица 4, стр. 170-175.

**Таблица 17а.** КОЛИЧЕСТВО DALY В ГОД В ГРУППАХ ПРИЧИН СМЕРТИ I, II И III В ОТСУТСТВИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ РЕГИОНЫ ВОЗ, 1998-2020 гг.

	1998 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.
<b>Группа I*</b>	458 011 800	460 221 000	461 799 000	463 377 000	464 955 000
Инфекционные болезни и недостаточность питания	296 833 900	303 295 250	307 910 500	312 525 750	317 141 000
Болезни материнства	15 111 100	15 142 250	15 164 500	15 186 750	15 209 000
Респираторные инфекции	78 881 900	76 813 750	75 336 500	73 859 250	72 382 000
Перинатальные заболевания	67 184 900	64 969 750	63 387 500	61 805 250	60 223 000
<b>Группа II*</b>	376 217 100	432 577 250	472 834 500	513 091 750	553 349 000
Закачественные новообразования	43 768 600	54 984 000	62 995 000	71 006 000	79 017 000
Сердечно-сосудистые заболевания	64 775 300	77 738 250	86 997 500	96 256 750	105 516 000
Другие	267 673 200	299 855 000	322 842,000	345 829 000	368 816 000
<b>Группа III*</b>	197 612 600	216 174 500	229 433,000	242 691 500	255 950 000

\* Группы I, II и III подробно описаны во Всемирном докладе по здравоохранению за 2000 год, приложения, Таблица 4, стр. 170-175.



**Таблица 176.** КОЛИЧЕСТВО DALY В ГОД В ГРУППАХ ПРИЧИН СМЕРТИ I, II И III ПРИ УСЛОВИИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ РЕГИОНЫ ВОЗ, 1998-2020 гг.

	1998 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.
<b>Группа I*</b>	458 011 800	335 241 967	124 980 732	125 580 567	126 474 099
Инфекционные болезни и недостаточность питания	296 833 900	219 328 853	98 531 360	100 008 240	101 485 120
Болезни материнства	15 111 100	8 548 561	203 645	106 253	87 400
Респираторные инфекции	78 881 900	57 493 044	24 861 045	24 373 553	23 886 060
Перинатальные заболевания	67 184 900	49 566 073	1 384 682	1 092 521	1 015 519
<b>Группа II*</b>	376 217 100	376 337 684	411 361 070	413 030 810	445 437 265
Заочащенные новообразования	43 768 600	42 937 640	49 193 522	47 671 107	53 049 431
Сердечно-сосудистые заболевания	64 775 300	65 392 513	73 181 286	73 326 715	80 380 250
Другие	267 673 200	268 007 531	288 986 261	292 032 988	312 007 584
<b>Группа III*</b>	197 612 600	216 174 500	229 433 000	242 691 500	255 950 000

\* Группы I, II и III подробно описаны во Всемирном докладе по здравоохранению за 2000 год, приложения, Таблица 4, стр. 170-175.

Жизни если не всех, то большинства этих людей в странах с низким доходом будут спасены; будут спасены и многие жизни в странах со средним доходом. В данный момент не представляется возможным провести раздельный эпидемиологический анализ по двум группам, так как базовые эпидемиологические показатели для всех стран еще не установлены. В будущем, по мере накопления более подробных данных об эпидемиологической обстановке и улучшения моделирования ситуаций, в наши оценки будут внесены существенные поправки.

Если по самым скромным предположениям оценивать каждый DALY как один средний годовой доход на душу населения, а в странах с низким доходом к 2015 г. он составит 563 доллара США на человека (при 2 % ежегодного роста в период с 2000 по 2015 гг.), даже при самых консервативных оценках прямая экономия по состоянию на 2015 г. составит 186 млрд долларов США в год ( $330 \text{ млн DALY} \times \$563 / \text{DALY}$ ). В случае более оптимистичной оценки, когда каждый DALY будет оцениваться как несколько годовых доходов, возможно в три раза превышая текущий доход, прямая выгода превысит 500 млрд долларов США в год. Даже по самым скромным предположениям непосредственная польза превысит стоимость увеличения масштаба проводимых в странах с низким доходом мероприятий почти в 3 раза, что по нашим оценкам составит около 66 млрд долларов США.

Если улучшение здоровья населения приведет к экономическому росту, то реальная польза будет значительно выше приведенной. Увеличение продолжительности жизни и снижение заболеваемости будет стимулировать рост посредством уже обсуждавшихся механизмов: ускорения демографического перехода (к более низким темпам рождаемости), увеличения инвестиций в человеческий капитал, роста объема сбережений, притока иностранных инвестиций и большей социальной и макроэкономической стабильности. Так как пока отсутствуют адекватные эпидемиологические данные, мы не можем перевести количество спасенных жизней в увеличение продолжительности жизни. И все же можно привести такой пример. Если улучшение исходов болезней приводит к увеличению продолжительности жизни и снижению на половину существующей 19-летней разницы в странах с низким и высоким доходом, скажем, с 59 лет до 68 лет, годовой экономической эффект составит около 0,5 %. Дополнительные возможности роста откроются при сокращении бремени малярии и ВИЧ/СПИДа, что напрямую препятствует иностранным инвестициям. Даже если оценивать годовой рост в 0,5 %, доход на душу населения в странах с низким доходом

в этом случае через 20 лет будет на 10 % выше, чем при прочих условиях. Так как в 2020 г. ВВП стран с низким доходом приблизится к 1,8 трлн долларов США, десятипроцентный прирост к 2020 г. составит около 180 млрд долларов США в год<sup>132</sup>. В грубом приближении годовой прирост экономики в результате увеличения доходов на душу населения будет примерно такого же порядка, как прирост в результате увеличения продолжительности жизни (сокращение DALY). Складывая стоимость спасенных жизней и ускорение темпов экономического роста, можно предположить, что экономическая польза в 2015-2020 гг. составит 360 млрд долларов США в год, а возможно, и выше.

### ПОСЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

Мы призываем весь мир в текущем году взять на себя обязательство по значительному увеличению масштабов оказания основных медицинских услуг. Вступает в силу новый процесс ССМН, его следует немедленно приводить в действие с тем, чтобы начать выполнять обязательства по сокращению масштабов нищеты. Необходимо, чтобы страны с низким доходом, страны-доноры и многосторонние учреждения предприняли в этом направлении скоординированные шаги.

### *Страны с низким доходом*

Комиссия рекомендует всем развивающимся странам взять курс на обеспечение повсеместного доступа к основным медицинским услугам. Отправной точкой для правительств и гражданского общества должно стать совместное определение, исходя из эпидемиологического и экономического анализа и приоритетов стран перечня повсеместно предоставляемых основных услуг. В рамках процесса ССМН мы рекомендуем, чтобы каждая страна в 2002 г. организовала Национальную комиссию по макроэкономике и здоровью (НКМЗ) под председательством министров финансов и здравоохранения, включающую ведущих представителей гражданского общества, на которых будет возложена эта задача<sup>133</sup>. В процессе нашей работы мы выяснили огромную роль объединения усилий, знаний и полномочий ведущих представителей в сфере финансов и здравоохранения. НКМЗ будет иметь ограниченные полномочия и завершит свою работу к концу 2003 г.

На НКМЗ будет возложено выполнение следующих функций: 1) Определить приоритетные задачи в области здравоохранения и финансовых стратегий для их решения; 2) Определить набор основных медицинских услуг, повсеместно доступных всему населению, на базе

государственного финансирования (при необходимой донорской поддержке); 3) Дать старт долгосрочной программе укрепления системы здравоохранения с упором на предоставление услуг на местном уровне и включением обучения, строительства, укрепления инфраструктуры и развития системы управления, что позволило бы добиться повсеместного охвата населения основными медицинскими услугами; 4) Установить количественные цели сокращения заболеваемости, основанные на здоровом эпидемиологическом моделировании; 5) Определить основные зоны взаимодействия здравоохранения с другими секторами (например, образованием и т.д.); 6) Обеспечить преемственность стратегии в общих макроэкономических рамках. Выполняя эти задачи, НКМЗ будет тесно сотрудничать с ВОЗ и Всемирным банком. ВОЗ поможет странам определить эпидемиологические показатели, выявить набор основных услуг и установить количественные цели. Всемирный банк поможет в планировании долгосрочной стратегии увеличения масштабов, включая схемы среднесрочной финансовой стратегии, основанной на внутренних и донорских ресурсах.

### *Страны-доноры*

Страны-доноры начнут подготовку к выполнению своих обязательств по финансированию здравоохранения на уровне 0,1 % общего ВВП (приблизительно 27 млрд долларов США в год к 2007 г.) и увеличению масштабов проводимых мероприятий в соответствии с проводимыми в странах программами и общим увеличением масштабов предоставления глобальных общественных благ в области здравоохранения. Непосредственные отчисления, безусловно, будут зависеть от того, как страны-получатели смогут определить разумные, реалистичные и проверяемые стратегии увеличения масштабов основных медицинских мероприятий. ВОЗ и Всемирный Банк при поддержке основной группы стран-доноров и реципиентов могли бы взять на себя обязанность координирования массового долгосрочного увеличения донорской помощи в области здравоохранения, мониторинга взятых донорами обязательств и отчислений. Основные международные форумы (такие, как встречи МВФ/Всемирного Банка, Всемирная Ассамблея по вопросам здравоохранения, Конференция ООН по финансированию развития и встречи консультативных групп, проводимые при поддержке Всемирного Банка) должны стать тем местом, где могут быть приняты обязательства по увеличению донорской помощи в секторе здравоохранения.

### *Международные учреждения*

Глобальная стратегия потребует более интенсивной работы международных учреждений, таких как ВОЗ, равно, как и создания новых учреждений, таких как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения. ВОЗ предстоит сыграть решающую роль в нескольких областях, в основном помогая правительствам выбрать наилучшую стратегию развития здравоохранения. Для этого необходимо укрепить представительства этой организации в государствах-членах. Кроме того, ВОЗ отводится основная роль в сборе эпидемиологических данных в каждой из стран и во всемирном масштабе, что является весьма важным вопросом борьбы с заболеваниями. ВОЗ и Всемирный Банк возьмут на себя ответственность анализа и распространения примеров успешного подхода к реформе системы здравоохранения, а также предоставят поддержку политическим реформам, которые должны решить текущие проблемы несоответствия ресурсов в секторе здравоохранения. Наконец, МВФ сыграет важную роль, помогая странам-донорам и получателям помощи вписать процесс увеличения масштабов в рамки макроэкономической политики стран с низким доходом, особенно в том, что касается вопросов поглощения дополнительного международного финансирования. Помимо ВОЗ и Всемирного Банка, в 2002 г. начнет работу новая организация - ГФСТМ, у которой будет достаточно средств, чтобы начать активный процесс увеличения масштабов мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, малярией и ТБ. Сначала объем финансирования составит несколько миллиардов долларов в год, а к 2007 г. объем помощи должен составить 8 млрд долларов США в год.

Борьба с заболеваниями станет настоящей проверкой нашей возможности сплотиться и организовать действенное всемирное сообщество. Нет извинений тому, что сегодня миллионы людей вынуждены страдать и умирать ежегодно из-за того, что отсутствуют 34 доллара США в год на человека, необходимые для предоставления основных медицинских услуг. Справедливое и дальновидное человечество не допустит продолжения этой трагедии. Лидеры выполняют взятые на себя обязательства, и беднейшие и незащищенные люди всей Земли обретут достоинство, надежду и саму жизнь. Мы знаем, что этого можно достичь, мы верим, что в будущем году все силы мира будут брошены на выполнение этой жизненно важной и достойной задачи.

## ПРИМЕЧАНИЯ

1. Используется классификация, принятая Комитетом по содействию развитию (КСР) при Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР). Всего существует пять категорий: наименее развитые страны (НРС), к которым относятся 48 стран с самым низким уровнем развития, в соответствии с перечнем ООН; другие страны с низким уровнем доходов (ДСНД, не принадлежащие к числу наименее развитых страны, в которых по состоянию на 1999 г. уровень ВВП на душу населения составлял менее 755 долларов США); страны с уровнем доходов менее среднего; страны с уровнем доходов более среднего и страны с высоким уровнем доходов. В примерном расчете затрат мы рассматривали страны, перечисленные в Таблице А2.В.
2. В большинстве стран с низким уровнем доходов показатель возрастной смертности по многим неинфекционным болезням (НИБ) падает, в то время как показатели абсолютного бремени болезней растут вследствие старения населения. Однако даже на фоне возрастной смертности растет уровень распространения болезней и смертности от болезней, связанных с потреблением табака.
3. В качестве примера можно привести новые механизмы, которые начинают внедряться с целью повышения доступности жизненно важных медикаментов для лечения основных НИБ, таких как диабет, некоторые формы рака, психические расстройства, гипертония, а также других неинфекционных заболеваний, однако необходимо предпринимать гораздо более серьезные меры по борьбе как с инфекционными, так и с неинфекционными болезнями.
4. Программа развития ООН, Таблица 8, стр. 169.
5. Программа развития ООН, 2001, Раздел 1.3, стр. 23.
6. Для многих стран с низким уровнем доходов мы рекомендуем дополнительно выделить на здравоохранение 1 % от ВВП к 2007 г. и 2 % от ВВП к 2015 г. Этого будет более чем достаточно для обеспечения всеобщей доступности необходимых мероприятий. Объем средств, выделяемых на здравоохранение в этих странах, может быть и ниже указанного уровня; в то же время, в зависимости от реальной ситуации, можно расширить область охвата, включив в нее не только необходимые мероприятия, освещенные в настоящем Докладе, но и борьбу с многими другими неинфекционными болезнями, представляющими проблемы для здравоохранения ввиду старения населения этих стран.
7. В рамках проведения рабочих исследований предусматривается изучение практических аспектов здравоохранения, таких как соблюдение пациентами графика приема медикаментов, токсичность, дозировка, а также способы и стоимость их доставки. Цель исследования состоит в том, чтобы оптимально приспособить режимы лечения к местным условиям и определить наиболее эффективные способы интеграции этих режимов в существующую систему медицинского обслуживания. Можно выделить два типа исследований. Клинические исследования охватывают вопросы, касающиеся собственно режимов лечения, например, показатели токсичности и дозировки. Неклинические исследования включают в себя вопросы логистики, финансового менеджмента, культурные аспекты режимов лечения, а также прочие не связанные с клиническими исследованиями вопросы медицинского обслуживания.

8. Далее в Докладе приводится разделение заболеваний по трем типам: тип I - заболевания, широко распространенные (или, по крайней мере, обладающие таким потенциалом) как в богатых, так и в бедных странах; тип II - заболевания, распространенные в основном в бедных странах, однако достаточно часто встречающиеся и в богатых; тип III - заболевания, распространенные в подавляющем большинстве случаев или даже исключительно в бедных странах. Необходимость стимулирования проведения специальных научных исследований и разработок возникает главным образом в случае заболеваний типа II и типа III.
9. Одним из аспектов контроля является мониторинг эпидемий, проводимый в реальном времени, который сегодня осуществляет Всемирная Сеть по предупреждению и ликвидации вспышек эпидемий при ВОЗ (WHO Global Outbreak Alert and Response Network), объединяющая 72 существующие сети. Однако отсутствие во многих странах с низким уровнем доходов соответствующего лабораторного оборудования и средств для борьбы с эпидемиями представляет собой проблему, требующую безотлагательного решения.
10. Государства, оказывающие экономическую помощь, предлагают странам с низким уровнем доходов подготовить Доклад по стратегии сокращения масштабов нищеты (PRSP), представляющий собой основу для последовательных и всеобъемлющих мероприятий по борьбе с бедностью при финансовой поддержке со стороны государств-доноров и отмене внешних долгов бедных стран.
11. Результаты приводятся в документе МВФ "Debt Relief for Poor Countries (HIPS): What Has Been Achieved" (Облегчение долгового бремени для бедных стран: что сделано), август 2001 г., <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.
12. Кроме того, следует подчеркнуть важность применения соответствующих подходов и технологий в этих областях. Например, уделяя особое внимание образованию девочек, можно достичь существенного улучшения состояния здоровья бедных слоев населения. В качестве другого примера можно привести печи, работающие по принципу эффективного использования топлива, что, с одной стороны, позволяет предотвратить случаи смерти от удушья угарным газом внутри помещения, а с другой, способствует сбережению энергии.
13. Если более или менее эквивалентная группа с широким представительством уже существует, возможно, нет необходимости создавать новую, скорее следует реорганизовать существующую структуру таким образом, чтобы она была способна выполнять требуемые задачи. При этом хотелось бы все же подчеркнуть преимущества совместной работы министерств финансов и здравоохранения как ключевого фактора для усовершенствования системы медицинского обслуживания.
14. Помимо этого, можно будет предотвратить миллионы смертей каждый год благодаря уменьшению распространения курения.
15. Все цифры в настоящем Докладе приводятся в долларах США. В расчетах затрат принимаются постоянные цены в долларах США на 2002 г.
16. Африканские страны, расположенные к югу от Сахары, включены отдельно ввиду широкого распространения в них ВИЧ/СПИДа, определяющего высокую стоимость предоставления необходимого медицинского обслуживания.
17. Это составляет дополнительно 1 % от ВВП в 2007 г. и дополнительно 2 % от ВВП в 2015 г., хотя в некоторых странах для покрытия затрат на наращивание потенциала системы здравоохранения будет достаточно и меньшей суммы.



18. Предполагается, что в случае, если после выделения по крайней мере 1 % от ВВП в 2007 г. и 2 % от ВВП в 2015 г., средств все же окажется недостаточно, то страны-доноры восполнят эту нехватку. Если выделение указанных сумм окажется достаточным (или более чем достаточным) для покрытия суммарных затрат на усовершенствование системы здравоохранения, предполагается, что страны-доноры финансовой поддержки оказывать не будут.
19. По нашим оценкам, суммарные затраты на официальную помощь развитию (ОПР) сектора здравоохранения на сегодня составляют около 6 млрд долларов США в год, в том числе 5 млрд долларов США на отдельные программы в странах с низким и средним уровнем доходов и около 1 млрд долларов США на всемирные мероприятия по здравоохранению. Сумма 6 млрд долларов США включает в себя затраты на поддержку систем здравоохранения и программы по борьбе с конкретными заболеваниями, при этом в нее не входят затраты на программы планирования семьи, составляющие еще около 600 млн долларов США дополнительно к указанной сумме. Несмотря на неустанные попытки Комиссии и Рабочей группы 6, не удается получить четкой оценки стоимости предпринимаемых в настоящее время усилий стран-доноров по поддержке систем здравоохранения, поскольку спектр процедур и целей, на которые расходуются выделяемые средства, очень широк, а при составлении отчетности неизбежно возникают отставания по времени, различные страны-доноры включают в свои отчеты различные сферы и определения, кроме того, имеются существенные расхождения между обязательствами и фактическими расходами. Помимо ОПР, включающей в себя гранты и концессионные займы, существуют также и неконцессионные (на базе рыночной процентной ставки) займы на здравоохранение, предоставляемые, главным образом, Всемирным банком развивающимся странам со средним уровнем доходов и составляющие около 0,5 млрд долларов США ежегодно. Кроме того, на научные исследования и разработки по различным заболеваниям в бедных странах выделяются средства, не входящие в бюджет ОПР (скорее всего, объемы таких средств намного ниже 0,5 млрд долларов США).
20. Хотя мы и уверены в общем диапазоне проведенной нами оценки затрат, призываем все же не воспринимать слишком буквально результаты по конкретному региону или заболеванию. Точный расчет затрат на усовершенствование системы здравоохранения по каждой категории стран и заболеваний может быть получен только после проведения подробной оценки по каждой стране, которая должна быть гораздо более детальной, чем позволяют возможности Комиссии.
21. Когда человек умирает в молодом или среднем возрасте, его смерть означает многие потерянные годы жизни. В случае болезни человек также может потерять трудоспособность на многие годы, до своей смерти. Ввиду этого показатель скорректированных на инвалидность лет жизни (DALYs), потерянных за год, представляет собой произведение потерянных лет на количество смертей в год.
22. Сегодня в странах с низким уровнем доходов доход на душу населения составляет около 410 долларов США в год (данные за 1999 г.). При 2 % росте уровня доходов на душу населения это составит 563 доллара США в год к 2015 г. Таким образом, 330 млн DALY принесут прирост в 186 млрд долларов США. Имеются все основания рассматривать каждый DALY как более чем один среднегодовой доход на душу населения, и непосредственные выгоды могут превысить цифру 186 млрд долларов США в два раза или более. Кроме того, в этих расчетах не учитывается влияние улучшения здоровья населения на ускорение экономического роста.



23. В своем анализе мы предполагали, что страны со средним уровнем доходов при желании могут позволить себе финансирование необходимых медицинских услуг из своих собственных внутренних ресурсов. Помощь доноров требуется, прежде всего, странам с низким уровнем доходов, за исключением некоторого финансирования тех стран со средним уровнем доходов, в которых уровень распространения ВИЧ/СПИДа очень высок и которые не способны проводить всеохватывающие мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом без внешнего финансирования.
24. Комиссия получает множество вопросов о том, что делать, если финансирование со стороны доноров не поступает - то есть, как расставить приоритеты, имея в своем распоряжении меньше средств, чем требуется. Нас просят установить приоритеты по миллионам смертей в год, которые можно предотвратить, поскольку мы уже сконцентрировались на ограниченном ряде заболеваний, представляющих собой значительное бремя для общества, с невысокой стоимостью лечения, приносящего хотя бы частичный эффект. Такая работа не только выходит за рамки наших возможностей по этическим и политическим соображениям, но и чрезвычайно трудновыполнима. Те, кто надеются получить простое решение, например, сконцентрировать усилия на дешевых мерах вмешательства (иммунизации), отложив на более позднее время дорогостоящие меры вмешательства (более затратные профилактические программы и необходимую для борьбы со СПИДом АРТ), ошибаются в оценке стоящего перед нами практического выбора. Если не взять под контроль пандемию СПИДа в африканских странах, она сведет на нет их экономическое развитие. Борьба с корью вместо борьбы со СПИДом не отвечает нуждам экономики и народов африканских стран. Однако нелепо было бы также и впасть в другую крайность и направлять все средства на необходимую борьбу со СПИДом, бросая на произвол судьбы область мер вмешательства, не требующих крупных финансовых затрат, поэтому мы рекомендуем уделять внимание *как первой, так и второй области*. Кроме того, развитие инфраструктуры, необходимой для борьбы со СПИДом, будет также служить усилению инфраструктуры для борьбы с такими заболеваниями как корь, в особенности, если такой дополнительный потенциал уже заложен в программе мероприятий по борьбе со СПИДом. Разработка и финансирование единой всеобъемлющей программы, охватывающей целый ряд важнейших аспектов здравоохранения, всегда намного более плодотворны, чем просто выборка отдельных аспектов по принципу наименьшей стоимости.
25. Представлено ВОЗ и ЮНЭЙДС на Международном консультативном совещании ВОЗ по антиретровирусной терапии в мае 2001 г. в Женеве.
26. *Дифференцирование цен* означает, что на различных рынках, отделенных друг от друга как физическими, так и нормативными барьерами, действуют различные цены. В этом случае дифференцирование цен включает в себя введение самой низкой коммерчески выгодной цены на рынках стран с низким уровнем дохода, и более высокой (часто защищенной патентом) цены на рынках стран с более высоким уровнем дохода.
27. Перечень участников и круг полномочий этих рабочих групп приводятся в Приложении 1.
28. Автор подчеркивает значение некоторых основных свобод ("свободы политического участия, а также возможности получения основного образования и услуг здравоохранения") как "составных частей развития" (прежде всего, его конечных целей), а также как факторов, способствующих экономическому прогрессу. См. Sen (1999), *Development as Freedom*, в частности, Введение и Главу 1.

29. См. Amir Attaran, "Health as a human right", Политический меморандум СМН №3, <http://www.cid.harvard.edu>.
30. *Здоровье тела значит процветание* (пословица народа Хауса); *Здоровье - великое сокровище* (английская пословица); *Без здоровья нет богатства* (сербская пословица); *Сначала здоровье, а заработок потом* (еврейская пословица). Wolfgang Meider, *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*, New-York: Prentice Hall, Inc.
31. Мы пользуемся термином *здоровье населения* для обозначения состояния здоровья на уровне всего населения страны в целом, выражаемого такими показателями как продолжительность жизни, уровень младенческой и детской смертности, а также лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALYs). Экономический рост означает устойчивый рост доходов на душу населения (обычно выражается при помощи показателя валового национального продукта (ВВП) на душу населения, скорректированного на величину покупательной способности). Экономическое развитие предполагает имеющий широкую базу устойчивый рост материального состояния общества, находящее свое отражение в уровне не только ВВП на душу населения, но и других параметров жизни (жилье, уровень потребления, разнообразие предлагаемых товаров и услуг и т.д.).
32. Хотелось бы отметить работу многих аналитиков, которые еще давно подчеркивали важность связей между здоровьем и развитием. Показательным примером является исследование под эгидой ВОЗ, проведенное Abel-Smith and Liberson, *Poverty, Development and Health Policy* (Бедность, развитие и политика в области здравоохранения) (1978, в особенности стр. 27-34), в котором авторы устанавливают связи между здоровьем и развитием, аналогичные тем, которые описываем мы: влияние таких заболеваний как малярия, онхоцеркоз, шистосомоз и трипаносомоз на ограничение объемов эксплуатации пахотных земель в тропическом поясе; неблагоприятное воздействие на разведение скота; сокращение миграций и торговли; поздний переход к снижению уровня рождаемости, меньшая открытость общества к новым методам культивации, а также снижение уровня производства продуктов питания во время эпидемий. Невозможно не согласиться с итоговым заключением исследования, в котором говорится: "чтобы помочь миллионам бедных вырваться из порочного круга бедности, невежественности и плохого здоровья, который переходит из поколения в поколение на протяжении столетий, необходима разработка единого подхода к решению вопросов развития" (стр. 32).
33. R. W. Fogel, "New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory" под редакцией M. R. Rosenzweig and O. Stark, *Handbook of Population and Family Economics*, Vol. 1a, Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433-481.
34. D. R. Gwatkin, "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Бюллетень ВОЗ*, 2000, 78 (1); а также Gwatkin et al., "Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population" (серия отчетов по 44 развивающимся странам), Всемирный банк, 2001. См. также S. Gupta, M. Verhoeven, and E. Tiongson, "Public Spending on Health Care and the Poor", рабочий доклад МВФ, 2001, Таблица 1. - сводные данные исследований по 44 странам в рамках проекта Всемирного банка.
35. Кроме того, в общем случае является верным то, что при любом данном показателе младенческой смертности (ПМС) темпы роста в более бедных странах превышают темпы роста в богатых, этот феномен экономического развития известен под названием *условной конвергенции*. Термин условная конвергенция отражает тот факт, что из двух стран со схожим географическим положением более бедная

- страна имеет более высокий потенциал привлечения капиталов и технологий со стороны мировых лидеров, и поэтому ее темпы роста выше, чем у более богатых стран. С другой стороны, другие показатели в более бедных странах могут быть хуже (например, ПМС может быть более высоким), или же проводимая в них политика может быть менее благоприятной. Ввиду действия этих факторов тенденция к конвергенции является лишь “условной”, но никак не абсолютной.
36. Годовой показатель роста в указанных моделях выражается линейной функцией нескольких переменных, в том числе натурального логарифма продолжительности жизни, оцениваемой при рождении (ПЖР или LEV). Оценочный коэффициент по  $\ln$  (LEV) обычно составляет около 3,5. Так как  $\ln(77) = 4,34$ , а  $\ln(49) = 3,89$ , то разница в показателях роста выражается как  $3,5 \times (4,34 - 3,89)$ , что равняется приблизительно 1,6 % в год.
  37. Хотя во всех упомянутых в данном параграфе исследованиях и предпринимаются попытки отделить непосредственную зависимость состояния здоровья населения от более общих показателей состояния экономико-правового, политического и административного климата, мы признаем необходимость дальнейших исследований, включающих в себя более точные данные - зачастую на уровне отдельных семей, деревень и регионов (в отдельных странах). Это дополнительно прольет свет на то, насколько отличается роль состояния здоровья населения от роли других социальных условий, которые могут быть связаны со здоровьем.
  38. Суммы в долларах, скорректированных на величину покупательной способности - это суммы в долларах США, скорректированных на величину, на которую цены в долларах на товары в бедных странах отличаются (обычно в меньшую сторону) от цен в США.
  39. МВФ, ОЭСР, ООН, Всемирный банк, 2000. *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*, Washington, DC.
  40. Основной целью в отношении бедности является “сокращение вдвое количества людей, живущих в чрезвычайной нищете” за период с 1990 по 2015 г. К живущим в условиях чрезвычайной нищеты относятся люди, живущие на сумму менее 1 доллара в день (доллар США, скорректированные на величину покупательной способности в ценах 1993 г.). С этой целью связана и другая цель - “сокращение вдвое количества людей, страдающих от голода” за период с 1990 по 2015 г.
  41. “Остановим малярию!” (Roll Back Malaria) - совместная акция ВОЗ, ПРООН, ЮНИСЕФ и Всемирного банка - нацелена на сокращение вдвое количества смертей от малярии к 2010 г. “Остановить туберкулез” - глобальная партнерская программа, участниками которой являются ВОЗ, Всемирный банк и ЮНИСЕФ - нацелена на снижение бремени данного заболевания (показателей распространения и смертности) к 2010 г. вдвое по сравнению с 2000 г.
  42. Исследование было проведено “Целевой группой по реагированию в условиях государственных кризисов” (State Failure Task Force), созданной Центральным разведывательным управлением США в 1994 г. Целевая группа дала официальное определение понятию “государственный кризис” (революционные войны, международные конфликты, геноцид, преследования по политическим убеждениям, а также установление неблагоприятных или разрушительных по своей сути режимов) и подсчитала все случаи государственных кризисов за период 1957-1994 гг. в странах с населением 500 000 человек и более. Всего было выявлено 130 случаев государственных кризисов. Среди всех проанализированных параметров тремя самыми важными являются: младенческая смертность, открытость экономики (под-

- разумеается, что более тесные экономические связи с остальным миром снижают вероятность возникновения государственного кризиса и демократизация общества (демократические страны менее подвержены государственным кризисам, чем авторитарные режимы). См. доклад по второму этапу исследования “State Failure Task Force Report: Phase II Findings”, включенный в отчет по проекту по экологии и безопасности *Environmental Change and Security Project Report*, подготовленный Центром Вудро Вильсона, Выпуск 5, лето 1999 г., стр. 49-72.
43. “Практически каждая американская военная интервенция за пределами страны с 1960 года имела место в развивающихся странах, где ранее разразился государственный кризис” (J.Sachs, “The Strategic Significance of Global Inequality,” *The Washington Quarterly*, лето 2001 г., стр.191).
  44. См. доклад Национального разведывательного совета “The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States” (Глобальная угроза инфекционных заболеваний и ее последствия для Соединенных Штатов), Washington, DC, January 2000, опубликованный на сайте <http://www.cia.gov/>. В докладе говорится, что “Будучи крупным мировым центром туризма, иммиграции и коммерции, представляющей интересы самых широких групп, а также учитывая широкомасштабное присутствие военных и гражданских сил за рубежом, США и другие страны такого уровня сталкиваются и будут сталкиваться с опасностью инфекционных заболеваний”, принимая во внимание, что “инфекционные заболевания в большинстве случаев тормозят социально-экономическое развитие в находящихся в наиболее трудной ситуации развивающихся странах и бывших странах и регионах коммунистического лагеря. Все это представляет собой препятствие на пути демократического развития и, возможно, будет способствовать возникновению чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера и гражданских конфликтов.” См. также доклад Национального разведывательного совета “Global Trends 2015: A Dialogue with Non-Governmental Experts” (Глобальные тенденции к 2015: Диалог с неправительственными экспертами), декабрь 2000 г., опубликованный на сайте <http://www.cia.gov/>.
  45. V. Korber et al., *Science* 288, 1789 (2000).
  46. Как отметили Laver и Garman в своем недавнем исследовании, “Глобальная эпидемия (пандемия) гриппа типа А может разразиться в любой момент. Она будет обусловлена “новым” типом вируса, к которому у человечества нет иммунитета. Как показывает опыт, скорее всего, центром распространения этого нового вируса будет Китай. С учетом сегодняшних условий перенаселенности и быстрой скорости транспортировки, эпидемия быстро проникнет во все уголки мира. Заболеют миллионы людей, многие умрут”. Graeme Laver and Elspeth Garman, “The Origin and Control of Pandemic Influenza” (Происхождение пандемии гриппа и борьба с ней), *Science*, Vol. 293, 7 сентября 2001 г., 1776-1777.
  47. В качестве одного из примеров можно упомянуть 416 беженцев из Тибета, прибывших в Канаду в 1999 г. Пятеро из них были больны туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. См. доклад Bonnie Henry et al. “M. Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada” (Вспышка ТБ среди тибетских беженцев в Канаде), представленный на 5-м ежегодном совещании Международного союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями, Североамериканский регион, Ванкувер, февраль 2000 г. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlnc/fetp>).

48. См. Chris F. Curtis, "The mass effect of widespread use of insecticide-treated bednets in a community" (Массовый эффект инсектицидной обработки противомоскитных сеток), Политический меморандум КМЗ, <http://www.cid.harvard.edu/>.
49. В отчете о развитии Human Development Report 2001, стр. 23, говорится, что 48 % населения развивающихся регионов живут в странах, которые далеко отстают от целевого уровня материнской смертности.
50. В проведенном Комиссией анализе под предотвратимыми болезнями подразумеваются превышение уровня заболеваемости и смертности в конкретной стране над соответствующим уровнем в стране, принятой за эталон. Например, превышение уровня бремени болезней в странах с низким уровнем доходов мы рассчитываем путем сравнения с показателями заболеваемости и смертности среди некурящего населения в странах с высоким уровнем доходов.
51. Если пользоваться экономическим жаргоном, можно сказать, что слабое здоровье снижает "полезность" индивидуума, даже если количество товаров и услуг, потребляемых им в течение жизни, не меняется.
52. Подобные высокие оценки можно встретить в экономической литературе за последнее время. Например, см. Cutler and Richardson (1997); Topel and Murphy (1999); Philipson and Soares (2001); а также Becker, Philipson, and Soares (2001).
53. 34,6 лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALY), помноженные на 2,1 млн смертей, равняются 72 млн DALY.
54. Методика, используемая в модели, предложенной Gallup and Sachs (2001), предполагает, что темп экономического роста  $d(\ln y)/dt$  равняется  $-a M - b \ln y + c Z$ , где  $\ln y$  - это натуральный логарифм ВВП на душу населения,  $M$  - мера пропорции населения, подверженного малярии (изменяется в пределах от 0 до 1,0), а  $Z$  обозначает другие факторы, определяющие экономический рост. Согласно эмпирическим оценкам, коэффициент  $a$  составляет около 1,3, а коэффициент  $b$  - около 2,0. Таким образом, в краткосрочном плане влияние малярии на экономический рост составляет 1,3 % в год, а в долгосрочном плане уровень доходов на душу населения снижается на  $\exp(-a/b) = \exp(-0,65) = 0,52$ . Это означает, что доход на душу населения для страдающей от малярии экономики составляет всего лишь 52 % от дохода в странах, не подверженных малярии.
55. По оценке Gertler and Gruber (2001), 35 % убытков, обусловленных серьезными заболеваниями, не застрахованы средствами из иных источников, доступных для домашних хозяйств (данные по Индонезии). Исследование также показало, что чем тяжелее заболевание, тем в меньшей степени домашние хозяйства могут застраховать себя от понесенных убытков. Домашние хозяйства могут полностью застраховать себя от экономических убытков, обусловленных заболеваниями, не влияющими на физические функции организма, застраховать 71 % убытков, понесенных в результате заболевания, умеренно ограничивающего физическое функционирование организма, и лишь 38 % убытков в результате заболеваний, серьезно ограничивающих физические функции. Результаты исследования показывают, что экономика Индонезии несет значительные потери в результате неполного страхования указанных заболеваний.
56. Гипотеза, предложенная Barker, предполагает, что задержки внутриутробного развития связаны с заболеваниями взрослых индивидуумов, в том числе и с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
57. Отчет по всемирному здравоохранению (World Health Report) за 1999 год.

58. Грубо говоря, общий показатель фертильности (ОПФ или TFR) представляет собой среднее количество детей на одну женщину в течение репродуктивного периода ее жизни и рассчитывается на основании показателей деторождения для конкретных возрастов в данной стране в любой конкретный момент времени. Показатель младенческой смертности IMR представляет собой количество смертей в возрасте до одного года на 1000 живых новорожденных.
59. В городских районах показатель рождаемости ниже по нескольким причинам: дети в городах не рассматриваются как производственная сила в экономическом смысле, как это происходит в деревнях; стоимость жилья выше; финансовые потери, которые несет семья в период беременности и ухода за ребенком, возможно, более высоки; дети, скорее всего, пойдут в школу, что предполагает дополнительные расходы на обучение, школьную форму и т.д.
60. Поскольку количество работающих на душу населения растет, наблюдается тенденция роста ВВП на душу населения, даже если величина ВВП на одного работающего не изменяется.
61. Даже если новые сотрудники работают с такой же производительностью, что и старые, фирма все же должна тратить значительные средства на отбор и классификацию новых сотрудников.
62. Gallup and Sachs, 2001 (*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Special Supplement. Ускорение экономического роста в странах Южной Европы стало заметным непосредственно после послевоенных мероприятий по борьбе с малярией. В течение предыдущих десятилетий данный регион по темпам роста далеко отставал от стран Северной Европы.
63. *Economist*: The worst way to lose talent. 8 февраля 2001 г.
64. Перечень наименее развитых стран - см. Таблица А2.В.
65. К таковым относятся (в скобках дается оценка количества смертей за год): полиомиелит (720), дифтерия (5000), коклюш (346 000), корь (888 000), столбняк, в т.ч. врожденный (410 000), *Haematophilus influenzae* b, или Hib (400 000), гепатит В (900 000) и желтая лихорадка (30 000). См. <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>.
66. Если сравнивать смертность среди курящих и некурящих в развивающихся странах с аналогичными показателями только среди некурящих в богатых странах, то, возможно, предотвратимая смертность в данном анализе покажется несколько преувеличенной. Однако, известны медико-санитарные мероприятия, которые способны значительно снизить распространенность курения; поэтому использование показателей среди некурящих в качестве базовой отметки для определения максимального возможного улучшения представляется вполне обоснованным. Такой вариант не слишком сильно влияет на представленные здесь оценки, поскольку снижение показателей смертности планируется к 2015 г., а значительное сокращение количества заболеваний, связанных с курением, станет заметным значительно позже.
67. Термин *Искоренение* означает ликвидацию заболевания в мировом масштабе. Термин *Ликвидация* означает, что распространение инфекции из определенной области остановлено. В случае ликвидации необходимо следить, чтобы заболевание не вспыхнуло в другом регионе. (См. Basch, 1999, стр. 456).
68. Недавнюю хронику этих событий - см. Jonathan Tucker, *Scourge*, New York: Atlantic Monthly Press, 2001.



69. Вакцинации против оспы уже не проводятся. Возможно, это распространится и на полиомиелит, что пока в стадии обсуждения.
70. Краткий курс лечения под непосредственным наблюдением, *DOTS* - это режим лечения туберкулеза, при котором прием пациентом противотуберкулезных медикаментов проходит под непосредственным наблюдением в течение по крайней мере двух первых месяцев терапии, чтобы проследить соблюдение режима лечения. *Краткий курс* лечения составляет 6-8 месяцев и предусматривает применение комбинации нескольких противотуберкулезных медикаментов.
71. ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС, Всемирный банк, ЮНЕСКО и ЮНФПА, *Health is a Key to Prosperity: Success Stories in Developing Countries* (Здоровье - ключ к процветанию: успешный опыт развивающихся стран), опубликовано ВОЗ в 2000 г.
72. Более того, опыт показывает, что услуги по планированию семьи действуют наиболее эффективно, когда они являются составной частью всеобъемлющей программы по репродуктивному здоровью, включающей в себя планирование семьи, мероприятия, обеспечивающие безопасное протекание беременности и родов, а также предотвращение и лечение инфекций репродуктивных органов и заболеваний, передающихся половым путем.
73. Быстрый рост населения оказывает сложное и многостороннее воздействие на экономическое развитие. На уровне семей средства, вкладываемые в образование и здоровье на одного ребенка, сокращаются при большом количестве детей, т.е. при высокой рождаемости. На уровне общества быстрый рост населения в сельских районах оказывает особенно высокое воздействие на физическую среду обитания (например, исчезновение лесов, когда они вырубаются, чтобы получить топливо и освободить землю под сельское хозяйство) и на уровень производства продуктов питания, поскольку показатель соотношения между количеством сельскохозяйственных земель и рабочей силы уменьшается. Безнадежно обедневшие крестьяне, скорее всего, побегут в города, что означает очень высокие темпы урбанизации, а значит, дальнейшее ухудшение параметров условий жизни в городах в расчете на одного человека (например, водоснабжение, санитарные услуги, полиция и т.д.)
74. В отчете *Contraceptive Practices and the Donor Gap*, подготовленном Временной рабочей группой по безопасности товаров для репродуктивного здоровья, приводится оценка разрыва между развивающимися странами и странами-донорами в области контрацептивов и логистики, который к 2015 г. достигнет порядка 210 млн долларов США, а к 2007 г. - около 100 млн долларов США (см. Рис. 9, стр. 9 доклада). В работе промежуточной группы участвуют John Snow, Inc., Population Action International, Program for Appropriate Technology in Health, а также всемирный фонд Wallace Global Fund.
75. В Бангладеш показатель младенческой смертности снизился с приблизительно 140 на 1000 новорожденных в 1970 г. до приблизительно 70 на 1000 новорожденных в 1995 г.; общий показатель рождаемости резко снизился с 7,0 в 1970 г. до всего лишь 3,4 в 1990 г. и 3,1 в 1995 г. В результате рост населения заметно замедлился, с 2,5 % в год в 1970 г. до 1,5 % в год в 1995 г. Правительство осуществило значительные инвестиции в сектор услуг по планированию семьи; важные неправительственные организации, такие как Grameen Bank и BRAC, внесли свой вклад в улучшение социальных условий женщин из бедных слоев, что, в свою очередь, привело к снижению рождаемости. Изменения в экономике, в частности, непрерывный процесс урбанизации, а также рост числа молодых женщин, занятых в ориентированном на экспорт секторе производства готовой одежды, также способствовал тому, что женщины выходили замуж позже, а показатели рождаемости в браке снижались.

76. Хотя причиной СПИДа является вирус только одного класса - ВИЧ, этот вирус имеет множество генетических вариаций в масштабах одной популяции, и особенно в разных регионах. Такие подтипы, или штаммы, могут иметь разные уровни частоты передачи, хотя точных данных по этому вопросу нет. Некоторые вирусологи предполагают, что вирус ВИЧ-1 штамма С, особенно широко распространенный в Южной и Восточной Африке и на Сомалийском полуострове, может иметь более высокую частоту передачи, и поэтому уровень распространенности заболевания среди взрослых особенно высок.
77. Разумеется, положительный эффект мероприятий по лечению заболеваний идет гораздо дальше, чем простое повышение уровня доходов пациента, учитывая, например, что дети в противном случае могли бы остаться сиротами, а также возможность избежать социальных вспышек, связанных с заболеванием.
78. Sanjeev Gupta, Marijn Verhoeven, and Erwin Tiongson, "Public Spending on Health Care and the Poor", Рабочий доклад МВФ, 2001.
79. В связи с более низким уровнем цен и зарплат в секторе "некоммерческих" товаров и услуг, в т.ч. зарплаты в секторе здравоохранения, сумма 30-45 долларов США на человека в странах с низким уровнем доходов, возможно, эквивалентна, по крайней мере, сумме 60-90 долларов США в год в странах с высоким уровнем доходов. Таким образом, в ценах, скорректированных на величину покупательной способности, которыми оперируют многие исследователи, минимальная стоимость пакета основных товаров и услуг может превысить 80 долларов США на человека в год, как мы уже отмечали.
80. График нарисован в логарифмических координатах, по оси х откладывается натуральный логарифм дохода на душу населения в долл. США, а по оси у - натуральный логарифм суммарных расходов на здравоохранение в долларах США.
81. График отражает нашу оценку, согласно которой каждый 1 % роста доходов означает 1,15 % роста расходов на здравоохранение. Это значит, что доля дохода, выделяемая на здравоохранение, в богатых странах слегка выше, чем в бедных. В 44 наименее богатых странах с доходом на душу населения 500 долларов США в год и ниже расходы на здравоохранение в среднем составляют 4,0 % доходов. В 21 наиболее богатой стране с доходом на душу населения 20 000 долларов США в год и выше расходы на здравоохранение составляют 6,5 % ВВП.
82. См. доклад Fang Jing and Xiong Qiongfeng "Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China" (Финансовая реформа и ее влияние на уровень здравоохранения в бедных сельских районах Китая), представленный на конференции по реформе финансового сектора в Китае, проходившей в сентябре 2001 г. в Гарвардском университете. Авторы отмечают, что "из-за серьезных финансовых ограничений медико-санитарные центры в бедных районах вынуждены ограничиваться оказанием клинических услуг, за которые они получают зарплату, в то время как профилактические мероприятия зачастую игнорируются... Повышенный акцент на мероприятиях по лечению приводит также к быстрому росту расходов на медикаменты и чрезмерному употреблению лекарств." (стр. 13-14). Как отмечают Mitra, Chatterjee, and Rao (2001), в бедных районах процветают медицинские практики, где работает неквалифицированный персонал. "Согласно оценкам, незаконно занимаются медицинской практикой около миллиона врачей, что составляет 50-70 % всех первичных медицинских консультаций". Авторы пишут, что "технически качество услуг, предоставляемых частными клиниками, часто очень низкое - от слабой инфраструктуры до некорректных и неэтичных методов лечения, чрезмерных объемов предписываемых мероприятий и непомерной стоимости лечения".



83. См. доклад Yuanli Liu and William Hsiao, "China's Poor and Poor Policy: The Case for Rural Health Insurance" (Бедные в Китае и политика по решению проблем бедных: Страхование здоровья в сельских районах), представленный 13 сентября 2001 г. на конференции по реформе финансового сектора в Китае, проходившей в Гарвардском университете. На основании данных исследования сектора здравоохранения в Китае 1998 г. авторы пишут, что из всех сельских домашних хозяйств, проживавших в бедности в 1998 г., 44,3 % попали в стесненное положение из-за возросших расходов на медицинские услуги.
84. Ввиду сложности вопроса мы не навязываем точных цифр, которые могут оказаться неверными, однако все же представляется целесообразным, что при грамотной работе правительство страны с низким уровнем доходов могло бы распределять общие доходы согласно следующей приблизительной схеме: из суммарного дохода, составляющего 16 % ВВП, 4 % выделяется на здравоохранение, 5 % - на образование, 2 % - на общественное администрирование, 2 % - на финансирование полиции и обороны, 2 % - на инвестиции в общественную инфраструктуру, и 1 % - на обслуживание долга. Разумеется, в действительности расходы выглядят далеко не так. Расходы на обслуживание долга, как и на расходы на оборону в некоторых странах, намного выше, в то время как расходы на здравоохранение и образование значительно ниже.
85. Резюме обширной литературы, выпущенной по вопросу платы, взимаемой с потребителей медицинских услуг, а также документов, подтверждающих, что бедные слои населения вытесняются с рынка жизненно важных услуг ввиду ценового фактора, представлено Dyna Ahrin-Tenkorang в докладе *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited* (Мобилизация ресурсов на здравоохранение: Возвращаясь к вопросу взимаемой с потребителей платы), доклад КМЗ № WG3: 6, 2000. В последнем докладе, "The Bitterest Pill of All: The Collapse of Africa's Health Care System" (Горчайшая пилюля: распад системы здравоохранения в Африке) Save the children UK, май 2001, приводятся свидетельства и ссылки, ведущие к такому же заключению.
86. Для первых 22 стран, участвующих в процессе по облегчению долгового бремени для бедных стран с крупными долгами (НПС), сокращение расходов на обслуживание долга благодаря как традиционным методам, так и инициативе НПС, будет приносить около 1,9 % от ВВП ежегодно (МВФ 2001, стр.8). Около 40 % сэкономленных средств в этих странах направляются на образование и еще 25 % - в сектор здравоохранения (МВФ 2001, стр.10). Ожидается, что расходы на социальную сферу возрастут вдвое по сравнению с объемом наличных денег, сэкономленных в результате инициативы НПС. При этом предполагается, что страны будут направлять в социальную сферу и свои собственные внутренние ресурсы (МВФ 2001, стр. 10). Сумма долга будет сокращена почти вдвое по сравнению с исходной (МВФ 2001, стр. 6). См. доклад МВФ о ходе внедрения инициативы НПС - "Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation", опубликованный на сайте <http://www.imf.org/>.
87. Thompson and Huber (2001), "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1998" (Тенденции в расходовании средств на здравоохранение в странах ОЭСР), *HSCFA Review*.
88. В странах со средним уровнем доходов, находящихся в нижней части данного диапазона, расходы на медицинские услуги составляют 90 долларов США на душу населения в год. Этой суммы достаточно для обеспечения всеобъемлющего доступа к основным медико-санитарным услугам.

89. Существуют и другие причины. Неоправданно высокие суммы направляются на высокотехнологичные услуги третьего порядка важности, потребителями которых является городская элита, а не на жизненно важные медико-санитарные мероприятия, необходимые бедным. Помимо этого, играют свою роль и просчеты в администрировании, значительное количество денег тратится впустую.
90. Займы по линии неконцессионного окна Группы Всемирного банка (Всемирный банк реконструкции и развития) и региональных банков развития состоят из суммы занимаемых средств плюс небольшая плата за администрирование. Процентная ставка по таким займам намного ниже, а срок погашения значительно дольше, чем для займов, предоставляемых заемщикам со средним уровнем доходов на частных финансовых рынках.
91. См. Hanson, K., K Ranson, V. Oliveira, A. Mills, “Constraints to Scaling-Up Health Interventions: A conceptual Framework and Empirical Analysis,” (Ограничивающие факторы на пути наращивания потенциала здравоохранения: концептуальные рамки и эмпирический анализ), Рабочие доклады КМЗ № WG5: 14, 2001, опубликованные на сайте <http://www.cid.harvard.edu>
92. См. D. Jamison and J. Wang, “Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975-90” (Продолжительность жизни женщин в ряде стран, 1975-90), политический меморандум для КМЗ (<http://www.cid.harvard.edu>). Авторы показали, что на увеличение продолжительности жизни поразительно сильно влияет количество врачей на душу населения, кроме того, играют роль и мощные факторы географического положения: тропики оказывают негативное воздействие, а близость к побережью является благоприятным фактором.
93. Важное различие состоит в том, что в островном государстве имеется возможность ликвидации вектора заболевания, в то время как государства, расположенные на континенте, могут страдать от повторного привнесения возбудителей болезни через сухопутную границу с другой страной, где борьба с заболеванием не ведется.
94. Штат Керала, расположенный во влажных тропиках, имеет настолько изобильные водные ресурсы, что у людей традиционно была возможность мыться и мыть пищу в обильном количестве воды, а также кипятить ее в больших объемах. Все это помогло достичь такого высокого уровня здоровья населения в этом штате. В регионах, страдающих от недостатка воды, меры по соблюдению гигиены оказываются гораздо более дорогостоящими, часто люди вынуждены пользоваться всего лишь несколькими колодцами, которые могут быть заражены в результате чрезмерного использования.
95. С другой стороны, феномен глобализации, возможно, снизит эффект эпидемий “на девственном поле”, когда новый патогенный организм, проходя через популяцию, где данное заболевание было распространено уже в течение долгого времени, попадает в популяцию, раньше им не болевшую. Эффект, вызванный заболеванием в “девственной” популяции, часто оказывается опустошительным, например, как это было в случае с оспой, корью и другими новыми для Нового Света и Тихоокеанских островов заболеваниями, привнесенными туда после 1500 г. и ставшими причиной смерти каждого десятого туземца.
96. Граница между подлежащими и не подлежащими патентованию открытиями сегодня является предметом горячих споров, имеющих громадное значение для будущего науки. В целом, мы за то, чтобы базовые, незапатентованные научные знания были более доступны всему мировому сообществу.

97. Существует двустороннее соглашение об удвоении ежегодного финансирования Национальных институтов здравоохранения на период с 1998 по 2003 гг., с 13 млрд долларов США в 1998 финансовом году до 27 млрд долларов США в 2003 финансовом году. Бюджет на 2001 финансовый год составил 20,3 млрд долларов.
98. Многие аналитики в последнее время проводят четкую границу между болезнями, являющимися общими для богатых и бедных стран, - когда проводимые богатыми странами научные исследования и разработки приносят плоды и бедным странам, - и заболеваниями, которые распространены исключительно в бедных странах, такими как заболевания, вызываемые тропическими паразитами, по которым научные исследования и разработки проводятся в минимальном объеме. Полезный анализ по данному вопросу проделан Lanjouw (2001).
99. Вопрос, к какому типу (типу I или типу II) отнести малярию, возникает не ввиду ее ареала распространения, а из-за того, что существующий в богатых странах рынок услуг по профилактике и лечению малярии у путешественников и военного персонала означает умеренную заинтересованность богатых стран в проведении соответствующих научных исследований и разработок.
100. Годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY), по конкретному заболеванию представляют собой количество лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти, плюс количество эквивалентных лет жизни, потерянных в результате хронической инвалидности. Годы, прожитые с хронической инвалидностью, преобразуются в эквивалентные потерянные годы жизни, при этом коэффициент преобразования зависит от серьезности заболевания. Например, в исследовании по глобальному бремени болезней (1996, стр.17) принимается, что, если мужчина умирает в возрасте 30 лет, соответствующий DALY равняется 29,6 лет.
101. См. Anderson, M. Maclean and C. Davies, 1996. *Malaria Research : An Audit of International Activity*. London: Wellcome Trust.
102. См. Таблицу 10 настоящего отчета. Полезно отметить разницу между заболеваниями, общими для стран как с низким, так и с высоким уровнем доходов, и заболеваниями, распространенными главным образом в странах с низким уровнем доходов. По первой категории заболеваний обычно проводится больше широкомасштабных научных исследований и разработок в рамках богатых стран. Страны с низким уровнем доходов часто могут "висеть на хвосте" технологических достижений, разработанных в странах с высоким уровнем доходов, если они смогут позволить себе внедрить новую технологию после ее появления. Примерами заболеваний, общих для богатых и бедных стран, являются корь, пневмококковые инфекции и гепатит В. Примерами заболеваний, свойственных бедным странам, являются малярия и другие вызываемые тропическими паразитами заболевания. Именно второй категорией заболеваний часто пренебрегают, так как ни правительства богатых стран, ни ориентированные на прибыль фармацевтические организации не имеют стимулов для инвестиций в необходимые научные исследования и разработки.
103. Соотношение 90/10 означает, что на борьбу с заболеваниями в бедных странах направляется целых 6 млрд долларов США ежегодно, однако, принимая во внимание известное количество случаев малярии, туберкулеза, других тропических болезней и смертельных заболеваний в бедных странах, представляется маловероятным, чтобы общий объем средств, выделяемых в мире, приближался к указанной сумме. Согласно оценке Комиссии по исследованиям в области здравоохранения в целях развития, в 1986 г. общая сумма средств, выделенных на решение проблем развивающихся стран, составила 1,6 млрд долларов США из 30 млрд долларов

- США, выделенных на научные исследования и разработки по всему миру. В аналогичном исследовании, проведенном Гарвардским университетом в 1995 г., было отмечено, что в 1992 г. на решение проблем развивающихся стран было направлено 2 млрд долларов США из 56 млрд долларов США, выделенных на исследования в области здравоохранения по всему миру. Основную и детальную информацию можно найти в Global Forum for Health Research 1999, стр. 46 и 69.
104. Программа исследований тропических заболеваний (TDR) - это специальная программа развития ООН/Всемирного банка/ВОЗ по исследованиям и обучению в области тропических заболеваний. Программа фокусируется на восьми заболеваниях (в скобках приводится доля бюджетных средств, выделенных в 1994-1997 гг.): малярия (50 %), онхоцеркоз (5 %), болезнь Шагаса (6 %), шистосомоз (10 %), лепра (4 %), африканский трипаносомоз (6 %), филяриоз (8 %) и лейшманиоз (11 %). Мероприятиями руководят специальные комитеты, состоящие из ведущих независимых международных научных экспертов. Последние достижения продемонстрировали эффективность применения препарата artemether против шистосоматозных инфекций, а также показали, что использование комбинации различных медикаментов для терапии малярии приводит к значительному приросту общих показателей излечения. Более подробно см. <http://www.who.int/tdr>.
  105. Инициатива ВОЗ/ЮНЭЙДС по исследованиям вакцин (IVR) способствует разработке и внедрению вакцин против ВИЧ, малярии, туберкулеза, пневмококковых заболеваний, ротавирусов, *Shigella* и других возбудителей диарей, менингококков серотипов А и В, вируса папилломы человека, лихорадки денге, японского энцефалита, шистосомоза и лейшманиоза, а также способствует развитию технологий, упрощающих и ускоряющих процедуру иммунизации.
  106. В недавнем исследовании, проведенном в рамках Круглого стола ВОЗ-IFPMA (Международной федерацией ассоциаций производителей фармацевтических товаров), был рассмотрен вопрос приоритетов научных исследований и разработок по болезням, преобладающим в бедных странах. Согласно результатам исследования, приоритетными областями для расширенных научных исследований и разработок являются малярия, туберкулез, лимфатический филяриоз, онхоцеркоз, лейшманиоз, шистосомоз, африканский трипаносомоз, болезнь Шагаса, неспецифические диарей и заражения кишечными нематодами. По малярии и туберкулезу установлены целевые показатели, которые можно отслеживать научными методами, и для которых научные исследования и разработки организованы на значительно более высоком уровне. Что касается африканского трипаносомоза, болезни Шагаса и лейшманиоза, текущие методы лечения трудно поддаются администрированию, имеют серьезные побочные эффекты и наталкиваются на все большее сопротивление со стороны населения.
  107. Закон о редких препаратах (Orphan Drug Act), принятый в США в 1983 г., определяет "редкое" заболевание как заболевание, которым в США болеют менее 200 тыс. людей.
  108. Более подробные материалы можно найти в Сводном докладе Рабочей группы 2, а также в Kremer, M. Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases, КМЗ, июль 2001 г.
  109. Всемирному здравоохранению все больше требуются нормы и стандарты, в том числе Международные стандарты в области здравоохранения (International Health Regulations), Codex Alimentarius (Комиссия ВОЗ/Продовольственной и сельско-

- хозяйственной организации ООН по безопасности продуктов питания), Рамочное соглашение по борьбе с курением, Кодекс ВОЗ/ЮНИСЕФ по младенческому питанию и многие другие.
110. Замечательный краткий обзор этих вопросов провел Roy Widdus в своей работе "Public-Private Partnerships for Health," *Бюллетень ВОЗ*, Том 79, №8, 2001, 713-720.
  111. См. Amir Attaran and Lee Gillespie-White (2001, стр. 286). Авторы отмечают, что антиретровирусные (АР) медикаменты в большинстве своем запатентованы лишь в ЮАР (10 из 15 АР), главным образом компанией Glaxo Wellcome, патентованная продукция которой преобладает (почти в 37 странах из 53). Большинство же антиретровирусных медикаментов в других странах не запатентованы. Из теоретического максимума 795 патентов (15 АРВ в 53 странах) следует вычесть всего 172 патента, или 21,6 % от всего потенциала. Почти в каждой из стран можно составить по крайней мере 1 стандартную комбинацию из 3 медикаментов, ни один из которых не защищен патентом, а в некоторых регионах можно получить даже несколько таких комбинаций. В то же время многие эффективные комбинации защищены патентом, что, безусловно, является барьером на пути наращивания потенциала.
  112. Активисты с полным правом заявляют, что при любых условиях финансирования со стороны доноров цены на медикаменты все равно будут препятствием, поскольку в странах с низким уровнем доходов всегда будет какое-то количество людей, которые не смогут получить доступа к жизненно важным медикаментам, пока цены на них будут поддерживаться выше "самой низкой коммерчески выгодной цены". Мы считаем, что широкий доступ к медикаментам для тех, кто в них нуждается, потребует широкомасштабного финансирования со стороны доноров.
  113. Это справедливо даже в случае, если лекарства для бедных закупают сами страны-доноры, а не страны с низким уровнем доходов.
  114. Может быть выдвинут аргумент, что поскольку в большинстве стран с низким уровнем доходов в настоящее время патентуются многие новые продукты, то введение TRIPS не повлечет сильных изменений. Нам это кажется сомнительным. Учитывая рост рынка в странах с низким уровнем доходов, который будет обеспечиваться растущей поддержкой со стороны доноров, фармацевтические компании, скорее всего, снимут патентную защиту с течением времени, если только в мире не установится преднамеренная тенденция к обратному.
  115. Это заключение также получило широкую поддержку на семинаре по дифференцированному ценообразованию и финансированию жизненно важных лекарств, организованном ВОЗ и ВТО и проходившем 8-11 апреля 2001 года в г. Хосбьор, Норвегия. Как указано в резюме отчета конференции, "участники проявили значительное единство взглядов по двум центральным вопросам: во-первых, дифференцированное ценообразование может и должно играть важную роль в обеспечении доступа к жизненно важным медикаментам по приемлемым ценам, в особенности в бедных странах, в то же время система патентов должна продолжать играть свою роль в стимулировании исследований и развития новых медикаментов; во-вторых, доступные цены являются очень важными, чтобы медикаменты, как запатентованные, так и широкого назначения, смогли реально достичь людей, которые в них нуждаются, потребуются значительные вложения денег, как на закупку медикаментов, так и на укрепление систем снабжения в секторе здравоохранения, при этом международному сообществу придется взять на себя наибольшую часть выделяемых затрат." См. [http://www.who.int/medicines/library/edm\\_general/who-wto-hosbjor.html](http://www.who.int/medicines/library/edm_general/who-wto-hosbjor.html).

116. GlaxoSmithKline Plc по собственной инициативе предоставили крупнейшей южноафриканской компании по производству продукции под незапатентованными названиями Aspen Pharmacie лицензию на выпуск своих антиретровирусных медикаментов AZT и ЗТС, а также препарата Combivir, в котором эти два препарата объединены в одной таблетке. “RTP Glaxo предоставляет права на лекарства против СПИДа в ЮАР”, сообщил Ben Hirschler, Reuters, 8 октября 2001 г.
117. См. [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html). С самого начала в Инициативе участвовали пять компаний: Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck & Co. и Hoffman-LaRoche.
118. Международные организации, в том числе такие как CPTech и Health Gap (США), “Врачи без границ” и Oxfam (Европа), Treatment Access Campaign (ЮАР) и Drug Study Group (Таиланд) привлекли внимание общественности к важному вопросу ценообразования и внесли значительный вклад в достигнутый за последнее время прогресс в снижении цен на жизненно важные медикаменты в странах с низким уровнем доходов.
119. Было организовано несколько международных партнерств по борьбе с заболеваниями по линии программ по предоставлению лекарств фармацевтическими компаниями. Среди них: лимфатический филяриоз (альбендазол, GlaxoSmithKline), африканский трипаносомоз (эфлорнитин, Aventis), лепра (множественная лекарственная терапия лепры, Novartis), малярия (атоваквон и прогванил, GlaxoSmithKline), онхоцеркоз (ивермектин, Merck), трахома (ацилтримидин, Pfizer), передача ВИЧ от матери к ребенку (неварилин, Boehringer Ingelheim), грибковые инфекции у пациентов, зараженных ВИЧ/СПИДом (флуконазол, Pfizer). Другие предоставляемые лекарства включают в себя вакцину от полиомиелита для приема внутрь (Aventis Pasteur), Hib-вакцину (Wyeth Lederle Vaccines) и вакцину против гепатита В (Merck). Есть также и другие медицинские принадлежности, например специальные шприцы для инъекций от столбняка (Becton Dickenson) и нейлоновые материалы для фильтрования риниты (Du Pont). Кроме того, предоставляются материалы для обучения и создания инфраструктуры для лечения ВИЧ/СПИДа (Merck и Bristol-Myers Squibb). См. Инициатива по партнерству между общественным и частным сектором в сфере здравоохранения (IPPPH), [info@ippph.org](mailto:info@ippph.org).
120. Термин *самая низкая коммерчески выгодная цена* обозначает самую низкую цену, при которой поставки товара на расширяющийся рынок на постоянной основе остаются выгодными с коммерческой точки зрения. Обычно этот показатель равняется затратам на производство плюс расходы на транспортировку и администрирование. По нашему мнению, в общем случае, страны со средним уровнем доходов должны платить больше, чем страны с низким уровнем, однако меньше, чем страны с высоким уровнем доходов. Вероятно, уровни цен на этих рынках являются предметом переговоров между поставщиками и покупателями (например, правительственными организациями), с защитой в форме обязательного лицензирования для стран со средним уровнем доходов. Все эти мероприятия в последнее время помогли договориться о значительном снижении цен на антиретровирусные препараты в Бразилии и некоторых других странах со средним уровнем доходов, по сравнению с ценами в странах с высоким уровнем доходов.
121. Обязательное лицензирование не требует, чтобы держатель патента показал производителю в данной стране, как следует организовать производственный процесс. Поэтому обязательная лицензия полезна только в случае, если удалось воссоздать технологию производства “в обратном направлении”, т.е. на базе образцов готовой продукции.



122. Специалисты из Организации Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО) подсчитали, что приблизительно одна треть развивающихся стран импортируют 100 % всех потребляемых медикаментов, и еще одна треть имеет весьма ограниченный производственный потенциал.
123. Принимая показатель экономического роста около 2,3 % в год (2 % на душу населения, 0,3 % населения) в странах с высоким уровнем доходов, совместный донорский ВВП должен достичь около 29 трлн долларов США в 2007 г., и 35 трлн долларов США в 2015 г.
124. Крупнейшим получателем финансирования программ по борьбе со СПИДом со стороны Всемирного банка в период 1997-1999 гг. была Индия, которая получила концессионный заем в размере 191 млн долларов США на период 1999-2004 гг.
125. Отчет “Традиционные мероприятия” (Traditional Arrangements), встреча в рамках Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Брюссель, 12-13 июля 2001 г.
126. Небольшие объемы средств должны быть направлены в страны со средним уровнем доходов, которые по той или иной причине (например, чрезвычайная распространенность какого-либо заболевания или огромные масштабы нищеты в стране) не в состоянии покрыть расходы на здравоохранение из внутренних источников. Например, ввиду пандемии СПИДа ЮАР должна получать финансирование на борьбу со СПИДом.
127. <http://www.vaccinealliance.org>. Финансирование Глобального союза по вакцинации и иммунизации (GAVI) составляет приблизительно 1 млрд долларов США, в т.ч. 750 млн долларов США из Фонда Гейтса и 250 млн долларов США со стороны стран-доноров.
128. Сегодня Банк предоставляет около 1,3 млрд долларов США в год по новым обязательствам в форме займов как по линии Международной организации помощи в развитии, IDA (концессионных), так и по линии МБРР (неконцессионных) и на данный момент имеет обязательств по проектам в секторе здравоохранения на сумму около 10 млрд долларов США. Парадоксально, но средства IDA во многих случаях осваиваются недостаточно полно, что свидетельствует о нежелании многих бедных стран обременять себя дополнительными долгами (в противоположность грантам), чтобы профинансировать расширение охвата медико-санитарными услугами, а также о необходимости более четкой многолетней программы наращивания потенциала в секторе здравоохранения, в рамках которой IDA играла бы ключевую, обоснованную и предсказуемую роль.
129. Хотелось бы отметить, что простое слияние займов по линии IDA с грантами не будет способствовать росту перечисления нетто-ресурсов банка странам с низким уровнем доходов как группе (хотя это и может облегчить получение средств конкретными странами из числа имеющих право на помощь IDA). В настоящее время суммы, собираемые Банком в качестве долговых выплат по займам IDA, даются Банком в долг повторно, по концессионным ставкам. Нетрудно показать, что в настоящее время нетто-объемы ресурсов, перечисляемых Банком через IDA, одинаковы, независимо от того, предоставляются ли они на основе разовых грантов или же как серия концессионных займов, когда каждый новый заем предоставляется из платежей по старым займам. В каждом из этих случаев текущая величина нетто-ресурсов, перечисляемых из IDA, равняется объему первичных взносов доноров в IDA, средства от которых используются на гранты или займы.



*Единственным способом, которым IDA может увеличить объемы перечисляемых нетто-ресурсов, может быть увеличение объемов первичных взносов доноров IDA, и мы всецело поддерживаем такую политику.*

130. Обратите внимание, что в данном случае мы говорим о медико-санитарных услугах, осуществляемых за счет внутренних ресурсов, а не импортируемых страной. Поэтому, даже если общий объем средств, выделенных на здравоохранение, достигнет 12 % ВВП, а половина всех услуг импортируется, то величина добавленной стоимости, произведенной в секторе здравоохранения, составит 6 % ВВП.
131. Проблема утечки мозгов весьма актуальна. В Гане, например, с 1998 по 2000 гг. количество врачей в государственном секторе сократилось с 1400 до 1115, а количество медсестер - с 17 000 до 12 600, при этом персонал перетекал во внутренний частный сектор, играющий важную роль. В общем случае, в странах с низким уровнем доходов зарплаты врачей и медсестер в государственном секторе часто составляют менее одной трети от зарплат в частном секторе, и, возможно, одну десятую от соответствующих зарплат на международном рынке, если врач или медсестра выезжают из страны на работу в страну с высоким уровнем доходов.
132. На сегодня ВВП в странах с низким уровнем доходов составляет около 1 трлн долларов США. При росте населения 1 % в год и росте ВВП на душу населения 2 % в год, суммарный рост ВВП составит около 3 % в год. Двадцать лет такого роста принесут суммарный ВВП в размере 1,8 трлн долларов США.
133. За два года работы в КМЗ мы неоднократно убеждались, насколько выигрывает здравоохранение, когда оно рассматривается в контексте национального бюджета наравне с социальными вопросами. Ввиду этого, наращивание потенциала здравоохранения требует, чтобы министры финансов и здравоохранения работали в тесном сотрудничестве между собой, а также с ведущими группами гражданского общества. Сотрудничество с гражданским обществом должно охватывать организации, представляющие группы, состояние здравоохранения в которых наиболее плачевно, в том числе женщин и маргинальные этнические и иные группы населения. Национальная комиссия по макроэкономике и здоровью могла бы сыграть важную роль в этой работе, где так необходима координация действий. Во многих странах уже есть национальные комиссии по здравоохранению, существующие как часть стратегии по борьбе с бедностью (PRSR). Они могли бы взять на себя функции НКМЗ. При этом мы еще раз подчеркиваем важность совместного участия в данном процессе как министра здравоохранения, так и министра финансов.

# *Приложение 1: УЧАСТНИКИ, ОТЧЕТЫ И РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ КОМИССИИ ПО МАКРОЭКОНОМИКЕ И ЗДОРОВЬЮ*

## УЧАСТНИКИ

### *Члены комиссии*

#### *Профессор Jeffrey D. Sachs (председатель)*

Профессор кафедры международной торговли им. Galen L. Stone  
Гарвардского университета,  
Директор Центра международного развития  
Гарвардского университета, Кембридж, США

#### *Д-р Isber Judge Abluwalia*

Директор Индийского совета по исследованиям в области  
международных экономических отношений  
Индийский совет по исследованиям в области международных  
экономических отношений, Нью-Дели, Индия

#### *Д-р К. У. Атоако*

Исполнительный секретарь Экономической Комиссии ООН  
по вопросам Африки  
Экономическая Комиссия ООН по вопросам Африки,  
Аддис-Абеба, Эфиопия

#### *Д-р Eduardo Aninat*

(Бывший министр финансов, Чили)  
Заместитель управляющего директора Международного валютного фонда  
Международный валютный фонд, Вашингтон, США

#### *Профессор Daniel Cohen*

Профессор экономики  
Ecole normale supérieure, Париж, Франция

*Г-н Zephirin Diabre*

(Бывший министр финансов, экономики и планирования, Буркина-Фасо)  
Помощник администратора Программы развития ООН,  
Нью-Йорк, США

*Д-р Eduardo Doryan*

(Бывший министр образования, Коста-Рика)  
Специальный представитель Всемирного банка в ООН,  
Нью-Йорк, США

*Профессор Richard Feachem*

(Бывший декан Лондонской школы гигиены и тропической медицины)  
Директор Института глобального здравоохранения  
Калифорнийский университет в Сан-Франциско/  
Калифорнийский университет в Беркли  
Сан-Франциско, США

*Профессор Robert W. Fogel*

Профессор экономики Центра экономики народонаселения  
Чикагский университет, Чикаго, США

*Профессор Dean Jamison*

Директор Центра по изучению Тихоокеанского региона  
Калифорнийский университет, Лос-Анджелес, США

*Г-н Takatoshi Kato*

Старший консультант Банка Токио-Мицубиси, Лтд.  
Токио, Япония

*Д-р Nora Lustig*

Президент Американского университета в Пуэбла  
Чолула, Мексика

*Профессор Anne Mills*

Руководитель Программы по экономике и финансированию  
здравоохранения  
Лондонская школа гигиены и тропической медицины,  
Лондон, Великобритания

*Д-р Thorvald Moe*

(Бывший главный консультант по экономике и заместитель постоянного секретаря, Министерство финансов Норвегии)  
Заместитель Генерального секретаря Организации экономического сотрудничества и развития  
Организация экономического сотрудничества и развития, Париж, Франция

*Д-р Manmohan Singh*

(Бывший министр финансов Индии)  
Член Раджья Сабха  
Правительство Индии, Нью-Дели, Индия

*Д-р Supachai Panitchpakdi*

(Бывший заместитель министра по торговле, Таиланд)  
Назначенный Генеральный директор  
Всемирной торговой организации

*Профессор Laura Tyson*

Декан Школы бизнеса им. Уолтера А. Хааса  
Калифорнийский университет в Беркли, Беркли, Калифорния, США

*Д-р Harold Varmus*

Президент, Мемориальный онкологический центр Слоуна и Кеттеринга,  
Нью-Йорк, США

*Группа председателя*

*Д-р Dyna Arbin-Tenkorang*

Старший экономист и ассистент председателя  
Комиссии по макроэкономике и здоровью  
Центр международного развития в Гарвардском университете, Бостон, США/  
Лондонская школа гигиены и тропической медицины,  
Лондон, Великобритания

*Секретариат*

*Д-р Sergio Spinaci*

Исполнительный секретарь Комиссии по макроэкономике и здоровью  
Всемирная организация здравоохранения  
Женева, Швейцария

РГТ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ  
И БОРЬБА С НИЩЕТОЙ

Эта рабочая группа рассматривала влияние инвестиций в здравоохранение на снижение уровня нищеты и экономического роста.

*Сопредседатели*

**Сэр George A.O. Alleyne**, Директор, Панамериканская организация здравоохранения, США

**Профессор Daniel Cohen**, профессор экономики, Ecole normale supérieure, Франция

*Члены группы*

**Д-р Dyna Arhin-Tenkorang**, Старший экономист и ассистент председателя Комиссии по макроэкономике и здоровью, Центр международного развития в Гарвардском университете, США/ Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Великобритания

**Д-р Alok Bhargava**, кафедра экономики Хьюстонского университета, США

**Д-р David E. Bloom**, профессор экономики и демографии, кафедра популяций и международного здравоохранения Гарвардского университета, США

**Д-р David Canning**, профессор экономики, Университет Куинз, Белфаст, Северная Ирландия.

**Д-р Juan A. Casas**, директор подразделения по здравоохранению и общественному развитию, Панамериканская организация здравоохранения, США

**Д-р Angus Deaton**, профессор экономики и государственных отношений, Принстонский университет, США

**Профессор Dean T. Jamison**, директор Программы по международному здравоохранению и образованию, Калифорнийский университет, США

**Д-р Gerald Keusch**, помощник директора по международному развитию, Национальный институт здравоохранения; директор Международного центра Фогарти; профессор медицины, Медицинский университет Тафтса, США

**Д-р Felicia Knaul**, директор Центра социально-экономического анализа Мексиканского фонда здравоохранения, Мехико

**Д-р Juan Luis Londono**, инженер, Ревиста Динеро, Колумбия

**Д-р Nora Lustig**, президент Американского университета в Пуэбла; бывший главный консультант и директор, подразделение по проблемам бедности и неравенства, Межамериканский банк развития (IABD), директор по отчетам по мировому развитию, Всемирный банк, США

**Д-р Mead Over**, старший экономист, группа исследований по развитию, Всемирный банк, США

**Профессор Jeffrey D. Sachs**, профессор экономики и директор Центра по международному развитию Гарвардского университета, США

**Д-р William Savedoff**, старший экономист, подразделение по финансовому развитию, Stop W0502, Межамериканский банк развития, США

**Профессор Paul Schultz**, кафедра экономики, Йельский университет, США

**Профессор Duncan Thomas**, кафедра экономики, университет Калифорнии, США

**Г-жа Eva Wallstam**, директор отделения по инициативам гражданского общества, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария

**РГ2 ГЛОБАЛЬНЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ БЛАГА ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
Данная рабочая группа изучала “глобальные общественные блага для здравоохранения”, т.е. многосторонние политики, программы и инициативы, положительно влияющие на ситуацию в здравоохранении, которые выходят за рамки любой отдельной страны (например, международное научное сотрудничество в здравоохранении, ликвидация оспы и т.д.). Рабочая группа в составе шестнадцати представителей научных кругов, промышленности, негосударственных организаций и международных организаций рассмотрела более двадцати научных работ в трех основных категориях: научные исследования, проектно-конструкторская работа в области обычно игнорируемых товаров, наращивание научно-исследовательского потенциала в развивающихся странах; глобальные аспекты борьбы с инфекционными заболеваниями и их профилактики; формирование и распространение лучших методов работы.

### *Сопредседатели*

**Профессор Richard Feachem**, директор Института глобального здравоохранения, Калифорнийский университет, США

**Профессор Jeffrey D. Sachs**, профессор экономики и директор Центра международного развития, Гарвардский университет, США

*Директор программы/Старший исследователь*

**Д-р Carol Medlin**, Институт глобального здравоохранения,  
Калифорнийский университет, США

*Члены группы*

**Д-р Cristian Baeza**, региональный директор Программы STEP  
для стран Латинской Америки и Карибского региона,  
Международная организация труда, США

**Д-р John Barton**, профессор права, кафедра им. George E. Osbourn,  
юридическая школа Стэнфорда, США

**Д-р Seth Berkly**, президент и председатель Международного движения  
по поиску вакцины против ВИЧ, США

**Д-р Win Gutteridge**, региональный координатор:  
Проектные и исследовательские разработки, специальная  
программа исследования и обучения по тропическим болезням,  
Всемирная организация здравоохранения, Швейцария

**Профессор Dean T. Jamison**, директор Программы по  
международному здравоохранению и образованию,  
Калифорнийский университет, США

**Д-р Inge Kaul**, директор отдела по изучению развития,  
Программа развития ООН, США

**Д-р Gerald Keusch**, помощник директора по международному  
развитию, Национальный институт здравоохранения; директор  
международного центра Фогарти; профессор медицины,  
Медицинский университет Тафтса, США

**Д-р Ariel Pablo-Mendez**, помощник директора, отдел ценных бумаг в  
области здравоохранения, Фонд Рокфеллера, США

**Д-р Geoffrey Lamb**, директор, Мобилизация финансов и ресурсов,  
Департамент международного развития, Всемирный банк,  
Великобритания

**Д-р Adetokunbo O. Lucas**, адъюнкт-профессор,  
Гарвардский университет, США

**Д-р Bernard Pecoul**, директор, Доступ к основным лекарствам,  
Medecins sans Frontieres

**Д-р Sally Stansfield**, администратор Программы глобального  
здравоохранения, Фонд Гейтса, США

**Д-р David Webber**, директор по экономической политике и  
сотрудник Международной федерации ассоциаций производителей  
фармацевтической продукции, Швейцария



**Д-р Roy Widdus**, руководитель Инициативы по партнерствам в здравоохранении между государственным и частным секторами, Глобальный форум по исследованиям в здравоохранении, Швейцария

### РГЗ МОБИЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ РЕСУРСОВ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Данная рабочая группа дала оценку экономических последствий альтернативных подходов к мобилизации ресурсов для систем здравоохранения и мероприятий с использованием внутренних ресурсов. Эта работа проводилась в сотрудничестве с Международным валютным фондом и другими институтами. Рассматривались способы эффективного финансирования систем здравоохранения на национальном уровне, включая перераспределение бюджетов общественного сектора и расширение роли неправительственного сектора. Большой помощью рабочей группе стала текущая работа в группе по сбору данных и информации (EIP) для формирования политики ВОЗ.

#### *Сопредседатели*

**Профессор Kwesi Botchwey**, директор исследований и программ по африканскому региону в Гарвардском институте международного развития и Центре международного развития, США

**Профессор Alan Tait**, почетный профессор Университета графства Кент в Кентербери и почетный член совета Тринити Коллежда, Дублин; бывший заместитель директора по финансовым вопросам, Международный валютный фонд, Вашингтон; бывший директор отделения МВФ в Швейцарии.

#### *Члены группы*

**Д-р Dina Arhin-Tenkorang**, старший экономист и ассистент председателя Комиссии по макроэкономике и здоровью, Центр международного развития, Гарвардский университет, США

**Профессор Mukul Govindji Asher**, Программа по государственной политике, Национальный университет Сингапура

**Д-р Guido Carrin**, старший экономист по здравоохранению, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария

**Г-н Sanjeev Gupta**, руководитель подразделения по политике расходов, отдел финансов, Международный валютный фонд, США

**Г-н Peter S. Heller**, заместитель директора отдела финансов, Международный валютный фонд, США

- Профессор William Hsiao**, кафедра им. К.Т. Li, профессор экономики, отдел политики и управления здравоохранением, Гарвардская школа государственного здравоохранения, США
- Г-жа Rima Khalef Hunaidi**, помощник генерального секретаря/директор Регионального бюро по делам арабских стран, Программа развития ООН, США
- Профессор Dean T. Jamison**, директор Программы по международному здравоохранению и образованию, Калифорнийский университет, США
- Д-р Juan Luis Londono**, экономист, Ревиста Динеро, Колумбия
- Г-н Rajiv Misra**, бывший секретарь, министр здравоохранения, Гургаон, Индия
- Д-р Alexander S. Preker**, главный экономист, отдел здравоохранения, питания и народонаселения, Всемирный банк, США
- Г-н George Schieber**, руководитель сектора здравоохранения и социальной защиты, Всемирный банк, США

#### РГ4 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МИРОВАЯ ЭКОНОМИКА

Данная группа изучала продажи медицинских услуг, товаров здравоохранения и медицинского страхования, патенты на медикаменты и права на интеллектуальную собственность, относящиеся к сфере торговли (TRIPS), международное движение факторов риска, международную миграцию работников здравоохранения; условия здравоохранения и финансовую политику в здравоохранении в качестве основы для защиты; а также другие варианты влияния торговли на сектор здравоохранения. Большой помощью для рабочей группы стала параллельная работа в ВОЗ и ВТО.

#### *Председатель*

- Д-р Isher Judge Ahluwalia**, директор и главный управляющий Индийского совета по исследованиям в области международных экономических отношений, Индия

#### *Члены группы*

- Д-р Harvey Bale**, генеральный директор Международной федерации ассоциации производителей фармацевтической продукции, Швейцария
- Д-р John Barton**, профессор права, Юридическая школа Стэнфорда, США

- Д-р Tony Culyer**, профессор экономики, Университет Йорка,  
Университет Торонто, Канада
- Г-жа Ellen 't Hoen, LL.M.**, Кампания по обеспечению доступа к  
необходимым медикаментам, Medecins sans Frontieres
- Д-р Calestous Juma**, директор, Программа по науке, технике и инно-  
вациям, Центр международного развития, Гарвардский университет;  
стипендиат-исследователь Белфастского центра по науке и  
международным отношениям, Гарвардский университет, США
- Д-р Keith E. Maskus**, ведущий экономист, DECRG,  
Всемирный банк, Вашингтон, США
- Д-р Supachai Panitchpakdi**, Всемирная торговая организация,  
назначенный генеральный директор,  
бывший заместитель премьер-министра по торговле, Таиланд
- Д-р Arvind Panagariya**, профессор и сопредседатель Центра по  
международной экономике, отделение экономики, университет  
Мэриленда, США
- Д-р John Sbarbaro**, профессор медицины и профилактической  
медицины, Колорадский университет, США
- Д-р Jacques van der Gaag**, профессор экономики развития,  
декан факультета экономики и эконометрики,  
Амстердамский университет, Нидерланды
- Д-р Richard Wilder**, директор, Пауэлл, Голдстайн, Фрейзер и Мерфи,  
Вашингтон, США
- Г-н В.К. Zutshi**, бывший посол и представитель Индии в ГАТТ,  
советник Индийского совета исследованиям в области  
международных экономических отношений, Индия

## РГ5 УЛУЧШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БЕДНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ

Группа изучала технические варианты, препятствия и затраты на гло-  
бальное движение по значительному улучшению состояния здоровья  
бедных слоев населения к 2015 г. Был проведен анализ сокращения  
уровня смертности, определены возможные действия для решения клю-  
чевых проблем, рассмотрены данные по устранению препятствий, про-  
ведена оценка затрат на расширение масштаба решения ключевых  
проблем наряду с затратами на необходимые меры по укреплению сис-  
темы. Работа группы основывалась на текущей работе ВОЗ, Всемирного  
банка и международных учебных заведений в области здравоохранения.

*Сопредседатели*

**Профессор Anne Mills**, руководитель Программы по экономике и финансированию здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Великобритания, член Комиссии по макроэкономике и здоровью

**Д-р Prabat Jha**, старший исследователь, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария

*Члены группы*

**Д-р Mushtaque Chowdhury**, заместитель исполнительного директора и директор по исследованиям, BRAC, Бангладеш

**Д-р Jorge Jimenez de la Jara**, профессор, отделение государственного здравоохранения, Католический университет Чили, Чили

**Д-р Peter Kilima**, региональный координатор по англоязычным странам Африки, Международное движение по лечению трахомы, Танзания

**Д-р Jeffrey Koplan**, директор, Центр по контролю заболеваемости, США

**Д-р Ayanda Ntsaluba**, генеральный директор службы здравоохранения, национальный департамент здравоохранения, Южная Африка

**Г-н Ram Ramasundaram**, секретарь департамента торговли, Индия

**Д-р Sally Stansfield**, старший сотрудник программы, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, США

**Д-р Jaime Galvez Tan**, профессор, Филиппинский университет, медицинский колледж, президент Фонда фьючерсов в здравоохранении, Филиппины

**Профессор Marcel Tanner**, директор, Швейцарский институт тропической медицины, Швейцария

**РГ6 СОДЕЙСТВИЕ РАЗВИТИЮ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Группа рассмотрела вопросы здравоохранения в составе политики содействия развитию, включая аспекты, относящиеся к освобождению от уплаты долга. Основное внимание уделялось политике и подходам международных организаций по развитию. Одним из вопросов было необходимое соотношение между работой в отдельной стране и поддержкой деятельности по международному обеспечению глобальными общественными товарами. Работа группы основывалась на текущей работе ВОЗ, Всемирного банка, международных школ здравоохранения и исследовательских отделов в агентствах по оказанию помощи.

### *Сопредседатели*

- Г-н Zephirin Diabre**, помощник администратора, Программа развития ООН, США
- Г-н Christopher Lovelace**, директор отдела здравоохранения, питания и народонаселения, Всемирный банк, США
- Г-жа Carin Norberg**, директор, Демократия и социальное развитие, Шведское международное агентство по содействию развитию, Стокгольм, Швеция

### *Члены группы*

- Д-р Dyna Arhin-Tenkorang**, старший экономист и ассистент председателя КМЗ, Центр международного развития в Гарвардском университете, США / Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Великобритания
- Д-р Ingar Bruggerman**, директор, Международная федерация по планированию материнства, Великобритания
- Д-р Andrew Cassels**, директор, Поступательное развитие и охрана окружающей среды, ВОЗ, Швейцария
- Д-р Nick Drager**, Отделение здравоохранения и развития, ВОЗ, Швейцария
- Г-н Bjorn Ekman**, экономист, Отделение демократии и социального развития, Шведское международное агентство по содействию развитию, Швеция
- Д-р Tim Evans**, директор отдела медицинских наук, фонд Рокфеллера, США
- Г-н Paul Isenman**, руководитель подразделения по стратегическому управлению сотрудничеством в деле развития, Директорат сотрудничества в деле развития, ОЭСР, Франция
- Д-р Inge Kaul**, директор, отделение по изучению развития, Программа развития ООН, США
- Д-р Julian Lob-Levyt**, главный советник по здравоохранению и популяциям, Департамент международного развития, Великобритания
- Д-р Andrew Nordstrom**, Шведское международное агентство по содействию развитию, Швеция
- Г-н Ingvar Theo Olsen**, Норвежское агентство по содействию развитию, Норвегия
- Д-р Susan Stout**, специалист по внедрению, Всемирный банк, США

**Д-р Н. Sudarshan**, директор, VGKK (трест по здравоохранению для коренного населения в Карнатаке), Индия

**Д-р А. Issaka-Tinorgah**, бывший директор службы здравоохранения, Министерство здравоохранения, Гана

**Г-жа Eva Wallstam**, директор, Инициатива "Гражданское общество", ВОЗ, Швейцария

## ФАКТЫ БИОГРАФИИ

### *Ишер Джадж Ахлувалия*

Ишер Джадж Ахлувалия является директором и главным управляющим Индийского совета по исследованиям в области международных экономических отношений (ICRIER), Нью-Дели. Она окончила Делийскую школу экономики и Массачусетский технологический институт. Последние 15 лет д-р Ахлувалия посвятила написанию книг и статей в профессиональных журналах по индийской экономике. Ее книга *“Промышленный рост в Индии: период застоя с середины шестидесятих годов”* (Оксфорд Юниверсити Пресс, 1985) получила премию “Батейя Мемориал Эворд” за лучшую книгу по индийской экономике 1987 г. В последнее время д-р Ахлувалия была одним из редакторов выпуска *“Индийские экономические реформы и развитие: эссе для Манмохана Сингха”* (Оксфорд Юниверсити Пресс, 1998) совместно с профессором I.M.D. Little из Оксфордского Университета.

Д-р Ахлувалия занимала несколько постов в советах управляющих на предприятиях государственного сектора, в исследовательских и финансовых институтах. Она занимает такие важные позиции как один из директоров совета Steel Authority of India, Ltd. (SAIL), является членом руководящего совета Института экономического роста. Д-р Ахлувалия является членом совета по планированию в Панджабе и консультационных комитетов министров в Андхра Прадеш, Раджастане и Чаттисгаре.

### *К.И. Амояко*

С 1995 г. К.И. Амояко является исполнительным секретарем Экономической комиссии ООН по вопросам Африки, в должности заместителя генерального секретаря ООН. До работы в Экономической комиссии он несколько лет работал во Всемирном банке, в последние годы занимал руководящие должности, включая должность директора департамента образования и социальной политики, где в его функции входило обеспечение стратегического руководства программами банка по сокращению уровня бедности и развитию человеческих ресурсов (1993-1995), должность руководителя подразделения по человеческим ресурсам в Бразилии, Венесуэле и Перу (1990-1992) и руководителя подразделе-



ления по шести странам восточной Африки (1985-1990). К.И.Амояко получил степень бакалавра гуманитарных наук (с отличием) по экономике в Университете Ганы в Легоне и степени магистра гуманитарных наук и доктора философии по экономике в Калифорнийском университете в Беркли.

### *Эдуардо Анинат*

Эдуардо Анинат является заместителем управляющего директора Международного валютного фонда. Д-р Анинат ранее был министром финансов Чили. В 1995-96 гг. он был председателем Совета управляющих МВФ и Всемирного банка и в течение 3 лет членом Комитета по развитию Всемирного банка и МВФ, представляя Чили, Аргентину, Боливию, Перу, Уругвай и Парагвай. До этого д-р Анинат занимал ряд экономических должностей в чилийском правительстве, включая должность руководителя переговоров по двустороннему торговому соглашению между Канадой и Чили, а также должность руководителя переговоров по урегулированию долга и старшего консультанта Центрального банка Чили и Министерства финансов. Он консультировал такие международные организации как Всемирный банк и Межамериканский банк развития, а также ряд правительств по различным вопросам, от налоговой политики до реструктуризации долга. Он также был членом Совета директоров Межамериканского института и редактором официального журнала института. Д-р Анинат в настоящее время является президентом Движения за социальное равенство. Он преподавал государственные финансы и экономическое развитие в Pontificia Universidad Catolica de Chile и был ассистентом профессора экономики в Бостонском университете. Он получил степень магистра гуманитарных наук и доктора философии по экономике в Гарвардском университете.

### *Дэниел Коен*

Дэниел Коен - профессор экономики Парижского университета (Пантеон-Сорбонна) и Ecole normale superieure, Париж. Он также является членом Совета по экономическому анализу Премьер-министра Франции и обозревателем журнала *Le Monde*. Профессор Коен был почетным членом ассоциации Francaise de Sciences Economiques в 1987 г. и в 1997 г. был назван "экономистом года" в *Le Nouvel Economiste*. С 1991 по 1998 гг. он был одним из директоров Программы по международной макроэкономике в Центре изучения экономической политики. Профессор Коен также был консультантом в Международном банке с

1984 по 1997 гг. Он консультировал боливийское правительство (вместе с Джеффри Д. Саксом) и читал лекции в Гарвардском университете с 1981 по 1982 гг. Он написал несколько книг, в том числе “Частные займы суверенным государствам”, “Современность”, “Благосостояние мира и бедность народов”, последняя книга была переведена на 15 языков.

### *Зефирин Диабре*

Зефирин Диабре, гражданин Буркина-Фасо, был помощником администратора Программы развития ООН с 1999 г. До работы в ООН он занимал несколько руководящих государственных постов в своей стране. Он был советником президента Буркина-Фасо (1998), президентом национального Совета по экономике и социальным вопросам (1996-1997), министром экономики, финансов и планирования (1994-1996) и министром торговли, промышленности и горного дела (1992-1994). Основатель Ассоциации менеджмента Буркина-Фасо и Ассоциации бизнеса (Буркина - Франция) г-н Диабре имеет опыт работы в частном секторе в качестве директора по человеческим ресурсам Пивоваренной корпорации в Буркина-Фасо. Г-н Диабре читал лекции в Гарвардском институте международного развития и был членом Уэверхедского Центра по международным вопросам в 1997 г.

### *Эдуардо А. Дориан*

Эдуардо А. Дориан является специальным представителем Всемирного банка в ООН в Нью-Йорке, был вице-президентом Всемирного банка, а до этого возглавлял Сеть по человеческому развитию (здравоохранение, питание, население, образование и социальная защита). Ранее он был заместителем министра по науке и технологии, а несколько лет спустя министром образования в Коста-Рика. Он был профессором университета Коста-Рика и Центральноамериканского института делового администрирования. Он получил степень доктора философии в области политической экономики и государственного управления в Гарвардском университете.

### *Ричард Г.А. Фикем*

Ричард Г.А. Фикем является основателем и директором Института глобального здравоохранения, совместной инициативы Калифорнийского университета в Сан-Франциско и Калифорнийского университета в Беркли. Он также является профессором международного здравоохранения Калифорнийского университета в Сан-Франциско и в Беркли.

Ранее д-р Фикем был директором по здравоохранению, питанию и населению во Всемирном банке (1995-1999) и деканом Лондонской школы гигиены и тропической медицины (1989-1995). Д-р Фикем также работал в Университетах Нового Северного Уэльса и Бирмингема и во Всемирной организации здравоохранения. Д-р Фикем входил в состав многих советов и комиссий. В настоящее время он является членом Совета по добровольной службе за рубежом, Консультационного комитета по здравоохранению Британского совета, Совета международной инициативы по поиску вакцины против ВИЧ и Совета по глобальному здравоохранению Медицинского института США. Он также является председателем Консультационного совета Инициативы по партнерствам в здравоохранении между государственным и частным секторами и председателем Совета основателей Глобального форума по исследованиям в здравоохранении. С 1999 г. профессор Фикем является главным редактором *Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения*. Основная сфера интересов профессора Фикема - международное здравоохранение и развитие. Он опубликовал множество работ по этой и другим темам. Он имеет следующие степени: CBI, FREng, BSc, PhD, DSc, FICE, FIWEM, Hon FFRHM.

### *Роберт Уильям Фогель*

Роберт Уильям Фогель получил степень бакалавра гуманитарных наук в Корнуэльском университете, степень магистра гуманитарных наук - в Колумбийском университете, степень доктора философии в области экономики в Университете Джона Хопкинса. Он работал на факультетах Университета Рочестера, Кембриджского и Гарвардского университетов. В настоящее время он является почетным профессором кафедры им. Charles R. Walgreen Американских институтов в аспирантуре бизнес-университета, директором Центра экономики народонаселения, членом Экономического департамента и Комитета социальных наук в Чикагском университете. Он также является сопредседателем Программы по изучению когорт в Национальном бюро по экономическим исследованиям. Он получил Нобелевскую премию по экономике в 1993 г. (совместно с Дугласом С. Нортон). В своей дипломной работе под руководством Саймона Кузнецца он проявил интерес к параллельному изучению экономики и истории с целью понимания перспективных технологических и институциональных изменений. С конца 1980-х его исследования сосредоточены на объяснении снижения смертности за столетний период и изменении характера старения на протяжении жиз-

ненного цикла в США. Последние открытия по данному проекту должны быть опубликованы в 2002 г. в книге *“Спасение от голода и преждевременной смерти 1700-2100: Европа, Америка и страны третьего мира”*. Другое исследование, которым он занимается в настоящее время, включает изучение высокоэффективных экономик Азии, изучение питания и долгожительства, а также работу по развитию экономических дисциплин в XX веке.

### *Дин Т. Джемисон*

Дин Т. Джемисон с 1988 г. является профессором Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе. Он возглавляет Программу Калифорнийского университета по глобальному здравоохранению и образованию и преподает международную экономику здравоохранения и экономику образования. Ранее профессор Джемисон несколько лет работал во Всемирном банке, где был старшим экономистом в отделе исследований. Он был руководителем проекта по здравоохранению в Китае и Гамбии, руководителем подразделения по образовательной политике и руководителем подразделения по вопросам населения, здравоохранения и питания. В 1992-93 гг. он вновь работал во Всемирном банке в качестве ведущего автора отчета банка по международному развитию за 1993 г. *“Инвестиции в здравоохранение”*. В 1998-2000 гг. Джемисон временно не работал в Калифорнийском университете, т.к. был директором Службы экономического консультирования во Всемирной организации здравоохранения в Женеве. В настоящее время кроме работы в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе профессор Джемисон является членом совета Фонда Билла и Мелинды Гейтс, старшим членом совета Международного центра Фогарти Национального института здравоохранения США. Профессор Джемисон учился в Стенфордском университете (степень бакалавра гуманитарных наук по философии, магистра естественных наук по инженерным наукам) и в Гарвардском университете (степень доктора философии по экономике под руководством лауреата Нобелевской премии К. Дж. Эрроу). В 1994 г. он был избран членом Медицинского института Национальной академии наук США.

### *Такатоши Като*

Г-н Такатоши Като в настоящее время является советником президента Банка Токио-Мицубиси и читает лекции по странам Тихоокеанского региона в Университете Васеда. Он также читал лекции в Школе Вудро Вильсона Принстонского университета в 1998-1999 гг.

Г-н Като был депутатом от Японии в Группе семи стран Запада в 1995-97 гг. в качестве заместителя министра финансов по иностранным делам. За 34 года службы в японском правительстве он занимал различные посты, включая пост генерального директора Международного финансового бюро (1993-1995) и исполнительного директора Азиатского банка развития (1985-1987). Г-н Като получил степень бакалавра права в Университете Токио и степень магистра государственного управления в Школе Вудро Вильсона в Принстонском университете.

### *Нора Люстиг*

Нора Люстиг является президентом Американского университета в Пуэбла в Мексике. Ранее д-р Люстиг была старшим консультантом и руководителем отделения по борьбе с бедностью и неравенством в Межамериканском банке развития. Она была старшим членом комитета Программы по изучению международной политики в Институте Брукингса и была профессором экономики в El Colegio de Mexico в Мехико. Она также читала лекции в Массачусетском технологическом институте в 1982 г. и в Калифорнийском университете в Беркли в 1984 г.

Нора Люстиг была одним из руководителей по составлению отчета Международного банка по мировому развитию за период 2000/2001 *”Решительная борьба с бедностью”*. Она также была соучредителем и президентом Экономической ассоциации стран Латинской Америки и Карибского региона в 1998-1999 гг. и в настоящее время является одним из директоров сети данной Ассоциации по вопросам неравенства, бедности и экономической мобильности. Она является старшим членом комитета Программы по изучению международной политики и старшим ассоциированным членом комитета организации *”Межамериканский диалог”*. Д-р Люстиг - член совета Всемирного института по исследованиям экономик развивающихся стран, Комиссии по макроэкономике и здоровью ВОЗ и экспертной группы в Международной организации труда.

Д-р Люстиг имеет много публикаций по экономике развивающихся стран, особенно по странам Латинской Америки. Ее книга *”Мексика: возрождение экономики”* получила премию журнала *”Чойс”* *”Выдающаяся книга”* в 1994 г. Д-р Люстиг родилась в Буэнос-Айресе в Аргентине, жила в Мексике и Соединенных Штатах. Она получила степень доктора философии по экономике в Калифорнийском университете, Беркли.

### *Анне Милз*

Анне Милз является профессором кафедры экономики и политики здравоохранения в Лондонской школе гигиены и тропической медицины и главой Программы по экономике и финансированию здравоохранения. Наряду с другими областями исследования данная программа включает значительные исследования по эффективности и доступности систем здравоохранения для всех слоев населения в странах с низким и средним уровнем дохода. Она имеет почти тридцатилетний опыт работы в исследованиях по экономике здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, имеет много публикаций по экономике и политике в здравоохранении. В настоящее время она занимается исследованием организации и финансирования систем здравоохранения, экономического анализа деятельности по контролю заболеваемости, особенно малярии. Она вносит большой вклад в поддержку развития экономики здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, консультировала многие односторонние и многосторонние организации.

### *Торвалд Моу*

Торвалд Моу является одним из четырех заместителей генерального секретаря Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в Париже. В ОЭСР кроме выполнения других должностных функций он отвечает за работу по образованию, занятости и экологии и за крупную программу по устойчивому развитию, по которой работают большинство директоров ОЭСР. До принятия этого назначения в 1998 г. д-р Моу был главным консультантом по экономике и заместителем постоянного секретаря в Министерстве финансов Норвегии с 1989 г. В 1986-1989 гг. он был послом Норвегии в ОЭСР. С 1973 по 1986 гг. д-р Моу работал в Министерстве финансов в качестве заместителя генерального директора, а затем в качестве генерального директора департамента экономической политики, а затем в департаменте бюджетной политики. Д-р Моу написал и был соавтором нескольких книг, научных работ и статей по макроэкономической политике, занятости населения, о влиянии демографических явлений на экономический рост, по государственному планированию и бюджету, о влиянии климатических изменений на экономику и отношениях между охраной окружающей среды и занятостью. Он был членом многих советов, комиссий и комитетов в Норвегии и за рубежом, включая Комитет по экономической политике ОЭСР. Д-р Моу получил степень бакалавра гуманитарных наук по экономике в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе и докторскую степень по экономике в Стэнфордском университете.

### *Джеффри Д. Сакс*

Джеффри Д. Сакс является директором Центра международного развития Гарвардского университета, профессором международной торговли, кафедра им. Galen L. Stone в Гарвардском университете, бывшим директором Гарвардского института международного развития и участником исследований в Национальном бюро по экономическим исследованиям. Д-р Сакс является консультантом по экономическим вопросам в нескольких правительствах латиноамериканских и восточно-европейских стран, странах бывшего СССР, Африки и Азии. Журнал *"Нью-Йорк Таймс"* назвал его "возможно, важнейшим экономистом мира", а в специальном выпуске журнала *"Тайм"*, посвященном 50 многообещающим молодым лидерам, он был назван "наиболее известным экономистом в мире". Д-р Сакс является обладателем множества наград и премий, включая членство в Гарвардском обществе, Американской академии искусств и наук и в Международном эконометрическом обществе. Он получил почетные ученые степени в Университете Сант-Галлен в Швейцарии, Колледже Линнган в Гонконге, Колледже Айона в Нью-Йорке и Экономическом университете Варны в Болгарии. В сентябре 1991 г. он был удостоен премии Франка И. Сайдмана в области политической экономики. Он читал популярные лекции памяти Лайонела Роббинса в Лондонской школе экономики, лекции Джона Хикса в Оксфордском университете, лекции Дейвида Хоровиц в Тель-Авиве, лекции Франка Д. Грэхэма в Пристонском университете и лекции Тэннера в Университете Юта. Д-р Сакс получил степень бакалавра гуманитарных наук с отличием в Гарвардском университете в 1976 г. и степень магистра гуманитарных наук и докторскую степень в Гарвардском университете в 1978 и 1980 гг. Он начал работать в Гарвардском университете в 1980 г. в качестве ассистента профессора и был назначен адъюнкт-профессором в 1982 г. и профессором в 1983 г. В настоящее время он является председателем Комиссии по макроэкономике и здоровью ВОЗ на период 2000-2001 гг., с сентября 1999 г. по март 2000 г. он был членом Консультационной комиссии международных финансовых институтов, основанной Конгрессом США.

### *Манмохан Сингх*

Манмохан Сингх в настоящее время является лидером оппозиции Раджья Сабха (Совет штатов) Индийского парламента. До этого он занимал ряд других позиций в индийском правительстве, включая пост министра финансов, помощника премьер-министра Индии по экономическим вопросам, секретаря в министерстве финансов и управляющего Резервным



банком Индии, заместителя председателя Индийской комиссии по планированию и главного консультанта по экономике в министерстве финансов Индии. Д-р Сингх является обладателем многих премий, в том числе премии фонда К.С. Хеджа, премии Никкей Азия за региональный рост и премии в честь столетия со дня рождения Джевахарлала Неру Ассоциации Индийского научного конгресса. В 1993 г. он получил премию “Юреумани” и был назван лучшим министром финансов года, дважды он был удостоен премии “Эйшиамани” и был назван лучшим министром финансов года (1993, 1994). Д-р Сингх является обладателем почетных степеней институтов мира. Он получил степени бакалавра и магистра гуманитарных наук по экономике в Пенджабском и Кембриджском университетах, а степень доктора философии в Оксфордском университете.

### *Х.Е. Супачай Паничпакди*

Супачай Паничпакди в настоящее время является назначенным генеральным директором Всемирной торговой организации. Д-р Супачай Паничпакди ранее был заместителем премьер-министра и министром торговли в Таиланде. Он также занимал различные посты в частном секторе, такие как пост Президента Тайского военного банка, председателя “Нава финан энд секьюритиз” и председателя Торгового союза. Д-р Супачай Паничпакди получил степень магистра и доктора философии по эконометрике и планированию развития в Университете Эразмуса в Роттердаме, Голландия. В 1973 г. он работал на кафедре эконометрики в Кембриджском университете.

### *Лаура Тайсон*

В настоящее время д-р Лаура Тайсон является деканом Школы бизнеса им. Уолтера А. Хааса Калифорнийского университета в Беркли. В декабре 2001 г. она станет деканом Лондонской школы бизнеса. Д-р Тайсон начала работу на факультете Калифорнийского университета в 1977 г. и в настоящее время является заведующей кафедрой экономики и делового администрирования. В 1993 г. она временно прервала свою работу в Калифорнийском университете по причине того, что президент Клинтон назначил ее председателем Совета консультантов Белого дома по экономическим вопросам. Она была первой женщиной, занявшей этот пост. В 1995 г. д-р Тайсон стала преемницей Роберта Рубина в должности консультанта по национальной экономике. Это была самая высокая должность, которую занимали женщины в Белом доме в годы президентства Билла Клинтона. Д-р Тайсон является автором работы “*Кто кого бьет?*”

*Конфликты коммерческого характера в высокотехнологичных отраслях промышленности*” (Институт международных экономик, 1992) и многих других работ по экономической конкуренции. Недавно Тайсон была названа одной из четырех представителей Белого дома для назначения в Национальную двухпартийную комиссию по планированию программы “Медикэр”. Она является руководителем консультационной группы по законодательству и экономике и членом советов директоров “Америкетек Корпорейшн”, Совета по международным отношениям, “Истмэн Кодак Компани”, Института по международной экономике, Фонда Джона Д. и Кетрин Т. Макартур, “Морган Стенли, Дин Уиттер, Дисковер & Ко”. До назначения в Вашингтон г-жа Тайсон была руководителем НИР Круглого стола по международной экономике в Калифорнийском университете Беркли и директором Института международных исследований. Тайсон в 1969 г. получила степень бакалавра по экономике с отличием в Смитовском колледже в Массачусетсе и степень доктора философии по экономике в 1974 г. в Массачусетском технологическом институте.

### *Гарольд Вармус*

Гарольд Вармус был президентом и главным администратором Мемориального онкологического центра Слоуна и Кеттеринга в Нью-Йорке с января 2000 г. Бывший директор Национального института здравоохранения, д-р Вармус в 1989 г. получил Нобелевскую премию по психологии и медицине, разделив награду с д-м Дж. Мишелем Бишопом, за работу по генетической основе рака. В 1993 г. президент Клинтон назначил д-ра Вармуса директором Национального института здравоохранения. Он занимал этот пост до конца 1999 г. Кроме написания более 300 научных работ и 4 книг, в том числе введение в генетику рака для широкой аудитории, д-р Вармус является консультантом федерального правительства, фармацевтических и биотехнологических компаний и многих учебных заведений. Он был членом Национальной академии наук США с 1984 г. и Института медицины с 1991 г. Д-р Вармус получил степень бакалавра гуманитарных наук по английскому языку в Колледже Амхерст и степень магистра гуманитарных наук по английскому языку в Гарвардском университете. Он выпускник Колледжа терапии и хирургии Колумбийского университета и работал в штате Колумбийского пресвитерианского госпиталя. Научную стажировку он проходил в качестве администратора здравоохранения в Национальном институте здравоохранения, где он изучал экспрессию генов бактерий с доктором Ира Пастан, и затем стал аспирантом у д-ра Бишоп в Калифорнийском университете в Сан-Франциско.

# ОТЧЕТЫ И РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ

## СПИСОК ОТЧЕТОВ РАБОЧИХ ГРУПП

### КОМИССИИ ПО МАКРОЭКОНОМИКЕ И ЗДОРОВЬЮ

Здравоохранение, экономический рост и снижение уровня бедности:

отчет рабочей группы 1 Комиссии по макроэкономике и здоровью

Глобальные общественные блага для здравоохранения: новые стратегии для 21 века: отчет рабочей группы 2 Комиссии по макроэкономике и здоровью

Мобилизация внутренних ресурсов для здравоохранения: отчет рабочей группы 3 Комиссии по макроэкономике и здоровью

Здравоохранение и международная экономика: отчет рабочей группы 4 Комиссии по макроэкономике и здоровью

Улучшение состояния здоровья бедных слоев: отчет рабочей группы 5 Комиссии по макроэкономике и здоровью

Международная помощь в развитии и здравоохранение: отчет рабочей группы 6 Комиссии по макроэкономике и здоровью

## СЕРИИ РАБОЧИХ ДОКЛАДОВ

Доклады представлены на сайтах [www.cid.harvard.edu](http://www.cid.harvard.edu) и [www.cmhealth.org](http://www.cmhealth.org).

### *Рабочая группа 1*

*Доклад 1:* ВИЧ/СПИД в Карибском регионе: экономические вопросы - влияние и инвестиции (**Teodore K.**)

*Доклад 2:* Моделирование влияния статуса здравоохранения и образовательной инфраструктуры на когнитивное развитие школьников Танзании (**Bhargava A.**)

*Доклад 3:* Здравоохранение, неравенство и экономическое развитие (**Deaton A.**)

*Доклад 4:* Различия показателей снижения уровня смертности в разных странах, 1962-87 гг.: роль технического прогресса в отдельных странах (**Jamixon D.T., Sandbu M.**)

*Доклад 5:* Бедность и здравоохранение (**Wagstaff A.**)

*Доклад 6:* Психические заболевания и рынок труда в развивающихся странах (**Frank R.G.**)

*Доклад 7:* Здравоохранение, питание и экономическое процветание: микроэкономические перспективы (**Thomas D.**)

*Доклад 8:* Здравоохранение, человеческий капитал и экономический рост (**Bloom D.E., Canning D.**)

*Доклад 9:* Здравоохранение, долгожительство и сбережение жизненного цикла (**Bloom D.E., Canning D.**)

*Доклад 10:* Экономические последствия малярии (**Gallup J.L., Sachs J.D.**)

*Доклад 11:* Влияние принятия мер в области питания на ранних стадиях на формирование человеческого капитала. Институт питания Центральной Америки и Панамы (**INCAP**)

*Доклад 12:* Меры по лечению психических заболеваний (**Whiteford H., Teeson M., Scheurer R., Jamison D.**)

*Доклад 13:* Влияние эпидемии СПИДа на экономическое процветание африканских стран к югу от Сахары (**Wang J.**)

*Доклад 14:* Питание, здравоохранение и экономическое развитие: некоторые приоритеты в политике (**Bhargava A.**)

*Доклад 15:* СПИД и экономика (**Bloom D.E., Mahal A., Sevilla J., River Path Associates**)

### *Рабочая группа 2*

*Доклад 1:* Концептуальная основа для понимания глобальных и транс-национальных товаров для здравоохранения (**Sandler T., Arce D.**)

*Доклад 2:* Международное сотрудничество в исследованиях системы здравоохранения (**Lucas A.O.**)

*Доклад 3:* Нарастивание научного потенциала для улучшения здоровья населения: знания как глобальное общественное благо (**Freeman P., Miller M.**)

*Доклад 4:* Этика в международных исследованиях в здравоохранении: перспективы развивающегося мира (**Bhutta Z.A.**)

*Доклад 5:* Культура этического поведения в исследованиях: предложения по улучшению в международных исследованиях (**Lavery J.V.**)

*Доклад 6:* Роль интеллектуальной собственности и лицензирования в популяризации исследований в международном здравоохранении: перспективы государственной организации по биомедицинским исследованиям (**Keusch G.T., Nugent R.A.**)

*Доклад 7:* Государственная политика стимулирования разработки вакцин и лекарств для лечения запущенных заболеваний (**Kremer M.**)

*Доклад 8:* Закон о редких лекарствах в Европе и в США: стимулы для исследования и разработки лекарств для борьбы с болезнями, характерными для бедных слоев населения (**Milne C., Kaiten K., Ronchi E.**)

*Доклад 9:* Различия в ценообразовании на фармацевтические препараты: согласование доступа, НИОКР и интеллектуальной собственности (**Danzon P.**)

*Доклад 10:* Положение о патентах для заболеваний глобального масштаба (**Lanjouw J.O.**)

*Доклад 11:* Стимулирование прав на интеллектуальную собственность в сфере торговли (TRIPS) и НИР в фармацевтическом секторе (**Correa C.**)

*Доклад 12:* Патенты в геномике и основных исследованиях: вопросы глобального здравоохранения (**Barton J.**)

*Доклад 13:* Международное научное сотрудничество: выводы на основе прошлого опыта (**Barton J., Heumueller D.**)

*Доклад 14:* Эпидемиологические основы для контроля инфекционных заболеваний в отношении глобальных общественных ресурсов для здравоохранения (**Bradley D.**)

*Доклад 15:* Международное сотрудничество в борьбе с инфекционными заболеваниями (**St. John R., Plant A.**)

*Доклад 16:* Меры глобального характера в отношении растущей угрозы устойчивости к антимикробным препаратам (**Smith R.D., Coast J.**)

*Доклад 17:* Международное законодательство и меры глобального характера по контролю инфекционных заболеваний (**Fidler D.**)

*Доклад 18:* Глобальные потребности в информации для здравоохранения (**Musgrove P.**)

*Доклад 19:* Растущая роль международных организаций в поставках и финансировании глобальных общественных благ для здравоохранения (**Bumgarner R.**)

*Доклад 20:* Партнерство между государственным и частным сектором для развития НИОКР (**Kettler H., Towse A.**)

*Доклад 21:* Инновационное финансирование глобальных общественных благ для здравоохранения (**Stansfield S., Harper M., Lamb G., Lob-Levyt J.**)

*Рабочая группа 3*

*Доклад 1:* Мобилизация ресурсов для здравоохранения: дело по пересмотру сборов с потребителей (**Arhin-Tenkorang D.C.**)

*Доклад 2:* Медицинское страхование для неформального сектора в Африке: разработка, защита от рисков и мобилизация ресурсов (**Arhin-Tenkorang D.C.**)

*Доклад 3:* Инициатива по освобождению от уплаты долга и государственные затраты на здравоохранения в странах с большой задолженностью (**Gupta S., Clements B., Guin-Sui M.T., Leruth L.**)

*Доклад 4:* Влияние степени распределения риска в финансировании здравоохранения на достижения системы здравоохранения (**Carrin G., Zeramdini R., Musgrove P., Poullier J.-P., Valentine N., Xu K.**)

*Доклад 5:* Финансирование системы здравоохранения из доходной части (**Hensher M.**)

*Доклад 6:* Дефицит финансирования на цели здравоохранения на сумму два миллиона: финансирует ли общество решение вопроса? (**Hsiao W.C.**)

*Доклад 7:* Стратегическая основа в мобилизации внутренних ресурсов для здравоохранения (**Hsiao W.C.**)

*Доклад 8:* Стратегические вопросы в финансировании здравоохранения в странах с высоким и средним уровнем дохода (**Jamison D.**)

*Доклад 9:* Вовлечение общества в финансирование здравоохранения: влияние, сильные и слабые стороны: обзор литературы (**Jakab M., Krishnan C.**)

*Доклад 10:* Обеспечение социального равенства и финансовой защиты путем участия общества в финансировании: первые результаты на основе опроса пяти семей (**Jakab M., Preker A.S., Krishnan C., Schneider P., Diop F., Jutting J., Gumber A., Ranson K., Supakankutni S.**)

*Доклад 11:* Краткое описание финансирования здравоохранения в странах-членах ВОЗ (**Musgrove P., Zeramdini R.**)

*Доклад 12:* Обобщенный отчет о роли сообщества в мобилизации ресурсов и распределении риска (**Preker A.S., Carrin G., Dror D., Jakab M., Hsiao W., Arhin-Tenkorang D.**)

*Доклад 13:* Разрыв в глобальных затратах на обеспечение финансовой защиты и доступа к медицинским услугам для бедных слоев населения (**Preker A.S., Langenbrunner J., Suzuki E.**)

*Доклад 14:* Мобилизация внутренних ресурсов для здравоохранения посредством налогообложения: краткий обзор (**Tait A.A.**)

#### *Рабочая группа 4*

- Доклад 1:* Post-TRIP варианты доступа к патентованным медикаментам в развивающихся странах (**Scherer F.M., Watal J.**)
- Доклад 2:* Дифференцированное ценообразование на патентованные продукты (**Barton J.H.**)
- Доклад 3:* Потребление и торговля непатентованными медикаментами (**Bale H.**)
- Доклад 4:* Защита традиционной медицины (**Wilder R.**)
- Доклад 5:* Продажа медицинских услуг (**Chanda R.**)
- Доклад 6:* Глобализация и здравоохранение: обзор возможностей и рисков для бедных слоев населения в развивающихся странах (**Diaz-Bonilla E., Babinard J., Pinstруп-Andersen P.**)
- Доклад 7:* Либерализация продажи услуг по медицинскому страхованию: возможности и задачи в странах с низким и средним уровнем дохода населения (**Sbarbaro J.**)
- Доклад 8:* Роль информационных технологий в разработке продаж медицинских услуг (**Mathur A.**) (в стадии подготовки)
- Примечание 1:* Торговые барьеры и цены основных единиц сектора здравоохранения (**Woodward D.**)
- Примечание 2:* Глобализация и здравоохранение: основа для анализа и деятельности (**Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D.J.**)
- Примечание 3:* Борьба с табакокурением в эру либерализации торговли (**Bettcher D., Subramanian C., Guindon E., Perucic A.-M., Soll L., Grabman G., Jossens L., Taylor A.**)
- Примечание 4:* GATS и продажа услуг по медицинскому страхованию (**Lipson D.J.**)

#### *Рабочая группа 5*

- Доклад 1:* Борьба со смертностью в Индии (**Jha P, Nguyen S**)
- Доклад 2:* Основания для принятия мер для предотвращения инфекции ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода (**Jha P, Vaz L.M.E., Plummer F., Nagelkerke N., Willbond B., Ngugi E., Prasado Rao J.V.R., Moses S., John G., Nduati R., MacDonald K.S., Berkley S.**)
- Доклад 3:* Основание для принятия мер по лечению ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода (**Willbond B., Plummer F.A.**)
- Доклад 4:* Моделирование эпидемии ВИЧ/СПИДа в Индии и Ботсване: эффективность мер (**Nagelkerke N., Jha P., de Vlas S., Korenromp E., Moses S., Blanchard J., Plummer F.**)



*Доклад 5:* Материнская и младенческая смертность в странах с низким и средним уровнем дохода населения (**Gelband H.**)

*Доклад 6:* Основания для принятия мер по сокращению уровня смертности в результате малярии в странах с низким и средним уровнем дохода населения (**Meek S., Hill J., Webster J.**)

*Доклад 7:* Основания для принятия мер по сокращению уровня смертности в связи с курением в странах с низким или средним уровнем дохода населения (**Chaloupka F.J., Jha P., Corrao M.A., Costa e Silva V., Ross H., Czart C., Yach D.**)

*Доклад 8:* Основания для принятия мер по сокращению смертности в результате туберкулеза в странах с низким и средним уровнем дохода населения: эффективность, экономическая эффективность и препятствия для увеличения (**Borgdorff M.W., Floyd K., Broekmans J.F.**)

*Доклад 9:* Основания для принятия мер по сокращению смертности детей до 5 лет в странах с низким и средним уровнем дохода населения (**Gelband H., Stansfield S., Nemer L., Jha P.**)

*Доклад 10:* Основания для принятия мер по сокращению смертности с помощью вакцинации в странах с низким и средним уровнем дохода населения (**England S., Loevinsohn B., Melgaard B., Kou U., Jha P.**)

*Доклад 11:* Основания для принятия мер по улучшению питания детей до 5 лет и школьников в странах с низким и средним уровнем дохода (**Nemer L., Gelband H., Stansfield S., Jha P.**)

*Доклад 12:* Влияние потребления электроэнергии в быту и загрязнения воздуха в жилищах на состояние здоровья бедных слоев населения - руководство для разработки политики и принятия мер (**Von Schirnding Y., Bruce N., Smith K., Ballard-Tremer G., Ezzati M., Lvovsky K.**)

*Доклад 13:* Препятствия для усиления мер в здравоохранении: концептуальная основа и эмпирический анализ (**Hanson K., Ranson M.K., Oliveira Cruz V., Mills A.**)

*Доклад 14:* Меры, направленные на преодоление ограничений в системе здравоохранения на периферийном уровне: обзор материалов (**Olivera Cruz V., Hanson K., Mills A.**)

*Доклад 15:* Препятствия для усиления мер в здравоохранении: анализ проблемы в странах: Индия (**Rao Seshadri S.**)

*Доклад 16:* Препятствия для усиления мер в здравоохранении: анализ проблемы в странах: Танзания (**Munishi G.**)

- Доклад 17:* Препятствия для усиления мер в здравоохранении: анализ проблемы в странах: Чад (**Wyss K., Moto D.D., Callewaert B.**)
- Доклад 18:* Стоимость усиления основных мер в системе здравоохранения в странах с низким уровнем дохода и в некоторых странах со средним уровнем дохода населения: методология и прогнозы (**Kumaranayake L., Kurowski C., Conteh L.**)
- Доклад 19:* Изучение стоимости усиления мер в системе здравоохранения для бедных слоев населения в условиях Латинской Америки: итоговый отчет (**Bertozzi S., Zurita V., Cahuana L., Corcho A., Rely K., Aracena B.**)
- Доклад 20:* Косвенные прогнозы сокращения уровня смертности в странах с низким и средним уровнем дохода (**Nguyen S., Jha P., Yu S., Paccaud F.**)
- Доклад 21:* Примечание по влиянию на состояние здоровья состояния воды и оздоровительных мероприятий (**Vaz L.M.E., Jha P.**)
- Доклад 22:* Препятствия для усиления основных мер, включая улучшение качества управления и разработки политики (**Vergin H.**)
- Доклад 23:* Контроль ВИЧ/СПИДа в Индии - уроки Тамил Наду (**Ramasundaram S., Allaudin K., Charles B., Gopal K., Krishnamurthy P., Poornalingam R., Warren D.**)
- Доклад 24:* Предварительные прогнозы стоимости усиления мер по борьбе с ТБ, малярией и ВИЧ/СПИД в африканских странах к югу от Сахары (**Kumaranayake L., Conteh L., Kurowski C., Watts C.**)
- Доклад 25:* Основание для принятия мер по лечению СПИДа в странах с низким и средним уровнем дохода (**Willbond B., Thottingal P., Kimani J., Vaz L.M.E., Plummer F.**)

### *Рабочая группа 6*

- Доклад 1:* Содействие развитию здравоохранения: основные обязательства 1997-1999 (**Michaud C.**)
- Доклад 2:* Перспективы по улучшению системы здравоохранения в бедных странах: качественные оценки мнений и поведения в многосторонней организации (**Nelson J.**)
- Доклад 3:* Идеи работают лучше денег в реализации реформы - каким образом? Оценка эффективности содействия Швеции развитию здравоохранения во Вьетнаме (**Jerve A.M.**)
- Доклад 4:* Качественная оценка мнений и поведения в двусторонней организации: интервью со специалистами, не работающими в сфере здравоохранения (**Ojermark M.**)

*Доклад 5:* Глобальные инициативы в здравоохранении и программы по здравоохранению национального масштаба: обеспечение сочетаемости и взаимного признания (**Forsberg B.C.**)

*Доклад 6:* Структурные преобразования и здравоохранение: обзор дебатов, участников и представленных эмпирических данных (**Breman A., Shelton C.**)

*Доклад 7:* Исследование вклада Европейской комиссии в содействие развитию здравоохранения (**Daniels D.**)

*Доклад 8:* Обзор проектов, финансируемых извне, в контексте их интеграции в структуру здравоохранения в Карнатаке (**Narayan R.**)

*Доклад 9:* Примечания по содействию развитию здравоохранения и эффективности работы организации: интересы стран-реципиентов (**Issaka-Tinorgah A.**)

*Доклад 10:* Последние направления в организации помощи развитию здравоохранения (**ОЭСР**)

## *Приложение 2: АНАЛИЗ СТОИМОСТИ*

### УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБА ПРИОРИТЕТНЫХ МЕР В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА И НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДА<sup>1</sup>

#### ЦЕЛЬ

Целью данного приложения является представление краткого описания методологии и анализа предварительного расчета стоимости увеличения масштаба приоритетных мер в здравоохранении. Данный анализ основан на анализе стоимости, проведенном рабочей группой 5. Более подробное обсуждение методологии расчета затрат на комплекс приоритетных мер на уровне СТС представлен в основном отчете по стоимости<sup>2</sup>. В данном приложении два раздела. В первом разделе произведен анализ финансовых результатов на основе классификации стран по уровню дохода и по заболеваниям. Данный анализ учитывает общую стоимость затрат на здравоохранение, необходимых для достижения поставленных целей, количество внутренних ресурсов, мобилизация которых возможна для целей здравоохранения, и чистый финансовый дефицит. Во втором разделе проведен анализ на региональном уровне.

АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ  
КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ  
И КЛАССИФИКАЦИИ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ

*Анализ дополнительных издержек (Основной анализ для отчета РГ5): затраты на ряд приоритетных мер на уровне СТС ("ближе к клиенту")*

Анализ затрат оценивает стоимость увеличения масштаба мер в системе здравоохранения до 49 приоритетных (и 65 курсов лечения) на уровне

СТС в 83 бедных странах. Данные меры оцениваются как ключевые в создании основных условий для охраны здоровья бедных слоев населения (описаны в Таблице А2.А). Расширение этой деятельности базируется на достижении плановых уровней охвата на 2007 и 2015 гг. по отношению уровню охвата, существующему в 2002 г. Анализ дополнительных затрат сфокусирован на выбранных мероприятиях на уровне СТС и не включает всех услуг, необходимых для расширения всей местной системы здравоохранения. Анализ оценивает полную экономическую стоимость предоставления услуг. Затраты включают капитальные компоненты и соответствующие требования для дополнительного управления и институциональной поддержки, а также инвестиции в обучение нового персонала и расширение возможностей для предоставления услуг на более высоком уровне охвата.

Анализ стоимости был разработан для оценки дополнительных или *прифростных* ресурсов, которые потребуются для широкомасштабного расширения деятельности на базе существующих уровней предоставления услуг. Затраты на расширение деятельности представлены как дополнительные затраты к текущим уровням затрат на здравоохранение. Таким образом, оценка затрат отражает *дополнительные* затраты, необходимые помимо текущих структур затрат.

Стоимость расширения услуг будет варьироваться по странам в зависимости от степени и типа заболевания, а также от демографических и социально-экономических факторов. Соответственно, моделирование затрат на увеличение масштаба проводилось для каждого отдельного мероприятия в конкретной стране с учетом дополнительных затрат в период между мероприятиями. *Бедные страны* были определены как страны с пока-зателем ВВП на душу населения менее 1 200 долларов США (1999 г). С учетом широкого масштаба заболеваемости в африканских странах к югу от Сахары, все страны в этом регионе были включены в анализ независимо от их экономических показателей<sup>3</sup>.

Анализ затрат на расширение услуг был подготовлен по двум сценариям (см. сводный отчет рабочей группы 5) на основе уровня инвестиций и способности расширять услуги, отражая различные представления о временных рамках, инвестициях в производство и инфраструктуру и реально осуществляемые плановые показатели охвата, необходимые для достижения экономического эффекта в здравоохранении. Сценарий, представленный на 2007 г., предполагает увеличение показателей в контексте широкомасштабных инвестиций на периферийном

уровне и на уровне местных больниц, но этот подход ограничивает срок инвестиций до 5 лет. Комиссия использует этот сценарий как основу для своих рекомендаций. Сценарий 2015 г. предполагает увеличение показателей при условии широкомасштабных инвестиций сроком на 13 лет и высокие уровни охвата для всех мероприятий.

Специальная модель была использована для оценки стоимости осуществления мероприятий, необходимости новых инвестиций в обучение персонала и оборудование, необходимого управления и институциональной поддержки. Для получения данных о стоимости увеличения масштаба мер используются первичные демографические, поведенческие и эпидемиологические данные для определения численности соответствующих целевых групп, для которых разработаны профилактические и лечебные мероприятия, другими словами, нуждающегося населения. Во-вторых, были проведены оценки текущего уровня охвата для данных мероприятий. Были установлены целевые уровни охвата для данных мероприятий (см. таблицу 7 в тексте). В-третьих, данные по затратам, полученные по ряду мероприятий, были соотнесены с численностью нуждающегося населения для подготовки национальных прогнозов для каждой страны. Так как оценка затрат проводилась для каждой отдельной страны, для достижения сравнимости данных по затратам, компоненты затрат, не относящиеся к торговле, были скорректированы с учетом паритета покупательной способности. В условиях неопределенности относительно необходимости услуг и стоимости различных мероприятий, оценка проводилась с учетом наиболее низкого и наиболее высокого уровней показателей затрат. Затраты для инвестиций, необходимых на обучение и создание новых возможностей, были рассчитаны для нуждающегося населения для каждого сценария на основе периода участия персонала системы здравоохранения и использования стационарного или амбулаторного оборудования. Компонент “руководство и институциональная поддержка” включает административную функцию и функцию поддержки, мониторинг, контроль и институциональное укрепление на уровне СТС. Данные затраты также определялись с учетом численности группы нуждающегося населения.

Оценки дополнительных затрат представляют *среднегодовую* стоимость проведения этих мероприятий в постоянных долларах США 2002 г.<sup>4</sup> Данные прогнозов также были переведены в проектные бюджетные потоки на годовой основе.

**Таблица А2.1.** ГОДОВЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАТРАТЫ (в долларах США 2002 г.),  
КЛАССИФИКАЦИЯ КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ,  
ОСНОВАННАЯ НА УРОВНЕ ДОХОДА

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	26	46
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	19	33
Наименее развитые страны	8	15
Другие страны с низким доходом	11	18
Страны с доходом менее среднего	5	11
Страны с доходом более среднего	1	2
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	6	10
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	7	10
Наименее развитые страны	11	16
Другие страны с низким доходом	5	8
Страны с доходом менее среднего	4	7
Страны с доходом более среднего	26	44
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	0,7	0,9
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	1,3	1,6
Наименее развитые страны	3,4	4,5
Другие страны с низким доходом	0,9	1,1
Страны с доходом менее среднего	0,3	0,4
Страны с доходом более среднего	0,6	0,9

Оценка нуждающегося населения для определенного вида услуг в основном базируется на двух параметрах: численность населения и доля или преобладание условия или риска. Имеются в наличии текущие оценки и будущие прогнозы по численности нуждающегося населения. Однако информация по странам по текущему уровню заболеваемости или рисков ограничена. В результате значительной нехватки данных предполагается, что сфера действия или распространенность болезни или риска являются постоянными на данный период времени. Следовательно, данный подход игнорирует любые потенциальные изменения в распространенности или заболеваемости и любой эффект увеличе-



ния охвата медицинскими услугами на модели заболеваний. В то время, как это почти не повлияет на такие заболевания, как осложненные роды, для инфекционных заболеваний, в частности, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, такое развитие событий станет более серьезным ограничивающим фактором. Однако со временем может наблюдаться увеличение заболеваемости или распространенности этих заболеваний, и, соответственно, неясным остается направление тенденции, применимой к предположению на основе постоянной заболеваемости и распространенности.

Таблица А2.1 представляет прогноз дополнительных затрат для всех групп болезней и условий в долларах, цифрах на душу населения и процентах ВВП. Показатели на душу населения были рассчитаны на основе проектных прогнозов для населения на 2007 и 2015 гг.<sup>5</sup> Показатели ВВП были рассчитаны на основе предположения показателей годового роста ВВП на уровне 1-5 % на душу населения<sup>6</sup>. Средний расчет представлен от низкого до высокого уровней.

### *Анализ по заболеваниям*

Набор выбранных мер характеризуется типами болезней или условиями (см. Таблицу А2.А), но в действительности характер предоставления медицинских услуг показывает, что они пересекаются. Например, профилактика малярии у беременных женщин может быть включена либо в группу мер по профилактике малярии, либо в группу мер, относящихся к материнству. Последняя категория была определена исходя из характера механизма предоставления услуг. Анализ, представленный в Таблице А2.2, показывает разбивку дополнительных затрат в зависимости от типа заболевания.

В то время как существуют методы для отнесения затрат, связанных с бременем болезней, на отдельные заболевания или проблемы, практическое применение большинства программ для этих условий не может рассматриваться отдельно от всей системы здравоохранения. Для достижения широкого охвата этими ключевыми программами потребуются значительное укрепление и корректировка существующей системы здравоохранения, а также обеспечение положительного воздействия на непериприоритетные заболевания. Хотя проведение отдельного расчета для ключевых мер представляется теоретически возможным, в действительности осуществление программ должно рассматриваться, и расчеты должны осуществляться в контексте всей системы здравоохранения.

**Таблица А2.2.** ГОДОВЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАТРАТЫ (в долларах США 2002 г.) ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>		
<b>Все мероприятия</b>	26	46
Лечение туберкулеза	0,5	1
Профилактика малярии	2	3
Лечение малярии	0,5	1
Профилактика ВИЧ	6	8
Лечение ВИЧ	3	6
Лечение ВИЧ (HAART)	5	8
Детские болезни – лечение	4	11
Детские заболевания – иммунизация	1	1
Заболевания, связанные с материнством	4	5
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все мероприятия</b>	5,9	9,5
Лечение туберкулеза	0,1	0,2
Профилактика малярии	0,5	0,7
Лечение малярии	0,1	0,2
Профилактика ВИЧ	1,5	1,7
Лечение ВИЧ	0,6	1,3
Лечение ВИЧ (HAART)	1,2	1,7
Детские болезни – лечение	0,9	2,2
Детские заболевания – иммунизация	0,2	0,3
Заболевания, связанные с материнством	0,8	1,1
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все мероприятия</b>	0,71	0,88
Лечение туберкулеза	0,02	0,02
Профилактика малярии	0,06	0,07
Лечение малярии	0,01	0,02
Профилактика ВИЧ	0,18	0,16
Лечение ВИЧ	0,08	0,12
Лечение ВИЧ (HAART)	0,14	0,15
Детские болезни – лечение	0,10	0,21
Детские заболевания – иммунизация	0,03	0,02
Заболевания, связанные с материнством	0,10	0,11

*Примечание: меры по борьбе с курением включены, но предполагается, что они будут финансироваться из собственных средств*

Для отражения затрат на процесс расширения медицинских мер была проведена дальнейшая корректировка дополнительных затрат (Таблица А2.3). Данные дополнительные затраты были рассчитаны для систем здравоохранения по странам, так как проводить подобные кор-

**Таблица А2.3.** ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГОДОВЫЕ ЗАТРАТЫ, СКОРРЕКТИРОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОЦЕССА УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБА МЕР (в долларах США 2002 г.), КЛАССИФИКАЦИЯ КСР, ОСНОВАННАЯ НА УРОВНЕ ДОХОДОВ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	57	94
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	40	66
Наименее развитые страны	17	29
Другие страны с низким доходом	23	37
Страны с доходом менее среднего	14	24
Страны с доходом более среднего	3	4
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	13	20
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	14	21
Наименее развитые страны	22	32
Другие страны с низким доходом	12	17
Страны с доходом менее среднего	9	15
Страны с доходом более среднего	57	91
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	1,6	1,8
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	2,7	3,3
Наименее развитые страны	6,9	8,8
Другие страны с низким доходом	1,9	2,2
Страны с доходом менее среднего	0,7	0,8
Страны с доходом более среднего	1,3	1,8

ректировки по заболеваниям было бы неверно. Соответствующие таблицы представляют итоговые данные по всем мероприятиям.

### *Корректировки для отражения требований процесса увеличения масштаба мер*

Кроме стоимости увеличения масштаба мер на уровне СТС в ходе процесса потребуется ряд других форм поддержки для гарантии эффективности проведения мероприятий. Для отражения дополнительных расходов помимо дополнительных затрат на расширение выбранного ряда мероприятий было введено четыре корректировки.

Во-первых, исходя из общих дополнительных затрат для отражения необходимого вклада со стороны институтов выше уровня СТС (например, министерства здравоохранения) были определены расходы на менеджмент выше уровня СТС. Было подсчитано, что затраты на менеджмент выше уровня СТС будут составлять приблизительно 15 % от общей стоимости дополнительных затрат.

Во-вторых, предположительно потребуется дополнительно 15 % для улучшения способности поглощения увеличивающихся ресурсов, необходимых для увеличения масштаба мер, включая необходимые системы финансового мониторинга на региональном уровне и выше.

В-третьих, для затрат из Таблицы А2.1 предполагается, что существующие уровни охвата являются постоянными и адекватными. В действительности качество существующего охвата различно. Поэтому мы провели корректировку затрат для отражения того факта, что потребуются затраты для улучшения качества (например, гарантия достаточной поставки медикаментов) для текущих уровней охвата. Поэтому затраты, рассчитанные на 2002 г. для выбранного ряда мер, были умножены на фактор корректировки качества. Вариации данной корректировки составили от 10 до 25 % от затрат, рассчитанных на 2002 г., в зависимости от уровня дохода страны. В-четвертых, обычно уровень заработной платы в общественном секторе слишком низок, чтобы привлекать кадры и стимулировать хорошую работу, следствием этого являются высокая текучесть кадров (например, в частный сектор) и низкий уровень мотивации. Кроме того, в процессе увеличения масштаба мер потребуется привлечение дополнительного персонала в сектор здравоохранения. Для коррекции заработной платы до уровня, необходимого для привлечения и сохранения персонала, было заложено 100 % увеличение заработной платы для персонала. Данная корректировка заработной платы была проведена для всего сектора здравоохранения, а не только для тех сотрудников, привлечение которых будет необходимо для увеличения масштаба мер в пакете дополнительных затрат. Таблица А2.3 представляет расчеты корректировки в долларах США на душу населения и в процентах от ВВП.

### *Общие итоги по необходимым затратам на здравоохранение*

Для оценки общих затрат на здравоохранение были разграничены внутренние затраты на здравоохранение и донорские затраты в форме ОПР. Имелась информация о затратах ОПР на здравоохранение в период 1997-1999 гг., а средний показатель брался за 1998 г.<sup>7</sup> Предположительно

с 1998 по 2002 г. ОПР в секторе здравоохранения ежегодно увеличивалась на 5 %. Общие затраты на здравоохранение в 1999 г. были рассчитаны на основе общих затрат на здравоохранение в 1999 г. в качестве процентного показателя от ВВП<sup>8</sup>. Общий показатель внутренних ресурсов, потраченных в 1999 г. на цели здравоохранения, был рассчитан путем вычета компонента ОПР из общей суммы затрат на здравоохранение за 1999 г. Общая сумма затрат на здравоохранение в 2002 г. была рассчитана как сумма притоков ОПР в 2002 г. и внутренних ресурсов в 2002 г. Последний показатель был вычислен путем использования доли внутренних ресурсов в 1999 г. относительно ВВП в 1999 г. и умножением на показатель ВВП за 2002 г.

Общие затраты на здравоохранение, необходимые в 2007 и 2015 гг., были рассчитаны путем добавления общих затрат на здравоохранение за 2002 г. к затратам, скорректированным с учетом увеличения масштаба мер из Таблицы А2.3. В Таблице А2.4 представлены прогнозы для общих годовых затрат на здравоохранение, необходимых для достижения плановых показателей охвата на 2007 и 2015 гг.

### *Анализ чистого финансового дефицита для увеличения мобилизации внутренних ресурсов*

Чистый финансовый дефицит рассчитывается для затрат на увеличение масштаба приоритетных мер. В данном анализе предполагается однопроцентное увеличение затрат на здравоохранение относительно ВВП в результате увеличения мобилизации внутренних ресурсов в 2007 г. Предполагается, что к 2015 г. процентный показатель затрат на здравоохранение относительно ВВП увеличится на 2 %. Рассчитанный уровень мобилизации внутренних ресурсов приведен в Таблице А2.6. Данный анализ приведен для каждой страны, а затем подсчитаны итоговые результаты для каждой категории. Если собственные внутренние ресурсы страны больше общих затрат на здравоохранение, мы предполагаем, что финансовый дефицит равен нулю. Если собственные внутренние ресурсы страны меньше общих затрат на здравоохранение, финансовый дефицит является разницей между двумя категориями. После расчета финансового дефицита для каждой отдельной страны данные показатели группируются по категориям КСР в Таблице А2.6. При таком методе калькуляции показатели в Таблице А2.6 не равны показателям Таблицы А2.4 минус показатели в Таблице А2.5. Такое может произойти лишь в случае, если все страны в категории КСР имеют положительный показатель финансового дефицита.

**Таблица А2.4.** НЕОБХОДИМЫЕ ОБЩЕГОДОВЫЕ ЗАТРАТЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.  
КЛАССИФИКАЦИЯ КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ  
(в долларах США 2002 г.)

	Основные показатели 2002 г.	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО</b> (млрд долларов США)			
<b>Все страны</b>	106,1	162,8	200,3
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	53,3	93,5	119,3
Наименее развитые страны	8,5	25,3	37,2
Другие страны с низким доходом	44,8	68,2	82,1
Страны с доходом менее среднего	41,1	55,0	65,1
Страны с доходом более среднего	11,7	14,3	16,0
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ</b> (долларов США)			
<b>Все страны</b>	26	38	42
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	21	34	38
Наименее развитые страны	13	34	41
Другие страны с низким доходом	24	34	37
Страны с доходом менее среднего	28	36	40
Страны с доходом более среднего	266	315	339
<b>Процент ВВП</b>			
<b>Все страны</b>	3,7	4,5	3,9
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	4,4	6,3	5,9
Наименее развитые страны	4,3	10,4	11,4
Другие страны с низким доходом	4,4	5,5	4,9
Страны с доходом менее среднего	2,8	2,9	2,2
Страны с доходом более среднего	6,8	7,3	6,8

**Таблица А2.5.** МОБИЛИЗАЦИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ВНУТРЕННИХ РЕСУРСОВ (в долларах США 2002 г.). КЛАССИФИКАЦИЯ КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ

	Основные показатели 2002 г.	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	102,8	163,6	283,5
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	50,5	76,5	124,0
Наименее развитые страны	7,1	11,1	18,2
Другие страны с низким доходом	43,4	65,5	105,8
Страны с доходом менее среднего	40,6	71,9	138,7
Страны с доходом более среднего	11,7	15,2	20,7
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	25	38	59
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	20	28	40
Наименее развитые страны	11	15	20
Другие страны с низким доходом	23	32	47
Страны с доходом менее среднего	28	47	86
Страны с доходом более среднего	265	335	441
<b>Процент ВВП</b>			
<b>Все страны</b>	3,6	4,6	5,5
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	4,1	5,1	6,1
Наименее развитые страны	3,5	4,6	5,6
Другие страны с низким доходом	4,3	5,3	6,3
Страны с доходом менее среднего	2,8	3,8	4,7
Страны с доходом более среднего	6,8	7,8	8,8

*Примечание: В 2007 г предполагается 1 % увеличения доли внутренних ресурсов на здравоохранение от ВВП и в 2015 г - 2 % увеличение по сравнению с основными показателями 2002 г. Если это увеличение больше суммы, необходимой для увеличения масштаба мер, то считается, что страна мобилизует действительно необходимое количество ресурсов.*



**Таблица А2.6.** ГОДОВОЙ ЧИСТЫЙ ФИНАНСОВЫЙ ДЕФИЦИТ (в долларах США 2002 г.).  
КЛАССИФИКАЦИЯ КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО</b> (млрд долларов США)		
<b>Все страны</b>	22,1	30,7
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	20,5	28,4
Наименее развитые страны	14,3	20,8
Другие страны с низким доходом	6,2	7,5
Страны с доходом менее среднего	1,5	2,3
Страны с доходом более среднего	0,04	0
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ</b> (долларов США)		
<b>Все страны</b>	5	6
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	7	4
Наименее развитые страны	19	23
Другие страны с низким доходом	3	3
Страны с доходом менее среднего	1	1
Страны с доходом более среднего	1	0
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	0,6	0,6
Все страны с низким уровнем дохода (наименее развитые страны + другие страны с низким уровнем дохода)	1,4	1,4
Наименее развитые страны	5,9	6,4
Другие страны с низким доходом	0,5	0,4
Страны с доходом менее среднего	0,1	0,1
Страны с доходом более среднего	0,02	0
<i>Примечание: Данный анализ проведен для каждой отдельной страны, а затем показатели сведены воедино по группам стран, определенным Комитетом содействия развитию (КСР). Таким образом, для стран, чьи внутренние ресурсы больше требуемых затрат на здравоохранение, чистый финансовый дефицит предположительно равен нулю. Если необходимые затраты на здравоохранение больше внутренних ресурсов, разница считается показателем чистого финансового дефицита для страны. Таким образом, показатели в Таблице А2.6 не равны показателям таблицы А2.4 минус показатели Таблицы А2.5, т.к. не в каждой стране в категории КСР имеется позитивный показатель чистого финансового дефицита.</i>		

## АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ПО РЕГИОНАМ

В данном разделе представлены данные на основе региональной классификации. Таблица А2.С в приложении содержит классификацию стран по регионам. В Таблицах А2.7 и А2.8 показаны дополнительные затраты и затраты, скорректированные для увеличения масштаба мер по регионам. Таблица А2.8 содержит анализ мобилизации внутренних ресурсов аналогично сценарию в Таблице А2.4. Таблицы А2.9 и А2.10 показывают общие затраты на здравоохранение по регионам и чистый финансовый дефицит по регионам.

**Таблица А2.7.** ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ГОДОВЫЕ ЗАТРАТЫ (в долларах США 2002 г.) ПО РЕГИОНАМ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (мрд долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	26	46
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	10	18
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	2	3
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	6	11
Южная Азия	7	11
Восточная Европа и Центральная Азия	0,4	0,8
Латинская и Центральная Америка	0,4	0,8
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	6	10
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	14	21
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	26	46
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	3	5
Южная Азия	5	7
Восточная Европа и Центральная Азия	4	7
Латинская и Центральная Америка	9	16
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	0,7	0,9
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	4,0	5,5
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	0,8	1,2
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	0,3	0,3
Южная Азия	0,8	0,9
Восточная Европа и Центральная Азия	0,4	0,7
Латинская и Центральная Америка	0,9	1,3

**Таблица А2.8.** ГОДОВЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАТРАТЫ, СКОРРЕКТИРОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОЦЕССА УВЕЛИЧЕНИЯ МАСШТАБА МЕР (в долларах США 2002 г.) ПО РЕГИОНАМ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	57	94
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	20	35
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	4	7
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	15	25
Южная Азия	15	24
Восточная Европа и Центральная Азия	1	2
Латинская и Центральная Америка	1	2
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	13	20
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	28	41
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	56	91
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	8	13
Южная Азия	10	14
Восточная Европа и Центральная Азия	9	14
Латинская и Центральная Америка	21	33
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	1,6	1,8
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	8,1	10,7
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	1,7	2,5
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	0,7	0,8
Южная Азия	1,7	1,9
Восточная Европа и Центральная Азия	1,0	1,4
Латинская и Центральная Америка	2,0	2,8

**Таблица А2.9.** ОБЩАЯ СУММА ГОДОВЫХ ЗАТРАТ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
(в долларах США 2002 г.) ПО РЕГИОНАМ

	Основные показатели 2002 г.	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	106,1	162,8	200,3
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	8,3	28,6	43,7
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	12,6	16,4	19,5
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	42,3	57,4	67,1
Южная Азия	36,0	51,4	59,8
Восточная Европа и Центральная Азия	4,5	5,5	6,2
Латинская и Центральная Америка	2,5	3,4	4,1
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	26	38	42
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	13	40	50
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	192	237	259
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	24	31	34
Южная Азия	25	34	35
Восточная Европа и Центральная Азия	39	47	50
Латинская и Центральная Америка	60	76	82
<b>Процент ВВП</b>			
<b>Все страны</b>	3,7	4,5	3,9
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	3,9	11,4	13,2
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	6,4	7,3	7,0
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	2,7	2,8	2,1
Южная Азия	4,9	5,7	4,8
Восточная Европа и Центральная Азия	5,0	5,5	5,0
Латинская и Центральная Америка	6,3	7,4	6,9

**Таблица А2.10.** ГОДОВАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ РЕСУРСОВ  
(в долларах США 2002 г.) ПО РЕГИОНАМ

	Основные показатели 2002 г.	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	102,8	163,6	283,5
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	7,0	10,8	17,5
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	12,5	16,5	22,9
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	41,8	75,0	145,3
Южная Азия	34,9	52,3	84,8
Восточная Европа и Центральная Азия	4,4	5,9	8,4
Латинская и Центральная Америка	2,2	3,0	4,5
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>			
<b>Все страны</b>	25	38	59
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	11	15	20
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	191	238	305
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	24	40	74
Южная Азия	25	34	50
Восточная Европа и Центральная Азия	38	51	69
Латинская и Центральная Америка	53	68	89
<b>Процент ВВП</b>			
<b>Все страны</b>	3,6	4,6	5,5
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	3,3	4,3	5,3
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	6,3	7,3	8,2
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	2,6	3,6	4,6
Южная Азия	4,8	5,8	6,8
Восточная Европа и Центральная Азия	4,9	5,9	6,9
Латинская и Центральная Америка	5,6	6,6	7,6

**Таблица А2.11.** ГОДОВОЙ ЧИСТЫЙ ФИНАНСОВЫЙ ДЕФИЦИТ (в долларах США 2002 г.) ПО РЕГИОНАМ

	Средний прогноз на 2007 г.	Средний прогноз на 2015 г.
<b>ИТОГО (млрд долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	22,1	30,7
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	17,8	26,2
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	0,9	1,3
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	1,0	1,3
Южная Азия	1,7	1,4
Восточная Европа и Центральная Азия	0,2	0,2
Латинская и Центральная Америка	0,5	0,2
<b>НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (долларов США)</b>		
<b>Все страны</b>	5	6
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	25	30
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	12	17
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	1	1
Южная Азия	1	1
Восточная Европа и Центральная Азия	2	2
Латинская и Центральная Америка	12	5
<b>Процент ВВП</b>		
<b>Все страны</b>	0,6	0,6
Страны к югу от Сахары - низкий уровень дохода	7,1	7,9
Страны к югу от Сахары - средний уровень дохода	0,4	0,5
Восточная Азия и страны Тихоокеанского региона	0,05	0,04
Южная Азия	0,2	0,1
Восточная Европа и Центральная Азия	0,2	0,2
Латинская и Центральная Америка	1,1	0,4

*Примечание: Анализ был проведен по странам и затем данные суммировались по регионам. Таким образом, предполагалось, что для стран, у которых внутренние ресурсы были больше, чем требуемые затраты на здравоохранение, чистый финансовый дефицит равен нулю. Если необходимые затраты на здравоохранение превышают внутренние ресурсы, разница считается чистым финансовым дефицитом для страны. Таким образом, показатели в Таблице А2.1 не равны показателям Таблицы А2.9 минус показатели Таблицы А2.10, так как не все страны в регионе имеют положительный показатель чистого финансового дефицита.*

**Таблица А2.А.** ВЫБРАННЫЙ РЯД МЕРОПРИЯТИЙ

<b>Лечение туберкулеза</b>	Краткосрочное лечение под непосредственным наблюдением пациентов положительных по мазку Краткосрочное лечение под непосредственным наблюдением пациентов отрицательных по мазку
<b>Профилактика малярии</b>	Противомоскитные сетки, обработанные инсектицидами Обработка помещений аэрозолем
<b>Лечение малярии</b>	Лечение клинических эпизодов малярии
<b>Профилактика ВИЧ/СПИДа</b>	Мероприятия, направленные на молодежь Мероприятия, направленные на секс-работниц и их клиентов Социальный маркетинг и распространение презервативов Мероприятия на рабочих местах Улучшение системы переливания крови Добровольные консультирование и тестирование Профилактика передачи от матери к ребенку Кампании в средствах массовой информации Лечение ИППП
<b>Лечение ВИЧ/СПИДа</b>	Паллиативное лечение Клиническое ведение оппортунистических инфекций Профилактика оппортунистических инфекций Лечение на дому
<b>ВИЧ/СПИД НААРТ (ВААРП)</b>	Предоставление НААРТ (ВААРП)
<b>Мероприятия, относящиеся к лечению детских болезней</b>	Лечение различных состояний (ОРЗ, диарея, лихорадка, недостаточное питание, анемия)
<b>Мероприятия, относящиеся к детским болезням (иммунизация)</b>	Вакцинация (БЦЖ, полиовакцина, КДС, корь, гепатит В, Нib)
<b>Мероприятия, связанные с материнством</b>	Дородовой уход Лечение осложнений во время беременности Квалифицированное родовспоможение Срочная акушерская помощь Послеродовой уход (включая планирование семьи)

*Примечание: Не в каждой стране проводилось увеличение масштаба всех мероприятий. Стоимость для каждой страны включает увеличение масштаба только тех мероприятий, которые необходимы с эпидемиологической точки зрения. Например, меры по борьбе с малярией не включены в список в странах, в которых статистика заболеваемости малярией небольшая. Источник информации: Кумараяке А., Куровски С., Контех А. (2001). Стоимость увеличения масштаба приоритетных мер в здравоохранении в странах с низким уровнем дохода и в некоторых странах со средним уровнем дохода. Материалы для рабочей группы 5 - Улучшение состояния здоровья бедных слоев населения, Комиссия по макроэкономике и здоровью.*



**Таблица А2.В.** КЛАССИФИКАЦИЯ СТРАН ПО КАТЕГОРИЯМ КОМИТЕТА СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ<sup>1</sup>

Страна	Страна
<b>Наименее развитые страны</b>	Зимбабве
Ангола	Индия
Афганистан	Индонезия
Бангладеш	Камерун
Бенин	Кения
Буркина-Фасо	Киргизия
Бурунди	Кот-д'Ивуар
Бутан	Молдавия
Гаити	Монголия
Гамбия	Нигерия
Гвинея	Никарагуа
Гвинея-Бисау	Пакистан
Демократическая Республика Конго	Сенегал
Замбия	Таджикистан
Йемен	Туркмения
Камбоджа	Узбекистан
Коморские Острова	Украина
Лаос	<b>Страны с уровнем дохода менее среднего</b>
Лесото	Албания
Либерия	Боливия
Мавритания	Вануату
Мадагаскар	Гайана
Малави	Гондурас
Мали	Джибути
Мозамбик	Кабо-Верде
Мьянма	Китай (без Гонконга)
Непал	Куба
Нигер	Мальдивы
Руанда	Намибия
Сомали	Папуа-Новая Гвинея
Судан	Самоа
Сьерра-Леоне	Свазиленд
Танзания	Сирия
Того	Соломоновы Острова
Уганда	Филиппины
Центрально-Африканская Республика	Шри-Ланка
Чад	Экваториальная Гвинея
Эритрея	<b>Страны с уровнем дохода более среднего</b>
Эфиопия	Ботсвана
<b>Другие страны с низким уровнем дохода</b>	Габон
Азербайджан	Южно-Африканская Республика
Армения	
Вьетнам	
Гана	
Грузия	

1. Для стран, не включенных в данный список, расчеты не проводились.

---

**Таблица А2.С. РЕГИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТРАН**

---

**Страны к югу от Сахары\* - с низким уровнем дохода:**

Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Замбия, Зимбабве, Йемен, Камерун, Кения, Коморские Острова, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Нигер, Нигерия, Руанда, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, Центрально-Африканская Республика, Чад, Эритрея, Эфиопия

---

**Страны к югу от Сахары - со средним уровнем дохода:**

Ботсвана, Габон, Джибути, Кабо-Верде, Намибия, Свазиленд, Сирия, Экваториальная Гвинея, Южно-Африканская Республика

---

**Восточная Азия и Тихоокеанский регион:**

Вануату, Вьетнам, Индонезия, Камбоджа, Китай (без Гонконга и Макао), КНДР, Лаос, Монголия, Мьянма, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Соломоновы Острова, Филиппины

---

**Южная Азия:**

Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Мальдивы, Непал, Пакистан, Шри-Ланка

---

**Восточная Европа и Центральная Азия:**

Азербайджан, Албания, Армения, Грузия, Киргизия, Молдавия, Таджикистан, Туркмения, Узбекистан, Украина

---

**Латинская и Центральная Америка:**

Боливия, Гаити, Гайана, Гондурас, Куба, Никарагуа

---

\* К группе стран к югу от Сахары мы отнесли две ближневосточные страны - Сирию и Йемен.

## ПРИМЕЧАНИЯ

1. Подготовили Лилани Кумаранаяке, Кристоф Куровски и Лесонг Контех, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.
2. Кумаранаяке Л., Куровски К., Контех Л. (2001 г.) *Стоимость увеличения масштаба приоритетных мер в здравоохранении в странах с низким уровнем дохода и в некоторых странах со средним уровнем дохода*. Материалы для рабочей группы 5 - Улучшение состояния здоровья бедных слоев населения, Комиссия по макроэкономике и здоровью.
3. Данные цифры отражают прогнозируемые затраты на расширение сферы действия программ в национальном масштабе, подготовленные на основе критериев Комитета содействия развитию ОЭСР для классификации стран: наименее развитые страны, другие страны с низким уровнем дохода, страны с уровнем дохода менее среднего и страны с уровнем дохода более среднего. Критерии взяты из *Отчета о сотрудничестве в развитии ОЭСР* (Журнал Комитета содействия развитию) за 2000 г. При сравнении классификации стран с последним отчетом по международному развитию Международного банка наблюдается ряд различий т.к. отчет по международному развитию представляет разделение стран на страны с низким/средним/высоким уровнем дохода на основе показателей ВВП за 1999 г. Таким образом, мы пересмотрели классификацию Комитета содействия развитию за 1997 г. для отражения этих изменений. Список стран представлен в Таблице А2.В.
4. Для определения постоянных долларов США на основе цен 2002 г. был использован среднегодовой уровень инфляции 3,2 %.
5. Прогноз численности населения был взят из "*Международных прогнозов численности населения, 1998 г.*", опубликованных отделением ООН по социально-экономическим вопросам подразделения по вопросам популяций.
6. Данные ВВП взяты из "*Международного отчета по развитию 2000-2001 гг.*", опубликованного Международным банком. Следует обратить внимание, что показатели ВВП для КНДР отсутствуют. Для Китая показатель прироста ВВП на душу населения был взят на уровне 5 % в год. Для Бангладеш, Индии, Индонезии, Лаоса, Шри-Ланки и Вьетнама показатель годового прироста ВВП на душу населения был взят на уровне 3 %. Для Албании, Армении, Азербайджана, Боливии, Ботсваны, Камбоджи, Камеруна, Кабо-Верде, Конго, Кот-д'Ивуара, Кубы, Габона, Грузии, Ганы, Гайаны, Гондураса, Киргизии, Мальдив, Монголии, Непала, Самоа, Соломоновых островов, ЮАР, Сирии, Таджикистана, Туркменистана, Украины, Узбекистана и Вануату показатель годового прироста ВВП на душу населения был взят на уровне 2 %. Для остальных стран показатель годового прироста ВВП на душу населения был взят на уровне 1 %.
7. *Отчет Комитета содействия развитию*, опубликованный ОЭСР.
8. Данные взяты из *Отчета по международной системе здравоохранения за 2000 г.*, опубликованного ВОЗ.



## БИБЛИОГРАФИЯ

- Abel-Smith, B. and A. Leiserson. 1978. *Poverty, Development, and Health Policy*. Geneva: World Health Organization (Albany, N.Y.: Sold by WHO Publications Centre).
- Accelerated Access Initiative. См. [http://www.unaids.org/acc\\_access/index.html](http://www.unaids.org/acc_access/index.html)
- Anderson, J., M. Maclean, and C. Davies. 1996. *Malaria Research: An Audit of International Activity*. London: Wellcome Trust.
- Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited*, CMH Paper No. WG3: 6, 2000.
- Arhin-Tenkorang, D. and G. Buckle, 2001. "Cost of Scaling up Provision of Primary and Secondary Health Services in Ghana," не опубликовано.
- Attaran, A. and L. Gillespie-White. 2001. "Do Patents Constrain Access to AIDS Treatment in Poor Countries: Antiretroviral Drugs in Africa," *Journal of the American Medical Association*, 2001: 286.
- Barro, R. and X. Sala-I-Martin. 1995. *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Basch, P. F. 1999. *Textbook of International Health*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford University Press, New York.
- Becker, G., T. Philipson, and R. Soares. 2001. "Growth and Mortality in Less Developed Nations." Unpublished manuscript, University of Chicago.
- Bhargava, A., T. Dean, L. J. Jamison, and C. J. L. Murray. 2001. "A Longitudinal Analysis of Infant and Child Mortality Rates in Developing Countries," *Indian Economic Review* 32: 141-151.
- Bhargava, A., T. Dean, L. J. Jamison, and C. J. L. Murray. 2001. "Modeling the Effects of Health on Economic Growth," *Journal of Health Economics* 20 (2001) 423-440.
- Bloom, David E., D. Canning, and B. Graham. 2001. "Health, Longevity, and Life-Cycle Savings," CMH Working Group Paper No. WG1: 9, 2001.
- Culter, D. M. and E. Richardson. 1997. "Measuring the Health of the U.S. Population," *Brookings Papers: Microeconomics*, pp. 217-271.
- Curtis, C. F. 2001. "The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community," CMH Policy Memorandum. См. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Economist*. 2001. "The Worst Way to Lose Talent," *The Economist*, February 8.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness*. Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.
- Evans, D., A. Tandon, C. J. L. Murray, and J. A. Lauer. 2001. "Comparative Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis," *British Medical Journal* 323 (11 August 2001).
- Fang J. and Q. Xiong. 2001. "Financial Reform and Its Impact on Health Service in Poor Rural China," paper presented at the Conference on Financial Sector Reform in China, Harvard University, September 2001.
- Feachem, R. 2001. "Globalization: From Rhetoric to Evidence." Editorial in *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, September 2001.

- Fogel, R. W. 1991. "New Sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality and the Process of Aging." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series as Historical Factors and Long Run Growth*, No. 26.
- Fogel, R. W. 1997. "New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some Implications for Population Theory," in N. R. Rosenzweig and O. Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Vol. 1a. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 433-481.
- Fogel, R. W. 2000. *The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Gallup, J. L. and J. D. Sachs. 2001. "The Economic Burden of Malaria," *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene Special Supplement*, June.
- Gertler, P. and J. Gruber. 2001. "Insuring Consumption Against Illness." Появится в *American Economic Review*.
- Gupta, S., M. Verhoeven, and E. Tiongson. 2001. "Public Spending on Health Care and the Poor," IMF Working Paper No. 01/127.
- Gwatkin, D. 2000a. "Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap," in D. Leon and G. Walt, (eds), *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, pp. 217-246.
- Gwatkin, D. R. 2000b. "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1).
- Gwatkin, D. R., S. Rutstein, K. Johnson, R. P. Pande, and A. Wagstaff. 2001. "Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population" (a series of reports on 44 developing countries). Washington, DC: World Bank.
- Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira, and A. Mills. 2001. "Constraints to Scaling Up Health Interventions: A Conceptual Framework and Empirical Analysis," CMH Working Paper Series No. WG5: 13. См. <http://www.cid.harvard.edu>
- Henry, B., S. Pollock, B. Kawa, B. Yaffe, F. Jamieson, E. Rea, and M. Avendano. 2000. "Tuberculosis Outbreak in Tibetan Refugee Claimants in Canada," presented at the 5<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Union Against TB and Lung Disease, North American Region, Vancouver, February 2000. См. <http://www.hc-sg.gc.ca/hpb/lcdc/survInce/fetp>.
- Hensher, M. 2001. "Financing Health Systems Through Efficiency Gains," CMH Working Paper Series No. WG3: 5. См. <http://www.cid.harvard.edu>
- Hirschler, B. 2001. "RPT-Glaxo Gives Up Rights to AIDS Drugs in South Africa," Reuters, October 8.
- Huber, M. 1999. "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997," *Health Care Financing Review* 21(2).
- IFMPA, WHO/IFPMA Round Table Discussions (Доклад о дискуссиях за круглым столом), 3 ноября 1999, Второй круглый стол WHO-IGPMA Round Table, Штаб-квартира ВОЗ в Женеве. См. <http://www.ifpma.org>
- IMF. 2001a. "Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Status of Implementation," May 25. См. <http://www.imf.org/>
- IMF. 2001b. "Debt Relief for Poor Countries (HIPC): What Has Been Achieved," См. <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>

- IMF. 2001c. *A Manual of Government Finance Statistics*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- IMF, OECD, UN, The World Bank. 2000. *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A better World for All*. Washington, DC.
- Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH), info@ippph.org
- International Organization for Migration. 2001. *World Migration Report 2000*. Geneva: UN Publications.
- Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security. 2001. "Contraceptive Projections and the Donor Gap," Washington, DC: Interim Working Group (IWG) on Reproductive Health Commodity Security.
- Jones, T. 1990. "The Panama Canal: A Brief History." Cm. <http://www.ilovelanguages.com/Tyler/>
- Kiorber, B., M. Muldoon, J. Theiler, F. Gao, R. Gupta, A. Lapedes, B. H. Hahn, S. Wolinsky, and T. Bhattacharya. 2000. "Timing the Ancestor of the HIV-1 Pandemic Strains," *Science* 288: 1789-1796.
- Kremer, M. and T. Miguel. 1999. "The Educational Impact of De-Worming in Kenya," paper presented at the Northeast Universities Development Conference held at Harvard University on October 8<sup>th</sup> and 9<sup>th</sup>.
- Kremer, M. 2001. "Public Policies to Stimulate Development of Vaccines and Drugs for Neglected Diseases," CMH Paper No. WG2: 7, July.
- Kumaranyake L., C. Kurowski, and L. Conteh. 2001 *Costs of Scaling-up Priority Health Interventions in Low and Selected Middle Income Countries*. Cm. <http://www.cid.harvard.edu>
- Lanjouw, J. 2001. "A Patent Policy Proposal for Global Diseases," *Brookings Policy Brief*, June.
- Laver, G. and E. Garman. 2001. "The Origin and Control of Pandemic Influenza," *Science* 293 (7 September): 1776-1777.
- Lewis, P.D., R. Balazs, A. J. Patel, and T. C. Jordan. 1986. "Undernutrition and Brain Development," in F. Falkner and J. M. Tanner, (eds.). *Human Growth*, 2<sup>nd</sup> edition. New York: Plenum Press, pp. 415-473.
- Liu, Y. And W. Hsiao. 2001. "China's Poor and Poor Policy: The Case for Rural Health Insurance," presented at the Conference on Financial Sector Reform in China, Harvard University, 13 September.
- Machikano, T., W. McFarland, V. Mzezewa, S. Ray, S. Mbizvo, M. Basset, A. Latif, P. Mason, L. Gwanzura, L. Moses, C. Ley, and B. Brown. 1998. "Peer Education Reduces HIV Infection among Factory Workers in Harare, Zimbabwe." Abstract No. 15, 5<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois.
- Misra, R., R. Chatterjee, and S. Rao. 2001. "Changing the Indian Health System: Current Issues, Future Directions." не опубліковано.
- Murray, C. J. L. And A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease and Injury Series*. Vol. 1: *A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press.

- National Intelligence Council. 2000. "The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States," Washington, DC, January 2000.  
См. <http://www.cia.gov/>
- National Intelligence Council Report. 2000. "Global Trends 2015: A Dialogue with Non-Governmental Experts," December 2000. См. <http://www.cia.gov/>
- OECD. 2000. *Development Cooperation Report* (The DAC Journal). Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Philipson, T. and R. Soares. 2001. "Human Capital, Longevity, and Economic Growth: A Quantitative Assessment of Full Income Measures." Working Paper, Washington DC: World Bank.
- Pollitt, E. 1997. "Iron Deficiency and Educational Deficiency," *Nutritional Reviews* 55(4): 133-140.
- Pollitt, E. 2001. "The Developmental and Probabilistic Nature of the Functional Consequences of Iron-Deficiency Anemia in Children," *The Journal of Nutrition*. 131: 669S-675S.
- Preker, S. 1998. "The Introduction of Universal Access to Health Care in OECD: Lessons for Developing Countries," in S. S. Niayarumpong and A. Mills, (eds.). *Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health, Office of Health Care Reform.
- Preston, S. H. and M. R. Haines. 1991. *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*. Princeton, NJ.: Princeton University Press.
- Sachs, J. 2001. "The Strategic Significance of Global Inequality," *The Washington Quarterly*, Summer: 191.
- Sen, A. 1999. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Simms, C., M. Rowson, and S. Peattie. 2001. "The Bitterest Pill of All: The Collapse of Africa's Health Care System," London: Save the Children UK.
- Stanton, B. F., X. Li, J. Kahihuata, A. M. Fitzgerald, S. Neumbo, G. Kanduuombe, I. B. Ricardo, J. S. Galbraith, N. Terreri, I. Guevara, H. Shipena, J. Strijdom, R. Clemens, and R. F. Zimba. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-Reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study," *AIDS* 12: 2473-2480.
- State Failure Task Force. 1999. "State Failure Task Force Report: Phase II Findings," in the *Environmental Change and Security Project Report* of the Woodrow Wilson Center, Issue 5, Summer: 49-72.
- Strauss, J., and D. Thomas. 1998. "Health, Nutrition and Economic Development," *Journal of Economic Literature*. 36: 766-817.
- Swedish International Development Agency (SIDA). 2001. "Global Health Initiatives and Poverty Reduction: Guiding Principles for Maximum Country-Level Impact," 10 April.
- Thomas, D. and J. Strauss. 1997. "Health and Wages: Evidence on Men and Women in Urban Brazil," *Journal of Econometrics* 77: 159-185.
- Topel, R. and K. Murphy, 1997. "Unemployment and Nonemployment," *American Economic Review* 87 (May): 295-300.
- Tucker, J. 2001. *Scourge*. New York: Atlantic Monthly Press.



- United Nations. 2000. *We are the peoples: The Role of the United Nations in the Twenty-First Century*. The Millennium Report, 2000. New York: United Nations.
- United Nations Development Program. 1990. *Human Development Report, 1990: Concept and Measurement of Human Development*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- United Nations Development Program. 2001. *Human Development Report, 2001: Making Technology Work for Human Development*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- United Nations Department of Social and Economic Affairs, Population Division. 1998. *The World Population Prospects, 1998 Revision*. New York: UN Department of Social and Economic Affairs.
- Wagstaff, A. 2000. *Research on Equity, Poverty nad Health Outcomes: Lessons for the Developing World*. Washington, DC: Development Research Group and Human Development Network, The World Bank.
- Widdus, R. 2001. "Public-Private Partnerships for Health," *Bulletin of the World Health Organization* 79(8): 713-720.
- Wolfgang, M. 1997. *Prentice-Hall Encyclopedia of World Proverbs*. New York: Prentice Hall.
- WHO, UNICEF, UNAIDS, World Bank, UNESCO, and UNFPA. 2000. *Health, A Key to Prosperity: Success Stories in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization.
- World Bank Group. 2000. *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации 2001. "Global Immunization Challenges." См. <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>
- Глобальный форум по исследованиям в области здравоохранения. 1999. Доклад "The 10/90 Report on Health Research." Geneva: Global Forum for Health Research.
- Организованная ВОЗ Международная консультативная встреча по вопросам антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа , ВОЗ, Женева,, 22-23 мая 2001.
- "Преобразования в период перехода" доклад, встреча Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Брюссель, 12-13 июля 2001.
- Пятая рабочая группа Комиссии по макроэкономике и здоровью, "Глобальные общественные блага и здравоохранение: новые стратегии в 21 веке", сводный доклад. См. <http://www.cid.harvard.edu>
- Пятая рабочая группа Комиссии по макроэкономике и здоровью, 2001. "Мероприятия, препятствия и издержки улучшения здоровья бедных слоев населения", сводный доклад. См. <http://www.cid.harvard.edu>
- Семинар по выборочному ценообразованию и финансированию основных препаратов, организованный ВОЗ и ВТО 8-11 апреля 2001, Хосбьор, Норвегия.

## ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

База данных ЮСЭЙД

База данных ДМР

База данных он-лайн КГР

Данные, предоставленные АфБР, МАБР, ВБ, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ДМР, ЮСЭЙД

Данные по донорскому финансированию предоставлены АфБР, АБР, МАБР, ВБ, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ДМР, ЮСЭЙД, ОЭСР СВК базой данных для всех прочих двусторонних учреждений

## ПОЛИТИЧЕСКИЕ МЕМОРАНДУМЫ

Attaran, A. 2001. "Health as a Human Right," CMH Policy Memorandum No. 3.

См. <http://www.cid.harvard.edu>

Curtis, C. F. 2001 "The Mass Effect of Widespread Use of Insecticide-Treated Bednets in a Community," CMH Policy Memorandum No. 4

См. <http://www.cid.harvard.edu/>.

Jamison, D. and J. Wang. 2001. "Female Life Expectancy in a Panel of Countries, 1975-90," CMH Policy Memorandum. См. <http://www.cid.harvard.edu>.

## ГЛОССАРИЙ

**DALYs: Disability-Adjusted Life Years** - годы жизни, скорректированные на инвалидность - способ измерения тяжести бремени болезни для населения; выражается в потерянных годах жизни, скорректированных на вред, принесенный здоровью тех, кто продолжает жить, пораженный заболеванием. Целью введения такого “взвешенного” параметра является учет качества жизни и субъективных оценок, связанных с заболеванием и здоровьем, а также суждений населения об относительной важности различных аспектов заболеваемости.

**EPI: Expanded Program on Immunization** - расширенная программа иммунизации - программа, начатая ВОЗ в 1974 г. с целью проведения иммунизации среди детей всего мира против 6 заболеваний: дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори и туберкулеза.

**HIV/HiB: *Haemophilus influenzae B*** - частая причина бактериальных инфекций (например менингита, инфекций крови, пневмонии, артрита) у младенцев и детей младшего возраста.

**HRP: Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction** - Специальная программа по исследованиям, развитию и обучению специалистов в области репродукции человека. Программа является плодом совместных усилий ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного Банка и была основана ВОЗ в 1972 г. Программа продолжает свое существование в рамках отдела ВОЗ по репродуктивному здоровью и исследованиям.

**IFPMA: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations** - Международная федерация ассоциаций производителей фармацевтических товаров - некоммерческая неправительственная организация, членами которой являются региональные и национальные ассоциации, представляющие фармацевтические компании и других производителей препаратов, отпускаемых по рецепту врача. Целью Федерации является “решение вопросов, представляющих общий интерес (например, законодательство в области здравоохранения, наука, исследования) для улучшения здоровья и благосостояния народов мира; поддержка и продвижение этических принципов и практики в фармацевтической промышленности; предоставление знаний и сотрудничество с национальными и

международными, правительственными, неправительственными и другими организациями, преследующими те же цели; координация усилий с членами Федерации для решения поставленных задач”.

См. <http://www.ifpma.org>

**IMCI: Integrated Management of Childhood Illnesses - Комплексное ведение детских болезней** - стратегия, разработанная ВОЗ и ЮНИСЕФ. “ИМСИ - это комплексный подход к здоровью детей, основанный на внимании к благосостоянию ребенка в целом. ИМСИ ставит своей целью снижение смертности, заболеваемости и инвалидности, а также улучшения роста и развития детей моложе 5 лет. В стратегию входит как профилактический, так и лечебный компонент, реализуемые как семьями и сообществами, так и медицинскими работниками”. См. <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

**ITN: Insecticide-treated mosquito net** - см. ИМС (IBN).

**MMR** - вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи.

**MMV: Medicines for Malaria Venture - Лекарства в борьбе с малярией** - партнерство с участием государственных и частных компаний общественного здравоохранения, фармацевтической промышленности, министерств, научно-исследовательских институтов и фондов, организованное с целью разработки новых, эффективных и доступных противомалярийных препаратов.

**MRC: Medical Research Council - Совет по медицинским исследованиям** - исследовательская организация, расположенная в Великобритании, которая стремится “улучшить здоровье населения путем продвижения научных исследований во всех областях медицинских знаний. Поддержка медицинских исследований осуществляется тремя основными путями: на базе научно-исследовательских учреждений, путем выдачи грантов отдельным исследователям и предоставления поддержки аспирантам”. См. <http://www.mrc.ac.uk/>

**ОСР: Onchocerciasis Control Programme - Программа борьбы с онхоцеркозом** - программа ВОЗ по борьбе с онхоцеркозом (речной слепотой) в Западной Африке. См. <http://www.who.int/ocp/>

**OPV: Oral polio vaccine** - пероральная вакцина против полиомиелита.

**PPP: Public-private Partnership** - партнерство государственного и частного капитала.

**RIS: residual insect spray - аэрозольный инсектицид** - основной метод борьбы с комарами в жилищах путем применения аэрозольного инсектицида с эффектом последствия, наносимого на внутренние

поверхности стен и крыши или потолка. Идея состоит в том, что комары, садясь на обработанную инсектицидом поверхность и оставаясь там достаточно долго, получают летальную дозу.

**TDR: The Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases - Специальная программа по исследованиям и обучению в области тропических болезней** - независимая всемирная программа научного сотрудничества. Была образована ПРООН, ВБ и ВОЗ в 1957 г. для содействия координации, поддержке и способствованию всемирным усилиям по борьбе с десятью основными заболеваниями обездоленных и бедных.

**TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - торговые аспекты прав на интеллектуальную собственность** - частью последнего раунда (Уругвайский раунд) Генерального соглашения по тарифам и торговле (ГАТТ) в апреле 1994 г. стало подписание 123 странами Соглашения по торговым аспектам прав на интеллектуальную собственность. Данное соглашение стало попыткой устранить разрыв между тем, как защищаются “права на интеллектуальную собственность” (право авторов на предотвращение использования другими людьми своих изобретений, дизайна или прочих произведений) по всему миру. Соглашение TRIPS устанавливает также и единые международные правила. Согласно этому документу все подписавшиеся обязаны предоставлять 20-летний период патентной защиты всем новым и не очевидным изобретениям в области технологий, включая фармацевтическую продукцию. Выполнение резолюций соглашения возложено на Всемирную торговую организацию (ВТО).

**VPD: Vaccine preventable disease** - заболевание, которое можно предотвратить с использованием вакцинации.

**АБР: Азиатский банк развития (ADB: Asian Development Bank)** - многостороннее финансовое учреждение по вопросам развития, в состав которого входят 59 стран-участниц, ставит своей целью сокращение масштабов нищеты в Азии и Тихоокеанском регионе. См. <http://www.adb.org>

**АРТ: антиретровирусная терапия** - лечение антиретровирусными препаратами. Антиретровирусные препараты - это лекарственные препараты, предотвращающие репродукцию особого типа вируса, называемого ретровирусом. Эти препараты используются для лечения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа),

так как вызывающий его вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является ретровирусом. Антиретровирусные препараты не могут излечить ВИЧ-инфекцию, но способны свести к минимуму заболевания, вызванные вирусом, такие, как оппортунистические инфекции, в противном случае приведшие бы к летальному исходу.

**АФБР: Африканский банк развития (AfDB: African Development Bank)** - региональный многосторонний банк развития, участниками которого являются 77 стран; занимается вопросами содействия экономическому развитию и социальному прогрессу стран-участниц посредством выдачи ссуд и инвестиций в акции, предоставления технической помощи в подготовке и реализации проектов развития и программ, пропагандируя инвестиции частного и государственного капитала в целях развития и ответов на запросы о помощи в согласовании политики и планов развития стран-участниц. Банк также уделяет особое внимание национальным и международным проектам по развитию региональной интеграции. См. <http://www.afdb.org>

**Африканская сонная болезнь** - см. трипаносомоз.

**Болезнь Шагаса** - заболевание, вызываемое паразитом *Trypanosoma cruzi* Шагаса, переносимое насекомыми или клопами, известными как *triatomine* или *поцелуйные клопы*. Эти насекомые широко распространены в Центральной и Южной Америке, где они обитают в плохо обустроенных домах и постройках. Заболевание приводит к повреждению нервов, идущих к сердцу, пищеварительным и другим органам, и в конечном итоге приводит к повреждению этих органов. По всему миру болезнь Шагаса поражает более 15 млн человек и ежегодно приводит к смерти 50 000 человек. Ученые считают, что паразит, вызывающий это заболевание, встречается только на Американском континенте.

**Бремя болезней** - мера масштаба проблемы, стоящей перед здравоохранением в какой-либо области. Понимание масштабов бремени болезней может помочь в определении направления инвестиций в области здравоохранения.

**БЦЖ (BCG: Bacillus Calmette Guerin)** - особый штамм бактерии туберкулеза, использующийся как вакцина против туберкулеза.

**ВБ: Всемирный Банк (WB: The World Bank)** - финансовое учреждение, решающее вопросы развития. Его членами являются 183 страны. Всемирный Банк - один из крупнейших источников финансирования развития, предоставивший в 2001 г. кредиты на сумму 17,3 млрд долларов США. См. <http://www.worldbank.org>

**Векторный контроль** - устранение или сдерживание организмов (например, насекомых), являющихся переносчиками возбудителя (например, бактерии или вируса) заболевания от одного организма к другому.

**Вертикальный подход** - подход к определенному заболеванию по категориям.

**ВИЧ/СПИД: вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита.** Выделенным и распознаваемым этиологическим возбудителем СПИДа (т.е. вызывающим или участвующим в возникновении заболевания) является ретровирус. Наиболее тяжелым проявлением вызываемой ВИЧ инфекции, является СПИД. У лиц, пораженных СПИДом, часто встречаются инфекции легких, мозга, глаз и других органов, они часто страдают от потери веса, диареи и онкологического заболевания, называемого саркома Капоши.

**ВНП : валовой национальный продукт** - стоимость произведенных за год товаров и услуг. Величину ВНП можно рассчитать, сложив средства, потраченные на производство товаров и услуг внутри страны, или обобщив доход граждан страны, включая доход от средств производства, использованных за рубежом.

**ВОЗ: Всемирная организация здравоохранения (WHO: The World Health Organization)**- специализированное учреждение ООН, занимающееся вопросами здравоохранения в 191 стране-участнице. ВОЗ предоставляет техническое сотрудничество развитию здравоохранения, осуществляет программы по борьбе и искоренению заболеваний и стремится улучшить качество жизни людей.

**ВТО: Всемирная торговая организация (WTO: The World Trade Organization)** - “единственная международная организация, устанавливающая правила торговли между странами. Ее основной функцией является обеспечение беспрепятственного, предсказуемого и свободного течения торговли настолько, насколько это возможно”. См. <http://www.wto.org>

**ГАТТ: Общее соглашение по тарифам и торговле (ГАТТ: General Agreement on Tariffs and Trade)** - предшественник ВТО, ГАТТ появилось на временной основе после Второй мировой войны вместе с образованием новых многосторонних учреждений, занимающихся вопросами международного экономического сотрудничества - Бреттон-Вудских учреждений, теперь известных как ВБ и МВФ. Служило основой многосторонней торговой системы с 1947 г. до 1 января 1995 г., когда была создана ВТО.

**ГепВ: Гепатит В** - гепатит является “воспалением печени”, вызываемым многими причинами, такими, как вирусы, бактериальная инфекция, травма, побочная реакция на прием лекарственных препаратов или алкоголизм. Гепатит В передается главным образом через кровь, при половых контактах, через загрязненные иглы и от инфицированной матери к плоду во время родов.

**ГОБ: глобальные общественные блага** - блага, принадлежащие народу (когда нет соперничества в их потреблении и все могут получать пользу от их использования) более одной группы стран или географического региона.

**Группы по признакам вероисповедания (Faith-based groups)** - организации, предоставляющие помощь согласно положению о добровольном выборе Согласительного акта по предоставлению возможности трудоустройства и личной ответственности 1996 г., в соответствии с которым федеральные власти США не могут препятствовать религиозным воззрениям любой организации, предлагающей помощь в виде пособия. Согласно закону эти религиозные организации сохраняют свою независимость от властей на любом уровне. Например, закон позволяет религиозным группам проводить дискриминацию по религиозным признакам.

**ГСВИ: Глобальный союз по вакцинам и иммунизации (GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization)** - союз, включающий многосторонние организации, двусторонние учреждения, банки развития, фонды, фармацевтические компании, неправительственные организации и правительственные программы в области здравоохранения, сформировался в 1999 г. для “привлечения внимания к проблеме и увеличения поддержки иммунизации”.  
См. <http://vaccinealliance.org>

**ГФИЗ: Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения (GHRF: Global Health Research Fund)** - новый фонд для исследований в области здравоохранения, поддерживаемый Комиссией по макроэкономике и здоровью. Является одним из основных каналов, рекомендованных Комиссией для увеличения исследований, связанных со здравоохранением, и развития, с отчислениями около 1,5 млрд долларов США в год. Данный фонд будет поддерживать теоретические и практические исследования по вопросам здравоохранения, актуальным в бедных странах, и по системам здравоохранения и политике, необходимым для решения стоящих проблем. Основной целью ГФИЗ является построение долгосроч-



ного исследовательского потенциала в самих развивающихся странах путем предоставления финансирования исследовательским группам в странах с низким доходом.

**ГФСТМ: Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria)** - фонд, созданный после Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа, состоявшейся в июне 2001 г. Фонд будет “служить средством мобилизации, управления и распределения имеющихся и дополнительных ресурсов для решения задач, поставленных тяжелыми эпидемиями ТБ и малярии и серьезной угрозой ВИЧ/СПИДа”.

**ГЭС: Глобальная экологическая служба (GEF: Global Environmental Facility)** - служба появилась в 1991 г. для “укрепления международного сотрудничества и финансовых действий в деле устранения трех основных угроз глобальной экологии: потери биоразнообразия, изменений климата, деградации международных вод и истощения озонового слоя”. См. <http://www.gefweb.org>

**Двустороннее учреждение** - правительственная организация в развитой стране, работающая напрямую с организациями в развивающихся странах, обычно предоставляя помощь в таких областях, как здравоохранение и образование. Примерами двусторонних учреждений являются: Агентство США по международному развитию (USAID); Департамент международного развития (DFID), Великобритания; Шведское международное агентство по содействию развитию (SIDA) и Канадское агентство по международному развитию (CIDA).

**Демографический переход** - теория, которая связывает изменения в народонаселении с уровнем экономического развития, когда происходит переход от одного состояния, характеризующегося высоким уровнем рождаемости и смертности, к другому, с низким уровнем рождаемости и смертности в ответ на улучшение жизненного уровня. На средних стадиях перехода, когда показатели смертности низки, а показатели рождаемости остаются высокими, может наблюдаться увеличение численности населения на протяжении 10 и более лет.

**Дифференцированная цена** - продажа одного и того же товара различным покупателям по различным ценам.

**ДКТ: добровольное консультирование и тестирование.**

**ДМР: Департамент международного развития (DFID: Department for International Development), Великобритания -**

департамент британского правительства, ответственный за “продвижение развития и сокращение масштабов нищеты. В центре внимания департамента стоит выполнение согласованной задачи сокращения числа людей, живущих в крайней нищете, к 2015 г. Дополнительные цели включают обеспечение населения основным набором медицинских услуг и предоставление повсеместного доступа к начальному образованию к той же дате.” См. <http://www.dfid.gov.uk/>

**ДРН: дородовое наблюдение** - медицинское наблюдение от момента зачатия до родов. То же самое, что и пренатальное наблюдение.

**ДСНА: другие страны с низким доходом** - страны, помимо США, с ВВП на душу населения менее 765 долларов США по состоянию на 1995 г., указанные КСР в Перечне стран-получателей помощи, действовавшем в 1997-1999 гг.

**Закон о редких лекарствах (Orphan drug law)** - orphan drugs (“лекарства-сироты”) - это препараты, разрабатываемые согласно Закону о редких лекарственных препаратах США (1983) для лечения заболеваний, поражающих в США менее 200 000 человек. Закон о редких лекарствах предлагает освобождение от уплаты налогов и 7-летнюю монополию на продажу лекарственных препаратов с тем, чтобы стимулировать разработку и выпуск таких лекарств, что при иных условиях было бы невозможно в связи с ограниченным рынком сбыта.

**Здоровые годы жизни** - годы жизни человека без болезней.

**ИМС: противомоскитные сетки, обработанные инсектицидами (IBN: Insecticide-impregnated bednets).** Исследования показали, что в эндемичных для малярии районах регулярное использование обработанных инсектицидами противомоскитных сеток может способствовать сокращению детской смертности на 20 и более %. Частоту тяжелых заболеваний можно снизить более чем вдвое.

**Инициатива НИРС (The Heavily Indebted Poor Countries Initiative) - инициатива по бедным странам с тяжелым бременем долга** - описывается ВБ как программа Банка, целью которой является приведение бремени долга стран к разумным масштабам при удовлетворительной политической ситуации, чтобы переход и реформы не ставились под угрозу растущими размерами долга и платежей по его обслуживанию. Инициатива включает подписанное основными кредиторами соглашения о помощи странам с большим долгом в получении послаблений в его оплате.

**ИИВ: Инициатива по исследованиям в области вакцин (IVR:**

**Initiative for Vaccine Research)** - инициатива ВОЗ/ЮНЭЙДС, разработанная с целью объединения усилий в области исследования вакцин в рамках ВОЗ и ЮНЭЙДС для упорядочения этой деятельности, усиления взаимодействия и фокусирования направленности работы. Целью инициативы является руководство, обеспечение и ускорение развития, клинической оценки и повсеместного доступа к безопасным, эффективным и доступным вакцинам против инфекционных болезней, имеющих значение для общественного здравоохранения, особенно в развивающихся странах.

**ИППП: инфекции, передающиеся половым путем** - инфекции, передающиеся от одного лица другому при половом контакте.

Этот процесс может включать, но не ограничен половым актом. В некоторых случаях для передачи инфекции достаточно тесного контакта кожных покровов. К ИППП относятся ВИЧ, хламидиоз, гонорея, трихомоноз, вирус папилломы человека, вирус герпеса.

**ИСБ: исследование стоимости болезни (COI: Cost of illness, study)**

- исследование, в ходе которого составляется перечень вопросов, определяется стоимость и суммируются расходы на решение какой-то проблемы здравоохранения с целью получения представления об объеме экономических затрат.

**КГМИС: Консультационная группа по международным исследованиям в сельском хозяйстве (CGIAR: Consultative Group on International Agricultural Research)**

- ассоциация, поддерживающая исследования в области сельского хозяйства и другие мероприятия по производству международных общественных благ. Включает 16 независимых исследовательских центров и спонсируется Всемирным Банком, ФАО и ПРООН. См. <http://www.cgiar.org>

**КДС (DPT)** - комбинированная вакцина для защиты против дифтерии, коклюша и столбняка. Во многих развивающихся странах курс полной вакцинации предусматривает введение трех доз вакцины. Часто эти дозы обозначают, как DPT1, DPT2 и DPT3.**КСР: Комитет по содействию развитию ОЭСР (DAC: Development Assistance Committee)**

- основной орган, посредством которого ОЭСР занимается решением вопросов сотрудничества с развивающимися странами. КСР “рассматривает, как сотрудничество в области международного развития вносит вклад в создание возможности для развивающихся стран участвовать в глобальной экономике, содействует в преодолении нищеты и создает условия для полноправного участия в жизни общества”.

**Лейшманиоз** - термином “лейшманиоз” описывают различные болезни, вызываемые протозойными организмами (простейшими одноклеточными). Переносчиками типов простейших, вызывающих лейшманиоз, являются песчаные москиты. Течение болезни зависит от типа простейших, а также от типа иммунного ответа на инфекцию. Всего в мире лейшманиозом болеют около 20 млн человек.

**Лепра** - хроническое заболевание, вызываемое кислотоустойчивыми бактериями рода *Mycobacterium (M.leprae)*. Характеризуется формированием узелков на поверхности тела, особенно на лице, или появлением туберкулиновых пятен на коже, что сопровождается потерей чувствительности. Если болезнь не лечить, развивается поражение нервов, переходящее в неминутый паралич, распад мышечной ткани, деформации и уродства. В 2000 г. в мире было зарегистрировано 680 тыс. подтвержденных и 1,6 млн предполагаемых случаев болезни.

**Лечение DOTS: Directly Observed Treatment, Short-Course** - стратегия, используемая при лечении ТБ, когда медицинские работники непосредственно наблюдают за приемом лекарств пациентами. Целью курса является проведение лечения под непосредственным наблюдением медработника на протяжении не менее первых двух месяцев. Это делается для того, чтобы препараты принимались в требуемом сочетании и дозах, что является попыткой предотвращения распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Ожидается, что данная стратегия поможет предотвратить 80 % случаев гибели от туберкулеза по всему миру.

**Лимфатический филяриоз** - также известен как *слоновья болезнь*. См. филяриоз.

**Ловушка нищеты** - непрекращающаяся бедность.

**МАБР: Межамериканский банк развития (IADB: Inter-American Development Bank)** - региональное многостороннее учреждение развития, членами которого являются 46 стран. МАБР был основан в декабре 1959 г., чтобы “способствовать ускорению экономического и социального развития в Латинской Америке и странах Карибского бассейна”. См. <http://www.idb.org>

**Малярия** - тропическое паразитическое заболевание, уносящее больше жизней, чем любая другая инфекция за исключением туберкулеза. Малярия передается при укусе комара рода *Anopheles*; при быстром выявлении это заболевание можно вылечить. К симптомам малярии относятся лихорадка, сильный озноб, увеличение селезенки, повторяющаяся рвота, анемия и желтуха.

**МАР: Международная ассоциация развития (IDA: International**

**Development Association)** - часть Всемирного Банка, предоставляющая кредиты со значительной концессией, а также долгосрочные займы под нулевой процент и с низкой административной платой наиболее бедным развивающимся странам. Своей задачей IDA ставит “поддержку эффективных и действенных программ по сокращению уровня бедности и улучшению качества жизни беднейших стран-участниц”. См. <http://www.worldbank.org/ida/>

**МБРР: Международный банк реконструкции и развития**

**(IBRD: International Bank for Reconstruction and Development)** - учреждение Всемирного Банка, предоставляющее кредиты и помощь развитию странам со средним доходом и более бедным платежеспособным странам. См. <http://www.worldbank.org/ibrd/>

**Многостороннее учреждение** - учреждение, в состав которого входят более двух стран или организаций. К многосторонним кредитным учреждениям относятся Всемирный Банк, Международный валютный фонд и Межамериканский банк развития.

**НИБ: неинфекционные болезни** - заболевания, которые не передаются от человека к человеку (например, астма).

**НИЗ: Национальные институты здравоохранения (NIH: National**

**Institutes of Health)** - одно из шести учреждений службы общественного здравоохранения Министерства здравоохранения и социальных служб США. Проводит и поддерживает научные исследования, обучает специалистов и распространяет медицинскую информацию. См. <http://www.nih.gov>

**НИР: научно-исследовательские разработки (работы).**

**НКМЗ: Национальная комиссия по макроэкономике и здравоо-**

**хранению (NCMH: National Commission on Macroeconomics and Health)** - временная официальная группа внутри развивающейся страны, отвечающая за организацию и стоящая во главе решения задачи расширения масштаба медицинских мероприятий, рекомендованных Комиссией по макроэкономике и здоровью. НКМЗ или ее эквивалент будет работать под совместным председательством министров здравоохранения и финансов, а в ее состав войдут представители гражданского общества. Группа будет оценивать основные направления развития здравоохранения, разрабатывать долгосрочный план расширения охвата населения основными медицинскими услугами, рассматривать взаимодействие с другими секторами, имеющими отношение к здравоохранению, и обеспечивать привязку

проводимых программ к рамкам разумной макроэкономической политики. План мероприятий в значительной степени будет опираться на международную систему предоставления помощи. Национальная комиссия совместно с ВОЗ и ВБ будет участвовать в сборе эпидемиологических данных, определении текущих целей и составлении среднесрочного финансового плана.

**НПО: неправительственные организации** - частные некоммерческие организации, осуществляющие свою деятельность в целях облегчения страданий людей, защиты интересов бедных слоев населения, охраны окружающей среды, обеспечения основных социальных услуг или участвующие в развитии сообществ. Неправительственные организации часто отличаются от иных учреждений, так как стремятся организовать свою деятельность независимо от государства, ориентированы на общие ценности и руководствуются принципами альтруизма и добровольного участия.

**НРС: наименее развитые страны** - в 1997 г. в Перечень получателей помощи ООН и КСР как “наименее развитые страны” входили 48 государств. Каждые три года Экономический и социальный совет ООН пересматривает этот список. Чтобы оказаться в списке НРС страна должна соответствовать трем критериям: иметь низкий доход, измеряемый посредством валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения (в 2001 г. ВВП на душу населения должен был составлять менее 800 долларов США); слабые человеческие ресурсы, измеряемые сложным коэффициентом (коэффициент приращения физического качества жизни), основанным на оценке продолжительности жизни при рождении, потреблении калорий на душу населения, численности учащихся в начальных и средних школах, грамотности среди взрослого населения; и низким уровне экономической диверсификации, измеряемым сложным коэффициентом (коэффициент экономической диверсификации), основанном на оценке доли производства в ВВП, доли рабочей силы, задействованной в промышленности, годовом коммерческом потреблении электроэнергии на душу населения и индексе концентрации экспорта товаров Конференции ООН по торговле и развитию.

**Нуждающееся население** - население, на которое нацелена программа профилактики заболеваний или медицинских мероприятий.

**Общественные блага** - обладают свойствами принадлежать всем без исключения и предоставляться не на конкурентной основе. *Всем без исключения* означает, что прямая и/или косвенная польза не может

быть удержана для отдельных лиц и групп путем требования платы или назначения цены. Например, элиминация оспы пошла на пользу всему мировому сообществу, и нельзя запретить пользоваться этим благом, введя некую плату. *Не на конкурентной основе* означает, что потребление товаров или услуг отдельным лицом, группой лиц или страной не уменьшит для других пользы от потребления тех же товаров и услуг.

**Обязательное лицензирование** - обязательное лицензирование является положением соглашения TRIPS, которое может использоваться развивающимися странами для получения доступа к патентованным препаратам. Оно дает полномочия и предоставляет условия, согласно которым третья сторона может производить, использовать или продавать патентованное изобретение без получения согласия владельца патента.

**ОИ: оппортунистические инфекции** - некоторые заболевания, которые могут поражать лиц больных СПИДом и представляющие угрозу для жизни. Люди со здоровой иммунной системой обычно не болеют этими болезнями, хотя большинство имеет в своем организме возбудителей, их вызывающих. В случае ослабления организма, возбудитель может “воспользоваться” этим и вызвать заболевание.

**Онхоцеркоз** - онхоцеркоз также известен под названием *речная слепота* и является одной из форм филяриоза (см. Филяриоз).

**ООН: Организация Объединенных Наций (UN: United Nations)** - международная организация, созданная в 1945 г. в целях сохранения мира, разрешения международных проблем и защиты прав человека посредством развития международного сотрудничества и коллективной безопасности. См. <http://www.un.org>

**ОПР: официальная помощь развитию (ODA: Official Development Assistance)** - помощь развитию, из которой не менее 25 % предоставляется в виде грантов или их эквивалентов. Основной целью должно стать продвижение экономического развития или предоставление пособий. Согласно решениям КСР, такая помощь предоставляется развивающимся странам.

**ОПФ: показатель фертильности (общий) (TFR: Fertility rate (total))** - среднее количество детей, которое женщина имеет за всю жизнь. Общий показатель фертильности в развивающихся странах лежит в пределах от 2 до 7; в промышленных странах - обычно менее двух.

**ОРИ: острые респираторные инфекции.**



**Основные препараты** - основные препараты/средства удовлетворяют потребности большинства населения; следовательно, должны быть доступны в любое время в достаточном количестве, удобной дозовой расфасовке и отпускаться по доступной цене. Многие такие препараты/средства слишком дороги для жителей развивающихся стран. Так как производители прекратили выпускать свою продукцию в связи с недостаточной рентабельностью, иные способы лечения, которое могло бы спасти жизнь, отсутствуют.

**ОЭСР: Организация по экономическому сотрудничеству и развитию (OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development)** - международная организация в состав которой входят в основном страны с высоким доходом. ОЭСР помогает правительствам решать экономические, социальные и административные вопросы, связанные с глобализацией экономики.

**Пероральная регидратационная терапия** - лечение диареи, при котором пациенту перорально дается раствор солей и глюкозы с целью восполнения потерь жидкости, связанных с диареей.

**ПЖР: продолжительность жизни при рождении** - ожидаемое среднее число лет, которое могут прожить новорожденные при существующем уровне здравоохранения. Данный показатель отражает экологическую обстановку в стране, состояние здоровья населения, качество медицинской помощи и условия жизни.

**Плата пользователя** - платежи, осуществляемые из собственных средств получателями медицинских услуг в момент обращения.

**ПМС: показатель младенческой смертности** - число младенцев на 1000 родившихся в данный год, не доживших до 1 года. В общем случае, чем ниже показатель, тем выше уровень здравоохранения в стране.

**Показатель материнской смертности** - показатель материнской смертности отражает количество смертей среди матерей на 100 000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет).

**Показатель перинатальной смертности** - количество внутриутробных смертей плода на сроках беременности свыше 28 недель плюс число смертей на первой неделе жизни, отнесенное к общему числу родившихся. Обычно показатель относится к одному году.

**ППС: паритет покупательной способности с корректировкой на доллары США (PPP\$US: Purchasing Power Parity (adjusted dollars))** - метод измерения относительной покупательной способности валют различных стран на примере одних и тех же товаров и услуг.



В связи с тем, что товары и услуги в одной стране могут стоить больше, чем в другой, РРР позволяет делать более точные сравнения между условиями жизни в различных странах. При таком методе оценки используется сравнение цен на схожие товары, но так как не все товары имеют точный аналог и произведены в одно время, эти оценки не всегда оказываются состоятельными.

**ПРЗ: помощь развитию в области здравоохранения**

**(ДАН: Development Assistance to Health)** - финансовая помощь, предоставляемая развивающимся странам для поддержки мероприятий в области здравоохранения.

**ПРООН: Программа развития ООН (UNDP:**

**United Nations Development Program)** - основная программа ООН, предоставляющая консультационную помощь по вопросам развития, поддержку и гранты. См. <http://www.undp.org>

**ПС: показатель смертности** - показатель смертности на душу

населения в популяции (см. также ПМС, показатель материнской смертности и показатель перинатальной смертности).

**СВД: страны с высоким доходом** - страны, в которых годовой

ВВП на душу населения в 1995 г. составлял более 9 385 долларов США по данным КСР, приведенным в Перечне стран-получателей помощи, действовавшем в 1997-1999 гг.

**СВК: синдром врожденной краснухи (CRS: Congenital Rubella**

**Syndrome)** - заболевание, при котором вирус краснухи передается от инфицированной беременной женщины к ребенку, что приводит к физическим и психическим расстройствам у ребенка.

**СДБС: страны с доходом более среднего** - страны, в которых ВВП на душу населения составляет от 2 996 до 9 265 долларов США.

**СДМС: страны с доходом менее среднего** - СДМС имеют эквивалент валового национального продукта на душу населения более 756, но более 2 996 долларов США (1999). Уровень жизни в СДМС выше, чем в странах с низким доходом, и людям доступны больше товаров и услуг, однако многие все же не могут удовлетворить свои основные потребности.

**Секторальный подход** - стратегия помощи развитию, когда группа стран-доноров и страна-реципиент совместно планируют и берут на себя обязательства провести ряд инвестиций в определенном секторе (например, в здравоохранении). В некоторых случаях устанавливается общий фонд (фонд поддержки всего пакета мер), куда делают взносы страны-доноры для покрытия расходов стран-полу-

чателей. Такой подход ускоряет включение донорских проектов в планы развития стран-получателей, усиливает координацию между донорами, способствует наращиванию потенциала и может увеличить уровень финансирования до этого не разрабатывавшихся областей данного сектора.

**Система СТС (Close-to-client system): система “ближе к клиенту”** - часть системы здравоохранения, включая больницы, центры здоровья и медпункты, где медицинские услуги приближены к потребителю.

**СНД: страны с низким доходом** - страны с годовым доходом на душу населения менее 765 долларов США по состоянию на 1995 г., указанные КСР в Перечне стран-получателей помощи, действовавшем в 1997-1999 гг. Согласно классификации КСР, СНД включают как НРС, так и ДСНД.

**ССМН: доклад о стратегии сокращения масштабов нищеты (PRSP: Poverty Reduction Strategy Paper)** - доклады о сокращении масштабов нищеты формируют основу для принятия решения о предоставлении помощи ВБ и МВФ, а также о погашении долгов согласно инициативы НРС. ССМН должна осуществляться при активном участии стран, комплексно, ориентированно на партнерства и с вовлечением многих. Странам необходимо представлять ССМН всего лишь раз в 3 года. Однако, по результатам годового отчета о ходе работы, в содержание ССМН могут вноситься изменения.

**Схема финансирования сообществ** - схема, в которой сообщество объединяет свои ресурсы и разделяет риски; включает плательщиков и руководство/менеджеров.

**ТБ: туберкулез** - хроническая либо острая бактериальная инфекция, в основном поражающая легкие, но возможно также и поражение почек, костей, лимфатических узлов и мозга. Заболевание вызывается *Mycobacterium tuberculosis*, бактериями, имеющими форму палочек. Половина не леченых случаев ТБ заканчиваются смертью больного. Туберкулез уносит жизни 2 млн человек в год. По прогнозам ВОЗ в период с 2000 по 2020 гг. примерно 1 млрд человек будут заражены туберкулезной инфекцией, а 35 млн человек погибнут от этого заболевания.

**ТВАРП: терапия высокоактивными антиретровирусными препаратами (HAART: Highly Active Anti-Retroviral Therapy)** - схема лечения, использующая комбинацию антиретровирусных препаратов и применяющаяся при лечении СПИДа, реально

приводящая к сокращению вирусной нагрузки <50 к/мл при лечении больных, ранее не получавших терапии.

**Трипаносомоз** - заболевание, вызываемое трипаносомами - простейшими паразитами. Инфицирование трипаносомами вызывает неврологические изменения, приводящие к симптомам хронической летаргии (поэтому данное заболевание также называют *африканской сонной болезнью*). Без лечения исход заболевания всегда смертелен. Человеку инфекция передается с укусом мухи цеце рода *Glossina*. Сонная болезнь ежедневно угрожает более 60 миллионам мужчин, женщин и детей в 36 странах южнее Сахары, 22 из которых проживают в наименее развитых странах мира. Сонная болезнь оказывает большое влияние на развитие целых регионов, сокращая численность рабочей силы, снижая темпы производства и производительность труда.

**Утечка мозгов** - отъезд ученых из страны, обычно из той, где наблюдаются низкие социально-экономические показатели, для получения луч-шего экономического и социального статуса путем работы в другой стране.

**Филяриоз** - филяриоз вызывается нематодами (круглыми червями), которые поселяются в лимфе и подкожно-жировой клетчатке. Основными формами болезни является лимфатический филяриоз, также известный как *слоновья болезнь* (вызывается *Wuchereria bancrofti* и *Brugia malayi*), и онхоцеркоз, также известный как *речная слепота* (вызывается *onchocerca volvulus*). Лимфатический филяриоз переносится комарами; по некоторым оценкам в тропиках от этого заболевания страдают 120 млн человек, по данным ВОЗ является второй по величине причиной постоянной потери трудоспособности в мире. Нематоды, вызывающие онхоцеркоз, переносятся черной мушкой, встречающейся в плодородных районах в поймах рек. Эти районы часто остаются незаселенными из-за боязни людей ослепнуть. Онхоцеркоз представляет серьезное препятствие для социально-экономического развития.

**ЦРТ: Цели развития тысячелетия** - цели, принятые Декларацией тысячелетия на сессии Генеральной Ассамблеи ООН в сентябре 2000 г. В центре внимания семь разделов: бедность, связанная с низким доходом; безопасность пищевых продуктов и питание; здоровье и смертность; репродуктивное здоровье; образование; равенство полов и права женщин; окружающая среда.

**Шистосомоз** - шистосомоз, также известный, как *бильгарциоз* или *улиточная лихорадка*, является в основном тропическим заболеванием, вызываемым личинками одного или более из пяти типов плоских червей или циркулирующими в крови гельминтами, известными как шистосомы. Существует пять видов шистосом, обитающих в различных частях мира и приводящих к развитию несколько различных симптомов. Кишечный шистосомоз, вызываемый *Schistosoma japonicum*, *S. mekongi*, *S. mansoni* и *S. intercalatum*, может привести к серьезным заболеваниям печени и селезенки. Шистосомоз мочеполовых путей вызывается *S. haematobium*. По данным ВОЗ 200 млн человек инфицированы этим возбудителем, и 120 млн имеют симптомы заболевания. Риску инфицирования подвержены еще 600 млн человек.

**ЮНИДО: Организация Объединенных Наций по промышленному развитию (UNIDO: UN Industrial Development Organization)** - учреждение ООН, сосредотачивающее свои усилия на сокращении масштабов нищеты за счет стимулирования повышения производительности труда в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. См. <http://www.unido.org>

**ЮНИСЕФ: Детский фонд ООН (UNICEF: United Nations Children's Fund)** - учреждение ООН, занимающееся защитой прав детей и оказанием им помощи. См. <http://www.unicef.org>

**ЮСЭЙД: Агентство США по международному развитию (USAID: United States Agency for International Development)** - независимое федеральное правительственное учреждение, осуществляющее свою деятельность в целях поддержки долгосрочного и справедливого развития экономики и продвижения целей внешней политики США путем поддержки экономического роста, развития сельского хозяйства, здравоохранения во всем мире, предотвращения возникновения конфликтов и помощи развитию. См. <http://www.usaid.gov>