

KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHỎE

**KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHỎE:
ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHỎE VÌ
SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ**



ISBN 92 9061 0719

ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHỎE VÌ SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ

**BÁO CÁO CỦA ỦY BAN
KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHỎE**



Được trình bày bởi **JEFFREY D.SACHS**
Tới **BÀ GRO HARLEM BRUNDTLAND,**
TỔNG GIÁM ĐỐC TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI
NGÀY 20 THÁNG 12 NĂM 2001



TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI



WHO

KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHOẺ :
ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHOẺ VÌ
SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ

“... cho phép tôi nói rằng tôi hy vọng tiếng nói của chúng ta rõ ràng và mạnh mẽ trong thực hiện nhiệm vụ quan trọng để nâng cao sức khỏe cho người nghèo. Tôi có thể “thực tế” và “hoài nghi” hiểu theo nghĩa tốt – vì một loạt lí do tại sao mọi việc quá khó để thay đổi. Chúng ta cần phải mơ mộng một chút, không quá xa thực tế nhưng trong giới hạn khả thi, nhờ đó chúng ta có nguồn cảm hứng. Tôi nghĩ rằng chúng ta cất lên tiếng nói quan trọng nhân danh những con người câm lạng của thế giới – những người ốm và đang chết dần mòn trong số những người nghèo nhất của những người nghèo. Những kỳ vọng thật lớn. Vì thế hãy nói thật mạnh mẽ để chúng ta cảm thấy tự tin hơn rằng chúng ta đã và sẽ thực hiện nhiệm vụ của chúng ta tốt nhất có thể.”

Trích bởi ban biên tập từ thư điện tử của Jeffrey Sachs gửi các Thành viên Ủy ban và những người khác tham gia trong lĩnh vực này.

Thông tin liên quan đến nội dung của báo cáo này cần gửi đến địa chỉ:

*Giáo sư Jeffrey D. Sachs
Trung tâm Phát triển Quốc tế Trường Đại học tổng hợp Harvard
Trường quản lý nhà nước John F. Kennedy
79 Phố John F. Kennedy
Cambridge, MA 02138 USA
<http://www.cid.harvard.edu>
jeffreys_sachs@harvard.edu*

Bản sao của báo cáo này có thể nhận được tại:

*Tổ chức Y tế Thế giới
Ban Thị trường và Tuyên truyền
1211 Geneva 27, Thụy sĩ
Tel: (41-22) 791 2476
Fax: (41-22) 791 4857
e-mail: bookorders@who.int*

KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHOẺ :
ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHOẺ VÌ
SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ

BÁO CÁO CỦA ỦY BAN KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHOẺ
Của **JEFFREY D. SACHS**

BÀ GRO HARLEM BRUNDTLAND,
Tới **TỔNG GIÁM ĐỐC TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI**
Ngày 20 tháng 12 năm 2001

TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI
GENEVA

Số liệu thư mục xuất bản của Thư viện WHO

Kinh tế vĩ mô và sức khỏe: Đầu tư vào sức khỏe vì phát triển kinh tế

Báo cáo của Ủy ban Kinh tế vĩ mô và Sức khỏe

1. Tài chính, Sức khỏe
2. Đầu tư
3. Phát triển kinh tế
4. Cung ứng chăm sóc sức khỏe
5. Nghèo đói
6. Các nước đang phát triển
7. Các nước phát triển

I. Ủy ban kinh tế vĩ mô và Sức khỏe của WHO

ISBN 92 9061 071 9

In lần thứ hai

Tổ chức Y tế Thế giới hoan nghênh các đề nghị xin phép sao chép hoặc dịch các xuất bản của họ, một phần hoặc toàn bộ. Các đơn xin hoặc câu hỏi xin gửi về Bộ phận Phát hành, Tổ chức Y tế Thế giới, Geneva, Thụy Sĩ, chúng tôi sẵn lòng cung cấp những thông tin mới nhất về những thay đổi trong nội dung, kế hoạch xuất bản mới, tái bản và các bản dịch đã có.

© Tổ chức Y tế Thế giới 2001

Các xuất bản phẩm của Tổ chức Y tế Thế giới áp dụng luật bản quyền tương ứng theo các điều khoản của Nghị định số 2 của Công ước quốc tế về Bản quyền. Bản quyền được bảo hộ.

Những thiết kế được sử dụng và trình bày của tài liệu trong xuất bản này không thể hiện bất cứ ý kiến nào của Ban thư ký WHO liên quan đến tình trạng pháp luật của bất cứ nước, vùng lãnh thổ, thành phố hoặc khu vực nào, hoặc các chính quyền, mặt trận hay biên giới nào.

Việc nhắc đến một số sản phẩm của các công ty hoặc nhà sản xuất nhất định không ngụ ý rằng chúng được WHO tán thành hoặc khuyến cáo sử dụng so với các sản phẩm tương tự không được nhắc đến. Tên của các sản phẩm độc quyền được phân biệt bằng chữ cái in hoa viết tắt.

Báo cáo này thể hiện những quan điểm tập thể của Ủy ban Kinh tế vĩ mô và sức khỏe và không nhất thiết thể hiện các quyết định hoặc các chính sách đã được tuyên bố của Tổ chức Y tế Thế giới.

Sách được tái bản tại Ấn Độ

Tháng 8/2002

Chỉ đạo biên tập: Dyna Arhin-Tenkorang, M.D. , Ph.D.

Biên tập viên: Hope Steele

Thiết kế và sản xuất: Digital Design Group, Newton, MA USA

NỘI DUNG

| | |
|--|-----|
| BÁO CÁO TÓM TẮT | 1 |
| BÁO CÁO CỦA ỦY BAN | 22 |
| <i>Những bằng chứng về sức khoẻ và sự phát triển</i> | 22 |
| <i>Những ảnh hưởng của bệnh tật đến sự phát triển kinh tế</i> | 31 |
| <i>Dịch tễ học bệnh tật ở các nước thu nhập thấp</i> | 41 |
| <i>Giải quyết gánh nặng bệnh tật</i> | 44 |
| <i>Đại dịch AIDS</i> | 49 |
| <i>Mức chỉ tiêu cho y tế ở các nước thu nhập thấp</i> | 55 |
| <i>Huy động các nguồn nội lực lớn hơn cho y tế</i> | 59 |
| <i>Xoá bỏ những cản trở phi tài chính đối với các dịch vụ y tế</i> | 66 |
| <i>Đặt ngành y tế vào một bối cảnh rộng hơn của việc nâng cao sức khoẻ.</i> | 76 |
| <i>Cung cấp kiến thức toàn cầu trong cuộc chiến chống bệnh tật</i> | 79 |
| <i>Tiếp cận các thuốc thiết yếu</i> | 89 |
| <i>Các lợi ích kinh tế vĩ mô của việc mở rộng qui mô dịch vụ</i> | 107 |
| <i>Các bước tiếp theo</i> | 113 |
| PHỤ LỤC 1 | |
| CÁC THÀNH VIÊN CỦA ỦY BAN, CÁC BÁO CÁO VÀ CÁC TÀI LIỆU CHO ỦY BAN VỀ KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHOẺ | 137 |
| <i>Các thành viên của Ủy ban</i> | |
| <i>Nhóm làm việc 1: Sức khoẻ, phát triển kinh tế và giảm đói nghèo</i> | 139 |
| <i>Nhóm làm việc 2: Những hàng hoá y tế công cộng toàn cầu.</i> | 141 |
| <i>Nhóm làm việc 3: Huy động nguồn nội lực cho y tế</i> | 143 |
| <i>Nhóm làm việc 4: Sức khoẻ và kinh tế quốc tế</i> | 144 |
| <i>Nhóm làm việc 5: Cải thiện sức khoẻ cho người nghèo</i> | 145 |
| <i>Nhóm làm việc 6: Viện trợ phát triển và sức khoẻ</i> | 146 |
| <i>Sơ lược tiểu sử các thành viên Ủy ban</i> | 148 |
| <i>Các báo cáo và tài liệu</i> | 158 |
| <i>Tiêu đề của các báo cáo của các Nhóm làm việc CMH</i> | 158 |
| <i>Các tài liệu</i> | |

PHỤ LỤC 2

PHÂN TÍCH CHI PHÍ CỦA VIỆC MỞ RỘNG CÁC CAN THIỆP Y TẾ ƯU TIÊN Ở CÁC NƯỚC THU NHẬP THẤP VÀ TRUNG BÌNH

| | |
|---|-----|
| <i>Mục đích</i> | 166 |
| <i>Phân tích theo phân loại bệnh tật và phân loại thu nhập của Ủy ban viện trợ phát triển</i> | 166 |
| <i>Phân tích các ước tính chi phí theo vùng</i> | 177 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO | 187 |
| <i>Nguồn số liệu</i> | |
| <i>Các văn bản ghi nhớ về chính sách</i> | 195 |
| CÁC THUẬT NGỮ | 196 |

KINH TẾ VĨ MÔ VÀ SỨC KHOẺ :

ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHOẺ VÌ

SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ

Ủy ban Kinh tế vĩ mô và Sức khỏe (CMH) được Bà Gro Harlem Brundtland, Tổng giám đốc Tổ chức Y tế thế giới thành lập tháng 1 năm 2000 để đánh giá vai trò của sức khỏe trong phát triển kinh tế thế giới. Mặc dù Sức khỏe hiểu theo nghĩa rộng vừa là mục tiêu chính, vừa là kết quả quan trọng của sự phát triển kinh tế, tầm quan trọng của việc đầu tư vào sức khỏe để đẩy mạnh phát triển kinh tế và giảm đói nghèo hầu còn chưa được chú trọng đầy đủ. Chúng tôi thấy rằng việc mở rộng diện bao phủ của các dịch vụ y tế quan trọng, bao gồm cả một số ít các can thiệp đặc biệt, tới những người nghèo, có thể cứu hàng triệu người mỗi năm, giảm đói nghèo và tăng cường an ninh toàn cầu.

Báo cáo này đưa ra một chiến lược mới đầu tư vào sức khỏe vì phát triển kinh tế, đặc biệt tại các nước nghèo nhất thế giới, dựa trên sự hợp tác mới, toàn cầu giữa các nước đã và đang phát triển. Một hành động mạnh mẽ và kịp thời có thể cứu sống ít nhất 8 triệu người mỗi năm vào cuối thập kỷ này, kéo dài tuổi thọ, năng suất lao động và cuộc sống kinh tế của người nghèo. Một nỗ lực như thế sẽ đòi hỏi hai sáng kiến quan trọng: sự tăng đáng kể các nguồn lực tài chính cho y tế bởi các nước nghèo cũng như các nước tài trợ và giải quyết những cản trở phi tài chính làm hạn chế tiềm năng các nước nghèo thực hiện các dịch vụ y tế. Chúng tôi tin rằng những đầu tư bổ sung vào y tế này - khoảng 1/10 của 1% thu nhập quốc dân của các nước tài trợ, sẽ được hoàn lại gấp nhiều lần thông qua việc cứu sống hàng triệu người mỗi năm, đẩy mạnh phát triển kinh tế và củng cố an ninh thế giới. Thực chất, nếu không có một nỗ lực đồng bộ, những cam kết của thế giới cải thiện cuộc sống của người nghèo được thể hiện trong Các mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs) không thể thực hiện được.

Xét về nhiều mặt, mức độ của nỗ lực mở rộng diện bao phủ của các dịch vụ y tế phản ánh mức thu nhập cực kỳ thấp của các nước nghèo, dẫn đến mức chi tiêu không đáng kể cho y tế ở những nước này, kể cả cho những chi phí tối thiểu nhất. Những nỗ lực tham vọng như thế

không thể được thực hiện chỉ trong ngành y tế. Báo cáo này nhấn mạnh tầm quan trọng của nỗ lực mở rộng viện trợ cho những nước nghèo nhất thế giới. Đây là điều quan trọng nhất ở vào thời điểm này, khi mà chúng ta đã nhận thức được rằng phải chú ý đến những cam go và bất bình đẳng của toàn cầu hoá.

Chúng tôi kêu gọi cộng đồng thế giới chú ý đến những cơ hội hành động trong năm tới, bằng cách bắt đầu quá trình mở rộng qui mô tiếp cận những dịch vụ y tế thiết yếu cho người nghèo. Với những quyết định đột phá vào năm 2002, thế giới có thể bắt đầu sự hợp tác quan trọng không cạnh tranh giữa người giàu và người nghèo, đưa lại món quà cuộc sống cho hàng triệu người nghèo trên thế giới và chứng tỏ cho những ai còn hoài nghi rằng toàn cầu hoá thực sự có thể mang lại lợi ích cho toàn nhân loại.

Tháng 11 năm 2001

Jeffrey D. Sachs, Chủ tịch

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

LỜI CẢM ƠN

Các thành viên của Ủy ban xin cảm ơn TS Gro Harlem Brundtland, Tổng GD WHO đã có tầm nhìn xa để thành lập và ủng hộ tích cực hoạt động của Ủy ban. Tất cả các Trưởng Nhóm làm việc đã có những sự ủng hộ quan trọng, và các thành viên Ủy ban muốn nhắc đến những đóng góp xuất sắc của các Trưởng Nhóm làm việc Isher Judge Alhuwalia, George Alleyne, Kwesi Botchwey, Daniel Cohen, Zephirin Diabre, Richard Feachem, Prabhat Jha, Chris Lovelace, Anne Mills, Carin Norberg, và Alan Tait. Các giám đốc điều hành và các cố vấn cao cấp cho TGD WHO cũng có những đóng góp vô giá. Các thành viên của Ủy ban cũng xin cảm ơn các thành viên các Nhóm làm việc và các tác giả của các tài liệu được yêu cầu, tên của họ có trong Lời cảm ơn. Dyna Arhin-Tekorang đã đóng góp rất nhiều trong vai trò của Nhà kinh tế học cao cấp và Trợ lý đặc biệt của Chủ tịch Ủy ban. Ủy ban cũng được sự hỗ trợ kỹ thuật của hàng trăm chuyên gia trên thế giới. Trong số đó chúng tôi đặc biệt cảm ơn Peter Heller, Paul Isenman, Inge Kaul, và Susan Stout.

Ban thư ký WHO, do Sergio Spinaci lãnh đạo, với sự trợ giúp của Eveline Coveney, Aquilina Jhon-Mutaboyerwa, và Elisa Pepe, đã ủng hộ Dự án bằng mọi cách. Các thành viên Ủy ban cũng cảm ơn sự giúp đỡ biên tập của Hope Steele và Marc Kaufman trong việc chuẩn bị Báo cáo.

Ủy ban cảm ơn rất nhiều sự giúp đỡ tài chính của Quỹ Bill và Melinda Gates, Bộ ngoại giao Vương quốc Anh, Grand Duchy của Luxembourg, Chính phủ Ireland, chính phủ Na-Uy, Quỹ Rockefeller, Chính phủ Thụy Điển, và Quỹ Liên hợp quốc.

BÁO CÁO TÓM TẮT

Công nghệ và chính trị đã đưa các dân tộc trên thế giới xích lại gần nhau hơn bao giờ hết. Lợi ích của toàn cầu hoá có tiềm năng to lớn, như sự chia sẻ tư tưởng, văn hoá, các kỹ thuật mới để cứu con người và các công nghệ sản xuất năng suất cao. Song toàn cầu hoá cũng đang bị chỉ trích, một phần vì hàng trăm triệu người nghèo trên thế giới còn chưa được hưởng những lợi ích đó, một phần vì toàn cầu hoá mang đến những thách thức quốc tế mới như sự hỗn loạn ở một khu vực trên thế giới có thể lan truyền rất nhanh đến các khu vực khác, thông qua chủ nghĩa khủng bố, xung đột vũ trang, sự xuống cấp của môi trường sống hoặc bệnh dịch. Ví dụ điển hình là sự lây nhiễm của AIDS trên toàn thế giới chỉ trong một thế hệ.

Các nhà lãnh đạo chính trị của thế giới đã công nhận sự phụ thuộc lẫn nhau toàn cầu này trong những cam kết long trọng là sẽ cải thiện cuộc sống của những người nghèo vào năm 2015. Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ được nêu lên tại Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ của liên hợp quốc vào năm 2000, kêu gọi giảm đói nghèo và cải thiện sức khoẻ cho người nghèo. Những mục tiêu này là hiện thực nhưng không phải tự nhiên mà có. Với tình hình hiện tại, những mục tiêu đó sẽ không được thực hiện cho một tỉ lệ lớn của những người nghèo trên thế giới. Thành công trong việc thực hiện MDGs sẽ đòi hỏi sự nghiêm túc trong mục đích, giải pháp chính trị và sự cung cấp đủ các nguồn lực từ các nước thu nhập cao cho các nước thu nhập thấp trên cơ sở bền vững và đúng mục đích.

Tâm quan trọng của MDG trong y tế là hiển nhiên. Cải thiện sức khoẻ và tuổi thọ của người nghèo tự nó là mục đích và là mục tiêu cơ bản của sự phát triển kinh tế. Song sức khoẻ cũng là phương tiện để đạt được những mục tiêu phát triển khác liên quan đến giảm đói nghèo. Mối liên hệ của sức khoẻ đến giảm đói nghèo và tăng trưởng kinh tế lâu dài rất mật thiết và quan trọng hơn như vẫn thường được hiểu. Chi phí chữa bệnh ở một số khu vực thu nhập thấp, đặc biệt vùng cận sa mạc Sa-ha-ra luôn là cản trở rất lớn đối với sự phát triển kinh tế và vì thế cần được hiểu rõ và nhấn mạnh trong bất kỳ chiến lược phát triển nào. Đại dịch AIDS cũng đưa ra một thách thức cực kỳ nghiêm trọng. Chỉ riêng đại dịch này có thể phá hoại sự phát triển của châu Phi đến thế hệ sau, có thể làm hàng triệu người chết ở Ấn Độ, Trung Quốc và nhiều nước đang phát triển khác nếu những nỗ lực to lớn không được áp dụng.

Bảng 1. Tuổi thọ và tỉ lệ tử vong theo mức độ phát triển quốc gia (1995 – 2000).

| Phân loại phát triển | Dân số (1999 triệu người) | Thu nhập trung bình hàng năm (đô la Mỹ) | Tuổi thọ (năm) | Tử vong sơ sinh (chết trước 1 tuổi trên 1000 ca sinh) | Tử vong trẻ dưới 5 tuổi (chết trước 5 tuổi trên 1000 ca sinh) |
|---------------------------------------|---------------------------|---|----------------|---|---|
| Các nước kém phát triển nhất | 643 | 296 | 51 | 100 | 159 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 1777 | 538 | 59 | 80 | 120 |
| Các nước thu nhập thấp hơn trung bình | 2094 | 1200 | 70 | 35 | 39 |
| Các nước thu nhập cao hơn trung bình | 573 | 4900 | 71 | 26 | 35 |
| Các nước thu nhập cao | 891 | 25730 | 78 | 6 | 6 |
| Ghi nhớ: Cận sa mạc Sa-ha- ra | 642 | 500 | 51 | 92 | 151 |

Nguồn: Báo cáo phát triển con người 2001, Bảng 8, và tính toán của CMH dùng các Chỉ số phát triển thế giới của Ngân hàng Thế giới, 2001.

Báo cáo của chúng tôi tập trung chủ yếu vào các nước thu nhập thấp và những người nghèo ở các nước thu nhập trung bình. Các nước thu nhập thấp với 2,5 tỷ dân và đặc biệt các nước cận sa mạc Sa-ha-ra, với 650 triệu dân có tuổi thọ trung bình thấp hơn và tỷ lệ tử vong theo độ tuổi cao hơn rất nhiều so với phần còn lại của thế giới (Bảng 1). Tương tự như thế đối với người nghèo ở các nước thu nhập trung bình, ví dụ Trung quốc. Để giảm tỷ lệ tử vong cao ở mức báo động này, việc kiểm soát các bệnh truyền nhiễm và chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em đang còn là ưu tiên hàng đầu trong y tế công cộng. Những nguyên nhân chính của tử vong lẽ ra có thể tránh được ở các nước này là HIV/AIDS, sốt rét, lao, bệnh truyền nhiễm trẻ em, suy dinh dưỡng và các bệnh gây ra bởi thuốc lá. Nếu những bệnh này được kiểm soát cùng với tăng cường kế hoạch hoá gia đình, các gia đình nghèo không những có thể sống lâu hơn, khoẻ mạnh hơn, hiệu quả hơn mà còn lựa chọn có ít con hơn, với nhận thức rằng con cái họ sẽ sống và vì thế có thể đầu tư nhiều hơn vào giáo dục và sức khoẻ cho mỗi đứa trẻ. Cuộc sống của phụ nữ sẽ được cải thiện vì họ thường gánh chịu hậu quả nặng nề nhất của những bệnh này. Những cải thiện về sức khoẻ sẽ góp phần nâng cao thu nhập, phát triển kinh tế và giảm sự gia tăng dân số.

Mặc dù chúng tôi tập trung chủ yếu vào các bệnh truyền nhiễm và sức khoẻ bà mẹ và sản phụ, các bệnh không truyền nhiễm (NCD) cũng rất quan trọng đối với các nước đang phát triển; đối với nhiều nước thu nhập trung bình, tỷ lệ tử vong do các bệnh truyền nhiễm đã giảm đáng kể nên các bệnh không truyền nhiễm có xu hướng tăng lên và trở thành ưu tiên hàng đầu. Nhiều bệnh trong số đó, gồm cả bệnh tim mạch, tiểu đường, tâm thần và ung thư có thể được phòng chống một cách hiệu quả bằng những can thiệp tương đối rẻ, đặc biệt sử dụng các biện pháp đề phòng liên quan đến chế độ dinh dưỡng, hút thuốc và lối sống.² Những ưu tiên toàn cầu cần được xây dựng trên cơ sở phân tích các ưu tiên của từng quốc gia dựa trên các bằng chứng dịch tễ được cập nhật thường xuyên. Quan điểm của chúng tôi về các hệ thống y tế định hướng theo kết quả nhằm nhấn mạnh khả năng của ngành y tế giải quyết một loạt những vấn đề, không nêu chi tiết ở đây, như sự điều trị với chi phí thấp bệnh tâm thần, tiểu đường và nhồi máu cơ tim. Thực tế cũng cho thấy các biện pháp nhằm mở rộng hệ thống y tế để cung cấp các can thiệp đối với các bệnh truyền nhiễm, bệnh sức khoẻ sinh sản, cũng sẽ đồng thời cải thiện chăm sóc các bệnh không truyền nhiễm.³

Khả năng thực hiện các mục tiêu MDG ở các nước thu nhập thấp thường bị đánh giá sai. Một bên là những người lạc quan, tin rằng các mục tiêu y tế sẽ tự đến như là một sản phẩm hiển nhiên kèm theo của tăng trưởng kinh tế. Với tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước chậm phát triển nhất là 159/1000 so với 6/1000 ở các nước thu nhập cao,⁴ những người lạc quan vô tư này cho rằng đó chỉ là vấn đề thời gian để tỷ lệ tử vong ở các nước nghèo giảm xuống như ở các nước giàu. Điều này là sai vì hai nguyên nhân. Thứ nhất, chi phí chữa bệnh tự nó sẽ làm giảm tăng trưởng kinh tế, điều được coi là phương tiện để giải quyết những vấn đề y tế; thứ hai, tăng trưởng kinh tế thực chất rất quan trọng, nhưng chưa đủ. Các nước có cùng mức thu nhập, có các chỉ số y tế rất khác nhau. Thực tế cho thấy, 73 nước còn rất xa để đạt mục tiêu MDG về tử vong sơ sinh, và 66 nước - về tử vong trẻ em.⁵ Chi phí chữa bệnh có thể giảm xuống cùng với các MDG chỉ khi có một chiến lược toàn cầu và đồng bộ để tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế thiết yếu cho người nghèo.

Còn những người bi quan đánh giá thấp những tiến bộ đáng kể trong lĩnh vực y tế (với ngoại lệ là HIV/AIDS) ở hầu hết các nước thu nhập thấp và tin rằng gánh nặng bệnh tật nặng nề của họ là sản phẩm đi kèm của tham nhũng và hệ thống y tế cũ nát bị điều hành kém cỏi.

Cách nhìn trái ngược này cũng chứa chất những hiểu sai và cường điệu. Thực tế bệnh dịch đưa ra một thông điệp quan trọng: phần lớn gánh nặng bệnh tật này tập trung ở một số nhỏ các bệnh mà phương pháp điều trị hiệu quả đã được xác định để cải thiện sức khoẻ và giảm tử vong đáng kể. Vấn đề là ở chỗ những phương pháp điều trị này không đến được với người nghèo. Một số nguyên nhân trong số đó là tham nhũng, quản lý kém, khu vực nhà nước yếu kém, nhưng tuyệt đại đa số các nước có những lý do cơ bản khác và có thể khắc phục được. Đó là người nghèo cũng như chính phủ của họ thiếu những phương tiện tài chính để thực hiện những can thiệp y tế cần thiết này. Trong một số trường hợp các chương trình y tế cộng đồng chưa được điều chỉnh để tập trung vào các bệnh và những can thiệp được nêu ở trên.

Khuyến nghị chủ đạo của Ủy ban là các quốc gia thu nhập kém và trung bình khi hợp tác với các quốc gia giàu cần phải mở rộng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế thiết yếu cho người nghèo, với trọng tâm là các can thiệp mục tiêu. Các nước thu nhập thấp và trung bình cần cam kết các nguồn tài chính bổ sung trong nước, sự lãnh đạo chính trị, sự minh bạch và các điều kiện cho sự tham gia và trách nhiệm của cộng đồng, để đảm bảo rằng các hệ thống y tế được cấp tài chính đầy đủ có thể hoạt động hiệu quả và phục vụ các vấn đề y tế quan trọng. Các nước thu nhập cao cũng đồng thời cam kết tăng đáng kể viện trợ tài chính dưới hình thức các trợ cấp, đặc biệt cho các nước cần gấp hơn cả, tập trung ở cận sa mạc Sa-ha-ra châu Phi. ***Họ cần khẳng định rằng việc thiếu quỹ tài trợ không phải là yếu tố hạn chế khả năng cung cấp dịch vụ y tế cho những người nghèo nhất thế giới.***

Sự phối hợp cần tiến hành từng bước, với các biện pháp các nước nghèo tạo điều kiện để nhận được tài trợ, trong khi các nước tài trợ tạo được thực tiễn tài chính để mở rộng tiếp cận dịch vụ, hệ thống y tế hiệu quả hơn, với sự đánh giá, kiểm tra thường xuyên và điều chỉnh giữa kỳ. Vấn đề con gà - và - quả trứng để xác định cải cách trong nước có trước hay viện trợ tài chính cần phải có trước sẽ được tạm gác lại khi cả nhà tài trợ lẫn bên nhận đều trung thực nhận rằng cả tài chính lẫn cải cách đều cần thiết ở mỗi giai đoạn và được duy trì bởi sự phối hợp chặt chẽ. Đối với các nước thu nhập thấp có đông người nghèo, nhiệm vụ đầu tiên của các chính phủ quốc gia là huy động các nguồn tài chính bổ sung cho các can thiệp ưu tiên để bảo đảm sự tiếp cận dịch vụ cho người nghèo trong những xã hội đó.

Sự cam kết các nguồn tài chính lớn bổ sung lớn cho y tế, trong và ngoài nước, là điều kiện cần thiết để mở rộng qui mô các can thiệp cần

thiết, song Uỷ ban nhận thấy rằng một cam kết như thế là chưa đủ. Kinh nghiệm quá khứ chỉ ra rằng các cam kết chính trị và hành chính ở cả hai phía người cho và nhận tài trợ là chìa khoá của thành công. Xây dựng những hệ thống y tế đáp ứng nhu cầu khách hàng, đặc biệt cho người nghèo, đòi hỏi những lựa chọn khó khăn về mặt chính trị và yêu cầu cao về mặt hành chính. Một số vấn đề như các cam kết đáp ứng nhu cầu y tế của người giàu và người nghèo, liên quan trực tiếp đến ngành y tế. Những vấn đề khác như ngân sách tài chính công và hệ thống cấp phát có hoạt động không hoặc có sự giám sát hiệu quả và trách nhiệm địa phương trong việc thực hiện dịch vụ công hay không lại là những vấn đề của ngành quản lý công. Đằng sau những vấn đề này là những câu hỏi rộng hơn của quản lý nhà nước, xung đột và sự quan trọng tương đối của phát triển và giảm đói nghèo trong một loạt những ưu tiên quốc gia.

Uỷ ban nhận thức được tầm quan trọng của những khó khăn này và xem xét chúng một cách sâu sắc ở một vài chỗ trong báo cáo này. Sự thành công sẽ đòi hỏi sự lãnh đạo chính trị vững chắc và sự cam kết của các nước tài trợ cũng như từ các nước nhận tài trợ – cả trong khu vực nhà nước và tư nhân cũng như trong xã hội dân sự. Điều này đòi hỏi sự tiến triển một bầu không khí trung thực, tin cậy và tôn trọng trong quan hệ tương hỗ cho - nhận. Sự thành công đòi hỏi những nỗ lực đặc biệt, nhất là trong bối cảnh ngành y tế công còn yếu. Sự ủng hộ của các nhà tài trợ cần sẵn sàng để vượt qua những khó khăn này. Mặc dù vậy, ở các quốc gia không muốn thực hiện những nỗ lực nghiêm túc hoặc ở những nơi viện trợ được sử dụng sai, không nên cung cấp những tài trợ qui mô lớn. Trong những trường hợp này, kinh nghiệm cho thấy rằng viện trợ có thể hiệu quả thông qua xây dựng năng lực địa phương và sự tham gia của xã hội dân sự và các tổ chức phi chính phủ (NGO). Đây là một thách thức lớn, và hơn bất cứ lúc nào là một mục tiêu chiến lược. Các chính phủ khuyến khích và nâng đỡ những hoạt động này sẽ cung cấp những biện pháp đặc biệt để đối phó với sự tuyệt vọng và thù nghịch sinh ra do nghèo đói.

Uỷ ban tích cực nghiên cứu mức độ các nước thu nhập thấp có thể tự cấp kinh phí cho hệ thống y tế của họ từ nguồn nội lực nếu họ loại bỏ được sự chi tiêu lãng phí hiện nay trong y tế và trong các lĩnh vực khác. Kết quả rõ ràng: *chính sự nghèo đói đã gây ra những khó khăn tài chính cơ bản, mặc dù sự lãng phí vẫn tồn tại và cần được giải quyết*. Các nước nghèo cần cải thiện quản lý ngành y tế, xem xét sự cân bằng giữa các chương trình, và tăng nguồn ngân sách trong nước

cho y tế trong những điều kiện giới hạn của họ. Chúng tôi tin rằng, đối với các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình, việc tăng chi tiêu ngân sách y tế lên 1% GNP năm 2007 và 2% vào năm 2015 so với mức hiện nay là khả thi, mặc dù điều này có thể là lạc quan trong hoàn cảnh có nhiều nhu cầu khác nhau cần đến các nguồn lực thiếu thốn của nhà nước. Các nước thu nhập thấp và trung bình cũng có thể làm nhiều hơn để tăng tính công bằng và hiệu quả của chi tiêu nhà nước và tư nhân. Chi tiêu nhà nước cần phục vụ tốt hơn cho người nghèo, với những ưu tiên trên cơ sở bệnh dịch và kinh tế. Có nhiều triển vọng cho việc thay thế chi trả trực tiếp từ tiền túi cho y tế bằng những mô hình tài chính cộng đồng, chi trả trước. Tuy nhiên, đối với các nước nghèo, chúng tôi vẫn thấy có một khoảng cách giữa khả năng tài chính và nhu cầu tài chính, khoảng cách này chỉ có thể được đáp ứng nhờ vào viện trợ, và chỉ khi đó mới có hi vọng thành công trong việc thực hiện các MDG.

Ở hầu hết các nước có thu nhập trung bình, chi phí cho sức khỏe bình quân một đầu người thường đảm bảo phổ cập toàn dân cho các dịch vụ cơ bản. Tuy nhiên các dịch vụ này không tới được nhiều người nghèo. Sự loại trừ thường xảy ra theo khu vực (ví dụ vùng nông thôn tây Trung Quốc và nông thôn đông bắc Brazil), hay ở các vùng dân tộc thiểu số. Dù bất cứ lí do gì, chi tiêu khu vực nhà nước cho sức khỏe đã không chú ý một cách thích đáng tới nhu cầu của người nghèo. Hơn nữa, do các nước có thu nhập trung bình thiếu các biện pháp bảo trợ về tài chính cho phần lớn dân số, các chi phí lớn đột xuất cho y tế làm nhiều gia đình trở nên bần cùng. Xem xét đến hậu quả ngược lại của bệnh tật đối với sự phát triển toàn bộ nền kinh tế và việc giảm nghèo đói, chúng tôi đặc biệt nhấn mạnh các nước có thu nhập trung bình phải tiến hành các cải tổ về tài chính và tổ chức để đảm bảo sự phổ cập toàn dân cho các dịch vụ y tế được ưu tiên.⁶ Chúng tôi cũng tin tưởng rằng Ngân hàng thế giới và các ngân hàng phát triển khu vực, thông qua viện trợ không ưu đãi, có thể giúp đỡ các nước này chuyển đổi trong nhiều năm tiến đến phổ cập hoàn toàn các dịch vụ y tế cơ bản.

Ủy ban đã kiểm tra bằng chứng liên quan đến những điều kiện để mở rộng dịch vụ và một số trở ngại chính phải vượt qua. May mắn là những dịch vụ cơ bản nhấn mạnh ở đây nói chung không đòi hỏi quá cao về kỹ thuật. Chỉ một số ít cần đến bệnh viện. Phần lớn có thể được cung cấp ở các trung tâm y tế, các cơ sở nhỏ hơn như các trạm y tế, hay qua các dịch vụ tại cộng đồng do các cơ sở này cung cấp. Chúng tôi gọi hệ thống các dịch vụ này là hệ thống *gần-khách-hàng* (CTC),

và hệ thống này cần được tạo điều kiện để có thể được sử dụng một cách rộng rãi. Việc tạo ra một hệ thống CTC hiệu quả không phải là một nhiệm vụ nhỏ. Sự lãnh đạo quốc gia, kết hợp với năng lực và trách nhiệm cấp địa phương có tầm quan trọng sống còn. Điều này đòi hỏi những cam kết về chính trị, tăng cường tổ chức và khả năng giám sát ở tất cả các cấp, sự minh bạch trong các dịch vụ công cộng và ngân sách – tất cả được trợ giúp bởi việc cấp nhiều kinh phí hơn. Những điều này lại phải được xây dựng trên cơ sở có sự hoạt động và giám sát mạnh mẽ ở cấp độ cộng đồng, để đáp ứng cho người nghèo, để xây dựng trách nhiệm của các chính quyền địa phương, và để đảm bảo rằng các gia đình có thể sử dụng tốt nhất các dịch vụ được cung cấp.

Một số sáng kiến toàn cầu gần đây để kiểm soát bệnh tật, bao gồm các bệnh như lao, hủi, bệnh giun guinea, bệnh Chagas, đã tỏ ra rất thành công trong việc thực hiện các can thiệp có chất lượng, và trong một số trường hợp, thay đổi thái độ và hành vi trong một số bối cảnh cực kỳ khó khăn ở các vùng địa lý rộng lớn. Một đặc điểm quan trọng của những sáng kiến này bao gồm những hệ thống theo dõi, đánh giá, báo cáo và kiểm tra tài chính khắt khe như là một cơ chế bảo đảm rằng các mục tiêu được giải quyết, các vấn đề được phát hiện và sửa chữa, các nguồn lực được tính toán đầy đủ. Kết quả này là bằng chứng liên quan đến cả mức độ tiến bộ đạt được, các sách lược điều hành và hoạt động đã đóng góp cho thành công. Những bài học từ những kinh nghiệm này có thể cung cấp hướng dẫn hành động bổ ích, đặc biệt với việc thực hiện các can thiệp *gân-khách-hàng*.

Ở phần lớn các nước, hệ thống CTC sẽ bao gồm hỗn hợp các nhà cung cấp dịch vụ y tế nhà nước và ngoài nhà nước, với sự đảm bảo của nhà nước. Chính phủ có thể trực tiếp sở hữu và điều hành các cơ sở dịch vụ hoặc có thể hợp đồng dịch vụ với các nhà cung cấp có lợi nhuận và phi lợi nhuận. Bởi vì các hệ thống y tế công cộng ở các nước nghèo rất yếu kém và thiếu thốn tài chính trong những năm gần đây, mạng lưới y tế ngoài nhà nước đã xuất hiện, bao gồm hành nghề tư nhân, các nhà cung cấp liên kết với tôn giáo, và các tổ chức phi chính phủ. Sự đa dạng này có ích vì tạo ra sự cạnh tranh và cũng là cái van an toàn khi có sự trục trặc của hệ thống nhà nước. Điều này đã xảy ra ở hầu hết các nước nghèo.

Một chiến lược y tế toàn cầu cũng sẽ đầu tư vào kiến thức mới. Một lĩnh vực quan trọng của đầu tư kiến thức là nghiên cứu thực hành về các phác đồ điều trị ở các nước thu nhập thấp.⁷ Hãy còn nhiều điều cần phải nghiên cứu xem cái gì thực sự đã có tác dụng, tại sao có và tại

sao không, trong những điều kiện ở các nước nghèo, đặc biệt khi các can thiệp không được áp dụng hoặc chưa được báo cáo cho tới lúc này. Thậm chí khi các công nghệ cơ bản để kiểm soát bệnh tật đã rõ ràng và áp dụng được ở mọi nơi, mỗi hoàn cảnh địa phương có những vấn đề riêng về hậu cần, sự tuân thủ chặt chẽ, liều lượng, cung ứng, và pha chế thuốc cần được thấy rõ thông qua nghiên cứu về hoạt động ở cấp địa phương. Chúng tôi khuyến cáo rằng thông thường các dự án đặc trưng cho từng nước cần phân bổ ít nhất 5% của mọi nguồn kinh phí cho nghiên cứu thực hành liên quan đến dự án nhằm kiểm tra tính hiệu quả, sự tối ưu của các phác đồ điều trị, tính kinh tế của các can thiệp khác nhau, phương thức cung cấp và các sở thích của bệnh nhân/người dân.

Cũng có một nhu cầu cấp thiết cho đầu tư vào các công nghệ mới và tiên tiến để chữa các căn bệnh nan y. Những tiến bộ gần đây trong nghiên cứu về gen chẳng hạn đang cho hy vọng sẽ tìm thấy các vắc-xin phòng sốt rét và HIV/AIDS, hoặc phòng lao. Mặc dù vậy, khoa học còn nhiều thách thức, và các kết quả còn chưa được đảm bảo. Thực tế yêu cầu những đầu tư cho nghiên cứu ở mức độ cao hơn nhiều so với mức hiện nay. Chưa biết các vắc-xin sản xuất ra có hiệu quả không, nhưng việc dùng thuốc mới tất sẽ cần thiết, vì sự kháng thuốc gia tăng. Vì thế Ủy ban kêu gọi tăng đáng kể đầu tư tài chính cho nghiên cứu phát triển trên toàn cầu đối với các bệnh đang là gánh nặng của người nghèo. Chúng tôi khuyến nghị sự chú ý đặc biệt đối với các bệnh tập trung chủ yếu vào các nước nghèo. Các bệnh này thường không hấp dẫn thị trường các nước giàu làm nghiên cứu phát triển vì ở đó có ít người mắc bệnh này. Chúng tôi cũng nhấn mạnh sự cần thiết nghiên cứu sức khỏe sinh sản – chẳng hạn, các tác nhân có thể ngăn cản sự truyền nhiễm HIV/AIDS và hoàn thiện việc điều trị các ca nguy hiểm của bệnh sản khoa.

Chúng ta cần tăng cường đầu tư cả trong các lĩnh vực tri thức khác. Nghiên cứu cơ bản và ứng dụng trong các khoa học y học và y sinh ở các nước thu nhập thấp cần được tăng lên, cùng với tăng cường nghiên cứu phát triển đối với một số bệnh đặc biệt. Kiến thức về bệnh dịch như ai mắc bệnh, ai chết và bởi bệnh gì - cần được củng cố thông qua hệ thống giám sát và báo cáo.⁹ Đối với y tế cộng đồng, những kiến thức này là những công cụ quan trọng nhất để kiểm soát bệnh tật thành công. Sự giám sát cũng rất cần thiết trong trường hợp nhiều bệnh không truyền nhiễm, bao gồm cả bệnh tâm thần, tác động của bạo lực và tai nạn, và sự tăng cao các bệnh liên quan đến chế độ ăn/dinh dưỡng

và thuốc lá. Cuối cùng, chúng ta cần một hệ thống tư vấn và đào tạo rộng khắp các nước thu nhập thấp, sao cho những bài học kinh nghiệm ở nước này có thể áp dụng ở nước khác. Sự khuyếch tán toàn cầu của tri thức mới và “những kinh nghiệm tốt nhất” là một trong những yếu tố quan trọng để mở rộng qui mô dịch vụ. Đây là trách nhiệm trọng tâm của các tổ chức như WHO và Ngân hàng Thế giới, và là mục đích dễ dàng đạt được thông qua các phương pháp không tốn kém thông qua Internet.

Cuộc chiến chống bệnh tật đòi hỏi không chỉ các nguồn lực tài chính, công nghệ hiệu quả, sự cam kết chính trị, mà cả chiến lược, kế hoạch hành động có trách nhiệm và khả năng học hỏi trong cả quá trình. Vì thế Ủy ban hết sức nỗ lực để phân tích những việc thiết thực về tổ chức của sự mở rộng qui mô dịch vụ được tài trợ bởi các nước giàu. Chúng tôi bắt đầu từ sự chú ý các thay đổi có thể cần trong nhân dân ở chính các nước nghèo. Tiếp theo, những can thiệp y tế cần thiết được đưa đến các cộng đồng người nghèo. Vì thế sự mở rộng qui mô cần phải bắt đầu từ việc tổ chức hệ thống thực hiện CTC ở cấp địa phương. Vai trò tham gia của cộng đồng, và nói chung hơn, sự huy động hợp tác rộng rãi các khu vực tư nhân và nhà nước, và của xã hội dân sự ở đây là rất quan trọng. Hệ thống CTC cần được sự hỗ trợ của các chương trình quốc gia đối với sốt rét, HIV/AIDS và lao. Những chương trình trọng điểm như thế có ưu thế quan trọng khi được kết hợp một cách hợp lý với việc thực hiện y tế cộng đồng, bằng cách huy động các chuyên gia không có được ở cấp cộng đồng, sự quan tâm và cấp tài chính của nhà nước, nhiệt tình chính trị và trách nhiệm vì những kết quả đặc biệt.

Sự mở rộng qui mô đòi hỏi tăng đáng kể trợ giúp tài chính quốc tế, hợp tác hiệu quả giữa các nước cho và nhận viện trợ trên cơ sở tin tưởng và cùng hành động. Để làm được điều này, các cơ chế viện trợ tài chính cần thay đổi. Điều này đã được công nhận trong ba năm qua với sáng kiến về xây dựng khung hành động để giảm đói nghèo, thường được gọi là *Tài liệu chiến lược giảm đói nghèo (PRSP)*¹⁰. Những kết quả đầu tiên của quá trình PRSP cho đến nay là rất hứa hẹn, và Ủy ban tán thành quá trình mới này¹¹. Sự tấn công phối hợp vào bệnh tật theo kế hoạch chúng tôi đề nghị sẽ giúp đảm bảo thành công cho cách đề cập mới trong quan hệ cho-nhận viện trợ. Sức mạnh của PRSP bao gồm: (1) xoá nợ nhiều hơn, (2) lãnh đạo đất nước sẵn sàng cho chiến lược quốc gia, (3) sự kết hợp chặt chẽ của xã hội dân sự ở mỗi bước trong quá trình, (4) cách đề cập dễ hiểu về giảm đói nghèo,

và (5) sự phối hợp lớn hơn của các nhà tài trợ cho mục tiêu quốc gia. Tất cả những điều này là hiện thực - thực sự quan trọng - cho sự thành công của sáng kiến y tế được đưa ra ở đây. Để đạt được những lợi ích tiềm tàng của chương trình PRSP, nước cho và nhận tài trợ cần vạch ra sơ đồ tài trợ và kế hoạch đầu tư vào lĩnh vực y tế như một phần cấu thành của chương trình PRSP cho y tế.

Mặc dù ủng hộ việc tăng đầu tư đáng kể vào chính lĩnh vực y tế, chúng tôi nhấn mạnh sự cần thiết đầu tư bổ sung vào các lĩnh vực quan trọng khác để giảm đói nghèo (nhưng có tác động đến sức khỏe). Các lĩnh vực đó bao gồm giáo dục, nước sạch và vệ sinh, và phát triển nông nghiệp. Chẳng hạn, giáo dục là yếu tố quan trọng quyết định tình trạng sức khỏe, cũng như y tế đối với giáo dục. Những đầu tư trong các lĩnh vực khác nhau sẽ tốt nhất khi được phối hợp, điều này được nhấn mạnh trong quá trình PRSP. Ở tài liệu này, chúng tôi không đánh giá ước lượng chi phí bên ngoài lĩnh vực y tế.¹²

Trong bối cảnh PRSP, Ủy ban đề nghị mỗi nước đang phát triển thành lập Ủy ban quốc gia về kinh tế vĩ mô và sức khỏe (NCMH), hoặc một tổ chức tương tự, dưới sự chỉ đạo của cả hai Bộ trưởng Y tế, và Tài chính và những đại diện chủ chốt của xã hội dân sự, để tổ chức và lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ mở rộng tiếp cận dịch vụ. Mỗi NCMH sẽ đánh giá các ưu tiên y tế quốc gia, xây dựng chiến lược nhiều năm để mở rộng những dịch vụ cần thiết, tính đến sự hiệp lực với các ngành khác liên quan đến sức khỏe, và đảm bảo tính nhất quán với các chương trình, chính sách kinh tế vĩ mô hợp lý. Kế hoạch sẽ có thể được tính trước trên cơ sở mở rộng đáng kể tài trợ quốc tế. Những Ủy ban quốc gia sẽ làm việc với Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới để xây dựng thông tin cơ sở bệnh dịch, xác định các mục tiêu hành động và kế hoạch tài chính trung hạn. Mỗi Ủy ban nên kết thúc công việc của họ trong vòng hai năm, đến cuối năm 2003.

Chúng tôi đề nghị rằng mỗi nước cần xác định chương trình tổng thể “các can thiệp cần thiết” được đảm bảo phổ cập toàn dân thông qua cung cấp tài chính công (cộng với viện trợ). Chúng tôi đưa ra bốn tiêu chí chính để chọn lựa những can thiệp cần thiết này: (1) chúng cần hiệu quả về mặt kỹ thuật và có thể thực hiện thành công; (2) các bệnh mục tiêu cần là các bệnh gây nên gánh nặng cho xã hội, tính cả bệnh tật cá nhân với các hậu quả xã hội (ví dụ bệnh dịch với các tác động tiêu cực lên kinh tế); (3) lợi ích xã hội phải cao hơn chi phí của các can thiệp (với các lợi nhuận gồm những năm sống và các hệ quả như ít trẻ

mô côi hơn hay tăng trưởng kinh tế nhanh hơn); và (4) các nhu cầu của người nghèo cần phải được nhấn mạnh.

Chúng tôi ước tính rằng cho tới năm 2010 có thể cứu được khoảng 8 triệu người mỗi năm – chủ yếu ở các nước nghèo – qua các can thiệp cần thiết chống lại các bệnh dịch và suy dinh dưỡng đề cập ở đây.¹⁴ Ủy ban đã ước tính chi phí cho kế hoạch mở rộng này,¹⁵ gồm cả chi phí chung liên quan của việc mở rộng hệ thống và giám sát, cho tất cả các nước có GNP năm 1999 dưới \$1.200, cộng một số nước ở vùng cận Sahara châu Phi có thu nhập trên \$1.200 (xem danh sách các nước ở Bảng A2.B).¹⁶ Tổng chi tiêu y tế hàng năm cho nhóm các nước này đến năm 2007 có thể tăng thêm tới \$57 tỉ và đến năm 2015 tăng thêm tới \$94 tỉ (Bảng A2.3). Tổng cộng, các nước này đến năm 2007 có thể chi tăng thêm \$35 tỉ mỗi năm và đến năm 2015, tăng \$63 tỉ mỗi năm.¹⁷ Về phía mình, các nhà tài trợ có thể đóng góp thêm mỗi năm \$22 tỉ đến năm 2007 và \$31 tỉ mỗi năm đến năm 2015 (Bảng A2.6).¹⁸ Trợ giúp phát triển chính thức hiện nay (ODA) là \$6 tỉ.¹⁹ Tổng chi của các nhà tài trợ, gồm cả các chương trình cấp quốc gia và cung cấp hàng hoá công cộng toàn cầu sẽ là \$27 tỉ vào năm 2007 và \$38 tỉ vào năm 2015. Việc tăng tài trợ quốc tế cho y tế được kiến nghị ở đây là phần bổ sung cho toàn bộ tài trợ quốc tế hiện nay, vì rằng sự trợ giúp cũng cần được tăng ở nhiều lĩnh vực khác ngoài y tế.

Phần lớn sự trợ giúp sẽ được hướng vào các nước kém phát triển nhất, những nước cần nhiều trợ giúp nhất để mở rộng sự bảo đảm cho các dịch vụ y tế thiết yếu. Với những nước này, tổng chi phí y tế hàng năm sẽ tăng tới \$17 tỉ đến năm 2007 và \$29 tỉ đến năm 2015, so với mức của năm 2002. Với những thu nhập cực kỳ thấp ở các nước này, sự huy động nguồn trong nước sẽ kém xa so với nhu cầu, tuy tăng lên \$4 tỉ vào năm 2007 và \$9 tỉ vào năm 2015. Sự thiếu hụt này cần được các nhà tài trợ lấp đầy, với tiền trợ giúp tương đương \$14 tỉ một năm vào năm 2007 và \$21 tỉ một năm vào năm 2015. Chúng tôi cũng lưu ý rằng, tính theo khu vực, châu Phi sẽ nhận được phần trợ giúp lớn nhất, do sự nghèo đói và tỉ lệ bệnh tật cao. Việc chăm sóc và phòng chống AIDS sẽ chiếm khoảng một nửa tổng chi phí.²⁰

Để hiểu được những con số này, việc xem xét chi phí cho các can thiệp y tế trên cơ sở mỗi đầu người là cần thiết. Chúng tôi thấy rằng với các nước nghèo, bình quân chi phí can thiệp y tế cần thiết khoảng \$34 một người mỗi năm, một con số thực sự khiêm tốn, nếu so với chi phí y tế bình quân đầu người ở những nước có thu nhập cao là hơn \$2.000 một năm. Những nước ít phát triển nhất có thể huy động khoảng \$15 một người mỗi năm đến năm 2007 (khoảng 5% thu nhập

đầu người). Khoảng cách còn thiếu là \$19 một người mỗi năm. Với 750 triệu người ở những nước ít phát triển nhất vào năm 2007, con số này khoảng \$14 tỉ. Các nước có thu nhập thấp khác có thể huy động khoảng \$32 bình quân một người (gần 5% thu nhập đầu người). Vài trong số các nước này cần trợ giúp để đạt yêu cầu \$34 một người, các nước khác không cần. Các nước có thu nhập thấp khác sẽ có dân số khoảng 2 tỉ vào năm 2007, và khi tính toán cho từng nước, cần khoảng \$3 bình quân một đầu người để bù đắp thiếu hụt tài chính, như vậy sẽ cần tổng số trợ giúp khoảng \$6 tỉ. Các nước có thu nhập thấp sẽ cần thêm khoảng \$1,5 tỉ, chủ yếu cho các chi phí về AIDS.

Cần phải đặt toàn bộ sự tài trợ trong bối cảnh. Mặc dù sự tài trợ đòi hỏi là lớn so với tài trợ hiện nay cho y tế, nó sẽ chỉ chiếm khoảng 0,1% GNP các nước tài trợ, và vẫn để lại chỗ để tăng tài trợ ở các lĩnh vực cần thiết khác. Chúng tôi nhấn mạnh rằng sự tăng tài trợ này cho y tế là nguồn bổ sung vào nguồn tài trợ hiện nay, bởi vì sự tăng tài trợ cần thiết không chỉ cho y tế, mà cả cho giáo dục, cải tạo vệ sinh, cung cấp nước và các lĩnh vực khác. Mặc dù nguồn tài trợ này có vẻ lớn so với chi phí y tế hiện nay, đặc biệt là ở những nước nghèo nhất, chúng phản ánh rằng họ đang chi tiêu rất ít cho y tế, và điều này lại phản ánh thu nhập thấp của họ. Việc mở rộng tài trợ cho y tế cần phải được thực hiện dần dần để đảm bảo rằng các nguồn được sử dụng một cách hiệu quả và trung thực. Với cơ sở này chúng tôi khuyến nghị khung thời gian tăng viện trợ thể hiện ở Bảng 7, cùng những tính toán chi phí theo thời gian. Cần lưu ý rằng tài trợ sẽ được yêu cầu trong một thời gian nhất định, có thể là 20 năm, nhưng sẽ rút dần khi các nước đạt được thu nhập bình quân cao hơn và dần dần có thể tự bảo đảm các chi phí y tế từ chính nguồn lực của mình.

Chương trình này sẽ mang lại lợi nhuận kinh tế lớn hơn nhiều so với chi phí của nó. Tám triệu người được cứu sống bởi các bệnh truyền nhiễm và suy dinh dưỡng cũng có nghĩa là số *năm* cuộc đời được cứu từ những căn bệnh đó lớn hơn nhiều, cũng như chất lượng cuộc sống sẽ cao hơn. Các nhà kinh tế nói tới sự phục hồi những năm cuộc đời đáng lẽ bị coi là mất đi bởi bệnh tật (DALY),²¹ là tổng của những năm sống được tăng lên và giảm những năm sống trong bệnh tật. Chúng tôi ước tính rằng khoảng 330 triệu DALYs được cứu cho mỗi 8 triệu tử vong được ngăn chặn. Tính một cách dè dặt, mỗi năm (DALY) được cứu mang lại lợi ích kinh tế bằng thu nhập một năm theo đầu người, tương đương khoảng 563 USD vào năm 2015. Như vậy lợi ích kinh tế trực tiếp của việc phục hồi được 330 triệu DALY sẽ là 186 tỉ USD mỗi năm. Con số tin cậy sẽ lớn gấp vài lần con số này. Tăng trưởng kinh tế

nhờ vậy sẽ lớn hơn, vì những DALY được phục hồi sẽ giúp phá vỡ bẫy nghèo đói, là yếu tố ngăn cản tăng trưởng kinh tế ở các nước thu nhập thấp, nhưng tỉ lệ tử vong cao. Nhờ vậy sẽ có thêm hàng trăm tỉ USD mỗi năm thông qua tăng thu nhập bình quân đầu người.

Tổng số 27 tỉ USD viện trợ trong năm 2007 có thể dùng cho 3 mục tiêu: (1) giúp đỡ các nước thu nhập thấp (và cả một số ít nước thu nhập trung bình cho các chi tiêu liên quan đến HIV/AIDS) để giúp chi trả việc mở rộng các can thiệp cần thiết và phát triển hệ thống y tế (22 tỉ USD, chi tiết xem phụ lục 2); (2) đầu tư vào nghiên cứu và phát triển (R&D) các bệnh của người nghèo (3 tỉ USD); và (3) sự gia tăng cung cấp các hàng hoá công cộng toàn cầu bởi các tổ chức quốc tế có nhiệm vụ phối hợp nỗ lực toàn cầu, bao gồm Tổ chức Y tế Thế giới, Ngân hàng Thế giới, và các cơ quan chuyên trách khác của Liên hợp quốc (2 tỉ USD). Cũng sẽ có cả khoản tín dụng không ưu đãi bổ sung cho các nước thu nhập trung bình.²³ Chúng tôi tin rằng nếu điều hành tốt và đưa vào đúng tiến trình chúng tôi dự kiến, những nguồn viện trợ cần thiết sẽ được các nước đang phát triển tiếp nhận, tránh gây ra sự bất ổn kinh tế vĩ mô hoặc khu vực.

Những mục tiêu tài chính này là kế hoạch cần thực hiện, hơn là dự đoán về điều sẽ xảy ra. Tất cả chúng ta đều rất hiểu có những nước tài trợ không chú trọng những nghĩa vụ quốc tế của họ dù rằng rất giàu có, và có những nước nhận viện trợ chối bỏ trách nhiệm trong việc cứu chính người dân của họ. Có thể viện trợ sẽ tăng một chút; những nhà tài trợ có thể cho hàng triệu trong khi cần đến hàng tỉ đôla, và các nước bản cùng sẽ tiến hành chiến tranh chống lại con người thay vì chống lại bệnh tật, làm cho việc giúp đỡ của cộng đồng thế giới không thể thực hiện được. Chúng tôi biết rõ rằng: không phải ngẫu nhiên mà hàng triệu con người – câm lạng, bất lực, không được giới truyền thông biết đến – phải chết một cách vô nghĩa mỗi năm.²⁴

Sự sử dụng một nguồn tài trợ lớn đến thế đòi hỏi một *cách làm mới*. Ủy ban ủng hộ mạnh mẽ việc thành lập Quỹ Toàn cầu phòng chống AIDS, lao, và sốt rét (GFATM), trước tiên sẽ tập trung vào sự hưởng ứng toàn cầu đối với các bệnh này. Chúng tôi đề nghị rằng GFATM sẽ tăng qui mô lên khoảng 8 tỉ đô la mỗi năm đến năm 2007 như là một phần của tổng số 22 tỉ đô la tài trợ cho các chương trình quốc gia. Xét đến những thách thức đặc biệt gây ra bởi AIDS và khả năng của nó có thể phá huỷ sự phát triển kinh tế ở châu Phi và các khu vực khác trong hàng thập kỷ, chúng tôi tin rằng GFATM cần hỗ trợ một chương trình mạnh mẽ và tích cực tập trung vào việc phòng ngừa các ca nhiễm mới cùng với việc điều trị người đã nhiễm bệnh. Các nỗ lực phòng ngừa sẽ

nhằm đạt sự phổ cập các chương trình phòng ngừa đối với các nhóm nguy cơ cao, bao gồm cả đối tượng mại dâm và tiêm chích, và đạt được sự phổ cập điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (VCT), và các can thiệp nhằm ngăn chặn sự lây nhiễm từ mẹ sang con. Vì giá thành cũng như những khó khăn của việc mở rộng qui mô điều trị, đặc biệt khi sử dụng liệu pháp chống retrovirus (ART) một cách hiệu quả, không gây ra sự kháng thuốc, việc mở rộng dịch vụ cần được theo dõi một cách thận trọng, trên cơ sở khoa học và được nghiên cứu thực hành tích cực. Chúng tôi tán đồng những ước tính của các chương trình ART của UNAIDS và WHO theo đó 5 triệu người có thể được điều trị chống retrovirus với chi phí thấp đến cuối năm 2006.²⁵

Để giúp đỡ việc cung cấp tài chính cho những chi phí gia tăng của nghiên cứu phát triển chúng tôi tán đồng việc thành lập Quỹ Nghiên cứu Y tế Toàn cầu, với kinh phí khoảng 1,5 tỉ đô la mỗi năm. Quỹ này sẽ hỗ trợ những nghiên cứu khoa học y học và sinh y về các vấn đề sức khoẻ ảnh hưởng đến người nghèo và các chính sách và hệ thống y tế dành cho họ. Cạnh đó 1,5 tỉ đô la nữa mỗi năm hỗ trợ nghiên cứu phát triển cần được tài trợ thông qua các kênh đã có. Các kênh này bao gồm Chương trình đặc biệt nghiên cứu và đào tạo về các bệnh nhiệt đới (TDR), Sáng kiến Nghiên cứu Vắc xin (IVR), Chương trình Nghiên cứu đặc biệt, Phát triển và Đào tạo nghiên cứu sức khoẻ sinh sản (tất cả thuộc WHO) và sự cộng tác giữa nhà nước và tư nhân đối với các bệnh AIDS, lao, sốt rét, và những chương trình kiểm soát bệnh tật khác đã được thành lập gần đây. Trong cả hai trường hợp, sự dự báo gia tăng tài trợ sẽ rất quan trọng, bởi việc thực hiện Nghiên cứu Phát triển là những đầu tư dài hạn. Diễn đàn Toàn cầu về Nghiên cứu Sức khoẻ hiện có đóng vai trò quan trọng trong việc phân bổ toàn bộ tài trợ này. Để giúp đỡ sự nghiên cứu và phát triển gia tăng này, chúng tôi ủng hộ mạnh mẽ sự truyền bá miễn phí các tạp chí khoa học hàng đầu trên Internet, bằng cách đó giúp các nhà khoa học ở các nước nghèo có được thông tin nghiên cứu khoa học cần thiết.

Mạng lưới nhà nước không thể tự mình gánh vác được nhiệm vụ này. Ngành công nghiệp dược cần phối hợp trong nỗ lực này. Những nguyên tắc hợp tác đã khích lệ những chương trình hiến tặng và giảm giá thuốc đáng ca ngợi gần đây cần được nhân rộng để hỗ trợ sự mở rộng qui mô chăm sóc y tế ở các nước nghèo. Ngành công nghiệp dược cần bảo đảm rằng các nước nghèo (và các nước viện trợ thay mặt họ) có được các thuốc cần thiết với giá bán gần với giá thành sản xuất (đôi khi được gọi là *giá thương mại thấp nhất có thể*) thay cho giá cao hơn

nhiều thường thấy ở những thị trường siêu lợi nhuận. Theo ước đoán của chúng tôi, ngành công nghiệp dược hiện đã sẵn sàng thực hiện cam kết như vậy, giúp người nghèo có được các thuốc cần thiết, thông qua trợ giá hoặc cấp phép cho các nhà sản xuất hoạt chất.²⁶ Nếu sự hợp tác công nghiệp không đủ hoặc không sẵn sàng trên cơ sở toàn diện và tin cậy, những qui tắc thương mại quốc tế bao gồm cơ hội có được các thuốc cần thiết cần được áp dụng theo phương thức làm sao đảm bảo có được kết quả như thế. Đồng thời, cần đảm bảo rằng tăng cơ hội tiếp cận cho người nghèo không ảnh hưởng tiêu cực đến các nhân tố kích thích sáng tạo trong tương lai liên quan đến bảo hộ sở hữu trí tuệ. Ngành công nghiệp tư nhân bên ngoài khu vực dược phẩm cũng có vai trò nhất định, kể cả việc đảm bảo rằng lực lượng lao động của chính họ – nhân tố chính cho năng suất lao động của hãng – sẽ có được những kiến thức và dịch vụ y tế đảm bảo sự sống còn và sức khoẻ của họ. Chẳng hạn, các công ty khai mỏ ở Nam Phi, trung tâm của dịch bệnh HIV/AIDS, có trách nhiệm đặc biệt giúp đỡ phòng ngừa lây nhiễm. Họ cần làm việc với chính phủ và các nhà tài trợ để đảm bảo công nhân của họ được chăm sóc y tế. Những sáng kiến chính của Uỷ ban liên quan đến những liên hệ giữa y tế và kinh tế được tóm tắt ở bảng 2. Chương trình hành động được tóm tắt ở bảng 3. Những đề nghị đặc biệt của chúng tôi về sự tăng cường viện trợ quốc tế và chi tiêu nội địa được tóm tắt ở bảng 4.

Cùng với xu thế toàn cầu hoá mạnh mẽ hơn bao giờ hết, thế giới cần thành công trong việc đạt được những cam kết nghiêm túc giảm đói nghèo và cải thiện sức khoẻ. Các nguồn lực – con người, khoa học, và tài chính – đang sẵn có để thành công, nhưng bây giờ cần được huy động. Khi cả thế giới bắt tay vào cuộc chiến cam go chống lại khủng bố, còn quan trọng hơn khi thế giới nhất trí cam kết duy trì sự sống cho hàng triệu người thông qua các phương tiện hoà bình, sử dụng thành quả tốt nhất của khoa học và kỹ thuật hiện đại và tài sản to lớn của các nước giàu. Điều đó sẽ là nỗ lực gây cảm hứng và đoàn kết mọi người trên toàn thế giới. Chúng tôi kêu gọi các nhà lãnh đạo của cộng đồng quốc tế – các nước viện trợ và nhận viện trợ, các tổ chức quốc tế như Ngân hàng thế giới, Tổ chức y tế thế giới, Tổ chức thương mại thế giới, Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế, Quỹ tiền tệ quốc tế, các doanh nghiệp tư nhân, và xã hội dân sự - nắm bắt những cơ hội nêu lên trong báo cáo này. Một khi đã liên kết lại, thế giới có thể bắt đầu tiến hành những đầu tư toàn cầu vào y tế, làm thay đổi cuộc sống của những người nghèo trên thế giới.

Bảng 2. NHỮNG PHÁT HIỆN CHÍNH TRONG MỐI LIÊN KẾT GIỮA SỨC KHOẺ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN.

1. Sức khỏe tự thân nó là một mục tiêu ưu tiên, cũng như là động lực chính của sự phát triển kinh tế và giảm đói nghèo. Tầm quan trọng của việc đầu tư cho sức khỏe đã bị đánh giá quá thấp không chỉ bởi các nhà phân tích mà còn bởi chính phủ các nước đang phát triển và cộng đồng tài trợ quốc tế. Sự tăng cường đầu tư vào y tế như được trình bày trong báo cáo này có thể mang lại hàng trăm tỉ đô la thu nhập mỗi năm ở các nước nghèo. Việc đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế cho người nghèo mang lại những lợi ích xã hội to lớn, bao gồm cả các hệ quả tích cực tới những người giàu có hơn trong xã hội.

 2. Một số nhỏ bệnh tật là nguyên nhân chính cho tỉ lệ cao của sức khỏe kém: HIV/AIDS, sốt rét, lao, bệnh truyền nhiễm trẻ em (nhiều bệnh trong đó có thể đề phòng được bằng tiêm chủng), các bệnh phụ sản, các bệnh liên quan đến thuốc lá, và các thiếu hụt dinh dưỡng. Có các biện pháp hiệu quả để ngăn chặn và điều trị các bệnh này. Khoảng 8 triệu người chết mỗi năm do những bệnh này có thể được ngăn chặn vào cuối thập kỷ nếu có một chương trình can thiệp có trọng tâm.

 3. Đại dịch HIV/AIDS là thảm họa đặc biệt và chưa từng có về qui mô và những hậu quả đối với sự phát triển kinh tế. Vì thế nó đòi hỏi sự xem xét đặc biệt. Những biện pháp đã được thử nghiệm và kiểm chứng trong ngành y tế đang sẵn sàng để giải quyết hầu hết các nguyên nhân của sức khỏe yếu kém, gồm cả HIV/AIDS.

 4. Những đầu tư cho sức khỏe sinh sản, gồm cả kế hoạch hóa gia đình và tránh thai, là những đồng hành quan trọng trong đầu tư để kiểm soát bệnh tật. Sự phối hợp kiểm soát bệnh tật và sức khỏe sinh sản sẽ dẫn đến giảm tỉ lệ sinh đẻ, đầu tư lớn hơn vào y tế và giáo dục cho mỗi đứa trẻ và giảm sự phát triển dân số.

 5. Mức chi tiêu y tế ở các nước nghèo là không đủ để giải quyết những vấn đề y tế họ phải đối mặt. Chúng tôi ước tính rằng nhu cầu chi phí tối thiểu vào khoảng 30 đến 40 đô la mỗi người mỗi năm để chi trả các dịch vụ thiết yếu, gồm cả những chữa trị chống lại đại dịch AIDS, trong đó kinh phí phần lớn lấy từ ngân sách hơn là từ khu vực tư nhân. Chi phí y tế thực tế thấp hơn nhiều. Ở những nước kém phát triển nhất, tổng chi phí y tế mỗi người mỗi năm trung bình xấp xỉ 13 đô la, trong số đó chi từ ngân sách chỉ có 7 đô la. Những nước có thu nhập thấp khác,
-

chi trung bình xấp xỉ 24 đô la một người mỗi năm, trong đó tiền ngân sách là 13 đô la.

6. Các nước nghèo có thể tăng nguồn tài chính trong nước mà họ huy động cho ngành y tế và sử dụng những nguồn lực này hiệu quả hơn. Tuy nhiên với sự chi tiêu hiệu quả hơn và huy động nguồn lực lớn hơn, nhu cầu chi phí cần thiết để trang trải các dịch vụ cơ bản cũng vượt xa khả năng tài chính của nhiều nước thu nhập thấp, cũng như một số nước thu nhập trung bình có tỉ lệ HIV/AIDS cao.

7. Sự trợ giúp tài chính sẽ cần thiết để giảm thiểu hụt tài chính, trong sự phối hợp với những nỗ lực lớn nhất của chính những nước nhận viện trợ. Chúng tôi ước tính rằng sự tăng qui mô trên toàn thế giới để đầu tư y tế cho các nước thu nhập thấp nhằm đạt được chi phí cần thiết từ 30 đến 40 đô la mỗi người sẽ cần khoảng 27 tỉ đô la tài trợ mỗi năm vào năm 2007, so với khoảng 6 tỉ đô la mỗi năm hiện nay. Sự tài trợ này là nguồn bổ sung vào các tài trợ khác bởi vì sự tăng viện trợ cũng là cần thiết trong các lĩnh vực liên quan như giáo dục, nước và vệ sinh.

8. Tăng tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo sẽ đòi hỏi những đầu tư tài chính lớn hơn cho những can thiệp đặc biệt, cũng như cho hệ thống cung cấp dịch vụ để hệ thống này tới được người nghèo. Quan trọng nhất là tạo ra hệ thống cung cấp dịch vụ ở cấp địa phương (“gần với khách hàng”), được tăng cường bởi các chương trình quốc gia đối với một số bệnh chủ yếu. Sự thực hiện thành công một chương trình như thế đòi hỏi cam kết chính trị và hành chính, củng cố chuyên môn hành chính và kỹ thuật, tăng cường hệ thống quản lý công cộng, và xây dựng nên những hệ thống trách nhiệm cộng đồng. Nó cũng đòi hỏi cách giải quyết mới trong quan hệ nước tài trợ/nước nhận viện trợ.

9. Sự tấn công hiệu quả vào bệnh tật của người nghèo cũng sẽ đòi hỏi những đầu tư đáng kể vào hàng hoá công cộng toàn cầu, gồm cả việc tăng thu thập và phân tích các số liệu dịch tễ học, theo dõi các bệnh truyền nhiễm, và nghiên cứu và phát triển đối với các bệnh tập trung ở các nước nghèo, (chủ yếu là các bệnh nhiệt đới).

10. Những hành động phối hợp giữa ngành công nghiệp dược phẩm, chính phủ các nước thu nhập thấp, các nước tài trợ, các tổ chức quốc tế là cần thiết để đảm bảo rằng các nước thu nhập thấp có sự tiếp cận tin cậy tới các thuốc thiết yếu.

Bảng 3. CHƯƠNG TRÌNH NGHỊ SỰ HÀNH ĐỘNG ĐẦU TƯ VÀO SỨC KHOẺ VÌ SỰ PHÁT TRIỂN KINH TẾ

1. Mỗi nước thu nhập thấp và trung bình nên thành lập uỷ ban quốc gia về kinh tế vĩ mô và sức khoẻ (NCMH) hoặc tương đương, để vạch ra chương trình dài hạn nhằm mở rộng các dịch vụ thiết yếu như là một phần của chương trình tổng thể của họ trong kế hoạch chiến lược giảm đói nghèo. Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới cần giúp các Uỷ ban quốc gia này xây dựng những đường lối về dịch tễ học, phương hướng hành động và kế hoạch cho tài trợ dài hạn. Những uỷ ban này cần thực hiện xong công việc của họ vào cuối năm 2003.

 2. Chiến lược tài chính cần thấy trước sự tăng trưởng các nguồn ngân sách quốc gia cho y tế tới 1% của GNP vào năm 2007 và 2% của GNP vào năm 2015 (hoặc ít hơn nếu sự tăng ngân sách ít hơn vẫn đủ để trang trải cho việc mở rộng qui mô dịch vụ, như ở một số nước thu nhập trung bình). Đối với các nước thu nhập thấp điều này nhất thiết kéo theo chi tiêu ngân sách bổ sung là 23 tỉ đô la vào năm 2007 và 40 tỉ đô la vào năm 2015, trong đó các nước ít phát triển nhất sẽ chi 4 tỉ đô la vào năm 2007 và 9 tỉ đô la vào năm 2015. Các nước cũng cần thực hiện việc cải thiện hiệu quả nguồn chi tiêu trong nước, gồm cả sự ưu tiên tốt hơn các dịch vụ y tế và khuyến khích các mô hình tài chính cộng đồng nhằm chia sẻ rủi ro cho những gia đình nghèo.

 3. Cộng đồng quốc tế cần cam kết nguồn tài trợ đủ cho các nước thu nhập thấp để đảm bảo sự phổ cập của các dịch vụ thiết yếu cũng như mở rộng nghiên cứu phát triển và các lợi ích công cộng khác. Một số nước thu nhập trung bình cũng sẽ đòi hỏi viện trợ để đáp ứng nhu cầu tài chính của việc mở rộng kiểm soát HIV/AIDS. Theo ước tính của chúng tôi, tổng nhu cầu tài trợ sẽ là 27 tỉ đô la mỗi năm vào năm 2007 và 38 tỉ đô la mỗi năm vào năm 2015. Thêm vào đó, Ngân hàng Thế giới và các ngân hàng phát triển khu vực cần đưa ra những khoản vay ưu đãi cho các nước thu nhập trung bình để nâng cấp hệ thống y tế của họ. Sự phân bổ các nguồn tài trợ sẽ xấp xỉ như sau:
-

| | 2007 | 2015 |
|--|-------------|-------------|
| Các chương trình cấp quốc gia | 22 tỉ đô la | 31 tỉ đô la |
| Nghiên cứu phát triển các bệnh của người nghèo | 3 tỉ đô la | 4 tỉ đô la |
| Cung cấp các hàng hoá công cộng toàn cầu khác | 2 tỉ đô la | 3 tỉ đô la |
| Tổng số | 27 tỉ đô la | 38 tỉ đô la |

Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới, với ban chỉ đạo các nước cho và nhận viện trợ cần phối hợp và giám sát quá trình huy động nguồn tài trợ. Để thực hiện viễn cảnh mở rộng tài trợ quốc tế cho y tế đòi hỏi việc nâng cao năng lực thực hiện và giải quyết các vấn đề quản lý nhà nước hay các khó khăn khác. Tuy nhiên, ở những nơi mà kinh phí không được sử dụng một cách đúng đắn, sự tín nhiệm đòi hỏi phải cắt việc cấp kinh phí và dùng để hỗ trợ nâng cao năng lực và các chương trình của NGO.

4. Cộng đồng quốc tế cần phải thiết lập hai cơ chế cấp kinh phí mới, với ước tính chi phí hàng năm cho đến năm 2007 như sau: Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét (GFATM), 8 tỉ đô la; Quỹ nghiên cứu y tế toàn cầu (GHAF), 1,5 tỉ đô la. Chi phí nghiên cứu và phát triển bổ sung 1,5 tỉ đô la mỗi năm cần được thực hiện thông qua các cơ quan hiện có như TDR, IVR, và HRP thuộc WHO, cũng như Diễn đàn nghiên cứu sức khoẻ toàn cầu và các hợp tác công – tư khác nhằm phát hiện các thuốc và vac-xin mới. Các chương trình quốc gia cũng cần dành ít nhất 5% chi tiêu cho nghiên cứu hành động.
5. Sự cung cấp các hàng hóa công cộng toàn cầu (GPGs) cần được củng cố thông qua tài trợ bổ sung của các tổ chức quốc tế tương ứng như Tổ chức Y tế Thế giới và Ngân hàng Thế giới 1 tỉ đô la mỗi năm vào năm 2007 và 2 tỉ đô la vào năm 2015. Những hàng hóa này gồm cả sự theo dõi ở cấp quốc tế, thu thập số liệu và phân tích các xu hướng sức khoẻ toàn cầu (ví dụ gánh nặng bệnh tật), phân tích và tuyên truyền những kinh nghiệm quốc tế tốt nhất về kiểm soát bệnh tật và những hệ thống y tế tốt nhất của quốc tế, trợ giúp kỹ thuật và đào tạo.

6. Để khuyến khích khu vực tư nhân phát triển các thuốc thế hệ sau, “luật thuốc các bệnh hiếm” hiện dùng ở các nước thu nhập cao cần được điều chỉnh để bao gồm các bệnh của người nghèo như các bệnh nhiệt đới truyền qua côn trùng. Thêm nữa, GFATM và nhà tài trợ cần thiết lập các cam kết trước sẽ mua các sản phẩm mục tiêu mới với giá thương mại.

7. Ngành công nghiệp dược quốc tế, kết hợp với các nước thu nhập thấp và WHO, cần đảm bảo phổ cập các thuốc thiết yếu cho các nước nghèo thông qua cam kết cung cấp các thuốc này với giá thương mại thấp nhất có thể cho các nước nghèo, và cấp phép sản xuất các thuốc thiết yếu cho các nhà sản xuất hoạt chất, với các điều kiện về giá và cung ứng, như đã thảo luận chi tiết trong Báo cáo.

8. Các chính phủ thành viên của Tổ chức thương mại thế giới cần đảm bảo sự bảo hộ cho các nước đang phát triển, và đặc biệt quyền của các nước không sản xuất một số sản phẩm dược phẩm, được yêu cầu bản quyền bắt buộc khi nhập khẩu từ các nhà cung cấp từ nước thứ ba.

9. Quỹ tiền tệ quốc tế và Ngân hàng thế giới cần làm việc với các nước nhận viện trợ để lồng ghép chương trình mở rộng qui mô y tế và các chương trình giảm đói nghèo khác vào khuôn khổ kinh tế vĩ mô khả thi.

Bảng 4. NHỮNG KHUYẾN NGHỊ VỀ CAM KẾT CỦA CÁC QUỐC GIA NHẬN TÀI TRỢ VÀ TÀI TRỢ
(tỉ đô la Mỹ năm 2002)

| | 2001 (Ước tính của CMH) | 2007 | 2015 |
|---|----------------------------|-------|-------|
| Cam kết của các quốc gia tài trợ | | | |
| Chương trình cấp quốc gia | | | |
| Các nước kém phát triển nhất | \$1,5 | \$14 | \$21 |
| Các nước thu nhập thấp khác | \$2,0 | \$6 | \$8 |
| Các nước thu nhập trung bình | \$1,5 ODA | \$2 | \$2 |
| Trong đó: Quỹ toàn cầu để chống AIDS, lao, và sốt rét | 0,5 Không ưu đãi \$0 | \$8 | \$12 |
| Hàng hóa công cộng toàn cầu | | | |
| Nghiên cứu phát triển (<) | \$0,5 | \$3 | \$4 |
| trong đó: Quỹ nghiên cứu y tế toàn cầu | 0 | \$1,5 | \$2,5 |
| Các tổ chức quốc tế | \$1 | \$2 | \$3 |
| Tổng cam kết tài trợ | \$7 | \$27 | \$38 |
| Các nguồn trong nước cho y tế | | | |
| Các nước kém phát triển nhất | \$7 | \$11 | \$16 |
| Các nước thu nhập thấp khác | \$43 | \$62 | \$74 |
| Các Chương trình quốc gia ở các nước thu nhập thấp | | | |
| Cam kết tài trợ cộng các nguồn trong nước | \$53,5 | \$93 | \$119 |

Lưu ý: Các khuyến nghị này dành cho các cam kết hàng năm trong chương trình mở rộng qui mô toàn cầu. Như được nhấn mạnh trong Báo cáo, sự giải ngân thực chất sẽ phụ thuộc vào việc thực hiện chính sách của các nước nhận tài trợ.

BÁO CÁO CỦA ỦY BAN

Trong tiềm lực của mình cộng đồng thế giới có khả năng cứu sống hàng triệu người mỗi năm và thúc đẩy sự phát triển kinh tế tại các quốc gia nghèo nhất thế giới. Báo cáo này mô tả chiến lược để đạt được những mục tiêu đó bằng cách tăng cường đầu tư vào y tế cho những người nghèo. Các kết luận của chúng tôi có cơ sở vững chắc qua nghiên cứu và tư vấn sâu rộng được thực hiện trong vòng 2 năm, đặc biệt qua công việc của 6 Nhóm làm việc, với tổng số 87 nghiên cứu cơ sở và 6 chuyên khảo tổng hợp được Tổ chức Y tế Thế giới xuất bản.²⁷ Hàng trăm người tham gia quá trình phân tích này có tên trong danh sách ở Phụ lục 1.

NHỮNG BẰNG CHỨNG VỀ SỨC KHOẺ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN

Tầm quan trọng của sức khỏe dù đánh giá thế nào cũng không phải là quá cao. Theo lời của người nhận giải thưởng Nobel Amartya Sen, sức khỏe (giống như giáo dục) là một trong những tiềm năng cơ bản cho giá trị của cuộc sống con người.²⁸ Trong một điều tra toàn cầu được Tổng thư ký Kofi Annan giao cho Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ của Liên hợp quốc (Điều tra Thiên niên kỷ, Liên hợp quốc 2000), sức khỏe tốt luôn luôn được coi là nguyện vọng lớn nhất của tất cả mọi người. Sự đau khổ của bệnh tật và chết sớm làm cho việc kiểm chế bệnh tật là mối quan tâm chủ đạo của mọi xã hội và khiến cho sức khỏe trở thành một trong những quyền cơ bản của con người được bảo vệ bởi luật pháp quốc tế.²⁹ Sự thông thái của mỗi nền văn hóa cũng dạy rằng “Sức khỏe là sự giàu có” cả với nghĩa đen.³⁰ Đối với mỗi người và gia đình, sức khỏe mang lại khả năng phát triển cá nhân và sự bảo đảm kinh tế trong tương lai. Sức khỏe là cơ sở cho năng suất làm việc, khả năng học tập trong trường học, khả năng phát triển trí tuệ, thể lực, và tinh thần. Trong thuật ngữ kinh tế, sức khỏe và giáo dục là nguồn vốn nền tảng của con người, mà những người đoạt giải Nobel Theodore Shutz và Gary Becker đã chứng tỏ đó là cơ sở cho hiệu quả kinh tế của mỗi người. Sức khỏe nhân dân tốt là động lực quyết định để giảm đói nghèo, tăng trưởng kinh tế và phát triển kinh tế dài hạn trên qui mô toàn xã hội.³¹ Quan điểm này được biết đến rộng rãi trong các nhà phân tích và những người làm chính sách, nhưng bị đánh giá thấp đi về chất lượng và số lượng, trong phân bổ đầu tư của nhiều nước đang phát triển và các chính phủ tài trợ.³² Các xã hội với gánh nặng nề của bệnh tật có xu hướng vấp phải những cản trở to lớn gặp nhiều lần trong

phát triển kinh tế. Ngược lại, một vài sự “cất cánh” kì diệu trong lịch sử kinh tế – như sự phát triển nhanh của nước Anh trong thời kỳ Cách mạng công nghiệp, sự cất cánh của phần Nam Hoa Kỳ vào đầu thế kỉ 20; sự phát triển nhanh của Nhật Bản đầu thế kỉ 20; và sự phát triển năng động của Nam Âu và Đông Á bắt đầu trong những năm 1950 và 1960 - đã được hỗ trợ bởi những đột phá quan trọng trong y tế công cộng, kiểm soát bệnh tật, và cải thiện chế độ dinh dưỡng (điều mà ngoài việc cải thiện mức năng lượng và năng suất của người lao động còn làm giảm nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm). Ấn tượng nhất trong các nghiên cứu lịch sử này là công trình của giáo sư Robert Fogel. Những nghiên cứu nền tảng của ông đã đánh giá mối quan hệ giữa cơ thể với sự cung cấp thực phẩm và chỉ ra rằng nó rất quan trọng đối với năng suất lao động dài hạn (Fogel; 1991;1997;2000). Tỷ lệ tử vong của người dân châu Âu hơn 200 năm qua đã giảm mạnh do lượng calo trong bữa ăn tăng lên, cũng như bởi những tiến bộ trong y tế công cộng và công nghệ y học. Fogel chỉ ra rằng “Sự gia tăng số lượng calo trong khẩu phần ăn suốt hơn 200 năm qua hẳn đã đóng vai trò không nhỏ trong tốc độ phát triển thu nhập bình quân đầu người của các nước như Pháp và Anh.”³³

Các thiệt hại kinh tế do các bệnh tật có thể tránh được, khi tính gộp lại cao một cách bất ngờ. Bệnh tật làm giảm thu nhập hàng năm của xã hội, thu nhập cuộc đời của cá nhân và các triển vọng phát triển kinh tế. Các nước nghèo đã mất hàng chục phần trăm tổng thu nhập quốc dân mỗi năm, tương đương với hàng trăm tỉ đô la Mỹ. Ủy ban thấy rằng trong các nước đang phát triển, các bệnh truyền nhiễm, tử vong sản phụ và thiếu dinh dưỡng tác động vào người nghèo nhiều hơn là vào người giàu, mặc dù mọi nhóm thu nhập đều bị ảnh hưởng. Một số lượng đáng kể các nghiên cứu của Ngân hàng thế giới (Gwatkin 2000; Gwatkin và những cộng sự 2001) chỉ ra sự khác biệt lớn về tình trạng sức khỏe của các nhóm thu nhập tương đối cao và thấp trong xã hội. Ví dụ, tỷ lệ tử vong của nhóm người nghèo nhất ở Bolivia và Thổ Nhĩ Kỳ cao gấp bốn lần so với nhóm người giàu nhất.³⁴ Nhiều chỉ số khác về sức khỏe và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế chỉ ra sự khác biệt tương tự trên khắp thế giới. Hơn nữa, tình cảnh bệnh tật có thể làm các gia đình nghèo rơi vào cảnh cơ hàn, đặc biệt khi họ buộc phải bán các phương tiện sản xuất để thanh toán các khoản chi cho chăm sóc sức khỏe. Sự tấn công đồng bộ vào các bệnh này vì thế sẽ tạo nên một tổng lực giảm đói nghèo khi các trợ cấp sẽ được dành chủ yếu cho người nghèo. Đầu tư vào sức khỏe vì thế xứng đáng một vị trí đặc biệt trong các chiến lược giảm đói nghèo hiện đang được thực hiện ở các nước thu nhập thấp.

Có nhiều lý do cho sự gia tăng gánh nặng bệnh tật của người nghèo. Thứ nhất, người nghèo dễ bị mắc bệnh vì thiếu nước sạch và vệ sinh, nơi ở an toàn, chăm sóc y tế, thông tin về các cách phòng chống bệnh, và dinh dưỡng tốt. Thứ hai, người nghèo thường ít tìm đến chăm sóc y tế ngay cả khi họ cần, vì ở xa các nhà cung cấp dịch vụ y tế, vì họ thiếu tiền túi để thanh toán các chi phí y tế, vì sự thiếu thốn kiến thức để xử lý đúng các hoàn cảnh bệnh tật. Thứ ba, như đã nhắc đến, các chi phí tiền túi cho các bệnh nặng có thể sẽ đẩy họ vào vòng nghèo khổ mà họ không thể thoát ra được làm họ mang nợ chồng chất hoặc phải bán hay cầm cố các phương tiện sản xuất (như đất đai). Những bệnh nặng có thể sẽ đẩy các gia đình vào sự bần hàn lâu dài, thậm chí cho tới thế hệ sau khi trẻ em phải bỏ học để kiếm sống.

Bảng chứng kinh tế vĩ mô khẳng định rằng những nước có điều kiện y tế giáo dục yếu kém nhất sẽ khó khăn hơn nhiều để đạt được một sự tăng trưởng đáng kể so với các nước có nền y tế và giáo dục tốt hơn. Ở bảng 5 chúng tôi nêu ra tốc độ tăng trưởng của vài chục nước đang phát triển trong thời kỳ 1965 đến 1994, nhóm các nước với nhau theo mức thu nhập ban đầu vào năm 1965 và tỉ lệ tử vong sơ sinh năm đó (như là tiêu cho tình trạng bệnh tật nói chung). Bảng này chỉ ra rằng đối với bất kỳ mức thu nhập ban đầu nào, các nước có tỉ lệ tử vong sơ sinh thấp hơn đã có tăng trưởng kinh tế cao hơn trong thời kỳ này. Ví dụ, ở nhóm nước nghèo nhất (ít hơn 750 đô la đầu người tính theo sức mua bằng đô la Mỹ năm 1990) các nước với tỉ lệ tử vong sơ sinh (IMR) giữa 50 và 100 trên 1000 ca sinh có tăng trưởng bình quân mỗi năm 3,7%, trong khi các nước còn lại với IMR lớn hơn 150 lại chỉ có tăng trưởng trung bình mỗi năm 0,1%³⁵.

Bảng 5. TỈ LỆ TĂNG TRƯỞNG CỦA THU NHẬP ĐẦU NGƯỜI, 1965-1994
(theo mức thu nhập và tỉ lệ tử vong, 1965)

| Tỉ lệ tử vong sơ sinh, 1965 | IMR ≤ 50 | 50 < IMR ≤ 100 | 100 < IMR ≤ 150 | IMR > 150 |
|--|----------|-------------------|--------------------|--------------|
| Thu nhập ban đầu, 1965 (đô la Mỹ theo PPP 1990) | | | | |
| GDP < \$750 | -- | 3,7 | 1,0 | 0,1 |
| \$750 < GDP ≤ \$1.500 | -- | 3,4 | 1,1 | -0,7 |
| \$1.500 < GDP ≤ 3.000 | 5,9 | 1,8 | 1,1 | 2,5 |
| \$3.000 < GDP ≤ 6.000 | 2,8 | 1,7 | 0,3 | -- |
| GDP > \$6.000 | | | | |

Lưu ý : Tỉ lệ tăng trưởng được nêu ở đây là tỉ lệ tăng trưởng trung bình GDP của tất cả các nước trong cột.

Mối tương quan giữa sức khỏe tốt hơn và tăng trưởng kinh tế cao hơn vẫn rõ ràng, kể cả khi các biến số kinh tế bổ sung được đưa vào để xem xét đặc điểm tăng trưởng của các nước (như công trình của Sali Martin 1995; Bloom và Sachs 1998; Bhagrava và cộng sự 2001). Các phân tích kinh tế vĩ mô chuẩn về tăng trưởng của các nước được dựa trên mô hình trong đó tăng trưởng kinh tế trong một khoảng thời gian là một hàm số của thu nhập ban đầu (vì sự hội tụ có điều kiện), và các tham số về chính sách kinh tế và đặc điểm cơ cấu của nền kinh tế, gồm cả các chỉ số sức khỏe dân số. Kết quả thống kê điển hình là cho 10% tăng lên của tuổi thọ (LEB) kéo theo sự tăng trưởng kinh tế ít nhất 0,3 đến 0,4% hàng năm, khi các yếu tố tăng trưởng khác không thay đổi. Sự khác nhau về tăng trưởng hàng năm vì thế được tính bằng LEB giữa một nước thu nhập cao điển hình (LEB = 77 năm) và một nước chậm phát triển điển hình (LEB = 49 năm) là khoảng 1,6 % mỗi năm, và được tích lũy thành một số lớn nếu tính trong thời gian dài.³⁶ Tóm lại, sức khỏe giải thích phần quan trọng trong sự khác biệt của tốc độ phát triển kinh tế, sau khi giữ nguyên các biến số kinh tế vĩ mô chuẩn. Trong thế giới ngày nay, sức khỏe kém có những ảnh hưởng nguy hại đến sự phát triển kinh tế như ở vùng cận sa mạc Sahara, Nam Á, gây ra bệnh tật nặng nề và sự nghèo đói trong thế hệ vừa qua, vùng cận sa mạc Sahara đã trải qua một sự suy giảm định kỳ của mức sống, vốn được bắt đầu ở mức thấp nhất thế giới. Gánh nặng bệnh tật, và hậu quả nhiều mặt của nó về năng suất lao động, dân số và giáo dục, đã đóng một vai trò nhất định trong sự nghèo đói kinh niên của châu Phi. Một nghiên cứu về kinh tế gần đây (Bloom và Sachs 1998) cho thấy rằng hơn một nửa chênh lệch về tăng trưởng của châu Phi so với các nước tăng trưởng nhanh ở Đông Á có thể giải thích bằng thống kê do gánh nặng bệnh tật, dân số và địa lý hơn là do các tham số truyền thống khác về chính sách kinh tế vĩ mô và lãnh đạo chính trị. Tỷ lệ mắc bệnh cao của các bệnh như sốt rét và HIV/AIDS liên quan đến sự giảm to lớn và lâu dài của tỉ lệ tăng trưởng kinh tế. Tỷ lệ sốt rét cao đã cho thấy liên quan đến sự giảm tăng trưởng kinh tế 1% mỗi năm hoặc nhiều hơn.³⁷

Những lợi ích trong tăng trưởng thu nhập đầu người do cải thiện y tế là ẩn tượng, song chỉ nói lên một phần của vấn đề. Thậm chí nếu tăng trưởng kinh tế theo đầu người không bị ảnh hưởng bởi sức khỏe, vẫn có những lợi ích quan trọng kinh tế do tuổi thọ được tăng lên. Khi so sánh phúc lợi giữa các xã hội, điều quan trọng là phải tính đến tuổi thọ cũng như thu nhập hàng năm. Ở các nước người dân mạnh khỏe

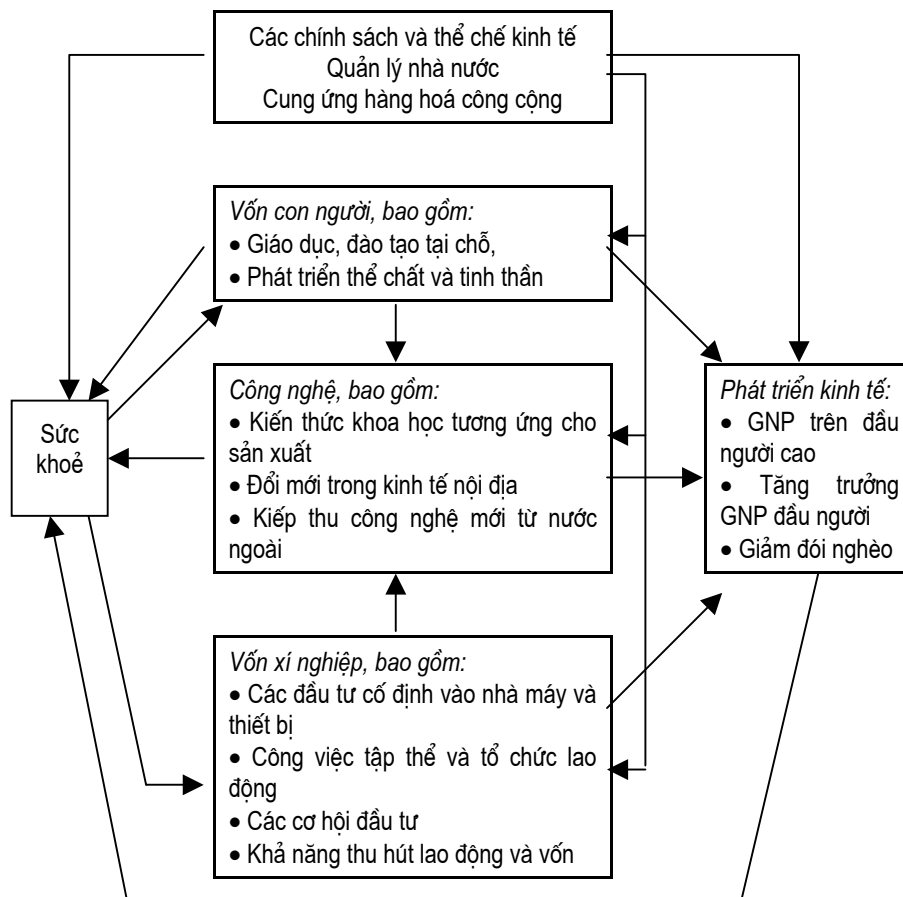
hơn, trung bình mọi người sẽ sống lâu hơn nhiều, nên tiền kiếm được cả đời cũng sẽ cao hơn nhiều. Hãy xem ví dụ sự khác biệt giữa người dân bình thường của Bot-xoa-na và Mỹ. Ở Bot-xoa-na, thu nhập bình quân của năm 1997 là khoảng \$6.320 tính theo sức mua.³⁸ Ở Mỹ thu nhập bình quân năm đó là \$30.000. Thoạt tiên, có vẻ như thu nhập của Mỹ gấp 5 lần tính theo đầu người. Song một người trung bình 22 tuổi ở Bot-xoa-na được giáo dục 12 năm có thu nhập cả cuộc đời khoảng 61 lần của trung bình năm (\$385.000), trong khi một người Mỹ 22 tuổi có nền giáo dục tương tự do có tuổi thọ cao hơn, sẽ có thu nhập cả cuộc đời khoảng 120 lần thu nhập năm (\$3.600.000). Như vậy về mặt thu nhập cả cuộc đời hơn là thu nhập mỗi năm, khoảng cách chênh lệch thu nhập thực tế gần 10 lần. Khoảng cách về hạnh phúc tinh thần được thêm vào sẽ còn lớn hơn nữa. Hơn nữa, tuổi thọ tăng lên có tác động gián tiếp đến lợi ích kinh tế, ngoài những tác động trực tiếp của nhiều năm thu nhập, tiêu thụ, và nghỉ ngơi. Các gia đình sống lâu có xu hướng đầu tư nhiều hơn vào giáo dục và tiết kiệm tài chính, vì tuổi thọ cao hơn cho phép họ có nhiều năm hơn để nhận được lợi ích từ những đầu tư như vậy.

Vì bệnh tật có ảnh hưởng nặng nề đến sự phát triển kinh tế, đầu tư vào sức khỏe là thành tố quan trọng cho chiến lược phát triển tổng thể. Điều này đặc biệt đúng ở các nước nghèo nơi các gánh nặng bệnh tật rất nặng nề. Song đầu tư vào sức khỏe có lợi nhất khi là một phần của một chiến lược phát triển hợp lý. Tăng trưởng kinh tế đòi hỏi không chỉ các cá nhân khỏe mạnh mà còn được giáo dục, các đầu tư bổ sung khác, một sự phân công lao động thích hợp giữa nhà nước và tư nhân, các thị trường hoạt động tốt, sự lãnh đạo tốt và các kế hoạch củng cố phát triển công nghệ. Sự tăng trưởng kinh doanh đi đâu là kinh tế tư nhân cần phải được bổ sung bởi vai trò tích cực của nhà nước trong một vài lĩnh vực: đảm bảo những đầu tư hạt nhân trong y tế và giáo dục, bảo đảm việc thực thi luật pháp, bảo vệ môi trường thiên nhiên và hợp tác với khu vực tư nhân để tăng cường khoa học và công nghệ tiên tiến. Chúng tôi không tuyên bố rằng những đầu tư vào y tế có thể giải quyết những vấn đề phát triển nhưng những đầu tư đó cần phải là trung tâm của một chiến lược giảm đói nghèo và phát triển toàn diện.

Chúng tôi minh họa vai trò của sức khỏe trong các đóng góp cho sự phát triển kinh tế ở Hình 1. Sản lượng kinh tế một mặt là kết quả của các chính sách và các thiết chế (các chính sách kinh tế, sự điều hành của nhà nước và sự cung cấp các hàng hóa công cộng), mặt khác là các yếu tố đầu vào (vốn con người, công nghệ và vốn xí nghiệp) đối

với các ngành khác. Các chính sách và các thiết chế tốt là tối quan trọng: chúng quyết định sự thành công của hoạt động kinh tế cho bất cứ một mức vốn và công nghệ nào, cũng như tốc độ tích lũy vốn và công nghệ. Sức khoẻ có những hiệu quả kinh tế quan trọng đối với vốn con người và vốn xí nghiệp như chúng tôi thảo luận trong Báo cáo, thông qua một số phương cách. Một số ảnh hưởng là hiển nhiên còn một số khác thì trừu tượng hơn. Bản thân sức khoẻ bị ảnh hưởng bởi các chính sách và các thiết chế, mức vốn con người (ví dụ giáo dục, cải thiện sức khoẻ), mức công nghệ trong xã hội, đặc biệt bởi chính ngành y tế, và sự tăng trưởng thu nhập và giảm đói nghèo.

Hình 1. SỨC KHOẺ NHƯ MỘT ĐỘNG LỰC CỦA PHÁT TRIỂN KINH TẾ



Sự phát triển kinh tế vì vậy là một quá trình đa ngành, và sách lược phát triển kinh tế cần xây dựng trên một khoảng rộng các đầu tư xã hội cũng như các chiến lược khuyến khích đầu tư kinh doanh khu vực tư nhân. Đối với các nước thu nhập thấp, quá trình PRSP là một cơ chế hứa hẹn, cho phép đặt cuộc chiến chống bệnh tật trong một sách lược phát triển toàn diện. Quá trình PRSP thúc đẩy các chính phủ và xã hội xem xét một loạt các chính sách về y tế, giáo dục, nước sạch và vệ sinh, quản lý môi trường, quan hệ giới và các lĩnh vực khác. Chúng tôi hoan nghênh cách đặt vấn đề toàn diện này bởi vì thậm chí trong một vấn đề hẹp là y tế cũng đã thấy rõ rằng sức khỏe tốt và phòng chống bệnh tật không thể thực hiện được bởi một mình ngành y tế. Chẳng hạn một trong những đóng góp mạnh mẽ nhất để giảm tử vong trẻ em là học vấn của các bà mẹ, là sản phẩm của một hệ thống giáo dục đảm bảo sự phổ cập giáo dục cho người nghèo, gồm cả nữ cũng như nam. Nước và vệ sinh an toàn, giáo dục những thói quen vệ sinh đúng đắn như rửa tay và sử dụng xà phòng, có thể giảm đáng kể nhiều bệnh như tiêu chảy và các bệnh khác đã giết hàng triệu trẻ em mỗi năm. Chế độ dinh dưỡng có tác động tương hỗ với bệnh tật. Việc cung cấp không đủ tổng lượng calo và protein, thường là do sản lượng lương thực rất thấp của các gia đình nông dân, có thể làm cho nhiều người bị giảm khả năng miễn dịch, khiến cho họ rất dễ bị mắc bệnh và chịu các hậu quả của các bệnh truyền nhiễm. Thiếu hụt dinh dưỡng có thể gây ra những hậu quả tàn phá cho sự phát triển thể lực và trí tuệ. Các chuẩn mực văn hóa, đặc biệt sự bất bình đẳng trong quan hệ giữa nam giới và nữ giới có thể gây ra các điều kiện bệnh tật. Nguy cơ nhiễm AIDS của một cô gái trẻ chỉ có thể được giảm đi rất ít thông qua giáo dục về tình dục an toàn một khi cô gái còn dễ trở thành nhu cầu tình dục của những người đàn ông có quyền lực xã hội. Vì tất cả những nguyên nhân này, những cải thiện sức khỏe cần được xem xét trong chương trình giảm đói nghèo toàn diện.

Những cam kết toàn cầu để cải thiện sức khỏe được nêu lên trong Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG) được các nguyên thủ quốc gia thông qua tại Hội nghị thượng đỉnh thiên niên kỷ 2000.³⁹ Các mục tiêu này tập trung vào giảm đói nghèo nói chung và một số mục tiêu sức khỏe nói riêng, vì thế đã nêu chính xác sự liên quan giữa giảm đói nghèo toàn diện và đầu tư vào sức khỏe.⁴⁰ Các mục tiêu sức khỏe MDG bao gồm: (1) giảm tử vong trẻ em 2 đến 3 lần trong giai đoạn từ 1990 đến 2015; (2) giảm tỉ lệ tử vong bà mẹ từ 3 đến 4 lần trong cùng thời kỳ; (3) kết thúc sự gia tăng HIV/AIDS và lây nhiễm của một số bệnh khác không muộn hơn năm 2015. Các sáng kiến quốc tế khác

gần đây như các chương trình Đẩy lùi sốt rét và Chặn đứng lao, đã bổ sung các mục tiêu cụ thể hơn để kiểm soát bệnh tật trong những lĩnh vực riêng biệt.⁴¹

Các MDG một phần thể hiện sự quan tâm nhân đạo, nhưng đó cũng là một sự đầu tư vào sức khỏe và hạnh phúc người dân các nước giàu cũng như các nước nghèo. Bằng chứng rất rõ ràng: bệnh tật tạo ra sự bất ổn định ở các nước nghèo, điều này lại tác động đến các nước giàu. Tỷ lệ tử vong sơ sinh cao được xác định là một trong những dự báo chính của sự sụp đổ chính quyền (thông qua đảo chính, nội chiến, và những thay đổi chính quyền bất hợp pháp khác) trong những nghiên cứu gần đây về sự sụp đổ chính quyền trong thời kỳ 1960 đến 1964.⁴² Hoa Kỳ đã can thiệp quân sự ở nhiều trong số các cuộc khủng hoảng này.⁴³ Cùng với tư duy này, những nghiên cứu tình báo đã nhấn mạnh tầm quan trọng chiến lược kiểm soát các bệnh lây nhiễm trên toàn thế giới gồm cả AIDS.⁴⁴ Tất nhiên, toàn bộ hậu quả còn lớn hơn cả sự bất ổn định chính trị và xã hội ở các nước bị tác động bởi bệnh dịch: bệnh lây trong một địa phương có thể nhanh chóng vượt qua các biên giới quốc tế. Bản thân AIDS là một ví dụ thảm khốc nhất của một bệnh bắt nguồn ở một địa phương và nhanh chóng vượt qua các ranh giới châu lục và quốc gia để lan truyền tới phần còn lại của thế giới. Giả thiết có lý nhất hiện nay là AIDS bắt nguồn ở Tây Phi vào khoảng năm 1951, hay trước hoặc sau đó khoảng 15 năm.⁴⁵ Sự bùng nổ bệnh cúm do một chủng virut dạng mới đã biến đổi có thể là ví dụ tiếp theo của một sát thủ trên toàn thế giới nơi mà sự phát hiện sớm và điều trị đúng có thể cứu một số lớn người ở các nước giàu cũng như các nước nghèo.⁴⁶ Bệnh lao kháng nhiều loại thuốc (MDR-TB) đang vượt qua biên giới từ các nước nghèo đến các nước giàu một cách tương tự.⁴⁷

Trong mỗi xã hội những bệnh ảnh hưởng đến người nghèo cũng có ảnh hưởng đến cả người giàu – thông qua sự truyền nhiễm và sự bất ổn định xã hội. Một ví dụ nổi bật là hiệu quả của màn chống muỗi tẩm chất diệt côn trùng (ITNs) để ngăn ngừa bệnh sốt rét. Những số liệu thực tế chỉ ra rằng hiệu quả của những màn này sẽ được tăng lên bởi mức độ sử dụng cao của chúng ở một làng và người sử dụng màn cá nhân được bảo vệ nhiều hơn nếu những người khác cũng sử dụng màn.⁴⁸ Đó là vì các màn ITN có tác dụng không chỉ ngăn muỗi đốt qua màn, mà còn (hay thậm chí chủ yếu) giảm sự lây nhiễm tiếp theo của những con muỗi đã tiếp xúc với chất diệt côn trùng ở trên màn, vì thế giảm khả năng xảy ra sốt rét trong cả làng đó. Người sử dụng màn có thể hãy còn bị muỗi đốt, nhưng con muỗi đó chắc chắn sẽ ít gây bệnh

hơn nếu những người khác trong làng cũng sử dụng màn ITN. Như vậy, những người giàu của một làng bị ảnh hưởng trực tiếp bởi việc sử dụng màn ITN ở những gia đình nghèo. Có những ví dụ tương tự của sự “lây lan” hoặc “hiệu ứng quần chúng” đối với việc kiểm soát bệnh truyền nhiễm. Ví dụ, những ca bệnh lao không được điều trị trong những người nghèo sẽ dễ dàng lây truyền, và những ca điều trị kém dễ dàng phát triển thành lao kháng thuốc với những hậu quả kinh khủng cho những người khác trong xã hội.

Một ví dụ cuối cùng: Tỷ lệ tiêm chủng trong xã hội càng cao thì xác suất những người không tiêm chủng sẽ tránh được các bệnh truyền nhiễm cũng càng cao, một hiện tượng được biết như là *miễn dịch bầy đàn*. Ảnh hưởng tích cực của tiêm chủng là rõ ràng nhất trong trường hợp tiêu diệt hoàn toàn bệnh đậu mùa. Ngày nay thế giới tiết kiệm hàng trăm triệu đô la từ các chương trình chủng đậu thường xuyên mà nay đã không cần thiết nữa vì bệnh này đã được quét sạch hoàn toàn. Để có được những khoản tiết kiệm này, mỗi ca bệnh đậu mùa cần phải được loại trừ và điều này phụ thuộc vào việc tiêm chủng cho những người nghèo nhất trong số những người nghèo. Điều đó yêu cầu những đầu tư của các nước giàu hơn. Những bằng chứng của Ủy ban cũng thống nhất với nhiều nghiên cứu khác cho thấy rằng Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ giảm đói nghèo và sức khoẻ sẽ không thực hiện được nếu không có nỗ lực đồng bộ với mục đích mở rộng dịch vụ y tế tới những người nghèo của thế giới. Hàng chục nước hiện nay đang đi chệch hướng trong giảm tử vong trẻ em, tử vong bà mẹ, và ngăn chặn các bệnh dịch lớn. Theo Chương trình Phát triển Liên hợp quốc (2001), 62% dân số của các nước đang phát triển là ở các quốc gia “tụt hậu ở phía sau rất xa, hoặc đi chệch hướng” trong việc thực hiện các mục tiêu về tử vong sơ sinh và tử vong trẻ em.⁴⁹ Các hệ thống y tế ở các nước nghèo hãy còn chưa sẵn sàng để thực hiện mục tiêu MDG, và sự trợ giúp của các nước giàu hãy còn chưa đủ. Thế giới đã đưa ra những cam kết long trọng để giải quyết khủng hoảng bệnh tật của người nghèo, nhưng những hành động đủ mạnh còn chưa được tiến hành. Với hàng triệu người đang chết, những cái chết bi thảm và vô nghĩa, và với những tổ chức toàn cầu đang chịu sức ép, mở rộng cuộc chiến chống lại bệnh tật là sống còn đối với tính hợp pháp của toàn cầu hoá.

CÁC KÊNH ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH TẬT ĐẾN PHÁT TRIỂN KINH TẾ

Có ba cách chủ yếu để bệnh tật cản trở thành quả và phát triển kinh tế.⁵⁰ Cách thứ nhất được cho là trực tiếp hơn cả: bệnh tật “có thể tránh được” giảm số những năm sống khoẻ mạnh. Sự mất mát kinh tế đối với xã hội do những năm bị bệnh – do những tử vong sớm và tàn phế lâu dài – là rất lớn: hàng trăm tỉ đô la Mỹ mỗi năm, tương đương một phần đáng kể thu nhập quốc dân của các nước thu nhập thấp. Do hậu quả của riêng đại dịch AIDS tăng trưởng kinh tế sẽ giảm vài phần trăm mỗi năm ở châu Phi, vì nhiều người đã bị đánh ngã ngay trong những năm làm việc đầu của họ. Cách thứ hai là ảnh hưởng của bệnh tật đối với những đầu tư của cha mẹ cho trẻ em. Những xã hội với tỉ lệ tử vong sơ sinh cao (trẻ chết dưới một tuổi) và tử vong trẻ em cao (trẻ chết dưới 5 tuổi) có tỉ lệ sinh đẻ cao hơn, một phần để bù lại những tử vong thường xuyên của trẻ em. Một số lượng lớn trẻ em, ngược lại làm giảm khả năng các gia đình nghèo đầu tư vào sức khoẻ và giáo dục cho mỗi đứa trẻ - quá trình được Gary Baker và các cộng sự mô tả như “sự đánh đổi số lượng – chất lượng” trong việc nuôi dạy trẻ em. Kênh thứ ba là những hậu quả trì trệ của bệnh tật đối với đầu tư kinh doanh và cơ sở hạ tầng, lớn hơn nhiều tác động lên năng suất từng người lao động. Những ngành công nghiệp, nông nghiệp, khai thác mỏ, sản xuất, và du lịch cũng như các dự án cơ sở hạ tầng quan trọng bị xói mòn bởi tỷ lệ bệnh tật cao. Thêm vào đó các bệnh dịch và các bệnh địa phương cũng có thể làm xói mòn hợp tác xã hội và thậm chí sự ổn định chính trị và kinh tế vĩ mô.

Thiệt hại trực tiếp đến phúc lợi cá nhân

Con người mất lợi ích kinh tế do bệnh tật. Khi các nhà kinh tế và các chuyên gia y tế công cộng thử tính một cách định lượng đối với thiệt hại về phúc lợi, họ thường chia nó thành ba phần: (1) giảm thu nhập do bệnh tật; (2) giảm tuổi thọ do bệnh tật; và (3) giảm cuộc sống tinh thần do bệnh tật, thường được gọi “nỗi đau và sự chịu đựng”, kể cả khi không có sự giảm thu nhập hoặc tuổi thọ.⁵¹ Sự giảm thu nhập có ít nhất 4 thành phần : (i) chi phí điều trị y tế; (ii) thiệt hại về thu nhập lao động do ốm đau; (iii) thiệt hại về thu nhập lao động khi lớn do hoàn cảnh bệnh tật thời ấu thơ; và (iv) thiệt hại của những thu nhập tương lai do chết sớm.

Một mục tiêu của phân tích kinh tế là chuyển đổi những thiệt hại gây ra bởi bệnh tật này thành thuật ngữ đô la, nhằm đánh giá những ích lợi kinh tế có thể tích lũy khi giảm gánh nặng bệnh tật. Tài liệu kinh tế học về giá trị của cuộc sống có một kết luận rất mạnh mẽ và nhất quán: giá trị của một năm sống mạnh khỏe thêm được – nhờ chữa khỏi bệnh chẳng hạn – là giá trị hơn rất nhiều so với thu nhập kiếm được trong năm đó. Theo một số ước tính, mỗi năm sống có giá trị khoảng gấp 3 lần thu nhập hàng năm. Điều này phản ánh giá trị của thời gian được hưởng thụ ngoài hiệu quả tiêu thụ và sống lâu, khi không phải chịu nỗi đau gây ra bởi bệnh tật. Khi một người chết trẻ, những thiệt hại về kinh tế được tính bằng tổng của những mất mát gây ra trong mỗi năm của cuộc sống bị mất. Theo cách tính như vậy, cuộc sống bị mất ở độ tuổi 20 đôi khi được tính gấp 100 lần hoặc hơn thu nhập hàng năm bởi vì số năm bị mất là 40 hoặc nhiều hơn, và mỗi năm bị mất giá trị khoảng 3 lần thu nhập mỗi năm. Những đánh giá như vậy đã được sử dụng trong một vài phân tích kinh tế gần đây.⁵²

Bất kể những con số chính xác đến đâu, những tính toán này nhắc chúng ta một điều quan trọng. Khi chúng ta đánh giá cái giá của bệnh tật trong xã hội, chúng ta cần hỏi không chỉ bệnh tật ảnh hưởng như thế nào đến mức và sự tăng trưởng của GNP đầu người (ví dụ do giảm năng suất lao động của người công nhân) mà cả bệnh tật ảnh hưởng như thế nào đến tuổi thọ và thu nhập cả cuộc đời mà xã hội mất. Thậm chí nếu đại dịch AIDS không ảnh hưởng tới GNP đầu người, các hậu quả của nó do giảm tuổi thọ cũng đã là khủng khiếp về mặt kinh tế. Với tuổi thọ bình quân ở các nước bị ảnh hưởng nặng nề, giảm nhiều năm hoặc hàng chục năm, AIDS làm giảm thu nhập cuộc đời và lợi ích kinh tế một cách đáng kể. Chúng ta hãy minh họa thiệt hại của sốt rét và AIDS đối với châu Phi bằng cách sử dụng những khái niệm này. Chúng tôi nhân số năm cuộc sống bị mất vì bệnh tật với một số lần thu nhập đầu người để có ước lượng về thiệt hại kinh tế. Chẳng hạn, ở cận sa mạc Sahara, do sốt rét, khoảng 36 triệu năm của cuộc đời bị coi là mất đi bởi bệnh tật (DALY) năm 1999 trong tổng số dân 616 triệu người. Nếu mỗi DALY này được tính dè dặt là bằng thu nhập đầu người, tổng giá thành của sốt rét sẽ bằng 5,8% (= 36/616) của tổng thu nhập quốc dân của vùng này. Nếu thay vào đó chúng ta tính mỗi DALY là 3 lần thu nhập đầu người, tổng thiệt hại sẽ là 17,4% GNP (= 5,8% x 3). Tương tự, với khoảng 72 triệu DALY do AIDS và giả thiết mỗi DALY tương đương với thu nhập bình quân đầu người, thiệt hại của những DALY này năm 1999 do AIDS sẽ là 11,7% (=72/616) của tổng sản phẩm quốc dân của cận Sahara. Nếu chúng ta tính mỗi DALY

là 3 lần thu nhập đầu người, thiệt hại sẽ là con số đáng kinh ngạc 35,1% của GNP. Nhận xét rằng mỗi cái chết do AIDS được ước tính là tương đương 34,6 DALY năm 1999.⁵³ Đó là vì những cái chết do AIDS thường xảy ra ở những người trưởng thành còn trẻ, cho nên mỗi cái chết tương đương với nhiều năm sống bị mất giữa tuổi chết và tuổi thọ trung bình.

Lưu ý rằng những ước tính này không bao gồm hậu quả của bệnh tật đối với mức thu nhập bình quân hàng năm. Những ước tính kinh tế cho rằng trong thời gian ngắn, nền kinh tế với dân số không bị ảnh hưởng bởi sốt rét có tăng trưởng hàng năm nhanh hơn 1% so với nền kinh tế có nguy cơ bị ảnh hưởng bởi sốt rét cao, giữ nguyên các yếu tố tăng trưởng khác (như là mức thu nhập, việc học hành, chất lượng các cơ quan, và các chính sách tài chính). Vì hiệu quả tăng trưởng đó tích lũy theo thời gian, những ước tính kinh tế cho rằng nền kinh tế bị ảnh hưởng bởi sốt rét sẽ có thu nhập đầu người bằng một nửa thu nhập đáng lẽ có nếu không bị ảnh hưởng bởi sốt rét. Ở đây giữ nguyên những yếu tố tăng trưởng khác.⁵⁴ Những ảnh hưởng này đối với mức thu nhập đầu người kết hợp với tuổi thọ ngắn hơn do sốt rét sẽ chỉ ra ảnh hưởng toàn diện của bệnh tật, và rõ ràng rằng hàng chục phần trăm của GNP đã bị mất vì bệnh sốt rét.

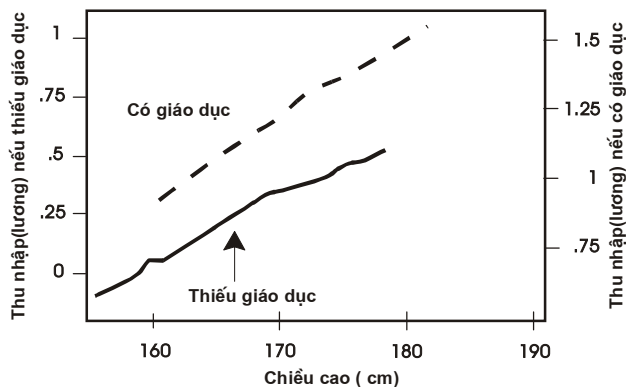
Những hậu quả kinh tế của tình trạng bệnh tật đối với từng hộ gia đình có thể tăng lên đáng kể nếu những chi phí chữa bệnh buộc gia đình phải chi tiêu nhiều nguồn tài chính của họ cho chăm sóc sức khỏe đến mức làm giảm tài sản của họ và họ bị nợ nần. Điều này có thể ném hộ gia đình vào sự nghèo khó mà họ không thể thoát ra được, giảm sút phúc lợi của mọi thành viên và thường cho cả các người thân của họ nữa. Ủy ban đã tổng kết nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng các gia đình nghèo hiếm khi được bảo hiểm với các bệnh nặng, vì thế họ thường phải bán tài sản của họ như là đất đai, trang trại và súc vật, hoặc phải cầm cố đất đai để duy trì chi tiêu tối thiểu khi phải đối mặt với những thu nhập bị mất do ốm và để trả tiền cho chi phí y tế cấp thiết. Việc mất những tài sản sản xuất có thể dẫn đến cái bẫy nghèo đói (nghĩa là nghèo đói dai dẳng) ở mức gia đình thậm chí sau khi căn bệnh cấp tính đã chữa được, bởi những gia đình khánh kiệt sẽ có một thời gian khó khăn để đầu tư lại vốn cho những hoạt động sản xuất của họ. Gia đình nợ nần sẽ thiếu vốn sản xuất để thực hiện những đầu tư ngắn hạn (ví dụ giống, phân bón) để sản xuất một sản lượng đáng kể để trả nợ cũng như không có khả năng vay do thu nhập ít ỏi trong tương lai. Sự nghèo đói đồng thời cũng có thể làm trầm trọng thêm các bệnh tật ban đầu.⁵⁵

Những hậu quả cho cả vòng đời

Mặc dù hầu hết các nghiên cứu về gánh nặng kinh tế của bệnh tật chỉ xem xét những chi phí liên quan trực tiếp đến một giai đoạn bệnh tật (và với tử vong sớm), các bệnh tật sớm trong cuộc đời, tuy không gây tử vong có thể có hậu quả xấu trong toàn bộ vòng đời. Bệnh tật ở tuổi sơ sinh và của thai nhi có thể liên quan đến hậu quả sau này, gồm cả những tật nguyên về thể chất và tinh thần.⁵⁶ Giáo dục được công nhận rộng rãi là chìa khoá cho sự phát triển kinh tế, nhưng nhiều người không đánh giá được tầm quan trọng của sức khoẻ trẻ em đối với những thành quả giáo dục. Sức khoẻ kém giảm trực tiếp năng lực nhận thức và ảnh hưởng gián tiếp việc đi học do sự vắng mặt, sự kém chú ý khi nghe giảng và việc bỏ học sớm.

Những hậu quả lâu dài của bệnh tật giai đoạn sớm ít được đánh giá song nó rất to lớn. Một số là ảnh hưởng sinh học: bệnh tật sớm cản trở sự phát triển thể chất và nhận thức, sự phát triển này sẽ giảm năng suất lao động kinh tế của người lớn, một số ảnh hưởng khác cũng là kinh tế vì khả năng nhận thức suy giảm dẫn đến bỏ học sớm. Cho nên cá nhân sẽ mang gánh nặng kép suốt cuộc đời do khả năng nhận thức kém cộng với thiếu thốn thành quả giáo dục. Một số bằng chứng gián tiếp cho thấy rằng hậu quả kinh tế của bệnh tật trẻ em và thiếu ăn là vô cùng to lớn, lớn hơn nhiều so với người ta thường nghĩ. Những nghiên cứu ở nhiều nước đang phát triển cho thấy chiều cao của người lớn liên quan chặt chẽ tới thu nhập của họ (xem hình 2 trong trường hợp của Brazil). Chiều cao của người lớn phản ánh dinh dưỡng trẻ em và bệnh tật chúng đã mắc. Những trẻ em nhiều lần bị bệnh truyền nhiễm và không đủ ăn dễ có chiều cao thấp khi trưởng thành. Sự tương ứng của chiều cao với thu nhập vì thế là một chỉ số rõ ràng một cách kinh ngạc về ảnh hưởng của sức khoẻ và dinh dưỡng trẻ em đến năng suất lao động cả cuộc đời.

Hình 2. BRAZIL: CHIỀU CAO VÀ TIỀN LƯƠNG



Nguồn: Strauss and Thomas, 1998.

Một trong số những hậu quả nặng nề nhất của sức khoẻ kém là nó cản trở kết quả giáo dục, thông qua ảnh hưởng đến khả năng nhận thức và ảnh hưởng đến việc đi học. Balas cùng cộng sự (1986) và Pollitt (1997;2001) đã tổng kết những nghiên cứu về mối liên hệ giữa dinh dưỡng và sự phát triển trí não của trẻ em. Trong hầu hết những nghiên cứu này, sự thiếu hụt các dưỡng chất quan trọng (sắt, vitamin A) liên quan tới sự giảm sút khả năng nhận thức. Tương tự, Bhargava (1997) đã phân tích một nghiên cứu toàn diện về trẻ em đi học ở Tanzania và thấy rằng sức khoẻ và dinh dưỡng là những dự báo quan trọng về thành quả giáo dục và nhận thức. Ông cũng kết luận rằng việc loại bỏ ký sinh trùng đường ruột như giun móc và sán máng là quan trọng đối với sự phát triển của trẻ em. Nghiên cứu thử nghiệm của Kremer và Miguel (1999) cũng có kết luận tương tự về tẩy giun. Trong những nghiên cứu ngẫu nhiên về điều trị học sinh tẩy giun móc, giun tròn và sán máng, trẻ em trong các trường được tẩy giun có tỉ lệ đi học cao hơn đáng kể so với trẻ em trong các trường không có chương trình này. Thật thú vị là trẻ không chữa trị trong các trường được chữa trị đến lớp thường xuyên hơn cho thấy hiệu ứng lây lan của việc đi học từ những trẻ được chữa trị tới những trẻ không được chữa trị (ví dụ, thông qua các chuẩn mực xã hội).

Những tài liệu về cái giá-của-bệnh tật có lẽ đã nêu rất không đầy đủ những thiệt hại của các bệnh kinh niên không gây tử vong vào mọi giai đoạn của cuộc đời. Những người mạnh khoẻ hơn sẽ nhiệt tình và hăng hái về thể chất và tinh thần, sẽ làm việc hiệu quả hơn và sẽ có đồng lương cao hơn. Sự hiệu quả trong công việc của họ làm cho các công ty có lợi nhuận hơn, và lực lượng lao động mạnh khoẻ là yếu tố quan trọng để hấp dẫn đầu tư nước ngoài. Họ cũng ít khi nghỉ việc vì bệnh tật (hoặc bệnh tật trong gia đình họ) và trở nên hiệu quả hơn trong công việc. Sự hiệu quả này là đặc biệt lớn ở các nước đang phát triển, nơi có một tỷ lệ lớn nhân công lao động đơn giản. Ở Indonesia chẳng hạn, những người thiếu máu có năng suất kém hơn 20% những người không bị thiếu máu. Khi những người bị bệnh thiếu máu được điều trị bằng sắt, năng suất lao động của họ tăng lên gần bằng của những người không bị thiếu máu.⁵⁷ Cũng có mối quan hệ giữa sức khoẻ ban đầu và thành công trong giáo dục đã được nhắc đến ở mục trước. Những trẻ em khoẻ mạnh có khả năng học tốt hơn và trở thành những người trưởng thành được giáo dục tốt hơn và kiếm được nhiều tiền hơn. Ở một gia đình mạnh khoẻ, giáo dục trẻ em ít khi bị gián đoạn vì sức khoẻ của chúng hoặc của những thành viên trong gia đình. Tâm

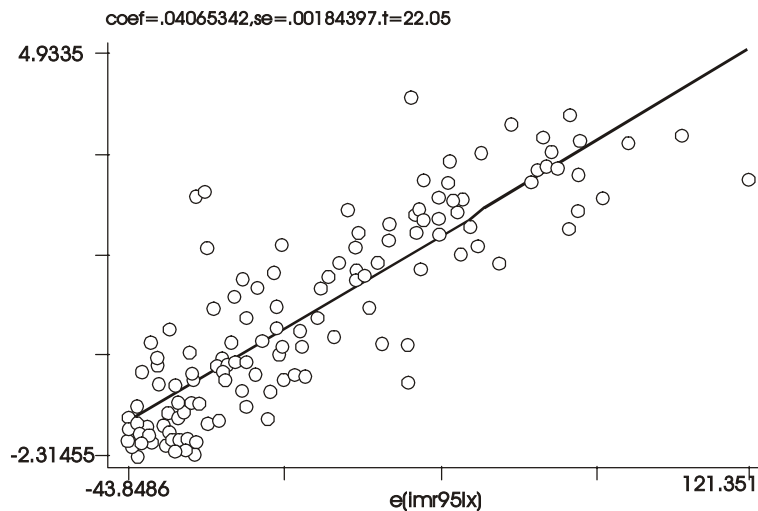
quan trọng của bệnh giun móc đã được chỉ ra ở một trong những trường hợp rất lâu rồi, về việc sức khoẻ kém ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động. Phần lớn sự phát triển kinh tế thời kỳ đầu của miền Nam nước Mỹ đã gắn với sự loại bỏ giun móc và sự thiếu máu đi kèm theo nó. Ettling (1981) đã mô tả một cách rõ ràng những ảnh hưởng và hậu quả của “mầm mống của sự lười” là nguyên nhân của năng suất thấp.

Hậu quả của bệnh tật qua các thế hệ

Bệnh tật của một người trong gia đình có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho các thành viên khác của gia đình, đặc biệt là trẻ em. Một bệnh người lớn có thể làm cho sức khoẻ kém, thậm chí gây ra cái chết của một đứa trẻ trước đó mạnh khoẻ do sự giảm sút thu nhập gia đình và việc thiếu các chăm sóc. Bệnh tật hoặc cái chết của cha mẹ có thể buộc đứa trẻ bỏ học sớm, ví dụ để giúp đỡ gia đình. Bệnh tật của người lớn cũng giảm sự truyền đạt kiến thức từ người lớn đến trẻ em. Những cộng đồng bị ảnh hưởng bởi AIDS ở châu Phi báo cáo rằng những đứa trẻ mồ côi bây giờ lớn lên thiếu kiến thức làm nông nghiệp tại địa phương.

Một trong những thiệt hại lớn nhất, và ít được công nhận nhất của tỉ lệ tử vong sơ sinh và tử vong trẻ em cao là tác động thông qua nhân khẩu học. Những gia đình nghèo bù đắp những cái chết của trẻ em bằng cách sinh nhiều con. Tính logic ở đây rõ ràng một cách đau đớn. Cha mẹ có thể quyết định có tới sáu đứa con hoặc hơn chỉ cốt để tin tưởng rằng sẽ có ít nhất một đứa con trai (hoặc con gái, hoặc cả hai) sẽ sống được đến khi bố mẹ già. Song khi các gia đình nghèo có nhiều con như thế, như là ở phần lớn châu Phi ngày nay, gia đình chỉ có thể thực hiện được những đầu tư rất nhỏ cho giáo dục và sức khoẻ của mỗi đứa trẻ. Như vậy một gánh nặng bệnh tật lớn chuyển sang những gia đình đông con với sự đầu tư thấp về giáo dục và sức khoẻ cho mỗi đứa trẻ. Mặc dù tỉ lệ tử vong trẻ em cao không phải là nguyên nhân duy nhất của tỉ lệ sinh đẻ cao (sự bất bình đẳng nam nữ, sự thiếu thốn trong giáo dục và các cơ hội làm việc của các bà mẹ, các chuẩn mực văn hóa và một số yếu tố khác), sự giảm tỉ lệ tử vong có thể là sự khích lệ lớn để giảm sinh đẻ khi phối hợp với kế hoạch hoá gia đình, giáo dục, và sự tham gia nhiều hơn của phụ nữ vào lực lượng lao động.

Hình 3. MỐI LIÊN HỆ GIỮA TỈ LỆ TỬ VONG SƠ SINH (TRỤC X) VÀ TỔNG TỈ LỆ SINH ĐẸ (TRỤC Y), 148 NƯỚC, 1995

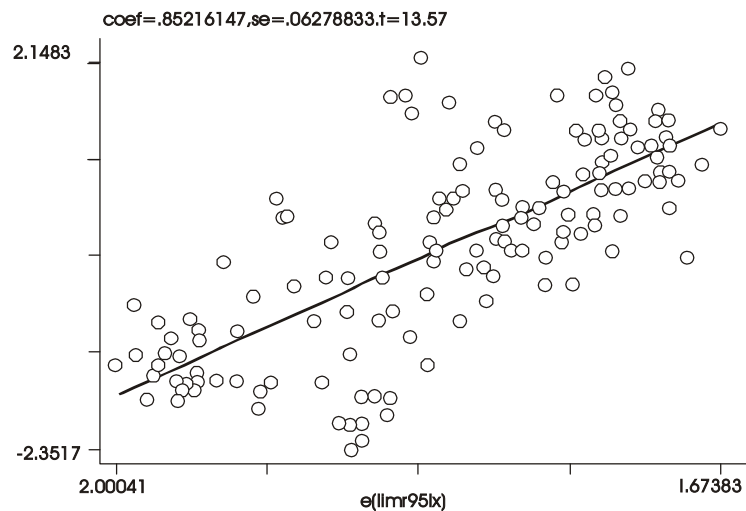


Minh chứng liên kết mức độ sinh đẻ với tỷ lệ tử vong sơ sinh (dưới 1 tuổi) và tử vong trẻ em (dưới 5 tuổi) rất rõ ràng. Hình 3 là đồ thị cho 148 nước năm 1995, chỉ ra sự tương ứng báo động của tỷ lệ sinh đẻ tổng thể (TFR, trục y) và tỷ lệ tử vong sơ sinh (IMR, trục x).⁵⁸ Những nước có IMR nhỏ hơn 20 có TFR trung bình là 1,7 trẻ em. Những nước có IMR lớn hơn 100 có TFR trung bình là 6,2 trẻ em. Xác suất sống sót của trẻ em không là yếu tố duy nhất trong việc chuyển từ tỷ lệ sinh đẻ cao sang tỷ lệ sinh đẻ thấp, nhưng là một yếu tố quan trọng. Sự giáo dục người mẹ hiển nhiên là một yếu tố khác. Những người mẹ có giáo dục hơn không chỉ có sự kiểm soát lớn hơn đối với những lựa chọn sinh sản trong gia đình, mà họ cũng có khả năng kiếm nhiều tiền hơn ngoài xã hội, và vì thế có cơ hội lớn hơn là ở nhà để nuôi con. Sự sẵn có của các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, gồm cả phòng tránh thai và tư vấn gia đình cũng là một yếu tố quan trọng khác. Các chuẩn mực văn hóa cũng rất quan trọng khi có sự di cư về vùng thành thị.⁵⁹

Thật trở trêu rằng tỷ lệ tử vong trẻ em cao có xu hướng gây ra tỷ lệ sinh đẻ cao trong các cặp vợ chồng nghèo. Nói chung, sinh đẻ nhiều hơn để bù đắp cho tỷ lệ tử vong cao, cũng chính là nguy cơ làm các gia đình trở nên nặng nề. Trong một minh họa bằng con số, các gia đình có tỷ lệ con sống sót là 75% chọn có 6 người con, trong đó trung bình

sống 4,5 người. Các gia đình có tỉ lệ con sống sót là 95% có 2 người con, trong đó trung bình sống 1,9 người. Các gia đình có tỉ lệ tử vong cao cuối cùng có tỉ lệ phát triển dân số cao hơn các gia đình có tỉ lệ tử vong thấp, điều này nghe có vẻ bất hợp lý. Nhưng điều này giúp chúng ta hiểu được một thực tế đáng ngạc nhiên là các nước có tỉ lệ tử vong sơ sinh cao có tỉ lệ tăng trưởng dân số cao nhất trên thế giới, gây hậu quả lên môi trường vật chất, đến mức mà dân số tăng đang chen chúc trên những vùng đất trống trọt sinh sống nhỏ nhoi. Sự liên hệ rõ ràng và mạnh mẽ giữa tỉ lệ tử vong sơ sinh và tỉ lệ tăng trưởng dân số chung thể hiện ở Hình 4. Việc giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh sẽ làm giảm tỉ lệ tăng trưởng dân số, hoặc không tăng nếu tính về lâu dài. Như đã nói ở trên, các chương trình kiểm soát bệnh tật cần phải được bổ sung bởi các chương trình y tế và giáo dục hiệu quả để đảm bảo rằng sự tiến tới tỉ lệ tử vong thấp hơn song hành với việc giảm tỉ lệ sinh đẻ càng nhanh càng tốt.

Hình 4. MỐI LIÊN HỆ GIỮA LOG(TỈ LỆ TỬ VONG SƠ SINH) VÀ TỈ LỆ TĂNG TRƯỞNG DÂN SỐ, 148 NƯỚC, 1995



Các ảnh hưởng dân số tác động không chỉ ở mức độ gia đình (micro) mà cả ở mức độ kinh tế (macro). Khi tỉ lệ tử vong trẻ em giảm dẫn đến giảm tỉ lệ sinh đẻ, tăng trưởng dân số tổng thể có xu hướng giảm và tuổi thọ trung bình dân số có xu hướng tăng. Tỉ lệ trẻ phụ thuộc (số những người trẻ trong số những người lớn) cũng có xu hướng giảm. Những thay đổi nhân khẩu học này thúc đẩy tổng thu nhập quốc dân đầu người và tăng trưởng kinh tế (xem Bloom và Canning 2001). Tỉ lệ dân số ở tuổi làm việc tăng sẽ làm tăng GNP đầu người.⁶⁰ Phần dân số ở độ tuổi có tỉ lệ tiết kiệm cao tăng lên, nên tỉ lệ tiết kiệm tổng thể của nền kinh tế có xu hướng tăng. Tuổi thọ của mỗi người tăng lên có xu hướng làm tăng tỉ lệ tiết kiệm tính theo tuổi. Những ảnh hưởng này, giống như những ảnh hưởng khác mà chúng tôi đang xem xét, là hiển nhiên ở mô hình tiết kiệm của nhiều nước, mặc dù khó đánh giá chính xác biên độ của ảnh hưởng vì có nhiều biến số.

Bệnh tật và những hậu quả xã hội

Bệnh tật gây ra những thiệt hại đối với xã hội ở ngoài phạm vi những thiệt hại đối với các cá nhân và các gia đình. Chẳng hạn gánh nặng bệnh tật nặng nề tạo ra sự quay vòng cao của lực lượng lao động và làm giảm lợi nhuận của các xí nghiệp ngoài những ảnh hưởng trực tiếp đối với năng suất lao động của người công nhân.⁶¹ Các bệnh như sốt rét tạo ra nguy cơ cho những người di chuyển đến một nơi nào đó, và vì thế cản trở du lịch, ngăn cản những đầu tư sinh lợi khác hoặc cản trở việc sử dụng kinh tế hiệu quả đất trồng và các tài nguyên thiên nhiên khác. Nhiều bệnh ký sinh trùng nhiệt đới khác (ví dụ giun chỉ u, sán máng và trùng mũi khoan) làm cho một số vùng nhiệt đới nhất định không sống được hoặc cực kỳ không hấp dẫn cho một số dạng định cư hoặc nuôi trồng nhất định. Việc mắc bệnh tật nhiều trong lực lượng lao động của các hãng cũng gây ra sự quay vòng công nhân rất cao và nghỉ việc làm giảm lợi nhuận, đó là chưa kể các ảnh hưởng của các hoàn cảnh bệnh tật cá nhân. Trung bình các hãng cần thuê và đào tạo hơn một công nhân cho mỗi vị trí để bù đắp cho sự quay vòng cao. Nhiều hãng đã cắt giảm những đầu tư ở vùng Nam châu Phi bởi vì bệnh dịch AIDS quá nặng nề, dẫn đến khả năng phải quay vòng công nhân rất cao.

Ví dụ cổ điển của bệnh tật cản trở một đầu tư quan trọng là việc xây dựng kênh đào Panama. Người ta ước tính rằng 10 đến 20 nghìn người đã chết chỉ do sốt rét và sốt vàng da trong những năm đầu tiên của dự án từ 1882 đến 1888, và điều đó có lẽ là nguyên nhân chính của thất bại của Lesseps để lập lại thành công của kênh Suez ở châu Mỹ. Thiệt

hại của dự án này là khoảng 30 triệu đô la và hàng thập kỷ chậm chễ trong việc hoàn thành kênh này. Kinh nghiệm có được của William Gorgas trong việc kiểm soát những bệnh tật này ở Havana, được áp dụng ở Panama, đã là một trong những yếu tố chính dẫn đến việc nước Mỹ hoàn thành thành công con kênh này vào năm 1914 (Jones 1990). Những vấn đề tương tự trong việc kiểm soát bệnh tật ngày nay tiếp tục cản trở những đầu tư trong khai thác, du lịch và nông nghiệp. Một số bằng chứng thực tế cho thấy sự giảm mạnh bệnh sốt rét ở một số vùng cận nhiệt đới vào những năm 1940 và 1950 (như các nước Nam Âu, Hi Lạp, Ý, Bồ Đào Nha và Tây Ban Nha) đã có ảnh hưởng mạnh mẽ đối với tăng trưởng kinh tế chủ yếu do thúc đẩy du lịch và đầu tư nước ngoài trực tiếp.⁶² Những lợi ích này vượt xa những chi phí chữa bệnh trực tiếp như được tính trong nghiên cứu về thiệt hại của bệnh tật.

Những nguy cơ đối với các xí nghiệp vì bệnh AIDS ở Nam châu Phi có vẻ như gây ra những tổn thất rất lớn tương tự cho đầu tư trong vùng này. Một phần của năng suất lao động của xí nghiệp là do công việc theo nhóm có được bởi những mối quan hệ làm việc bền vững giữa các thành viên chủ chốt của nhóm. Việc quay vòng nhân viên nhiều do AIDS làm các hãng thường xuyên phải đối mặt với sự tan vỡ các nhóm làm việc và chịu những thiệt hại nặng nề để sắp xếp và đào tạo lại công nhân. Những thiệt hại do quay vòng như thế là gánh nặng trực tiếp cho lợi nhuận của xí nghiệp, ngoài những hậu quả từ năng suất lao động của người công nhân. Tạp chí *Economist* đã đưa ra ví dụ một hãng đa quốc gia ở Nam Phi thuê ba công nhân cho mỗi vị trí lãnh nghề để đảm bảo rằng sự thay thế luôn sẵn sàng khi người công nhân được đào tạo bị chết.⁶³ Có một giai thoại về các xí nghiệp giảm đầu tư của họ ở miền Nam châu Phi chỉ vì AIDS.

Với xu hướng tương tự, khi một tỉ lệ đáng kể các cá nhân của cộng đồng bị bệnh, cả cộng đồng bị ảnh hưởng liên đới, ngân sách địa phương có thể phải dùng vào việc chăm sóc người ốm, vì thế giảm số tiền dành cho các dịch vụ xã hội khác. Mức độ tin tưởng trong cộng đồng có thể giảm, đặc biệt nếu bệnh tật được lý giải như là lời nguyền rủa, hoặc như là sự đầu độc hoặc phép ma thuật, như là thường được nhắc đến ở nhiều vùng của châu Phi khi bị AIDS. Những người công nhân lãnh nghề có thể bỏ đi hoặc chết khiến cho cộng đồng thiếu sự chỉ đạo kỹ thuật và kinh doanh cần thiết. Đạo đức xã hội có thể giảm sút. Một số lớn trẻ mồ côi hậu quả của AIDS có thể làm khó khăn thêm các hoạt động cứu trợ xã hội. Tỉ lệ tiết kiệm gia đình chắc sẽ giảm, và cùng với đó tỉ lệ tích lũy vốn của toàn xã hội. Thậm chí thời

gian và chi phí trực tiếp cho những lần thăm nom và tang lễ thường xuyên có thể có hậu quả đáng kể đối với kinh tế địa phương, một hiện tượng hiển nhiên ở một số nước Nam châu Phi bị ảnh hưởng nặng nề bởi HIV/AIDS.

Gánh nặng bệnh tật nặng nề ảnh hưởng đến ngân sách quốc gia cũng giống như nó ảnh hưởng đến ngân sách gia đình. Hệ thống chăm sóc sức khỏe bị quá tải và đòi hỏi nhiều nguồn tài chính hơn gồm cả những nguồn tài trợ mà lẽ ra để phục vụ cho những nhu cầu khác. Thu nhập từ thuế của chính phủ bị giảm đến mức hoạt động kinh tế bị giảm (cũng như khi ngành du lịch bị giảm hoặc sản lượng các xí nghiệp bị sút kém do những nguyên nhân khác). Sự kết hợp của nhu cầu ngân sách tăng trong khi nguồn thu ngân sách giảm dẫn đến những thiếu hụt ngân sách đáng kể, làm mất ổn định nền kinh tế vĩ mô, điều này tiếp tục gây ra những hậu quả có hại cho nền kinh tế.

TÌNH HÌNH BỆNH DỊCH Ở CÁC NƯỚC THU NHẬP THẤP

Sức khỏe người dân của các nước đang phát triển trong những thập kỷ gần đây là một câu chuyện gồm tin tốt, tin xấu và tin rất xấu. Tin tốt là ở chỗ hầu hết các vùng thuộc thế giới đang phát triển, từ nửa sau của thế kỷ 20, cho thấy sự cải thiện chưa từng có trong y tế công cộng toàn cầu. Trong khoảng từ năm 1960 đến 1965, tuổi thọ ở các nước thu nhập thấp tăng lên 22 năm so với 8 năm ở các nước phát triển. Bình quân toàn cầu, tỉ lệ tử vong dưới 5 tuổi giảm từ 150 trên 1000 ca sinh, trong những năm 1950, xuống còn 40 trên 1000 ca sinh trong những năm 1990, với sự giảm rõ rệt sau mỗi thập kỷ. Sự tiến bộ này không phải tự nó xảy ra như là kết quả tự nhiên của phát triển kinh tế. Chúng thực ra phản ánh sức mạnh của chăm sóc y tế và các đầu tư liên quan. Trong vòng ba thập kỷ qua, các chiến dịch tiêm chủng khác nhau và các chiến lược cứu trợ trẻ em chống lại các bệnh truyền nhiễm, đã tăng số trẻ em được bảo vệ lên hàng triệu người. Sự tử vong cũng giảm trong số những người lớn không hút thuốc. Cả hai thành quả này đã được trợ giúp bởi các yếu tố khác gồm cả sự tăng cường giáo dục. Vì vậy những thành quả này chỉ ra sự hiệu quả của những đầu tư có mục đích rõ ràng vào y tế và báo trước điều gì cần được thực hiện tiếp theo.

Tin xấu là mặc dù có những thành quả ấn tượng này, gánh nặng tổng thể của các bệnh có thể phòng ngừa được ở các nước đang phát triển vẫn còn rất lớn, với những thiệt hại kinh tế và con người to lớn. Như ta thấy ở bảng 1, tuổi thọ ở 48 nước ít phát triển nhất chỉ là 51

năm so với 78 năm ở các nước thu nhập cao.⁶⁴ Tỷ lệ tử vong sơ sinh là 100 trên 1000 ca sinh ở các nước ít phát triển nhất, so với chỉ 6 ca tử vong ở các nước thu nhập cao. Theo ước tính năm 1998 của WHO, các bệnh truyền nhiễm là sát thủ số một đối với trẻ em cũng như người lớn. Chúng chiếm tới 13,3 triệu tử vong toàn thế giới trong số gần 54 triệu tử vong. Năm 1998 có tới 45% tử vong ở châu Phi và Đông Nam Á được cho là vì bệnh truyền nhiễm, trong khi 48% số tử vong sớm trên toàn thế giới (dưới 45 tuổi) được cho là có nguyên nhân truyền nhiễm. Đối với các nước thu nhập trung bình và thấp gộp lại, gần một phần ba tử vong là do các bệnh truyền nhiễm, bệnh bà mẹ và trẻ em, và thiếu hụt dinh dưỡng có thể phòng ngừa được và / hoặc có thể chữa trị được. Số tử vong do các bệnh này chỉ trong một năm đã đáng giật mình : 16 triệu tử vong, chỉ do một nhóm bệnh nhất định nhưng hậu quả khôn lường. Những can thiệp hiệu quả vẫn có để giảm tử vong do mỗi bệnh này, nhưng những can thiệp này không tới được hàng trăm triệu người một cách đáng tin cậy. Nếu chúng ta chỉ xem xét trường hợp các bệnh phòng ngừa được bằng tiêm chủng, Liên minh vắc xin và tiêm chủng toàn cầu (GAVI) ước tính rằng toàn thế giới có khoảng 2,9 triệu tử vong mỗi năm do các bệnh có thể phòng ngừa bằng tiêm chủng, với một tỉ lệ rất lớn là ở các nước đang phát triển.⁶⁵

Bảng 6. ĐẠI DỊCH AIDS, CÁC VÙNG LỰA CHỌN, CUỐI 1999 (000S)

| Khu vực | Số người sống với HIV/AIDS, cuối 1999 | Tử vong do AIDS, 1999 | Trẻ mồ côi do AIDS, 1999 | Tỉ lệ mắc bệnh người lớn (%), cuối 1999 |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---|
| Toàn cầu | 34.300 | 2.800 | 13.200 | 1,07 |
| Cận Sahara châu Phi | 24.500 | 2.200 | 12.100 | 8,57 |
| Đông Nam Á và Thái Bình Dương | 530 | 18 | 5 | 0,06 |
| Nam và Đông Nam châu Á | 5.600 | 460 | 850 | 0,54 |
| Đông Âu và Trung Á | 420 | 8 | 15 | 0,21 |
| Nam Phi và Trung Đông | 220 | 13 | 15 | 0,12 |
| Tây Âu | 520 | 7 | 9 | 0,23 |
| Nam Mỹ | 900 | 20 | 70 | 0,58 |
| Carribe | 360 | 30 | 85 | 2,11 |

Nguồn: UNAIDS, Báo cáo đại dịch HIV/AIDS toàn cầu, tháng 6, 2000.

Tin rất xấu là chỉ một loại vi rút mới, vi rút suy giảm miễn dịch con người (HIV) gây ra bệnh AIDS đã đẩy cả một thế hệ ở phần lớn cận sa mạc Sahara ở châu Phi và một số vùng khác của thế giới vào một đại dịch tàn phá nhất trong lịch sử hiện đại. Những ca nhiễm HIV đầu tiên được xác định vào đầu những năm 1980, giả thiết rằng những vi rút này đã truyền từ vi rút động vật dưới dạng biến dị vào con người vài thập kỷ trước. Nhưng chỉ sau 20 năm HIV/AIDS đã gây ra khoảng 22 triệu tử vong (gồm cả 2,8 triệu trong năm 1999), gây ra sự thiệt hại về người không kể xiết, và lây nhiễm tổng cộng 58 triệu người, trong số đó 36 triệu hãy còn sống. (Bảng 6, với số liệu cuối năm 1999, cho thấy 34,3 triệu người bị nhiễm). Hầu hết những người này sẽ chết sớm vì những diễn biến của AIDS, mặc dù cuộc sống của họ có thể được kéo dài đáng kể nhờ những phác đồ chữa trị hiện nay, và thậm chí chữa khỏi AIDS nếu các công nghệ tiên tiến được phát triển thành công trong những năm tới. Ở một số nước, điển hình ở Đông và Nam Phi, đại dịch này đã chuyển sang giai đoạn báo động, trong đó một phần tư hay hơn số người lớn bị nhiễm bệnh. Ở nhiều vùng khác của thế giới, đặc biệt ở các vùng đông dân cư ở châu Á, đại dịch này đang ở giai đoạn đầu, đang đe dọa rằng hàng chục triệu người nữa sẽ mắc bệnh trong những năm tới nếu không đưa các chiến lược kiểm soát hiệu quả đã được xác định, vào qui mô rộng rãi và tích cực hơn.

Triển vọng sức khỏe của một tỉ người nghèo nhất có thể được cải thiện căn bản bằng cách nhằm vào một số tương đối nhỏ các bệnh và các điều kiện. Những mục tiêu đầu tiên là:

HIV-AIDS

sốt rét

lao

các bệnh bà mẹ và thai nhi

các nguyên nhân tử vong trẻ em phổ biến gồm cả sỏi, uốn ván, bạch hầu, viêm đường hô hấp cấp, và bệnh tiêu chảy

thiếu dinh dưỡng mà làm trầm trọng thêm những bệnh này

các bệnh phòng được bằng vắc xin khác

bệnh liên quan đến thuốc lá

Những bệnh này không phải là các vấn đề sức khỏe duy nhất ảnh hưởng đến người nghèo: họ mắc nhiễm những bệnh khác nữa như mọi người khác, ngoài những bệnh tập trung nhiều trong số họ. Tuy nhiên

những bệnh này là nguyên nhân của một tỉ lệ lớn những tử vong có thể tránh được của người nghèo, nơi mà chúng tôi khảo sát tử vong tránh được bằng cách so sánh tỉ lệ tử vong ở các nước nghèo với tỉ lệ tử vong của những người không hút thuốc ở các nước giàu trên cơ sở điều chỉnh theo tuổi.⁶⁶ Vì thế chúng tôi tập trung vào những bệnh liên quan đến sự chênh lệch tử vong lớn nhất ở các nước nghèo so với các nước giàu, và thấy rằng những bệnh này chủ yếu ảnh hưởng đến người nghèo tại các nước thu nhập thấp.

Khi chia số liệu thành ba nhóm tuổi, nghiên cứu cho thấy rằng tử vong tránh được là khoảng 87% của tổng tử vong trong số trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Trong số nam giới tuổi từ 5 tới 29, 60% của tổng tử vong được coi là có thể tránh được, trong khi đối với phụ nữ ở cùng độ tuổi, con số là 82%, mức độ cao hơn chủ yếu vì những nguy hiểm khi mang thai và sinh nở. Trong số phụ nữ từ 30 đến 69, 51% tử vong có thể tránh được; Còn trong số đàn ông độ tuổi này tử vong tránh được giảm đi tới gần một nửa tổng tử vong là 43%.

Hiển nhiên rằng không phải tất cả tử vong “tránh được” xác định bằng cách này thực tế có thể tránh được trong thời gian sắp tới. Để làm điều đó cần ngay lập tức nâng cấp các hệ thống môi trường và sức khoẻ tới các tiêu chuẩn của các nước phát triển; Mặc dù quá trình này cần không chậm như nhiều người nghĩ mà có thể tăng tốc và chắc chắn cần tăng tốc, nó không thể nhanh một cách tùy tiện. Nhưng không phải là không có lý do để đặt mức độ chăm sóc sức khoẻ này như là một khát vọng tối thượng.

GIẢI QUYẾT GÁNH NẶNG BỆNH TẬT

Điều quan trọng là đã có những can thiệp hiệu quả để giảm tử vong liên quan đến mỗi bệnh này, mặc dù cũng cần tiếp tục nghiên cứu, phát triển để có những cách điều trị và phòng ngừa tốt hơn nữa cho các bệnh này. Một số trong những căn bệnh này thậm chí có thể dễ dàng bị loại bỏ; tất cả các bệnh này đều có thể kiểm soát được ở một mức độ nào đó, thường là lớn. Sự tiến bộ bị hạn chế không phải bởi quá nhiều lựa chọn, cũng không phải do không quan tâm tới những việc cần phải làm. Những vấn đề phức tạp và móc nối nhau thông thường của sự nghèo đói đều thực tế : người nghèo có thể thiếu hiểu biết để tự bảo vệ một cách đầy đủ và tìm đến những dịch vụ cần thiết; họ có thể thiếu sức mạnh để bảo vệ các quyền của họ; hay họ có thể thiếu thu

nhập để sử dụng các dịch vụ. Cách tốt nhất tiến về phía trước là trên hai con đường. Một là đầu tư vào hệ thống y tế – xây dựng cho nó đủ vững mạnh, và có đủ kinh phí, và có sự ưu tiên đúng để cung cấp một số lượng khá nhỏ các can thiệp thiết yếu. Hai là bằng những bước bổ sung trong giáo dục và những tiến bộ về thể chế, như việc tham gia của cộng đồng, để người nghèo có thể sử dụng một cách hiệu quả và được khuyến khích tìm tới những can thiệp thiết yếu này.

Tiến bộ lớn có thể và đã đạt được ở nhiều loại bệnh ở hầu hết các khu vực trên thế giới. Một tiến bộ dạng đặc biệt là khả năng chưa từng có trong lịch sử để tiến xa hơn trong việc kiểm soát một số bệnh tật đến mức loại trừ hay quét sạch chúng.⁶⁷ Việc tiêu diệt bệnh đậu mùa cùng với việc bay lên mặt trăng là một bước tiến điển hình của tiến bộ của loài người. Với những người hoài nghi ngày nay, cần phải nhớ lại rằng nhiều người đã tin rằng việc tiêu diệt bệnh đậu mùa là không thể; Sự bỏ phiếu về việc thực hiện tiêu diệt bệnh đậu mùa tại Hội đồng Y tế Thế giới năm 1966 chỉ có hai phiếu thông qua!⁶⁸ Bệnh bại liệt đã được giảm đến mức nó chỉ còn là một gánh nặng bệnh tật tối thiểu trên thế giới, rất dễ bị tiêu diệt trong một tương lai gần. Những sự tiêu diệt như vậy không chỉ là thành công lớn trong y tế công cộng: chúng thể hiện sự tiết kiệm vì các vắc xin không còn cần thiết nữa.⁶⁹ Tương tự, việc loại bỏ bệnh sốt, vẫn còn là bệnh gây tử vong nhiều – 800.000 tử vong vào năm 1998 – không còn nằm ngoài khả năng đối với các khu vực rộng lớn nữa. Việc tiêu diệt hoàn toàn là có thể nếu lượng vắc xin cho toàn cầu được tạo ra. Malawi, một trong những nước nghèo nhất trên thế giới, nơi có 20% dân số không sử dụng dịch vụ y tế và dưới 50% sử dụng nước an toàn, gần đây đã có tỉ lệ tiêm phòng sốt thường kỳ ở mức độ cao và tiến hành vận động những ai bỏ lỡ những đợt thường kỳ. Năm 1999, không có ca tử vong trẻ em nào được báo cáo vì bệnh sốt ở Malawi, và chỉ có hai trường hợp được xác nhận nhiễm trên cả nước. Ngoài những chương trình nhằm loại trừ bệnh bại liệt và bệnh sốt, Tổ chức Y tế Thế giới hiện đang tiến hành những bước đầu tiên, được sự ủng hộ to lớn của các nhà tài trợ từ ngành công nghiệp dược phẩm và sự ủng hộ từ các tổ chức phi chính phủ, nhằm loại trừ và tiêu diệt hoàn toàn bảy bệnh khác, hầu hết là những bệnh gây gánh nặng lớn nhất cho các nước nghèo: bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm, giun guinea, bệnh phong, bạch hầu, uốn ván sơ sinh, rối loạn thiếu i ốt và bệnh mắt hột gây mù.

Tiền chủng không phải là phương tiện duy nhất để thành công. Ở những nơi điều trị được thực hiện và giám sát trực tiếp, diễn tiến điều

trị ngắn (DOTS) cho bệnh lao đạt được tỉ lệ chữa khỏi tuyệt vời.⁷⁰ Đối với bệnh sốt rét, việc đưa vào sử dụng các chất diệt côn trùng mới và cải thiện điều trị (tức là điều trị bệnh nhân bằng thuốc chữa sốt rét) có thể có một tác động đáng kể – ở phần lớn châu Á và Mỹ La – tinh, tử vong do sốt rét đã giảm rất nhiều. Sự bùng phát trở lại gần đây của bệnh này mặc dù đáng lo ngại, cũng không bao giờ đe dọa các nước này như trong quá khứ. Ở châu Phi, các dự án thử nghiệm sử dụng màn chống muỗi tẩm chất diệt côn trùng đã cho thấy có hiệu quả cao trong việc giảm tỉ lệ tử vong khi sử dụng các màn chống muỗi này. Bệnh tiêu chảy có thể được giải quyết bằng cách phổ biến rộng rãi điều trị mất nước đường uống, cùng với cải thiện vệ sinh. Những can thiệp như thế có vai trò đáng kể đối với giảm tử vong của bệnh này trong trẻ em : tử vong do bệnh tiêu chảy trên toàn thế giới đã giảm từ 4,6 triệu một năm vào năm 1980 xuống còn 3,3 triệu một năm vào năm 1990, và xuống 1,5 triệu vào năm 1999.

Một số nghiên cứu các thành công đối với các bệnh này gần đây được các cơ quan quốc tế hàng đầu về y tế thu thập để nhấn mạnh những thành công thực tế ở nhiều nước trên thế giới.⁷¹ Chúng gồm :

HIV – AIDS

Giảm tỉ lệ bị nhiễm HIV cao trong quân đội Thái Lan

Sự tăng cường sử dụng bao cao su của những người hành nghề mại dâm và sự giảm bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở Thái Lan

Giảm tỉ lệ nhiễm bệnh HIV trong số những người 13 đến 19 tuổi ở Uganda

Bệnh lao

Giảm các ca lao ở Peru do áp dụng DOTS

Giảm tỉ lệ tử vong do lao ở Trung quốc, Ấn Độ, Nepal nhờ DOTS

Sốt rét

Giảm mạnh tử vong sốt rét ở Việt Nam nhờ điều trị tốt các ca nhiễm và sử dụng màn chống muỗi tẩm chất diệt muỗi

Giảm xảy ra sốt rét ở Agiechaigian nhờ phun thuốc diệt côn trùng, phòng bệnh, diệt bọ gậy, và cải thiện điều trị bằng thuốc. Giảm số ca sốt rét ở bờ biển Kenya nhờ màn tẩm chất diệt muỗi

Các bệnh trẻ em

Giảm tỉ lệ tử vong trẻ em ở Mêhico nhờ điều trị mất nước qua đường miệng

Giảm tử vong do nhiễm trùng đường hô hấp ở Pakistan

Giảm mạnh các ca và tử vong sỏi ở Malawi nhờ tiêm chủng

Giảm bệnh thiếu máu thông qua tẩy giun ở trường học ở Cộng hoà Liên bang Tanzania

Giảm mạnh tỉ lệ tử vong trẻ em nhờ các chương trình cộng đồng ở Brazil.

Các bệnh sản phụ và thai nhi

Giảm tử vong bà mẹ nhờ đội ngũ đỡ đẻ lành nghề ở Srilanca

Giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con thông qua các thuốc chống retrovirus

Giảm tử vong sản phụ và trẻ sơ sinh do vi trùng uốn ván nhờ tiêm chủng ở Bangladesh

Các bệnh liên quan đến thuốc lá

Giảm bán thuốc lá và tăng thu nhập từ thuế thông qua tăng thuế thuốc lá ở Nam Phi

Cấm hoàn toàn việc quảng cáo và khuyến khích thuốc lá ở Ba Lan, Nam Phi và Thái lan

Dù rất ấn tượng, trong trường hợp tốt nhất những thành tựu này cũng chỉ là một nửa nhiệm vụ. Tuy có một kết quả ấn tượng là thế giới đã giảm tỉ lệ tử vong trẻ em từ 150 trên 1000 xuống 40 trên 1000 cũng phải nhận thấy rằng ở châu Phi tỉ lệ tử vong này hãy còn là 150 trên 1000, và rằng ở một vài nước châu Phi, do HIV/AIDS tỉ lệ tử vong này lại tăng chứ không giảm. Điều lo ngại là tình hình không chỉ là một sự tiến bộ không đầy đủ, mà còn là khởi đầu của sự tụt lại. Những cải thiện trong sức khoẻ cộng đồng toàn thế giới đang bị chặn đứng, và đang bị đẩy ngược ở những vùng có tỉ lệ HIV/AIDS cao. Mặc dù tỉ lệ tử vong trẻ em toàn thế giới đã giảm trong mỗi thập kỷ kể từ những năm 1950, nó giảm với tốc độ cao hơn rất nhiều trong những năm 1970 và những năm 1980 so với những năm 1990.

Ở một số nước nghèo nhất thế giới chi phí cho nhiều can thiệp thiết yếu lại giảm, chứ không tăng. Ở nhiều nước, phần trăm các ca sinh nở

được thực hiện bởi các bà đỡ hoặc các bác sỹ được đào tạo cũng giảm. Mặc dù tiêm chủng có tầm quan trọng đối với sự sống còn của trẻ em, mức độ tiêm chủng trẻ em dùng hoặc giảm ở nhiều nước nghèo trong những năm 1990, khiến cho hàng chục triệu trẻ em không được tiêm chủng. Kết quả là trẻ em ở các nước nghèo vẫn còn phải chịu 1,6 triệu tử vong mỗi năm vì sởi, uốn ván và ho gà, mặc dù những bệnh này hầu như đã được loại trừ ở các nước thu nhập cao. Việc phổ biến tốt các dịch vụ tiêm chủng có thể giảm đáng kể con số này như là được thấy ở nhiều nước, với những nỗ lực mạnh mẽ đã chống bệnh sởi thành công. Diện bao phủ của các vắc xin hiệu quả và giá trị khác, được sử dụng rộng rãi ở thế giới phát triển, thậm chí còn ít hơn ở các nước nghèo. Nhiều loại vắc xin được sử dụng thông thường ở các nước giàu (như viêm gan B và cúm do *Haemophilus* týp b, hoặc Hib) hiếm khi được đưa vào sử dụng ở một số nước thu nhập thấp. Ước tính rằng khoảng một phần tư trong số 1,8 triệu trẻ em đã chết vì viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp dưới mỗi năm vì bị cúm do *Haemophilus*, và có lẽ một tỉ lệ tương đương bị mắc viêm phổi liên cầu, mà để đối phó với nó một loại vắc xin mới đã được đưa vào sử dụng ở các nước thu nhập cao.

Một trong những can thiệp y tế quan trọng nhất là sự chú ý nhiều hơn tới sức khỏe sinh sản, không chỉ để kiểm chế sự lây lan các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI) như là HIV/AIDS mà còn để hạn chế sinh đẻ thông qua kế hoạch hoá gia đình gồm cả sử dụng các biện pháp phòng tránh thai.⁷² Nhiều trong số hầu hết những nơi mang gánh nặng bệnh tật trên trái đất có tỉ lệ tăng trưởng dân số rất cao, gây ra áp lực khổng lồ với những nước này và các triển vọng phát triển của họ.⁷³ Trong khi các nước thu nhập cao có tỉ lệ phát triển dân số dưới 1% mỗi năm (0,7% vào năm 1990-1998), các nước nghèo nhất có tỉ lệ phát triển dân số khoảng 2% mỗi năm (2,0% thời kỳ 1990-1998), hoặc 2,6% ngoại trừ Trung Quốc và Ấn Độ. Mặc dù chúng tôi không ước tính chi phí cho nhu cầu tăng lên của các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và sự cung cấp đầy đủ các phương tiện tránh thai, có thể thấy rõ sự thiếu hụt viện trợ ở đây cần được quan tâm, mặc dù nó chỉ đại diện một phần nhỏ trong tổng nhu cầu tài trợ.⁷⁴

Nhiều người băn khoăn liệu việc giảm tỉ lệ tử vong ở các nước thu nhập thấp có làm trầm trọng áp lực dân số, khiến các nước phải đối mặt với những khó khăn tăng lên của nạn đói, thiếu đất, giảm sản lượng đầu người. Đây là câu hỏi đúng: nếu có nhiều người được cứu nhờ các can thiệp y tế hơn, họ được cứu cho loại cuộc sống nào? Thật may mắn, câu trả lời là lạc quan. Những can thiệp y tế, nếu được thực

hiện tốt, sẽ đóng góp để giảm tăng trưởng dân số, nhưng để cho điều này xảy ra cần phải kết hợp các can thiệp y tế với những nỗ lực mạnh mẽ để đưa ra các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và tăng việc sử dụng phòng tránh thai. Chúng tôi đã nhận thấy rằng những gia đình nghèo sẽ chọn để có ít con hơn (và để đầu tư nhiều hơn cho giáo dục và sức khỏe của mỗi đứa trẻ) nếu họ tin tưởng rằng con cái họ sẽ sống và nếu họ có phương tiện thực hiện kế hoạch hoá gia đình và phòng tránh thai. Với những chương trình kế hoạch hóa gia đình hiệu quả, sự không đồng bộ giữa tỉ lệ tử vong trẻ em giảm và tỉ lệ sinh đẻ giảm có thể rút ngắn đáng kể, hoặc thậm chí loại bỏ. Bangladesh và một số quốc gia Nam Ấn Độ (đặc biệt là Tamil Nadu và Andhra Pradesh) là những ví dụ của những nơi đã loại bỏ sự không đồng bộ giữa tỉ lệ tử vong giảm và tỉ lệ sinh đẻ giảm, nhờ đó cùng một lúc được hưởng sự cải thiện sức khỏe và giảm mức tăng dân số.⁷⁵

ĐẠI DỊCH AIDS

Trong số các vấn đề sức khỏe của những người nghèo nhất thế giới, đại dịch HIV/AIDS không nghi ngờ gì nữa là thảm họa lớn nhất. Đại dịch này đã tràn tới nhiều nước trên thế giới, và ở nhiều nước tình hình tồi tệ đi nhanh chóng. Ở Nam và Tây Phi, sự lây nhiễm xảy ra ở mức độ chưa từng có so với bất cứ bệnh gây tử vong nhiều nào khác. Thiệt hại đã xảy ra ở những nước này và trong một thập kỷ tới, khả năng tử vong sẽ ở qui mô chưa từng thấy đối với bất cứ đại dịch nào xảy ra trước đó, làm cho đại dịch AIDS trở thành một thách thức đối với y tế trên qui mô toàn cầu. Ba triệu người đã chết vì AIDS trong năm 2000, trong số đó 2,4 triệu người ở cận Sahara. 12 triệu trẻ em ở châu Phi đã mồ côi do hậu quả của bệnh này và con số này có thể tăng lên con số đáng sợ là 40 triệu vào cuối thập kỷ này. Nếu các biện pháp kiểm chế hiệu quả hơn không được thực hiện, bệnh này sẽ tàn phá xã hội châu Phi và làm què quặt sự phát triển kinh tế ở châu Phi và những vùng có tỉ lệ bệnh cao khác.

Mặc dù HIV/AIDS là vấn đề toàn cầu, đại dịch này có vẻ rất khác nhau ở những nơi khác nhau. Gần ba phần tư số người bị HIV/AIDS là ở cận sa mạc Sahara. Ở Đông và Nam Phi bệnh này đã lan truyền nhanh chóng và rộng rãi trong toàn dân. Tỉ lệ lây nhiễm HIV ở các bệnh nhân tại các bệnh viện sản đã tăng gấp đôi từ 18% đến 35% ở Bốt-xoa-na từ 1994 đến 1999, và ở Nam Phi tăng từ 3% đến 20% trong cùng thời gian này. Ở Trung và Tây Phi từ 2 đến 10% số người lớn bị

mhiễm bệnh. Sự lây nhiễm qua tình dục khác giới là nguồn chủ yếu của các ca bệnh mới ở Nam sa mạc Sahara, và phụ nữ bị nhiễm nhiều hơn nam giới. Sự bùng nổ lây nhiễm HIV xảy ra ở các nước thuộc Liên xô cũ chủ yếu truyền qua con đường tiêm chích ma túy. Tất cả các nước có dịch AIDS nặng nề ở Nam và Đông Á, ngoại trừ Campuchia, đều có đại dịch xuất hiện sớm và nhanh trong số những người tiêm chích ma túy. Thêm vào đó, Campuchia, Ấn Độ, Mianma và Thái Lan có những đại dịch lớn do lây truyền qua tình dục khác giới. Đại dịch ở Carribe cũng chủ yếu do tình dục khác giới, và là một trong những nơi có tỉ lệ lây nhiễm cao nhất, không kể khu vực cận Sahara. Toàn khu vực Nam Mỹ, tỉ lệ nhiễm HIV quốc gia khoảng 1% hoặc ít hơn, lây truyền chủ yếu qua đường tình dục đồng giới nam và tiêm chích ma túy, ở ngoài khu vực cận Sahara, đàn ông bị mắc HIV/AIDS nhiều hơn phụ nữ.

Những nguyên nhân về sự khác nhau ở tỉ lệ mắc bệnh giữa các nước chưa hoàn toàn rõ ràng. Thời điểm khi đại dịch bắt đầu tất nhiên là một yếu tố cũng như các cách biến động, sinh hoạt tình dục, và có lẽ cả các biến thể vi rút nữa.⁷⁶ Nam và Đông Phi có lẽ mang đặc trưng đặc biệt bởi một số người công nhân nam nhập cư và những hộ đến định cư, những hậu quả của việc phân biệt chủng tộc Apacthai, bạo lực địa phương, và các thói quen lao động của khu vực khai thác mỏ. Những hoàn cảnh này dễ gây ra tỉ lệ tiếp xúc tình dục cao với mại dâm. Tỉ lệ bệnh viêm nhiễm sinh dục cao và mức độ cắt bao quy đầu thấp có thể sẽ giúp giải thích tại sao tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là ở Nam và Đông Phi, trái ngược với Tây Phi. Tuy vậy không một nước nào thoát khỏi đại dịch này. HIV đã lan truyền ở cả nước giàu và nghèo, và ở mỗi nước, cả người giàu và người nghèo.

Trong khi một vài nước đã bị ảnh hưởng nặng nề bởi tỉ lệ mắc bệnh rất cao, các nước khác, như Trung quốc và Ấn độ còn đang ở giai đoạn đầu của đại dịch, cho nên những biện pháp kiềm chế kịp thời có thể ngăn chặn sự bùng nổ lây nhiễm. Bằng chứng, dù còn chưa đầy đủ, đã dự báo sự bùng nổ thảm họa của lây nhiễm HIV ở cả Trung Quốc và Ấn Độ, đe dọa hai nước đông dân nhất trên thế giới. Những thiệt hại do không hành động ở các nước này có thể dẫn đến hàng chục triệu tử vong, trong khi đó có thể ngăn chặn được thông qua các chính sách sáng suốt và hành động cấp bách ngay bây giờ.

Chìa khóa để kiểm soát và cuối cùng xóa bỏ đại dịch HIV/AIDS là ngăn chặn sự lan truyền vi rút. Về việc lây truyền vi rút qua đường tình dục, hình thức lây truyền chủ yếu nhất, có hai chiến lược : giảm số

lượng các bạn tình của những người đã nhiễm bệnh, một phần hi vọng thông qua tư vấn và xét nghiệm tự nguyện những người đã nhiễm HIV; giảm khả năng lây nhiễm qua đường tình dục giữa một người bị nhiễm và một người không bị nhiễm bằng cách dùng bao cao su. Do việc lây nhiễm còn gây ra do truyền máu, việc hạn chế dùng chung kim tiêm giữa những người tiêm chích, kiểm tra máu dùng để truyền và khử trùng dụng cụ tiêm trong việc truyền máu và trong các quá trình chăm sóc y tế là quan trọng sống còn. Đối với việc truyền từ mẹ sang con giữa sản phụ và thai nhi, việc dùng các liệu pháp chống vi rút đã chứng tỏ có hiệu quả. Việc phòng chống tất nhiên được sự trợ giúp to lớn nhờ sự phát triển các vắc xin chống HIV; thậm chí cả những vắc xin có hiệu quả tương đối thấp cũng có thể thay đổi một cách chủ yếu động lực của đại dịch. Việc phát triển các vắc xin hiệu quả do vậy được ưu tiên nghiên cứu nhiều nhất trong lĩnh vực HIV/AIDS. Tuy nhiên, chưa có vắc xin ngay, nên còn nhiều điều chúng ta cần làm để phòng chống sự lây lan của bệnh.

Những can thiệp phòng chống HIV có hiệu quả rõ ràng nhất là những can thiệp thay đổi tỉ lệ truyền nhiễm giữa các nhóm do tỉ lệ thay đổi bạn tình cao, dễ nhiễm bệnh, hay cả hai – và truyền vi rút sang những người khác. Mại dâm là một nhóm như vậy. Trên khắp thế giới đã có những thành công quan trọng thông qua các chương trình làm tăng việc sử dụng bao cao su giữa trong những người mại dâm, chủ yếu nhờ giáo dục bởi những người đồng nhóm. Trước tiên là ở Thái lan, và bây giờ ở Campuchia các nỗ lực để nhận dạng những khu vực có mại dâm, và sau đó tiến hành giáo dục đồng đẳng và điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI), đã làm giảm mạnh tỉ lệ nhiễm HIV không chỉ trong số mại dâm dễ bị nhiễm, mà trong cả dân chúng nói chung. Bang India của Tamil Nadu dường như đang có thành công tương tự. Những can thiệp với mại dâm có thể kết hợp với việc quản lý tốt hơn các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục làm tăng nguy cơ nhiễm. Những biện pháp điều trị đó dường như có hiệu quả trong việc kiểm soát HIV, mặc dù các nghiên cứu khác nhau chỉ ra rằng cần nghiên cứu nhiều hơn về vấn đề này. Việc điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục cũng cung cấp cơ hội tới các khách hàng mại dâm và những người đàn ông khác có nhiều hoạt động tình dục. Các mô hình nghiên cứu do Ủy ban tiến hành gợi ý rằng sự kết hợp các chương trình giáo dục kỹ lưỡng cho mại dâm và các khách hàng của họ, kết hợp với các dịch vụ điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục có thể giảm con số tử vong vì AIDS ở Ấn Độ xuống hàng chục triệu.

Có một nhu cầu đáng nhấn mạnh là hướng tới thanh niên, đặc biệt là nhóm dễ bị nhiễm bệnh. Mặc dù có ít thông tin tin cậy về khả năng can thiệp hiệu quả với những người trẻ tuổi, một nghiên cứu ở Namibia (Shanton et al. 1998) đã gợi ý rằng các chương trình ở trường được thiết kế tốt có thể giúp tăng độ tuổi mà giới trẻ sinh hoạt tình dục lần đầu cũng như khả năng họ sẽ sử dụng bao cao su. Đối với người lớn, giáo dục đồng đẳng ở nơi làm việc có thể dẫn đến những thay đổi quan trọng trong hành vi: một thí điểm ngẫu nhiên về cách can thiệp này ở Zimbabwe cho thấy đã làm giảm 30% các trường hợp nhiễm HIV-1 (Machekano 1998).

Trong khi có nhiều dự án phòng chống HIV thành công được ghi lại, có rất ít ví dụ về chính sách thành công tác động tới hành vi trên phạm vi quốc gia. Khi những thành công đã đạt được trên phạm vi quốc gia như việc giảm tỉ lệ nhiễm HIV ở Uganda hoặc giữ cho mức nhiễm thấp ở Senegal, sự cởi mở và thẳng thắn của lãnh đạo quốc gia đóng một vai trò quan trọng. Tuy nhiên, nhiều chính trị gia lẫn tránh vấn đề HIV/AIDS thay vì tiến hành những hoạt động chống lại căn bệnh này. Họ sợ phải công bố một căn bệnh chết người mà họ thiếu các nguồn ngân sách để đưa ra cách giải quyết nó. Sự ủng hộ đang tăng lên của các nhà tài trợ cho việc điều trị cũng có thể cho phép các chính trị gia nói một cách cởi mở hơn về việc phòng chống. Hơn nữa, việc lây truyền các vi rút đã động chạm tới vấn đề tình dục và những hành vi riêng tư nhất, và những hành vi bị bêu xấu nhất như việc tiêm chích ma túy và tình dục đồng giới. Các nhà lãnh đạo chính trị thường miễn cưỡng đề cập đến vấn đề này trước công chúng hoặc không tán thành các chính sách có hiệu quả cao, sợ rằng công chúng có thể hiểu đó là sự ủng hộ hành vi vô đạo đức xã hội (như việc thúc đẩy dùng bao cao su trong mại dâm, hay dùng kim sạch đối với những người tiêm chích ma túy).

Lý do thứ hai thiếu thành công trong các chương trình quốc gia là sự hạn chế về khả năng, bao gồm cả việc thiếu nguồn nhân lực trong các tổ chức nhà nước và phi chính phủ, một mặt phải thực hiện nhiều công việc lớn, phức tạp và các thay đổi khác nhau dưới sức ép của các nhà tài trợ và cộng đồng quốc tế. Việc cố gắng làm quá nhiều việc bởi một số ít người có thể dẫn đến chất lượng thấp và hạn chế phổ biến sáng kiến. Các nguồn tài chính bổ sung là cực kỳ quan trọng để nâng cao khả năng, gồm cả việc đào tạo. Trong một thời gian ngắn, việc lựa chọn, xác định ưu tiên và cấp tài chính cho mở rộng qui mô có tính chất quyết định, nếu chi phí, chất lượng, và tác động của những can thiệp đó được bảo đảm.

Đồng thời với việc nhấn mạnh phòng chống, chúng ta phải cung cấp sự điều trị hiệu quả cho 36 triệu người bị nhiễm hiện nay, 95% trong số đó là ở các nước đang phát triển. Những người này sẽ chết sớm và chết đau đớn nếu họ không có những điều trị y tế thích hợp để có thể kéo dài tuổi thọ đáng kể. Nếu không điều trị họ sẽ để lại phía sau các gia đình đau thương, hàng chục triệu trẻ em mồ côi, và sự tàn phá kinh tế và xã hội ở những vùng có tỉ lệ mắc bệnh cao. Việc điều trị không chỉ cần thiết về mặt đạo đức, mà còn là một phần quan trọng của việc ổn định và phát triển kinh tế ở những vùng nhiễm bệnh trầm trọng trên thế giới. Điều trị đã trở nên hiện thực hơn, với việc giá của những thuốc thiết yếu giảm mạnh. Tổng chi phí điều trị hàng năm, bao gồm cả thuốc và các dịch vụ y tế, hiện khoảng từ 500 đến 1000 đô la mỗi năm ở vùng cận-Sahara châu Phi, xấp xỉ thu nhập bình quân hàng năm của một người công nhân ở tuổi thanh xuân. Điều này làm cho việc điều trị có hiệu quả kinh tế như đã ở trên, thậm chí cả khi bản thân các cá nhân còn chưa thể đảm đương được chi phí này.⁷⁷

Các điều trị cho một số bệnh nhiễm trùng cơ hội (OI), góp phần gây tử vong cho HIV/AIDS, đã có sẵn từ giữa những năm 1980, kể cả một số biện pháp hiệu quả nhưng chi phí thấp, ở các khu vực các nước đang phát triển (đáng chú ý là kháng sinh chống bệnh lao phổi). Từ năm 1996, các trị liệu chống retrovirus hoạt tính cao (HAART), tác động trực tiếp lên vi rút, tăng tuổi thọ của người được điều trị lên nhiều. Tuy nhiên, chú ý rằng việc điều trị cho OI sẽ kéo dài cuộc sống một cách có ý nghĩa chỉ khi kết hợp với HAART. Đáng buồn là, do giá chi phí điều trị, chỉ một phần rất nhỏ những người ở các nước có thu nhập thấp được điều trị. Ước tính rằng, trong số 25 triệu người châu Phi bị nhiễm HIV, và 4 triệu người mắc bệnh liên quan đến HIV hàng năm, chỉ khoảng từ 10.000 đến 30.000 người được điều trị thuốc chống retrovirus, rất nhiều người trong số họ chắc chắn đang được điều trị không hiệu quả vì họ không có khả năng mua thuốc một cách thường xuyên. UNAIDS và Tổ chức y tế thế giới ước tính có thể bảo đảm chi phí cho khoảng 5 triệu người có thu nhập thấp, phần lớn là ở châu Phi, đến cuối năm 2006.

Do HIV biến đổi nhanh, việc sử dụng rộng rãi HAART chắc chắn dẫn đến việc gia tăng những chủng HIV kháng thuốc. Vì vậy, điều sống còn là các can thiệp HAART phải được chỉ đạo một cách cẩn thận và cùng với các biện pháp y tế công cộng khác nhằm hạn chế tối đa xu hướng này. Một đề xuất rằng việc điều trị được giám sát trực tiếp trong kiểm soát lao phổi có thể áp dụng cho HAART, nhưng sự thử thách có thể khác về tính chất, vì HAART đòi hỏi sự gắn bó cả quãng đời. May mắn là sự phức tạp của điều trị HAART đang được

giảm đi đáng kể, chẳng hạn bằng cách đóng gói kết hợp đầy đủ các thuốc kháng retro vi rút thành một viên uống hai lần mỗi ngày (ví dụ Trizivir). Do việc gần như không tránh khỏi sự kháng thuốc, sự cam kết dùng HAART sẽ đòi hỏi đưa vào sử dụng các thuốc mới theo thời gian, những thứ thuốc lý tưởng đòi hỏi những điều trị đơn giản hơn. Đặc biệt vì lo ngại kháng thuốc, và cả vì nhìn chung HAART còn là một điều trị phức tạp của một bệnh phức tạp, việc đưa HAART vào sử dụng ở những vùng thu nhập thấp cần được kèm theo nghiên cứu sâu rộng để thử tính hiệu quả của các phác đồ và các cách thay thế. Chúng tôi tin rằng ít nhất 5% và có thể hơn, của tổng quỹ tài trợ cho điều trị HIV/AIDS cần được dùng cho mục đích nghiên cứu sử dụng.

Việc đưa điều trị vào các nước thu nhập thấp tất nhiên cần thực hiện cả theo hướng tăng cường phòng ngừa mặc dù chữa trị cần được xem xét trước hết trong khía cạnh y tế (nghĩa là kéo dài cuộc sống người bệnh) hơn là trong khía cạnh sức khỏe công cộng (nghĩa là ngăn chặn sự lây nhiễm của vi rút). Các chương trình điều trị cần được thiết kế theo cách ảnh hưởng đến những nỗ lực phòng ngừa nữa. Ví dụ, sẽ là hợp lý đối với các chương trình viện trợ khi đề nghị tài trợ cho chữa trị chỉ có được khi liên kết với những chương trình phòng ngừa tích cực bởi vì cả hai đều cần thiết để chiến đấu chống đại dịch. Thứ hai, khả năng chữa trị sẽ tăng đáng kể số người đến tư vấn và xét nghiệm tự nguyện (VCT), một khi họ biết rằng họ sẽ được điều trị trong trường hợp kết quả dương tính. Người ta ước tính rằng chỉ có 5% người dân châu Phi nhiễm HIV hiện nay biết quyền lợi của họ. Con số này có thể tăng mạnh khi khả năng được chữa trị tăng lên. VCT hiệu quả có thể mang lại sự thay đổi hành vi của những người đã nhiễm bệnh mà hiện tại không hề biết về tình trạng của họ. Tất nhiên ưu điểm cần được cân bằng với sự rủi ro mà khả năng được chữa trị (và niềm tin ngay thơ rằng điều trị có thể chữa khỏi) có thể dẫn đến hành vi tình dục rủi ro hơn, gồm cả những người còn chưa bị nhiễm. Thứ ba, có thể xảy ra mặc dù chưa được khẳng định, những người đang được chữa trị sẽ trở nên ít gây lây nhiễm hơn vì số lượng vi rút trong cơ thể giảm.

Chi phí cho việc phòng ngừa cũng như chữa trị là rất đắt. Chữa trị các nhiễm trùng cơ hội đòi hỏi những nguồn đáng kể cùng với điều trị chống retrovirus. Chúng tôi ước tính rằng tổng chi phí chăm sóc AIDS có thể đạt 14 tỉ USD vào năm 2007 và khoảng 22 tỉ USD vào năm 2015 được chia ba cho phòng ngừa, điều trị OI và liệu pháp chống retrovirus (xem bảng A2.2) Mức độ chi tiêu này sẽ cho phép khoảng hai phần ba số người nhiễm HIV ở các nước thu nhập thấp sẽ được chi

trả theo nhu cầu cho việc điều trị OI và liệu pháp kháng vi rút retro (xem bảng 7) Mặc dù vậy, số người thực sự được chăm sóc sẽ nhỏ hơn nhiều so với hai phần ba số người nhiễm HIV bởi vì liệu pháp kháng vi rút retro chỉ áp dụng cho những bệnh nhân mà khả năng miễn dịch của họ (ví dụ: lượng vi rút và CD 4) vượt quá một ngưỡng lâm sàng nhất định, và điều trị OI tất nhiên sẽ phụ thuộc cả những điều kiện riêng biệt của người bệnh nữa. Chúng tôi cho rằng Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét (GFATM) sẽ chi trả một phần cho việc kiểm chế HIV ở các nước thu nhập thấp. Đặc biệt, chúng tôi đề nghị rằng GFATM cần tài trợ mỗi năm khoảng 8 tỉ USD cho đến năm 2007 và khoảng 12 tỉ cho đến năm 2015 với sự cân bằng nhu cầu được đáp ứng nhờ các chương trình tài trợ đa phương và song phương khác và các nguồn kinh phí trong nước của nước nhận viện trợ.

MỨC CHI TIÊU Y TẾ Ở CÁC NƯỚC THU NHẬP THẤP

Những can thiệp thiết yếu để loại bỏ nhiều tử vong tránh được ở các nước thu nhập thấp không tốn kém, nhưng cũng không phải là miễn phí. Phần công việc trung tâm của Ủy ban là ước tính chi phí của mở rộng qui mô những can thiệp quan trọng ở các nước thu nhập thấp, xác định những mục tiêu này cho khu vực cận sa mạc Sahara và các nước khác có thu nhập ít hơn hoặc bằng 1200 đô la một người một năm (xem bảng A2.B cho danh sách đầy đủ các nước và các nhóm nước). Chúng tôi cũng đã chuẩn bị chi phí ước tính bởi các nhóm nhỏ khác nhau ở các nước trên cơ sở khu vực và thu nhập. Một số các can thiệp và mức chi phí cho những can thiệp này được thể hiện ở bảng 7. Chẳng hạn, người ta giả định rằng chi phí DOTS cho điều trị lao sẽ tăng từ 44% tới 60% các bệnh nhân nhiễm lao vào năm 2007, và tăng tới 70% vào năm 2015. Những con số này có vẻ thấp đối với một số người; chúng tôi đã ước lượng một cách thận trọng tính thực tiễn dựa trên cơ sở hạ tầng và nhân lực được đào tạo hiện có, và giả thiết một quá trình đầu tư mạng lưới y tế và mở rộng qui mô từ nay trở đi một cách mạnh dạn nhưng khả thi. Mô tả chi tiết của số những can thiệp này được đưa ra trong báo cáo đầy đủ của Nhóm làm việc 5. Lưu ý rằng những tính toán này nhằm cung cấp chi phí đầy đủ của việc cung cấp những can thiệp y tế, gồm cả những chi tiêu trực tiếp cho thuốc và dịch vụ y tế, đầu tư vốn, điều hành bổ sung và trợ giúp các tổ chức cơ quan, và những đầu tư cho đào tạo nhân lực mới.

**Bảng 7. CÁC MỤC ĐÍCH CHI TIÊU CHO SỰ MỞ RỘNG QUI MÔ CHÍNH
(VÀ CHI PHÍ ƯỚC TÍNH NĂM 2002)**

| | 2002 | 2007 | 2015 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Lao | 44% | 60% | 70% |
| Sốt rét | | | |
| Chữa trị | 31% | 60% | 70% |
| Phòng bệnh | 2% | 50% | 70% |
| HIV | | | |
| Phòng bệnh (ngoài khu vực y tế) | 10-20% | 70% | 80% |
| Phòng bệnh (trong khu vực y tế) | <1%-10% | 40% | 70% |
| Chăm sóc các nhiễm trùng cơ hội | 6%-10% | 40% | 70% |
| HAART | <1% | 45% | 65% |
| Tiêm chủng* | | | |
| BCG/DPT/OPV | 75% | 90% | 90% |
| Viêm gan B/HIB** | | | |
| Sởi | 68% | 80% | 80% |
| IMCI | | | |
| ARI | 59% | 70% | 80% |
| Tiêu chảy | 52% | 70% | 80% |
| Bà mẹ sơ sinh | | | |
| Chăm sóc sơ sinh | 65% | 80% | 90% |
| Đỡ đẻ lành nghề | 45% | 80% | 90% |
| Các chính sách hạn chế hút thuốc (thuế hơn 80%, và cấm quảng cáo, thông tin cho người tiêu dùng) | 20% | 80% | 80% |

*gồm cung cấp vitamin A; **Viêm gan B/HIB không tính vào chi phí 2002.

Để đạt được tỉ lệ tăng chi tiêu vào năm 2007 sẽ cần thêm 14 đô la Mỹ mỗi người mỗi năm (giá năm 2002 tính theo đô la Mỹ) ở các nước thu nhập thấp, và thêm 22 đô la Mỹ mỗi người mỗi năm ở các nước kém phát triển nhất, so với mức chi tiêu hiện tại năm 2002. Với các nguồn nội lực hiện tại khoảng 21 đô la mỗi người ở các nước thu nhập thấp (và chỉ 13 đô la mỗi người ở các nước kém phát triển nhất), tổng chi tiêu vào năm 2007 sẽ vào khoảng 34 đô la mỗi người mỗi năm ở

các nước thu nhập thấp và khoảng 38 đô la vào năm 2015. Chúng ta có thể coi mức này xấp xỉ mức tối thiểu mỗi người cần cho các can thiệp y tế thiết yếu. Đó rõ ràng là một mức rất khiêm tốn khi so sánh với chi phí trung bình ở các nước thu nhập cao là 2000 đô la mỗi người mỗi năm. Mức 34 đô la là cao so với mức hiện tại vì nó là cao so với khả năng chi trả của các nước thu nhập thấp, nhất là với các nước kém phát triển. Những nhu cầu tài chính riêng biệt tất nhiên sẽ khác nhau tùy nước và khu vực, phụ thuộc vào dịch tễ học bệnh tật (ví dụ, sự xảy ra và tỉ lệ mắc bệnh sốt rét, HIV/AIDS và lao), và các điều kiện kinh tế địa phương (đạt mức cao hơn nhiều ở các nước cận Sahara có thu nhập trung bình, song lại bị ảnh hưởng nặng bởi HIV/AIDS). Phần lớn của số tiền 30 đến 45 đô la sẽ được chi thông qua chi phí công cộng, vì hai nguyên nhân: để chi trả các hàng hóa công cộng (như là kiểm soát bệnh truyền nhiễm), ở nơi mà người dân khó tự mình thực hiện các hành động tự bảo vệ cần thiết, và để đảm bảo phổ cập dịch vụ cho những người nghèo.

Chúng tôi nhận xét rằng ước tính của chúng tôi về chi phí đầu người của việc cung cấp dịch vụ thiết yếu phù hợp với mức chung trong những nghiên cứu khác gần đây, dù đã đề cập vấn đề này từ những quan điểm khác một chút. Ví dụ David Evans, Chris Murray và các đồng nghiệp ở WHO đã ước tính rằng những dịch vụ y tế hiệu quả cần khoảng 80 đô la mỗi người mỗi năm tính theo sức mua (Evans và cộng sự 2001). Sử dụng ước tính của WHO rằng mỗi đô la chi phí ở các nước thu nhập thấp là tương đương với 2 đến 3 đô la trên cơ sở tính theo sức mua, ngưỡng 80 đô la giống với ngưỡng 33 đến 40 đô la theo giá hiện tại (thay vì tính theo sức mua), và vì thế phù hợp với ước tính của chúng tôi. Sử dụng cách đặt vấn đề khác nhau, ước tính chi phí của mạng lưới bệnh viện di động chất lượng cao ở Gana cũng đề xuất rằng sự tăng qui mô sẽ cần chi phí hàng năm để chi trả cho dân khoảng 45 đô la một người theo đô la hiện thời, không gồm chi phí vốn ban đầu cho hạ tầng cơ sở (Ahrin-Tenkorang và Buckle 2001). Một nghiên cứu được thực hiện gần đây tại Quỹ tiền tệ quốc tế (IMF) cho rằng chi tiêu y tế có hiệu quả sẽ cần khoảng 12% GNP của các nước thu nhập thấp để các nước này đạt được Các mục tiêu phát triển quốc tế về giảm tử vong sơ sinh.⁷⁸ Đối với các nước ít phát triển, GNP hàng năm đầu người khoảng 300 đô la mỗi người, điều này đề xuất chi tiêu khoảng 36 đô la mỗi người mỗi năm. Dù sao đi nữa, con số của chúng tôi là về phía thấp của ước tính.

Bảng 8. CHI TIÊU TRONG NƯỚC VÀ VIỆN TRỢ Y TẾ, 1997-1999

| | Chi tiêu y tế công cộng (đầu người, 1997,USD) | Tổng chi tiêu y tế (đầu người, 1997, USD) | Viện trợ y tế (đầu người, trung bình năm 1997- 1999) | Viện trợ y tế trung bình năm triệu USD, 1997-1999) |
|---|--|--|--|--|
| Các nước chậm phát triển | 6 | 11 | 2,29 | 1473 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 13 | 23 | 0,94 | 1666 |
| Các nước đang phát triển thu nhập trung bình thấp | 51 | 93 | 0,61 | 1300 |
| Các nước đang phát triển thu nhập trung bình cao | 125 | 241 | 1,08 | 610 |
| Các nước thu nhập cao | 1356 | 1907 | 0,00 | 2 |
| Tất cả các nước | | | 0,85 | 5052 |

Chú ý: Trung bình các nước theo các loại tương ứng. Chỉ gồm các nước dân số 500.000 người trở lên vào năm 1997.

Mặc dù vậy, chúng tôi nhấn mạnh rằng không có nhiều dịch vụ y tế chất lượng chỉ với 30 đến 45 đô la mỗi người. Hiển nhiên đó không phải là chăm sóc toàn diện ở các nước thu nhập cao, nơi mà chi phí mỗi năm hiện nay là 2000 đô la hoặc hơn.⁷⁹ Ước tính của chúng tôi nói đến hệ thống y tế tối thiểu có thể quan tâm đến các bệnh lây chủ yếu và các bệnh bà mẹ và sản phụ, nguyên nhân của một tỉ lệ đáng kể tử vong có thể tránh được ở các nước thu nhập thấp. Các ước tính chi phí của chúng tôi không gồm một số loại quan trọng là một phần của bất kỳ hệ thống y tế nào như chăm sóc chấn thương và cấp cứu (gãy xương, cắt ruột thừa); các bệnh viện tuyến ba; và kế hoạch hóa gia đình (gồm cả cung cấp phương tiện tránh thai) sau một năm sau khi sinh. Chúng tôi coi những ước tính này là chính xác mặc dù đánh giá theo hướng thấp đi sự cần thiết để giảm mạnh tử vong tránh được do các bệnh chúng ta đang quan tâm. Mặc dù vậy cung cấp những can thiệp này một cách hiệu quả sẽ củng cố khả năng của dịch vụ y tế địa phương đáp ứng nhu cầu hàng ngày của chăm sóc y tế, một tiền tố quan trọng đối với những gia đình nghèo để tăng cường sử dụng các dịch vụ y tế kinh phí nhà nước.

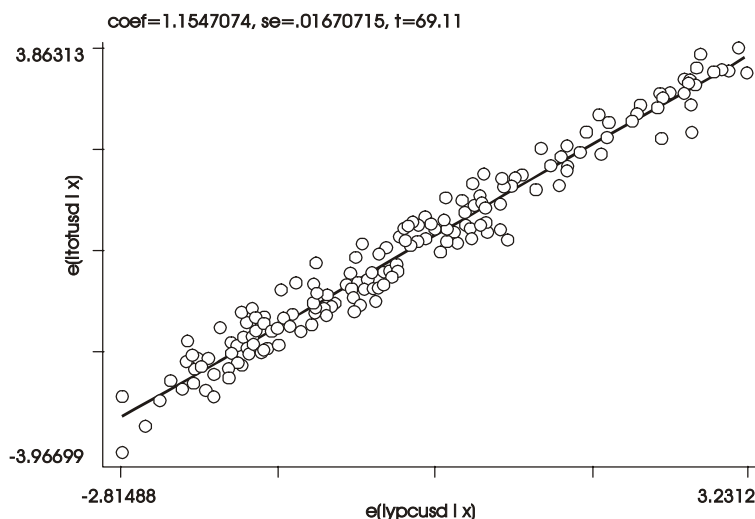
Hầu hết các nước thu nhập thấp thậm chí không đạt mức dịch vụ tối thiểu chấp nhận được, hoặc chi phí mỗi người cần cho điều đó. Trong số 48 nước kém phát triển nhất (Bảng 8), những chi tiêu trung bình cho y tế dừng ở 11 đô la đầu người vào năm 1997, trong đó 6 đô la chi từ ngân sách, phần còn lại chủ yếu từ chi tiêu cá nhân. Trong số những nước thu nhập thấp khác, chi phí trung bình là 23 đô la năm 1997, còn thấp hơn ngưỡng tối thiểu, trong số đó 13 đô la chi từ ngân sách. Những khoản chi này gồm cả chi tiêu y tế từ nguồn tài trợ. Thực tế, mức tài trợ hiện nay cực kỳ thấp – chỉ có 2,29 đô la mỗi người ở các nước ít phát triển nhất vào năm 1997 – 1999 và 0,94 đô la mỗi người ở các nước có thu nhập thấp khác.

HUY ĐỘNG CÁC NGUỒN NỘI LỰC LỚN HƠN CHO Y TẾ

Các mức độ chi tiêu không đầy đủ cho sức khỏe, trước tiên và quan trọng nhất, phản ánh mặt số học cơ bản sự nghèo đói. Khi một đất nước có GNP chỉ là 500 đô la Mỹ đầu người một năm, thậm chí chi tiêu cho y tế tới 5% của GNP thì cũng chỉ có 25 đô la một người mỗi năm. Hơn 1,8 tỉ người sống ở các nước có thu nhập ít hơn 500 đô la đầu người, và tất cả những người đó, trừ 35 triệu người, có chi phí trung bình cho sức khỏe ít hơn 25 đô la một người mỗi năm (trừ Kenya và Nicaragua). Không có nước nào có thu nhập 500 đô la một năm hoặc ít hơn (gồm cả 44 nước trong mẫu số liệu của chúng tôi) có thể chi tiêu 30 đô la một người mỗi năm cho y tế. Và không một chính phủ nào ở các nước này có thể chi đến 20 đô la một người mỗi năm cho y tế.

Như đã chỉ ra ở Hình 5, đối với 167 nước vào năm 1997, các chi tiêu y tế chủ yếu được xác định bởi thu nhập quốc dân.⁸⁰ Cứ 1% tăng thu nhập dẫn đến hơn 1% một chút tăng chi phí cho y tế. Các nước nghèo nhất trên thế giới là rất nghèo so với các nước thu nhập cao trên thế giới, và chi phí cho y tế của họ, vì vậy, cũng thấp một cách bất ngờ. Ngay cả khi nếu các nước nghèo cấp thêm nguồn chi trong nước cho y tế, những biện pháp như vậy cũng chưa giải quyết được vấn đề cơ bản: các nước nghèo thiếu tài chính cần thiết để đáp ứng nhu cầu y tế cơ bản nhất của dân số họ. Với 30 đô la đến 40 đô la đầu người cho những can thiệp thiết yếu, chi phí này có thể chiếm hơn 10% GNP của các nước ít phát triển nhất, cao hơn nhiều so với thực tế có thể huy động được từ nguồn trong nước.

Hình 5. ĐỒ THỊ GIỮA HÀM LOG (GNP ĐẦU NGƯỜI, 1997) VỚI LOG (CHI CÔNG THEO ĐẦU NGƯỜI CHO Y TẾ, 1997).



Tuy nhiên Ủy ban đã kiểm tra một cách cẩn thận mức độ mà nguồn trong nước có thể đạt được, đặc biệt là nguồn ngân sách có thể được huy động cho y tế ở các nước thu nhập thấp. Khả năng tạo ra nguồn tài chính công gia tăng cho y tế khác nhau giữa các nước, và dựa trên cơ cấu kinh tế, khả năng thu thuế, đòi hỏi các khoản nợ trong nước và nước ngoài, và nhiều yếu tố khác. Nói chung, như chúng ta thấy ở Bảng 9, các nước nghèo hơn huy động được ít hơn từ GNP trong nguồn thu thuế: trung bình 14% GNP ở các nước thu nhập thấp so với 31% GNP ở các nước có thu nhập cao. Hơn nữa, vì giới hạn về các loại thuế chung như thuế thu nhập hay thuế tính theo giá trị gia tăng, việc thu thuế hướng vào ngoại thương và một số loại hàng hóa nhất định, với hậu quả mức độ xê dịch cao và khả năng hạn chế để cấp vốn cho các chi tiêu công cộng.

Vẫn có những trường hợp, khi chi phí công cho y tế ít hơn nhiều so với lẽ ra có thể huy động được, vì không có quyết tâm chính trị. Khi xã hội phân chia rõ rệt, chẳng hạn, theo khu vực địa lý hay dân tộc, chính phủ có thể chỉ đạo hướng chi tiêu công tới các dân tộc nhỏ ít người, được ưu tiên, hơn là tới toàn dân nói chung. Cũng như vậy, ở những nơi có sự phân biệt đối xử với phụ nữ - những người nói chung chịu trách nhiệm về sức khỏe trong gia đình, sẽ dẫn đến sự ít quan tâm đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe người nghèo nói chung và phụ nữ nói riêng.

Bảng 9. NGUỒN THU TỪ THUẾ TÍNH THEO PHẦN TRĂM CỦA GDP

| Các nước | Tổng thuế lợi tức | Các thuế thương mại quốc tế | Thuế môn bài | Thuế buôn bán chung | An ninh xã hội |
|--|-------------------|-----------------------------|--------------|---------------------|----------------|
| Thu nhập thấp (31) Dưới 760 USD đầu người | 14,0 | 4,5 | 1,6 | 2,7 | 1,1 |
| Trung bình thấp (36) 761-3.030 USD đầu người | 19,4 | 4,2 | 2,3 | 4,8 | 4,0 |
| Trung bình cao (27) 3.631-9.360 USD đầu người | 22,3 | 3,7 | 2,0 | 5,7 | 5,6 |
| Thu nhập cao (23) Trên 9.360 USD đầu người | 30,9 | 0,3 | 3,1 | 6,2 | 8,8 |

Nguồn: Thống kê tài chính nhà nước, IMF. Sự phân loại thu nhập các nước, theo danh sách các nước nhận trợ giúp của DAC, ngày 1 tháng 1, 2000. Số lượng các nước trong ngoặc đơn.

Một thực tế là những chi phí ít ỏi thường bị lãng phí. Điều này đặc biệt đúng với những chi phí tiền túi của người nghèo, đem lại sự điều trị chất lượng thấp hoặc không thích hợp. Chẳng hạn ở Trung Quốc và Ấn Độ, người nghèo ở vùng nông thôn trả tiền túi cho khoảng 85% tổng số các dịch vụ y tế mà họ được nhận, và phần lớn trong số đó tiêu cho các loại thuốc không cần thiết hoặc không thích hợp do các phòng khám ép họ mua. Những phòng khám hoạt động thông qua tiền bán các sản phẩm dược phẩm, với các bác sỹ thực hành không đủ trình độ và không được cấp phép.⁸² Giá chi phí y tế cao và tăng lên loại trừ một phần lớn những người nghèo khỏi những dịch vụ thiết yếu, và rất nhiều gia đình bị ném vào cảnh nghèo khó hàng năm do chi phí y tế cao.⁸³ Ở châu Phi, nhiều gia đình tiêu một lượng tiền khổng lồ cho các hình thức chữa trị cổ truyền, không chính thức và để lại những hậu quả tai hại. Các chi phí công cộng cũng có thể bị lãng phí hay chỉ đạo sai khi quá nhiều tiền được dùng cho các dịch vụ chữa bệnh công nghệ cao cho các nhóm thu nhập cao ở các đô thị lớn, và không còn đủ tiền cho các can thiệp thiết yếu để kiểm soát các bệnh truyền nhiễm cho những người nghèo nông thôn hay để đáp ứng nhu cầu sức khỏe cơ bản cho bà mẹ, trẻ em và người nghèo một cách rộng rãi.

Do khả năng có hạn của các nước nghèo trong việc huy động thu nhập quốc gia, trong lúc có những nhu cầu tài chính đáng kể, ngoài cho y tế, còn có quản lý công cộng, cơ sở hạ tầng, nông nghiệp, công an, quốc phòng, giáo dục, trả nợ, khó có thể chờ đợi các nước thu nhập thấp huy động đến 4% của GNP để chi cho y tế. Thực tế, chưa một nước nào có thu nhập đầu người dưới \$600 một năm đạt được mức chi công như thế cho y tế.⁸⁴ Mặc dù hầu hết các nước có thể huy động chi tiêu ngân sách lớn hơn cho sức khỏe, cũng phải thừa nhận rằng mức chi không thể vượt quá 1 đến 2% GNP. Như một khuyến nghị đối với các ước tính chi phí y tế, chúng tôi đã giả định rằng trung bình các nước thu nhập thấp sẽ tăng chi tiêu ngân sách của họ cho y tế thêm 1% của GNP vào năm 2007, và thêm 2% của GNP vào năm 2015. Với một nước có thu nhập 500 đô la đầu người, mức tăng sẽ là 5 đô la một người mỗi năm vào năm 2007 và 10 đô la một người mỗi năm vào năm 2015, không đủ để xóa bỏ khoảng cách giữa giá thành của dịch vụ thiết yếu và khả năng tài chính. Một vài sự không hiệu quả của ngành y tế, cả về sự phân bổ kém các nguồn kinh phí và sự sử dụng công nghệ không hiệu quả cũng cần được giả quyết, nhưng điều này có lẽ chỉ tiết kiệm được không quá 25% chi tiêu hiện tại (Henscher 2001). Chỉ có viện trợ có thể xóa bỏ khoảng cách tài chính đó đối với các nước thu nhập thấp này.

Thực tế còn hai vấn đề khác nữa trong những kế hoạch tài chính y tế hiện tại của các nước thu nhập thấp, ngoài mức độ chi tiêu tổng thể không đầy đủ này. Thứ nhất, tỉ lệ chi tiêu y tế từ ngân sách so với tổng chi y tế là tương đối thấp (55%), thấp hơn nhiều ở các nước thu nhập cao (71%). Vì chi tiêu y tế của nhà nước cần để cung cấp các hàng hoá công cộng quan trọng (như kiểm soát bệnh dịch) và để đảm bảo đủ nguồn cấp cho người nghèo có được dịch vụ y tế, qui mô nhỏ bé này của chi tiêu công làm trầm trọng thêm vấn đề không hiệu quả tổng thể của các nguồn kinh phí. Thứ hai, chi tiêu tư nhân có xu hướng trả tiền túi trực tiếp hơn là trả trước, vì thế có rất ít yếu tố bảo hiểm đưa vào trong chi tiêu tư nhân, điều này lại tương phản với tỉ lệ bảo hiểm cao hơn nhiều ở các nước thu nhập cao. Hơn nữa chi tiêu tư nhân có xu hướng không hiệu quả, được chi cho các dược phẩm giá cao và những bác sỹ thực hành được đào tạo kém.

Ủy ban khuyến cáo rằng những chi phí tiền túi trực tiếp ở các cộng đồng nghèo cần được thay bằng các mô hình “tài chính cộng đồng” để giúp chi trả cho việc cung cấp dịch vụ y tế trên cơ sở cộng đồng. Ý tưởng cơ bản của kế hoạch như thế là đưa cho các cộng đồng địa

phương một mô hình khuyến khích, ở đó mỗi đô la mà cộng đồng thu được để trả trước cho dịch vụ y tế sẽ được tăng lên nhờ tài trợ của chính phủ (có sự trợ giúp của viện trợ). Việc trả trước của cộng đồng chủ yếu để phổ cập các dịch vụ y tế chữa trị cơ bản chứ không phải cho các can thiệp thiết yếu trọn gói (mà phải được trả bằng quỹ ngân sách, có sự ủng hộ của tài trợ). Vì vậy cộng đồng địa phương được khuyến khích chia sẻ các nguồn kinh phí của họ và cung cấp một sự giám sát nào đó dựa trên cộng đồng trong việc thực hiện các dịch vụ y tế. Phương pháp này một mức độ nào đó giúp san sẻ rủi ro, để cho các gia đình không bị thảm họa tài chính do một cú sốc sức khoẻ bất lợi ảnh hưởng đến thu nhập gia đình. Chính phủ quốc gia có thể giúp việc kiểm tra giám sát chất lượng các dịch vụ y tế cung cấp ở mức độ địa phương. Các mô hình tài chính cộng đồng này không phải là thuốc chữa bách bệnh, và cũng thường thất bại. Nhưng với nhiều nơi, chúng dường như là cơ chế linh hoạt và có triển vọng, có thể áp dụng cho các nhu cầu địa phương.

Tiền trả trước trong mô hình tài chính cộng đồng cần được phân biệt với một giải pháp tương tự: phí người sử dụng. Phí người sử dụng theo định nghĩa thông thường là tiền trả cho dịch vụ y tế vào thời gian bị bệnh (tức là chi tiền túi), thường thu trong những can thiệp thiết yếu. Đã có nhiều bài học kinh nghiệm lặp lại, rằng phí người sử dụng kết cục loại người nghèo khỏi các dịch vụ y tế thiết yếu, trong khi đồng thời chỉ thu hồi lại một phần nhỏ chi phí.⁸⁵ Như vậy mô hình tài chính cộng đồng khác phí người sử dụng ở hai điểm chính: thứ nhất, mô hình tài chính cộng đồng bao gồm các tiền trả trước hơn là chi tiền túi, và thứ hai, tiền đóng góp không cần phải dùng cho các dịch vụ thiết yếu vì những dịch vụ này sẽ được trả bởi ngân quỹ công cộng, hoàn toàn bổ sung vào tiền đóng góp cộng đồng.

Có một phương pháp khác để tăng thêm nguồn tài chính cho y tế ở các nước thu nhập thấp: giảm nợ nhiều hơn, và số tiền này để dành cấp cho ngành y tế. Tổ chức Sáng kiến Các nước nghèo Nợ nhiều (HIPC) sẽ giảm nợ tương đương 2% của GNP cho khoảng 30 nước nghèo nợ nhiều, và có lẽ một phần tư trong số đó sẽ được đưa trực tiếp tới ngành y tế. Tổng nợ sẽ giảm đi khoảng hai phần ba, theo giá trị hiện hành, kết hợp các hình thức giảm nợ truyền thống với tăng cường giảm nợ theo sáng kiến HIPC. Sáng kiến giá trị này có thể bổ sung bằng hai cách: tăng số các nước được bao gồm trong sáng kiến và giảm nợ nhiều hơn nữa. Vì những kết quả xuất sắc của giai đoạn đầu về chuyển tiền tiết kiệm từ giảm nợ sang chi tiêu xã hội, những sáng kiến

bổ sung có vẻ đáng được thực hiện, mặc dù nó sẽ kéo theo sự ủng hộ tài chính song phương để củng cố sáng kiến HIPC.⁸⁶ Tất nhiên cần nhận thấy rằng những tiết kiệm bổ sung sẽ chỉ là một phần nhỏ của phân tăng cần thiết trong viện trợ.

Bởi vậy, Ủy ban đề xuất sáu bước chiến lược cơ bản cải tổ tài chính y tế ở các nước thu nhập thấp: (1) tăng huy động thu nhập chung từ thuế cho y tế, nhằm đạt 1% của GNP vào năm 2007 và 2% vào năm 2015; (2) tăng viện trợ tài chính cho việc cung cấp các hàng hóa công cộng và đảm bảo cho người nghèo được phổ cập những dịch vụ thiết yếu; (3) thay đổi sự chi tiêu tiền túi hiện nay sang mô hình trả trước, gồm cả các chương trình tài chính cộng đồng được ủng hộ bởi nguồn quỹ công; (4) làm sâu sắc thêm Sáng kiến HIPC trong chi tiêu quốc gia và để kéo dài thời hạn nợ (với sự trợ giúp của nước viện trợ); (5) các nỗ lực nhằm khắc phục sự kém hiệu quả trong phân bổ và sử dụng các nguồn chi công cho y tế; và (6) phân bổ lại chi tiêu công nói chung từ những khoản chi và trợ cấp không hiệu quả, cho các chương trình xã hội có trọng tâm là người nghèo.

Các vấn đề tài chính của các nước thu nhập trung bình hơi khác một chút. Tổng chi tiêu y tế đủ để đảm bảo có được các dịch vụ y tế thiết yếu cho mọi người. Mặc dù vậy, có hai vấn đề cơ bản còn lại. Thứ nhất, nhiều gia đình nghèo ở các nước thu nhập trung bình vẫn không có được đầy đủ các dịch vụ y tế, bởi vì họ quá nghèo không thể tự trả tiền, và chính phủ cấp tiền quá ít cho họ. Chúng tôi khuyến các nước có thu nhập trung bình phải huy động tài chính công cộng cần thiết để phổ cập chăm sóc y tế tới những nhóm người và những vùng nghèo nhất. Thứ hai, nhu cầu chi phí cho các can thiệp ngoài các dịch vụ thiết yếu, đặc biệt đối với những bệnh không truyền nhiễm, đặt một áp lực lên hệ thống y tế. Nếu việc chi trả cho loại các dịch vụ y tế tăng lên này là tiền túi, thì các gia đình sẽ bị đặt vào nguy cơ sụp đổ tài chính trong trường hợp bị các cú sốc sức khỏe; và nếu việc chi trả là từ ngân sách, giá cả tăng của các dịch vụ y tế trở thành điều quan tâm lớn nhất. Thêm nữa, cách thức hợp đồng dịch vụ với các nhà cung cấp dịch vụ (ví dụ, chi trả theo phí-dịch-vụ cho các nhà cung cấp hay ngược lại-phổ cập dịch vụ thông qua bảo hiểm y tế quốc gia) cũng làm thay đổi. Các hệ thống chi trả theo phí-dịch-vụ có khuynh hướng dẫn đến sự leo thang giá cả, các nhà cung cấp dịch vụ đưa ra các các xét nghiệm và qui trình không cần thiết.

Kinh nghiệm của các nước thu nhập cao cho thấy, việc nhiều nước thu nhập trung bình cố gắng chuyển gánh nặng tài chính sang khu vực

tư nhân, đặc biệt thông qua hệ thống chi trả phí-dịch-vụ, có nguy cơ làm giá cả leo thang chóng mặt và hiển nhiên sẽ làm cho một tỉ lệ dân số đáng kể không có khả năng tài chính cho các dịch vụ vào thời điểm cần thiết. Hệ quả nhất quán của việc đưa vào phổ cập toàn dân ở các nước OECD đã, ngược lại với hầu hết các tiên đoán, ổn định tốc độ tăng chi tiêu y tế ở một phần trăm GDP trong 10 đến 15 năm qua (Precher 1998; Thompson và Huber 2001).⁸⁷ Precher chỉ ra những nguyên nhân tiềm năng như sau: (1) sự kiểm soát chính sách lớn hơn đối với chi tiêu; (2) loại bỏ những áp lực tăng chi tiêu tạo ra bởi các hãng bảo hiểm y tế tư nhân; và (3) ở một số nước, gần như đạt tới bảo hiểm toàn dân, trước khi đưa nó vào luật.

Hầu hết tất cả các nước có thu nhập trung bình, về tổng thể có đủ nguồn để đảm bảo việc phổ cập toàn dân đối với các dịch vụ thiết yếu.⁸⁸ Tuy vậy mục tiêu này vẫn chưa đạt được ở hầu hết các nước thu nhập thấp vì hai lý do chính. Lý do thứ nhất là tồn tại sự khác biệt lớn về thu nhập trong xã hội, và thường đi đôi với sự thiếu quyết tâm chính trị trong việc dùng các nguồn tài chính công để đảm bảo việc chăm sóc y tế cho người nghèo. Có những cảnh nghèo đói nặng nề ở các khu vực như nông thôn đông bắc Brazil và nông thôn tây Trung Quốc, và dân số bị bản cứng hóa ở đó thường không được có các can thiệp thiết yếu, dẫn đến những hậu quả rất có hại cho xã hội và kinh tế. Thứ hai, nhiều nước thu nhập trung bình không phát triển bảo hiểm cho những người lao động ở các cơ sở không chính qui. Những người lao động này trả tiền túi cho các dịch vụ y tế và đương đầu với việc phá sản khi bị những bệnh nặng.⁸⁹ Ủy ban tin rằng, như là một phần của chiến lược phát triển kinh tế của các nước có thu nhập trung bình, tài chính công cần đảm bảo việc phổ cập toàn dân các can thiệp thiết yếu, và điều này có thể đòi hỏi việc chuyển tài chính đến y tế những vùng nghèo hơn. Việc cấp vốn công cũng có thể khích lệ những người lao động ở các cơ sở không chính qui tham gia vào các mô hình chia sẻ rủi ro. Kinh nghiệm của các nước OECD cách đây hai thập kỷ là bài học cho ta thấy tính công bằng và hiệu quả có thể được cải thiện thông qua ngân quỹ, chi trả, hợp đồng và các biện pháp ngăn chặn tăng giá.

Thậm chí nếu sự phân phối lại như vậy là khả thi trong một thời kỳ dài hơn, nhiều nước có thu nhập trung bình sẽ bị bó buộc bởi tiền mặt trong một giai đoạn ngắn. Ngân hàng thế giới và các ngân hàng phát triển châu lục, làm việc chặt chẽ với các nước và Tổ chức Y tế Thế giới, cần phải cho vay dài hạn và hỗ trợ kỹ thuật để giúp các nước này mở rộng qui mô các can thiệp tới người nghèo. Với vốn vay không ưu

đãi, họ tạo cho các nước nhận cơ hội tiếp cận cấp tài chính cho y tế tốt hơn so với ở thị trường tài chính tự do.⁹⁰ Tiền cho vay có mục đích của Ngân hàng Thế giới cho các nước có thu nhập trung bình như Brazil, Trung Quốc, và Thái Lan dành cho AIDS và lao đã thể hiện sức mạnh của giải pháp này.

XOÁ BỎ NHỮNG CẢN TRỞ PHI TÀI CHÍNH ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ Y TẾ

Những cản trở tài chính đã tước đoạt của hàng trăm triệu người nghèo trên thế giới sự tiếp cận các dịch vụ y tế thiết yếu. Hầu hết trong số một tỉ người nghèo nhất thiếu sự tiếp cận tới hệ thống y tế tối thiểu. Đường ống dẫn mà vốn và vật liệu có thể được rót xuống hoặc là quá hẹp, hoặc bị cản trở, hoặc đầy những hố; chúng không thể đến được những nơi cần đến chúng, hoặc không được ngành y tế kiểm soát. Có thể hoàn toàn không có đường ống nào. Tình trạng này – thiếu một hệ thống cung cấp y tế có khả năng và có hiệu quả - hạn chế tất cả những cố gắng để mở rộng qui mô cung cấp các can thiệp hiệu quả. Trong một số trường hợp, những vấn đề hệ thống này sẽ trở thành những hạn chế thống trị nếu chi tiêu tăng nhanh, kéo theo lợi ích có được khi chi cho nguyên liệu hay đội ngũ nhân viên xuống zero. Ở một số vùng của một số nước đang phát triển, điều này đã thực sự xảy ra, với những người lao động ngồi không do những hệ thống hoạt động kém.

Việc loại bỏ những hạn chế về cơ cấu và xây dựng khả năng mới sẽ rất cần thiết như một phần của quá trình phát triển. Nhiều trong số những khó khăn này có thể giải quyết nếu có nhiều tiền hơn, được sử dụng hợp lý, và các nhà tài trợ cần đầu tư nhiều – trong hợp tác với nước nhận – trong quá trình mạnh dạn củng cố hệ thống y tế. Việc này đòi hỏi thời gian, vì thế cần cấp thiết bắt đầu thực hiện các mục tiêu nhiều năm kể từ bây giờ, chẳng hạn bằng cách xây dựng hạ tầng cơ sở vật chất mới, tăng về số lượng và đào tạo nhân viên hệ thống y tế, và củng cố các hệ thống và khả năng quản lý. Ưu tiên cao nhất cho mở rộng qui mô là ở mức cộng đồng, chỗ mà các dịch vụ y tế thực chất được thực hiện. Chúng tôi gọi đó là hệ thống *gần-với-khách hàng*, hay *CTC*, một phần của hệ thống y tế. Mở rộng ở hệ thống *CTC* bao gồm sự củng cố cơ sở cung cấp cán bộ, cung cấp đủ thuốc, và năng lực vận chuyển tối thiểu. Nó cũng bao gồm cả phần cứng của hệ thống y tế (máy móc, thiết bị chẩn đoán, điện thoại và kết nối e-mail của các trung tâm *CTC*) và phần mềm, nghĩa là hệ thống quản lý và giám sát

tốt hơn, và trách nhiệm lớn hơn đối với người sử dụng thông qua hệ thống giám sát của các đơn vị CTC. Không có sự tham gia mạnh mẽ của cộng đồng và sự tin tưởng vào hệ thống CTC, sự phổ cập và mở rộng hiệu quả cho người nghèo khó mà thực hiện được.

Một nhà nước có bốn vai trò trong hệ thống cung cấp trên cơ sở CTC. Thứ nhất, nhà nước (trong sự liên kết với các tổ chức của xã hội dân sự) sẽ xác định và khẳng định những can thiệp y tế thiết yếu trên cơ sở dịch tễ địa phương. Thứ hai, nhà nước sẽ đảm bảo đủ tài chính công (gồm cả tài trợ bên ngoài) cho sự phổ cập của các can thiệp thiết yếu. Thứ ba, nhà nước sẽ hoạt động cả như đơn vị cung cấp dịch vụ, thông qua các bệnh viện và trạm xá sở hữu nhà nước, cũng như người hợp đồng dịch vụ, trong trường hợp đơn vị cung cấp dịch vụ là phi chính phủ. Thứ tư, nhà nước sẽ trở thành đơn vị đảm bảo chất lượng cung cấp dịch vụ y tế. Tóm lại, nhà nước là người quản lý y tế công cộng, mặc dù không phải là người cung cấp y tế duy nhất trong hầu hết các trường hợp. Vai trò này của nhà nước trong lĩnh vực y tế sẽ được nhận ra vào thời điểm khi khả năng của các chính phủ, đặc biệt là ở các nước nghèo nhất, bị hạn chế, thông thường do những khó khăn về điều hành và hành chính. Giải quyết những khó khăn này sẽ là cần thiết, và là thách thức đối với các nước nhận cũng như cho viện trợ, để giải quyết gánh nặng bệnh tật.

Về mặt tổ chức, chúng tôi coi hệ thống CTC như là một cấu thành của các bệnh viện tương đối đơn giản (không cần phải có được đầy đủ các can thiệp như vẫn có ở các đô thị lớn hoặc các bệnh viện thực tập), các trung tâm y tế và, trong một số hoàn cảnh, các trạm y tế nhỏ hơn. Các dịch vụ thực hiện tại cộng đồng khác nhau liên kết với những đơn vị này sẽ thực hiện trực tiếp các can thiệp cho cộng đồng. Mặc dù sự giám sát y tế là cần thiết, một phần việc lớn ở CTC này sẽ được thực hiện bởi những người không phải là bác sĩ: các y tá và các trợ lý y tế có các mức độ đào tạo khác nhau, kể cả các bà đỡ. Bảng 10 tóm tắt những dự kiến của chúng tôi về việc tổ chức thực hiện các dịch vụ thiết yếu. Đối với mỗi can thiệp chúng tôi chỉ ra đơn vị tổ chức sẽ là đơn vị cung cấp chính cho dịch vụ đó.

Bảng 10. CÁC VÍ DỤ VỀ CUNG CẤP DỊCH VỤ THEO CÁC TUYẾN CHĂM SÓC

| Tuyến chăm sóc | Lao | Sốt rét | HIV/AIDS | Các bệnh trẻ em | Bà mẹ/ Sản phụ | Hút thuốc |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|---|--|
| Bệnh viện | DOTS cho các trường hợp lao phức tạp | Tx sốt rét phức tạp | - Truyền máu đổi với HIV/AIDS - HAART Tx cho OI nặng cho AIDS - Chăm sóc giảm đau | Các ca IMCI nặng | Chăm sóc cấp cứu sản khoa | |
| Phòng khám khu vực/ trạm y tế | | Tx sốt rét không phức tạp Điều trị gián đoạn sốt rét cho phụ nữ mang thai | Thuốc chống retrovirus và thay thế sữa mẹ để phòng nhiễm từ mẹ sang con Phòng OI, và Tx của OI không phức tạp VCT Tx của STI | IMCI Tiêm chủng | Chăm sóc sinh đẻ có chuyên môn cao Chăm sóc tiền sản và hậu sản Kế hoạch hoá gia đình sau khi sinh. | Lời khuyên bỏ thuốc; các liệu pháp được lý cho hút thuốc |
| Các dịch vụ tại cộng đồng | | Kế hoạch bệnh dịch và đối phó | Giáo dục đồng đẳng cho các nhóm nguy cơ cao, thay bơm kim tiêm | Tx của bệnh thiếu máu nặng Chiến dịch tiêm chủng từng loại bệnh | | |

| Tuyên chăm sóc | Lao | Sốt rét | HIV/AIDS | Các bệnh trẻ em | Bà mẹ/ Sản phụ | Hút thuốc |
|--|-----|----------------------|--|--|----------------|--|
| (Các dịch vụ tại cộng đồng) | | Phun thuốc trong nhà | | IMCI điều trị sốt xa hơn tại nhà Vi dinh dưỡng và tẩy giun | | |
| Các hoạt động ngoài ngành y tế hay dịch vụ gián tiếp | | Tiếp thị xã hội ITN | Tiếp thị xã hội bao cao su Các chương trình HIV cho thanh niên trong trường học | Năng cao chất lượng của các quầy thuốc tư nhân Tẩy giun và vi dinh dưỡng trẻ em Các chính sách làm giảm ô nhiễm không khí, thông tin và kiểm soát Đa dạng hoá thực phẩm với iốt, sắt, kẽm | | Thuế thuốc lá cao, cấm quảng cáo và luật khuyến khích và không khí trong sạch, chống quảng cáo |

Viết tắt

Ol: nhiệm vụ cơ hội; *IMCI*: sự quản lý thống nhất các bệnh trẻ em; *STI*: các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục; *Tx*: điều trị; *VCT*: tư vấn và xét nghiệm tự nguyện; *ITN*: màn tẩm hoá chất diệt côn trùng phòng chống sốt rét.

Chú ý: Các dịch vụ được phân bố theo tuyến KCB chính; các tuyến khác thường cung cấp các can thiệp riêng (ví dụ các chăm sóc sinh đẻ có chuyên môn tại bệnh viện).

Các bệnh viện trong hệ thống CTC sẽ cần có biên chế ít nhất một bác sĩ và đội ngũ trợ lý y tế, và có khả năng chăm sóc nội trú ít nhất 100 bệnh nhân cùng một lúc. Mục đích của những bệnh viện này là để xử trí với các ca bệnh cấp tính và đặc biệt nguy hiểm hoặc phức tạp. Trong lĩnh vực sức khỏe bà mẹ đó có thể là nơi tiếp nhận các trường hợp co giật, xuất huyết hậu sản, nhiễm trùng sản phụ và các biến chứng có hậu quả xấu. Đây cũng là nơi thích hợp cho chữa trị các ca bệnh trẻ em và sốt rét nặng, và điều trị các ca bệnh lao phức tạp. Điều trị chống retrovirus cho các bệnh nhân AIDS có thể sẽ là tốt nhất được thực hiện ở đây. Các bệnh viện như thế cần có một phòng xét nghiệm nào đó và ít nhất một phòng mổ, các thiết bị gây mê và X-quang, cùng trạm phát thuốc cho mọi mục đích.

Một hệ thống y tế CTC hoạt động tốt sẽ cần ít nhất một và có thể là hai dạng cung cấp dịch vụ ở ngoài bệnh viện. Yêu cầu chính là có một đội ngũ cán bộ có biên chế chủ yếu là các y tá và các trợ lý y tế được đào tạo. Đó là ở trung tâm y tế mà hầu hết các điều trị DOTS cần được thực hiện, cũng như hầu hết các chẩn đoán và chữa trị các bệnh nhi không phức tạp, cộng với chẩn đoán và chuyển viện các ca bệnh nặng. Đó cũng là nơi tốt nhất để điều trị sốt rét không biến chứng (mặc dù một số đáng kể điều trị sốt rét có thể thực hiện tại gia, nếu có một số điều kiện vật chất và sự đào tạo thích hợp). Đó cũng là mức độ thích hợp để chữa trị hầu hết các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, điều trị và phòng ngừa phần lớn các bệnh nhiễm trùng cơ hội do HIV/AIDS, và xét nghiệm HIV với tư vấn liên quan. Sự khuyến bỏ thuốc lá và các can thiệp được học cai nghiện thuốc lá cũng có thể thích hợp ở mức độ này. Các trung tâm y tế cần cung cấp các điều kiện thích hợp đối với sinh đẻ không phức tạp và cho sử dụng nevirapin hoặc thuốc chống retrovirus khác để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con. Trong một số hoàn cảnh, chẳng hạn khi người dân ở thưa thớt, sẽ là hợp lý để cung cấp mức độ xa hơn, mà chúng ta gọi là trạm y tế. Trạm này sẽ cung cấp các dịch vụ như tiêm chủng thông thường, chăm sóc tiền và hậu sản, và điều trị sốt rét bằng thuốc. Tuy vậy, ở nơi mật độ dân số cao, các dịch vụ thông thường này có thể được thực hiện ở các trung tâm y tế; ở các vùng nông thôn hơn, chúng có thể được thực hiện thông qua các phương tiện lưu động. Hệ thống y tế CTC cũng sẽ bao gồm các dịch vụ tại cộng đồng ở ngoài bán kính có các phương tiện tại chỗ. Các hoạt động này có thể bao gồm, các thăm khám tiền sản, vận động tiêm chủng, các chương trình dinh dưỡng, tẩy giun, và tập huấn để xử trí tại gia cho sốt và tiêu chảy thông qua chống mất nước đường uống. Đối với trường hợp sốt rét, đó có thể gồm cả phun thuốc trong nhà và kế hoạch đối phó với bệnh dịch. Các can thiệp cũng cần để thực

hiện ngoài lĩnh vực y tế. Trong lĩnh vực HIV/AIDS điều này đòi hỏi với tới được các nhóm có nguy cơ bằng các sáng kiến giáo dục, và là chìa khoá để kiểm chế đại dịch ở vùng có tỉ lệ mắc bệnh còn thấp. Các cách tiếp thị xã hội có thể được áp dụng để tăng cường việc sử dụng bao cao su và màn tắm hoá chất chống côn trùng. Các chương trình giáo dục sức khoẻ ở trường học cần nhằm vào một số lây nhiễm đặc biệt như các bệnh do ký sinh trùng, hoặc cung cấp kiến thức giáo dục về tình dục để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS. Chất lượng của các thuốc mua của khu vực bán lẻ có thể được cải thiện thông qua các biện pháp như đào tạo các người bán hàng và tiếp thị xã hội các thuốc cho các dịch vụ thiết yếu, gồm cả đóng gói sẵn và cung cấp những lời khuyên dễ hiểu.

Về mặt lịch sử, một cách để tránh những khó khăn của khả năng hạn chế trong hệ thống y tế là chọn lựa giải pháp “dọc” để giải quyết một số loại bệnh nhất định (thường gọi là các chương trình quốc gia) – như sốt rét – hay một loạt các can thiệp – như tiêm chủng trẻ em. Những giải pháp như vậy đã thu hút sự quan tâm của nhiều nhà tài trợ bên ngoài, những người đánh giá cao việc kiểm tra tài chính và kỹ thuật tập trung, làm cho các chương trình này dễ được đánh giá hơn. Nhiều chương trình như vậy đã có thành công lớn trong một số nước nhất định, và một số trường hợp trên phạm vi thế giới. Chúng tôi rất tán thành không nên xoá bỏ các phương pháp “dọc” này bởi việc tập trung kỹ năng chuyên môn và cam kết sẽ tiến hành phương pháp đó vẫn có giá trị, và chúng tôi sẽ ủng hộ các nước thu nhập thấp duy trì hoặc thiết lập các chương trình quốc gia về HIV/AIDS, sốt rét, lao và có lẽ một số điều kiện riêng biệt khác, thậm chí cả khi họ xây dựng các hệ thống CTC.

Sự cần thiết tập trung chuyên môn để tư vấn hoặc thực hiện các hệ thống CTC là hiển nhiên khi các hệ thống CTC hoạt động tốt. Mặc dù vậy, sẽ là quan trọng thấy rằng các chương trình quốc gia như thế là sự nối kết đến dịch vụ y tế rộng hơn thay vì thay thế nó. Hơn nữa, vì chúng ta đang ủng hộ sự tăng đáng kể các can thiệp thiết yếu, rõ ràng cần củng cố hệ thống dịch vụ y tế hợp lý để giải quyết những thách thức này thay vì tạo ra những đường vòng và bỏ qua nó. Các chương trình quốc gia có thể cung cấp trợ giúp kỹ thuật cho hệ thống CTC, phác đồ điều trị chuẩn, các thuốc đảm bảo chất lượng, và theo dõi đánh giá tập trung vào các kết quả riêng biệt. Chúng có thể giúp xây dựng sự ủng hộ chính trị rộng rãi cho một số chương trình quốc gia. Trong nhiều trường hợp, hạ tầng cơ sở được thiết lập bởi những giải pháp ngành dọc này, được sử dụng để kiểm soát các bệnh ưu tiên khác. Nhiều sáng kiến toàn cầu được ngành công nghiệp ủng hộ nhắc đến

trước đó, phụ thuộc vào việc phân phát thuốc và các vật dụng khác tới đông đảo người dân, đã củng cố hạ tầng cơ sở quốc gia cần để cung cấp các can thiệp của hệ thống CTC.

Hầu hết các nước thu nhập thấp sẽ cần thực hiện những nỗ lực đáng kể để mở rộng qui mô, đặc biệt trong việc xây dựng hệ thống CTC, và hỗ trợ điều hành cần thiết cho hệ thống này. Chúng tôi kiểm tra chi tiết những khó khăn cần phải vượt qua trong quá trình này.⁹¹ Phân loại chúng (Bảng 11) thành 5 loại theo lĩnh vực mà chúng hoạt động: mức độ gia đình và cộng đồng; mức độ cung cấp các dịch vụ y tế; mức độ quản lý chiến lược và chính sách ngành y tế; các vấn đề chính sách công cộng nói chung; và các đặc điểm môi trường. Một mục tiêu là nhận dạng các khu vực, nơi mà các khó khăn dễ được giải quyết hơn thông qua tăng tài chính, và những nơi mà tiền ít là trở ngại trung tâm hơn. Các vùng dễ giải quyết thông qua tăng tài chính ở trong hai loại đầu tiên, là những nhân tố hoạt động ở mức độ cộng đồng và hệ thống cung cấp các dịch vụ y tế của cộng đồng. Các khó khăn ở ba mức độ kia tập trung hơn vào sự lãnh đạo và sự thực hiện của cơ quan, chứ không phải chỉ vào tiền. Thêm nữa, trong khi việc thiếu năng lực quản lý là vấn đề ở tất cả các mức độ, một số lĩnh vực có thể giải quyết một cách đơn giản và nhanh ở mức độ địa phương, và vì vậy được ưu tiên ngay, trong khi việc cải tổ và củng cố hệ thống chính quyền trung tâm đòi hỏi duy trì một nỗ lực lâu dài.

Để đánh giá những khó khăn tồn tại của từng nước, chúng tôi chấm điểm mỗi nước có thu nhập thấp theo các chỉ số. Các chỉ số này gồm: khả năng đọc, viết của phụ nữ, số y tá trên 100.000 dân, sự phổ cập tiêm chủng DPT3 hiện tại, đánh giá của UNICEF về mức độ tiếp cận các dịch vụ y tế, đánh giá của Ngân hàng Thế giới về khả năng kiểm soát tham nhũng và hiệu quả quản lý, và đánh giá của Trung tâm Phát triển Quốc tế Harvard về tỉ lệ dân số sống ở vùng nhiệt đới. Phân tích cho thấy sự khác nhau rất lớn. Chẳng hạn, ở các nước có thu nhập thấp, số y tá trên 100.000 người dao động từ 5 đến 874, và tỉ lệ người thuộc nhóm được chăm sóc y tế từ 18% đến 95%.

Quan trọng là hai nước có thu nhập thấp và dưới trung bình, nơi tập trung phần lớn của một tỉ người nghèo nhất – Ấn Độ và Trung Quốc – rõ ràng ở nhóm ít khó khăn nhất. Ở đâu kia của phạm vi, là các nước nhiều khó khăn nhất, bao gồm Ảng gô la, Bu run đi, Cam pu chia, Cộng hoà Trung Phi, Chad, Cộng hoà Dân chủ Công gô, Eritrea, Guinea-Bissau, Haiti, Liberia, Mauritania, Niger, Nigeria, Somalia, và Yemen. Hầu hết các nước này ở cận sa mạc Sahara châu Phi, và nhiều nước đang có xung đột (nội bộ hoặc với bên ngoài) hay gần đây có

xung đột. Nhiều nước thiếu lãnh đạo trầm trọng. Chúng tôi quan sát sự khác nhau về chất lượng giữa các nước này và các nước ở nhóm cao hơn; ở các nước khác, những chỉ số khó khăn riêng biệt có sự liên hệ với nhau ít hơn nhiều so với các chỉ số ở các nước khó khăn nhất này.

Bảng 11. PHÂN LOẠI CÁC KHÓ KHĂN

| Các cấp độ | Những khó khăn |
|--|--|
| Cấp gia đình và cộng đồng | Thiếu nhu cầu đối với các can thiệp hiệu quả Những trở ngại để sử dụng các can thiệp hiệu quả: vật chất, tài chính, xã hội |
| Cấp cung cấp các dịch vụ y tế | Sự thiếu hụt và phân bố hợp lý nhân sự có đào tạo Chỉ dẫn kỹ thuật, quản lý và giám sát chương trình yếu kém Sự cung cấp không đầy đủ thuốc và dụng cụ y tế Thiếu thiết bị và cơ sở hạ tầng (các phòng xét nghiệm và thông tin liên lạc) và sự tiếp cận các dịch vụ y tế kém |
| Cấp quản lý chiến lược và chính sách ngành y tế | Những hệ thống kế hoạch và điều hành yếu, quá tập trung Các chính sách và các hệ thống cung cấp thuốc yếu kém Sự điều tiết không đầy đủ khu vực dược phẩm và tư nhân và các thực hành công nghiệp không hợp lý Thiếu hoạt động liên ngành và phối hợp chính phủ và xã hội dân sự cho y tế Những khuyến khích sử dụng các nguồn lực hiệu quả và đáp ứng những nhu cầu và ưu tiên của người sử dụng còn yếu kém. Sự dựa dẫm vào quỹ viện trợ làm giảm sự linh hoạt và sở hữu tập thể; những biện pháp của nhà tài trợ làm phương hại những chính sách quốc gia. |
| Các chính sách công cộng không tương ứng các ngành | Sự quan liêu của chính phủ Hạ tầng thông tin liên lạc và giao thông yếu kém |
| Các đặc điểm môi trường | A. <i>Sự lãnh đạo và chương trình chính sách tổng thể</i> Tham nhũng, lãnh đạo kém, luật lệ và trách nhiệm thực hiện các hợp đồng kém Sự bất ổn chính trị và không an toàn Sự ưu tiên thấp với các khu vực xã hội Cấu trúc yếu kém của trách nhiệm công cộng Thiếu tự do báo chí B. <i>Môi trường vật chất</i> Điều kiện địa lý và môi trường thuận lợi cho dịch bệnh Môi trường vật chất không thuận lợi cho cung cấp dịch vụ |

Nguồn: Hanson và các cộng sự

Các nước khó khăn nhất này đại diện cho những trường hợp cân can thiệp nhất. Họ có chỉ số sức khỏe thấp hơn nhiều so với các nước có thu nhập thấp nói chung: số y tá theo đầu người chỉ bằng một phần ba, số tử vong sơ sinh gần gấp đôi, và hơn gấp đôi số tử vong bà mẹ. Phần dân số có thu nhập dưới 1 đô la một ngày nhiều gấp đôi so với ở các nước thu nhập thấp khác. Tuy vậy, cần thấy một điều quan trọng là nhìn chung, những nước này đại diện cho một phần khá nhỏ của vấn đề. Đó phần lớn là những nước nhỏ (hơn một nửa có dân số dưới 10 triệu), và tổng dân số của các nước này khoảng 250 triệu. Mặc dù có tỉ lệ nghèo đói cao, họ đại diện cho chỉ 13% số dân thu nhập ít hơn 1 đô la mỗi ngày ở các nước thu nhập thấp. Nói cách khác, 87% số người sống ít hơn 1 đô la mỗi ngày ở các nước thu nhập thấp không sống ở những vùng khó khăn nhất.

Phân tích này là sơ bộ, không tính một số nước ở gần cuối, nơi những khó khăn có ảnh hưởng lớn. Tuy nhiên, một số người cho rằng không thể làm gì cho một tỉ người nghèo nhất bởi vì họ sống ở các nước mà sự lãnh đạo quá kém, xã hội dân sự quá yếu, trình độ giáo dục quá thấp và đầu tư vào cơ sở hạ tầng quá ít giá trị để trợ giúp bên ngoài có thể đạt được một thành quả đáng kể nào đó. Thực ra không phải như vậy. Như đã nhận xét, mặc dù thực chất có những nơi có vẻ quá khó khăn để hi vọng theo cách này, hầu hết những người nghèo không sống ở những nơi đó, mà ở những nơi có hoàn cảnh tốt hơn. Những đầu tư đáng kể cho việc xây dựng tiềm năng để giải quyết những khó khăn sẽ còn cần thậm chí ở các nước trên phần thấp nhất để những tài trợ được sử dụng một cách hiệu quả.

Ở đây cần tranh luận rằng thực ra môi trường không thuận lợi cho phát triển – lãnh đạo kém, kinh tế yếu, tham nhũng hoành hành, v.v. – ít cản trở đối với các chương trình y tế có mục tiêu hơn so với một số hình thức viện trợ phát triển khác. Việc tiêu diệt bệnh đậu mùa đòi hỏi sự can thiệp hiệu quả ở tất cả các nước bất kể khó khăn; gần đây hơn Chương trình Kiểm soát Giun chỉ u (OCP) đã đạt được những mục tiêu đáng kể trong những hoàn cảnh rất khó khăn, cũng như đối với trường hợp bệnh phong, bệnh giun Ghi nê, bệnh Chagas, và các sáng kiến khác được hỗ trợ bởi các can thiệp mạnh mẽ. Bài học quan trọng trong những trường hợp này là: các chương trình quốc tế được cung cấp như là các hàng hoá công cộng toàn cầu – là cần thiết để vượt qua các khó khăn trong nước. Sự cung cấp các can thiệp y tế trên qui mô quốc tế đôi khi có thể thay thế cho những hệ thống chính trị yếu kém trong nước.

Một nhận định khác là các điều kiện rất khó khăn đôi khi là tạm thời. Nếu phân tích của chúng tôi được thực hiện sớm hơn vài năm, các nước như Uganda và Mô dăm bích có lẽ đã có thể nằm trong số các nước khó khăn nhất. Ngày nay họ có những thành công đáng kể để có thể tự hào. Những nước mà chúng tôi xác định là những nước rất khó khăn, trong nhiều hoàn cảnh những người khác sẽ cho là cực kỳ phức tạp, nơi mà những khó khăn là do các hoàn cảnh đặc biệt. Những điều khẩn cấp phức tạp không phải là môi trường cho phép các can thiệp y tế, song chúng là môi trường yêu cầu các can thiệp này, đặc biệt về mặt kiểm soát bệnh dịch đối với sốt rét và các bệnh khác, trong những trường hợp khi tình hình lãnh đạo được cải thiện, chỉ tiêu cho các chương trình y tế được phân loại trong các tình huống như thế có thể tạo ra khả năng tổ chức có ích cho sự cải thiện tổng thể hơn trong hệ thống y tế.

Cho đến nay, sự lãnh đạo quốc gia bị ảnh hưởng của tham nhũng, không có kế hoạch, và thiếu sự quan tâm cho phát triển dài hạn sẽ xói mòn ngành y tế cũng như phần còn lại của kinh tế. Các quốc gia trong xung đột bạo lực hoặc đàn áp thiểu số chủng tộc hoặc dân tộc, hoặc phân biệt đối xử với phụ nữ, sẽ gặp khó khăn hoặc không thể thực hiện được những cải thiện đáng kể trong ngành y tế. Những nước tập trung quyền lực ở trung ương và tước đoạt từ các cộng đồng địa phương, quyền lực và sự tham gia giải quyết những vấn đề của chính họ gồm cả y tế, cũng sẽ thiếu những tiềm năng. Chúng ta không thể dễ dàng xác định tỉ lệ của các nước rơi vào những trường hợp này: chúng tồn tại và không phải với số lượng nhỏ. Sẽ không có ích gì cho một nỗ lực tổng thể mở rộng qui mô can thiệp y tế nếu các nhà tài trợ đầu tư lớn vào các nước như thế, để thấy những nỗ lực này hao phí và những người đóng thuế của nước tài trợ mất lòng tin.

Những khủng hoảng kinh tế vĩ mô ngắn hạn có thể gây tổn hại nặng nề cho sự phổ cập các dịch vụ y tế và làm đảo lộn quá trình mở rộng qui mô những dịch vụ này, trừ phi ngành y tế được cách ly tốt khỏi những cú sốc ngắn hạn. Các tổ chức tài trợ và các tổ chức đa phương, trong sự đồng bộ với các quan chức quốc gia cần đặc biệt chú ý để bảo vệ những can thiệp y tế thiết yếu khỏi sự khan hiếm ngân sách mà có thể đi kèm với khủng hoảng kinh tế vĩ mô ngắn hạn. Sự trợ giúp của nhà tài trợ có thể là vũ khí tối hậu trong nhiệm vụ duy trì các dịch vụ y tế cần thiết trong những cuộc khủng hoảng kinh tế. Những nỗ lực chặn trước để tạo nên mô hình mạng lưới an toàn xã hội là quan trọng tương đương để bảo vệ người nghèo trong những hoàn cảnh như vậy; nếu các

gia đình bị rơi vào nghèo đói, chỉ đơn giản duy trì các dịch vụ y tế thiết yếu đã có trước khủng hoảng kinh tế không thể ngăn ngừa những hậu quả xấu về sức khoẻ.

ĐẶT NGÀNH Y TẾ TRONG MỘT BỐI CẢNH RỘNG HƠN CỦA VIỆC NÂNG CAO SỨC KHOẺ

Một chính sách y tế hiệu quả đòi hỏi hiểu biết chi tiết những điều kiện địa phương - sinh thái, xã hội, dân số, kinh tế và chính trị - rằng tất cả những điều đó ảnh hưởng đến y tế, và cần được quan tâm trong chiến lược y tế công cộng. Những đầu tư quan trọng và những thay đổi hành vi là cần thiết ở nhiều lĩnh vực quan trọng ngoài ngành y tế (theo định nghĩa truyền thống). Những đánh giá kinh tế về thành quả về sức khoẻ được chuẩn bị cho Báo cáo này (đặc biệt là tuổi thọ của phụ nữ ở một số nước, 1975 – 1990) khẳng định vai trò đa dạng của y tế và các dịch vụ y tế (được tính bằng số bác sỹ trên đầu người) thu nhập gia đình (theo GNP đầu người) và các điều kiện sinh thái (những vùng nhiệt đới không có lợi cho sức khoẻ, những vùng ven biển có lợi cho sức khoẻ).

⁹² Ngoài cải cách ngành y tế, chính sách y tế cần chú trọng ít nhất bốn lĩnh vực.

(1) Nhấn mạnh vai trò hạ tầng cơ sở và công nghệ đối với y tế

Thậm chí trước khi tìm ra một số can thiệp y tế giá trị nhất của thế kỷ 20 như tiêm chủng và kháng sinh, tuổi thọ bắt đầu tăng và bệnh tật bắt đầu giảm ở các nước Tây Âu và Bắc Mỹ. Những thành quả này đạt được nhờ những cải thiện ở lĩnh vực mà Fogel gọi là “hạ tầng y tế”, gồm cả cải thiện khả năng có được nước sạch; các dịch vụ thu gom rác và chất thải đô thị; khử trùng sữa và các biện pháp an toàn chế biến và bảo quản thức ăn khác, và tăng khẩu phần dinh dưỡng, đặc biệt thực hiện các cải tiến trong năng suất lao động và công nghệ nông nghiệp; và giảm giá thành vận chuyển thực phẩm đến các trung tâm đô thị. Chúng tôi nhấn mạnh rằng cải thiện hạ tầng không chỉ là những viên gạch và vữa, mà cả bí quyết nữa. Những đầu tư quyết định là cần thiết để hoàn thiện công nghệ không chỉ trong các vấn đề y sinh mà cả trong nông nghiệp (chẳng hạn thu hoạch các thực phẩm bổ dưỡng hoặc các cây trồng năng suất cao), quản lý môi trường và các lĩnh vực khác.

(2) Các điều kiện sinh thái

Nhiều bệnh tật gây ra bởi điều kiện sinh thái của đất nước. Các bệnh tật phụ thuộc vào nhiệt độ, lượng mưa, khả năng cung cấp nước sạch,

sự có mặt của một số vật chủ gây bệnh cá biệt như muỗi (chúng lại bị ảnh hưởng bởi điều kiện khí hậu, địa lý, sinh thái), mật độ dân số, nguy cơ rủi ro môi trường như khí thải trong nhà hoặc nước không an toàn.... Hải đảo khác với đất liền,⁹³ những vùng ôn đới khác với những vùng nhiệt đới, vùng ẩm khác với sa mạc, bờ biển khác với sâu trong đất liền. Cho nên không ngạc nhiên khi thấy rằng sốt rét đã bị đẩy lùi ở hầu hết các vùng ôn đới nhưng vẫn còn những vùng nhiệt đới rộng lớn; hoặc rằng châu Phi phải chịu đựng nạn sốt rét nghiêm trọng nhất, một phần bởi vì ở đó có loài muỗi độc hại nhất *Anopheles gambiae*. Những môi trường và mùa nóng dễ gây ra các bệnh tiêu chảy do vi khuẩn hơn những vùng và các mùa mát hơn. Các chi phí và các chiến lược có thể khác nhau đáng kể tùy theo sinh thái, chiến lược can thiệp cần được điều chỉnh phù hợp với điều kiện sinh thái địa phương.⁹⁴ Ở một số vùng, màn tẩm chất chống muỗi có thể là cách tốt nhất đối phó với sốt rét; ở những vùng khác phun thuốc chống muỗi trong nhà hoặc diệt bọ gây có thể hiệu quả hơn.

(3) *Các điều kiện xã hội, gồm cả giáo dục và bình đẳng giới tính*
 Các điều kiện xã hội đóng vai trò to lớn. Chẳng hạn, biết đọc, viết, đặc biệt đối với nữ giới, đóng vai trò quan trọng để có sức khỏe tốt. Một số xã hội đảm bảo phổ cập xóa nạn mù chữ. Một số xã hội khác từ chối xóa mù chữ cho phụ nữ, và vẫn còn một số xã hội từ chối xóa mù chữ cho dân tộc thiểu số hoặc các nhóm người có vị trí thấp. Như vậy sự phân chia dân tộc, sự phân tầng xã hội và sự phân biệt nam nữ có thể đóng vai trò lớn trong việc thành công hoặc thất bại của kiểm soát bệnh tật. Vị trí xã hội của người phụ nữ là yếu tố quyết định chính các thành quả y tế. Những người phụ nữ trong nhiều xã hội đã đầu tư những nguồn kinh tế còn thiếu thốn của gia đình cho sức khỏe và giáo dục trẻ em nhiều hơn nam giới. Người mẹ biết đọc, viết là rất quan trọng cho hầu hết mọi can thiệp y tế, dù là các hành vi cá nhân hoặc sự tiếp cận hệ thống chăm sóc sức khỏe chính thức. Lại một lần nữa, những xã hội hạn chế sự tiếp cận giáo dục của các em gái phải trả giá bằng sức khỏe kém hơn, và vì thế, tăng trưởng kinh tế thấp hơn. Vì vậy, rất quan trọng để đảm bảo rằng những người phụ nữ nghèo có được sự tiếp cận bình đẳng tới các thông tin, các dịch vụ, và thuốc men. Họ cần đóng vai trò quan trọng trong việc lôi kéo sự tham gia của cộng đồng và xã hội mà chúng tôi nói ở đây. Tóm lại MDG kêu gọi sự bình đẳng về giới và sự trao quyền cho phụ nữ ởitong đó một yếu tố căn bản là sự bình đẳng về giáo dục. Điều này rất quan trọng để đạt được các MDG về sức khỏe, và các sáng kiến được đưa ra ở đây.

Các hành vi tình dục có thể ảnh hưởng mạnh đến cách truyền nhiễm các bệnh lây truyền đường tình dục. Chúng tôi đã nhận xét rằng tỉ lệ mắc bệnh AIDS cao một phần là kết quả của quan hệ tình dục với các nhóm những người nguy cơ cao, như những người nam công nhân du cư (như thợ mỏ), những người thường xuyên quan hệ với gái mại dâm. Hơn nữa, sự thiếu quyền lực của phụ nữ trong quan hệ tình dục ở châu Phi và một phần ở châu Á có thể làm trầm trọng sự lây nhiễm vi rút HIV. Một yếu tố văn hóa, lệ cắt bao quy đầu của đàn ông (đặc biệt phổ biến ở các dân tộc đạo Hồi ở châu Phi), có thể bảo vệ chống lại lây truyền HIV, như thực tế cho thấy tỉ lệ mắc bệnh thấp ở các nước đạo Hồi chiếm đa số ở châu Phi.

(4) Toàn cầu hoá

Toàn cầu hoá đưa ra những lợi ích sức khoẻ tiềm tàng cho cả thế giới (Feachem 2001). Một thị trường toàn cầu thống nhất hơn có lẽ sẽ tăng tỷ lệ đổi mới và phổ biến công nghệ tiên tiến (Ví dụ thông qua thương mại các dịch vụ y tế), và điều này chắc chắn có thể phục vụ lợi ích chung của nhân loại. Các nước thu nhập thấp hiện còn phải đối mặt với ít nhất 4 thách thức về chính sách phát sinh từ toàn cầu hoá. Thứ nhất, toàn cầu hoá có thể làm trầm trọng vấn đề chảy máu chất xám từ những nước nghèo nhất. Ước tính rằng trong trường hợp 20 nước Châu Phi – Algeria, Benin, Burkina Faso, Cape Verde, Cốt đi voa, Gambia, Gana, Ghinê, Ghinê Bitxao, Libêria, Mali, Maritana, Maroc, Nigiêria, Xenegal, Xiêra Leon, Xô ma li Xuđan, Tô gô, và Tuynizi – hơn 35% dân số có bằng đại học hiện nay sống ở nước ngoài (Tổ chức di cư quốc tế 2001). Trong khi châu Phi đấu tranh với việc các bác sỹ di cư ra nước ngoài, các nước thu nhập cao như Canada và Mỹ lại tích cực thuê mướn và thu nhận những bác sỹ này bằng những ưu tiên visa, những khuyến khích đặc biệt và những chiến dịch quảng cáo. Thứ hai, với sự cạnh tranh tăng lên của vốn lưu động quốc tế, nhiều chính phủ thấy rằng họ cần giảm thuế để cạnh tranh đầu tư quốc tế. Những việc cắt giảm thuế này có thể có lợi cho phát triển kinh tế, nhưng nó làm cho các chính phủ khó khăn hơn để cung cấp tài chính cho những chi tiêu công cộng dành cho y tế. Một số nước như Trung Quốc đã có những quyết định yêu cầu các trung tâm y tế địa phương tự trang trải phần bội ch, lấy từ nguồn thu từ thị trường của họ, vì thế đã loại bỏ người nghèo khỏi sự tiếp cận các dịch vụ cần thiết (làm cho những trung tâm này cung cấp quá mức thuốc và các dịch vụ khác và bằng cách đó họ có thể trang trải những chi phí của họ). Thứ ba, toàn cầu hoá dễ làm tăng tốc độ lây nhiễm bệnh tật quốc tế hơn cả. Những

ngiên cứu lý thuyết cho thấy rằng thậm chí sự tăng khiêm tốn nhất trong những quan hệ quốc tế thông qua người dân (ví dụ do du lịch, di cư hoặc du lịch thương mại) có thể tăng đáng kể tốc độ truyền các bệnh truyền nhiễm.⁹⁵ Thứ tư, toàn cầu hoá làm giảm những mô hình văn hoá địa phương, liên quan đến những ví dụ về chế độ dinh dưỡng và sử dụng thuốc. Chúng ta đang chứng kiến sự tăng rất nhanh của các tập quán không tốt như thức ăn chứa nhiều mỡ, việc tăng sử dụng thuốc lá và các thuốc bị cấm (đó cũng có thể là những con đường chủ đạo truyền nhiễm AIDS, viêm gan C và các bệnh truyền nhiễm qua đường máu khác).

CUNG CẤP KIẾN THỨC TOÀN CẦU TRONG CUỘC CHIẾN CHỐNG LẠI BỆNH TẬT

Các hàng hoá công cộng theo nghĩa rộng nhất là những loại hoạt động kinh tế và sản phẩm kinh tế không được thị trường cung cấp đủ, và vì thế đòi hỏi cung cấp và/hoặc tài trợ công cộng. Khi những hàng hoá công cộng là của địa phương (như là cảnh sát và cứu hỏa), và quốc gia (như là quốc phòng), những chính quyền địa phương hoặc quốc gia tương ứng là những người cung cấp chính. Hàng hoá công cộng toàn cầu (GPG) là những hàng hoá không được cung cấp đầy đủ bởi chính quyền địa phương và quốc gia bởi vì các lợi ích vượt ra ngoài biên giới của đất nước. Cuộc chiến chống lại bệnh tật đòi hỏi những đầu tư quan trọng trong GPG ngoài những phương tiện hoặc nhân tố khuyến khích của bất cứ một chính phủ đơn lẻ nào và vượt qua tổng chi phí của một chương trình cấp quốc gia.

Một trong những loại hàng hoá công cộng quan trọng nhất là những hàng hóa tham gia sản xuất tri thức mới, đặc biệt thông qua những chương trình nghiên cứu phát triển (R&D). Vì tri thức là “không cạnh tranh”, nghĩa là sự sử dụng tri thức bởi một người không làm giảm tri thức của người khác, điều này có ý nghĩa đối với xã hội khi đảm bảo rằng tri thức mới được thực sự sử dụng rộng rãi. Nhưng nếu những thành quả của nghiên cứu phát triển là có sẵn miễn phí, những hãng tối đa lợi nhuận sẽ không có động cơ để đầu tư vào nghiên cứu phát triển. Một biện pháp thực tiễn để cân bằng giữa sự cần thiết của tri thức và sự cần thiết cho động cơ cá nhân để đầu tư vào nghiên cứu phát triển là kết hợp hai chính sách: cung cấp tài chính công cho nghiên cứu phát triển kết hợp với bảo hộ bản quyền cho các nhà đầu tư tư nhân trong nghiên cứu phát triển. Chẳng hạn như ở Mỹ, những nhà nghiên cứu y

sinh tài trợ bởi liên bang được Bộ y tế ủng hộ đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển những loại thuốc mới, cung cấp cho những hoạt động nghiên cứu phát triển của ngành công nghiệp dược tư nhân và hoạt động dưới sự bảo hộ sáng chế.

Sự phân công lao động trong nghiên cứu phát triển giữa các khu vực nhà nước và tư nhân là có liên quan, ít nhất là về nguyên tắc, đối với bản chất của tri thức được nuôi dưỡng. Đặc biệt, không nên cung cấp những quyền sáng chế đối với kiến thức khoa học cơ bản, bởi vì xã hội có lợi trong việc truyền bá, sử dụng những ý tưởng khoa học cơ bản.⁹⁶ Như vậy, sự ủng hộ công cộng đối với nghiên cứu phát triển cho nghiên cứu khoa học cơ bản là tối cần thiết. Thậm chí ở “thị trường tự do” Hoa Kỳ cũng có sự ủng hộ mạnh mẽ của cả hai đảng đối với loại chi tiêu công cộng này. Mặt khác, đối với những ứng dụng đặc biệt của những khái niệm khoa học rộng, bảo hộ sáng chế mang đến những động cơ phát triển và thử nghiệm sản phẩm vừa rủi ro vừa tốn kém. Vì các sáng chế được cấp cho các ứng dụng thay vì kiến thức cơ bản, sự cạnh tranh giữa những người nắm giữ sáng chế được giữ gìn bởi những ứng dụng cạnh tranh và đa dạng của cùng một kiến thức được tiếp cận một cách tự do. Xem xét sự đổi mới công nghệ như là một quá trình đi từ khoa học cơ bản đến thử nghiệm sản phẩm cuối cùng, tài trợ công cộng nên chi trả phần lớn của những giai đoạn đầu trong khi bảo hộ sáng chế cung cấp những yếu tố kích thích của những giai đoạn sau. Khi chúng ta định hướng nghiên cứu phát triển tới những bệnh đặc trưng của những nước nghèo, cơ chế khuyến khích thất bại ở cả 2 mặt. Chính phủ các nước nghèo thiếu phương tiện tài trợ nghiên cứu phát triển, và bảo hộ sáng chế ít có ý nghĩa khi không có một thị trường lớn cho sản phẩm. Kết quả là cho các bệnh đặc trưng của các nước nghèo – như sốt rét và các bệnh truyền nhiễm đối khác – thường bị thiếu kinh phí. Các nước nghèo có lợi từ nghiên cứu phát triển chủ yếu khi những nước giàu cũng bị ảnh hưởng bởi những bệnh này!⁹⁸

Sẽ có ích khi phân biệt 3 dạng bệnh tật. *Các bệnh loại I* xảy ra ở các nước giàu và các nước nghèo với số lượng lớn dân số có nguy cơ ở mỗi nước. Ví dụ các bệnh truyền nhiễm gồm sởi, viêm gan B, và cúm do *Haemophilus type b* (Hib) và các bệnh không truyền nhiễm như tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh liên quan đến thuốc lá. Trong trường hợp các bệnh loại 1, động cơ cho nghiên cứu phát triển có ở thị trường các nước giàu (thông qua tài trợ khoa học cơ bản công cộng và bảo vệ sáng chế đối với phát triển sản phẩm). Sản phẩm được phát triển và vấn đề chính trong mối quan hệ với các nước nghèo là sự tiếp cận tới

những công nghệ thường có giá thành cao và được sự bảo hộ sáng chế. Nhiều loại vắc – xin cho các bệnh loại I đã được phát triển từ 20 năm trước nhưng vẫn chưa được đưa vào sử dụng rộng rãi ở các nước nghèo vì giá thành cao. *Các bệnh loại II* có ở các nước giàu và các nước nghèo, nhưng chiếm tỷ lệ lớn ở các nước nghèo. Vì thế, động cơ nghiên cứu phát triển có ở thị trường các nước giàu, nhưng mức chi nghiên cứu phát triển trên cơ sở toàn cầu không đủ để bù đắp chi phí chữa bệnh. HIV/AIDS và lao là những ví dụ: cả hai bệnh có ở các nước nghèo và giàu, nhưng hơn 90% là ở các nước nghèo. Trong trường hợp vắc-xin cho HIV/AIDS, một lượng lớn nghiên cứu phát triển sẵn sàng do nhu cầu thị trường các nước giàu, nhưng không tương ứng với nhu cầu toàn cầu hoặc giải quyết bệnh này ở nước nghèo. Trong trường hợp bệnh lao, tình hình còn tệ hơn. Rất ít nghiên cứu phát triển được dành cho các chữa trị mới và tốt hơn. *Các bệnh loại III* là những bệnh chủ yếu hoặc hoàn toàn chỉ ở những nước đang phát triển như bệnh ốm ngủ ở châu Phi (trùng mũi khoan) và bệnh mù ven sông châu Phi (giun chỉ u). Những bệnh như thế rất ít được nghiên cứu phát triển và thực tế không có nghiên cứu phát triển trên cơ sở thương mại ở các nước giàu. Khi những công nghệ mới được phát triển, chúng thường tạo những bất ngờ, như khi thuốc thú y được Merck phát triển (ivermectin) được chứng tỏ là có hiệu quả trong việc chữa trị giun chỉ u ở người.

Một số bệnh thuộc cả hai loại, đặc biệt nếu điều trị và/hoặc phòng ngừa là nhạy cảm đối với một số đặc thù ở các nước giàu và nghèo. AIDS thuộc giữa loại I và loại II và sốt rét thuộc giữa loại II và loại III.⁹⁹ Đến nay, nguyên lý cơ bản rằng nghiên cứu phát triển có xu hướng giảm tương ứng với gánh nặng bệnh tật, chuyển trọng tâm từ các bệnh loại I đến các bệnh loại III là một phát hiện thực tiễn to lớn. Các bệnh loại II thường được gọi là các bệnh *không được quan tâm* và các bệnh loại III là các bệnh *rất không được quan tâm*.

Mức độ không quan tâm nghiên cứu phát triển của một bệnh được xem xét qua phân chi tiêu cho nó trong tổng chi tiêu cho bệnh tật cho gánh nặng bệnh tật toàn cầu (ví dụ được đo bằng chi phí nghiên cứu phát triển cho một DALY¹⁰⁰). Hãy xem xét trường hợp sốt rét. Sốt rét được tính cho khoảng 3% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu, được đo bởi những năm cuộc đời bị coi là mất đi do tàn tật (45 triệu DALY trong tổng số 1,4 tỷ DALY của thế giới), với hơn 99% gánh nặng rơi vào các nước đang phát triển. Tổng nghiên cứu y sinh của các khu vực nhà nước và tư nhân ước tính khoảng 60 tỷ đô la mỗi năm hoặc 42 đô la mỗi DALY. Chi phí nghiên cứu sốt rét khoảng 100 triệu đô la mỗi năm hoặc 2,2 đô la mỗi DALY.¹⁰¹ Như vậy, nghiên cứu phát triển cho sốt rét khoảng 1/20 trung bình toàn cầu. Một điều đáng chú ý và đáng

lo ngại là sự hợp tác giữa nhà nước và tư nhân cho sự phát triển các thuốc chống sốt rét mới - Thuốc Sốt rét (MMV), gần đây đã chi ít hơn 10 triệu đô la mỗi năm cho việc này và bị hạn chế về vốn đến nỗi hiện nay chỉ phấn đấu đạt tới 30 triệu đô la mỗi năm vào năm 2004. WHO hợp tác với ngành công nghiệp dược quốc tế gần đây đã nhận định rằng đối với một số bệnh quan trọng của người nghèo hiện có rất ít nỗ lực nghiên cứu phát triển của ngành công nghiệp tư nhân mặc dù có triển vọng khoa học về sự đột phá của các loại thuốc, vắc-xin và chẩn đoán bệnh mới. Những lĩnh vực không được quan tâm như vậy gồm cả sốt rét, lao, giun chỉ bạch huyết, leishmaniasis, sán máng, trùng mũi khoan châu Phi và bệnh Chagas.¹⁰²

Sự mất cân đối trong nghiên cứu giữa các bệnh của người nghèo (các bệnh loại II và đặc biệt là các bệnh loại III) và của người giàu đã được nhận ra và ghi lại trong hơn một thập kỷ. Một báo cáo được đọc rộng rãi vào năm 1990 của Ủy ban nghiên cứu và phát triển sức khỏe đã ghi nhận sự mất cân bằng đối 90/10: rằng chỉ có 10% chi tiêu nghiên cứu phát triển dành cho các vấn đề sức khỏe của 90% dân số thế giới. Một điều thú vị là bản báo cáo gốc thực sự đặt sự mất cân đối là 95/5, có lẽ còn hiện thực hơn.¹⁰³ Bản báo cáo này dẫn đến việc thành lập Quỹ toàn cầu cho nghiên cứu y tế năm 1996 và tiếp tục ghi lại những sự không đầy đủ trong nỗ lực nghiên cứu các bệnh của người nghèo. Nhiều sáng kiến đã được bắt đầu hoặc tiếp tục để giải quyết sự mất cân đối này. Nhưng những sáng kiến này vẫn còn thiếu kinh phí trầm trọng. Chương trình nghiên cứu bệnh nhiệt đới (TDR) tiêu biểu của WHO, Chương trình phát triển Liên hợp quốc, Ngân hàng thế giới, mặc dù có những thành tựu đáng kể trong việc kiểm soát bệnh nhiệt đới cũng chỉ được cấp kinh phí vào khoảng 30 triệu đô la mỗi năm cho chương trình bao gồm 8 bệnh nhiệt đới chính.¹⁰⁴ Sáng kiến Nghiên cứu vắc xin (IVR), chương trình kết hợp mọi khả năng nghiên cứu phát triển vắc xin của cả Tổ chức y tế thế giới và UNAIDS, chỉ có khoảng tám triệu đô la hàng năm để chi tiêu nhằm thúc đẩy sự phát triển và khả năng có được vắc xin chống lại không ít hơn 13 bệnh cộng với những công nghệ hoạt chất để cải thiện tiêm chủng.¹⁰⁵ Một nỗ lực nhiều bên tương tự trong sức khỏe sinh sản, được gọi là Chương trình đặc biệt nghiên cứu phát triển và đào tạo nghiên cứu cho sức khỏe sinh sản (HRP) đã được cấp kinh phí khoảng 20 triệu đô la mỗi năm (hoặc 40 triệu đô la mỗi 2 năm). Gần đây hơn, một số hợp tác nhà nước-tư nhân đã được thành lập, thường theo sáng kiến của các quỹ Gates và Rockefeller, với mục đích nghiên cứu phát triển bệnh sốt rét, AIDS và lao. Mức độ tài trợ cho những sáng kiến này vẫn còn khiêm tốn, mặc dù đã là sự tiến bộ lớn so với những năm trước.

Bảng 12. NHỮNG ƯU TIÊN CHO NGHIÊN CỨU VÀ PHÁT TRIỂN CÁC LOẠI THUỐC MỚI CHỮA BỆNH Ở CÁC NƯỚC NGHÈO

| Bệnh | Tử vong hàng năm | Hạn chế của các thuốc hiện có | Các thuốc mới cần thiết; Tính khả thi khoa học | Ngành công nghiệp hiện tham gia vào R&D |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| Sốt rét | 1-2 triệu | Sự kháng thuốc của các điều trị hiện có, và chi phí cao của điều trị mới | Có; Tính khả thi cao | Thấp, trừ thuốc MMV (sự cộng tác nhà nước – tư nhân) |
| Lao | 2 triệu | Sự kháng thuốc, khó thực hiện (thời gian lâu và phức tạp) | Có; Tính khả thi cao, nhưng thời gian phát triển lâu | Thấp |
| Giun chỉ và giun chỉ u bạch huyết | Tử vong ít, nhưng chi phí xã hội từ trung bình đến cao | Thuốc không tiêu diệt tất cả các giai đoạn của ký sinh trùng, tái nhiễm nhanh | Có; Tính khả thi cao | Thấp |
| Leishmaniasis | 57.000 | Sự kháng thuốc, thực hiện kém | Có; Tính khả thi cao | Thấp (Trừ khi cộng tác với TDR) |
| Sán máng | 14.000 | Sự kháng thuốc | Có; WHO lạc quan về tính khả thi cao, công nghiệp ít hơn | Không có |
| Trùng mũi khoan châu Phi | 66.000 | Sự kháng thuốc, không có hiệu quả ở mọi giai đoạn của bệnh | Có; WHO lạc quan về tính khả thi, ngành công nghiệp ít hơn | Không có |
| Bệnh Chagas | 21.000 | Không có hiệu quả ở mọi giai đoạn của bệnh | Có; Tính khả thi cao đối với lây nhiễm mãn tính | Thấp đến không có |

Lưu ý: Bảng này tập trung vào phát triển thuốc hơn là phát triển vac-xin, trừ các bệnh như Shigellois, viêm não Nhật bản, sốt xuất huyết đã có các vac-xin rất hiệu quả so với thuốc.

Nguồn: Cuộc họp WHO- IFPMA (bảng 11, “Những bệnh truyền nhiễm ưu tiên cần nghiên cứu phát triển bổ sung”).

Tổ chức y tế thế giới và Diễn đàn nghiên cứu y tế toàn cầu cần làm việc cùng với các nhà tài trợ và cộng đồng nghiên cứu để xác định trên cơ sở hiện tại những lĩnh vực ưu tiên cao cho nghiên cứu và phát triển các bệnh các nước nghèo đã không được ngành dược phẩm quốc tế chú trọng. Những lĩnh vực được xác định gần đây là ưu tiên gồm có vắc xin cho sốt rét, lao và AIDS. Các chất diệt khuẩn cho AIDS; các thuốc trừ sâu để kiểm soát các bệnh mang bởi các ký sinh vật chủ và các điều trị sốt rét phối hợp cần thiết để làm chậm sự kháng thuốc đối với các thuốc chống sốt rét.¹⁰⁶ Những bệnh rất không được chú trọng gồm có giun chỉ bạch huyết, leishmaniasis, sán máng, trùng mũi khoan và bệnh Chagas. Sự đánh giá chi tiết các ưu tiên nghiên cứu phát triển và tính khả thi của những loại thuốc mới, được tiến hành bởi hội thảo WHO – IFPMA, được tổng kết trong bảng 12. Một trong những vấn đề nhất quán với những bệnh này và những bệnh nhiệt đới khác là thậm chí khi các điều trị hiệu quả đã có trong quá khứ, sự phát triển của các chủng kháng thuốc làm cho những giải pháp chuẩn mực trở thành không hiệu quả, với ít hoặc không có những điều trị giá rẻ. Cho nên sự cần thiết để phát triển những loại thuốc mới và thay thế thuốc là liên tục. Đối với một số bệnh vi khuẩn như kiết lỵ, sự kháng thuốc trở thành cản trở chính trong chữa trị. Lưu ý rằng bảng 12 không nhắc đến các bệnh cần các loại vắc-xin chứ không phải là thuốc, như shigellosis, viêm não Nhật Bản và sốt nhiệt đới, tất cả những bệnh này là mục tiêu của Sáng kiến nghiên cứu vắc-xin của WHO/UNAIDS.

Chúng tôi tin rằng cần ít nhất 3 tỉ đô la mỗi năm cho nghiên cứu phát triển các ưu tiên y tế của người nghèo. Trong số này 1,5 tỉ đô la mỗi năm cần được dành cho nghiên cứu phát triển các loại thuốc, vắc-xin, chẩn đoán mới, và những chiến lược can thiệp chống HIV/AIDS, sốt rét, lao, sức khoẻ sinh sản và các bệnh ưu tiên khác của người nghèo. Ví dụ đối với AIDS, nó sẽ gồm nghiên cứu sử dụng các loại thuốc chống retrovirus trong những hoàn cảnh thu nhập thấp, các loại vắc xin cho các dạng vi rút riêng biệt phổ biến ở các nước nghèo, và các chất diệt khuẩn nhằm ngăn chặn sự lây truyền vi rút. Duy trì nguồn tài trợ nghiên cứu phát triển là quan trọng sống còn vì những đột phá trong lĩnh vực này đòi hỏi nhiều năm nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng. Cả WHO và Diễn đàn nghiên cứu y tế toàn cầu đóng vai trò quan trọng trong việc dự đoán sự phân phối hiệu quả các nguồn kinh phí gia tăng này.

Cùng với nghiên cứu phát triển có mục đích, cần tăng đáng kể nghiên cứu khoa học cơ bản trong y tế (ví dụ dịch tễ học, kinh tế y tế,

hệ thống y tế và chính sách y tế), và các vấn đề y sinh (ví dụ vi rút học) trong mối quan hệ với các nước nghèo. Ủy ban đề nghị chi 1,5 tỉ đô la chi hàng năm cho Quỹ nghiên cứu sức khỏe toàn cầu (GHRF). Quỹ này sẽ hoạt động trong nghiên cứu y sinh và y tế tương tự như Nhóm tư vấn nghiên cứu nông nghiệp quốc tế (SCGIAR) trong lĩnh vực nông nghiệp. Quỹ GHRF sẽ tài trợ nghiên cứu khoa học tử mĩ thông qua một tổ chức quốc tế mới thành lập của Các viện nghiên cứu y tế Quốc gia ở Mỹ và/hoặc các Hội đồng nghiên cứu y tế (MRC) của các nước khác. NIH và các MRC của các nước OECD, và các MRC ở các nước như Braxin, Malaysia, Nam Phi tích lũy những kinh nghiệm đáng kể trong việc tài trợ nghiên cứu có chất lượng và trong việc duy trì chất lượng, sự minh bạch và trách nhiệm. Những kinh nghiệm quý báu này phải được làm mẫu để thiết kế và thành lập những NIH/MRC quốc tế mới. Những bài học từ TDR, IVR, và HRP cũng phải được xem xét, và có thể nên cho những thực thể này vào trong cấu trúc mới. Diễn đàn nghiên cứu y tế toàn cầu hiện có có thể đóng vai trò có ích trong việc thành lập và các hoạt động sau này của Quỹ nghiên cứu y tế toàn cầu (GHRF).

Mục tiêu chính của GHRF là xây dựng tiềm năng nghiên cứu dài hạn ở chính các nước đang phát triển. GHRF sẽ cung cấp kinh phí chỉ đạo cho các nhóm nghiên cứu ở các nước thu nhập thấp. Hiện tại, sự gây dựng năng lực nghiên cứu phải được bắt đầu với việc chính phủ các nước nghèo nhận thấy tầm quan trọng của việc củng cố các trường đại học và các cơ sở nghiên cứu khác. Ngoài việc tài trợ từ GHRF, cách nghĩ mới là cần thiết để giải quyết những vấn đề phổ biến là lương thấp, sự yếu kém của các tổ chức, thiếu những nghiên cứu đánh giá cụ thể, và chảy máu chất xám sang các nước châu Âu và Bắc Mỹ. Cuối cùng, WHO cần làm việc với ngành công nghiệp dược phẩm toàn cầu có cơ sở nghiên cứu để thực hiện việc chuyển giao công nghệ tới các nước nghèo. Tất cả các hãng nghiên cứu dược phẩm lớn cần được khuyến khích thiết lập hợp tác đào tạo và nghiên cứu dài hạn ở các nước đang phát triển, theo gương cam kết gần đây của Pfizer thành lập Liên minh khoa học Chăm sóc và phòng chống AIDS tại trường đại học Tổng hợp Makerere ở Uganda để đào tạo các bác sĩ châu Phi trong việc sử dụng các thuốc AIDS.

Ngoài những chi phí này, nguồn quỹ sẽ cần cho nghiên cứu thực hành khi mở rộng qui mô những nỗ lực điều trị ở các nước thu nhập thấp. Nghiên cứu thực hành bao gồm nghiên cứu các can thiệp y tế trong thực hành, gồm cả những vấn đề sự chấp nhận của bệnh nhân đối

với các chế độ điều trị và sự thực hiện theo những chế độ này, độc tính, liều lượng cách thức và giá thành của sự cung cấp. Mục đích là để tối ưu hoá chế độ điều trị theo những điều kiện địa phương, và để xác định cách tốt nhất để đưa chế độ điều trị vào những dịch vụ đã có. Vấn đề nghiên cứu thực hành thường không được chú trọng trong các chương trình quốc gia. Ủy ban yêu cầu các cơ quan song phương, Ngân hàng thế giới và Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét đảm bảo rằng một tỷ lệ tương xứng của viện trợ từ dự án quốc gia đặc biệt của họ được dành cho phát triển năng lực nghiên cứu và tiến hành nghiên cứu thực hành theo những chủ đề tương ứng. Chúng tôi đề nghị rằng ít nhất 5% vốn viện trợ dự án cần được dành cho nghiên cứu theo dự án. Ví dụ, Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét cần ủng hộ mạnh mẽ nghiên cứu trong nước về đánh giá và cải thiện những can thiệp chống AIDS, lao và sốt rét mà nó sẽ tài trợ. Ví dụ thứ hai liên quan đến Ngân hàng thế giới. Hầu hết các khoản vay có điều kiện của Ngân hàng thế giới chứa các mục nghiên cứu thực hành tương ứng với dự án được tài trợ hoặc để chuẩn bị cho dự án tiếp theo. Thông thường, những đồng tiền này hoặc là được chi tiêu không hiệu quả, tiêu không đủ hoặc cả hai. Ủy ban kêu gọi Ngân hàng thế giới đảm bảo sự sử dụng hiệu quả của những nguồn kinh phí nghiên cứu này, sao cho nghiên cứu thực hành cần thiết được thực hiện và sao cho năng lực nghiên cứu địa phương được trợ giúp và tăng cường.

Ủy ban cũng ủng hộ những thảo luận gần đây ở Mỹ và Âu Châu để sửa đổi luật Thuốc các bệnh hiếm hiện có để kích thích hoạt động nghiên cứu phát triển trong những lĩnh vực ưu tiên. Luật Thuốc các bệnh hiếm hiện tại cung cấp yếu tố khuyến khích để kích thích nghiên cứu triển khai trong khu vực tư nhân đối với các bệnh “hiếm”¹⁰⁷ chỉ ảnh hưởng một số ít người dân, và việc bán thuốc chữa những bệnh này có thể không mang lại lợi nhuận nếu không có những khuyến khích bổ sung. Những luật này đã thành công đáng kể để hấp dẫn khu vực tư nhân tham gia vào những lĩnh vực không được quan tâm trước kia, và có bằng chứng để cho rằng những cơ chế tương tự có thể có tác dụng đối với những bệnh của người nghèo. Sự sửa đổi những luật thuốc hiện hành cần được đặc biệt nhấn mạnh đối với các bệnh chỉ tập trung ở các nước nghèo nhiệt đới bằng cách điều chỉnh cả gói những khuyến khích cho mục đích này thông qua thuế, tài trợ nghiên cứu và bảo hộ sáng chế mở rộng.

Khi các nước giàu dựa cả vào sự phối hợp của trợ cấp nghiên cứu phát triển và sự điều tiết của thị trường (dựa trên các bằng sáng chế) để

phổ biến các kiến thức mới từ khoa học cơ bản đến phát triển sản phẩm, như vậy sự tài trợ gia tăng cho nghiên cứu phát triển cũng cần được phối hợp với sự điều tiết thị trường để đảm bảo rằng những đột phá khoa học từ phòng thí nghiệm sẽ tìm được ứng dụng trong bệnh viện. Một trong những biện pháp để bảo hộ sáng chế là cần có một cơ chế đảm bảo nhà sản xuất sản phẩm mới có một thị trường đáng kể để có thể có lãi và tái phát triển sản phẩm (gồm cả thử nghiệm lâm sàng). Mặc dù không có một cơ chế tổ chức đơn giản nào được thiết kế cho mục đích này, Ủy ban tìm kiếm những đề xuất sáng kiến mà nhà tài trợ có thể hứa để mua những điều trị và vắc-xin hiệu quả mới với giá xứng đáng cho đầu tư phát triển sản phẩm. Chẳng hạn Liên minh vắc-xin và tiêm chủng toàn cầu mới sẽ tài trợ mua vắc-xin, có thể hứa trước sẽ chi 10 đôla một liều vắc-xin chống sốt rét, lao và AIDS hiệu quả.¹⁰⁸ Sự cam kết trước này phối hợp với sự tài trợ nghiên cứu phát triển đáng kể của nhà tài trợ có thể thuyết phục ngành công nghiệp dược phẩm nhiều hơn nhiều để phát triển các sản phẩm mới. Tương tự, Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét có thể cam kết trước sẽ mua thuốc mới chống AIDS, sốt rét và lao với một giá thành tương đối để kích thích phát triển sản phẩm của khu vực tư nhân. Một cơ chế khác là những luật Thuốc các bệnh hiếm hiện có ở các nước giàu có những khuyến khích tài chính bổ sung (ví dụ giảm thuế hoặc những điều khoản quyền sở hữu trí tuệ ưu tiên cho nghiên cứu phát triển các bệnh không phổ biến, như rối loạn di truyền bất thường; điều luật này có thể mở rộng để cung cấp những khuyến khích tương tự đối với các bệnh phổ biến ở các nước nghèo và ít phổ biến ở các nước giàu.

Chúng ta cũng cần khai thác những công nghệ thông tin mới cho mục đích này. Internet ngày nay giúp phân phối các bài báo đăng trên các tạp chí khoa học và y học và các thông tin khác với giá rẻ, một cách nhanh chóng tới tất cả mọi nơi bằng một phần cứng cơ bản và sự kết nối mạng. Việc cung cấp các thiết bị như thế là một yếu tố quan trọng của bất cứ kế hoạch tài trợ nào để cải thiện chăm sóc y tế trên cơ sở thông tin hiện đại. Những khả năng được mở ra bởi Internet có thể khắc phục những thiếu hụt truyền thống trong nghiên cứu y học – những khó khăn trong việc cung cấp thông tin tới mọi người ở các nước nghèo và tới những người không có quan hệ với các tổ chức giàu có. Mặc dù nhiều tạp chí ngày nay xuất bản nội dung của họ dưới dạng điện tử, chỉ gần đây một vài tạp chí mới bắt đầu cho ra các bài báo của họ miễn phí (thường thường sau sáu tháng đến hai năm sau khi xuất bản) và cung cấp những bài báo của họ miễn phí ở những nước nghèo nhất. Tuyên bố mới đây của sáu nhà xuất bản lớn, phối hợp với Tổ

chức y tế thế giới và Liên hợp quốc, là rất đáng hoan nghênh, nhưng nó còn xa để thoả mãn nhu cầu to lớn ở nhiều nước khác hơn một chút, và nhiều tạp chí quan trọng chưa có mặt trong sáng kiến này. Cho một kế hoạch dài hạn hơn, Ủy ban kiến nghị một số mục đích quan trọng và khả thi: phát triển lưu trữ điện tử lớn, nơi mà hàng triệu bài báo có thể được lưu trữ, tiếp cận và tìm kiếm đầy đủ với nhiều từ khoá; sự thay đổi trong kế hoạch thương mại đối với hầu hết các tạp chí sao cho giá thành được chi trả bởi các nước giàu và sự phân phối là miễn phí, cập nhật trên toàn thế giới thông qua Internet; và thoả thuận của tất cả các tạp chí để cung cấp nội dung của họ với sự phân phát, lưu trữ miễn phí trong vòng sáu tháng sau khi xuất bản, thậm chí nếu họ tiếp tục các xuất bản truyền thống.

Để bổ sung vào các lĩnh vực nghiên cứu phát triển, Ủy ban kêu gọi tăng cường nghiên cứu và phát triển theo sáu cách chính: (1) 1,5 tỉ đô la tài trợ hàng năm thông qua Quỹ nghiên cứu y tế toàn cầu mới (GHRF) cho nghiên cứu y tế và y sinh cơ bản; (2) 1,5 tỉ đô la tài trợ hàng năm cho những tổ chức hiện có nhằm phát triển thuốc và vắc-xin mới, như TDR, IVR, và HRP (tất cả thuộc Tổ chức y tế thế giới), và sự hợp tác nhà nước – tư nhân chống HIV/AIDS, sốt rét và lao và các bệnh khác của người nghèo; (3) tăng chi tiêu cho nghiên cứu thực hành ở cấp quốc gia trong mối liên hệ với sự mở rộng qui mô các can thiệp thiết yếu, tương đương với ít nhất 5% của tài trợ chương trình quốc gia; (4) mở rộng sự tiếp cận các thông tin khoa học miễn phí trên mạng với những nỗ lực được tài trợ để tăng kết nối các trường đại học và các cơ sở nghiên cứu khác ở các nước thu nhập thấp; (5) sửa đổi luật Thuốc các bệnh hiếm ở các nước thu nhập cao để có thể bao gồm cả các bệnh của người nghèo; và (6) những cam kết trước để mua những công nghệ có mục đích (như là vắc-xin cho HIV/AIDS, sốt rét và lao) như là một khuyến khích thị trường; đặc biệt đối với phát triển sản phẩm giai đoạn cuối.

Cùng với nghiên cứu phát triển, có những dạng hoạt động hàng hóa y tế công cộng khác đòi hỏi tài trợ công cộng, như thiết lập chuẩn mực y tế công cộng, theo dõi bệnh tật và thúc đẩy những kinh nghiệm tốt nhất trong can thiệp y tế. Ở các nước giàu, những hoạt động như thế được tiến hành bởi các cơ quan nhà nước như Tổ chức thuốc và thực phẩm và các Trung tâm kiểm soát bệnh tật ở Mỹ. Ở các nước nghèo, những hoạt động như thế thường bị thiếu thốn tài chính nếu được tiến hành. Nếu tính đến các vấn đề y tế ngoài tầm biên giới quốc gia, Tổ chức y tế thế giới đóng vai trò đặc biệt trong việc thiết lập chuẩn mực

quốc tế,¹⁰⁹ thu thập và phân tích số liệu, theo dõi bệnh tật, và thúc đẩy những kinh nghiệm tốt nhất trong y tế công cộng thông qua truyền bá những kinh nghiệm quốc tế tốt nhất. Nhưng trong những lĩnh vực này, cũng như trong nghiên cứu phát triển các bệnh của người nghèo, mức độ tài trợ quốc tế là không đủ đối với thách thức toàn cầu.

Không dễ có được một bức tranh toàn diện về chi tiêu hiện tại các hàng hóa công cộng toàn cầu thông qua Tổ chức y tế thế giới và các cơ quan khác. Ngân sách trung bình của WHO là 864 triệu đô la mỗi năm từ 1997 đến 1999 được chia gần bằng nhau giữa ngân sách cơ bản và các quỹ ngoài ngân sách. Các tổ chức quốc tế khác (UNICEF, UNFPA, UNDP, Ngân hàng thế giới) cũng cung cấp các hàng hóa công cộng toàn cầu (GPG) cho y tế bổ sung vào các dự án cấp quốc gia, mặc dù sự phân chia chính xác giữa GPG và các chương trình quốc gia là không dễ được xác định. Trên quan điểm sự cấp thiết của mở rộng qui mô hàng hóa công cộng toàn cầu trong một số lĩnh vực – theo dõi bệnh tật, những đường lối cơ bản trong dịch tễ học, phân tích và tuyên truyền những kinh nghiệm tốt nhất và thực tập và đào tạo ở mức độ toàn cầu – chúng tôi đề nghị tăng chi tiêu giai đoạn cho các hàng hóa công cộng toàn cầu không thuộc nghiên cứu phát triển này với khoảng hơn một tỉ đô la mỗi năm nữa vào năm 2007 và hơn hai tỉ đô la nữa vào năm 2015 để ủng hộ vai trò của các tổ chức này và các tổ chức tương tự trong sáng kiến kiến nghị ở đây.

TIẾP CẬN CÁC THUỐC THIẾT YẾU

Người nghèo không được tiếp cận các thuốc thiết yếu vì nhiều nguyên nhân, tất cả những nguyên nhân này được giải quyết một cách toàn diện. Nguyên nhân quan trọng nhất cho đến nay là chính sự nghèo đói, có nghĩa là cả người nghèo lẫn chính phủ của họ không có khả năng mua những thuốc thiết yếu hoặc đảm bảo sử dụng chúng một cách đúng đắn trong một hệ thống y tế tốt. Thêm vào đó, những người nghèo có thể không biết đến những lựa chọn có thể cứu sống họ vì các dịch vụ y tế tại cộng đồng không đầy đủ. Sự tiếp cận bị cản trở bởi sự thiếu trầm trọng bác sỹ và cán bộ y tế được đào tạo để lựa chọn và sử dụng các thuốc hiện có một cách hiệu quả. Một số cản trở là do tự áp đặt. Nhiều nước thu nhập thấp áp đặt thuế nhập khẩu và thuế nội địa đối với một số thuốc thiết yếu. Một số chính phủ cũng cản trở sự tiếp cận thông qua các hệ thống môi giới công kênh và các quy trình điều tiết làm chậm trễ việc sử dụng các thuốc thiết yếu.¹¹⁰

Tất cả những điều này thậm chí là đúng, đối với những loại thuốc không được bảo hộ sáng chế, cũng như những thuốc được bảo hộ sáng chế. Ví dụ, nhiều thuốc chống retrovirus chữa HIV/AIDS không được bảo hộ sáng chế ở cận sa mạc Sahara.¹¹¹ Nhiều loại thuốc chống retrovirus hiện nay có giá thấp, hoặc từ các nhà sản xuất hoạt chất hay do những nhà dược phẩm nắm bane quyền ở Mỹ và châu Âu bán ra trên cơ sở phi lợi nhuận. Một số loại thuốc thậm chí được phát miễn phí, như đề nghị của Boehringer Ingelheim đối với nevirapine để giảm sự lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con. Mặc dù vậy, thiếu sự trợ giúp quy mô lớn của các nhà tài trợ, các nước nghèo ở cận sa mạc Sahara với tỷ lệ mắc bệnh HIV/AIDS cao không có khả năng có được những loại thuốc giá rẻ này ở một mức độ đáng kể. Những vấn đề này cũng xảy ra đối với sự tiếp cận các thuốc lao, thậm chí cả những thuốc đã hết bản quyền, cũng như nhiều vắc-xin đã hết bảo hộ sáng chế nhưng vẫn còn quá đắt đối với các nước thu nhập thấp nếu thiếu sự trợ giúp tài chính.

Khi có được sự tài trợ đầy đủ, định giá thuốc của các hãng dược phẩm (đặc biệt đối với các loại thuốc đang được bảo hộ sáng chế) có thể là một vật cản đáng kể.¹¹² Ít nhất một số thuốc thiết yếu được bảo hộ sáng chế và một số khác đã hết hạn hay còn được cung cấp chỉ bởi một số ít các nhà sản xuất. Trong những hoàn cảnh đó, các nhà sản xuất có xu hướng duy trì lợi nhuận cao (giá bán cao hơn giá thành rất nhiều), đặc biệt ở thị trường các nước giàu. Những lợi nhuận cao như thế là cơ chế cơ bản, nhờ đó, các chi phí nghiên cứu phát triển được hoàn trả, và vì thế cần được công nhận như một phần của một quá trình đổi mới bình thường. Nhưng sự tiếp cận các loại thuốc ở các nước nghèo đòi hỏi giá bằng hoặc gần giá thành sản xuất, vì những người nghèo (và những người tài trợ đại diện cho họ) không thể mua với giá được bảo hộ sáng chế.¹¹³ Rất có thể những loại thuốc thiết yếu sẽ được bảo hộ sáng chế sẽ tăng lên sau năm 2005, khi mọi nước thành viên của Tổ chức thương mại thế giới được yêu cầu để một hệ thống sáng chế hài hoà có hiệu lực mà gồm cả dược phẩm.¹¹⁴ Hơn nữa, nhân dịp sự tăng đáng kể Quỹ tài trợ cho các nước thu nhập thấp, các hãng trước kia đã quyết định chống lại việc ngừng bảo hộ sáng chế đối với các sản phẩm của họ nay có thể quyết định làm như thế đối với các loại thuốc mới như là chiến thuật thoả hiệp với các nhà tài trợ. Đồng thời, chúng tôi nhận thấy rằng sự mở rộng quyền sở hữu trí tuệ có lẽ sẽ củng cố nền công nghiệp dược phẩm dựa vào nghiên cứu ở Braxin, Ấn Độ, Trung Quốc và Nam Phi và có thể là điểm cộng nếu nỗ lực nghiên cứu

phát triển gia tăng này trong các nước đang phát triển được kết hợp với sự quan tâm đặc biệt tới nhu cầu của người nghèo.

Trên nguyên tắc, những nhà sản xuất đang nắm giữ sáng chế có thiện chí đặt giá thuốc khác giữa các thị trường thu nhập thấp và thu nhập cao để tạo điều kiện cho những người tiêu thụ ở cả hai thị trường đều được phục vụ. Mặc dù vậy, trên thực tế, các hãng dược phẩm thường do dự khi giảm giá thành của họ ở các nước thu nhập thấp vì một vài nguyên nhân: (1) lo rằng những giá khác nhau sẽ gây tác hại tới giá thuốc của họ ở thị trường thu nhập cao hoặc thông qua tái xuất khẩu các loại thuốc rẻ hoặc phản ứng của người tiêu dùng và các nhà chính trị ở các nước thu nhập cao; (2) sự công nhận của các hãng rằng rất ít hoặc không có lợi gì về mặt lợi nhuận khi cung cấp thuốc giá rẻ ở các nước thu nhập thấp; (3) một thực tế rằng lợi nhuận có thể cao hơn ở một số thị trường thu nhập thấp do kết quả của việc bán một số thuốc giá cao cho một phần nhỏ những khách hàng giàu có đối lại với việc bán rộng rãi với giá gần với giá sản xuất.

Giải pháp tối ưu đối với cộng đồng toàn cầu là thiết lập những giá khác biệt ở các thị trường thu nhập thấp như một tiêu chuẩn hành động, chứ không phải là ngoại lệ.¹¹⁵ Ngành công nghiệp dược phẩm dường như sẵn sàng hơn cho cách giải quyết này nếu có những đảm bảo mạnh mẽ rằng giá rẻ ở thị trường thu nhập thấp sẽ không ảnh hưởng đến thị trường và bảo hộ sáng chế ở thị trường thu nhập cao. Một số công ty dược phẩm lớn đang giữ bản quyền các thuốc chống retrovirus cho HIV/AIDS đã đồng ý cung cấp những sản phẩm của họ trên cơ sở phi lợi nhuận. Trong một trường hợp gần đây, một hãng lớn đã tuyên bố ý định của họ tình nguyện cho phép sử dụng sáng chế các loại thuốc chống retrovirus.¹¹⁶ Một vài công ty lớn đã hưởng ứng những lời kêu gọi của UNAIDS và WHO để tăng cường sự tiếp cận các loại thuốc chống retrovirus trong chương trình thực hiện vào tháng 5 năm 2000 được gọi là Sáng kiến Thúc đẩy Tiếp cận.¹¹⁷ Các công ty cũng được khích lệ bởi các nhà hoạt động AIDS, sự cạnh tranh mạnh mẽ từ các nhà sản xuất hoạt chất, và những sự đe dọa của Brazil và các nước thu nhập trung bình khác kêu gọi giấy phép bắt buộc để sản xuất các thuốc chống retrovirus theo bản quyền.¹¹⁸ Các nỗ lực quốc tế, được WHO và các cơ quan khác chỉ đạo, đã làm giảm giá trong một số trường hợp tới hơn 90% các thuốc chữa lao kháng thuốc. Trong một làn sóng mới của sự kết hợp nhà nước – tư nhân, những ví dụ này được tăng lên bởi nhiều trường hợp hiến thuốc cho các nước nghèo bởi các công ty dược phẩm lớn trong những nỗ lực kiểm chế bệnh tật gồm cả

trùng mũi khoan, giun chỉ u và sốt rét, và loại bỏ bệnh phong, giun chỉ bạch huyết và đau mắt hột gây mù trên toàn thế giới.¹¹⁹ Những vận động ngắn hạn đã chứng tỏ sự hiệu quả trong những năm gần đây trong việc tìm tài trợ.

Ngành công nghiệp dược và cộng đồng quốc tế hiện nay cần đồng ý với một chương trình hành động tổng thể hơn. Các công ty có quyền cho rằng định giá thuốc không phải là trở ngại duy nhất cho việc tiếp cận thuốc. Vì thế một chương trình quốc tế đầy đủ cần chú ý đến một loạt các vấn đề, gồm cả gây quỹ tài trợ để mua và sử dụng thuốc hợp lý, định giá thuốc bởi ngành công nghiệp dược phẩm, các cam kết một chế độ điều tiết thích hợp cho việc sử dụng thuốc của các nước nhận tài trợ, các biện pháp chống làm giả và tái xuất khẩu chợ đen các thuốc giảm giá hoặc tặng, và các thỏa thuận của chính phủ các nước thu nhập cao không ép nhu cầu của chính họ đối với việc giảm giá thuốc ở thị trường thu nhập cao lên việc giảm giá thuốc ở các nước thu nhập thấp.

Theo quan điểm của chúng tôi, bước tiếp theo tốt nhất là để WHO, ngành công nghiệp dược (cả những người giữ bản quyền và cả những nhà sản xuất), và các nước thu nhập thấp đồng ý cùng nhau về định giá và cấp phép việc sản xuất ở những thị trường thu nhập thấp. Những đường lối này sẽ cung cấp những cơ chế minh bạch việc định giá khác biệt nhằm hỗ trợ các nước thu nhập thấp. Những đường lối này sẽ xác định một loạt các thuốc thiết yếu (ví dụ thuốc AIDS, sốt rét, lao, các bệnh đường hô hấp và tiêu chảy và các bệnh phòng ngừa bằng vắc-xin) cho các nước thu nhập thấp với “giá thương mại thấp nhất chấp nhận được”.¹²⁰ Ngành công nghiệp dược phẩm sẽ đồng ý cấp phép những công nghệ của họ tới các nhà sản xuất hoạt chất chất lượng cao để sử dụng cho các nước thu nhập thấp dù khi họ quyết định không tự mình cung cấp cho những thị trường đó hoặc khi các nhà sản xuất hoạt chất có thể chứng tỏ rằng họ có thể sản xuất thuốc chất lượng cao với giá thấp hơn đáng kể (đủ thấp để chi trả tiền bản quyền khiêm tốn nhất cho công ty giữ bản quyền). Các nước thu nhập thấp sẽ thực hiện những trách nhiệm các bên của chính họ, gồm có: (1) phòng chống việc tái xuất khẩu thuốc giá rẻ hoặc hợp pháp hoặc thông qua chợ đen tới các nước thu nhập cao; (2) loại bỏ những rào cản xâm nhập thị trường khác như thuế quan và hạn ngạch trong việc nhập khẩu các thuốc cần thiết; (3) điều tiết và hợp tác với cộng đồng tài trợ để đảm bảo việc sử dụng hiệu quả các thuốc này để hạn chế sự bùng phát kháng thuốc hoặc các hậu quả xấu khác có thể đi kèm với việc sử dụng

yếu kém các loại thuốc. Cộng đồng tài trợ về phần mình sẽ đảm bảo tài trợ đủ để mua, theo dõi và sử dụng an toàn các thuốc.

Một cơ chế đặc biệt là hệ thống “giá tốt nhất thắng” trong đấu thầu quốc tế bởi các nhà tài trợ đại diện cho các nước thu nhập thấp. Hệ thống này gọi thầu trong số các nhà cung cấp cạnh tranh, gồm cả người nắm bản quyền và những nhà sản xuất hoạt chất đã được chấp nhận trước (trên cơ sở thể hiện khả năng cung cấp những sản phẩm chất lượng cao theo qui mô và thời hạn yêu cầu). Trong trường hợp người nắm bản quyền không thắng thầu, họ sẽ đồng ý cấp phép tự nguyện cho người thắng thầu, bỏ qua quyền tranh chấp đối với việc lạm dụng bản quyền trong những hoàn cảnh đặc biệt, hoặc đáp yêu cầu thắng thầu. Trong mọi trường hợp, nhà cung cấp hoạt chất thắng thầu sẽ được yêu cầu trả một khoản lợi tức hợp lý cho người nắm quyền sáng chế, sao cho giá thành của người cung cấp hoạt chất đủ để chi trả tiền bản quyền. Qui trình giá-tốt-nhất-thắng như thế có thể được thiết lập như là một phần của đường lối định giá tự nguyện cho nhóm nước thu nhập thấp, trong sự kết hợp với những trách nhiệm của các nước cho và nhận viện trợ.

Trong bất cứ trường hợp nào, những kế hoạch tình nguyện cần được ủng hộ bởi các biện pháp bảo hộ trong trường hợp có khó khăn trong thực hiện những kế hoạch này. Các biện pháp bảo hộ thậm chí cần thiết hơn trong trường hợp các chỉ dẫn tình nguyện có thể hoàn toàn không được thông qua. Giả định rằng người giữ bản quyền quyết định không đưa ra một loại thuốc thiết yếu trên cơ sở phi lợi nhuận lần không cấp phép cho nhà sản xuất hoạt chất thuốc này, quốc gia thu nhập thấp vẫn còn cần một cách để đảm bảo có được thuốc với giá thấp. Những luật hiện hành về quyền sở hữu trí tuệ trong hệ thống thương mại thế giới được biết như TRIPS (quyền sở hữu trí tuệ liên quan đến thương mại) nhìn thấy trước sự cấp phép bắt buộc như là sự bảo hộ. Với sự cấp phép bắt buộc, chính quyền quốc gia giao cho nhà sản xuất địa phương quyền sản xuất sản phẩm đã được đăng ký bản quyền, và nhà sản xuất địa phương phải trả hoa hồng (dưới dạng bản quyền sáng chế) cho người giữ bản quyền. Sự cấp phép bắt buộc có ích cho một nhóm nhỏ các nước đang phát triển (như Brazil, Ấn Độ và Nam Phi) có ngành sản xuất hoạt chất chất lượng cao với bí quyết và khả năng sản xuất cho thị trường trong nước.

Mặc dù vậy, đối với các nước thu nhập thấp không có khả năng sản xuất tại chỗ, cấp phép bắt buộc tự nó ít có giá trị thực tế.¹²² Vì thế Ủy ban khuyến cáo rằng, đối với các nước như thế cấp phép bắt buộc cần

được hiểu theo nghĩa rộng để bao gồm nhập khẩu từ nhà sản xuất giá thấp ở nước thứ ba. Ví dụ, các nước thu nhập thấp ở Cận Sahara có thể khi cấp thiết (và khi không có những kế hoạch tình nguyện), có khả năng kêu gọi cấp phép bắt buộc để cho phép các nước thứ ba cung cấp cho các nước thu nhập thấp các thuốc cần thiết từ nhà sản xuất có cơ sở, ví dụ ở Nam Phi hoặc Ấn Độ, thậm chí nếu nhà sản xuất đó không giữ bản quyền và đang chịu sự hạn chế bản quyền ở chính thị trường trong nước của họ. Như mọi khi, nhà sản xuất có thể được yêu cầu để trả tiền bản quyền hợp lý cho người giữ bản quyền và sự sản xuất có thể chỉ phục vụ việc sử dụng trong nước có yêu cầu cấp phép bắt buộc. Nước yêu cầu sự bảo hộ sẽ bị ràng buộc không cho phép việc sản xuất thuốc thâm nhập vào thị trường quốc tế.

Những đề nghị riêng biệt chúng tôi đưa ra ở đây có thể được kết hợp với các giải pháp chuẩn hơn khác để đảm bảo đấu thầu cạnh tranh. Những điều này gồm có kế hoạch mua lượng lớn, sự minh bạch trong định giá (gồm cả trưng bày bảng giá những thuốc chủ yếu, khi nhà công nghiệp bắt đầu tuyên bố trong trường hợp các thuốc kháng vi rút retro), và những thảo luận về giấy phép của những sản phẩm riêng biệt. Ủy ban cảm thấy rằng cách cấp phép và định giá tình nguyện, được ủng hộ bởi sự bảo vệ mạnh mẽ quyền sở hữu trí tuệ ở các thị trường thu nhập cao để bảo đảm những khuyến khích cho nghiên cứu phát triển, cũng như những bảo hộ và các thiết bị đấu thầu tiêu chuẩn khác, có thể chứng tỏ giải pháp hiệu quả và được việc cho tất cả các nhà đầu tư lớn. Trong những trường hợp này đó sẽ là hi vọng và sự mong đợi của chúng ta rằng các biện pháp bảo hộ như cấp phép bắt buộc sẽ ít cần sử dụng trong thực tế. Tuy nhiên trong trường hợp các chỉ dẫn tự nguyện như thế không có hiệu quả, Ủy ban tin rằng những luật thương mại quốc tế liên quan đến sự tiếp cận các loại thuốc thiết yếu được áp dụng theo cách đem lại sự ưu tiên về nhu cầu y tế cho người nghèo. Điều này có nghĩa một sự sử dụng rộng rãi việc cấp phép bắt buộc của các nước đang phát triển để thúc đẩy cạnh tranh tích cực giữa các nhà sản xuất hoạt chất chất lượng cao, hoặc thậm chí sự chậm lại trong việc đăng ký TRIPS sau năm 2005/2006 ở các nước thu nhập thấp nếu không có những giải pháp thay thế tốt hơn.

Đường lối cuối cùng là rõ ràng: giải pháp tốt nhất là kế hoạch hợp tác tự nguyện sẽ bảo vệ quyền sở hữu trí tuệ ở mức tối đa trong khi đảm bảo sự tiếp cận các loại thuốc thiết yếu cho người nghèo với giá thấp nhất thông qua các cơ chế định giá khác nhau.

Qui mô tài trợ

Để ước tính các nhu cầu tài trợ toàn cầu, chúng ta bắt đầu bằng các mục tiêu mở rộng qui mô cho việc phổ cập các can thiệp thiết yếu, và sau đó làm các ước tính các bội chi của việc chuyển đổi từ mức phổ cập hiện tại đến các mục tiêu ở mỗi nước. Phương pháp và kết quả được tổng kết ở Phụ lục 2, và được nêu chi tiết ở Tài liệu Cơ sở về các chi phí của Nhóm nghiên cứu. Bổ sung vào tất cả các can thiệp, bao gồm cả các chi phí của việc củng cố hệ thống như đào tạo bổ sung đáng kể, điều hành và kiểm tra, và các chi phí đảm bảo tăng cường chất lượng (như tăng lương cán bộ y tế để đảm bảo tinh thần và sự thực hiện công việc tốt hơn), chúng ta có tổng chi phí cho mỗi nước. Vì sự mở rộng qui mô sẽ cần thời gian, chúng tôi ước tính sự gia tăng chi phí hàng năm, vào năm 2007 và 2015. Chúng tôi khi đó ước tính mức tăng huy động nội lực mà mỗi nước có thể đạt được, giả sử rằng mỗi nước sẽ huy động thêm 1% GNP của thu nhập ngân sách cho y tế vào năm 2007 và 2% của thu nhập ngân sách vào năm 2015. Sau đó chúng tôi lấy hiệu số của chi phí và sự gia tăng thu nhập, và gọi đó là “sự thiết hụt tài chính thực” cần được lấp đầy nhờ viện trợ cấp quốc gia. Con số này là sự thiếu hụt cho các chương trình cấp quốc gia. Cũng có những chi phí bổ sung liên quan đến các sản phẩm công cộng toàn cầu, đặc biệt nghiên cứu và phát triển và các hoạt động của các tổ chức y tế quốc tế, chủ yếu là WHO.

Sự thiếu hụt ước tính cho các chương trình cấp quốc gia được thể hiện trên bảng A2.6 vào khoảng 22 tỉ đô la mỗi năm vào năm 2007 (trong số đó 14 tỉ dành cho các nước kém phát triển nhất, 6 tỉ cho các nước thu nhập thấp khác, và 2 tỉ cho các nước thu nhập trung bình thấp). 3 tỉ đô la khác hoặc tương đương sẽ cần để chi phí cho tăng cường nghiên cứu phát triển cho các nghiên cứu y tế và y sinh cho các nước thu nhập thấp, và 2 tỉ để cung cấp các hàng hoá công cộng toàn cầu khác. Như vậy, tổng số tài trợ sẽ là 27 tỉ đô la mỗi năm vào năm 2007. Con số này sẽ tăng tới 38 tỉ đô la vào năm 2015, khi sự phổ cập được mở rộng và đặc biệt là số người được điều trị AIDS sẽ tiếp tục tăng. Viện trợ phát triển chính thức cho y tế sẽ vào khoảng 0,1% GNP của nước tài trợ, hoặc 1 penny viện trợ cho mỗi 10 đô la của GNP nước tài trợ. Tất nhiên những tính toán này giả thiết rằng các nước nhận viện trợ thực hiện những biện pháp mạnh mẽ trong nước để chứng tỏ mình thực hiện có hiệu quả việc sử dụng những viện trợ gia tăng. Thiếu những biện pháp này, sự giải ngân thực tế sẽ ở mức thấp, như chỉ ra ở bảng dưới đây.

Bảng 13. VIỆN TRỢ TỚI TẤT CẢ CÁC NƯỚC NHẬN VIỆN TRỢ VÀ CÁC NƯỚC KÉM PHÁT TRIỂN NHẤT, 1999 (% của GNP nước viện trợ)

| Quốc gia | Viện trợ tới tất cả các nước nhận viện trợ, % GNP | Viện trợ tới các nước ít phát triển nhất, % GNP |
|--------------------------|---|---|
| Úc | 0,26 | 0,05 |
| Áo | 0,25 | 0,04 |
| Bỉ | 0,30 | 0,07 |
| Canada | 0,28 | 0,05 |
| Đan Mạch | 1,00 | 0,32 |
| Phần Lan | 0,33 | 0,08 |
| Pháp | 0,39 | 0,06 |
| Đức | 0,26 | 0,05 |
| Hi Lạp | 0,16 | 0,00 |
| Ai-len | 0,32 | 0,12 |
| Ý | 0,15 | 0,03 |
| Nhật | 0,34 | 0,06 |
| Luých - Xăm - Bua | 0,66 | 0,16 |
| Hà Lan | 0,79 | 0,16 |
| Niu - Di - Lân | 0,27 | 0,06 |
| Na - Uy | 0,91 | 0,30 |
| Bồ Đào Nha | 0,26 | 0,12 |
| Tây ban nha | 0,23 | 0,03 |
| Thụy Điển | 0,70 | 0,17 |
| Thụy Sĩ | 0,35 | 0,10 |
| Vương quốc Anh | 0,23 | 0,05 |
| Mỹ | 0,10 | 0,02 |
| Tất cả các nước viện trợ | 0,24 | 0,05 |

Nguồn: Tính từ Bảng 31 và 39, Báo cáo hợp tác phát triển năm 2000, Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế, Pa – ri.

Điều ngụ ý là viện trợ nhiều hơn đáng kể là cần thiết để đạt được sự phổ cập rộng rãi các can thiệp y tế thiết yếu. Những con số này tuy rất lớn về trị số tuyệt đối, hoàn toàn khả thi. Tổng GNP của các nước tài trợ vào khoảng 25 nghìn tỉ đô la mỗi năm (2001). Tổng viện trợ phát triển chính thức (ODA) vào khoảng 53 tỉ đô la, hoặc 0,2% GNP của

các nước viện trợ (bảng 13). Năm nước tài trợ đạt tiêu chuẩn quốc tế 0,7% của GNP, còn Ai len và Vương quốc Anh cam kết sẽ tăng ODA của họ đến mức này. Các nhà lãnh đạo IMF, Ngân hàng thế giới và nhiều tổ chức tài trợ khác gần đây đã tán thành mức này một lần nữa. Nếu tất cả các nhà tài trợ tăng ODA đến 0,7% GNP của họ, tổng ODA sẽ vào khoảng 175 tỉ đô la mỗi năm hiện nay và 200 tỉ đô la vào năm 2007.¹²³

Bảng 14. VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN CHÍNH THỨC CHO CÁC CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ VÀ DÂN SỐ, CÁC NGUỒN SONG PHƯƠNG, (triệu đô la Mỹ). (Trung bình 1997-1999)

| Quốc gia | Y tế | Dân số | Tổng số | % của GNP |
|-----------------------------|---------|--------|---------|-----------|
| Mỹ ¹ | 535,8 | 385 | 920,8 | 0,012 |
| Nhật | 338,6 | 21,2 | 359,9 | 0,009 |
| Vương quốc Anh ² | 267 | 19,3 | 286,3 | 0,023 |
| Pháp | 184,4 | 1,5 | 185,9 | 0,013 |
| Đức | 118,6 | 65,7 | 184,3 | 0,009 |
| Hà Lan | 80 | 21,5 | 101,4 | 0,026 |
| Úc | 64,8 | 14,9 | 79,6 | 0,021 |
| Thụy Điển | 58,7 | 20,4 | 79,1 | 0,035 |
| Tây ban nha | 72,9 | 1,9 | 74,8 | 0,014 |
| Bỉ | 58,8 | 1,7 | 60,5 | 0,024 |
| Na-uy | 41,3 | 15,1 | 56,4 | 0,037 |
| Đan Mạch | 48,1 | 0,9 | 49 | 0,028 |
| Áo | 48,9 | 0,1 | 49 | 0,023 |
| Canada | 22,6 | 6,1 | 28,7 | 0,005 |
| Ý | 20,6 | 1 | 21,6 | 0,002 |
| Thụy Sĩ | 17,2 | 0,7 | 17,9 | 0,006 |
| Phần Lan | 16 | 1,2 | 17,2 | 0,014 |
| Luých-xăm-bua | 16,2 | 0,5 | 16,7 | 0,089 |
| Ai-len | 10,4 | -- | 10,4 | 0,015 |
| Bồ đào nha | 8,6 | 0,1 | 8,7 | 0,008 |
| Hi Lạp | 5,8 | -- | 5,8 | 0,005 |
| Niu-di-lân | 3,1 | 0,2 | 3,3 | 0,006 |
| <i>Tổng số</i> ³ | 1.982,4 | 577,5 | 2.559,8 | 0,011 |

Chú ý: (1) Nguồn: cơ sở dữ liệu của USAID, bao gồm mọi khoản

(2) Nguồn cơ sở dữ liệu DFID

(3) Tất cả các song phương khác: từ cơ sở dữ liệu trực tuyến DAC

Điều này rõ ràng sẽ là đủ để có được viện trợ y tế là 27 tỉ đô la, cộng với sự tăng đáng kể và được đảm bảo trong các lĩnh vực khác của ODA nữa, đặc biệt là giáo dục, nước và vệ sinh, quản lý môi trường và các lĩnh vực cấp bách khác để giảm đói nghèo và tăng trưởng kinh tế. Chúng tôi nhấn mạnh điểm này vì chúng tôi không muốn ODA cho y tế tăng bằng cái giá phải giảm ODA trong các lĩnh vực quan trọng khác như giáo dục. Sẽ là trung thực khi nói rằng thực ra các lĩnh vực ưu tiên khác cho đầu tư xã hội (giáo dục, quản lý môi trường) cũng cần phải được tăng ODA. Một sự tăng ODA đáng kể cho ngành y tế không nên và không cần ảnh hưởng đến những yêu cầu chính đáng khác để tăng viện trợ. Chúng ta nhấn mạnh sự cần thiết cấp bách của ODA y tế chứ không phải thay thế những mục tiêu viện trợ khác.

Cần phải nhận thấy viện trợ y tế nhỏ đến mức nào so với qui mô nền kinh tế các nước viện trợ và nhu cầu của các nước nhận viện trợ. Bảng 14 chỉ ra số lượng hàng năm của viện trợ song phương cho y tế tính trung bình cho những năm 1997 đến 1999. Viện trợ song phương trung bình là 2,55 tỉ đô la, chỉ chiếm 0,01% GNP của nước viện trợ. Tức là chỉ 1 penny cho mỗi 100 đô la của nước viện trợ! Bảng 15 cho thấy viện trợ phát triển có mục đích vào từng bệnh riêng biệt. Các chương trình AIDS nhận được những cam kết chỉ là 287 triệu đô la trung bình mỗi năm trong khoảng 1997-1999 với ít hơn một nửa là đến châu Phi.¹²⁴ Bệnh sốt rét được tài trợ 87 tỉ đô la và bệnh lao chỉ có 81 triệu.

Bảng 15. VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN CHO Y TẾ ĐỂ KIỂM SOÁT TỪNG BỆNH: CAM KẾT TRUNG BÌNH MỖI NĂM 1997-1999, CÁC CƠ QUAN ĐA PHƯƠNG VÀ SONG PHƯƠNG CHỌN LỌC (triệu đô la Mỹ)

| | Tổng số | WB | IDP | AfDB | WHO | UNICEF | DFIB | USAID |
|---|---------|-----|-----|------|-----|--------|------|-------|
| Tổng số | 1.743 | 504 | 23 | 2 | 0 | 322 | 209 | 209 |
| AIDS | 287 | 145 | NA | 0 | 0 | 25 | 7 | 17 |
| Các bệnh trẻ em phòng được bằng vắc-xin | 251 | 17 | NA | | 0 | 104 | 110 | 0 |
| Sốt rét | 87 | 62 | NA | | 0 | 25 | 0 | 0 |
| Viêm phổi | 81 | 58 | NA | | 0 | 17 | 1 | 5 |

Nguồn: Các số liệu do: AfDB, IADB, WB, WHO, UNICEF, DFID, và USAID.

Vì những con số này đại diện cho những số lượng dành riêng cho những bệnh này, có lẽ rằng những quỹ bổ sung không có mục đích đặc biệt cũng sẽ chỉ cho việc chiến đấu chống các bệnh này. Cho đến nay một kết luận không thể chối cãi là viện trợ hãy còn rất khiêm tốn so với cả khả năng của nước viện trợ lẫn nhu cầu của nước nhận.

Sự hào hiệp tư nhân của các cá nhân, các quỹ, các tập đoàn cũng đóng vai trò gia tăng. Một đóng góp đáng kể nhất cho y tế toàn cầu trong những năm qua là việc hiến tặng hơn 20 tỉ đô la tài sản riêng của Bill và Melinda Gates để thành lập Quỹ Gates. Quỹ này ngày nay đóng góp mỗi năm gần 1 tỉ đô la cho những sáng kiến y tế toàn cầu. Vào thế kỷ 20 quỹ Rockefeller đã đóng vai trò tương tự cực kỳ quan trọng trong y tế công cộng toàn cầu. Sự hào hiệp của các tập đoàn cũng cần thiết. Như chúng tôi đã nêu ở trên một số công ty dược phẩm đã tặng các thuốc cho các nước thu nhập thấp và những sự hiến tặng này đã trở thành tâm điểm của sự hợp tác nhà nước – tư nhân toàn cầu quan trọng để kiểm soát bệnh tật trong các lĩnh vực gồm cả giun chỉ bạch huyết, trùng mũi khoan châu Phi, phong, sốt rét, giun chỉ u, bệnh mắt hột, truyền AIDS từ mẹ sang con, kiểm soát nhiễm nấm trong HIV/AIDS, uốn ván, bệnh giun Ghi-nê.

Cuối cùng, chúng tôi nhấn mạnh rằng 27 tỉ đô la mỗi năm ước tính dựa trên mục tiêu định mức để mở rộng qui mô can thiệp y tế: với một chương trình quốc tế mạnh dạn, chúng tôi tin tưởng rằng hầu hết các nước có thể được khích lệ và ủng hộ để tham gia vào nỗ lực này. Mặc dù vậy ở một số nước, sự lãnh đạo quốc gia hoặc khả năng thực hiện yếu kém có thể làm thất bại việc nắm lấy cơ hội để cải thiện dịch vụ y tế, hoặc khả năng thực hiện yếu kém có thể có nghĩa rằng các đề xuất không có sức thuyết phục. Khả năng sử dụng ODA một cách hiệu quả sẽ vì thế mà giảm đi. Vì vậy chúng tôi minh họa 27 tỉ đô la mỗi năm như là giới hạn trên của mức đường như có thể sử dụng được trong những năm tới. Một số tiền như thế phải có để tránh tình cảnh hầu hết các nước thu nhập thấp sẽ tổ chức những nỗ lực của chính họ để sử dụng có hiệu quả những viện trợ qui mô lớn; sự thiếu viện trợ không nên là yếu tố giới hạn trong việc mở rộng qui mô như thường xảy ra trong quá khứ. Tuy vậy những khoản viện trợ này sẽ hiếm khi được sử dụng hết.

Các nước thu nhập trung bình nói chung có những phương tiện để đảm bảo phổ cập toàn dân các can thiệp thiết yếu ở ngoài các nguồn kinh phí trong nước của họ, ngoại trừ trường hợp của một số ít nước bị HIV/AIDS nặng nề. Mặc dù vậy, trong việc mở rộng qui mô phổ cập y

tế, nhiều nước thu nhập trung bình sẽ thấy thuận tiện để nhận các khoản vay quốc tế và sự giúp đỡ tư vấn. Chúng tôi đề nghị Ngân hàng thế giới và các ngân hàng phát triển khu vực sẵn sàng cung cấp các khoản vay không điều kiện cho ngành y tế của những nước này. Những khoản vay không điều kiện như thế - được mở rộng bởi Ngân hàng quốc tế tái thiết và phát triển (IBRD) với giá của các quỹ - không tính vào ODA.

Mặc dù có những khó khăn, chúng ta vẫn lạc quan rằng có thể huy động được những nguồn lực cần thiết. Ủy ban có bằng chứng về sự gia tăng viện trợ y tế trong những năm gần đây, cả về giá trị tuyệt đối cũng như tỉ lệ tương đối trong viện trợ phát triển tổng thể. Các chính phủ và các công dân của họ có ý thức hơn về sự đe dọa toàn diện gây ra bởi các bệnh truyền nhiễm và sự bất lực của những dân tộc đơn độc để bảo vệ biên giới của họ chống lại sự du nhập gồm cả các dạng bệnh kháng thuốc và các vật chủ mang bệnh. Sự năng động và kết nối gia tăng của thế giới có nghĩa rằng sự bùng phát bệnh hoặc đại dịch là hiểm họa tiềm tàng hơn. Hơn thế nữa, những khủng hoảng y tế công cộng quốc tế, đặc biệt là đại dịch HIV/AIDS và sự bùng phát trở lại của lao và sốt rét đang nhận được sự chú ý gia tăng ở mọi cấp độ của những nhà chính sách, và các vấn đề y tế quốc tế đang ngày càng trở thành chủ đề tranh luận công cộng trong thông tin đại chúng và phổ thông. Có một sự nhất trí ngày càng tăng về tính tập trung các mục tiêu y tế trong sự phát triển ở địa phương, quốc gia và toàn cầu. Các nguồn lực và các ý tưởng mới đang đi vào ngành y tế bằng sự hào hiệp cá nhân cũng như ngành thương mại tư nhân. Trọng tâm các vấn đề thực hiện hiệu quả trong toàn bộ báo cáo này là để đảm bảo rằng các quỹ sẽ không được sử dụng khi chúng chưa cần đến (mặc dù vậy luôn nhớ không được bỏ rơi các nước đang phải đối mặt với những tình thế khẩn cấp phức tạp hoặc các khủng hoảng khác). Những tranh luận hiện nay về những thiệt hại và những lợi ích của toàn cầu hoá sẽ tiếp tục đóng góp vào những quan tâm về y tế ngày càng tăng này, và sự nhất quán với GPG trong ngành y tế. Tiến bộ trong việc giảm nợ cũng thu hút sự chú ý gia tăng của quốc gia và quốc tế đến những thách thức và những cơ hội cải thiện hoạt động của ngành y tế.

Những giải pháp mới cho quan hệ giữa nước viện trợ – nước nhận viện trợ

Công dân các nước giàu sẽ sẵn sàng hơn nhiều để ủng hộ gia tăng viện trợ cho y tế nếu họ tin tưởng rằng chương trình sẽ có hiệu quả. Sự thiếu

hiệu quả chắc chắn là lý do lớn nhất để công chúng không thích các dự án viện trợ. Tuy nhiên, cần một sự quan tâm đặc biệt để nâng cao tiêu chuẩn sử dụng tiền tài trợ, và để thể hiện sự thành công hay thất bại của các chương trình tài trợ. Vì vậy chúng tôi nhấn mạnh những điều sau như chìa khoá để mở rộng qui mô viện trợ:

- Các mục tiêu rõ ràng và định lượng để phổ cập các can thiệp y tế và các kết quả sức khoẻ
- Tính chọn lọc trong trợ giúp của nhà tài trợ cho các nước tự giúp chính mình
- Sự minh bạch trong việc thiết kế, thực hiện , và đánh giá các chương trình
- Việc cung cấp các số liệu cho chương trình viện trợ từ các chuyên gia được công nhận
- Xét duyệt độc lập, và cắt giảm viện trợ cho các chính phủ thất bại trong việc thực hiện các cam kết

May mắn là một cấu trúc cho-nhận mới đã được đặt đúng chỗ như một phần của sự chú ý gia tăng ủng hộ những chiến lược giảm đói nghèo do quốc gia lãnh đạo. Đối với các nước thu nhập thấp, điều này được hợp thức hoá trong tài liệu chiến lược giảm đói nghèo PRSP.

Việc thực hiện những mục đích này sẽ đòi hỏi không chỉ thiện ý của các nhà tài trợ và các nước viện trợ, mà cả những hình thức mới để cung cấp sự viện trợ một cách thực sự. Chúng tôi tin rằng những đổi mới gần đây trong y tế toàn cầu được tài trợ là có hứa hẹn và cần được mở rộng. Những giải pháp toàn ngành (SWAp) cho việc mở rộng qui mô ngành y tế đã cho những nước cho và nhận tài trợ một công cụ mới để hành động phối hợp và mạnh mẽ. Một chương trình AIDS đa quốc gia của Ngân hàng thế giới đã cho phép gia tăng đáng kể cung cấp tài chính cho AIDS ở châu Phi trong năm 2001 và không có lý do gì để cho Ngân hàng không tiếp tục tăng đáng kể tài trợ của họ cho y tế, đặc biệt nếu hội đồng quản trị Ngân hàng thống nhất việc phân bổ tiền dưới dạng tài trợ hơn là khoản vay, một bước mà chúng tôi trân trọng đề nghị như là một bước thực tiễn căn cứ vào nhu cầu của các nước nhận viện trợ. Liên minh vắc xin và tiêm chủng toàn cầu (GAVI), được trợ giúp bởi sự hiến tặng to lớn của quỹ Bill và Melinda Gates đã chỉ ra rằng những quỹ quốc tế có thể kích thích lãnh đạo cấp quốc gia trong việc mở rộng qui mô các can thiệp y tế như thế nào (trong trường hợp này là tiêm chủng).

SWAp đã phát triển giữa những năm 1990 như là phương tiện giải quyết nhiều chương trình cung cấp của các chương trình tài trợ. Ý tưởng cơ bản của SWAp là ở chỗ các nhà tài trợ cùng nhau làm việc với các quan chức nhà nước, đồng ý về chiến lược tài trợ và tìm cách để tập hợp sự tài trợ của họ cho một chiến lược tổng thể được thiết kế và dẫn dắt của quốc gia. Sự tài trợ được đàm phán ở mức quốc gia (thường như một phần của quá trình Nhóm Tư vấn của các nhà tài trợ). Sự thành công của SWAp ở cấp quốc gia phụ thuộc vào mức độ mà các chính phủ và các nhà tài trợ quốc gia có khả năng đóng góp, tài trợ, và sau đó duy trì cơ chế hợp tác giúp đỡ cho khu vực y tế. Chúng thích hợp nhất cho các nước có cam kết thực hiện các chương trình y tế cho những người nghèo, và ít nhất có khả năng vừa phải để thực hiện chương trình này. Trong khi một số nhà bình luận kết luận rằng SWAp không đưa vào những đặc điểm mới – như là cung cấp nguồn vốn – ở hầu hết các nước, những người làm việc ở cấp quốc gia chỉ ra vô số những ví dụ của cách đặt vấn đề cải thiện sự hiệp lực và sự hiệu quả của viện trợ phát triển cho y tế. Sự sử dụng SWAp đã hạn chế xu hướng không tránh khỏi của những người cung cấp tài chính và chờ đợi để xác định những quỹ của họ được sử dụng như thế nào và có được sự tin tưởng cho việc sử dụng này.

Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét mới (GFATM) có thể cung cấp những tài trợ quốc tế tâm cỡ cho HIV/AIDS, sốt rét và lao một cách tương tự. Chúng tôi tán thành các nguyên tắc chủ đạo nằm trong cấu trúc của GFATM: các quá trình quốc gia dẫn dắt, các kết quả đo được, và tài trợ tư nhân và công cộng.¹²⁵ Những khoản tài trợ bổ sung ở cấp quốc gia sẽ là cần thiết cho những lĩnh vực y tế khác, và để củng cố toàn bộ hệ thống y tế. Giả sử, như là chúng ta tin tưởng rằng GAVI và GFATM đạt được những điều họ hứa, những khoản tài trợ bổ sung có thể được huy động cho việc củng cố khu vực y tế, bệnh tật trẻ em, và những lĩnh vực mở rộng quy mô ưu tiên khác. Một phương án hiện thực là mở rộng phạm vi của GFATM để chi tiền cho một số lớn hơn những quan tâm vượt ra ngoài HIV/AIDS, lao và sốt rét.

Theo cách nhìn nhận của Uỷ ban, GFATM cần làm theo những nguyên tắc sau:

- Họ nên cung cấp tài chính quy mô lớn chỉ cho những nước có những chiến lược có tính khả thi đã được chuẩn bị trước.
- Họ cần đưa ra những tài trợ nhỏ vào lúc ban đầu để tạo khả năng cho các cơ quan liên quan trong mỗi nước chuẩn bị các đề xuất để đệ trình cho GFATM.

- Họ cần khuyến khích những đề xuất quốc gia phản ánh đối thoại quốc gia về phục vụ y tế mà thu hút sự tham gia của tất cả các cổ đông lớn, có thể thông qua Ủy ban quốc gia về kinh tế vĩ mô và y tế mà chúng tôi ủng hộ.

- Họ cần hướng nguồn tài trợ cho các nước phải đối mặt với sự thiếu hụt tài chính. Vì thế, những tài trợ chính cần dành cho các nước thu nhập thấp, đặc biệt là các nước chậm phát triển nhất dưới dạng tài trợ hơn là cho vay.¹¹⁶ Các nước thu nhập trung bình (ngoại trừ một vài nước có tỷ lệ HIV/AIDS cao) cần tìm nguồn tài chính bên ngoài từ Ngân hàng thế giới và các ngân hàng phát triển khu vực hơn là từ GFATM.

- Họ cần khuyến khích thể hiện nỗ lực tài chính về phía các nước nhận viện trợ theo những đường lối đề xuất trong Báo cáo này.

- Họ cần hoạt động trên những nguyên tắc của các tiêu chuẩn thực hiện trên cơ sở các kết quả, sự minh bạch, kiểm toán tại chỗ và đánh giá. Các nước thất bại trong việc thực hiện những cam kết trước sẽ phải đối mặt với việc giảm tài trợ.

- Họ cần thực hiện những đường lối cứng rắn đối với việc tham nhũng các quỹ tài trợ, điều làm tổn hại đến việc nhận tài trợ của quốc gia trong tương lai.

- Họ cần hoạt động theo những đánh giá của các chuyên gia độc lập về những đề xuất quốc gia với những dự án được đánh giá theo những nhu cầu dịch tễ học, tính khả thi, tính hiệu quả, giá thành và khả năng giám sát thực hiện. Những ngân sách thực cho những mục đích này cần được phối hợp trong hoạt động của các dự án tài trợ.

- Họ cần dành một lượng đáng kể trong ngân quỹ hàng năm của mình, có thể là 5% của ngân quỹ mỗi quốc gia, cho nghiên cứu thực hiện.

Thực tế, những nguyên tắc và những cách đặt vấn đề này cho Quỹ toàn cầu tương tự với những nguyên tắc chỉ đạo GAVI, sự hợp tác nhà nước – tư nhân rất quan trọng cho chi phí tiêm chủng mở rộng ở các nước nghèo đã được cam kết tài trợ trước tiên bởi quỹ Gates.¹²⁷ GAVI là một mô hình làm việc hấp dẫn cho quỹ chống AIDS, lao và sốt rét toàn cầu. Các khía cạnh chính của những hoạt động của GAVI đáng để nhắc đến bao gồm sự đủ điều kiện của một quốc gia dựa trên kế hoạch nhiều năm liên tục đề xuất bởi nước này; sự xem xét của bên ngoài những đề xuất của các chuyên gia độc lập; tiêu chí thực hiện giám sát được (chẳng hạn số lượng những tiêm chủng được thực hiện; và những cơ chế khuyến khích chi trả (ví dụ, một nửa của khoản chi trả từ GAVI

được thực hiện trước, và nửa còn lại được thực hiện sau khi thể hiện rằng sự tiêm chủng đã được tiến hành).

Những cơ quan đa phương của thế giới, đặc biệt là Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới cần có trách nhiệm đặc biệt trong kiến trúc toàn cầu mới. 191 quốc gia là thành viên điều hành WHO: Ban thư ký, với sự uỷ nhiệm của những quốc gia thành viên này, là chính quyền liên chính phủ hợp pháp cho các vấn đề y tế toàn cầu. Sự cung cấp tài chính tự nguyện hào phóng bổ sung những đóng góp cho ngân sách WHO và làm cho tổ chức này có khả năng thiết lập một mạng lưới rộng rãi của hơn 100 nhóm làm việc quốc gia, 6 văn phòng khu vực, các trung tâm hợp tác, và các tổng hành dinh ở Geneva. Khả năng này đã được phát triển trong nhiều năm như là bằng chứng có uy tín trong việc thực hiện kiểm soát bệnh tật, phát triển các hệ thống y tế sao cho chúng đáp ứng hợp lý những ưu tiên của mọi người, và thúc đẩy y tế cộng đồng. WHO là tổ chức đa phương, hơn mọi tổ chức khác, có thể huy động sự giám định chuyên môn toàn cầu, phác thảo các tổ chức cấp quốc gia ở các nước tài trợ (như Viện Ung thư Quốc gia ở Mỹ), ở các nước nhận viện trợ (như Trung tâm Nghiên cứu Y tế và Dân số Bangladesh), trước gọi là ICDDR, B), và các lãnh đạo hàn lâm, khu vực tư nhân, và những người liên quan đến việc thực hiện các dịch vụ y tế. WHO cần cung cấp ban thư ký kỹ thuật cho Quỹ chống AIDS, Lao và Sốt rét Toàn cầu và xây dựng khả năng của đội ngũ quốc gia sao cho họ có thể trợ giúp tốt hơn việc ứng dụng cách tiếp cận tâm khu vực cho hoạt động y tế quốc gia hoặc cấp quốc gia. Sự tham gia này của WHO sẽ đảm bảo tính chuyên nghiệp và tính chuyên môn cần có cho thành công trong các chương trình tài trợ. WHO cũng sẽ có vai trò đặc biệt trong việc thành lập cơ sở thực tế cho một nỗ lực gia tăng kiểm soát bệnh tật, bao gồm cả đường lối cơ bản về dịch tễ điều mà sẽ cần thiết để mở rộng quy mô hiệu quả cho hoạt động của hệ thống y tế mỗi nước.

Vai trò gia tăng này của WHO sẽ đòi hỏi những cải cách và những cải tiến. Nói riêng, các nước thành viên cần cho phép Ban thư ký WHO làm việc trong một sự hợp tác mềm dẻo hơn với các tổ chức khác (những sự lo ngại thể hiện trong Hội đồng điều hành WHO và Hội đồng Y tế Toàn cầu về khả năng mâu thuẫn quyền lợi làm hạn chế công việc). Sự điều hành và trách nhiệm của những hoạt động tâm quốc gia và khu vực cần được củng cố. Xét đến những khó khăn ngân sách hạn hẹp, cần có những ưu tiên và sự tập trung lớn hơn, nhưng sự thắt chặt ngân sách tự nó cũng cần phải được dễ dàng hơn, cùng với sự cung cấp gia tăng tổng thể hàng hoá công cộng toàn cầu.

Ngân hàng thế giới là duy nhất trong khả năng của nó liên kết khu vực y tế với một chương trình phát triển rộng hơn. Chúng tôi đã nhấn mạnh y tế là phần trung tâm của chương trình phát triển tổng thể, song nó chỉ là một phần của kế hoạch lớn hơn nhiều. Ngân hàng thế giới là tổ chức toàn cầu có khả năng hơn cả để giúp đỡ các quốc gia và cộng đồng quốc tế trong việc liên kết các can thiệp y tế với các mặt khác của chương trình phát triển. Trong những năm gần đây Ngân hàng đã là nhà cung cấp viện trợ phát triển y tế chính, nhưng những nỗ lực của chính Ngân hàng trong y tế cộng đồng hiện nay đang bị ảnh hưởng bởi khả năng hạn chế của nó để thực hiện các viện trợ hơn là những khoản vay cho những dự án liên quan đến y tế ở các nước thu nhập thấp.¹²⁸ Vì thế chúng tôi ủng hộ sự tin cậy gia tăng đối với các khoản viện trợ cho các nước thu nhập thấp. Đồng thời các nước đã phát triển cần tăng những đóng góp dài hạn và cam kết của họ cho Viện trợ Phát triển Quốc tế (IDA) để cho phép Ngân hàng mở rộng các chương trình viện trợ của họ theo nhu cầu.¹²⁹ Thêm vào đó IBRD và các ngân hàng phát triển khu vực cần tăng số lượng viện trợ không ưu đãi mà Ngân hàng cho những Quốc gia Thành viên thu nhập trung bình. Ngân hàng thế giới cũng cần xem xét việc mở rộng sự ủng hộ của họ cho các hàng hoá y tế công cộng toàn cầu như là các viện trợ cho TDR, IRV và HRP, thông qua việc tăng cường sự hợp tác liên quan đến y tế của nó dưới danh nghĩa Phương tiện Viện trợ Phát triển của Ngân hàng.

Hấp thụ những dòng viện trợ gia tăng

Vấn đề là ở chỗ liệu sự tăng nhiều viện trợ cho ngành y tế có làm mất ổn định cả về mặt kinh tế vĩ mô lẫn mức độ khu vực. Sự tương tự đôi khi được so sánh với hiện tượng “bệnh Hà Lan”, ở đó sự bùng nổ nguồn thu (thường là sự tăng giá các mặt hàng của thế giới) gây ra sự gia tăng lạm phát trong nước, tỉ lệ trao đổi vượt giá trị, và sự thất chặt trong những xuất khẩu truyền thống. Liệu có xảy ra một sự tương tự như thế với sự gia tăng lớn viện trợ cho các khu vực y tế?

Theo quan điểm của chúng tôi, những biên độ kinh tế vĩ mô nói chung thường không đáng lo, mặc dù trong những trường hợp mà viện trợ chiếm một tỉ trọng lớn của GNP cần phải chú ý để làm cho những sự tăng trưởng này phù hợp với khuôn khổ kinh tế vĩ mô. Trên tổng thể, đối với các nước chậm phát triển nhất, sự tăng viện trợ sẽ khoảng 6% của GNP, mặc dù nó đạt đến 8% ở các nước thu nhập thấp cận Sahara. Đối với các nước thu nhập thấp khác, tỉ lệ theo GDP sẽ nhỏ hơn nhiều (có lẽ 1% của GNP). Không như sự bùng nổ tiêu thụ, sự tài trợ sẽ được xây dựng dần dần cùng với thời gian và được duy trì cho cả

thập kỷ hoặc lâu hơn. Hơn nữa, một nửa của số lượng này hoặc nhiều hơn sẽ rơi vào những hàng hoá thương mại, đặc biệt là thuốc và chẩn đoán, và như thế sẽ không gây ra sự tăng nhu cầu hàng hoá nội địa một cách đột ngột. Vì thế chúng ta có thể đoán rằng sự tăng nhu cầu của sản lượng không thương mại được trong khu vực y tế có lẽ sẽ khoảng 3% của GNP. Bởi vì tất cả được cung cấp tài chính từ bên ngoài, sẽ không có vấn đề với sự thâm hụt ngân sách gia tăng hoặc in tiền. Chúng ta cần chú ý rằng, đối với nhiều nước nghèo đang phát triển, sự giúp đỡ của nhà tài trợ theo phần trăm của GNP là lớn hơn rất nhiều so với lượng tiền mà chúng ta đang tranh cãi. Vào năm 1999, viện trợ phát triển chính thức thực tế đối với Malawi chiếm đến 24,6% GNP, đối với cộng hoà Tanzania 11,3%, đối với Senegan – 11,2%, Uganda – 9,2%. Tất cả những nước này đều có nền kinh tế vĩ mô bền vững, với ít nhất là sự tăng trưởng kinh tế khiêm tốn và lạm phát tương đối thấp.

Vấn đề lớn hơn cho đến nay là khả năng của chính khu vực y tế hấp thụ được những dòng viện trợ gia tăng. Như phần trăm của sản lượng nội địa, giá trị thêm vào ban đầu của khu vực y tế sẽ tăng từ chỉ vài phần trăm của tổng sản phẩm nội địa (GDP) tới khoảng 6% hoặc hơn.¹³⁰ Như được thảo luận trong Báo cáo này, ở nhiều nước điều này gây ra những vấn đề tiếp theo về chất lượng của quản lý hành chính và điều hành công cộng. Ở tất cả các nước, điều này sẽ đòi hỏi khả năng thực hiện mở rộng to lớn, gồm cả những hệ thống quản lý và chuyên môn quản lý địa phương đã được củng cố, và trong nhiều trường hợp những hệ thống trách nhiệm mới cả xuống cấp cộng đồng lẫn lên cấp trung ương. Hơn nữa, chúng ta giả thiết một sự tăng đáng kể về tiền lương của cán bộ y tế khu vực nhà nước để hấp dẫn và duy trì đội ngũ và đảm bảo sự thực hiện và ý thức tốt. Tuy nhiên, điều này có thể sẽ khó khăn về mặt chính trị để thực hiện vì những yêu cầu tiền lương ở những bộ phận khác của khu vực nhà nước. Thực tế, sự tăng lương cần phải làm chậm lại sự chảy máu chất xám ảnh hưởng đến những khu vực y tế của các nước thu nhập thấp, và để đảm bảo rằng những cán bộ cấp thấp hơn có đồng lương đủ sống. Song điều này vẫn còn đòi hỏi một kỹ năng chính trị để thực hành.¹³¹ Cần có một thời kỳ chuyển giai đoạn hợp lý, kết hợp với những nỗ lực mạnh mẽ để đào tạo những cán bộ khu vực y tế mới, và để chuyển bộ phận y tế cơ sở tới các cán bộ y tế lưu động càng nhiều càng tốt - những người có thể được đào tạo nhanh hơn và những người ít đi nước ngoài hơn. Có những bước cần thực hiện để loại bỏ sự cứng nhắc trong những bậc lương và những loại hình phục vụ liên quan đến những điều luật lệ qui định của chính phủ trung ương. Những bước này gồm cả từ phân quyền cho địa phương

của quản lý nhà nước tới các đơn vị có sự tự chủ lớn hơn, tăng tiền cấp phát và những loại hình phục vụ khác hơn là chính tăng lương, và sử dụng nhiều hơn các khu vực tư nhân và các nhà cung cấp phi chính phủ. Nói một cách khác, sẽ có nhiều vấn đề nhưng chúng sẽ được cải thiện bằng chương trình mở rộng với quy mô trung hạn, điều mà sẽ gặp nhiều thách thức ở phía trước.

NHỮNG LỢI ÍCH KINH TẾ VĨ MÔ CỦA VIỆC MỞ RỘNG QUY MÔ

Một sự mở rộng quy mô lớn những can thiệp y tế cần thiết cần dẫn đến việc giảm đáng kể chi phí chữa bệnh ở các nước thu nhập thấp. Ước tính tốt nhất của hiệu quả kết hợp các can thiệp mà chúng tôi đề nghị là giảm tổng số ca tử vong ở các nước đang phát triển do các bệnh truyền nhiễm và các bệnh sản phụ khoảng 8 triệu ca mỗi năm vào năm 2015, điều này sẽ liên quan tới việc giảm khoảng 330 triệu DALY. Việc giảm tử vong được trình bày bằng cách so sánh Bảng 16a (đường chuẩn) và 16b (với sự mở rộng quy mô can thiệp), và việc giảm liên đới theo DALY được trình bày bằng cách so sánh Bảng 17a (đường nền) và 17b (với sự mở rộng quy mô can thiệp).

Mặc dù không phải tất cả, hầu hết những ca tử vong này sẽ được cứu sống ở các nước thu nhập thấp; một số sẽ được cứu ở các nước thu nhập trung bình. Giai đoạn này, chúng tôi không thể thực hiện những ước tính dịch tễ học riêng biệt cho hai nhóm bởi vì chúng ta không có một đường dịch tễ chuẩn thích hợp cho mỗi nước. Thực chất, những ước tính của chúng tôi sẽ cần sự chỉnh sửa đáng kể trong tương lai trên cơ sở những số liệu và mô hình dịch tễ chi tiết hơn.

Nếu chúng tôi lấy một giả định dè dặt nhất rằng mỗi DALY có giá trị bằng một năm thu nhập trung bình theo đầu người, và thu nhập theo đầu người ở các nước nghèo là khoảng 563 đô la vào năm 2015 (Giả thiết tăng trưởng 2 % mỗi năm trong khoảng 2000 – 2015), một ước tính cực kỳ thận trọng của tiết kiệm kinh tế trực tiếp sẽ là 330 triệu DALY x 563 đô la/DALY hay 186 tỷ đô la mỗi năm vào năm 2015. Thông thường, mỗi DALY có giá trị bằng nhiều lần thu nhập hàng năm, có lẽ khoảng 3 lần thu nhập hiện tại, trong trường hợp này, ích lợi trực tiếp sẽ vượt quá 500 tỷ đô la mỗi năm. Thậm chí với giả thiết dè dặt nhất, ích lợi trực tiếp gấp 3 lần chi phí của việc mở rộng qui mô ở các nước thu nhập thấp mà chúng tôi ước tính vào khoảng 66 tỷ đô la.

Bảng 16a. TỬ VONG DƯỚI 60 TUỔI DO CÁC NGUYÊN NHÂN NHÓM I, NHÓM II, VÀ NHÓM III, THIẾU CÁC CÁN THIẾP, CÁC KHU VỰC NHÂN KHẨU HỌC ĐANG PHÁT TRIỂN CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI, 1998 - 2020.

| | 1998 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Nhóm I* | 13.956.966 | 13.547.795 | 13.255.530 | 12.963.265 | 12.671.000 |
| Các bệnh truyền nhiễm và thiếu dinh dưỡng | 9.073.058 | 8.974.403 | 8.903.935 | 8.833.468 | 8.763.000 |
| Các bệnh bà mẹ | 491.185 | 415.081 | 360.720 | 306.360 | 252.000 |
| Các bệnh hô hấp | 2.290.921 | 2.223.810 | 2.175.873 | 2.127.937 | 2.080.000 |
| Các bệnh sản phụ | 2.101.802 | 1.934.502 | 1.815.001 | 1.695.501 | 1.576.000 |
| Nhóm II* | 7.809.835 | 9.347.660 | 10.446.107 | 11.544.553 | 12.643.000 |
| Ung thư ác tính | 2.242.159 | 2.814.836 | 3.223.890 | 3.632.945 | 4.042.000 |
| Các bệnh tim mạch | 2.975.450 | 3.547.716 | 3.956.477 | 4.365.239 | 4.774.000 |
| Các bệnh khác | 2.592.226 | 2.985.109 | 3.265.739 | 3.546.370 | 3.827.000 |
| Nhóm III* | 4.578.256 | 5.044.311 | 5.377.207 | 5.710.104 | 6.043.000 |

*Nhóm I, II và III được xác định chi tiết trong Báo cáo Y tế Thế giới 2000, Bảng phụ 4, trang 170 – 175.

Bảng 16b. TỬ VONG DƯỚI 60 TUỔI DO CÁC NGUYÊN NHÂN NHÓM I, NHÓM II, VÀ NHÓM III, CÓ CÁC CAN THIỆP, CÁC KHU VỰC NHÂN KHẨU HỌC ĐANG PHÁT TRIỂN CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI, 1998 - 2020.

| | 1998 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Nhóm I* | 13.956.966 | 9.868.714 | 5.155.625 | 4.727.703 | 4.593.479 |
| Các bệnh truyền nhiễm và thiếu dinh dưỡng | 9.073.058 | 6.489.866 | 2.849.259 | 2.826.710 | 2.804.160 |
| Các bệnh bà mẹ | 491.185 | 234.334 | 203.645 | 106.253 | 87.400 |
| Các bệnh hô hấp | 2.290.921 | 1.664.462 | 718.038 | 702.219 | 686.400 |
| Các bệnh sản phụ | 2.101.802 | 1.475.851 | 1.384.682 | 1.092.521 | 1.015.519 |
| Nhóm II* | 7.809.835 | 8.132.367 | 9.088.004 | 9.293.184 | 10.177.417 |
| Ung thư ác tính | 2.242.159 | 2.198.138 | 2.517.573 | 2.439.041 | 2.713.667 |
| Các bệnh tim mạch | 2.975.450 | 2.984.297 | 3.328.143 | 3.325.363 | 3.636.750 |
| Các bệnh khác | 2.592.226 | 2.949.932 | 3.242.288 | 3.528.780 | 3.827.000 |
| Nhóm III* | 4.578.256 | 5.044.311 | 5.377.207 | 5.710.104 | 6.043.000 |

*Nhóm I, II và III được xác định chi tiết trong Báo cáo Y tế Thế giới 2000, Bảng phụ 4, trang 170-175.

Bảng 17a. 60 DALY HÀNG NĂM, DƯỚI TUỔI, DO CÁC NGUYÊN NHÂN NHÓM I, NHÓM II, VÀ NHÓM III, THIẾU CÁC CAN THIỆP, CÁC KHU VỰC NHÂN KHẨU HỌC ĐANG PHÁT TRIỂN CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI, 1998 - 2020.

| | 1998 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nhóm I* | 458.011.800 | 460.221.000 | 461.799.000 | 463.377.000 | 464.955.000 |
| Các bệnh truyền nhiễm và thiếu dinh dưỡng | 296.833.900 | 303.295.250 | 307.910.500 | 312.525.750 | 317.141.000 |
| Các bệnh bà mẹ | 15.111.100 | 15.142.250 | 15.164.500 | 15.186.750 | 15.209.000 |
| Các bệnh hô hấp | 78.881.900 | 76.813.750 | 75.336.500 | 73.859.250 | 72.382.000 |
| Các bệnh sản phụ | 67.184.900 | 64.969.750 | 63.387.500 | 61.805.250 | 60.223.000 |
| Nhóm II* | 376.217.100 | 432.577.250 | 472.834.500 | 513.091.750 | 553.349.000 |
| Ung thư ác tính | 43.768.600 | 54.984.000 | 62.995.000 | 71.006.000 | 79.017.000 |
| Các bệnh tim mạch | 64.775.300 | 77.738.250 | 86.997.500 | 96.256.750 | 105.516.000 |
| Các bệnh khác | 267.673.200 | 299.855.000 | 322.840.000 | 345.829.000 | 368.816.000 |
| Nhóm III* | 197.612.600 | 216.174.500 | 229.433.000 | 242.691.500 | 255.950.000 |

*Nhóm I, II và III được xác định chi tiết trong Báo cáo Y tế Thế giới 2000, Bảng phụ 4, trang 170-175.

Bảng 17b. DALY HÀNG NĂM, DƯỚI 60 TUỔI DO CÁC NGUYÊN NHÂN NHÓM I, NHÓM II, VÀ NHÓM III, CÓ CÁC CAN THIỆP, CÁC KHU VỰC NHÂN KHẨU HỌC ĐANG PHÁT TRIỂN CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI, 1998 - 2020.

| | 1998 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nhóm I* | 458.011.800 | 335.241.967 | 124.980.732 | 125.580.567 | 126.474.099 |
| Các bệnh truyền nhiễm và thiếu dinh dưỡng | 296.833.900 | 219.328.853 | 98.531.360 | 100.008.240 | 101.485.120 |
| Các bệnh bà mẹ | 15.111.100 | 8.548.561 | 203.645 | 106.253 | 87.400 |
| Các bệnh hô hấp | 78.881.900 | 57.493.044 | 24.861.045 | 24.373.553 | 23.886.060 |
| Các bệnh sản phụ | 67.184.900 | 49.566.073 | 1.384.681 | 1.092.521 | 1.015.519 |
| Nhóm II* | 376.217.100 | 476.377.684 | 411.361.070 | 413.030.810 | 445.437.265 |
| Ung thư ác tính | 43.768.600 | 42.947.640 | 49.193.522 | 47.671.107 | 53.049.431 |
| Các bệnh tim mạch | 64.775.300 | 65.392.513 | 73.181.286 | 73.326.715 | 80.380.250 |
| Các bệnh khác | 267.673.200 | 268.007.531 | 288.986.261 | 292.032.988 | 312.007.584 |
| Nhóm III* | 197.612.600 | 216.174.500 | 229.433.000 | 242.691.500 | 255.950.000 |

*Nhóm I, II và III được xác định chi tiết trong Báo cáo Y tế Thế giới 2000, Bảng phụ 4, trang 170-175.

Ích lợi thực tế còn có thể lớn hơn nhiều nếu những ích lợi của việc cải thiện sức khỏe giúp thúc đẩy tăng trưởng kinh tế như chúng ta mong đợi. Những sự cải thiện tuổi thọ và giảm chi phí chữa bệnh có xu hướng kích thích tăng trưởng thông qua những kênh chúng ta đã thảo luận: Sự chuyển đổi dân số nhanh hơn để giảm tỷ lệ sinh đẻ, những đầu tư lớn hơn cho vốn con người, tăng tiết kiệm gia đình, tăng đầu tư nước ngoài, và sự ổn định xã hội và kinh tế vĩ mô lớn hơn. Bởi vì chúng ta thiếu những cơ sở dịch tễ cần thiết, chúng ta không thể chuyển đổi một cách chính xác những cuộc đời được cứu sống thành những năm gia tăng của tuổi thọ. Tuy vậy, chúng ta vẫn có thể đưa ra một minh họa nếu những kết quả cải thiện y tế tăng tuổi thọ ở các nước thu nhập thấp thêm một nửa của sự khác biệt 19 năm với các nước thu nhập cao, chẳng hạn từ 59 năm tới 68 năm, hiệu quả đối với tăng trưởng kinh tế sẽ vào khoảng 0,5% mỗi năm. Những tăng trưởng bổ sung cũng sẽ đến từ việc giảm chi phí cho sốt rét và HIV/AIDS làm trực tiếp cản trở đầu tư nước ngoài. Thậm chí chỉ lấy ước lượng 0,5% mỗi năm, thu nhập đầu người của các nước nghèo sẽ tăng 10% sau 20 năm. Bởi vì GNP của các nước thu nhập thấp sẽ vào khoảng 1,8 nghìn tỷ đô la vào năm 2020, 10% gia tăng này sẽ có giá trị là 180 tỷ đô la mỗi năm vào năm 2020.¹³² Nói một cách xấp xỉ, nguồn lợi hàng năm từ gia tăng tăng trưởng đầu người có lẽ cũng cùng mức với biên độ như là những lợi ích từ tăng tuổi thọ (giảm DALY). Kết hợp giá trị của những cuộc đời được cứu sống tiết kiệm được cộng với tăng trưởng kinh tế nhanh hơn sẽ cho ích lợi kinh tế ít nhất là 360 tỷ đô la mỗi năm trong giai đoạn 2015 – 2020, và còn có thể lớn hơn nhiều.

NHỮNG BƯỚC TIẾP THEO

Chúng tôi kêu gọi thế giới trong năm tới cam kết thực hiện sự mở rộng qui mô những dịch vụ y tế thiết yếu một cách mạnh dạn. Quá trình PRSP mới đang đi vào hiện thực và cần được chuẩn bị khẩn cấp để biến những cam kết toàn cầu về giảm đói nghèo thành hành động. Chúng ta cần những bước phối hợp của các nước thu nhập thấp, các nước viện trợ và các tổ chức đa phương.

Các nước thu nhập thấp

Ủy ban khuyến cáo mỗi nước đang phát triển bắt đầu vạch ra con đường cho sự phổ cập toàn diện những dịch vụ y tế thiết yếu. Điểm bắt đầu là chính phủ và xã hội dân sự cùng nhau xác định những dịch vụ thiết yếu để được phổ cập rộng rãi dựa trên những phân tích kinh tế và dịch tễ và những ưu tiên của các cộng đồng. Trong khuôn khổ quá

trình PRSP, chúng tôi đề nghị mỗi nước thành lập vào năm 2002 Ủy ban Quốc gia về Kinh tế vĩ mô và Sức khoẻ (NCMH), được chủ trì bởi các Bộ trưởng Tài chính và Y tế và gồm cả các đại diện lãnh đạo của xã hội dân sự được giao nhiệm vụ này.¹³³ Trong quá trình này, chúng tôi thấy rằng sự kết hợp lòng nhiệt tình, chuyên môn, và quyền hành của các lãnh đạo tài chính và y tế là tối quan trọng. NCMH sẽ có vai trò nhất định, nhằm kết thúc công việc của họ cuối năm 2003.

NCMH sẽ được giao những nhiệm vụ sau: (1) Xác định những ưu tiên cho những can thiệp y tế và những chiến lược tài chính cho những ưu tiên này; (2) Xác định những can thiệp thiết yếu sẽ trở nên phổ cập rộng rãi cho toàn thể người dân trên cơ sở trợ giúp tài chính công cộng (với sự viện trợ cần thiết của nhà tài trợ); (3) Bắt đầu một chương trình nhiều năm củng cố hệ thống y tế, tập trung vào thực hiện những dịch vụ cấp địa phương, bao gồm đào tạo, xây dựng, củng cố hạ tầng cơ sở, và phát triển quản lý để làm cho khu vực y tế có khả năng phổ cập toàn dân những can thiệp thiết yếu; (4) Thiết lập những mục tiêu định lượng để giảm gánh nặng bệnh tật trên cơ sở mô hình dịch tễ hợp lý; (5) Xác định những sự hợp lực y tế quan trọng với những khu vực khác (như giáo dục...); và (6) Đảm bảo sự nhất quán của chiến lược với chương trình kinh tế vĩ mô tổng thể. NCMH sẽ làm việc chặt chẽ với WHO và Ngân hàng thế giới để thực hiện những nhiệm vụ này. WHO sẽ giúp mỗi nước thiết lập cơ sở dịch tễ, xác định các can thiệp thiết yếu và các mục tiêu định lượng. Đặc biệt, WB sẽ giúp đỡ trong việc lập kế hoạch chiến lược nhiều năm để mở rộng qui mô, bao gồm cả thiết kế chiến lược tài chính trung hạn dựa trên cơ sở các nguồn vốn trong nước và viện trợ.

Các nước viện trợ

Các nước viện trợ sẽ bắt đầu huy động những cam kết hàng năm về tài trợ y tế vào khoảng 0,1% GNP (xấp xỉ 27 tỷ đô la mỗi năm vào năm 2007), để mở rộng qui mô trong sự liên kết với các chương trình cấp quốc gia và gia tăng sự cung cấp hàng hoá y tế công cộng toàn cầu. Tất nhiên, việc chi tiền thực tế sẽ phụ thuộc vào việc các nước thu nhập thấp có những chiến lược hợp lý, đáng tin cậy, theo dõi được việc mở rộng qui mô những can thiệp y tế thiết yếu. WHO và WB được một nhóm các nước cho và nhận viện trợ ủng hộ, có thể chịu trách nhiệm việc phối hợp sự mở rộng qui mô nhiều năm và rộng khắp của viện trợ y tế và sự theo dõi các cam kết và giải ngân của nước viện trợ. Những diễn đàn quốc tế chủ chốt (như những cuộc họp của IMF/WB, Hội nghị Y tế Thế giới, Hội nghị Tài chính Phát triển Liên hợp quốc, và

các cuộc họp của Nhóm Tư vấn do WB tài trợ) cần tổ chức những cuộc gặp gỡ cho những cam kết đặc biệt để mở rộng qui mô viện trợ y tế.

Các tổ chức quốc tế

Chiến lược toàn cầu sẽ đòi hỏi việc củng cố những hoạt động của các tổ chức quốc tế hiện có như WHO cũng như việc thành lập những tổ chức mới như GFATM cho AIDS, sốt rét và lao, và GHRF cho nghiên cứu y tế. WHO có vai trò quan trọng trong một số lĩnh vực, quan trọng hơn cả là tư vấn các chính phủ thành viên về những chiến lược y tế thích hợp. Cho điều này, khả năng thực tế của nó ở các nước thành viên sẽ cần được củng cố. Thêm vào đó, WHO sẽ rất quan trọng trong việc thiết lập những cơ sở dịch tễ ở mỗi nước và ở cấp quốc tế, mà sẽ cần thiết như là một yếu tố quan trọng cho những nỗ lực kiểm soát bệnh tật toàn cầu. WHO và WB cùng nhau chia sẻ trách nhiệm trong việc phân tích và truyền bá những thực hành tốt nhất của các cải cách hệ thống y tế cũng như trong việc ủng hộ những cải cách chính sách để giải quyết sự mất cân bằng nguồn vốn hiện có trong khu vực y tế. Cuối cùng, IMF sẽ rất quan trọng trong việc yêu cầu các nước cho và nhận viện trợ tính đến quá trình mở rộng qui mô trong khuôn khổ chính sách kinh tế vĩ mô của các nước thu nhập thấp, đặc biệt là sự hấp thụ viện trợ quốc tế. Cùng với WHO và WB, GFATM cần sẵn sàng hoạt động vào năm 2002, với tài chính đủ để bắt đầu một quá trình mạnh dạn cho việc mở rộng qui mô những can thiệp chống HIV/AIDS, sốt rét và lao. Sự tài trợ sẽ cần bắt đầu với vài tỷ đô la mỗi năm, để đạt mục tiêu 8 tỷ đô la hàng năm vào năm 2007.

Cuộc chiến chống bệnh tật sẽ là thử thách trung thực nhất về khả năng chung của chúng ta để tạo dựng một cộng đồng quốc tế tin cậy. Không gì có thể tha thứ được cho việc trong thế giới ngày nay, hàng triệu người phải chịu đựng bệnh tật và chết mỗi năm vì thiếu 34 đô la một người cần cho việc chi trả các dịch vụ y tế thiết yếu. Một thế giới có tầm nhìn xa sẽ không cho phép bi kịch này tiếp diễn. Các nhà lãnh đạo sẽ theo đuổi những lời hứa của họ trong những năm gần đây với những hành động cần thiết cho chân giá trị, hy vọng, và chính cuộc sống cho những người nghèo nhất và những người dễ bị thương tổn nhất. Chúng ta biết rằng, điều này có thể thực hiện được và chúng ta lạc quan rằng, trong năm tới thế giới sẽ nỗ lực cho nhiệm vụ sống còn này.

CHÚ THÍCH

1. Các phân loại được sử dụng bởi Ủy ban viện trợ phát triển của OECD. Có năm phạm trù: các nước kém phát triển nhất, hay các LDC, 48 nước chậm phát triển được Liên hợp quốc xác định; các nước thu nhập thấp khác hay các OLIC (các nước có thu nhập bình quân đầu người ít hơn 755 đô la vào năm 1999 mà không phải các LDC); các nước thu nhập trung bình thấp; các nước thu nhập trung bình cao; và các nước thu nhập cao. Trong việc tính giá chúng tôi đề cập đến các nước ở Bảng A2.B.
2. Ở nhiều nước thu nhập thấp, tỷ lệ tử vong đặc thù lứa tuổi của nhiều NCD đang giảm xuống trong khi gánh nặng tuyệt đối lại tăng do số người có tuổi tăng. Tuy nhiên, các bệnh và tử vong liên quan đến thuốc lá đang tăng thậm chí trên cơ sở đặc thù tuổi tác.
3. Chỉ lấy một ví dụ, các cơ chế mới cải thiện tiếp cận các thuốc cần thuốc thiết yếu cho các bệnh truyền nhiễm đang bắt đầu được áp dụng để bao gồm các NCD cơ bản như bệnh tiểu đường, một số dạng ung thư, rối loạn tâm thần, cao huyết áp và các bệnh NCD khác, nhưng cần can thiệp nhiều hơn cho cả các bệnh truyền nhiễm lẫn không truyền nhiễm.
4. Chương trình phát triển Liên hợp quốc, Bảng 8, trang 169.
5. Chương trình phát triển Liên hợp quốc, 2001, chuyên đề 1.3, trang 23.
6. Đối với nhiều nước thu nhập trung bình, đề nghị của chúng tôi tăng thêm 1% của GNP cho y tế vào năm 2007 và 2% của GNP cho y tế vào năm 2015 có thể có đủ để cung cấp sự tiếp cận toàn diện các can thiệp thiết yếu. Các nước đó, vì vậy có thể quyết định tăng ít hơn số thu nhập bổ sung cho y tế, hoặc hiện thực hơn, có thể quyết định để mở rộng việc phổ cập ngoài những can thiệp thiết yếu được nêu lên trong Báo cáo này bao gồm các bệnh không truyền nhiễm khác nhau là gánh nặng ngày càng tăng cho y tế vì người dân đang già đi.
7. Một nghiên cứu thực hành bao gồm việc điều tra các can thiệp y tế trong thực tiễn, gồm cả các vấn đề gắn bó với bệnh nhân, độc tính, liều lượng, cách thức và giá cả của cung cấp dịch vụ. Mục đích là tối ưu hoá chế độ điều trị tới các điều kiện địa phương, và để tìm ra cách tốt nhất để thực hiện điều trị trong các điều kiện dịch vụ đã có. Vấn đề nghiên cứu thực hành thường không được chú trọng trong các chương trình quốc gia. Chúng ta có thể phân biệt 2 loại nghiên cứu thực hành. Nghiên cứu lâm sàng bao gồm các vấn đề về chế độ điều trị, như liều lượng và độc tính. Nghiên cứu phi lâm sàng bao gồm các các vấn đề hậu cần, quản lý tài

chính, các khía cạnh văn hoá của chế độ điều trị và các lĩnh vực phi lâm sàng khác của cung cấp dịch vụ y tế.

8. Sau này, trong Báo cáo, chúng tôi phân biệt 3 loại bệnh: loại 1 xảy ra với số lượng lớn (hay ít nhất có khả năng như vậy) ở cả các nước giàu và nghèo; loại 2 chủ yếu xảy ra ở các nước nghèo nhưng có một số đáng kể các trường hợp ở các nước giàu; và loại 3 là loại xảy ra tràn ngập hay độc chiếm ở các nước nghèo. Nhu cầu khuyến khích nghiên cứu và phát triển đặc biệt áp dụng chủ yếu cho các bệnh loại 1 và loại 3.
9. Một phần của việc giám sát là kiểm tra thời gian thực của các bệnh dịch đang xảy ra thông qua Mạng lưới cảnh báo và đối phó sự bùng nổ bệnh dịch toàn cầu của Tổ chức y tế thế giới gồm 72 mạng lưới hiện có. Tuy nhiên, việc thiếu phòng xét nghiệm và năng lực dịch tễ cần thiết ở nhiều nước thu nhập thấp là một điểm yếu đòi hỏi phải được giải quyết kịp thời.
10. Các nhà tài trợ được kêu gọi tới các nước thu nhập thấp chuẩn bị Tài liệu chiến lược giảm đói nghèo (PRSP) là cơ sở cho việc tấn công mạnh mẽ và toàn diện vào đói nghèo mà được sự ủng hộ của viện trợ và xoá nợ cho các nước nghèo.
11. Các kết quả được tổng kết trong tài liệu IMF, “Giảm nợ cho các nước nghèo (HIPC): Những gì đã đạt được”, tháng 8 năm 2001, <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>.
12. Thêm nữa, điều quan trọng là phải chú trọng các giải pháp và công nghệ thích hợp trong những lĩnh vực liên quan này. Ví dụ: chú trọng giáo dục với các em gái có hiệu quả đặc biệt lớn tới sức khoẻ của người nghèo. Tương tự, các bếp tiết kiệm nhiên liệu đại diện một công nghệ thích hợp có thể phòng ngừa tử vong do ô nhiễm không khí trong nhà cũng như tiết kiệm năng lượng.
13. Ở những nơi mà một nhóm tương đương đã được thiết lập, có thể không cần thành lập thêm một nhóm khác mà nên thay đổi cấu trúc hiện có để thực hiện các nhiệm vụ cần thiết. Tuy nhiên, chúng tôi nhấn mạnh lợi thế việc có sự chỉ đạo phối hợp giữa các Bộ y tế và tài chính như là chìa khoá để đạt được mở rộng qui mô các dịch vụ y tế.
14. Có thể tránh được hàng triệu tử vong mỗi năm bằng việc giảm mạnh hút thuốc lá.
15. Tất cả các số đô la trong Báo cáo này là đô la Mỹ. Tất cả những dự tính là theo giá không đổi của đô la Mỹ năm 2002.

16. Các nước thu nhập trung bình ở cận Sahara, châu Phi được đưa vào vì tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao của họ và vì vậy, dẫn đến giá cao của việc cung cấp các can thiệp y tế thiết yếu.
17. Những khoản tiền này là 1% của GNP tăng thêm trong năm 2007 và 2% của GNP tăng thêm trong năm 2015, mặc dù đối với một số nước, một số tiền ít hơn là đủ cho chi phí của việc mở rộng quy mô.
18. Các nhà tài trợ giả định sẽ bù vào bất cứ khoản thiếu hụt nào còn lại sau khi huy động ít nhất 1% của GNP năm 2007 và 2% của GNP năm 2015. Nếu những khoản này là đủ (hoặc thừa) để chi trả tổng chi phí cho việc mở rộng quy mô, khi đó chúng ta giả định rằng các nhà tài trợ không cần đóng góp nữa.
19. Chúng tôi ước tính rằng tổng viện trợ phát triển chính thức cho ODA cho y tế hiện nay xấp xỉ 6 tỷ đô la mỗi năm, bao gồm cả 5 tỷ đô la trong các chương trình quốc gia ở các nước thu nhập trung bình và thấp, và xấp xỉ 1 tỷ đô la cho các hàng hoá y tế công cộng toàn cầu. Trong 6 tỷ đô la này, chúng tôi tính cả sự trợ giúp các hệ thống y tế và các chương trình kiểm soát các bệnh riêng biệt, song không tính kế hoạch hóa gia đình mà sẽ thêm 600 triệu đô la nữa hoặc tương đương như vậy vào tổng chi phí. Mặc dù có nỗ lực mạnh mẽ của Ủy ban và Nhóm nghiên cứu, vẫn không thể tính được chính xác viện trợ y tế hiện tại, vì các quỹ được dùng cho nhiều cách khác nhau và báo cáo không tránh khỏi sự chậm trễ, những sự khác biệt trong chi phí và những định nghĩa của các nhà tài trợ, và những sự khác biệt quan trọng giữa những cam kết và việc giải ngân. Thêm vào ODA, gồm có các viện trợ và các khoản vay không điều kiện, có cả những khoản vay có điều kiện (lãi suất thị trường) cho y tế, chủ yếu của Ngân hàng thế giới cho các nước đang phát triển thu nhập trung bình với khoảng 0,5 tỷ đô la mỗi năm; và chi tiêu nghiên cứu phát triển các bệnh của người nghèo được cấp kinh phí ngoài ngân sách ODA (khoản tiền ít hơn nhiều so với 0,5 tỷ đô la).
20. Mặc dù chúng tôi tin tưởng đánh giá chung của các ước tính, chúng tôi không quá chú trọng đến những kết quả chi tiết theo vùng hoặc theo bệnh. Những tính toán chính xác về giá thành của việc mở rộng quy mô từng quốc gia hoặc theo loại bệnh sẽ cần phải đợi ước tính chi tiết hơn nhiều của từng nước so với chính Ủy ban có thể thực hiện.
21. Khi một người chết trẻ hoặc ở tuổi trung niên, cái chết này liên quan tới nhiều năm cuộc đời bị mất. Cũng vậy, bệnh tật có thể gây ra sự tàn tật trong nhiều năm trước khi chết. Do cả hai nguyên nhân này, những năm

cuộc đời bị mất háng năm (DALY) lớn gấp nhiều lần số tử vong mỗi năm.

22. Thu nhập đầu người ở các nước thu nhập thấp hiện nay khoảng 410 đô la 1 năm vào năm 1999. Với việc tăng thu nhập đầu người tới 2% một năm, đó sẽ là 563 đô la vào năm 2015. 330 triệu DALY như vậy sẽ tương đương 185 tỷ đô la. Tuy nhiên, có những lý do thuyết phục để đánh giá mỗi DALY gấp nhiều lần thu nhập đầu người, để lợi nhuận trực tiếp có thể gấp đôi hoặc nhiều hơn 186 tỷ đô la. Hơn thế nữa, những tính toán này chưa tính đến các hiệu quả của sức khỏe tốt hơn đối với tăng trưởng kinh tế nhanh hơn.
23. Phân tích của chúng tôi đề xuất rằng hầu hết các nước thu nhập trung bình có thể cấp tài chính cho các dịch vụ thiết yếu ngoài các nguồn lực trong nước của họ, nếu họ thể hiện quyết tâm chính trị. Viện trợ chủ yếu cần nhiều cho các nước thu nhập thấp ngoại trừ một vài nước thu nhập trung bình có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS cao mà nếu không, họ không thể thực hiện nỗ lực kiểm soát được HIV/AIDS một cách toàn diện.
24. Nhiều người đã hỏi Ủy ban, phải làm gì nếu tiền tài trợ không có sẵn – thực chất là làm thế nào để lựa chọn chữa trị theo thứ tự ưu tiên với ít tiền hơn. Chúng tôi đã được yêu cầu xác định ưu tiên cho hàng triệu ca tử vong có thể phòng ngừa được mỗi năm vì chúng tôi đã thu hẹp sự tập trung vào một số nhỏ các điều kiện có gánh nặng xã hội lớn và cần các can thiệp giá rẻ song ít nhất cũng có hiệu quả một phần. Không chỉ loại điều trị mang tính đạo lý và chính trị này vượt khả năng của chúng tôi mà nó cũng quá khó để thực hiện một cách hợp lý. Những người hy vọng một câu trả lời đơn giản, chẳng hạn như tập trung vào các can thiệp rẻ tiền (tiêm chủng) trong khi bỏ lại những can thiệp đắt tiền (các chương trình phòng chống giá cao và các liệu pháp chống retrovirus cần thiết để chống AIDS) đến sau này, đánh giá sai những lựa chọn thực tế mà chúng tôi phải đối mặt. Đại dịch AIDS sẽ phá huỷ sự phát triển kinh tế của châu Phi nếu không được kiểm soát; để chiến đấu với bệnh sởi thay cho AIDS sẽ không đáp ứng nhu cầu kinh tế và xã hội của châu Phi. Cũng là sai nếu đi đến thái cực kia để nhu cầu chính đáng chống lại AIDS dẫn đến việc loại bỏ các can thiệp rẻ tiền hơn. Vì thế, chúng tôi tán thành *cả hai*. Hơn nữa, hạ tầng cơ sở được phát triển để chống AIDS sẽ tăng cường hạ tầng cơ sở cần thiết để chống bệnh sởi đặc biệt nếu việc tăng cường các phần bổ sung như thế được xây dựng một cách xác định cho nỗ lực kiểm soát AIDS. Sẽ hiệu quả hơn nhiều để thiết kế và cấp tài chính cho một chương trình toàn diện giải quyết nhiều nhu cầu y tế quan trọng hơn là chọn các trường hợp giá rẻ.

25. Được trình bày bởi UNAIDS và Tổ chức y tế thế giới ở Hội nghị tư vấn quốc tế WHO về liệu pháp chống retrovirus, Geneva, tháng 5 năm 2001.
26. Định giá khác biệt là nói đến việc định giá khác nhau ở các thị trường khác nhau, được giữ riêng biệt nhờ các rào cản vật chất và điều tiết. Trong trường hợp này, các giá khác nhau có thể bao gồm cả việc tính giá thương mại thấp nhất chấp nhận được ở các thị trường thu nhập thấp, và đồng thời tính giá cao hơn (thường được bảo hộ sáng chế) ở các thị trường thu nhập cao.
27. Các thành viên và mục tham khảo của các nhóm nghiên cứu này nêu ở Phụ lục 1.
28. Sen nhấn mạnh rằng những tự do đáng kể nhất định (“tự do tham gia chính trị hay cơ hội để có được sự giáo dục hay chăm sóc sức khoẻ cơ bản”) là “những thành tố hợp thành phát triển” (thực chất là các mục đích cuối cùng) cũng như những đóng góp cho phát triển kinh tế. Xem Sen (1999), *Sự phát triển như là sự tự do*, đặc biệt là Phần mở đầu và chương 1.
29. Xem Amir Attaran “Sức khoẻ như một quyền con người”, Bản ghi nhớ chính sách CMH số 3, <http://www.cid.harvard.edu>.
30. *Sức khoẻ của cơ thể là sự thịnh vượng* (thành ngữ Hausa); *Sức khoẻ là tài sản lớn nhất* (thành ngữ Anh); *Không có sức khoẻ thì không có của cải* (thành ngữ Serbia); *Sức khoẻ đến trước khi tạo ra điều kiện sống* (thành ngữ Yiddish). Wolfgang Meider, *Bách khoa toàn thư thành ngữ thế giới*, New York: Prentice Hall, Inc.,
31. Chúng tôi sử dụng thuật ngữ *sức khoẻ dân số* để nói về tình trạng sức khoẻ ở mức độ toàn dân như tổng kết các số liệu về dân số như tuổi thọ, tử vong sơ sinh và trẻ em và những năm cuộc đời bị coi là mất đi do bệnh tật (DALY). Sự tăng trưởng kinh tế biểu thị việc tăng đáng kể thu nhập đầu người quốc gia (điển hình được tính theo tổng sản phẩm quốc gia (GNP) đầu người được tính theo sức mua). Phát triển kinh tế thể hiện sự tăng trên cơ sở rộng và đáng kể trong các điều kiện vật chất của xã hội, được chứng tỏ không chỉ bởi GNP đầu người mà còn bởi một số mặt của cuộc sống vật chất (nhà ở, tiêu thụ, sự đa dạng của hàng hoá và dịch vụ...).
32. Chúng tôi tán thành nhiều nhà phân tích trước đây đã nhấn mạnh tầm quan trọng của mối liên hệ sức khoẻ với phát triển. Một ví dụ đáng chú ý là nghiên cứu của WHO bởi Abel-Smith và Leiserson, *Đói nghèo, phát triển và chính sách y tế* (1978, đặc biệt những trang 27-34), ở đó các tác

giả đã nêu lên mối liên hệ của y tế với sự phát triển tương tự như chúng ta mô tả: những hậu quả của các bệnh như sốt rét, giun chỉ u, sán máng, và trùng mủi khoan đã hạn chế sự khai thác đất đai nhiệt đới trồng trọt được; những hậu quả xấu trong chăn nuôi; giảm di cư và thương mại; làm chậm trễ trong việc thực hiện giảm sinh đẻ; ít cởi mở xã hội đối với những phương pháp nuôi trồng mới; và giảm sản lượng lương thực trong thời gian bệnh dịch. Chúng ta chỉ có thể nhất trí với kết luận rằng: “Cần một giải pháp phát triển thống nhất để giúp hàng triệu người nghèo phá vỡ vòng luẩn quẩn độc ác của sự nghèo đói, sự dốt nát, và sức khỏe kém đã trói buộc họ và có xu hướng kéo dài vĩnh viễn từ thế hệ này đến thế hệ khác qua nhiều thế kỷ” (trang 32).

33. R.W.Fogel, “Những phát hiện mới trong những xu hướng của người dân về dinh dưỡng và tử vong: một số ý liên quan đến lý thuyết dân số” trong *Sổ tay dân số và kinh tế gia đình* của M.R.Rosenzweig và O.Stark, Amsterdam, Elsevier Science, Tập 1a, 1997: trang 433-481.
34. D.R.Gwatkin, “Sự bất bình đẳng sức khỏe và sức khỏe của người nghèo: chúng ta biết gì? Chúng ta cần làm gì?” *Tạp san Tổ chức y tế thế giới*, 2000, 78 (1); và Gwatkin cùng các cộng sự, “Những sự khác biệt kinh tế xã hội về sức khỏe, dinh dưỡng và dân số” (loạt báo cáo cho 44 nước đang phát triển), Ngân hàng thế giới, 2001. Cũng xem S. Gupta, M.Verheven, và E. Tiongson, “Chi tiêu công cộng cho chăm sóc y tế và cho người nghèo”, Tài liệu IMF, 2001, Bảng 1, cho sự thu thập số liệu nghiên cứu của 44 nước trong dự án của Ngân hàng thế giới.
35. Cũng đúng rằng, với cùng IMR, những nước nghèo hơn đã có tỉ lệ tăng trưởng cao hơn các nước giàu, một hiện tượng trong phát triển kinh tế được biết đến như là *sự hội tụ có điều kiện*. Sự hội tụ có điều kiện phản ánh một thực tế rằng đối với hai nước tương tự về chỉ số y tế, nước nghèo hơn có phạm vi lớn hơn để hấp thu vốn và công nghệ của những nước tiên tiến trên thế giới, và vì thế phát triển nhanh hơn các nước giàu hơn. Mặt khác, các nước nghèo hơn có thể có những đặc tính xấu hơn (ví dụ IMR cao hơn) hoặc những chính sách kém hơn làm cho xu hướng phát triển hội tụ chỉ là “có điều kiện” theo những yếu tố khác này, không phải là tuyệt đối.
36. Về hình thức, tỉ lệ tăng trưởng hàng năm trong những mô hình này được viết như một hàm số tuyến tính của một vài biến số, bao gồm logarit tự nhiên của LEB. Hệ số logarit ước tính (LEB) điển hình vào khoảng 3,5. Vì $\ln(77) = 4,34$ và $\ln(49) = 3,89$, sự khác biệt tăng trưởng được tính bằng $3,5 \times (4,34 - 3,89)$ sẽ bằng khoảng 1,6% mỗi năm.

37. Mặc dù tất cả những nghiên cứu được nhắc đến trong mục này có ý định tách biệt những hậu quả trực tiếp của sức khoẻ do tổ chức, chính sách, môi trường lãnh đạo yếu kém, chúng tôi nhận thấy rằng nghiên cứu tiếp theo với những số liệu đã được sử lý – thường ở cấp gia đình, làng, hoặc khu vực (cận quốc gia) – sẽ che lấp những hậu quả riêng biệt của sức khoẻ đối lại với những điều kiện xã hội khác có thể liên quan đến sức khoẻ.
38. Đô la tính theo sức mua là những đồng đô la Mỹ được điều chỉnh theo thực tế rằng giá theo đô la trung bình của hàng hoá là khác nhau (thường thấp hơn) ở các nước nghèo so với Mỹ.
39. IMF, IOCD, UN, Ngân hàng thế giới, 2000. *Tiến bộ theo hướng các mục tiêu phát triển quốc tế: 2000 Một thế giới tốt hơn cho mọi người*, Washington D.C.
40. Mục đích cơ bản liên quan đến đói nghèo là để “giảm một nửa số người sống trong sự nghèo đói cùng cực” trong khoảng 1990 và 2015. Sự nghèo đói cùng cực được định nghĩa là mức sống dưới 1 đô la mỗi ngày (đô la Mỹ điều chỉnh theo sức mua). Còn mục tiêu giảm đói nghèo tương đối là để “giảm nửa số người chịu nạn đói” cũng trong cùng thời kỳ này.
41. Đẩy lùi Sốt rét là thực hiện phối hợp của WHO, UNDP, UNICEF và Ngân hàng Thế giới nhằm mục đích giảm nửa số tử vong do sốt rét vào năm 2010. Để chặn đứng bệnh lao, sự phối hợp gồm cả WHO, Ngân hàng Thế giới và UNICEF nhằm mục đích giảm gánh nặng bệnh tật (tỉ lệ mắc và số tử vong) còn một nửa vào năm 2010 so với năm 2000.
42. “Lực lượng đặc nhiệm biến cố quốc gia” được thành lập bởi Cơ quan tình báo Mỹ năm 1994. Lực lượng đặc nhiệm cho định nghĩa hình thức về biến cố quốc gia (như trường hợp chiến tranh sắc tộc, diệt chủng hoặc ám sát chính trị và sự thay đổi chính quyền một cách đột ngột), và tính tất cả các trường hợp trong những năm 1957 – 1994 ở các nước từ 500 nghìn dân trở lên. Đã xác định được 130 trường hợp biến cố quốc gia. Trong tất cả những biến số lý giải được xem xét có 3 biến số quan trọng hơn cả: Tỷ lệ tử vong sơ sinh; Độ mở cửa nền kinh tế, ở đó, những liên kết kinh tế lớn hơn với thế giới còn lại làm giảm khả năng biến cố quốc gia; Và dân chủ, với những nước dân chủ cho thấy ít khả năng xảy ra biến cố quốc gia so với các chế độ độc tài. Xem Lực lượng đặc nhiệm biến cố quốc gia, “Báo cáo: Lực lượng đặc nhiệm biến cố quốc gia Những phát hiện giai đoạn 2,” trong *Báo cáo dự án bảo vệ và thay đổi môi trường* của Trung tâm Woodrow Wilson, số 5, mùa hè 1999, 49 - 72.

43. “Hầu như chắc chắn mỗi trường hợp can thiệp quân sự của Mỹ ở nước ngoài từ năm 1960 xảy ra ở một nước đang phát triển mà trước đó đã trải qua một biến cố quốc gia” (Jsachs, “Ý nghĩa chiến lược của sự bất bình đẳng toàn cầu” *Tạp chí hàng quý Washington* , mùa hè 2001, trang 191).
44. Xem Hội đồng an ninh quốc gia, “Mối đe dọa bệnh truyền nhiễm toàn cầu và những ảnh hưởng đối với nước Mỹ (Washington, DC, tháng 1 năm 2000) theo địa chỉ: <http://www.cia.gov/>. Báo cáo này nhận xét rằng, “như là một trung tâm lớn của du lịch, di cư, và thương mại toàn cầu với những lợi ích khác nhau và sự có mặt quân đội và dân sự lớn ở nước ngoài, nước Mỹ và những cổ phần nước ngoài của nó sẽ chịu rủi ro do những bệnh truyền nhiễm,” thực tế rằng “những bệnh truyền nhiễm có lẽ làm giảm sự phát triển kinh tế xã hội trong những nước đang phát triển bị ảnh hưởng nặng, các nước và khu vực cộng sản cũ. Điều này sẽ thách thức sự phát triển dân chủ và sự chuyển tiếp chế độ và có lẽ đóng góp vào sự cấp thiết nhân đạo và những xung đột quốc gia.” Cũng xem Báo cáo Hội đồng An ninh Quốc gia, “Những xu thế toàn cầu 2015: Đối thoại với các chuyên gia phi chính phủ,” tháng 10 năm 2000, theo địa chỉ: <http://www.cia.gov/>.
45. B.Korber et al., *Science* 288.1789 (2000).
46. Như Laver và Garman đã viết gần đây, “Một bệnh dịch trên toàn thế giới (đại dịch) của cúm có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Một sự kiện như thế sẽ bị gây ra bởi một loại vi rút “mới” mà con người chưa miễn dịch được, và kinh nghiệm quá khứ chỉ ra rằng một loại vi rút mới có thể xuất hiện ở Trung Quốc. Với sự đông đúc ngày nay và với giao thông nhanh chóng, đại dịch có thể tới bất cứ ngõ ngách nào của quả địa cầu. Hàng triệu người sẽ bị ốm và nhiều người sẽ chết.” Graeme Laver và Lsteth Garman, “Nguồn gốc và sự kiểm soát của đại dịch cúm,” *Science*, tập 293, 7/9/2002, 1776-1777.
47. Như chỉ một trong số rất nhiều ví dụ, trong số 416 người tị nạn Tây Tạng đến Canada vào năm 1995, có 5 người bị lao kháng thuốc MDR. Bonie Henri et al., “Sự bùng phát lao trong những người tị nạn Tây Tạng ở Canada” được báo cáo tại hội nghị hàng năm lần thứ năm của Liên minh quốc tế chống lao và bệnh phổi, khu vực Bắc Mỹ, Vancouver, tháng 2/2000. (<http://www.hc-gc/hpb/lcld/survlncce/fetp>).
48. Xem Chris F.Curtis, “Hiệu quả to lớn của việc sử dụng rộng rãi màn chống côn trùng trong cộng đồng, Bản ghi nhớ chính sách CMH, <http://www.cid.haverdedu>

49. Báo cáo phát triển con người 2001, trang 23. Tương tự, 48% dân số thế giới đang phát triển là ở các nước tụt hậu rất xa, hoặc đang chệch hướng về những mục tiêu tử vong bà mẹ.
50. Những bệnh tránh được trong báo cáo của Ủy ban, nhắc đến những bệnh vượt quá và tử vong quá cao trong xã hội so với tỉ lệ bệnh và tử vong trong xã hội chuẩn. Đặc biệt, chúng tôi tính toán gánh nặng bệnh tật vượt trội ở các nước thu nhập thấp so với những cách thức tử vong và bệnh tật của những người không hút thuốc ở các nước thu nhập cao.
51. Theo thuật ngữ kinh tế, sức khoẻ kém làm giảm “tính hữu dụng” của con người, thậm chí nếu không có sự thay đổi trong mức tiêu thụ hàng hoá và dịch vụ hoặc trong thời gian sống của người đó.
52. Những đánh giá lớn như thế được sử dụng trong tư liệu kinh tế gần đây. Xem các ví dụ Cutler và Richardson (1997); Topel và Murphy (1999); Philipson và Soares (2001); và Becker, Philipson, và Soares (2001).
53. 34,6 DALY nhân với 2,1 triệu tử vong bằng 72 triệu DALY.
54. Về mặt kỹ thuật, mô hình kinh tế của Galoob và Sachs (2001) giả thiết rằng tỉ lệ tăng trưởng kinh tế $d(\ln y)/dt$ bằng $-a M - b \ln y + c Z$, trong đó $\ln y$ là logarit tự nhiên của GNP đầu người, M đo tỉ lệ dân số dễ bị sốt rét (thay đổi từ 0 đến 1,0) và Z là những yếu tố khác của tăng trưởng. Những ước lượng thực nghiệm cho hệ số a khoảng 1,3 và hệ số b khoảng 2,0. Điều này cho rằng hậu quả trước mắt của bệnh sốt rét đối với tăng trưởng là - 1,3% mỗi năm và hậu quả lâu dài làm giảm mức thu nhập đầu người theo $\exp(a/b) = \exp(-0,65) = 0,53$. Nghĩa là thu nhập đầu người của một nền kinh tế bị sốt rét chỉ bằng 52% thu nhập đầu người của một nền kinh tế không bị sốt rét.
55. Gertler và Gruber (2001) ước tính rằng 35% chi phí các bệnh nặng không được bảo hiểm bởi các nguồn thu nhập khác của các gia đình (trong nghiên cứu dựa trên số liệu Indonesia). Họ cũng thấy rằng bệnh càng nặng, những gia đình càng ít khả năng được bảo hiểm. Các gia đình có khả năng bảo hiểm toàn bộ những chi phí kinh tế của đau ốm mà không ảnh hưởng các chức năng cơ thể, bảo hiểm 71% chi phí do bệnh tật mà hạn chế tương đối khả năng làm việc thể lực của một người, nhưng chỉ 38% của chi phí chữa bệnh mà hạn chế nghiêm trọng chức năng cơ thể. Những phát hiện này có nghĩa là những thiệt hại không nhỏ cho nền kinh tế Indonesia do bảo hiểm không toàn diện trường hợp bệnh tật khác nghiêm trọng.

56. Giả thiết của Barker cho rằng sự chậm phát triển trong tử cung liên quan đến những bệnh người lớn, bao gồm cả các bệnh tim mạch.
57. Báo cáo y tế thế giới 1999.
58. TFR là số lượng trẻ em trung bình của mỗi phụ nữ trong thời gian sinh đẻ của họ, được tính dựa theo tỉ lệ sinh đẻ ở độ tuổi riêng biệt ở một đất nước vào bất cứ thời điểm nào. IMR là số tử vong dưới một tuổi cho 1000 ca sinh.
59. Tỉ lệ sinh đẻ có xu hướng thấp hơn ở những vùng đô thị do một số nguyên nhân: trẻ em không phải là tài sản kinh tế ở thành phố như chúng được coi ở nông thôn; giá nhà cao hơn; chi phí thời gian của bà mẹ có thể cao hơn; và trẻ em thường là đến trường, với chi phí cung cấp đồ dùng học sinh, tiền học, đồng phục ...
60. Vì có một số lượng gia tăng số người làm việc tính theo đầu người, GNP theo đầu người có xu hướng tăng. Thậm chí nếu GNP theo người làm việc là không đổi.
61. Thậm chí nếu những thuê mướn mới cũng hiệu quả như những thuê mướn cũ hãng còn phải trả những chi phí đáng kể để sàng lọc và phân loại những người làm việc mới.
62. Galoop và Sachs, 2001 (*Tạp chí y học và vệ sinh nhiệt đới Mỹ*. Số bổ sung đặc biệt). Sự cất cánh của tăng trưởng ở Nam Âu tiếp theo ngay sau việc kiểm soát sốt rét sau chiến tranh. Trong những thập kỷ trước vùng này tụt hậu trong tăng trưởng so với Bắc Âu.
63. *Nhà kinh tế học* (2001): Con đường tồi tệ nhất để đánh mất tài năng. 8 tháng 2.
64. Danh sách các nước kém phát triển nhất trong bảng A2.B
65. Đây là (với con số ước tính tử vong hàng năm ở trong ngoặc đơn): bại liệt (720), bệnh bạch hầu (5.000), ho gà (346.000), sởi (888.000), uốn ván gồm cả hậu sản (410.000), cúm *Haemophilus* týp b, hay Hib (400.000), viêm gan B (900.000), và sốt vàng (30.000). Xem <http://www.vaccinealliance.org/reference/globalimmchallenges.html>.
66. Khi so sánh số tử vong trong số những người hút thuốc và không hút thuốc ở các nước đang phát triển với tử vong chỉ của những người không hút thuốc ở các nước giàu, phân tích này có lẽ dường như vượt quá tử vong có thể tránh được. Tuy nhiên, có những can thiệp đã biết có thể giảm hút thuốc đáng kể, nên nó thích hợp để sử dụng những người không hút thuốc như là số liệu ban đầu để thử phác hoạ sự cải thiện tối đa. Lựa

chọn này nếu xảy ra thì có ít hiệu quả cho những ước tính trình bày ở đây bởi vì chúng tôi báo cáo sự giảm tử vong chỉ tới năm 2015 và những sự giảm lớn trong những bệnh liên quan đến thuốc lá sẽ đến muộn hơn nhiều.

67. *Quét sạch* là nói đến sự loại trừ căn bệnh trên toàn thế giới. *Loại trừ* là nói đến việc dừng sự lây truyền sinh vật lây nhiễm từ một vùng xác định. Trong trường hợp loại trừ, có thể xảy ra việc xuất hiện trở lại của căn bệnh từ một vùng khác (xem Basch 1999, trang 456.).
68. Về một ký sự gần đây của những sự kiện đó, xem Jonathan Tucker, Scourge, New York: Atlantic Monthly Press, 2001.
69. Những tiêm chủng đậu mùa không còn được sử dụng nữa. Điều tương tự có thể xảy ra đối với bại liệt, mặc dù điều này hãy còn đang tranh cãi.
70. DOTS nói đến chế độ điều trị lao mà ở đó bệnh nhân được trực tiếp dùng thuốc chống lao ít nhất 2 tháng điều trị đầu để tăng cường sự gắn bó. *Điều trị ngắn* nói đến chế độ 6 – 8 tháng sử dụng phối hợp các loại thuốc chống lao.
71. WHO, UNICEF, UNAIDS, Ngân hàng thế giới, UNESCO, và UNFPA, *Sức khoẻ như chìa khoá cho sự thịnh vượng: Những câu chuyện thành công ở các nước đang phát triển*, 2000, Tổ chức Y tế Thế giới xuất bản.
72. Hơn thế nữa, kinh nghiệm chỉ ra rằng, những dịch vụ kế hoạch hoá gia đình có hiệu quả hơn cả khi đó là một phần của những chương trình sức khoẻ sinh sản toàn diện mà gồm cả kế hoạch hoá gia đình, mang thai và sinh nở an toàn, phòng chống và điều trị những viêm nhiễm đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
73. Tăng trưởng dân số nhanh có những ảnh hưởng phức tạp cho sự phát triển kinh tế. Ở mức độ gia đình, những đầu tư cho mỗi trẻ em trong giáo dục và y tế bị giảm khi các gia đình có nhiều con, nghĩa là khi tỷ lệ sinh đẻ cao. Ở mức độ xã hội, tăng dân số nông thôn nhanh nói riêng tạo ra sức ép khổng lồ đối với môi trường (Ví dụ: phá rừng, bởi vì rừng bị chặt làm củi và làm đất trồng trọt) và đối với năng suất thực phẩm bởi vì tỷ lệ đất – người lao động trong nông nghiệp giảm. Những người nông dân rất nghèo khi đó sẽ dễ dàng đổ về thành phố dẫn đến tỷ lệ đô thị hóa rất cao, với những hậu quả xấu khác như tắc nghẽn giao thông và vốn đô thị theo đầu người giảm (Ví dụ, dịch vụ cảnh sát, nước và vệ sinh...)
74. Báo cáo *Những biện pháp tránh thai và sự thiếu hụt viện trợ*, của Nhóm nghiên cứu lâm thời (YWG) về An toàn hàng hoá sức khoẻ sinh sản, ước lượng sự thiếu hụt viện trợ cho các phương tiện tránh thai vào khoảng

210 triệu đô la vào năm 2015, và khoảng 100 triệu vào năm 2007 (xem hình 9, trang 9 của báo cáo này). IWG là một nỗ lực phối hợp của Jhon Snow, Inc., Hành động Dân số Quốc tế, Chương trình Công nghệ Y tế Thích hợp, và Quỹ Wallace Toàn cầu.

75. Ở Băng-la-đét, khi tỷ lệ tử vong sơ sinh giảm xuống từ 140/1000 năm 1970 còn khoảng 70/1000, tổng tỷ lệ sinh đẻ giảm mạnh từ 7,0 năm 1970 còn 3,4 năm 1990 và 3,1 năm 1995. Kết quả là tăng trưởng dân số giảm đáng kể từ khoảng 2,5% 1 năm 1970 còn 1,5% năm 1995. Chính phủ đầu tư mạnh mẽ vào những dịch vụ kế hoạch hoá gia đình; những tổ chức phi chính phủ quan trọng như Ngân hàng Grameen và BRAC, đã đóng góp cho việc cải thiện các điều kiện xã hội của phụ nữ nghèo, những cải thiện này về phần mình đã đóng góp để giảm tỷ lệ sinh đẻ. Những thay đổi về kinh tế nói riêng là quá trình đô thị hoá hiện nay và đặc biệt là sự gia tăng mạnh mẽ trong việc sử dụng những người phụ nữ trẻ trong khu vực may sẵn hướng tới xuất khẩu, cũng dẫn đến những hôn nhân muộn của phụ nữ và giảm tỷ lệ sinh đẻ trong hôn nhân.
76. Mặc dù chỉ có một loại vi-rút, HIV gây ra AIDS, có một mức độ đáng kể những biến thể di truyền của vi-rút trong dân chúng và đặc biệt khắp các khu vực. Những dạng được bảo vệ này có những khả năng lây nhiễm khác nhau, mặc dù bằng chứng không rõ ràng lắm. Một số nhà vi-rút học cho rằng HIV1 clade C, phổ biến ở Nam và Tây Phi và ở mũi châu Phi, có thể dễ lây nhiễm hơn, và dẫn đến mức độ mắc bệnh người lớn cao.
77. Tất nhiên, lợi ích xã hội do điều trị mang lại vượt xa mức thu nhập của bệnh nhân, khi chúng ta tính đến ích lợi cho trẻ em, những người có thể bị mồ côi, và nhiều hậu quả xã hội xấu khác liên quan đến bệnh này.
78. Sanjeev Gupta, Marijn Verhoeven, và Erwin Tiongson, “Chi tiêu Công cộng cho Chăm sóc sức khỏe và cho người nghèo,” Tài liệu IMF, 2001.
79. Vì giá cả và tiền lương thấp đối với hàng hoá và dịch vụ “phi thương mại”, gồm cả lương trong ngành y tế, 30 đến 45 đô la mỗi người ở các nước thu nhập thấp có thể tương đương với ít nhất 60 đến 90 đô la mỗi năm ở các nước thu nhập cao. Như vậy, với giá điều chỉnh theo sức mua, như được sử dụng trong một số phân tích, chi phí tối thiểu của cả gói dịch vụ thiết yếu có lẽ sẽ khoảng hơn 80 đô la mỗi người mỗi năm, như nhận xét trong bài.
80. Đô thị được biểu thị trên thang logarit, với logarit tự nhiên của thu nhập đầu người bằng đô la Mỹ trên trục x và logarit tự nhiên của tổng chi tiêu y tế trên trục y.

81. Sự ước tính trên đô thị chỉ ra rằng mỗi 1% tăng trưởng thu nhập dẫn đến 1,15% tăng chi tiêu y tế. Điều này có nghĩa là chi tiêu y tế như một phần của thu nhập cao hơn một chút ở các nước giàu so với các nước nghèo hơn. Đối với 44 nước nghèo nhất, với thu nhập đầu người mỗi năm 500 đô la hoặc ít hơn, chi tiêu y tế trung bình là 4,0% của thu nhập. Đối với 21 nước giàu nhất, với thu nhập đầu người 20000 đô la hoặc nhiều hơn mỗi năm, chi tiêu y tế trung bình là 6,5% của GNP.
82. Xem Fang Jing và Xiong Qionfeng, “Cải cách tài chính và tác động của nó đối với dịch vụ y tế ở nông thôn nghèo Trung quốc,” trình bày tại Hội nghị cải cách ngành tài chính Trung quốc, Trường đại học Havard, Tháng 9, 2001. Họ viết: “Vì những khó khăn tài chính nghiêm trọng, các phương tiện y tế ở các nước nghèo cần dựa trên những dịch vụ lâm sàng để có lương, chăm sóc phòng ngừa chủ yếu bị bỏ qua... Một hậu quả khác của việc nhấn mạnh dịch vụ chữa bệnh là sự gia tăng nhanh chóng chi phí y tế và lạm dụng thuốc” (trang 13-14). Mirsa, Chaterjee, và Rao (2001) mô tả những lương y nông thôn, đông đảo và không có trình độ. Ước tính rằng khoảng một triệu người hành nghề bất hợp pháp thực hiện 50-70% những khám bệnh ban đầu... Họ nhận xét rằng “chất lượng kỹ thuật của chăm sóc thực hiện ở các khu vực tư nhân thường rất nghèo nàn- từ cơ sở hạ tầng yếu kém đến các điều trị vô đạo đức và không thích hợp, sự cung cấp quá tải dịch vụ và giá cắt cổ”.
83. Xem Yuanli Liu và William Hsiao, “Chính sách người nghèo và người nghèo của Trung Quốc: Trường hợp bảo hiểm y tế nông thôn”, trình bày ở Hội nghị cải cách ngành tài chính Trung Quốc, trường Đại học Harvard, 13 tháng 9 năm 2001. Liu và Hsiao, dùng các số liệu của Điều tra dịch vụ y tế quốc gia năm 1998 của Trung Quốc, nhận thấy rằng trong số tất cả các gia đình nông thôn nghèo đói năm đó, 44,3% gia đình lâm vào cảnh nghèo đói do chi phí y tế.
84. Nếu không đánh giá sai về một vấn đề phức tạp như vậy, có thể tin tưởng nêu ra rằng một chính phủ hoạt động tốt của một đất nước thu nhập thấp phân chia tổng thu nhập 16% của GNP theo cách sau: y tế, 4%; giáo dục, 5%; điều hành công cộng, 2%; cảnh sát và quân đội, 2%; đầu tư công cộng (hạ tầng cơ sở), 2%; và trả nợ, 1%. Tất nhiên những chi phí thực tế không giống như vậy lắm. Chi trả dịch vụ nợ cũng như chi phí quốc phòng ở một số nước cao hơn nhiều. Chi tiêu cho y tế và giáo dục thấp hơn đáng kể.
85. Tổng kết những tư liệu đồ sộ về phí sử dụng, với tư liệu chứng minh phổ biến của thực tế rằng người nghèo có xu hướng bị ra ngoài thị trường

những dịch vụ cần thiết, được cung cấp bởi Dyna Ahrin-Tenkorang trong *Huy động nguồn lực cho y tế: trường hợp cho phí sử dụng khám lại*, tài liệu CMH số Nhóm nghiên cứu 3: 6, 2000. Một tài liệu gần đây, “Viên thuốc đáng nhất cho mọi người: sự sụp đổ của hệ thống chăm sóc sức khoẻ của châu Phi,” Cứu Trẻ em UK, tháng 5 năm 2001, cung cấp bằng chứng và chỉ dẫn mà chỉ tới cùng một kết luận.

86. Đối với 22 nước đầu tiên trong quá trình HIPC, những tiết kiệm dịch vụ trả nợ từ việc giảm nợ truyền thống và HIPC sẽ vào khoảng 1,9% của GNP mỗi năm (trang 8, IMF 2001). Đối với những nước này, khoảng 40% tiết kiệm là chi cho giáo dục, và 25% khác dành cho ngành y tế (trang 10, IMF 2001). Chi tiêu xã hội có khả năng sẽ tăng lên gần hai lần tiền tiết kiệm do giảm nợ HIPC, cho thấy rằng các nước cũng hướng các nguồn nội lực mới mẽ vào những ngành xã hội (trang 10, IMF 2001). Nợ sẽ được giảm vào khoảng 2 phần 3 của kho nợ ban đầu (trang 6, IMF 2001). Xem IMF, “Sáng kiến các nước nghèo nợ nần nặng nề (HIPC): tình hình thực hiện” 25/5/2001, xem trong <http://www.imf.org/>.
87. Thompson và Huber (2001), “Những xu hướng chi tiêu cho y tế ở các nước OECD, 1970-1998”, *Tổng quan HCFA*.
88. Bình quân các nước thu nhập trung bình thấp tiêu 90 đô la mỗi người mỗi năm cho y tế, và các nước thu nhập trung bình cao 240 đô la. Những khoản tiền này là đủ để đảm bảo phổ cập toàn dân một số những can thiệp cơ bản.
89. Cũng có những nguyên nhân khác. Một tỉ lệ dư thừa các nguồn được cấp cho dịch vụ công nghệ cao tuyến ba, cho những người giàu ở thành phố hơn là cho những can thiệp thiết yếu cho người nghèo. Cũng có một kinh phí đáng kể bị lãng phí và quản lý kém.
90. Những khoản nợ của cửa sổ không điều kiện của Nhóm Ngân hàng thế giới (Ngân hàng kiến thiết và phát triển quốc tế) và của các ngân hàng phát triển khu vực được thực hiện với giá của những quỹ vay cộng với một phí hành chính nhỏ. Khoản vay này còn có tỉ lệ lãi suất nhỏ hơn và hạn lâu hơn nhiều so với những nước vay có thu nhập trung bình có thể nhận được từ thị trường tài chính tư nhân.
91. Xem Hanson, K., K Ranson, V. Oliveira, A, Mills, “Những khó khăn để mở rộng qui mô can thiệp y tế: một hệ thống khái niệm và phân tích thực nghiệm”, Tập tài liệu CMH số WG 5: 14, 2001 xem <http://www.cid.harvard.edu>.

92. Xem D. Jamison và J. Wang, “Tuổi thọ của phụ nữ trong nhóm các nước, 1975-1990,” Văn bản ghi nhớ chính sách cho CMH <http://www.cid.harvard.edu>. Các tác giả thấy hiệu quả lớn của số lượng các bác sỹ tính theo đầu người trong việc tăng tuổi thọ cũng như các tác động địa lý mạnh của các vùng nhiệt đới (bất lợi) và sát biển (có lợi).
93. Một sự khác nhau quan trọng là một nền kinh tế hải đảo có thể loại trừ nhân tố mang bệnh trong khi một nền kinh tế đất liền có thể phải chịu sự truyền bệnh liên tục của các nhân tố gây bệnh qua biên giới đất liền với nước khác, nơi nhân tố gây bệnh không được kiểm soát.
94. Kerala ở các vùng nhiệt đới ẩm, có các nguồn nước dồi dào đến nỗi các cá nhân theo truyền thống có thể tắm và rửa thực phẩm một cách thoải mái, và đun sôi nước với số lượng lớn. Điều này có thể giúp Kerala đạt được kết quả sức khỏe tuyệt vời. Ở những khu vực thiếu nước, các thói quen vệ sinh này thường đắt hơn nhiều và các cá nhân thường dựa vào vài hố nước có sẵn mà có thể mang tác nhân gây bệnh do kết quả của việc sử dụng quá mức của con người.
95. Mặt khác, sự toàn cầu hoá có lẽ giảm hiện tượng “môi trường trong sạch”, trong đó, tác nhân gây bệnh được truyền đến những người trước đó chưa bị phơi nhiễm bởi những người xâm chiếm có thời gian dài phơi nhiễm với bệnh này. Điều này thường dẫn đến những hậu quả tàn phá đối với những người dân khỏe mạnh ở “môi trường trong sạch”. Đó chính là trường hợp đậu mùa, sởi và các tác nhân gây bệnh khác của châu Âu lan vào châu Mỹ và các đảo Thái Bình Dương sau năm 1500 và thường dẫn đến sự diệt chủng dân cư bản xứ.
96. Ranh giới giữa những sáng chế cấp bản quyền và không cấp bản quyền hiện là chủ đề tranh cãi nóng bỏng với tầm quan trọng lớn đối với tra cứu khoa học trong tương lai. Nhìn chung, chúng tôi ủng hộ sự tiếp cận nhiều hơn kiến thức khoa học cơ bản, không đăng ký bản quyền cho toàn thể cộng đồng thế giới.
97. Có một sự nhất quán của cả hai đảng để nhân đôi ngân quỹ hàng năm của NIH từ 1998 đến 2003, từ 13 tỉ đô la của năm tài chính 1998 đến 27 tỉ đô la vào năm tài chính 2003. Ngân sách cho năm tài chính 2001 là 20,3 tỉ.
98. Nhiều nhà phân tích gần đây đã nêu lên sự khác biệt quan trọng giữa các bệnh phổ biến cả ở các nước giàu và các nước nghèo – nơi nghiên cứu phát triển của nước giàu làm lợi cho nước nghèo – và những bệnh mà cơ bản chỉ có ở những nước nghèo như là các bệnh truyền nhiễm nhiệt đới

với mức nghiên cứu phát triển có xu hướng trở thành thấp nhất. Xem Lanjouw (2001) cho một phân tích có ích theo những hướng này.

99. Sự không rõ ràng về sốt rét theo dạng II và dạng III không phải là ngẫu nhiên mà do thực tế rằng thị trường các nước giàu đối với phòng bệnh và chữa bệnh cho những người du lịch và các quân nhân dẫn đến một sự quan tâm khiêm tốn của nước giàu trong nghiên cứu và phát triển bệnh sốt rét.
100. DALY, hay những năm cuộc đời coi là bị mất do bệnh tật, liên quan đến bệnh tật mà số năm sống bị mất vì chết sớm cộng với số tương đương-năm-sống bị mất vì bệnh tật kinh niên. Những năm sống với bệnh tật kinh niên được chuyển thành những năm cuộc đời tương đương bị mất, bằng yếu tố chuyển đổi phản ánh sự khắc nghiệt của bệnh tật. Ví dụ, cái chết của người đàn ông ở độ tuổi 30 được tính như là 29,6 DALY trong Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu (1996, trang 17).
101. Xem Anderson, M.Maclean và C. Davies, 1996. *Nghiên cứu sốt rét: Sự kiểm tra hoạt động quốc tế*. London: Wellcome Trust.
102. Xem bảng 10 của Báo cáo này. Sự khác biệt có ích ở đây là giữa các bệnh ảnh hưởng cả những nước thu nhập cao và thu nhập thấp và các bệnh chủ yếu ảnh hưởng các nước thu nhập thấp. Loại bệnh thứ nhất nói chung sẽ thu hút nghiên cứu phát triển qui mô lớn trong chính các nước giàu. Các nước thu nhập thấp có thể hưởng những tiến bộ công nghệ phát triển cho thị trường thu nhập cao, nếu họ có đủ tiền mua những công nghệ mới khi chúng xuất hiện. Những ví dụ của các bệnh xen phủ những nước giàu và nước nghèo, bao gồm sởi, nhiễm trùng phổi, và viêm gan B. Những ví dụ của các bệnh ở các nước nghèo gồm có sốt rét và do các ký sinh trùng nhiệt đới khác. Loại thứ hai của các bệnh là những bệnh không được chú ý hơn cả, bởi vì cả các chính phủ các nước giàu lẫn các hãng dược phẩm theo hướng lợi nhuận đều không có khuyến khích để đầu tư vào nghiên cứu phát triển cần thiết.
103. Sự chia 90/10 cho thấy rằng cần tới 6 tỉ đô la mỗi năm để dùng cho các bệnh của người nghèo, song cộng lại tất cả những khoản đã biết cho sốt rét, lao, các bệnh nhiệt đới khác và những bệnh chết người khác ở các nước nghèo, không có vẻ rằng tổng số chi tiêu trên toàn thế giới gần với khoản tiền này. Sự ước tính của uỷ ban nghiên cứu y tế cho phát triển rằng , vào năm 1986, 1,6 tỉ đô la trong số 30 tỉ đô la nghiên cứu phát triển toàn thế giới là cho những vấn đề của thế giới đang phát triển. Một nghiên cứu tương tự được tiến hành tại trường đại học Harvard vào năm 1995 cho thấy rằng vào năm 1992, 2 tỉ đô la trong số 56 tỉ đô la nghiên

cứ y tế toàn thế giới là để dành cho những vấn đề của thế giới đang phát triển. Xem Diễn đàn nghiên cứu y tế toàn cầu 1999, trang 46 và 69, cho cơ sở và chi tiết.

104. TDR nói đến Chương trình đặc biệt cho nghiên cứu và đào tạo các bệnh nhiệt đới của UNDP/Ngân hàng thế giới/WHO, tám bệnh trong mục tiêu là (với phần chi tiêu cho 1994-1997 trong ngoặc đơn): sốt rét (50%), giun chỉ u (5%), bệnh chagas (6%), sán máng (10%), phong (4%), trùng mũi khoan châu Phi (6%), giun chỉ (8%), và leishmaniasis (11%). Các hoạt động được chỉ dẫn bởi các uỷ ban hướng dẫn bao gồm các chuyên gia khoa học quốc tế độc lập đầu ngành. Những thành tựu gần đây gồm cả tính hiệu quả đã thấy của thuốc artemete đối với các bệnh nhiễm sán máng, và bằng chứng rằng điều trị thuốc phối hợp cho sốt rét có thể có những ích lợi đáng kể trong tỉ lệ chữa khỏi tổng thể. Chi tiết, xem <http://www.who.int/tdr>.
105. Sáng kiến Nghiên cứu Vắc xin (IVR) của WHO/UNAIDS tạo điều kiện phát triển và đưa vào sử dụng các loại vắc xin chống sốt rét, lao, viêm phổi, rotavirus, *Shigella* và các tác nhân gây tiêu chảy khác, kiểu huyết thanh khuẩn cầu màng não A và B, u nhú trên người, sốt xuất huyết, viêm não Nhật bản, sán máng và leshmaniasis, và thúc đẩy sự phát triển công nghệ chuyển giao tiêm chủng đơn giản và an toàn hơn.
106. Một nghiên cứu gần đây của Hội nghị bàn tròn của WHO-IFPMA (Liên đoàn quốc tế các tổ chức sản xuất thuốc) đã xem xét vấn đề ưu tiên nghiên cứu và phát triển cho các bệnh phổ biến ở các nước nghèo. Theo nghiên cứu này, các khu vực ưu tiên cho nghiên cứu và phát triển tăng bao gồm cả sốt rét, lao phổi, giun chỉ bạch huyết, giun chỉ u, leishmaniasis, sán máng, trùng mũi khoan châu Phi, bệnh Chagas, bệnh tiêu chảy không đặc loại, và bệnh giun tròn phá hại lính Mỹ. Sốt rét và lao phổi có những mục tiêu dễ thực hiện về mặt khoa học mà để đạt được cần những mức độ nghiên cứu và phát triển cao hơn đáng kể. Đối với các bệnh trùng mũi khoan châu Phi, bệnh Chagas, và leishmaniasis, những điều trị hiện nay khó thực hiện, có những tác dụng phụ nghiêm trọng, và ngày càng trở nên kháng thuốc.
107. Đạo luật thuốc chữa các bệnh hiếm của Mỹ (1983) xác định bệnh “hiếm” như bệnh ảnh hưởng tới ít hơn 200.000 người ở Mỹ.
108. Thảo luận chi tiết hơn, hãy xem trong Báo cáo tổng hợp của Nhóm nghiên cứu 2, và Kremer, M. Các chính sách công cộng để khuyến khích phát triển vắc-xin và thuốc cho các bệnh không được chú trọng, CMH, tháng 7, 2001.

109. Y tế thế giới ngày càng đòi hỏi những qui tắc và chuẩn mực toàn cầu, gồm cả Các qui tắc y tế quốc tế, Bộ luật về thực phẩm (Ban an toàn thực phẩm của WHO/FAO), Công ước khung về kiểm soát thuốc lá, Luật của WHO/UNICEF về Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh, và nhiều ví dụ khác.
110. Xem tóm tổng quan ngắn rất tốt về những vấn đề này trong “Sự cộng tác y tế nhà nước-tư nhân,” của Roy Widdus, *Tạp san của Tổ chức Y tế Thế giới*, Tập 79, Số 8, 2001, 713-720.
111. Xem Amir Atarran và Lee Gillespie-White (2001, tr.286). Amir Atarran và Lee Gillespie-White tìm thấy rằng chỉ ở Nam Phi có một số lớn các thuốc kháng retro virut (ARV) được đăng ký bản quyền (10 trong số 15 ARV), chủ yếu của Glaxo Wellcome, mà đăng ký bản quyền sản phẩm ở phần lớn các nước (37 trong số 53 nước). Hầu hết các ARV ở hầu hết các nước không có bản quyền. Trong số tối đa lý thuyết của 795 patent (15 ARV với 53 nước), chỉ có 172 patents được cấp phép, hay 21,6% của tiềm năng. Đối với hầu hết các nước, ít nhất một sự sử dụng phối hợp ba thuốc chuẩn có thể có được không cần bản quyền đối với bất kỳ thuốc nào trong đó, và ở hầu hết các vùng một số phối hợp chuẩn có thể có được không cần bản quyền, và điều này có thể là yếu tố phức tạp trong mở rộng qui mô điều trị.
112. Các nhà hoạt động tranh cãi rằng định giá thuốc là vật cản dưới bất kỳ điều kiện nào của viện trợ tài chính, vì luôn có một số người ở các nước thu nhập thấp không có khả năng có được những thuốc cần thiết mỗi khi giá thuốc còn giữ mức cao hơn “giá thương mại thấp nhất có thể có được”. Quan điểm của chúng tôi là bất kỳ sự tiếp cận qui mô lớn nào tới các thuốc của những người cần chúng sẽ đòi hỏi viện trợ tài chính qui mô lớn.
113. Điều này là đúng thậm chí nếu các nhà tài trợ thiếu tiền mặt sẽ mua thuốc cho người nghèo thay vì các nước thu nhập thấp tự mua.
114. Có thể tranh cãi rằng, vì nhiều sản phẩm hiện chưa được đăng ký bản quyền ở hầu hết các nước thu nhập thấp, sự bắt đầu có hiệu lực của thoả thuận TRIPS sẽ thay đổi không nhiều. Chúng tôi nghi ngờ kết luận này. Vì thị trường ngày càng tăng có được nhờ gia tăng viện trợ, các hãng dược phẩm chắc sẽ đưa ra các bảo hộ sáng chế theo thông lệ, trừ phi có sự thông cảm quốc tế tự nguyện làm ngược lại.
115. Sự ủng hộ rộng rãi cho kết luận này cũng được thể hiện ở Hội thảo về định giá khác biệt và cung cấp tài chính cho các thuốc thiết yếu, được tổ chức bởi WHO và WTO, 8 đến 11 tháng 4 2001, Hosbjor, Na uy. Như

Tóm tắt của Báo cáo Hội nghị đã nêu, “có vẻ có một số lớn người tham gia cùng một quan điểm về hai điểm trung tâm: Thứ nhất, định giá khác biệt có thể, và cần phải đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo sự tiếp cận các loại thuốc thiết yếu với giá chấp nhận được, đặc biệt ở các nước nghèo, trong khi cho phép các hệ thống bảo hộ sáng chế tiếp tục đóng vai trò của nó trong việc cung cấp những khuyến khích cho nghiên cứu và phát triển các thuốc mới. Và Thứ hai, trong khi những giá chấp nhận được là quan trọng, sự có được thuốc thực tế, dù là hoạt chất hay theo bản quyền, cho những người cần chúng sẽ đòi hỏi mọi nỗ lực tài chính lớn, vừa để mua thuốc và để củng cố hệ thống cung cấp chăm sóc y tế và đối với những nước này hầu hết việc cung cấp tài chính bổ sung sẽ cần đến từ cộng đồng quốc tế.” Xem http://ww.who.int/medicines/librayry/edm_general/who-wto-hosbjor/who-wto-hosbjor.html.

116. GlaxoSmithKline Plc đã tình nguyện cấp phép cho A Phamacare, một hãng hoạt chất lớn nhất châu Phi để sản xuất thuốc kháng retro virus AZT của GSK, 3TC và Combivir phối hợp lại trong một viên. “RPT-Glaxo trao quyền các thuốc AIDS ở Nam Phi”, Ben Hirschler, Reuter, 8 tháng 10, 2001.
117. Xem <http://ww.unaids.org/acc-acces/index.html>. Năm công ty đầu tiên tham gia Sáng kiến là Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merk &Co., và Hoffman-La Roche.
118. Xã hội dân sự quốc tế, gồm cả các nhóm như CPTech và Health Gap (Mỹ), *Medicins sans Frontieres* và Oxfam (châu Âu), Chiến dịch tiếp cận điều trị (Nam Phi), và Nhóm nghiên cứu thuốc (Thái lan), đưa sự cấp thiết của vấn đề định giá đến với sự chú ý của công luận, và đóng góp quan trọng cho tiến bộ gần đây về giảm giá của các loại thuốc thiết yếu ở các nước thu nhập thấp.
119. Một số hợp tác quốc tế để kiểm soát bệnh đã được thành lập xung quanh chương trình tài trợ thuốc của các hãng dược phẩm. Đó là: giun chỉ bạch huyết (albendazol, GlaxoSmithKline); trùng mũi khoan châu Phi (eflornithine, Aventis), phong (điều trị phong kháng thuốc, Novartis); sốt rét (atovaquone và proguanil, GlaxoSmithKline); giun chỉ u (ivermectin, Merck); Tracoma (azithromicin, Pfizer); lây truyền HIV từ mẹ sang con (nevaripine, Boehringer Ingelheim); nhiễm nấm ở bệnh nhân HIV/AIDS (fluconazol, Pfizer). Các thuốc tài trợ khác gồm vaccin bại liệt uống (Aventis Pasteur), Hib vac-xin (Wyeth Lederle Vaccines), và vac-xin viêm gan B (Merck). Cũng có những trường hợp các sản phẩm

y tế khác như siringe tự huỷ cho uốn ván (Beckton Dickson) và vật liệu lọc nylon phòng ngừa giun guinea (Dupont). Thêm vào đó, có những tài trợ cho đào tạo và cơ sở hạ tầng cho HIV/AIDS (Merck và Bristol Myers Squibb). Xem Sáng kiến Phối hợp Nhà nước-tư nhân cho Y tế (IPPPH), info@ippph.org.

120. *Giá thương mại thấp nhất có thể* nói đến giá thấp nhất mà thị trường có thể thực hiện thương mại thông qua cung cấp trên cơ sở lâu dài. Giá này thường bằng giá thành sản phẩm cộng chi phí lưu thông.

Chúng tôi cho rằng các nước thu nhập trung bình nói chung sẽ trả tiền nhiều hơn các nước thu nhập thấp, song ít hơn các nước giàu. Giá cả trên thị trường sẽ được thoả thuận giữa nhà cung cấp và người mua (ví dụ các tổ chức của chính phủ), với bảo hộ cấp phép bắt buộc có được cho các nước thu nhập trung bình. Những kế hoạch như vậy gần đây dẫn đến sự thoả thuận giảm giá đáng kể cho các thuốc kháng retro virut ở Brazil và một số nước thu nhập trung bình khác so với giá ở các nước thu nhập cao.

121. Cấp phép bắt buộc không yêu cầu rằng người giữ bản quyền chỉ cho nhà sản xuất địa phương cách sản xuất sản phẩm. Như vậy cấp phép bắt buộc chỉ có lợi nếu sản phẩm được “điều chế ngược” thành công.
122. Tổ chức Phát triển Công nghiệp Liên hợp quốc (UNIDO) đã tính rằng khoảng 1/3 các nước đang phát triển nhập khẩu 100% các thuốc họ tiêu thụ, và thêm một phần ba có khả năng sản xuất rất giới hạn.
123. Giá sử tăng trưởng kinh tế khoảng 2,3% mỗi năm (2% theo đầu người, 0,3% dân số) ở các nước thu nhập cao, tổng GNP các nước viện trợ sẽ đạt khoảng 29 nghìn tỉ đô la vào năm 2007, và 35 nghìn tỉ vào năm 2015.
124. Nước nhận viện trợ lớn nhất của tài trợ cho AIDS của Ngân hàng thế giới trong thời kỳ 1997-1999 là Ấn độ, nhận 191 triệu đô la vay nợ có điều kiện cho thời kỳ 1999-2004.
125. Báo cáo “Những kế hoạch chuyển đổi”, hội nghị về Quỹ Toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét (GFATM), Brussels, 12 - 17 tháng 7 năm 2001.
126. Những khoản nhỏ cần tới các nước thu nhập trung bình vì một nguyên nhân này hay nguyên nhân khác (ví dụ, xảy ra bệnh tật đặc biệt hoặc những vùng đói nghèo rộng lớn nặng nề trong một nước. Ví dụ, vì đại dịch AIDS, Nam Phi cần được nhận tài trợ để kiểm soát AIDS).

127. <http://www.vaccinealliance.org>. GAVI được tài trợ khoảng 1 tỉ đô la, gồm cả 750 triệu từ Quỹ Gates và 250 triệu từ các nước đóng góp.
128. Ngân hàng hiện nay cung cấp khoảng 1,3 tỉ đô la cam kết mới mỗi năm cho cả các khoản vay IDA (ưu đãi) và IBRD (không ưu đãi) và hiện tại có gần 10 tỉ đô la cam kết trong các dự án của ngành y tế. Thật trớ trêu, các khoản IDA trong nhiều trường hợp không được tiêu hết, cho thấy sự miễn cưỡng của nhiều nước nghèo khi nhận những khoản nợ mới (ngược lại với viện trợ) để cung cấp cho mở rộng phổ cập y tế, cũng như sự cần thiết có một kế hoạch nhiều năm rõ ràng hơn để mở rộng qui mô các dịch vụ y tế trong đó cung cấp tài chính của IDA đóng vai trò chủ chốt, lâu dài và có thể dự đoán trước.
129. Chúng tôi nhận xét rằng chỉ mỗi việc chuyển các khoản vay IDA sang viện trợ sẽ không tăng sự chuyển nguồn cấp của mạng lưới ngân hàng tới các nước thu nhập thấp như một nhóm (mặc dù nó làm dễ dàng hơn sự tham gia của một số nước trong nhóm các nước phù hợp của IDA). Hiện nay, Ngân hàng cho vay lại với lãi suất ưu đãi các khoản mà họ có được qua trả nợ IDA. Dễ dàng chỉ ra rằng giá trị thực hiện có của các khoản chuyển tiền mà Ngân hàng thực hiện là như nhau, bất kể chúng được thực hiện bằng cách cấp một lần hay một chuỗi các khoản vay ưu đãi ở đó mỗi khoản vay mới thực hiện trên cơ sở trả vay cũ. Trong bất cứ trường hợp nào, giá trị hiện tại của các khoản chuyển tiền thực tế từ IDA là bằng với đóng góp của nhà tài trợ cho IDA ở vị trí đầu tiên. *Cách duy nhất mà IDA có thể thực hiện các khoản chuyển tiền thực tế lớn hơn là trước tiên, để các nhà tài trợ của IDA đóng góp nhiều hơn cho IDA, đây là một chính sách mà chúng tôi ủng hộ.*
130. Lưu ý rằng trong trường hợp này chúng tôi nói về sản xuất các dịch vụ y tế trong nước, không phải sự nhập khẩu các dịch vụ y tế. Như vậy, thậm chí nếu tổng chi phí y tế đạt 12% của GNP, nếu một nửa số đó được nhập khẩu, khi đó giá trị gia tăng trong ngành y tế sẽ khoảng 6% của GNP.
131. Vấn đề chảy máu chất xám là nghiêm trọng. Chẳng hạn, ở Gana, từ 1998 đến 2000, số bác sĩ khu vực nhà nước giảm từ 1400 còn 1115, và số y tá khu vực này từ 17000 còn 12600, với chảy máu chất xám và chuyển sang khu vực tư nhân trong nước chiếm vai trò quan trọng. Nhìn chung, tiền lương nhà nước của các bác sĩ và các y tá ở các nước thu nhập thấp thường ít hơn 1/3 lương của khu vực tư nhân, và có lẽ 1/10 hoặc ít hơn lương của thị trường quốc tế nếu các bác sĩ và y tá tìm việc ở nền kinh tế thu nhập cao.

132. GNP ở các nước thu nhập thấp hiện tại khoảng 1 nghìn tỉ đô la. Nếu chúng ta giả sử tăng trưởng dân số 1% mỗi năm và tăng trưởng GNP đầu người 2% mỗi năm, tổng GNP sẽ tăng khoảng 3% mỗi năm. 20 năm với 3% tăng trưởng mỗi năm sẽ sinh ra GNP tới 1,8 nghìn tỉ đô la.
133. Kinh nghiệm của chúng tôi trong 2 năm làm việc ở CMH đã nhiều lần cho thấy giá trị của việc đặt những vấn đề y tế vào trong hoàn cảnh của ngân sách quốc gia cũng như mục đích xã hội quốc gia. Sự mở rộng qui mô y tế vì vậy đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ của các Bộ trưởng Y tế và Tài chính, cũng như sự hợp tác của những Bộ này với các nhóm chủ chốt trong xã hội dân sự. Sự tư vấn với xã hội dân sự cần bao gồm những tổ chức đại diện những người có những vấn đề y tế nghiêm trọng nhất, gồm cả phụ nữ, người thiểu số và những nhóm khác. Ủy ban Quốc gia về kinh tế vĩ mô và y tế có thể cung cấp nơi gặp gỡ quan trọng cho một công việc phối hợp như thế. Một số nước có thể đã có những Ủy ban quốc gia về y tế là một phần của quá trình PRSP, trong trường hợp đó, họ có thể bao quát những chức năng của NCMH, mặc dù chúng tôi nhấn mạnh một lần nữa tầm quan trọng của cả hai Bộ trưởng Y tế và Tài chính cùng tham gia trong quá trình này.

*Phụ lục 1: CÁC THÀNH VIÊN, CÁC BÁO CÁO
VÀ CÁC BÀI VIẾT CHO ỦY BAN KINH TẾ VĨ MÔ VÀ Y TẾ*

CÁC THÀNH VIÊN:

Các ủy viên:

Giáo sư Jeffrey D. Sachs (chủ tịch)

Giáo sư Galen L. Stone của khoa Thương mại kinh tế, Đại học Harvard, và Giám đốc, Trung tâm phát triển quốc tế của Đại học Harvard, Cambridge, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Isher Judge Ahluwalia

Giám đốc ủy ban ấn độ về nghiên cứu quan hệ quốc tế
Ủy ban Ấn Độ về các quan hệ quốc tế, New Delhi, Ấn Độ

Tiến sĩ K.Y. Amoako

Thư ký điều hành, ủy ban thư ký châu Phi của Liên hợp quốc
ủy ban kinh tế châu Phi của Liên hợp quốc, Addis Ababa,
Ethiopia

Tiến sĩ Eduardo Aninat

Nguyên Bộ trưởng Tài chính Chile)
Phó giám đốc quản trị, Quỹ tiền tệ quốc tế
Quỹ tiền tệ quốc tế, Washington, DC, Hoa Kỳ

Giáo sư Daniel Cohen

Giáo sư kinh tế
Trường Đại học sư phạm, Paris, Pháp

Ông Zephirin Diabre

(Nguyên Bộ trưởng Tài chính, Kinh tế và Kế hoạch, Burkina Faso)
Phó hành chính, Chương trình phát triển Liên hợp quốc, New York, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Eduardo Duryan

(Nguyên Bộ trưởng Giáo dục, Costa Rica)
Đại diện đặc biệt của Ngân hàng thế giới tại Liên hợp quốc
New York, Hoa Kỳ.

Giáo sư Richard Feachem

(Nguyên hiệu trưởng, Trường Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới Luân đôn)

Giám đốc, Viện Sức khỏe toàn cầu

Đại học California tại San Francisco/Đại học California tại Berkeley, San Francisco, Hoa Kỳ

Giáo sư Robert W. Fogel

Giáo sư kinh tế, Trung tâm Kinh tế Dân số

Đại học Chicago, Chicago, Hoa Kỳ

Giáo sư Dean Jamison

Giám đốc, Trung tâm các nghiên cứu Thái bình dương

Đại học California, Los Angeles, Hoa Kỳ

Ông Takatoshi Kato

Cố vấn cao cấp, Ngân hàng Tokyo-Mishubishi Ltd.,

Tokyo, Nhật bản

Tiến sĩ Nora Lustig

Chủ tịch, Đại học

Cholula, Mexico

Giáo sư Anne Mills

Giám đốc, Chương trình Kinh tế Y tế và Tài chính

Trường Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới Luân đôn, Luân đôn, Anh quốc.

Tiến sĩ Thorvald Moe

(Nguyên cố vấn trưởng về kinh tế và phó thư ký thường trực, Bộ Tài chính Na Uy)

Phó tổng thư ký, Tổ chức hợp tác kinh tế và phát triển

Tổ chức hợp tác kinh tế và phát triển, Paris Pháp

Tiến sĩ Manmohan Singh

(Nguyên Bộ trưởng Tài chính, Ấn Độ)

Thành viên Rajya Sabha

Chính phủ ấn độ, New Delhi, Ấn Độ

Tiến sĩ Supachai Panitchpakdi

(Nguyên thứ trưởng Bộ Thương mại Thái Lan)

Quyền Tổng giám đốc

Tổ chức thương mại Thế giới

Giáo sư Laura Tyson

Hiệu trưởng, Trường Kinh doanh Walter A. Haas
Đại học California tại Berkeley, Berkeley, CA, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Harold Varmus

Chủ tịch, Trung tâm Ung thư Tưởng nhớ Sloan Kettering, New York, Hoa Kỳ

Đoàn chủ tịch

Tiến sĩ Dyna Arhin-Tenkorang

Chuyên gia kinh tế cấp cao của CMH và trợ lý cho chủ tịch CMH
Trung tâm phát triển quốc tế đại học Harvard, Boston, Hoa Kỳ/
Trường Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới Luân đôn, Luân đôn, Anh quốc.

Ban thư ký

Tiến sĩ Sergio Spinaci

Thư ký điều hành của CMH
Tổ chức Y tế Thế giới
Geneva, Thụy Sĩ

NHÓM NGHIÊN CỨU 1: Y TẾ, PHÁT TRIỂN KINH TẾ VÀ GIẢM ĐÓI NGHÈO

Nhóm nghiên cứu này nêu lên tác động của đầu tư y tế đối với giảm đói nghèo và tăng trưởng kinh tế.

Các đồng chủ tịch

Ngài George A. O. Alleyne, Giám đốc Tổ chức Y tế Pan American, Hoa Kỳ

Giáo sư Daniel Cohen, Giáo sư kinh tế học, Đại học Sư phạm, Pháp

Các thành viên

Tiến sĩ Dyna Arhin-Tenkorang, Chuyên gia kinh tế cấp cao của CMH và trợ lý cho chủ tịch CMH, Trung tâm phát triển quốc tế đại học Harvard, Boston, Hoa Kỳ/ Trường Đại học Vệ sinh và Y học Nhiệt đới Luân đôn, Luân đôn, Anh quốc.

Tiến sĩ Alok Bahrgava, Khoa Kinh tế, đại học Houston, Hoa Kỳ

Tiến sĩ David E. Bloom, Giáo sư Kinh tế và Nhân khẩu học, khoa Dân số và Y tế quốc tế, đại học Harvard, Hoa Kỳ

Tiến sĩ David Canning, Giáo sư Kinh tế, đại học Queens Bắc Ailen

Tiến sĩ Juan A. Casas, Trưởng khoa Y tế và Phát triển con người, Tổ chức Y tế Pan American, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Angus Deaton, Giáo sư Kinh tế và Các vấn đề công cộng, đại học Princeton, Hoa Kỳ

Giáo sư Dean T. Jamison, Giám đốc, Chương trình Y tế quốc tế và Giáo dục, đại học California, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Gerald Keusch, phó giám đốc về nghiên cứu quốc tế, Viện sức khỏe quốc gia; Giám đốc Trung tâm quốc tế Forgy, Giáo sư Y khoa, đại học Y khoa Tufts, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Felicia Knaul, Giám đốc, Trung tâm phân tích xã hội và kinh tế của Hiệp hội y tế Mexico, Mexico.

Tiến sĩ Juan Luis Londono, Kỹ sư, Revista Dinero, Colombia

Tiến sĩ Nora Lustig, Chủ tịch, đại học America-Puebla; nguyên cố vấn cao cấp và trưởng, Đơn vị nghèo đói và Bất công, Đơn vị của Ngân hàng phát triển Liên Mỹ (IABD), và Giám đốc, Báo cáo phát triển thế giới, Ngân hàng Thế giới, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Mead Over, Kinh tế gia cao cấp, nhóm nghiên cứu phát triển, Ngân hàng thế giới, Hoa Kỳ

Giáo sư Jeffrey D. Sachs, Giáo sư Kinh tế, và Giám đốc, Trung tâm phát triển quốc tế, đại học Harvard, Hoa Kỳ

Tiến sĩ William Savedoff, kinh tế gia cao cấp, bộ phận Phát triển Tài chính, Stop W0502, Ngân hàng phát triển Liên Mỹ, Hoa Kỳ

Giáo sư Paul Schultz, khoa Kinh tế, đại học Yale, Hoa Kỳ

Giáo sư Duncan Thomas, khoa Kinh tế, đại học California (UCLA), Hoa Kỳ

Bà Eva Wallstam, Giám đốc, Sáng kiến xã hội dân sự, Tổ chức Y tế thế giới, Thụy sĩ

NHÓM NGHIÊN CỨU 2: HÀNG HÓA CÔNG CỘNG TOÀN CẦU CHO SỨC KHỎE

Nhóm nghiên cứu này nghiên cứu “hàng hóa công cộng toàn cầu cho sức khỏe”, đó là các chính sách, chương trình, sáng kiến đa quốc gia có ảnh hưởng tích cực lên sức khỏe mà có thể mở rộng ra ngoài biên giới của bất kỳ nước nào (ví dụ sự hợp tác nghiên cứu y tế quốc tế, loại trừ bệnh đậu mùa, v.v...). Bao gồm 16 thành viên từ các tổ chức khoa học, công nghiệp, phi chính phủ, và các tổ chức quốc tế, Nhóm nghiên cứu được ủy nhiệm làm hơn 20 bài nghiên cứu trong 3 lĩnh vực chính: nghiên cứu, R&D cho những thuốc bị bỏ quên, và xây dựng khả năng nghiên cứu cho các nước đang phát triển; các khuynh hướng toàn cầu về kiểm soát và phòng các bệnh truyền nhiễm; và thông tin phổ biến về những cách điều trị tốt nhất.

Các đồng chủ tịch

Giáo sư Richard Feachem, Giám đốc, Viện Sức khỏe Toàn cầu, đại học California, Hoa Kỳ

Giáo sư Jeffrey D. Sachs, Giáo sư kinh tế và giám đốc, trung tâm phát triển quốc tế, đại học Harvard, Hoa Kỳ

Giám đốc chương trình/ Nhà nghiên cứu cao cấp

Tiến sĩ Carol Medlin, Viện Sức khỏe Toàn cầu, đại học California, Hoa Kỳ

Các thành viên

Tiến sĩ Cristian Baeza, Giám đốc vùng, chương trình STEP khu vực châu Mỹ La tinh và Caribe, Tổ chức Lao động quốc tế, Hoa Kỳ

Tiến sĩ John Barton, Giáo sư luật George E. Osbourne, trường Luật Stanford, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Seth Berkley, chủ tịch và giám đốc điều hành, sáng kiến trợ giúp vaccine quốc tế, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Win Gutteridge, Cộng tác viên khu vực: Phát triển và nghiên cứu sản phẩm, chương trình đặc biệt về nghiên cứu và đào tạo các bệnh nhiệt đới, Tổ chức Y tế thế giới, Thụy Sĩ.

Giáo sư Dean T. Jamison, Giám đốc, chương trình Y tế và Giáo dục quốc tế, đại học California, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Inge Kaul, Giám đốc, Văn phòng nghiên cứu phát triển, Chương trình phát triển Liên hợp quốc, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Gerald Keusch, phó giám đốc nghiên cứu quốc tế, Viện Sức khỏe quốc gia, Giám đốc Trung tâm quốc tế Forgaty, Giáo sư Y khoa, đại học Y khoa Tufts, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Ariel Pablo-Mendez, phó giám đốc, Bình đẳng về Y tế, Hiệp hội Rockefeller, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Goeffrey Lamb, Giám đốc, Huy động nguồn lực và tài chính, ban nghiên cứu quốc tế, Ngân hàng thế giới, Anh quốc

Tiến sĩ Adetokunbo O. Lucas, giáo sư, đại học Harvard, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Bernard Pécoul, giám đốc, Tiếp cận tới các thuốc thiết yếu, Tổ chức thầy thuốc không biên giới

Tiến sĩ Sally Stansfield, viên chức chương trình sức khỏe toàn cầu, Hiệp hội Gates, Hoa Kỳ

Tiến sĩ David Webber, giám đốc chính sách kinh tế và thành viên, Liên minh quốc tế của hiệp hội các nhà sản xuất dược phẩm, Thụy Sĩ

Tiến sĩ Roy Widus, Giám đốc, Sáng kiến hợp tác công cộng-tư nhân về y tế, Hội thảo toàn cầu về nghiên cứu y tế, Thụy Sĩ.

NHÓM NGHIÊN CỨU 3: HUY ĐỘNG NGUỒN LỰC TRONG NƯỚC CHO Y TẾ

Nhóm này đánh giá hiệu quả kinh tế của các cách tiếp cận khác nhau để huy động nguồn lực cho hệ thống y tế và cho các can thiệp y tế từ các nguồn lực nội địa. Các nghiên cứu này được tiến hành với sự phối hợp với Quỹ tiền tệ quốc tế và các tổ chức khác. Nó tập trung vào làm thế nào để hệ thống y tế có thể được đầu tư tốt nhất ở mức độ quốc gia, bao gồm sắp xếp lại các khoản chi cho y tế công cộng và mở rộng vai trò của các ngành không thuộc nhà nước. Các nghiên cứu hiện nay của WHO về các bằng chứng và thông tin để lập chính sách đã cung cấp đầu vào quan trọng cho nhóm nghiên cứu này.

Các đồng chủ tịch

Giáo sư Kwesi Botchwey, Giám đốc của chương trình và nghiên cứu về châu Phi tại Viện Harvard về Phát triển quốc tế và Trung tâm phát triển quốc tế, Hoa Kỳ

Giáo sư Alan Tait, giáo sư danh dự đại học Kent tại Canterbury, và thành viên danh dự của trường Trinity, Dublin; nguyên phó giám đốc vụ tài chính, Quỹ tiền tệ quốc tế, Washington; và nguyên giám đốc của văn phòng IMF, Thụy Sĩ.

Các thành viên

Tiến sĩ Dyna Arhin-Tenkorang, kinh tế gia cao cấp và trợ lý cho chủ tịch CMH, Trung tâm phát triển quốc tế, đại học Harvard, Hoa Kỳ

Giáo sư Mukul Govindji Asher, chương trình chính sách công cộng đại học quốc gia Singapore

Tiến sĩ Guido Carrin, nhà kinh tế y tế cao cấp, Tổ chức Y tế thế giới, Geneva, Thụy Sĩ

Ông Sanjeev Gupta, Trưởng ban chính sách chi tiêu, Vụ tài chính, Quỹ tiền tệ quốc tế, Hoa Kỳ

Ông Peter S. Heller, phó giám đốc vụ tài chính, Quỹ tiền tệ quốc tế, Hoa Kỳ

Giáo sư William Hsiao, Giáo sư K.T. Li về kinh tế, khoa chính sách và quản lý y tế, trường Y tế công cộng Harvard, Hoa Kỳ

Bà Rima Khalef Hunaidi, phó Tổng thư ký/Giám đốc Văn phòng khu vực của các nước Ả rập, Chương trình phát triển Liên hợp quốc, Hoa Kỳ.

Giáo sư Dean T. Jamison, Giám đốc, chương trình Y tế và Giáo dục quốc tế, đại học California, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Juan Luis Londono, kinh tế gia, Revista Dinero, Colombia.

Ông Rajiv Misra, nguyên thư ký, Bộ Y tế, Gurgaon, Ấn Độ.

Tiến sĩ Alexander S. Preker, Kinh tế trưởng, Y tế, Dinh dưỡng và Dân số, Ngân hàng thế giới, Hoa Kỳ.

Ông George Schieber, Trưởng khoa, Y tế và Bảo vệ xã hội, Ngân hàng thế giới, Hoa Kỳ.

NHÓM NGHIÊN CỨU 4: Y TẾ VÀ KINH TẾ QUỐC TẾ

Nhóm này nghiên cứu thương mại trong dịch vụ y tế, mặt hàng y tế, và bảo hiểm y tế, bằng sáng chế thuốc và Quyền sở hữu trí tuệ liên quan tới thương mại (TRIPS); ảnh hưởng quốc tế của các yếu tố nguy cơ; di dân quốc tế của các nhân viên y tế; các lý do bảo vệ trên cơ sở tình trạng sức khỏe và các chính sách tài chính y tế; và các cách khác mà thương mại có thể ảnh hưởng đến lĩnh vực y tế. Các nghiên cứu hiện tại của WHO và WTO cung cấp đầu vào quan trọng cho nhóm nghiên cứu này.

Chủ tịch

Tiến sĩ Isher Judge Ahluwalia, Giám đốc và Trưởng điều hành, ủy ban Ấn Độ về nghiên cứu các quan hệ kinh tế quốc tế, Ấn Độ

Các thành viên

Tiến sĩ Harvey Bale, Tổng giám đốc, Liên đoàn quốc tế Hội các nhà sản xuất dược phẩm, Thụy Sĩ

Tiến sĩ John Barton, Giáo sư luật, Trường luật Stanford, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Tony Culyer, giáo sư kinh tế đại học York, đại học Toronto, Canada

Bà Ellen t' Hoen, LL.M., Chiến dịch tiếp cận thuốc thiết yếu, Tổ chức Thầy thuốc không biên giới.

Tiến sĩ Calestous Juma, giám đốc, Chương trình khoa học, kỹ thuật và sáng kiến, trung tâm phát triển quốc tế, đại học Harvard; thành viên nghiên cứu, Trung tâm về khoa học và quan hệ quốc tế Belfast, đại học Harvard, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Keith E. Mascus, kinh tế trưởng, DECRG, Ngân hàng thế giới, Washington DC, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Supachai Panitchpakdi, Tổng giám đốc ...tổ chức thương mại thế giới, nguyên phó thủ tướng, Bộ trưởng Thương mại Thái Lan.

Tiến sĩ Arvind Panagariya, giáo sư và đồng giám đốc, Trung tâm kinh tế quốc tế, Khoa kinh tế đại học Maryland, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ John Sbarbaro, Giáo sư y khoa và y học dự phòng, Đại học Colorado, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ Jacques van der Gaag, Giáo sư khoa kinh tế phát triển, Trường khoa kinh tế và toán kinh tế, đại học Amsterdam, Hà Lan.

Tiến sĩ Richard Wilder, Giám đốc Powell, Goldstein, Frazer và Murphy, Washinton, Hoa Kỳ.

Ông B.K. Zutshi, nguyên đại sứ và đại diện của Ấn Độ tại GATT, và cố vấn, ủy ban Ấn Độ về nghiên cứu và các quan hệ quốc tế, Ấn Độ

NHÓM NGHIÊN CỨU 5: CẢI THIỆN SỨC KHỎE CHO NGƯỜI NGHÈO

Nhóm này xem xét các lựa chọn chuyên môn, các hạn chế và chi phí nhằm thúc đẩy một nỗ lực toàn cầu để cải thiện đáng kể sức khỏe cho người nghèo vào năm 2015. Công việc bao gồm các phân tích về tử vong có thể tránh được, chỉ ra các can thiệp hiện có được để giải quyết những nguyên nhân chính, rà soát lại các bằng chứng về làm thế nào giải tỏa hạn chế, và ước lượng chi phí cho việc mở rộng sự bao phủ của các can thiệp chính cùng với chi phí cho việc củng cố hệ thống y tế. Nó vẽ ra một cách bao quát các công việc hiện tại của WHO, Ngân hàng thế giới, và trong các trường quốc tế về Y tế công cộng.

Các đồng chủ tịch

Giáo sư Anne Mills, trưởng chương trình Kinh tế y tế và Tài chính, trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới Luân đôn, Anh quốc, và thành viên CMH

Tiến sĩ Prabat Jha, nhà khoa học cao cấp, WHO, Thụy Sĩ.

Các thành viên

Tiến sĩ Mushtaque Chowdhury, Phó giám đốc điều hành và giám đốc nghiên cứu, BRAC, Bangladesh.

Tiến sĩ Jorge Jimenez de la Jara, giáo sư, khoa Y tế công cộng, đại học Thiên chúa giáo Chile, Chile.

Tiến sĩ Peter Kilima, điều phối viên khu vực châu Phi nói tiếng Anh, hội mắt hột quốc tế, Tanzania

Tiến sĩ Jeffrey Koplan, giám đốc, các Trung tâm kiểm soát Bệnh tật, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Ayanda Ntsaluba, Tổng giám đốc các dịch vụ Y tế, Bộ Y tế quốc gia, Nam Phi

Ông Ram Ramasundaram, thư ký điều hành, Bộ thương mại, Ấn Độ

Tiến sĩ Sally Stansfield, cán bộ chương trình cấp cao, Hiệp hội Bill và Melinda Gates, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Jaime Galvez Tan, giáo sư, đại học Y khoa Philipin, và chủ tịch, Hiệp hội Y tế tương lai, Philipin

Giáo sư Marcel Tanner, giám đốc, viện nhiệt đới Thụy Sĩ, Thụy Sĩ.

NHÓM NGHIÊN CỨU 6: VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN VÀ Y TẾ

Nhóm này nghiên cứu tác động lên y tế của các chính sách viện trợ phát triển, bao gồm cả việc xóa nợ. Nó tập trung vào các chính sách và biện pháp của các tổ chức phát triển quốc tế, nhấn mạnh cân bằng giữa công việc của một nước và các hoạt động cung ứng quốc tế đối với hàng hóa y tế công cộng toàn cầu. Nhóm nghiên cứu này vẽ nên các công việc hiện tại của WHO, Ngân hàng thế giới, các trường y tế công cộng quốc tế, và các đơn vị nghiên cứu của các tổ chức viện trợ.

Các đồng chủ tịch:

Ông Zephirin Diabre, *Trợ lý hành chính, Chương trình phát triển Liên hợp quốc, Hoa Kỳ.*

Ông Christopher Lovelace, *giám đốc, Sức khỏe, Dân số và Dinh dưỡng, Ngân hàng thế giới, Hoa Kỳ.*

Bà Carin Norberg, *Giám đốc, Phát triển Dân chủ và Xã hội, Cơ quan phát triển quốc tế Thụy Điển, Stockholm, Thụy Điển.*

Các thành viên:

Tiến sĩ Dyna Arhin-Tenkorang, kinh tế gia cao cấp và trợ lý cho chủ tịch CMH, Trung tâm phát triển quốc tế, đại học Harvard, Hoa Kỳ/Trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới Luân Đôn, Anh Quốc.

Tiến sĩ Inga Bruggerman, Giám đốc, Hiệp hội Tư cách làm cha mẹ quốc tế, Anh quốc

Tiến sĩ Andrew Cassels, giám đốc Môi trường lành mạnh và Phát triển bền vững, WHO, Thụy Sĩ

Tiến sĩ Nick Drager, Ban Y tế và Phát triển, WHO, Thụy Sĩ

Ông Bjorn Ekman, nhà kinh tế, Ban Phát triển Dân chủ và Xã hội, Cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy Điển, Stockholm, Thụy Điển.

Tiến sĩ Tim Evans, Giám đốc, Khoa học sức khỏe, Hiệp hội Rockefeller, Hoa Kỳ

Ông Paul Isenman, trưởng, Quản lý chiến lược của ban hợp tác phát triển, Giám đốc hợp tác phát triển, OECD, Pháp

Tiến sĩ Inge Kaul, Giám đốc, văn phòng nghiên cứu phát triển, chương trình phát triển Liên hợp quốc, Hoa Kỳ

Tiến sĩ Julian Lob-Levyt, Cố vấn trưởng Sức khỏe và Dân số, Bộ phận phát triển quốc tế, Anh Quốc.

Ông Ingvor Theo Olsen, cơ quan Nauy về hợp tác phát triển, Nauy.

Tiến sĩ Susan Stout, Chuyên gia thực hiện hàng đầu, Ngân hàng thế giới, Hoa Kỳ.

Tiến sĩ H. Sudarshan, Giám đốc, VGKK (một tổ chức y tế cho người bản xứ ở Karnataka), Ấn Độ.

Tiến sĩ A. Issaka-Tinorgah, nguyên Giám đốc ban y khoa Ag, Bộ Y tế, Ghana.

Bà Eva Wallstam, Giám đốc, Sáng kiến Xã hội dân sự, WHO, Thụy Sĩ.

SƠ LƯỢC TIỂU SỬ

Isher Judge Ahluwalia

Isher Judge Ahluwalia là giám đốc và trưởng điều hành, ủy ban Ấn Độ về nghiên cứu và các quan hệ kinh tế quốc tế (ICRIER), New Dehli. Tốt nghiệp trường kinh tế New Dehli và Học viện công nghệ Massachusetts, tiến sĩ Ahluwalia đã dành 15 năm gần đây viết sách và báo cho các tạp chí chuyên môn về kinh tế của ấn độ. Cuốn sách của bà mang tên *Phát triển công nghiệp ở Ấn Độ: sự đình trệ từ giữa thập kỉ 60*, được nhận giải thưởng Tưởng nhớ Batheja cho cuốn sách hay nhất về kinh tế Ấn Độ năm 1987. Gần đây, tiến sĩ Ahluwalia biên tập bộ sách *Cải tổ và phát triển kinh tế Ấn Độ: Các bài luận cho Manmohan Singh* (Oxford University Press, 1998) cùng với giáo sư I.M.D. Little Oxford University.

Tiến sĩ Ahluwalia đã giữ nhiều chức vụ quan trọng trong ủy ban thống đốc của các doanh nghiệp quốc doanh, các viện nghiên cứu và các viện tài chính. Những chức vụ quan trọng của bà hiện nay là Giám đốc của Hội đồng chuyên gia về thép của Ấn Độ Ltd. (SAIL); và thành viên, bộ phận giám sát, Viện phát triển kinh tế. Tiến sĩ Ahluwalia là thành viên của ủy ban kế hoạch bang Punjab và của ủy ban cố vấn cho thủ tướng của bang Andhra Pradesh, Rajasthan, và Chattisgarh.

K.Y. Amoako

Từ 1995, K.Y. Amoako đã là thư ký điều hành của ủy ban kinh tế châu Phi (ECA), đơn vị trực thuộc Liên hợp quốc tại châu Phi, tương đương phó tổng thư ký Liên hợp quốc. Trước khi giữ chức vụ này, ông làm việc cho Ngân hàng thế giới trong nhiều năm, phần lớn ở những chức vụ cao cấp như Giám đốc ban giáo dục và chính sách xã hội với nhiệm vụ lãnh đạo chiến lược cho các chương trình của ngân hàng thế giới để giảm đói nghèo và phát triển nguồn nhân lực (1993-1995); Trưởng bộ phận điều hành nguồn nhân lực cho Brazil, Venezuela và Peru (1990-1992), và trưởng bộ phận điều hành cho sáu nước đông Phi (1985-1990). K.Y. Amoako tốt nghiệp đại học (loại xuất sắc) chuyên sâu về kinh tế của đại học Ghana ở Legon, và tốt nghiệp thạc sĩ và tiến sĩ về kinh tế của đại học California tại Berkeley.

Eduardo Aninat

Eduardo Aninat là phó giám đốc quản trị của quỹ tiền tệ quốc tế (IMF). Tiến sĩ Aninat trước đó là Bộ trưởng tài chính Chile. Ông là chủ tịch hội đồng các giám đốc của IMF và Ngân hàng thế giới từ 1995-1996 và, trong 3 năm, là thành viên của ủy ban phát triển của ngân hàng thế giới và IMF, đại diện cho Chile, Argentina, Bolivia, Peru, Uruguay, và Paraguay. Tiến sĩ Aninat trước đó giữ một loạt các chức vụ về kinh tế của chính phủ Chile, là nhà điều đình cao cấp chính cho hiệp định thương mại Canada – Chile, và nhà điều đình chính về nợ và cố vấn cao cấp cho ngân hàng trung ương Chile và Bộ trưởng tài chính. Ông đã làm tham vấn cho các cơ quan quốc tế lớn như ngân hàng thế giới và ngân hàng phát triển liên Mỹ và cố vấn cho một số các chính phủ về các vấn đề từ chính sách thuế đến dàn xếp nợ. Ông cũng là thành viên của hội đồng giám đốc của viện các nước châu Mỹ và biên tập cho tạp chí chính thức của viện này. Tiến sĩ Aninat hiện tại là chủ tịch diễn đàn bình đẳng (SEF). Ông đã dạy tài chính công cộng và phát triển kinh tế tại đại học Pontificia Católica ở Chile và là Phó giáo sư về kinh tế tại đại học Boston. Ông có bằng thạc sĩ và tiến sĩ về kinh tế của đại học Harvard.

Daniel Cohen

Daniel Cohen là giáo sư kinh tế, đại học Paris (Pantheon-Sorbone) và Đại học sư phạm, Paris. Ông cũng là thành viên của ủy ban phân tích kinh tế của thủ tướng Pháp và nhà bình luận của báo *Le Monde*. Giáo sư Cohen là một thành viên xuất sắc của Hiệp hội Pháp về khoa học kinh tế năm 1987, và được chọn là “nhà kinh tế của năm” trong năm 1997 bởi tờ *Le nouvel economiste*. Từ 1991 đến 1998 ông là đồng giám đốc của chương trình kinh tế vĩ mô quốc tế tại trung tâm nghiên cứu chính sách kinh tế (CEPR). Giáo sư Cohen cũng là cố vấn cho ngân hàng thế giới từ 1984 đến 1997. Ông cũng tham vấn cho chính phủ Bolivia (cùng với Jeffrey D. Sachs) và là của đại học Harvard từ 1981 đến 1982. Ông đã xuất bản nhiều sách, trong đó có *Sự vay cá nhân cho chính phủ*, *Thời đại hiện đại của chúng ta*, và *Sự giàu có của thế giới và sự nghèo khổ của các quốc gia* (cuốn này được dịch ra 15 thứ tiếng).

Zephirin Diabre

Zephirin Diabre, người nước Burkina Faso là phó giám đốc hành chính của UNDP từ 1999. Trước khi làm việc cho Liên hợp quốc, ông giữ nhiều vị trí cao cấp của nước ông, làm Cố vấn cho Tổng thống Burkina Faso (1998), Chủ tịch ủy ban kinh tế và xã hội quốc gia (1996-1997), Bộ trưởng kinh tế, tài chính và kế hoạch (1994-1996), và Bộ trưởng thương mại, công nghiệp và mỏ (1992-1994). Là người sáng lập ra Hiệp hội quản lý Burkina, và Hiệp hội doanh nghiệp Burkina/Pháp, ông Diabre cũng có kinh nghiệm trong lĩnh vực tư nhân khi làm giám đốc cho bộ phận nhân lực của tập đoàn Brewery của Burkina. Ông Diabre là cố vấn của Viện Harvard về phát triển quốc tế và thành viên của trung tâm Weatherhead về các vấn đề quốc tế năm 1997.

Eduardo A. Doryan

Eduardo A. Doryan là Đại diện đặc biệt của Ngân hàng thế giới ở Liên hợp quốc tại New York, và là Phó chủ tịch Ngân hàng thế giới, trước đó lãnh đạo mạng lưới phát triển con người (sức khỏe, dinh dưỡng, dân số giáo dục và bảo vệ xã hội). Trước đó ông là Thứ trưởng về khoa học và công nghệ, và một năm sau, là Bộ trưởng giáo dục Costa Rica. Ông là giáo sư của cả hai trường Đại học Costa Rica và Viện quản trị kinh doanh trung Mỹ. (INCAE). Ông tốt nghiệp tiến sĩ quản lý kinh tế chính trị tại đại học Harvard.

Richard G. A. Feachem

Richard G. A. Feachem là Giám đốc sáng lập của Viện sức khỏe toàn cầu, một sự khởi đầu phối hợp của các trường đại học California tại San Francisco và đại học California tại Berkeley. Ông cũng là giáo sư về Y tế quốc tế tại hai trường này. Trước đó tiến sĩ Feachem là giám đốc Sức khỏe, Dinh dưỡng và Dân số của Ngân hàng thế giới (1995-1999) và Hiệu trưởng trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới London (1989-1995). Tiến sĩ Feachem cũng từng làm việc cho các trường đại học New South Wales và Birmingham và Tổ chức Y tế thế giới. Tiến sĩ Feachem đã làm việc cho nhiều hội đồng và ủy ban. Ông hiện nay làm việc cho ủy ban phục vụ tình nguyện nước ngoài, ủy ban cố vấn về sức

khỏe của Hội đồng Anh, Hội đồng vaccine chống AIDS quốc tế, và Hội đồng sức khỏe toàn cầu của viện Y học Mỹ. Ông cũng là chủ tịch hội đồng cố vấn của Sáng kiến quan hệ công cộng-tư nhân về y tế, và chủ tịch của Hội đồng sáng lập diễn đàn toàn cầu về nghiên cứu Y tế. Từ 1999, giáo sư Feachem là tổng biên tập của *Bản tin của Tổ chức y tế thế giới*. Mối quan tâm của giáo sư Feachem là y tế và phát triển quốc tế. Ông đã viết rất nhiều sách về lĩnh vực này và cả những lĩnh vực khác. Ông đã tốt nghiệp nhiều bằng cấp: CBE, FEng, BSc, PhD, DSc (y khoa), FICE, FIWEM, và FPPHM danh dự.

Robert William Fogel

Robert William Fogel tốt nghiệp đại học Cornell, thạc sĩ đại học Columbia và tiến sĩ về kinh tế tại đại học Johns Hopkins. Ông từng giữ các chức vụ của các khoa của các đại học Rochester, Cambridge và Harvard. Hiện tại ông là giáo sư danh dự của các viện Hoa Kỳ về các trường kinh doanh, giám đốc trung tâm kinh tế dân số và là một thành viên của khoa kinh tế và của ủy ban về tư duy xã hội tại đại học Chicago. Ông cũng là đồng giám đốc của chương trình các nghiên cứu quần thể tại Văn phòng quốc gia về nghiên cứu kinh tế. Ông nhận giải thưởng Nobel về kinh tế năm 1993 (cùng với Douglas C. North). Trong luận văn tốt nghiệp đại học dưới sự hướng dẫn của Simon Kuznets, ông quan tâm đến sự kết hợp nghiên cứu kinh tế và lịch sử để hiểu biết sự thay đổi lâu dài về công nghệ và khoa học. Từ cuối những năm 1980, nghiên cứu chính của ông tập trung vào giải thích sự suy giảm đều đặn về tử vong và sự thay đổi cách thức của quá trình lão hóa trong chu kỳ cuộc đời ở Mỹ. Những phát hiện mới nhất của chương trình nghiên cứu này được xuất bản năm 2002 trong cuốn sách mang tên *Sự chạy trốn nạn đói và chết non 1700-2100: Châu Âu, châu Mỹ và thế giới thứ ba*. Nghiên cứu gần đây khác của ông là về các nền kinh tế châu á phát triển mạnh, nghiên cứu về dinh dưỡng và tuổi thọ, và các công trình lịch sử về sự phát triển của môn kinh tế học của thế kỷ 20.

Dean T. Jamison

Dean T. Jamison là giáo sư đại học California ở Los Angeles, từ 1988. Ông lãnh đạo chương trình của UCLA về y tế và giáo dục toàn

cầu . Trước đó, Jamison dành nhiều năm làm việc cho Ngân hàng thế giới, nơi ông là nghiên cứu gia cao cấp trong ban nghiên cứu, đặc trách chương trình nghiên cứu về Trung quốc và Gambia, trưởng bộ phận chính sách giáo dục, trưởng bộ phận dân số, sức khỏe và dinh dưỡng. Năm 1992-1993, ông quay lại Ngân hàng thế giới trong một thời gian ngắn để làm chủ trì báo cáo của Ngân hàng về phát triển thế giới năm 1993, *đầu tư cho y tế*. Trong những năm 1998-2000, Jaminson bớt một phần công việc tại UCLA để làm Giám đốc ban cố vấn kinh tế của Tổ chức Y tế thế giới tại Geneva. Hiện nay ngoài công việc tại UCLA, ông là một thành viên của Quỹ Bill và Melinda Gates và là thành viên cấp cao của Trung tâm quốc tế Forgyaty của viện quốc gia về y tế Hoa Kỳ. Jaminson học tại Stanford (cử nhân triết học, thạc sỹ về khoa học công nghệ) và tại Harvard (tiến sĩ kinh tế học dưới sự hướng dẫn của người thầy được giải Nobel K.J. Arrow). Năm 1994, ông được bầu là thành viên của Viện Y học thuộc Viện khoa học quốc gia Mỹ.

Takatoshi Kato

Ông Takatoshi Kato hiện đang là cố vấn của chủ tịch ngân hàng Tokyo-Mitsubishi, và cũng là giáo sư thỉnh giảng về các nghiên cứu châu á - Thái bình dương, đại học Waseda. Ông cũng là giáo sư thỉnh giảng Weinberg, trường Woodrow Wilson, đại học Princetone cho năm học 1998/1999.

Ông Kato là phó đoàn Nhật tham gia hội nghị G7 năm 1995-1997 trong chức vụ Thứ trưởng Bộ Tài chính và Quan hệ quốc tế. Trong 34 năm làm việc cho chính phủ Nhật bản ông đã giữ nhiều chức vụ, bao gồm Tổng giám đốc văn phòng tài chính quốc tế (1993-1995), và giám đốc điều hành Ngân hàng phát triển châu á (1985-1987). Ông Kato tốt nghiệp đại học Tokyo và tốt nghiệp thạc sỹ tại trường Woodrow Wilson, đại học Princetone.

Nora Lustig

Nora Lustig là hiệu trưởng đại học Americas-Puebla, Mexico. Trước đó tiến sĩ Lustig là cố vấn cao cấp và trưởng Ban đối nghèo và bất bình đẳng tại Ngân hàng phát triển liên Mỹ. Bà là thành viên cao cấp của chương trình các nghiên cứu chính sách nước ngoài

của viện Brookings và là giáo sư kinh tế tại El Colegio de Mexico, Mexico. Bà cũng là học giả nghiên cứu được mời tại Viện công nghệ Massachusetts năm 1982 và giáo sư thỉnh giảng tại đại học California, Berkeley năm 1984.

Nora Lustig là đồng chủ trì báo cáo phát triển của Ngân hàng thế giới 2000/2001 "*Tấn công đói nghèo*". Bà cũng là đồng sáng lập và chủ tịch của Hiệp hội kinh tế Mỹ Latinh và Carebian (LACEA) giữa 1998 và 1999, và hiện tại là đồng giám đốc của mạng lưới LACEA về Bất bình đẳng, Đói nghèo và Suy giảm kinh tế. Bà là thành viên cao cấp của chương trình các nghiên cứu chính sách nước ngoài tại Viện Brookings và của diễn đàn đối thoại liên Mỹ. Tiến sĩ Lustig là thành viên hội đồng của Viện thế giới về nghiên cứu phát triển kinh tế (WIDER), của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế của Tổ chức Y tế thế giới, và của nhóm chuyên gia của Văn phòng lao động quốc tế.

Tiến sĩ Lustig đã xuất bản nhiều sách về kinh tế học phát triển, đặc biệt trọng tâm về châu Mỹ Latinh. Cuốn sách của bà mang tên: *Mexico: sự cải cách của một nền kinh tế* được nhận Giải thưởng sách xuất sắc nhất năm 1994 của *Tạp chí Lựa chọn*. Sinh tại Buenos Aires, Argentina, tiến sĩ Lustig còn sinh sống ở Mexico và Hoa Kỳ. Bà nhận bằng tiến sĩ về kinh tế từ đại học California tại Berkeley.

Anne Mills

Anne Mills là giáo sư về kinh tế và chính sách y tế của trường Vệ sinh và Y học nhiệt đới London, và giám đốc chương trình kinh tế và tài chính Y tế, mà chương trình này cùng với nhiều chương trình nghiên cứu khác, tạo thành một chương trình nghiên cứu lớn về công bằng và hiệu quả của hệ thống y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Bà có gần 30 năm kinh nghiệm về nghiên cứu liên quan đến kinh tế y tế ở các nước thu nhập thấp và trung bình, và đã xuất bản nhiều sách về các lĩnh vực kinh tế và chính sách y tế. Nghiên cứu gần đây của bà là tổ chức và tài chính của các hệ thống y tế và phân tích kinh tế của các hoạt động kiểm soát bệnh tật, đặc biệt là sốt rét. Bà đã giúp đỡ nhiều cho việc nâng cao năng lực phát triển kinh tế y tế ở những nước thu nhập thấp và trung bình, và đã cố vấn cho nhiều tổ chức song phương và đa phương.

Thorvald Moe

Thorvald Moe là một trong 4 phó tổng giám đốc của tổ chức Hợp tác kinh tế và phát triển (OECD) có trụ sở tại Paris. Trong OECD, cùng với các việc khác, ông chịu trách nhiệm giám sát các công việc về giáo dục, việc làm và môi trường, và một chương trình lớn về phát triển bền vững mà phần lớn các giám đốc của OECD hoạt động cùng nhau. Trước khi nhận vị trí hiện tại vào năm 1998, tiến sĩ Moe đã là trưởng cố vấn kinh tế và phó thư ký thường trực của Bộ tài chính Na uy từ 1989. Từ 1986 đến 1989, ông là đại sứ Na uy tại OECD. Từ 1973 đến 1986, ông làm cho Bộ tài chính với chức vụ phó, rồi tổng giám đốc ban chính sách kinh tế, sau một thời gian ở ban ngân sách. Tiến sĩ Moe đã viết và tham gia viết nhiều sách và báo trên các chủ đề bao gồm các chính sách kinh tế vĩ mô, các chính sách về việc làm, tác động của dân số lên phát triển kinh tế trong hoạch định kế hoạch và ngân quỹ, kinh tế học của sự thay đổi khí hậu, và sự liên quan giữa các chính sách về môi trường và việc làm. Ông đã tham gia nhiều hội đồng, ủy ban ở Na uy và quốc tế, bao gồm ủy ban chính sách kinh tế của OECD. Tiến sĩ Moe tốt nghiệp đại học kinh tế ở đại học California ở Los Angeles và tiến sĩ kinh tế của đại học Stanford.

Jeffrey D. Sachs

Jeffrey D. Sachs là giám đốc của trung tâm phát triển quốc tế của đại học Harvard, giáo sư của khoa thương mại quốc tế tại đại học Harvard, nguyên giám đốc viện phát triển quốc tế đại học Harvard, và trợ lý nghiên cứu của văn phòng quốc gia về nghiên cứu cứu kinh tế. Tiến sĩ Sachs là cố vấn kinh tế cho nhiều chính phủ của châu Mỹ la tinh, Đông âu, Liên xô cũ, châu Phi và châu á. Ông được tờ *Thời báo New York* chọn “có thể là nhà kinh tế giỏi nhất thế giới” và là một trong 50 người trẻ tuổi nhiều hứa hẹn trong số các nhà kinh tế hàng đầu thế giới” do *tạp chí Thời đại* bình chọn. Sachs đã nhận được nhiều giải thưởng và bằng danh dự như Hội viên đại học Harvard, Hội viên Học viện Nghệ thuật và Khoa học Hoa Kỳ, và Thành viên Hội toán kinh tế thế giới. Ông nhận bằng danh dự của đại học Gallen, Thụy Sĩ, trường Lingnan, Hong Kong, trường Iona ở New York, và đại học kinh tế Varna của Bulgaria. Tháng 9 năm 1991, ông vinh dự nhận giải thưởng Frank E. Seidman về kinh tế chính trị. Ông đã giảng những bài giảng tưởng nhớ Lionel Robbins đầy uy tín tại trường

kinh tế London, các bài giảng John Hicks tại đại học Oxford, bài giảng David Horowitz ở Tel Aviv, bài giảng Frank D. Graham tại đại học Princetone và bài giảng Tanner tại đại học Utah. Tiến sĩ Sachs nhận bằng đại học, *summa cum laude*, tại trường cao đẳng Harvard năm 1976, bằng thạc sĩ và tiến sĩ tại đại học Harvard lần lượt vào năm 1978 và 1980. Ông làm trợ lý giáo sư khoa Harvard năm 1980, và được đề bạt phó giáo sư năm 1982 và giáo sư chính thức năm 1983. Hiện nay ông là chủ tịch ủy ban Kinh tế vĩ mô và Y tế của Tổ chức Y tế thế giới cho năm 2000-2001, và từ tháng 9 năm 1999 đến tháng 3 năm 2000 ông là thành viên của ủy ban cố vấn các viện tài chính quốc tế thành lập bởi quốc hội Hoa Kỳ.

Manmohan Singh

Manmohan Singh hiện tại là lãnh đạo phe đối lập quốc hội Rajya Sabha (hội đồng của các bang) của Ấn Độ. Ông trước đó giữ nhiều vị trí quan trọng trong chính phủ Ấn Độ, bao gồm bộ trưởng tài chính, cố vấn cho thủ tướng Ấn Độ về các vấn đề kinh tế, thư ký, Bộ trưởng tài chính và Thống đốc Ngân hàng dự trữ Ấn Độ, Phó chủ tịch ủy ban kế hoạch Ấn Độ, và cố vấn trưởng về kinh tế cho Bộ trưởng tài chính ấn độ. Tiến sĩ Singh cũng nhận được một số giải thưởng bao gồm giải thưởng hội Công lý K.S. Hegde, giải thưởng châu á Nikkei về phát triển vùng và giải thưởng 100 năm ngày sinh Jawaharlal Nehru của Hiệp hội khoa học Ấn Độ. Ông nhận giải thưởng Đồng tiền châu Âu năm 1993 với danh hiệu Bộ trưởng tài chính của năm, và hai lần nhận giải thưởng Đồng tiền châu Á với danh hiệu Bộ trưởng tài chính của năm (1993, 1994). Tiến sĩ Singh có một số bằng cấp danh dự của nhiều trường trên khắp thế giới. Ông tốt nghiệp đại học và thạc sĩ ở đại học Punjab và Cambridge và tiến sĩ ở đại học Oxford.

H.E. Supachai Panitchpakdi

H.E. Supachai Panitchpakdi hiện nay là tổng giám đốc mới được chỉ định của Tổ chức thương mại thế giới. Tiến sĩ Supachai Panitchpakdi trước đây là phó thủ tướng kiêm Bộ trưởng Thương mại Thái Lan. Ông cũng giữ nhiều chức vụ quan trọng trong khu vực tư nhân, như chủ tịch Ngân hàng quân đội Thái, chủ tịch tài

chính và an ninh Nava, và chủ tịch công đoàn thương mại. Tiến sĩ Supachai Panitchpakdi tốt nghiệp thạc sĩ và tiến sĩ về toán kinh tế và kế hoạch phát triển tại đại học Erasmus ở Rotterdam, Hà lan. Năm 1973, ông là thành viên được mời của khoa Toán kinh tế đại học Cambridge.

Laura Tyson

Tiến sĩ Laura Tyson hiện tại là hiệu trưởng trường kinh doanh Walter A. Haas tại đại học California ở Berkeley, và vào tháng 12 năm 2001, sẽ trở thành hiệu trưởng trường kinh doanh London. Tyson tham gia đại học California năm 1977 và hiện tại Bà rời đại học California năm 1993 khi Tổng thống Clinton chỉ định bà làm Chủ tịch hội đồng cố vấn về kinh tế của Nhà trắng. Bà là người phụ nữ đầu tiên giữ chức vụ này. Năm 1995 Tyson thay thế Robert Rubin làm cố vấn kinh tế quốc gia. Với vị trí này, Tyson trở thành người phụ nữ có chức vụ cao nhất trong chính quyền Clinton. Tyson là tác giả của *Ai đang đánh ai? Xung đột thương mại ở các nền công nghệ cao* (Viện kinh tế quốc tế, 1992) và nhiều công trình về cạnh tranh kinh tế. Tyson gần đây là một trong bốn người được Nhà Trắng chỉ định làm cho ủy ban hai đảng quốc gia về tương lai của Medicare. Bà là một trưởng nhóm tham vấn về kinh tế và luật, và là một thành viên của các ủy ban các giám đốc của tập đoàn Ameritech, hội đồng quan hệ quốc tế, công ty Kodak Eastman, Viện kinh tế quốc tế, Hiệp hội John D. và MCatherine T. MacAthur, và Morgan Stanley, Dean Witter, Discover và công ty. Trước khi được chỉ định vào Washington DC, Tyson làm việc ở đại học California tại Berkeley với chức vụ giám đốc nghiên cứu bàn tròn Berkeley về kinh tế quốc tế (BRIE) và giám đốc viện các nghiên cứu quốc tế. Tyson tốt nghiệp đại học khoa kinh tế, *summa cum laude*, năm 1969 tại trường cao đẳng Smith ở Massachusetts và tiến sĩ về kinh tế năm 1974 tại Viện kỹ thuật Massachusetts.

Harold Varmus

Harold Varmus là chủ tịch và điều hành trưởng của Trung tâm ung thư tưởng nhớ Sloan-Kettering ở New York từ tháng 1 năm 2000. Nguyên là giám đốc Viện y tế quốc gia (NIH), năm 1989, tiến sĩ

Varmus nhận giải thưởng Nobel về sinh lý học hoặc y học, chia giải thưởng với tiến sĩ J. Michael Bishop về công trình chung nghiên cứu cơ sở của gen ung thư. Năm 1993, Varmus được Tổng thống Clinton bổ nhiệm làm giám đốc NIH, một vị trí ông giữ cho đến cuối 1999. Ngoài hơn 300 bài viết khoa học và 4 cuốn sách, bao gồm một sự giới thiệu về cơ sở gen ung thư cho độc giả đại chúng, Varmus đã làm cố vấn cho chính phủ liên bang, các công ty dược phẩm và công nghệ sinh học và nhiều viện nghiên cứu. Ông là thành viên của viện khoa học quốc gia Hoa Kỳ từ 1984 và Viện y học từ 1981. Tiến sĩ Varmus học đại học tại trường Amherst và thạc sĩ đại học Harvard. Ông tốt nghiệp nội khoa và ngoại khoa tại đại học Columbia và thực hành tại bệnh viện Giáo hội Columbia. Sự nghiệp khoa học của ông bắt đầu ở vị trí nhân viên dịch vụ y tế công cộng của NIH, nơi ông nghiên cứu biểu hiện gen của vi khuẩn với tiến sĩ Ira Pastan, và sau đó nghiên cứu sau tiến sĩ với tiến sĩ Bishop tại đại học California, San Francisco.

CÁC BÁO CÁO VÀ BÀI NGHIÊN CỨU

TÊN CÁC BÁO CÁO CỦA CÁC NHÓM NGHIÊN CỨU CMH

Y tế, tăng trưởng y tế và giảm đói nghèo: báo cáo của nhóm nghiên cứu 1 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế

Hàng hóa công cộng toàn cầu cho y tế: các chiến lược mới cho thế kỷ 21: báo cáo của nhóm nghiên cứu 2 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế.

Huy động các nguồn lực trong nước cho y tế: báo cáo của nhóm nghiên cứu 3 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế

Y tế và kinh tế quốc tế: báo cáo của nhóm nghiên cứu 4 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế

Cải thiện kết quả chăm sóc sức khỏe cho người nghèo: báo cáo của nhóm nghiên cứu 5 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế

Trợ giúp phát triển quốc tế và y tế: báo cáo của nhóm nghiên cứu 6 của ủy ban kinh tế vĩ mô và y tế.

CÁC BÀI NGHIÊN CỨU

Các bài có trên mạng internet tại địa chỉ: www.cid.harvard.edu và www.cmhealth.org.

Nhóm nghiên cứu 1

Bài 1: HIV/AIDS ở các nước Caribê: ảnh hưởng kinh tế và đáp ứng đầu tư (**Theodore K**)

Bài 2: Mô hình hóa hiệu quả của tình trạng y tế và hạ tầng giáo dục đối với phát triển trí tuệ của học sinh Tanzania (**Bhargava A**)

Bài 3: Y tế, sự bất bình đẳng và sự phát triển kinh tế (**Deaton A**)

Bài 4: Sự thay đổi về giảm tỷ lệ tử vong của các nước, 1962-87: Vai trò của tiến bộ kỹ thuật của từng nước (**Jamison D T, Sandbu M**)

Bài 5: Nghèo đói và Y tế (**Wagstaff A**)

Bài 6: Bệnh tâm thần và thị trường lao động ở các nước đang phát triển (**Frank RG**).

Bài 7: Sức khỏe, dinh dưỡng và sự thịnh vượng kinh tế: Một triển vọng kinh tế vi mô (**Thomas D**)

Bài 8: Y tế, vốn con người và sự tăng trưởng kinh tế (**Bloom DE, Canning D**)

Bài 9: Y tế, tuổi thọ và iết kiệm chu trình sống (**Bloom DE, Canning D**)

Bài 10: Gánh nặng kinh tế của sốt rét (**Gallup, JL, Sachs, JD**)

Bài 11: Hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng sớm trên hình thành cơ bản của con người. Viện dinh dưỡng Trung Mỹ và Canada (**INCAP**)

Bài 12: Đáp ứng với gánh nặng của bệnh tâm thần (**Whiteford H, Teeson M, Schreurer R, Jamison D**)

Bài 13: Tác động của dịch AIDS trên phúc lợi kinh tế của châu Phi dưới Sahara (**Wang J**)

Bài 14: Dinh dưỡng, sức khỏe và sự phát triển kinh tế: Một số ưu tiên về chính sách (**Bhargava A**)

Bài 15: AIDS và kinh tế (**Bloom DE, Mahal A, Sevilla J, Hội River Path**)

Nhóm nghiên cứu 2:

Bài 1: Những điều cơ bản trong quan niệm về sự hiểu biết hàng hóa y tế toàn cầu và xuyên quốc gia (**Sandler T, Arce D**)

Bài 2: Hợp tác quốc tế trong nghiên cứu Y tế (**Lucas AO**)

Bài 3: Xây dựng năng lực khoa học để cải thiện sức khỏe dân chúng: Sự hiểu biết như là một hàng hóa toàn cầu (**Freeman P, Miller M**)

Bài 4: Đạo đức trong nghiên cứu Y tế quốc tế: Một triển vọng từ thế giới đang phát triển (**Bhutta ZA**)

Bài 5: Văn hóa của việc quản lý đạo đức trong nghiên cứu: Một đề nghị cho sự tiến bộ của trong hợp tác nghiên cứu quốc tế (**Lavery JV**)

- Bài 6:* Vai trò của sở hữu trí tuệ và bản quyền trong việc thúc đẩy nghiên cứu trong Y tế quốc tế: triển vọng từ một cơ sở nghiên cứu y sinh học thuộc khu vực công cộng (**Keusch GT, Nugen RA**)
- Bài 7:* Các chính sách công cộng để kích thích sự phát triển vaccine và thuốc cho những bệnh bị ít quan tâm (**Kremer M**)
- Bài 8:* Luật thuốc phiện ở châu Âu và Hoa Kỳ: Những khuyến khích để nghiên cứu và phát triển các thuốc điều trị bệnh do đói nghèo (**Milne C, Kaiten K, Ronchi E**)
- Bài 9:* Định giá khác nhau cho dược phẩm: điều hòa sự cung cấp. R&D, và sở hữu trí tuệ (**Danzon P**)
- Bài 10:* Một đề nghị được cấp bằng sáng chế về các bệnh toàn cầu (**Lanjouw JO**)
- Bài 11:* Khuyến khích TRIPS và R&D trong lĩnh vực dược phẩm (**Correa C**)
- Bài 12:* Các sáng chế trong gen học và nghiên cứu cơ bản: Các vấn đề đối với y tế toàn cầu (**Barton J**)
- Bài 13:* Hợp tác khoa học quốc tế: suy nghĩ từ những cố gắng trước đây (**Barton J, Heumuller D**)
- Bài 14:* Cơ sở dịch tễ học của kiểm soát bệnh nhiễm khuẩn trong mối liên quan với hàng hóa công cộng toàn cầu về y tế (**Bradley D**)
- Bài 15:* Hợp tác quốc tế để kiểm soát bệnh nhiễm khuẩn (**St. John R, Plant A**)
- Bài 16:* Đáp ứng toàn cầu với sự đe dọa ngày càng tăng của kháng kháng sinh (**Smith RD, Coast J**)
- Bài 17:* Luật quốc tế và kiểm soát bệnh nhiễm khuẩn toàn cầu (**Fidler D**)
- Bài 18:* Nhu cầu thông tin toàn cầu về y tế (**Musgrove P**)
- Bài 19:* Vai trò thúc đẩy của các tổ chức quốc tế trong việc cung cấp và tài chính hàng hóa công cộng toàn cầu về y tế (**Bumgarner R**)
- Bài 20:* Hợp tác công cộng-tư nhân để thúc đẩy hoạt động R&D (**Kettler H, Towse A**)
- Bài 21:* Đổi mới tài chính của hàng hóa công cộng toàn cầu về y tế (**Stansfield S, Harper M, Lamb G, Lob-Levyt J**)

Nhóm nghiên cứu 3:

- Bài 1:* Huy động các nguồn lực cho y tế: trường hợp duyệt lại chi phí cho người dùng (**Arhin-Tenkorang DC**)
- Bài 2:* Bảo hiểm y tế cho lĩnh vực không chính thức ở châu Phi: Đặc điểm về cơ chế, bảo vệ nguy cơ và huy động nguồn lực (**Arhin-Tenkorang DC**)
- Bài 3:* Sáng kiến giảm nợ và chi tiêu y tế công cộng ở những nước nghèo mắc nợ nhiều (HIPCS) (**Gupta S, Clement B, Guin-Siu MT, Leruth L**)
- Bài 4:* Tác động của mức độ chia sẻ nguy cơ trong tài chính y tế lên hoạt động của các hệ thống y tế (**Carrin G, Zeram dini R, Musgrove P, Poullier J-P, Valentine N, Xu, K**)
- Bài 5:* Tài chính các hệ thống y tế dựa vào tăng tính hiệu quả (**Hensher M**)
- Bài 6:* Nhu cầu y tế của hai tỷ không được đáp ứng: Tài chính cộng đồng có phải là giải pháp? (**Hsiao WC**)
- Bài 7:* Một sơ đồ chiến lược trong huy động các nguồn lực cho y tế (**Hsiao WC**)
- Bài 8:* Những vấn đề về chiến lược trong tài chính Y tế ở các nước có thu nhập trung bình và cao (**Jamison D**)
- Bài 9:* Sự liên quan của cộng đồng vào tài chính y tế: Tác động, các điểm mạnh và các điểm yếu: Một điều tra qua tài liệu (**Jacob M, Krishnan C**)
- Bài 10:* Sự liên quan của xã hội và sự bảo vệ tài chính thông qua tài chính công cộng: Các kết quả ban đầu từ điều tra 5 hộ gia đình (**Jacob M, Preker AS, Krishnan C, Schneider P, Diop F, Jutting J, Gumber A, Ranson K, Supakankunti S**)
- Bài 11:* Một mô tả tóm tắt về tài chính y tế của các nước thành viên của WHO (**Musgrove P, Zeram dini R**)
- Bài 12:* Một báo cáo tổng hợp về vai trò của cộng đồng trong việc huy động nguồn lực và chia sẻ nguy cơ (**Preker AS, Carrin G, Dror D, Jacob M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D**)
- Bài 13:* Khoảng trống chi phí toàn cầu trong việc đảm bảo an toàn tài chính và đáp ứng y tế cho người nghèo (**Preker AS, Langenbrunner J, Suzuki E**)

Bài 14: Huy động các nguồn lực trong nước cho y tế qua thuế: Một điều tra tóm tắt (**Tait AA**)

Nhóm nghiên cứu 4:

Bài 1: Các lựa chọn sau TRIPS để có thể sử dụng các thuốc có bằng sáng chế ở các nước đang phát triển (**Scherer FM, Watal J**)

Bài 2: Định giá khác nhau cho các sản phẩm có bằng sáng chế (**Barton JH**)

Bài 3: Tiêu thụ và mua bán các thuốc không có bằng sáng chế (**Bale H**)

Bài 4: Bảo vệ thuốc cổ truyền (**Wilder R**)

Bài 5: Thương mại trong các dịch vụ y tế (**Chandra R**)

Bài 6: Toàn cầu hóa và y tế: một điều tra về cơ hội và nguy cơ đối với người nghèo ở các nước đang phát triển (**Diaz-Bonilla E, Babinard J, Pinstруп-Andersen P**)

Bài 7: Tự do thương mại trong bảo hiểm y tế: Cơ hội và thách thức ở các nước thu nhập thấp và trung bình (**Sbarbaro J**)

Bài 8: Vai trò của công nghệ thông tin trong thiết lập thương mại y tế (**Mathur A**) (đang viết)

...ghi chú 1: Hàng rào thương mại và giá cả đầu vào của lĩnh vực y tế thiết yếu (**Woodward D**)

...ghi chú 2: Toàn cầu hóa và y tế: Một dàn bài để phân tích và hành động (**Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson DJ**)

...ghi chú 3: Đối mặt với dịch thuốc lá trong một kỷ nguyên tự do thương mại (**Bettcher D, Subrabanian C, Guindon E, Perucic A-M, Soll L, Grabman G, Joossens L, Taylor A**)

...ghi chú 4: GATS và thương mại trong dịch vụ bảo hiểm y tế (**Lipson DJ**)

Nhóm nghiên cứu 5:

Bài 1: Tử vong có thể tránh khỏi ở ấn độ (**Jha P, Nguyen S**)

Bài 2: Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để ngăn ngừa nhiễm HIV ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Jha P, Vaz LME, Plummer F, Nagelkerke N, Willbond B, Ngugi E, Prasado**)

Rao JVR, Moses S, John G, Nduati R, MacDonald KS, Berkley S).

- Bài 3:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để chăm sóc và điều trị AIDS ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Willbond B, Plummer FA**)
- Bài 4:* Mô hình hóa dịch HIV/AIDS ở ấn độ và Botswana: Hiệu quả của các can thiệp (**Nagelkerke N, Jha P, de Vlas S, Korenromp E, Moses S, Blanchard J, Plummer F**)
- Bài 5:* Tử vong mẹ và sơ sinh ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Gelband H**)
- Bài 6:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để giảm tử vong do sốt rét ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Meek S, Hill J, Webster J**)
- Bài 7:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để giảm tử vong do thuốc lá ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Chaloupka FJ, Jha P, Corrao MA, Costa e Silva V, Ross H, Czart C, Yach D**)
- Bài 8:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để giảm tử vong do lao ở các nước thu nhập trung bình và thấp: Hiệu quả, chi phí/hiệu quả, và những khó khăn của việc mở rộng (**Borgdorff MW, Floyd K, Broekmans JF**)
- Bài 9:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để giảm tử vong dưới 5 ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Gelband H, Stansfield S, Nemer L, Jha P**)
- Bài 10:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp đối với tử vong do các bệnh có thể phòng được bằng vaccine ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**England S, Loevinsohn B, Melgaard B, Kou U, Jha P**)
- Bài 11:* Cơ sở bằng chứng cho các can thiệp để giảm suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi và trẻ em tuổi đi học ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Nemer L, Gelband H, Stansfield S, Jha P**)
- Bài 12:* Nêu lên tác động của năng lượng hộ gia đình và ô nhiễm không khí trong nhà đối với sức khỏe người nghèo – Gợi ý cho hành động chính sách và đánh giá các can thiệp (**Von Schirnding Y, Bruce N, Smith K, Ballard-Tremeer G, Ezzati M, Lvovsky K**).

- Bài 13:* Những hạn chế trong việc mở rộng các can thiệp y tế: Một cơ sở khái niệm và phân tích theo kinh nghiệm (**Hanson K, Ranson MK, Oliveira Cruz V, Mills A**)
- Bài 14:* Phương pháp vượt qua những hạn chế của các hệ thống y tế ở mức ngoại vi : Một sự xem xét lại bằng chứng (**Oliveira Cruz V, Hanson K, Mills A**)
- Bài 15:* Những hạn chế trong việc mở rộng các can thiệp y tế: Trường hợp nghiên cứu của nước ấn độ (**Rao Seshadri S**)
- Bài 16:* Những hạn chế trong việc mở rộng các can thiệp y tế: Trường hợp nghiên cứu của nước Tanzania (**Munishi G**)
- Bài 17:* Những hạn chế trong việc mở rộng các can thiệp y tế: Trường hợp nghiên cứu của nước Chad (**Wyss K, Moto DD, Callewaert B**)
- Bài 18:* Chi phí cho việc mở rộng các can thiệp y tế ưu tiên các nước thu nhập thấp và một số nước thu nhập trung bình: Phương pháp và đánh giá (**Kumaranayake L, Kurowski C, Conteh L**)
- Bài 19:* Nghiên cứu về chi phí cho việc mở rộng các can thiệp y tế cho người nghèo ở điều kiện châu Mỹ la tinh: Báo cáo tổng kết (**Bertozzi S, Zurita V, Cahuana L, Corcho A, Rely K, Aracena B**)
- Bài 20:* Đánh giá gián tiếp về tử vong có thể tránh được ở các nước thu nhập trung bình và thấp (**Nguyen S, Jha P, Yu S, Paccaud F**)
- Bài 21:* Nhận xét về tác động của y tế lên dịch vụ nước và vệ sinh (**Vaz LME, Jha P**)
- Bài 22:* Những hạn chế trong việc mở rộng các can thiệp y tế ưu tiên, nhân tố chất lượng giám sát và cơ sở chính sách (**Vergin H**)
- Bài 23:* Kiểm soát HIV/AIDS ở ấn độ – Các bài học từ Tamil Nadu (**Ramasundaram S, Allaukin K, Charles B, Gopal K, Krishnamurthy P, Poornalingam R, Warren D**)
- Bài 24:* Đánh giá sơ bộ về chi phí cho việc mở rộng hoạt động chống lao, sốt rét, HIV/AIDS của châu Phi hạ Sahara (**Kumaranayake L, Conteh L, Kurowski C, Watts C**)
- Bài 25:* Cơ sở bằng chứng của các can thiệp trong chăm sóc và điều trị AIDS ở những nước thu nhập trung bình và thấp (**Willbond B, Thottingal P, Kimani J, Vaz LME, Plummer F**)

Nhóm nghiên cứu 6

- Bài 1:* Trợ giúp phát triển về y tế (DAH): Thực hiện trung bình 1997-1999 (**Michaud C**)
- Bài 2:* Triển vọng về phát triển y tế ở các nước nghèo: Đánh giá về chất lượng hành vi và quan điểm của các tổ chức đa phương (**Nelson J**)
- Bài 3:* Ý tưởng tốt hơn tiền trong cải cách thể hệ – nhưng bằng cách nào? Đánh giá hiệu quả của viện trợ phát triển Thụy Điển về y tế cho Việt nam (**Jerve AM**)
- Bài 4:* Đánh giá về chất lượng hành vi và quan điểm của các tổ chức đa phương: Phỏng vấn các chuyên gia không y tế (**Ojermark M**)
- Bài 5:* Sáng kiến Y tế toàn cầu và các chương trình y tế cấp quốc gia: sự đảm bảo tính tương đồng và củng cố lẫn nhau (**Forsberg BC**)
- Bài 6:* Điều chỉnh cấu trúc và y tế: Một sự rà soát lại tài liệu của tranh luận, ...và trình bày bằng chứng kinh nghiệm (**Breman A, Shelton C**)
- Bài 7:* Một trường hợp nghiên cứu về sự đóng góp của liên minh châu Âu vào viện trợ phát triển và y tế (DAH) (**Daniels D**)
- Bài 8:* Rà soát lại các dự án được giúp đỡ từ bên ngoài trong hoàn cảnh kết hợp các dự án đó với việc triển khai các dịch vụ y tế tại Karnataka (**Narayan R**)
- Bài 9:* Những lưu ý về DAH và hiệu quả của nó: Các mối quan tâm của các nước nhận viện trợ (**Issaka-Tinorgah A**)
- Bài 10:* Khuyến hướng hiện tại trong viện trợ phát triển về y tế (OECD).

Phụ lục 2: PHÂN TÍCH CHI PHÍ CỦA VIỆC MỞ RỘNG CÁC CAN THIỆP Y TẾ ƯU TIÊN Ở CÁC NƯỚC THU NHẬP THẤP VÀ MỘT SỐ NƯỚC THU NHẬP TRUNG BÌNH (1)

MỤC ĐÍCH:

Mục đích của phụ lục này là trình bày một mô tả ngắn gọn về phương pháp và các phân tích về ước tính chi phí của việc mở rộng các can thiệp ưu tiên. Phân tích này dựa trên phân tích chi phí do nhóm nghiên cứu 5 thực hiện; việc bàn luận chi tiết hơn về phương pháp đối với các chi phí ở mức gần khách hàng cho các can thiệp y tế ưu tiên được trình bày ở bài viết cơ bản về chi phí (2). Phụ lục này có 2 phần. Trong phần thứ nhất, một phân tích chi phí được tiến hành theo phân loại thu nhập của các nước. Phân tích này đánh giá tổng chi tiêu y tế cần có để đạt được mục tiêu bao phủ, số lượng các nguồn lực nội địa có thể huy động được, và khoản tài chính còn thiếu. ở phần 2, các phân tích được tiến hành ở mức khu vực.

PHÂN TÍCH THEO PHÂN LOẠI BỆNH TẬT VÀ THU NHẬP CỦA ỦY BAN VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN (DAC)

Phân tích chi phí gia tăng (phân tích chính của nhóm nghiên cứu 5)

Các chi phí ở mức gần khách hàng ở một số can thiệp ưu tiên

Phân tích chi phí của việc mở rộng bao phủ của 49 can thiệp y tế ưu tiên (và 65 phác đồ điều trị) ở mức gần khách hàng ở 83 nước nghèo. Những can thiệp này được coi là phản ánh những vấn đề chính về sức khỏe ở người nghèo (và được mô tả trong bảng A2-A). Sự mở rộng của các hoạt động này dựa trên cơ sở để đạt được các mục tiêu bao phủ cho năm 2007 và 2015, dựa trên đánh giá mức độ bao phủ của năm 2002. Phân tích chi phí gia tăng tập trung vào một số can thiệp ở mức gần khách hàng, do đó không bao gồm tất cả các dịch vụ cần thiết để mở rộng toàn bộ hệ thống y tế. Phân tích này đánh giá toàn bộ giá trị kinh tế của các dịch vụ. Chi phí bao gồm thành phần vốn cố định và các đòi hỏi có liên quan tới việc điều hành bổ sung và trợ giúp..., cũng như đầu tư cho việc đào tạo nhân viên mới và mở rộng phương tiện để cung cấp dịch vụ ở mức độ bao phủ cao hơn nêu trên.

Phân tích chi phí được thiết kế để đánh giá khả năng của các nguồn lực thêm vào hoặc *gia tăng* cần có để đảm bảo sự mở rộng ở mức độ lớn của các dịch vụ từ mức độ hiện tại. Chi phí của các hoạt động mở rộng được trình bày là chi phí thêm vào so với mức độ hiện tại của chi tiêu y tế. Như vậy các đánh giá về chi phí này phản ánh chi tiêu đòi hỏi *thêm vào*, hay tăng thêm so với chi tiêu hiện tại.

Chi tiêu của việc mở rộng dịch vụ sẽ thay đổi tùy theo từng nước, phụ thuộc vào mức độ và loại bệnh tật, cũng như vào các yếu tố địa lý và kinh tế xã hội. Cho nên chi tiêu đã được mô hình hóa dựa trên cơ sở từng nước đối với mỗi loại can thiệp, tính cả các phụ phí chênh lệch bổ sung giữa các can thiệp. *Các nước nghèo* đã được định nghĩa là các nước có GNP theo đầu người dưới 1200 USD (USD của năm 1999). Giả sử gánh nặng bệnh tật thêm vào ở khu vực cận Sahara, tất cả các nước ở vùng này sẽ được đưa vào phân tích, không phụ thuộc vào hoạt động kinh tế (3).

Chi tiêu cho việc mở rộng dịch vụ được lập ra cho 2 tình huống (xem bài viết tổng hợp của nhóm nghiên cứu 5), dựa trên mức độ đầu tư và khả năng mở rộng dịch vụ, phản ánh các giả thiết khác nhau về quỹ thời gian, về khả năng đầu tư trên khối lượng và hạ tầng cơ sở, và về các khả năng hiện thực của mục tiêu bao phủ để đạt được các lợi ích về sức khỏe. Tình huống trình bày ở đây là cho năm 2007, giả thiết rằng việc mở rộng trong tình huống đầu tư lớn ở cả hai cấp trung tâm và ngoại vi nhưng bị hạn chế bởi thời gian đầu tư là 5 năm. Ủy ban đưa ra tình huống này để làm cơ sở cho các khuyến cáo của họ. Tình huống năm 2015 giả thiết việc mở rộng ở quy mô lớn, trong khoảng thời gian 13 năm, với mức độ bao phủ cao đối với tất cả các can thiệp.

Một mô hình dùng để đánh giá chi phí cho việc triển khai các can thiệp, các đầu tư mới đòi hỏi việc huấn luyện nhân viên và trang bị, các hỗ trợ về quản lý và thể chế... Để đánh giá được chi phí cho việc mở rộng trước hết phải dùng các số liệu về địa lý, hành vi và dịch tễ học để xác định độ lớn của các nhóm dân số mục tiêu mà các can thiệp phòng và chữa bệnh này được thiết kế cho họ, nói một cách khác, độ lớn của dân số có nhu cầu (PIN). Thứ hai, xác định mức độ bao phủ hiện tại đối với những can thiệp này và mức độ bao phủ cần đạt được (xem bảng 7). Thứ 3, số liệu về chi phí được tính từ các can thiệp được kết hợp với độ lớn của PIN để cung cấp một ước lượng đánh giá cho mỗi nước. Vì chúng ta đang tiến dần tới đánh giá chi phí cho từng nước, để so sánh các chi phí, các thành phần không kinh doanh của các chi phí được điều chỉnh để có bình đẳng về sức mua. Giả sử nhu

cầu của dịch vụ và chi phí cho các can thiệp không ổn định, khả năng thay đổi chi phí sẽ được tính đến. Chi phí cho việc đầu tư trang bị và cho đào tạo cũng được tính theo mức độ của cộng đồng có nhu cầu trong mỗi tình huống dựa trên thời gian tiếp xúc với nhân viên y tế và sự sử dụng các trang bị cho bệnh nhân nội trú và lưu động. Chi phí cho các hỗ trợ về thể chế bao gồm các chức năng hành chính, theo dõi, giám sát và củng cố thể chế trong phạm vi mức dịch vụ gần khách hàng (CTC). Những chi phí này cũng dựa trên độ lớn của PIN.

Ước tính chi phí gia tăng cho thấy chi phí *trung bình hàng năm* của việc triển khai các hoạt động này theo giá trị đô la Mỹ năm 2002 (4). Ước tính này cũng được chuyển thành dự toán ngân sách dự án hàng năm.

Ước tính độ lớn của dân số có nhu cầu của từng nước đối với từng loại dịch vụ dựa trên 2 chỉ số chính: độ lớn của dân số và sự xuất hiện mới hoặc tỷ lệ nhiễm của một bệnh hoặc nguy cơ. Đánh giá độ lớn của dân số hiện tại và tương lai là có thể thực hiện được. Tuy nhiên thông tin về bệnh tật hoặc nguy cơ của từng nước thì bị hạn chế. Do sự thiếu thông tin này, số ca nhiễm mới hoặc tỷ lệ nhiễm của bệnh hoặc nguy cơ được giả thiết là không đổi theo thời gian. Do đó phương pháp này bỏ qua những thay đổi có thể xảy ra về tỷ lệ nhiễm hoặc tỷ lệ mắc mới và những hiệu quả của sự tăng bao phủ dịch vụ của một loại bệnh. Trong khi không có hoặc có ít ảnh hưởng đến một số bệnh như đái tháo đường, thì lại có những hạn chế lớn đối với các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt HIV/AIDS và lao, nơi mà sự tác động có thể xảy ra. Tuy nhiên, có thể có sự tăng trong các ca nhiễm mới hoặc trong tỷ lệ nhiễm theo thời gian, và do đó hướng của sự đánh giá thiên về giả thiết tỷ lệ mắc không đổi, là không rõ ràng.

Bảng A2.1. trình bày ước lượng của chi phí gia tăng tính trọn gói cho tất cả các nhóm bệnh và tình trạng, tính theo đô la theo đầu người, và phần trăm của GNP. Con số theo đầu người được tính trên cơ sở ước lượng dân số dự kiến cho năm 2007 và 2015 (5). Con số GNP được ước lượng bằng cách giả thiết tỷ lệ tăng hàng năm của GNP đầu người là từ 1-5% (6). Ước tính chi phí trung bình, của hai giới hạn cao-thấp, được trình bày.

Bảng A2.1. CHI PHÍ TĂNG THÊM HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002) THEO PHÂN LOẠI THU NHẬP CỦA ỦY BAN VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 26 | 46 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 19 | 33 |
| Các nước kém phát triển nhất | 8 | 15 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 11 | 18 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 5 | 11 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 1 | 2 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | | |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 7 | 10 |
| Các nước kém phát triển nhất | 11 | 16 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 5 | 8 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 4 | 7 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 26 | 44 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 0.7 | 0.9 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 1.3 | 1.6 |
| Các nước kém phát triển nhất | 3.4 | 4.5 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 0.9 | 1.1 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 0.3 | 0.4 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 0.6 | 0.9 |

Phân tích theo tình trạng sức khỏe

Các can thiệp được chọn đã được mô tả theo loại bệnh hoặc tình trạng (xem bảng A2.A), nhưng trong thực tế, bản chất của việc cung cấp dịch vụ y tế là có sự đan xen giữa chúng. Ví dụ, phòng sốt rét cho phụ nữ có thai có thể cho vào mục phòng sốt rét, hoặc can thiệp liên quan đến sinh sản. Người ta chọn xếp vào mục can thiệp liên quan đến sinh sản do đặc thù của cơ chế cung ứng dịch vụ. Bảng A2.2 cho thấy sự phân tích các chi phí gia tăng theo tình trạng sức khỏe.

Trong khi các phương pháp để đưa ra gánh nặng bệnh tật của một bệnh hoặc một tình trạng sức khỏe nào đó, sự áp dụng thực tế của hầu

hết các chương trình cho những tình trạng này không thể được coi như tách rời khỏi hệ thống y tế. Việc đạt được những bao phủ rộng lớn cho những chương trình quan trọng này sẽ đòi hỏi sự củng cố và nâng cấp toàn bộ hệ thống y tế hiện tại, mang lại những lợi ích ngoại vi cho những tình trạng bệnh tật không nằm trong diện ưu tiên. Mặc dù một cách lý thuyết có thể tính chi phí cho mỗi can thiệp quan trọng một cách riêng biệt, trong thực tế, việc thực hiện hầu hết các chương trình phải được cân nhắc và tính chi phí trong bối cảnh chung của một hệ thống y tế.

Một số điều chỉnh khác được làm trong việc tính chi phí gia tăng để phản ánh chi phí của quá trình mở rộng (bảng A2.3). Chi phí thêm vào này được làm trên cơ sở hệ thống y tế của từng quốc gia, cho nên nó có thể nhầm lẫn với những điều chỉnh tương tự theo tình trạng sức khỏe. Cho nên các bảng tiếp sau trình bày tổng số cho tất cả các can thiệp.

Các điều chỉnh để phản ánh đòi hỏi của quá trình mở rộng:

Ngoài các chi phí cho mở rộng các can thiệp ở mức độ gần khách hàng, bản thân quá trình mở rộng sẽ đòi hỏi một loạt các dạng hỗ trợ khác để đảm bảo việc áp dụng có hiệu quả. Bốn điều chỉnh được tiến hành để phản ánh các chi phí thêm ngoài các chi phí cho mở rộng các can thiệp đã chọn.

Trước hết, một chi phí quản lý ở trên mức độ gần khách hàng được dự đoán dựa trên tổng chi phí gia tăng, để phản ánh đầu vào cần thiết từ các tổ chức trên mức gần khách hàng (ví dụ Bộ Y tế) trong việc thực hiện các can thiệp được mở rộng. Chi phí này được ước lượng bằng 15% của tổng chi phí gia tăng.

Thứ hai, giả sử rằng một khoản 15% thêm vào nữa cần thiết để tăng khả năng hấp thụ độ lớn của các nguồn cần cho việc mở rộng. Nó sẽ bao gồm việc đảm bảo tài chính đầy đủ và theo dõi hệ thống ở cả hai mức quận/huyện và trên quận/huyện.

Thứ ba, chi phí trong bảng A2.1 giả sử rằng các mức độ hiện tại của bao phủ là hằng định và đầy đủ. Trong thực tế, chất lượng của bao phủ hiện tại là thay đổi đáng kể. Do đó chúng ta điều chỉnh chi phí để phản ánh những yếu tố cần chi tiêu để cải thiện chất lượng (ví dụ đảm bảo cung cấp thuốc đầy đủ) đối với mức độ hiện tại của bao phủ. Như vậy đầu tư ước lượng cho năm 2002 của một số can thiệp lựa chọn được nhân lên với yếu tố điều chỉnh chất lượng. Sự điều chỉnh này thay đổi từ 10% đến 25% của đầu tư dự kiến năm 2002, phụ thuộc vào mức độ thu nhập của quốc gia. Thứ tư, lương của khu vực công cộng thường là quá thấp để hấp dẫn nhân viên và đảm bảo họ làm việc tốt, được phản

ánh bằng tỷ lệ bỏ việc cao (ví dụ so với khu vực tư nhân) và kém hăng hái. Hơn nữa, mở rộng sẽ đòi hỏi việc tuyển chọn nhân viên y tế mới.

Bảng A2.2: CHI PHÍ GIA TĂNG HÀNG NĂM (ĐÔ LA MỸ NUM 2002)
THEO TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các can thiệp | 26 | 46 |
| Điều trị lao | 0.5 | 1 |
| Phòng sốt rét | 2 | 3 |
| Điều trị sốt rét | 0.5 | 1 |
| Phòng HIV | 6 | 8 |
| Chăm sóc bệnh nhân HIV | 3 | 6 |
| Điều trị HIV (HAART) | 5 | 8 |
| Điều trị bệnh liên quan đến trẻ em | 4 | 11 |
| Tiêm chủng bệnh liên quan đến trẻ em | 1 | 1 |
| Bệnh liên quan đến sinh sản | 4 | 5 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔLA) | | |
| Tất cả các can thiệp | 5.9 | 9.5 |
| Điều trị lao | 0.1 | 0.2 |
| Phòng sốt rét | 0.5 | 0.7 |
| Điều trị sốt rét | 0.1 | 0.2 |
| Phòng HIV | 1.5 | 1.7 |
| Chăm sóc bệnh nhân HIV | 0.6 | 1.3 |
| Điều trị HIV (HAART) | 1.2 | 1.7 |
| Điều trị bệnh liên quan đến trẻ em | 0.9 | 2.2 |
| Tiêm chủng bệnh liên quan đến trẻ em | 0.2 | 0.3 |
| Bệnh liên quan đến sinh sản | 0.8 | 1.1 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các can thiệp | 0.71 | 0.88 |
| Điều trị lao | 0.02 | 0.02 |
| Phòng sốt rét | 0.06 | 0.07 |
| Điều trị sốt rét | 0.01 | 0.02 |
| Phòng HIV | 0.18 | 0.16 |
| Chăm sóc bệnh nhân HIV | 0.08 | 0.12 |
| Điều trị HIV (HAART) | 0.14 | 0.15 |
| Điều trị bệnh liên quan đến trẻ em | 0.10 | 0.21 |
| Tiêm chủng bệnh liên quan đến trẻ em | 0.03 | 0.02 |
| Bệnh liên quan đến sinh sản | 0.10 | 0.11 |

Ghi chú: Các chính sách kiểm soát thuốc lá nằm trong bảng, nhưng được giả thiết rằng tự trang trải.

Để điều chỉnh lương tới mức có thể hấp dẫn và giữ chân nhân viên, một sự tăng 100% lương cho tất cả nhân viên cần phải được tính đến. Sự điều chỉnh lương này được thực hiện cho tất cả các nhân viên y tế, không phải chỉ những người thêm vào do việc mở rộng can thiệp tạo ra. Bảng A2.3 cung cấp ước tính cho phần điều chỉnh thêm vào theo tổng số tiền, theo đầu người và theo phần trăm GNP.

Bảng A2.3. CHI PHÍ TĂNG THÊM HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002) ĐIỀU CHỈNH THEO QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG THEO PHÂN LOẠI THU NHẬP CỦA ỦY BAN TRỢ GIÚP PHÁT TRIỂN

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 57 | 94 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 40 | 66 |
| Các nước kém phát triển nhất | 17 | 29 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 23 | 37 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 14 | 24 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 3 | 4 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 13 | 20 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 14 | 21 |
| Các nước kém phát triển nhất | 22 | 32 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 12 | 17 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 9 | 15 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 57 | 91 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 1.6 | 1.8 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 2.7 | 3.3 |
| Các nước kém phát triển nhất | 6.9 | 8.8 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 1.9 | 2.2 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 0.7 | 0.8 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 1.3 | 1.8 |

Tổng số chi tiêu y tế cần thiết

Để ước tính tổng số chi tiêu y tế cần thiết, cần phải phân biệt giữa chi tiêu y tế nội địa và chi tiêu từ viện trợ dưới dạng ODA. Số liệu có được theo mức độ chi viện trợ của ODA cho y tế cho thời kỳ từ năm 1997 đến 1999, và được giả sử rằng viện trợ này phản ánh mức độ viện trợ trung bình trong năm 1998 (7). Cũng giả thiết rằng giữa 1998 và 2002, viện trợ ODA cho y tế tăng đều đặn 5%/năm.

Bảng A2.4. TỔNG CHI TIÊU Y TẾ CẦN THIẾT (ĐÔ LA NĂM 2002) THEO PHÂN LOẠI THU NHẬP CỦA ỦY BAN VIỆN TRỢ PHÁT TRIỂN

| | Mức cơ bản 2002 | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|---|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 106.1 | 162.8 | 200.3 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 53.3 | 93.5 | 119.3 |
| Các nước kém phát triển nhất | 8.5 | 25.3 | 37.2 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 44.8 | 68.2 | 82.1 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 41.1 | 55.0 | 65.1 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 11.7 | 14.3 | 16.0 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 26 | 38 | 42 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 21 | 34 | 38 |
| Các nước kém phát triển nhất | 13 | 34 | 41 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 24 | 34 | 37 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 28 | 36 | 40 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 266 | 315 | 339 |
| Phần trăm của GNP | | | |
| Tất cả các nước: | 3.7 | 4.5 | 3.9 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 4.4 | 6.3 | 5.9 |
| Các nước kém phát triển nhất | 4.3 | 10.4 | 11.4 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 4.4 | 5.5 | 4.9 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 2.8 | 2.9 | 2.2 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 6.8 | 7.3 | 6.8 |

Tổng chi tiêu cho y tế trong 1999 được tính dựa trên tổng chi tiêu y tế 1999 như là một tỷ lệ phần trăm của GNP (8). Bằng cách lấy tổng

chi tiêu y tế 1999 trừ đi viện trợ ODA, tổng số các nguồn nội địa chi tiêu cho y tế năm 1999 sẽ tính được. Tổng chi tiêu cho y tế năm 2002 sau đó sẽ tính như là tổng của ODA dự kiến năm 2002 cộng với các nguồn nội địa năm 2002. Nguồn nội địa này được tính bằng phần nguồn nội địa năm 1999 trên GNP 1999 và nhân với GNP của 2002.

Bảng A2.5. KHẢ NĂNG HUY ĐỘNG NGUỒN LỰC NỘI ĐỊA (ĐÔ LA NĂM 2002) THEO PHÂN LOẠI THU NHẬP CỦA ỦY BAN TRỢ GIÚP PHÁT TRIỂN

| | Mức cơ bản 2002 | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|---|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 102.8 | 163.6 | 283.5 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 50.5 | 76.5 | 124.0 |
| Các nước kém phát triển nhất | 7.1 | 11.1 | 18.2 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 43.4 | 65.1 | 105.8 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 40.6 | 71.9 | 138.7 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 11.7 | 15.2 | 20.7 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 25 | 38 | 59 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 20 | 28 | 40 |
| Các nước kém phát triển nhất | 11 | 15 | 20 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 23 | 32 | 47 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 28 | 47 | 86 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 265 | 335 | 441 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | | |
| Tất cả các nước: | 3.6 | 4.6 | 5.5 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 4.1 | 5.1 | 6.1 |
| Các nước kém phát triển nhất | 3.5 | 4.6 | 5.6 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 4.3 | 5.3 | 6.3 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 2.8 | 3.8 | 4.7 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 6.8 | 7.8 | 8.8 |

Ghi chú: Giả sử nguồn lực nội địa cho y tế trong năm 2007 tăng thêm 1% và 2% GNP cho năm 2015, so với con số ban đầu của năm 2002. Nếu sự tăng này lớn hơn nguồn lực cần thiết để mở rộng thì nước đó được coi là huy động được nguồn lực thực tế cần thiết.

Tổng chi tiêu y tế cần thiết cho năm 2007 và 2015 sau đó được tính là phần thêm vào của tổng chi tiêu y tế năm 2002 và chi tiêu điều chỉnh theo. Mở rộng từ bảng A2.3. Bảng A2.4 trình bày ước tính tổng chi tiêu y tế cần thiết hàng năm, để đạt được mức độ bao phủ mục tiêu của năm 2007 và 2015.

Bảng A2.6. KHOẢNG THIẾU HỤT TÀI CHÍNH HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002; ỦY BAN TRỢ GIÚP PHÁT TRIỂN DỰA TRÊN PHÂN LOẠI)

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 22.1 | 30.7 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 20.5 | 28.4 |
| Các nước kém phát triển nhất | 14.3 | 20.8 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 6.2 | 7.5 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 1.5 | 2.3 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 0.04 | 0 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 5 | 6 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 7 | 4 |
| Các nước kém phát triển nhất | 19 | 23 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 3 | 3 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 1 | 1 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 1 | 0 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 0.6 | 0.6 |
| Tất cả các nước thu nhập thấp (các nước kém phát triển nhất và các nước thu nhập thấp khác) | 1.4 | 1.4 |
| Các nước kém phát triển nhất | 5.9 | 6.4 |
| Các nước thu nhập thấp khác | 0.5 | 0.4 |
| Các nước thu nhập trung bình thấp | 0.1 | 0.1 |
| Các nước thu nhập trung bình cao | 0.02 | 0 |

Ghi chú: Phân tích này được tiến hành trên cơ sở một nước và sau đó tổng hợp theo vùng. Như vậy, các nước mà nguồn lực nội địa lớn hơn chi tiêu y tế đòi hỏi thì coi như có khoảng thiếu hụt tài chính bằng 0. Nếu chi tiêu y tế cần có lớn hơn nguồn lực nội địa, sự khác nhau đó là khoảng thiếu hụt tài chính của nước đó. Như vậy những số liệu đầu vào trong bảng A2.6 không bằng các số liệu đầu vào trong bảng A2.4 trừ đi số liệu đầu vào trong bảng A2.5, bởi vì không phải mọi nước trong vùng đều có khoảng thiếu hụt tài chính là số dương

Bảng A2.7. CHI PHÍ GIA TĂNG HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002), THEO VÙNG

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN (*000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 26 | 46 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 10 | 18 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 2 | 3 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 6 | 11 |
| Nam Á | 7 | 11 |
| Đông Âu và Trung Á | 0.4 | 0.8 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 0.4 | 0.8 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 6 | 10 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 14 | 21 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 26 | 46 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 3 | 5 |
| Nam Á | 5 | 7 |
| Đông Âu và Trung Á | 4 | 7 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 9 | 16 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 0.7 | 0.9 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 4.0 | 5.5 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 0.8 | 1.2 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 0.3 | 0.3 |
| Nam Á | 0.8 | 0.9 |
| Đông Âu và Trung Á | 0.4 | 0.7 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 0.9 | 1.3 |

Phân tích khoảng thiếu hụt tài chính trong việc tăng huy động nguồn lực nội địa

Khoảng thiếu hụt tài chính được tính cho chi phí của việc mở rộng các can thiệp y tế ưu tiên. Trong phân tích này, giả sử rằng sẽ tăng thêm 1% chi tiêu y tế /GNP do tăng huy động nguồn lực năm 2007 và tăng thêm 2%/GNP vào năm 2015. Mức độ huy động nguồn lực nội địa ước tính được trình bày trong bảng A2.5 cho năm 2002, 2007 và 2015. Ước tính khoảng thiếu hụt tài chính được trình bày trong bảng A2.6. Phân tích này được tiến hành cho mỗi nước, và kết quả được tổng hợp theo nhóm thu nhập. Nếu nguồn nội lực của một nước nào đó lớn hơn tổng chi tiêu y tế, chúng ta coi rằng khoảng thiếu hụt tài chính

đúng bằng 0. Nếu nguồn lực của một nước nào đó *nhỏ hơn* tổng chi tiêu y tế, khoảng thiếu hụt tài chính là sự khác nhau giữa hai nguồn trên. Sau khi tính khoảng thiếu hụt tài chính cho từng nước một, những khoản này được tổng hợp và chia theo phân loại của DAC, như bảng A2.6. Bởi vì phương pháp tính như vậy, nên số liệu đầu vào trong bảng A2.6 không bằng số liệu đầu vào trong bảng A2.4 trừ đi số liệu đầu vào trong bảng A2.5. Điều này chỉ xảy ra khi tất cả các nước trong phân loại DAC có khoảng thiếu hụt tài chính là số dương.

PHÂN TÍCH ƯỚC TÍNH CHI PHÍ THEO VÙNG

Phần này trình bày số liệu phân loại theo vùng. Bảng A2.C ở phụ lục cho thấy các nhóm nước theo vùng. Bảng A2.7 và A2.8 cho thấy chi phí điều chỉnh theo sự mở rộng và gia tăng. Bảng A2.8 trình bày một phân tích của việc huy động vốn nội địa, tương tự như tình huống trong bảng A2.4. Bảng A2.9 và 2.10 cho thấy tổng chi tiêu y tế theo vùng, và khoảng thiếu hụt tài chính theo vùng.

Bảng A2.8. CHI PHÍ GIA TĂNG HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002) ĐIỀU CHỈNH THEO QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG, THEO VÙNG

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 57 | 94 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 20 | 35 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 4 | 7 |
| Đông á và Thái bình dương | 15 | 25 |
| Nam á | 15 | 24 |
| Đông Âu và Trung á | 1 | 2 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 1 | 2 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 13 | 20 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 28 | 41 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 56 | 91 |
| Đông á và Thái bình dương | 8 | 13 |
| Nam á | 10 | 14 |
| Đông Âu và Trung á | 9 | 14 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 21 | 33 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 1.6 | 1.8 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 8.1 | 10.7 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 1.7 | 2.5 |
| Đông á và Thái bình dương | 0.7 | 0.8 |
| Nam á | 1.7 | 1.9 |
| Đông Âu và Trung á | 1.0 | 1.4 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 2.0 | 2.8 |

Bảng A2.9. TỔNG CHI TIÊU Y TẾ CẦN THIẾT HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002), THEO VÙNG

| | Cơ bản 2002 | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|------------------------|--|--|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 106.1 | 162.8 | 200.3 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 8.3 | 28.6 | 43.7 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 12.6 | 16.4 | 19.5 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 42.3 | 57.4 | 67.1 |
| Nam Á | 36.0 | 51.4 | 59.8 |
| Đông Âu và Trung Á | 4.5 | 5.5 | 6.2 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 2.5 | 3.4 | 4.1 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 26 | 38 | 42 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 13 | 40 | 50 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 192 | 237 | 259 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 24 | 31 | 34 |
| Nam Á | 25 | 34 | 35 |
| Đông Âu và Trung Á | 39 | 47 | 50 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 60 | 76 | 82 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | | |
| Tất cả các nước: | 3.7 | 4.5 | 3.9 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 3.9 | 11.4 | 13.2 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 6.4 | 7.3 | 7.0 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 2.7 | 2.8 | 2.1 |
| Nam Á | 4.9 | 5.7 | 4.8 |
| Đông Âu và Trung Á | 5.0 | 5.5 | 5.0 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 6.3 | 7.4 | 6.9 |

Bảng A2.10. HUY ĐỘNG NGUỒN NỘI ĐỊA HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002), THEO VÙNG

| | Cơ bản 2002 | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|------------------------|--|--|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 102.8 | 163.6 | 283.5 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 7.0 | 10.8 | 17.5 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 12.5 | 16.5 | 22.9 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 41.8 | 75.0 | 145.3 |
| Nam Á | 34.9 | 52.3 | 84.8 |
| Đông Âu và Trung Á | 4.4 | 5.9 | 8.4 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 2.2 | 3.0 | 4.5 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | | |
| Tất cả các nước: | 25 | 38 | 59 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 11 | 15 | 20 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 191 | 238 | 305 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 24 | 40 | 74 |
| Nam Á | 25 | 34 | 50 |
| Đông Âu và Trung Á | 38 | 51 | 69 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 53 | 68 | 89 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | | |
| Tất cả các nước: | 3.6 | 4.6 | 5.5 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 3.3 | 4.3 | 5.3 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 6.3 | 7.3 | 8.2 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 2.6 | 3.6 | 4.6 |
| Nam Á | 4.8 | 5.8 | 6.8 |
| Đông Âu và Trung Á | 4.9 | 5.9 | 6.9 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 5.6 | 6.6 | 7.6 |

Bảng A2.11. KHOẢNG CÁCH TÀI CHÍNH THỰC HÀNG NĂM (ĐÔ LA NĂM 2002), THEO VÙNG

| | Ước lượng trung bình năm 2007 | Ước lượng trung bình năm 2015 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TỔNG SỐ TIỀN ('000 000 000, TỶ ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 22.1 | 30.7 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 17.8 | 26.2 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 0.9 | 1.3 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 1.0 | 1.3 |
| Nam Á | 1.7 | 1.4 |
| Đông Âu và Trung Á | 0.2 | 0.2 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 0.5 | 0.2 |
| THEO ĐẦU NGƯỜI (ĐÔ LA) | | |
| Tất cả các nước: | 5 | 6 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 25 | 30 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 12 | 17 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 1 | 1 |
| Nam Á | 1 | 1 |
| Đông Âu và Trung Á | 2 | 2 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 12 | 5 |
| PHẦN TRĂM CỦA GNP | | |
| Tất cả các nước: | 0.6 | 0.6 |
| Châu Phi hạ Sahara – thấp | 7.1 | 7.9 |
| Châu Phi hạ Sahara – trung bình | 0.4 | 0.5 |
| Đông Á và Thái Bình Dương | 0.05 | 0.04 |
| Nam Á | 0.2 | 0.1 |
| Đông Âu và Trung Á | 0.2 | 0.2 |
| Mỹ Latinh và Trung Mỹ | 1.1 | 0.4 |

Ghi chú: Phân tích này được tiến hành trên cơ sở một nước và sau đó tổng hợp theo vùng. Như vậy, các nước mà nguồn lực nội địa lớn hơn chi tiêu y tế đòi hỏi thì coi như có khoảng thiếu hụt tài chính bằng 0. Nếu chi tiêu y tế cần có lớn hơn nguồn lực nội địa, sự khác nhau đó là khoảng thiếu hụt tài chính của nước đó. Như vậy những số liệu đầu vào trong bảng A2.11 không bằng các số liệu đầu vào trong bảng A2.9 trừ đi số liệu đầu vào trong bảng A2.10, bởi vì không phải mọi nước trong vùng đều có khoảng thiếu hụt tài chính là số dương

Bảng A2.A. CÁC CAN THIỆP ĐƯỢC LỰA CHỌN

| | |
|---|---|
| Điều trị lao | Điều trị ngăn ngừa theo dõi trực tiếp với những bệnh nhân có xét nghiệm vi khuẩn dương tính Điều trị ngăn ngừa theo dõi trực tiếp với những bệnh nhân có xét nghiệm vi khuẩn âm tính |
| Phòng sốt rét | Màn tẩm chất diệt côn trùng Phun muỗi trong nhà |
| Màn tẩm chất diệt | Phun muỗi trong nhà |
| Phòng HIV/AIDS | Các can thiệp tập trung vào thanh thiếu niên Các can thiệp đối với gái điếm và khách hàng của họ Tiếp thị và phân phối bao cao su trong xã hội Các can thiệp ở nơi làm việc Cải thiện các hệ thống truyền máu Xét nghiệm và tham vấn tự nguyện Phòng ngừa truyền từ mẹ sang con Các chiến dịch thông tin đại chúng Điều trị các bệnh lây qua đường tình dục |
| Chăm sóc HIV/AIDS | Chăm sóc giảm đau Điều trị lâm sàng nhiễm trùng cơ hội Phòng nhiễm trùng cơ hội Chăm sóc tại nhà |
| HIV/AIDS HAART | Cung cấp HAART |
| Các can thiệp liên quan đến bệnh trẻ em (điều trị) | Điều trị các bệnh khác nhau (nhiễm trùng hô hấp cấp, ỉa chảy, các nguyên nhân của sốt, suy dinh dưỡng, thiếu máu) |
| Các can thiệp liên quan đến bệnh trẻ em (tiêm chủng) | Tiêm vaccine (BCG, OPV, DPT, Sởi, viêm gan B, HiB) |
| Các can thiệp liên quan đến sinh sản | Chăm sóc trước sinh Điều trị các biến chứng của thai nghén Sinh nở có sự chăm sóc chuyên môn Chăm sóc sản khoa cấp cứu Chăm sóc sau đẻ (bao gồm cả kế hoạch hóa gia đình) |

Ghi chú: Không phải tất cả các can thiệp được mở rộng ở mỗi nước. Ngược lại, chi tiêu cho việc mở rộng can thiệp là phải phù hợp với dịch tễ học. Ví dụ, các biện pháp phòng sốt rét không đưa vào những nước mà sốt rét không đóng góp đáng kể vào gánh nặng của bệnh tật. Nguồn: Kumaranayake L, Kurrowski C, Conteh L. (2001). Chi phí cho mở rộng can thiệp y tế ưu tiên ở những nước thu nhập thấp và trung bình thấp. Bài báo của nhóm nghiên cứu 5 – Cải thiện sức khỏe cho người nghèo, CMH.

Bảng A2.B. PHÂN LOẠI CÁC NƯỚC THEO ỦY BAN TRỢ GIÚP PHÁT TRIỂN (1)

| Nước | Nước |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Nước kém phát triển nhất | Cộng hòa Tanzania |
| Afghanistan | Yemen |
| Angola | Gambia |
| Bangladesh | Các nước thu nhập thấp khác |
| Benin | Armenia |
| Bhutan | Azerbaijan |
| Burkina Faso | Cameroon |
| Burundi | Congo |
| Cambodia | Bờ biển Ngà |
| Cộng hòa Trung Phi | Georgia |
| Chad | Ghana |
| Comoros | India |
| Cộng hòa dân chủ Congo | Indonesia |
| Eritrea | Kenya |
| Ethiopia | Kyrgyzstan |
| Gambia | Mongolia |
| Guinea | Nicaragua |
| Guinea Bissau | Nigeria |
| Haiti | Pakistan |
| Cộng hòa dân chủ nhân dân Lào | Cộng hòa Moldova |
| Lesotho | Senegal |
| Liberia | Tajikistan |
| Madagascar | Turkmenistan |
| Malawi | Ukraine |

| | |
|------------------|--|
| Mali | Uzbekistan |
| Mauritania | Vietnam |
| Mozambique | Zimbabwe |
| Myanmar | Các nước thu nhập trung bình thấp |
| Nepal | Albania |
| Niger | Bolivia |
| Rwanda | Cape Verde |
| Sierra Leon | Trung quốc (trừ Hong Kong) |
| Somalia | Cuba |
| Sudan | Djibuti |
| Togo | Equatorial Guinea |
| Uganda | Guyana |
| Honduras | Swaziland |
| Mandives | Cộng hòa A rập Syri |
| Namibia | Vanuatu |
| Papua New Guinea | |
| Philippines | Các nước thu nhập trung bình cao |
| Samoa | Botsawana |
| Quần đảo Solomon | Gabon |
| Sri Lanka | Nam Phi |

(1) Những nước không nằm trong bảng này thì không được tính chi phí.

Bảng A2.C. PHÂN CHIA CÁC NƯỚC THEO VÙNG

Châu Phi hạ sa mạc Sahara* - thu nhập thấp

Angola, Benin, Burkina, Burundi, Cameroon, cộng hòa Trung phi, Chad, Comoros, Congo, Bờ biển Ngà, Cộng hòa dân chủ Congo, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bisau, Kenya, Losotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sierra Leon, Somalia, Sudan, Tôgo, Uganda, Cộng hòa Tanzania, Yêmen, Zambia, Zimbabwe

Châu phi hạ sa mạc Sahara – thu nhập trung bình

Botswana, Cape Verde, Djibouti, Guine xích đạo, Gabon, Namibia, Nam Phi, Swaziland, Cộng hòa Ả-rập Syri

Đông á và Thái bình dương

Cambodia, Trung quốc (trừ Hong Kong và Macao), Cộng hòa dân chủ nhân dân Triều tiên, Indonesia, Cộng hòa dân chủ nhân dân Lào, Mongolia, Myanmar, Papua New Guinea, Philippines, Samoa, Quần đảo Solomon, Vanuatu, Vietnam

Nam á

Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Maldives, Nepal, Pakistan, Sri Lanka

Đông Âu và Trung á

Albania, Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Cộng hòa Moldova, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan

Châu Mỹ Latin và Trung Mỹ:

Bolivia, Cuba, Guyana, Haiti, Honduras, Nicaragua.

* Chia các nước Trung Đông thành 2 nhóm, nước cộng hoà Ả-rập - Syria và Yemen thuộc nhóm Châu Phi - Sahara.

GHI CHÚ

1. Bài viết của Lilani Kumaranayake, Christoph Kurowski, và Lesong Conteh, Trường đại học vệ sinh và y học nhiệt đới London.
2. L. Kumaranayake, C. Kurowski, và L. Conteh (2001) *Chi phí cho việc mở rộng các can thiệp y tế ưu tiên ở các nước thu nhập thấp và một số nước thu nhập trung bình*. Bài viết cho nhóm nghiên cứu 5- Cải thiện kết quả y tế của người nghèo, CMH.
3. Các con số về chi phí này phản ánh con số ước tính của sự cải thiện bao phủ của chương trình ở một nước, tính tổng số trên cơ sở của phân loại các nước theo DAC năm 1997: Các nước kém phát triển nhất (LDC), Các nước thu nhập thấp khác (OLDC), Các nước thu nhập trung bình thấp (LMIC), Các nước thu nhập trung bình cao (UMIC). Các tiêu chuẩn có thể xem ở OECD, *Báo cáo hợp tác phát triển* (Tạp chí DAC) 2000. Bảng phân loại này so sánh với báo cáo phát triển thế giới mới nhất của Ngân hàng thế giới thì có một số khác biệt, vì báo cáo này đưa ra phân loại thu nhập thấp/trung bình dựa trên con số GNP năm 1999. Do đó chúng tôi đã xem xét lại phân loại DAC năm 1997 để phản ánh những thay đổi này, và danh sách các nước được nêu lên trong bảng A2.B.
4. Một tỷ lệ lạm phát hàng năm trung bình 3.2% được dùng để suy ra đô la không đổi khi tính giá năm 2002.
5. Dự kiến dân số được lấy từ *Xu hướng dân số thế giới, điều chỉnh năm 1998*, do ban xã hội và kinh tế của Liên hợp quốc, bộ phận dân số, xuất bản.
6. Số liệu GNP được lấy từ *Báo cáo phát triển thế giới 2000/2001* xuất bản bởi Ngân hàng thế giới. Chú ý rằng con số GNP của Cộng hòa dân chủ nhân dân Triều Tiên không có. Một tăng trưởng 5% GNP đầu người hàng năm được áp dụng cho Trung quốc. Tăng trưởng 3% GNP đầu người được áp dụng cho Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Lào, Sri Lanka, và Việt nam. Một tăng trưởng 2% GNP đầu người hàng năm được áp dụng cho Albania, Armenia, Azerbaijan, Bolivia, Botswana, Cambodia, Cameroon, Cape Verde, Congo, Bờ biển Ngà, Cuba, Gabon, Georgia, Ghana, Guyana, Honduras, Kyrgyzstan, Maldives, Mongolia, Nepal, Nicaragua, Pakistan, Papua New Guinea, Philippines, Cộng hòa Moldova, Samoa, Quần đảo Solomon, Nam Phi, Cộng hòa Ả-rập Syri, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan, và Vanuatu. Một tăng trưởng 1% GNP hàng năm được áp dụng cho những nước còn lại.
7. *Báo cáo DAC 2000*, xuất bản bởi OECD.
8. Số liệu lấy từ *Báo cáo thế giới 2000*, xuất bản bởi WHO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Abel-Smith, B. và A. Leiserson. 1978. *Nghèo đói, phát triển và chính sách y tế*. Geneva: Tổ chức y tế thế giới (Albany, N.Y.: Do trung tâm xuất bản Tổ chức y tế thế giới bán).
- Sáng kiến truy cập tốc độ cao.
Xem http://www.unaids.org/acc_access/index.html
- Anderson, J., M. Maclean, và C. Davies. 1996. *Nghiên cứu bệnh sốt rét: Một thống kê của hoạt động quốc tế*. London:...
- Arhin Tenkorang, D. 2000. *Huy động các nguồn lực cho y tế: Trường hợp xem lại chi phí cho người sử dụng.*, bài viết CMH số WG3:1,2000.
- Arhin Tenkorang, D và G. Buckle, 2001. Chi phí cho việc mở rộng cung cấp dịch vụ y tế cấp 1 và cấp 2 ở Ghana,” Chưa xuất bản.
- Attaran, A. và L. Gillespie- White. 2001. “Bằng sáng chế có hạn chế điều trị AIDS ở các nước nghèo không: Các thuốc kháng retrovirus ở châu Phi,” *Tạp chí của hiệp hội y học Hoa Kỳ*, 2001:286.
- Barro, R. và X Sala-I-Martin. 1995. *Tăng trưởng kinh tế*. New York: Mc Graw-Hill và công ty.
- Basch, P. F. 1999. *Sách giáo khoa về y tế quốc tế*: xuất bản lần thứ hai, Nhà xuất bản Đại học Oxford, New York.
- Becker, G., T. Philipson, and R. Soares. 2001. “Sự phát triển và tỷ lệ tử vong ở các nước kém phát triển”. Bản thảo chưa xuất bản. Trường đại học Chicago.
- Bhargava, A. và J. Yu. 1997. “Một phân tích dọc của tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ em ở các nước đang phát triển” *Tạp chí kinh tế ấn độ* 32:141-151.
- Bhargava, A., T. Dean, L. J. Jamison, và C. J. L. Murray. 2001. “Mô hình hóa hiệu quả của y tế đối với phát triển kinh tế” *Tạp chí kinh tế y tế* 20 (2001) 423-440.
- Bloom, David E., D. Canning, và B Graham. 2001. “Y tế, tuổi thọ và tiết kiệm chu kỳ sống”, *Bài báo của nhóm nghiên cứu CMH số WG1: 9*, 2001.

- Bloom, D. E. và J. D. Sachs. 1998. “Địa lý, Dân số và phát triển kinh tế của châu Phi”. *Bài viết Brookings về hoạt động kinh tế* 2: 207-295. <http://www.cid.harvard.edu/>.
- Culter, D. M. và E. Richardson. 1997. “Đo sức khỏe của dân Hoa Kỳ,” *Bài viết Brookings* : Kinh tế vi mô, trang 217-271.
- Curtis, C. E. 2001. “Hiệu quả to lớn của việc sử dụng rộng rãi màn tẩm chất diệt côn trùng trong cộng đồng”, Bản ghi nhớ chính sách của CMH. <http://www/cid.harvard.edu/>.
- Nhà kinh tế. 2001. “Cách xấu nhất để làm mất tài năng” *Tạp chí Nhà kinh tế*, tháng 2, ngày 8.
- Ettling, J. 1981. “ *Nguồn gốc của sự lười biếng*”. Tổ chức từ thiện Rockefeller và y tế công cộng ở vùng tây nam Cambridge, Massachusetts và London, Anh: Nhà xuất bản Đại học Harvard.
- Evans, D. A. Tandon, C. J. L. Murray, và J. A. Lauer. 2001. So sánh hiệu quả của các hệ thống y tế quốc gia: Phân tích toán kinh tế theo quốc gia”. *Tạp chí y học Anh* 323 (11 tháng 8 năm 2001).
- Fang J. và Q. Xiong. 2001.” Cải tổ tài chính và ảnh hưởng của nó tới các dịch vụ y tế ở nông thôn nghèo Trung quốc”, bài báo được trình bày tại hội nghị cải tổ lĩnh vực tài chính ở Trung quốc, Đại học Harvard, tháng 9 năm 2001.
- Feachem, R. 2001. “Toàn cầu hóa: từ sự hùng biện đến bằng chứng” Xã luận trong *Bản tin của Tổ chức y tế thế giới*, Geneva, tháng 9 năm 2001.
- Fogel, R. W. 1991. “Các nguồn và phương pháp mới trong việc nghiên cứu các khuynh hướng lâu dài về tình trạng dinh dưỡng, sức khỏe, tử vong và quá trình lão hóa” . *Loạt bài nghiên cứu của Văn phòng quốc gia nghiên cứu kinh tế về các yếu tố lịch sử và sự phát triển lâu dài*, số 26.
- Fogel, R. W. 1997. “Những phát hiện mới về các khuynh hướng lâu dài trong dinh dưỡng và tử vong: một vài đóng góp cho học thuyết dân số” trong *Sách giáo khoa về dân số và kinh tế gia đình*, của M. R. Rosenzweig và O. Stark, tập 1a. Amsterdam: Elsevier Science, trang 433-481.
- Fogel, R. W. 2000. “*Sự thức tỉnh vĩ đại lần thứ 4 và tương lai của chủ nghĩa bình quân*” Chicago và London: Nhà xuất bản Đại học Chicago.

- Gallup, J. L. và J. D. Sachs. 2001. “Gánh nặng kinh tế của sốt rét”, *Tạp chí Hoa Kỳ về Y học nhiệt đới và Vệ sinh, số đặc biệt*, tháng 6.
- Gertler, P. và J. Gruber. 2001. “Đóng góp bảo hiểm để chống lại bệnh tật” *Tạp chí Tóm lược kinh tế Hoa Kỳ*, số sắp tới.
- Liên minh toàn cầu về vaccine và tiêm chủng. 2001. “Các thách thức trong tiêm chủng toàn cầu”. Bài có trong <http://www.vaccinealliance.org/reference.globalimm-challenges.html>
- Hội nghị toàn cầu về nghiên cứu y tế. 1999. “Báo cáo 10/90 về nghiên cứu y tế”. Geneva: Hội nghị toàn cầu về nghiên cứu y tế.
- Gupta, S., M. Verhoeven, và E. Tiongson. 2001. “Chi tiêu công cộng cho y tế và người nghèo”, bài nghiên cứu của IMF số 01/127.
- Gwatkin, D. 2000a. Nghèo đói và bất bình đẳng trong y tế ở các nước đang phát triển: Lấp đầy khoảng trống thông tin” trong *Nghèo đói, Bất bình đẳng và y tế: một xu hướng quốc tế*, của D. Leon và G. Walt, Oxford: Nhà xuất bản Đại học Oxford, trang 217-246.
- Gwatkin, D. R. 2000b. Bất bình đẳng y tế và y tế cho người nghèo: Chúng ta biết gì? Chúng ta có thể làm được gì? *Bản tin của Tổ chức y tế thế giới* 78 (1).
- Gwatkin, D. R., S. Rustein, K. Johnson, R.P. Pande, và A. Wagstaff. 2001. “Sự khác nhau về kinh tế xã hội trong Y tế, dinh dưỡng và dân số”. (Loạt báo cáo của 44 nước đang phát triển). Washington DC: ngân hàng thế giới.
- Hanson, K., K. Ranson, V. Oliveira, và A. Mills. 2001. “Những trở ngại cho việc mở rộng can thiệp y tế: một sơ đồ khái niệm và phân tích kinh nghiệm”. Loạt bài nghiên cứu CMH số WG5: 13. Có ở <http://www.cid.harvard.edu>
- Henry, B., S. Pollock, B. Kawa, B. Yaffe, F. Jamieson, E. Rea, và M. Avendano. 2000. “Sự bùng nổ dịch lao tại trại tỵ nạn Tibetan ở Canada”, được trình bày ở cuộc họp hàng năm lần thứ 5 của Hội quốc tế chống lao và bệnh phổi, vùng Bắc Mỹ, Vancouver, tháng 2 năm 2000. Có thể xem ở <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/survlncce/fetp>.

- Hensher, M. 2001. “Tài chính cho các hệ thống y tế bằng cách tăng hiệu quả”, loạt bài nghiên cứu của CMH số WG3: 5. Có thể xem tại <http://cid.harvard.edu>
- Hirschler, B. 2001. “GPT-Glaxo từ bỏ bản quyền đối với thuốc chữa AIDS ở Nam Phi”, Reuter, ngày 8 tháng 10.
- Huber M., 1999. “Các khuynh hướng chi tiêu cho y tế trong các nước OECD, 1970-1997”, *Tóm tắt tài chính y tế 21 (2)*.
- IFMPA, Báo cáo về các thảo luận bàn tròn của WHO/IFPMA, 3 tháng 11 năm 1999, Bàn tròn lần thứ hai của WHO-IFPMA, trụ sở WHO, Geneva, Thụy sỹ. Có thể xem tại <http://www.ifpma.org>
- IMF. 2001a. “Sáng kiến của các nước nghèo nợ nhiều: tình trạng thực hiện”, 25 tháng 5. Có thể xem tại <http://www.imf.org>
- IMF. 2001b. “Giảm nợ cho các nước nghèo: Điều gì đã làm được”. Tháng tám. Có thể xem tại <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/povdebt.htm>
- IMF. 2001c. *Sổ tay hướng dẫn thống kê tài chính chính phủ*. Washington, DC: IMF.
- IMF, OECD, UN, Ngân hàng thế giới. 2000. *Tiến bộ theo hướng các mục tiêu phát triển quốc tế: 2000 một thế giới tốt hơn cho tất cả mọi người*. Washington DC.
- Sáng kiến về quan hệ công cộng-tư nhân trong y tế (IPPPH), info@ippph.org
- Tổ chức di dân quốc tế. 2001. *Báo cáo về di dân của thế giới năm 2000*. Geneva: Liên hợp quốc xuất bản.
- Nhóm nghiên cứu tạm thời IWG) về đảm bảo phương tiện cho sức khỏe sinh sản. 2001. “Các dự án tránh thai và khoảng cách người cho”. Washington DC: Nhóm nghiên cứu tạm thời IWG) về an toàn sức khỏe sinh sản.
- Jones, T. 1990. “Kênh đào Panama: một tóm lược lịch sử”. Có thể xem ở <http://www.ilove-language.com/Tyler/>
- Korber, B., M. Muldoon, J.Theiler, F. Gao, R. Gupta, A. Lapedes, B. H. Hahn, S. Wolinsky, và T. Bhattacharya. 2000. “Lựa chọn đúng lúc thủy tổ của các chủng HIV1”. *Tạp chí Khoa học* 288:1789-1796.

- Kremer, M và T. Miguel. 1999. “ảnh hưởng của giáo dục trong việc tẩy giun ở Kenya”, Bài báo trình bày ở Hội nghị phát triển các trường đại học đông bắc tổ chức tại đại học Harvard vào 8 và 9 tháng 10.
- Kremer, M. 2001. Những chính sách công cộng để kích thích phát triển vaccine và các thuốc cho những bệnh bị bỏ quên” bài nghiên cứu của CMH số WG2: 7, tháng 7.
- Kumaranayake L., C.Kurowski, và L. Conteh. 2001. *Chi phí cho việc mở rộng các can thiệp y tế ưu tiên ở các nước thu nhập thấp và một số nước có thu nhập trung bình*. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>
- Lanjouw, J. 2001. “Một đề nghị được cấp bằng về chính sách cho các bệnh toàn cầu” *Tóm tắt chính sách Brookings*, tháng 6.
- Laver, G. và E. Garman. 2001. “Nguồn gốc và kiểm soát dịch cúm”, *Tạp chí Khoa học* 293 (7 tháng 12): 1776-1777)
- Lewis, P.D., R. Balazs, A. J. Patel và T. C. Jordan. 1986. “Suy dinh dưỡng và sự phát triển của não”. *Sự phát triển của người*, F. Falkner và J. M. Tanner, xuất bản lần thứ 2, New York: Nhà xuất bản Plenum, trang 415-473.
- Liu, Y. và W. Hsiao. 2001. “Sự nghèo của Trung quốc và chính sách nghèo: trường hợp của bảo hiểm y tế nông thôn”, trình bày tại hội nghị cải tổ lĩnh vực tài chính ở Trung quốc, đại học Harvard, 13 tháng 12.
- Machekano, R., W. McFarland, V. Mzezewa, S. Ray, S. Mbizvo, M. Basset, A. Latif, P. Mason, L. Gwanzura, L. Moses, C. Ley, và B. Brown. 1998. “Giáo dục trong đồng sự làm giảm nhiễm HIV trong công nhân nhà máy ở Harare, Zimbabwe”. Bản tóm tắt số 15, Hội nghị lần thứ 15 về nhiễm retrovirus và nhiễm trùng cơ hội , Chicago, Illinois.
- Misra, R., R. Chaterjee và S. Rao. 2001. “Thay đổi hệ thống y tế ấn độ: những vấn đề hiện tại và hướng đi của tương lai”. Chưa xuất bản.
- Murray, C. J. L. và A. D. Lopez, ...1996. *Gánh nặng toàn cầu của bệnh tật và chấn thương hàng loạt. Tập 1: Một đánh giá tổng quan về tử vong và tàn phế do bệnh tật, chấn thương và các yếu tố nguy cơ trong năm 1990 và dự đoán cho đến năm 2020*.

Cambridge, Massachusetts: Xuất bản bởi trường Harvard về y tế công cộng thay mặt Tổ chức y tế thế giới và Ngân hàng thế giới, Nhà xuất bản đại học Harvard.

- Ủy ban tình báo quốc gia. 2000. “Mối đe dọa của bệnh nhiễm khuẩn trên thế giới và sự liên quan của nó đối với Hoa Kỳ”, Washington, DC, tháng 1 năm 2000. Có thể xem ở <http://www.cia.gov/>
- Báo cáo của ủy ban tình báo quốc gia. 2000. “Xu hướng toàn cầu năm 2015: Một đối thoại với các chuyên gia phi chính phủ”. Tháng 12 năm 2000. Có thể xem ở <http://www.cia.gov/>
- OECD. 2000. *Báo cáo hợp tác phát triển* (tạp chí DAC). Paris: Tổ chức hợp tác kinh tế và phát triển.
- Philipson, T. và R. Soares. 2001. “Vốn con người, tuổi thọ và phát triển kinh tế: một đánh giá về số lượng của việc đo tổng thu nhập”. Bài nghiên cứu, Washington DC: Ngân hàng thế giới.
- Pollitt, E. 2001. Bản chất của sự phát triển và khả năng xảy ra rối loạn chức năng do thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em. *Tạp chí dinh dưỡng*. 131: 669S-675S.
- Pollitt, E. 1997. “Thiếu sắt và thiếu giáo dục”. *Tạp chí dinh dưỡng* 55 (4):133-140.
- Preker, A. 1998. “Giới thiệu về tiếp cận dịch vụ y tế ở OECD: Các bài học cho các nước đang phát triển”. *Đạt được bao phủ rộng rãi về y tế: kinh nghiệm từ những nước có thu nhập trung bình và cao*, của Nitayarumphong và A. Mills, Bangkok, Thái Lan: Bộ y tế công cộng, văn phòng cải cách y tế.
- Preston, S. H. và M. R. Haines. 1991. *Những năm chết chóc: Tử vong ở trẻ em ở châu Mỹ cuối thế kỷ 19*. Princeton, N.J.: Nhà xuất bản đại học Princeton.
- Sachs J. 2001. “Sự đáng kể về chiến lược của bất bình đẳng toàn cầu: tạp chí Washington hàng quý, Mùa hè: 1991.
- Sen, A. 1999. *Phát triển là tự do*. New York: Alfred A. Knopf.
- Simms, C., M. Rowson và S. Peattie. 2001. “Viên thuốc đắng nhất cho mọi người: sự sụp đổ của hệ thống y tế châu Phi”, London, Tổ chức cứu trợ nhi đồng Anh.

- Stanton, B. F., X. Li, J. Kahihuata, A. M. Fitzgerald, S. Neumbo, G. Kanduumombe, I. B. Ricardo, J. S. Galbraith, N. Terreri, I. Guevara, H. Shipena, J. Strijdom, R. Clemens, và R. F. Zimba. 1998. “Tăng cường tình dục an toàn và hạn chế tình dục trong giới trẻ Namibia sau một can thiệp giảm nguy cơ HIV: một nghiên cứu ngẫu nhiên, theo chiều dọc”, *AIDS* 12: 2473-2480.
- Đội đặc nhiệm1999. Báo cáo của đội đặc nhiệm: “Kết quả của giai đoạn 2”, trong *Báo cáo dự án an ninh và thay đổi môi trường của Trung tâm Woodrow Wilson*, số 5, mùa hè:49-72.
- Strauss, J., và D. Thomas. 1998. “Sức khỏe, dinh dưỡng và sự phát triển kinh tế”, *tạp chí tư liệu kinh tế*. 36: 766-817.
- Cơ quan phát triển quốc tế Thụy điển (SIDA).2001. “Các sáng kiến y tế toàn cầu và giảm đói nghèo: Các nguyên tắc cơ bản về ảnh hưởng tối đa ở mức độ quốc gia”, 10 tháng 4.
- Thomas, D. và Strauss, J. 1997. “Y tế và lương: Bằng chứng trên nam và nữ ở đô thị Brazil”. *Tạp chí Toán kinh tế* 77:159-185.
- Topel, R. và K. Murphy, 1997. “Thất nghiệp và không có việc làm”. *Tạp chí tóm tắt kinh tế Hoa Kỳ* 87 (tháng 5):295-300.
- Báo cáo “Sự sắp xếp thoáng qua”, họp về quỹ toàn cầu để chống AIDS, Lao, và Sốt rét (GFATM), Brúc xel 12-13 tháng 7 năm 2001.
- Tucker, J. 2001. *Tai họa*. New York: Nhà xuất bản Đại tây dương hàng tháng.
- Liên hợp quốc. 2000. *Chúng ta những con người: Vai trò của Liên hợp quốc trong thế kỷ 21*. Báo cáo Thiên niên kỷ, 2000. New York: Liên hợp quốc.
- Chương trình phát triển Liên hợp quốc. 1990. *Báo cáo phát triển con người, 1990: Khái niệm và thước đo của sự phát triển con người*. New York/Oxford: Nhà xuất bản đại học Oxford.
- Chương trình phát triển Liên hợp quốc. 2001. *Báo cáo phát triển con người, 2001: Tạo ra công việc công nghệ để phát triển con người*. New York/Oxford: Nhà xuất bản đại học Oxford.
- Ban xã hội và kinh tế Liên hợp quốc, bộ phận dân số. 1998. *Dự báo dân số thế giới, rà soát năm 1998*. New York: Ban xã hội và kinh tế Liên hợp quốc.

- Wagstaff, A. 2000. *Nghiên cứu về sự bình đẳng, nghèo đói và kết quả chăm sóc sức khỏe: Các bài học từ các nước đang phát triển*. Washington DC: Nhóm nghiên cứu phát triển và hệ thống phát triển con người, Ngân hàng thế giới.
- Widdus, R. 2001. “Phối hợp công cộng-tư nhân trong y tế”, *Bản tin của WHO* 79 (8):713-720.
- Wolfgang, M. 1997. *Bách khoa toàn thư về cách ngôn thế giới* của Prentice-Hall. New York, Prentice-Hall.
- Cuộc họp tham vấn quốc tế do WHO tổ chức về điều trị kháng retrovirus HIV/AIDS, WHO, Geneva, 22-23 tháng 5 năm 2001.
- WHO, UNICEF, UNAIDS, Ngân hàng thế giới, UNESCO và UNFPA. 2000. *Sức khỏe, một chìa khóa của sự thịnh vượng: Các câu chuyện về thành công ở các nước đang phát triển*. Geneva: Tổ chức y tế thế giới.
- Nhóm nghiên cứu 2 của CMH. 2001. “Hàng hóa công cộng toàn cầu cho y tế: các chiến lược mới cho thế kỷ 21”. Bài báo tổng hợp. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>
- Hội thảo về định giá và tài chính khác nhau đối với các thuốc thiết yếu, tổ chức bởi WHO và WTO, 8-11 tháng 4 năm 2001, Høsbjør, Na uy.
- Nhóm Ngân hàng thế giới. 2000. *Báo cáo phát triển thế giới 2000/2001: Tấn công nghèo đói*. New York: Nhà xuất bản đại học Oxford.
- Tổ chức y tế thế giới. 1999. *Báo cáo y tế thế giới 1999: Làm nên sự khác biệt*. Geneva: Tổ chức y tế thế giới.
- Tổ chức y tế thế giới. 2000. *Báo cáo y tế thế giới 2000: Các hệ thống y tế: Cải thiện hoạt động*. Geneva: Tổ chức y tế thế giới.
- Nhóm nghiên cứu 5 của CMH. 2001. “Can thiệp, Hạn chế và chi phí đối với việc cải thiện kết quả y tế cho người nghèo”. Báo cáo tổng hợp. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>

NGUỒN TƯ LIỆU

Cơ sở tư liệu của USAID

Cơ sở tư liệu của DFID

Cơ sở tư liệu trên mạng của DAC

Số liệu cung cấp bởi AfDB, ADB, IADB, WB, WHO, UNICEF, DFID, USAID

Số liệu được cho từ nguồn tài trợ của AfDB, IADB, WB, WHO, UNICEF, DFID, USAID OECD CRS cho tất cả các tổ chức song phương.

CÁC BẢN GHI NHỚ VỀ CHÍNH SÁCH

Attaran, A. 2001. “Y tế như là một quyền con người” Ghi nhớ số 3 về chính sách của CMH. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>

Curtis, C. F. 2001. Hiệu quả to lớn của việc sử dụng rộng rãi màn tẩm chất diệt côn trùng trong cộng đồng. Ghi nhớ số 4 về chính sách của CMH. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>

Jamison D. và J. Wang. 2001. “Tuổi thọ của phụ nữ ở một nhóm các nước, 1975-90”. Ghi nhớ về chính sách của CMH. Có thể xem ở <http://www.cid.harvard.edu>

CHÚ GIẢI

ADB: Ngân hàng phát triển châu Á: đơn vị tài chính phát triển đa phương, bao gồm 59 nước thành viên, mục đích làm giảm đói nghèo tại châu á và thái bình dương. Xem <http://www.adb.org/>

AfDB: Ngân hàng phát triển châu Phi: Ngân hàng phát triển đa phương của khu vực, gồm 77 nước, nhiệm vụ phát triển kinh tế và tiến bộ xã hội của các nước thành viên trong vùng thông qua các khoản cho vay và đầu tư bình đẳng, cung cấp các trợ giúp kỹ thuật để chuẩn bị và thực hiện các chương trình dự án, thúc đẩy đầu tư vốn nhà nước và tư nhân với mục đích phát triển, đáp ứng những đòi hỏi trợ giúp trong các chính sách và kế hoạch phối hợp trong các nước thành viên. Ngân hàng cũng đòi hỏi chú ý đặc biệt tới những dự án quốc gia và đa quốc gia mà thúc đẩy sự thống nhất trong khu vực. Xem <http://www.afdb.org/>

Bệnh ngủ châu Phi: Xem trypanosomiasis.

ANC: Chăm sóc trước sinh: Chăm sóc y tế trong thời gian giữa thụ thai và sinh đẻ. Cũng giống prenatal care.

ARI: Nhiễm trùng đường hô hấp cấp.

ART: Điều trị kháng retrovirus: là điều trị bằng thuốc kháng retrovirus, là các thuốc ngăn cản sự sinh sản của của một loại virus gọi là retrovirus. Những thuốc này được dùng điều trị AIDS vì HIV là retrovirus. Thuốc kháng retrovirus không thể chữa AIDS nhưng có thể làm giảm tình trạng bệnh như nhiễm trùng cơ hội có thể gây tử vong.

BCG: Vi khuẩn Calmette Guerin: một chủng đặc biệt của vi khuẩn lao dùng làm vaccin chống lao.

Cơ quan song phương: là một tổ chức chính phủ ở một nước phát triển hoạt động trực tiếp với các tổ chức quốc gia của các nước đang phát triển, thường bằng cách trợ giúp trong các lĩnh vực như sức khỏe và giáo dục, ví dụ như Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID), Cơ quan phát triển quốc tế Anh (DFID), cơ quan hợp tác phát triển quốc tế Thụy điển (SIDA), và cơ quan phát triển quốc tế Canada (CIDA).

Chảy chất xám: Sự ra đi của những chuyên gia của một nước nơi thường có chỉ số kinh tế xã hội thấp, tới làm việc ở nước khác để có tình trạng kinh tế xã hội cao hơn.

CGIAR: Nhóm tham vấn về nghiên cứu nông nghiệp quốc tế: hiệp hội giúp đỡ về nghiên cứu nông nghiệp và các hoạt động mang tính hàng hóa công cộng quốc tế. CGIAR bao gồm 16 trung tâm nghiên cứu độc lập và được tài trợ bởi Ngân hàng thế giới, FAO, và UNDP. Xem <http://www.cgiar.org>.

Bệnh Chagas: Một bệnh gây ra bởi nhiễm một loại ký sinh trùng là *Trypanosoma cruzi* Chagas, truyền qua các con côn trùng hoặc bọ là *triatomin* hay là *bọ hôn*. Các côn trùng này rất nhiều ở Trung và Nam Mỹ, nơi chúng sống ở những túp lều hoặc nhà xây dựng kém. Bệnh gây tổn thương thần kinh tim và hệ tiêu hóa, và cuối cùng dẫn tới tổn thương các cơ quan này. Mỗi năm trên toàn thế giới có trên 15 triệu người mắc bệnh và 50 000 người tử vong. Các nhà nghiên cứu cho rằng ký sinh trùng này chỉ có ở châu Mỹ.

Nghiên cứu COI: Nghiên cứu chi phí của sự đau ốm: Một nghiên cứu liệt kê, đánh giá và tổng kết chi phí của một vấn đề sức khỏe nào đó với mục đích đưa ra một ý niệm về gánh nặng kinh tế của bệnh tật.

Mô hình tài chính cộng đồng: Một sơ đồ mà trong đó một cộng đồng đóng góp tiền và chia sẻ rủi ro bệnh tật, và mô hình này bao gồm những người đóng góp và người quản lý.

Bản quyền bắt buộc: Bản quyền bắt buộc là một điều khoản trong Hiệp định TRIPS mà các nước đang phát triển có thể dùng để có được các thuốc có bằng sáng chế. Nó ủy quyền và cung cấp các điều kiện để một người thứ ba có thể sản xuất, sử dụng hoặc bán một phát minh đã được đăng ký mà không cần sự đồng ý của chủ đăng ký.

CRS: Hội chứng Rubella bẩm sinh: Một tình trạng mà virus Rubella truyền từ người mẹ đang mang thai bị nhiễm sang đứa con, gây ra dị tật thể xác và tâm thần cho đứa trẻ.

Hệ thống CTC: Hệ thống gần khách hàng: Là phần của hệ thống y tế nơi chăm sóc sức khỏe trực tiếp cho cộng đồng, như bệnh viện cơ sở, trung tâm y tế, và các trạm y tế.

DAC: Ủy ban trợ giúp phát triển của OECD: Phần chính mà qua đó OECD làm việc với các vấn đề liên quan tới hợp tác với các nước đang phát triển. DAC “tập trung vào làm thế nào để sự phối hợp hoạt động phát triển quốc tế đóng góp vào khả năng của các nước đang phát triển để tham gia vào kinh tế toàn cầu và kết hợp với khả năng của người dân để vượt qua nghèo đói và tham gia toàn diện vào xã hội của họ”.

DAH: Trợ giúp phát triển về y tế: Trợ giúp về tài chính cho các nước đang phát triển để giúp đỡ những hoạt động y tế của họ.

DALYs: Những năm cuộc đời bị mất đi, được điều chỉnh theo bệnh tật: Một cách đo xem xét đến gánh nặng của bệnh tật đối với xã hội tính theo năm tháng bị mất đi của cuộc đời, có điều chỉnh theo ảnh hưởng tới sức khỏe của những người mắc các bệnh đó. Mục đích của sự tính toán này là đưa chất lượng và cảm giác chủ quan của người bệnh vào, và nhận định của cộng đồng về sự quan trọng của các mức độ bệnh tật khác nhau.

Sự chuyển đổi dân số: Một lý thuyết gắn sự thay đổi của dân số với mức độ phát triển kinh tế, trong đó dân số chuyển dịch từ một tình trạng có tỷ lệ sinh và tỷ lệ chết cao sang một tình trạng có tỷ lệ sinh và tỷ lệ chết thấp khi cải thiện mức sống. ở giai đoạn giữa của sự chuyển đổi, khi tỷ lệ chết thấp nhưng tỷ lệ sinh còn cao, dân số có thể tăng lên nhanh trong nhiều thập kỷ hoặc hơn.

DFID: Cơ quan phát triển quốc tế, Anh quốc: cơ quan của chính phủ Anh chịu trách nhiệm về “Tăng cường sự phát triển và giảm đói nghèo. Tập trung chính của ban này là thực hiện một mục tiêu được quốc tế đồng ý để giảm một nửa tỷ lệ người rất nghèo trước 2015. Hơn nữa, các mục tiêu liên quan bao gồm đảm bảo chăm sóc sức khỏe cơ bản và phổ cập giáo dục tiểu học cũng trong thời hạn trên”. Xem <http://dfid.gov.uk/>

Định mức giá khác nhau : Sự bán cùng một sản phẩm với mức giá khác nhau cho những người mua khác nhau.

Gánh nặng bệnh tật: Một cách đo mức độ lớn của một vấn đề sức khỏe trong một vùng. Kiến thức về gánh nặng bệnh tật có thể giúp xác định nơi đầu tư cho y tế.

Trị liệu DOST: Trị liệu ngăn ngừa trực tiếp giám sát: Một chiến lược dùng trong điều trị lao trong đó nhân viên y tế trực tiếp giám sát bệnh nhân uống thuốc. Mục đích là điều trị bệnh nhân

bằng cách trực tiếp giám sát họ uống thuốc trong hai tháng đầu. Như vậy thuốc sẽ được dùng đúng liều và đúng loại để hạn chế tỷ lệ vi khuẩn lao kháng thuốc. Bằng cách giám sát điều trị trực tiếp, dự đoán rằng sẽ làm giảm khoảng 80% tử vong do lao trên toàn thế giới.

DPT: Một sự phối hợp vaccine phòng ngừa bạch hầu, ho gà và uốn ván. ở nhiều nước đang phát triển, tiêm phòng đầy đủ cho các bệnh này đòi hỏi một liệu trình ba liều. Thường các liều được gọi là DPT1, DPT2 và DPT3.

EPI: Chương trình tiêm chủng mở rộng: Chương trình được WHO đưa ra năm 1974 với mục đích tiêm chủng cho trẻ em trên toàn thế giới phòng ngừa 6 bệnh: bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt, sởi và lao.

Thuốc thiết yếu: Các thuốc thiết yếu là những thuốc thỏa mãn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của đa số trong cộng đồng. Do đó thuốc nên được cung cấp với số lượng đầy đủ và đều đặn và ở những liều phù hợp, và ở mức giá mà mọi người trong cộng đồng có thể chấp nhận được. Nhiều thuốc trong nhóm này là quá đắt so với khả năng mua của người dân trong các nước đang phát triển. Một số thuốc khác, có thể cứu sống bệnh nhân, không có được vì các nhà sản xuất từ bỏ sản phẩm vì họ cho rằng không mang lại đủ lợi nhuận.

Các nhóm tín ngưỡng: Các tổ chức cung cấp dịch vụ phúc lợi theo điều khoản Lựa chọn từ thiện trong Luật về trách nhiệm cá nhân và hòa hợp cơ hội làm việc 1996, trong đó hạn chế chính phủ liên bang Hoa Kỳ dựa trên lý do tôn giáo xâm phạm bất cứ tổ chức nào cung cấp trợ giúp phúc lợi. Theo điều luật này, các tổ chức tôn giáo này có được sự độc lập hoàn toàn đối với chính phủ. Ví dụ, luật cho phép các nhóm tín ngưỡng đối xử phân biệt dựa trên cơ sở tôn giáo.

Tỷ lệ sinh đẻ (chung): Số lượng con trung bình mà một phụ nữ có trong suốt cuộc đời. Tỷ lệ thụ thai chung ở các nước đang phát triển có xu hướng giữa 2 và 7; ở các nước công nghiệp, tỷ lệ này thường dưới 2.

Filariasis: gây ra bởi giun, sống ở hạch và tổ chức dưới da. Các dạng chính là filariasis hạch, còn gọi là *bệnh chân voi* (gây ra bởi *Wuchereria bancrofti* và *Brugia malayi*), và onchocerciasis,

còn gọi là *bệnh mù ven sông* (gây ra bởi *onchocerca volvulus*). Filariasis hạch do muỗi truyền gây bệnh cho khoảng 120 triệu trong các vùng nhiệt đới, và được Tổ chức Y tế thế giới xếp loại là nguyên nhân thứ hai của tàn phế trên toàn thế giới. Loài giun gây ra onchocerciasis truyền bởi ruồi đen có ở các bờ sông màu mỡ. Các vùng này thường bị bỏ hoang vì dân sợ bị mù.

Onchocerciasis là một cản trở quan trọng đối với sự phát triển kinh tế xã hội.

GATT: Thỏa ước chung về Thuế quan và Thương mại: Là tiền thân của WTO, GATT được thành lập trên cơ sở điều khoản, sau chiến tranh thế giới thứ hai, theo sau các tổ chức đa phương khác với mục đích hợp tác kinh tế quốc tế - đặc biệt là các tổ chức Bretton Woods mà nay gọi là Ngân hàng thế giới và Quỹ tiền tệ quốc tế. GATT phục vụ cơ bản như hệ thống thương mại đa phương từ 1947 cho đến khi thành lập Ngân hàng thế giới ngày 1 tháng Giêng năm 1995.

GAVI: Hiệp hội toàn cầu về vaccine và tiêm chủng: Hiệp hội của các cơ quan đa quốc gia, các cơ quan song phương, các nhà sản xuất dược phẩm, các tổ chức phi chính phủ và các chương trình y tế của chính phủ thành lập năm 1999 “để khẳng định tầm quan trọng và đẩy mạnh hỗ trợ cho tiêm chủng”. Xem <http://vaccinealliance.org>

GEF: Tổ chức môi trường toàn cầu: Tổ chức được thành lập năm 1991 để “đẩy mạnh hợp tác quốc tế và hoạt động tài chính để khẳng định 4 đe dọa quan trọng đối với môi trường thế giới: mất sự đa dạng sinh học, thay đổi khí hậu, suy thoái nguồn nước, và mỏng dần tầng ozone”. Xem <http://gefweb.org>

GFATM: Quỹ toàn cầu chống AIDS, lao và sốt rét: Một quỹ được thành lập sau phiên họp toàn thể đặc biệt của Liên hợp quốc về HIV/AIDS tháng 6 năm 2001. Quỹ có mục đích là “huy động, quản lý và giải ngân các nguồn lực mới và thêm vào để chỉ ra những thách thức do các nạn dịch nặng nề của lao và sốt rét và sự đe dọa nghiêm trọng gây ra bởi HIV/AIDS”.

GHRF: Quỹ nghiên cứu sức khỏe toàn cầu: Một quỹ mới dành cho nghiên cứu y tế do ủy ban kinh tế vĩ mô và sức khỏe chủ trương. Quỹ là một trong những kênh chính được khuyến cáo

bởi ủy ban để tăng cường nghiên cứu và phát triển liên quan đến y tế, với sự chi tiêu khoảng 1.5 tỷ dollar mỗi năm. Quỹ này sẽ trợ giúp các nghiên cứu cơ bản và y sinh học ứng dụng và khoa học sức khỏe mà có ảnh hưởng tới người nghèo, và các nghiên cứu về hệ thống y tế và các chính sách để giải quyết vấn đề này. Một mục đích chính của GHRF là xây dựng khả năng nghiên cứu lâu dài ở các nước đang phát triển bằng cách cung cấp quỹ tối thiểu cho các nhóm nghiên cứu ở các nước có thu nhập thấp.

GNP: Tổng sản phẩm quốc gia: Giá trị của hàng hóa và dịch vụ của một nước trong 1 năm. Giá trị của GNP có thể tính bằng cách cộng số tiền tiêu cho hàng hóa và dịch vụ ở một nước, hoặc bằng cách tính tổng thu nhập của các công dân của một nước kể cả thu nhập từ những sản xuất từ nước ngoài.

GPGs: Hàng hóa công cộng toàn cầu: Hàng hóa mà đặc tính là của công cộng (không cạnh tranh trong tiêu thụ và không vì lợi nhuận) mở rộng tới hơn một nước hoặc hơn một vùng lãnh thổ.

HAART: Trị liệu chống retrovirus hoạt động cao: Một trị liệu chống retrovirus, bằng cách phối hợp các thuốc chống retrovirus dùng trong chữa AIDS, mà có thể hy vọng làm giảm lượng virus xuống dưới 50 c/ml ở người nhiễm HIV.

Các năm sống khỏe: Một năm của cuộc đời mà một người không có bệnh tật.

HepB: Bệnh viêm gan là một “sự viêm của gan”, có thể gây ra bởi nhiều thứ như virus, nhiễm khuẩn, chấn thương, phản ứng thuốc, hoặc nghiện rượu. Viêm gan B được truyền chủ yếu qua máu, quan hệ tình dục không an toàn, dùng chung kim tiêm và từ mẹ qua con trong khi đẻ.

HIB/HiB: Haemophilus influenza B: Một nguyên nhân thường gặp của nhiễm trùng (ví dụ viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm khớp) ở nữ nhi và trẻ nhỏ.

HIC: Các nước thu nhập cao: là các nước có GNP theo đầu người hơn 9385 dollar năm 1995, như liệt kê trong Danh sách nhận sự giúp đỡ của DAC, dùng cho năm 1997-1999

Sáng kiến HIPC: “Sáng kiến các nước nghèo nợ nhiều” là một chương trình của Ngân hàng thế giới mà mục đích chính là đưa gánh nợ của các nước xuống mức ổn định, tùy theo hiệu quả

hoạt động chính sách, để cho đảm bảo rằng những cố gắng cải tổ và điều chỉnh không bị nguy hiểm do nợ cao và trả nợ kéo dài. Sáng kiến này liên quan đến việc thỏa thuận giữa các nước chủ nợ nhằm giảm nợ cho những nước bị nợ nhiều nhất.

HIV/AIDS: Virus suy giảm miễn dịch ở người/ Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải: là loại retrovirus được phân lập và được xác định là tác nhân gây bệnh (tức là gây ra hoặc tham gia vào nguyên nhân của bệnh) AIDS. AIDS là biểu hiện nặng nhất của nhiễm HIV. Người bị AIDS thường bị nhiễm trùng ở phổi, não, mắt, và các cơ quan khác và thường xuyên bị giảm cân, ỉa chảy, và một loại ung thư có tên là Kaposi Sarcoma.

HRP: Chương trình đặc biệt về nghiên cứu, phát triển và đào tạo nghiên cứu về sinh sản: Chương trình là một cố gắng phối hợp của UNPD/UNPFA/WHO/Ngân hàng thế giới, và được thành lập năm 1972 bởi WHO. Chương trình tiếp tục tồn tại như một thể thống nhất trong ban sức khỏe sinh sản và nghiên cứu của WHO.

IADB: Ngân hàng phát triển liên Mỹ: Tổ chức phát triển đa phương của khu vực với 46 quốc gia thành viên. IADB thành lập tháng 12 năm 1959 để “giúp đẩy nhanh phát triển kinh tế xã hội ở châu Mỹ latin và Caribê”. Xem <http://www.iadb.org>

IBN: Màn tẩm chất diệt côn trùng: Các nghiên cứu cho thấy rằng tại những vùng có dịch sốt rét, dùng màn tẩm chất diệt côn trùng thường xuyên có thể làm giảm tử vong cho trẻ em tới 20% hoặc hơn. Bệnh nặng có thể giảm đến một nửa.

IBRD: Ngân hàng quốc tế về tái xây dựng và phát triển: Một tổ chức của Ngân hàng thế giới, cung cấp các khoản vay và hỗ trợ phát triển cho những nước có thu nhập trung bình và những nước nghèo hơn đáng tin cậy. Xem <http://www.worldbank.org/ibrd/>

IDA: Hiệp hội phát triển quốc tế: Phần của Ngân hàng thế giới mà cho vay với các điều khoản ưu đãi cao, cung cấp các khoản cho vay dài hạn với lãi suất bằng không và phí hành chính thấp cho các nước nghèo nhất trong các nước đang phát triển. Nhiệm vụ của IDA là để “giúp đỡ các chương trình đầy đủ và có hiệu quả để giảm đói nghèo và cải thiện chất lượng cuộc sống ở những nước thành viên nghèo nhất”. Xem <http://www.worldbank.org/ida/>

IFPMA: Liên đoàn quốc tế của Hiệp hội các nhà sản xuất dược phẩm: một tổ chức phi chính phủ, phi lợi nhuận mà các thành viên là các hiệp hội quốc gia hoặc địa phương đại diện cho các công ty nghiên cứu dược phẩm và các nhà sản xuất thuốc kê đơn khác. Mục đích của Liên đoàn là “giải quyết các mối quan tâm chung (như luật y tế, khoa học nghiên cứu y tế) để đóng góp vào việc phát triển y tế và phúc lợi của mọi người trên thế giới; đẩy mạnh và giúp đỡ sự phát triển rộng khắp công nghiệp dược phẩm với các nguyên tắc và thực tế có đạo đức; đóng góp chuyên môn vào và hợp tác với các tổ chức quốc gia và quốc tế, chính phủ và phi chính phủ có cùng mục đích; phối hợp các cố gắng của các thành viên để đạt được các mục tiêu này” Xem <http://ifpma.org>

IMCI: Điều trị toàn diện bệnh trẻ em: một chiến lược đưa ra bởi WHO và UNICEF. “IMCI là một cách tiếp cận toàn diện tới sức khỏe trẻ em nhấn mạnh vào sự khỏe mạnh của trẻ. IMCI nhắm tới việc giảm tử vong, đau ốm và tàn tật, và cải thiện sức lớn và phát triển của trẻ dưới 5 tuổi. IMCI bao gồm phân phòng bệnh và chữa bệnh, được áp dụng bởi các gia đình và cộng đồng cũng như các trung tâm y tế “. Xem <http://who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

IMR: Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh: Số trẻ sơ sinh trên mỗi 1000 trẻ sinh ra trong một năm, mà bị chết trước một tuổi. Tỷ lệ càng thấp, càng có ít trẻ em chết, và nhìn chung nói lên mức độ chăm sóc y tế càng tốt ở một nước.

ITN: Màn chống muỗi bằng cách tẩm chất diệt côn trùng. Xem IBN.

IVR: Sáng kiến nghiên cứu vaccine: Một sáng kiến đưa ra bởi WHO /UNAIDS nhằm kết hợp các cố gắng của WHO và UNAIDS trong hoạt động nghiên cứu vaccine, nhằm thể chế hóa các hoạt động này, tăng hiệu quả và trọng tâm của chúng. Nhiệm vụ của IVR là hướng dẫn, đẩy mạnh và tạo điều kiện cho phát triển, đánh giá lâm sàng, và cung cấp trên toàn thế giới các loại vaccine an toàn, hiệu quả và giá chấp nhận được chống lại các bệnh nhiễm trùng quan trọng trong cộng đồng, nhất là ở các nước đang phát triển.

LDC: Các nước kém phát triển nhất: Năm 1997, Liên hợp quốc và Danh sách nhận viện trợ của DAC liệt kê 48 nước “kém phát triển nhất” (LDCs). ủy ban kinh tế và xã hội của Liên hợp quốc

xem xét lại danh sách 3 năm một lần. Một nước bị cho thêm vào danh sách nếu có những kết luận về 3 chỉ số: thu nhập thấp, đo bằng GDP/đầu người (năm 2001, giới hạn cho thu nhập thấp theo GDP đầu người là dưới 800 dollar); nguồn nhân lực yếu, đo bằng một chỉ số tổng hợp (Chỉ số chất lượng cuộc sống tổng hợp) dựa trên các chỉ số như tuổi thọ dự kiến lúc sinh, năng lượng ăn vào cho mỗi đầu người, tỷ lệ học sinh trung học và tiểu học, và trình độ văn hóa của người lớn; và mức độ thấp về sự đa dạng của nền kinh tế, đo bằng một chỉ số tổng hợp (Chỉ số đa dạng kinh tế) dựa trên tỷ lệ của sản xuất trong GDP, tỷ lệ của lực lượng lao động làm trong công nghiệp, sức tiêu thụ mua bán cho mỗi đầu người hàng năm, và chỉ số tập trung xuất khẩu hàng hóa của Hội nghị Liên hợp quốc về thương mại và phát triển.

LEB: Tuổi thọ trung bình dự kiến của một đứa trẻ mới sinh dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại. Chỉ số này phản ánh các điều kiện môi trường ở một nước, sức khỏe của con người trong nước đó, chất lượng của chăm sóc y tế khi họ bị ốm, và các điều kiện sống của họ.

Leshmaniasis: Leshmaniasis dùng để chỉ nhiều bệnh khác nhau gây ra bởi protozoan (sinh vật đơn bào đơn giản). Các loại protozoa gây ra Leishmaniasis được truyền bằng ruồi cát hút máu. Diễn biến của bệnh phụ thuộc vào loại protozoa, và loại phản ứng mà protozoa gây ra đối với hệ miễn dịch của bệnh nhân. Khoảng 20 triệu người trên thế giới bị nhiễm Leishmaniasis.

Leprosy: Một bệnh mạn tính gây ra bởi một vi khuẩn kháng acid thuộc họ *Mycobacterium* (*M. Leprae*). Bệnh có đặc điểm là sự hình thành các hạt trên cơ thể, nhất là trên mặt, hoặc những vết dạng củ trên da kèm theo mất cảm giác. Nếu không điều trị, bệnh sẽ ảnh hưởng tới các dây thần kinh và cuối cùng là liệt, yếu cơ và sinh ra các biến dạng và cụt chân tay. Năm 2000, có 680 000 ca bệnh có đăng ký và ước tính 1,6 triệu ca trên toàn thế giới.

LIC: Các nước thu nhập thấp: Các nước có thu nhập đầu người hàng năm dưới 765 đô la Mỹ vào năm 1995, như được nêu trong Danh sách các nước nhận viện trợ của DAC cho năm 1997-1999. Theo phân loại của DAC, LIC bao gồm cả LDC và OLIC.

LMIC: Các nước thu nhập trung bình thấp: là những nước có GNP đầu người lớn hơn 756 đôla nhưng nhỏ hơn 2995 đôla (1999). Điều kiện sống trong những nước LMIC cao hơn ở những nước có thu nhập thấp, và người dân có nhiều hàng hóa và dịch vụ hơn, nhưng nhiều người còn chưa đạt được nhu cầu cơ bản.

Lymphatic filariasis: Còn gọi là bệnh chân voi. Xem filariasis.

Malaria: Sốt rét: một bệnh ký sinh trùng nhiệt đới giết chết nhiều người hơn tất cả những bệnh truyền nhiễm trừ bệnh lao. Sốt rét được truyền qua vết cắn của muỗi *Anopheles*, và nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đủ, thì sẽ khỏi. Các triệu chứng bao gồm sốt cao, rét run, lách to, nôn kéo dài, thiếu máu, và vàng da.

Tỷ lệ tử vong bà mẹ: là số bà mẹ chết trong 100 000 phụ nữ trong tuổi sinh đẻ (từ 15-49).

MDG: Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ: Mục tiêu được chấp nhận trong tuyên bố thiên niên kỷ tại Trụ sở Liên hợp quốc tháng 12 năm 2000. Mục tiêu tập trung vào 7 lĩnh vực: Thu nhập, an toàn thực phẩm và dinh dưỡng, y tế và tử vong, sức khỏe sinh sản, giáo dục, bình đẳng về giới và quyền phụ nữ, và môi trường.

MMR: một vaccine phòng sởi, quai bị và rubella.

MMV: Thuốc đầu tư cho sốt rét: Một kết hợp nhà nước-tư nhân của các tổ chức y tế công cộng toàn cầu, các nhà sản xuất dược phẩm, các bộ của các chính phủ, các cơ sở nghiên cứu và hiệp hội nhằm mục đích phát triển các thuốc chữa sốt rét mới, hiệu quả và giá chấp nhận được.

Tỷ lệ tử vong: Tỷ lệ chết theo đầu người ở một cộng đồng. (xem thêm IMR, tỷ lệ tử vong bà mẹ, và tỷ lệ tử vong do sinh đẻ)

MRC: ủy ban nghiên cứu y học: Tổ chức nghiên cứu có cơ sở tại Anh “có mục đích phát triển y tế bằng cách phát triển nghiên cứu tới tất cả các lĩnh vực của y học và các khoa học liên quan. Nó hỗ trợ nghiên cứu y học qua 3 cách chính: thành lập các nghiên cứu, đầu tư cho các nhà khoa học, và hỗ trợ cho các sinh viên sau đại học”. Xem <http://www.mrc.ac.uk/>

Cơ quan đa phương: Một cơ quan liên quan tới hơn 2 quốc gia hoặc tổ chức. Cơ quan cho vay đa phương bao gồm Ngân hàng thế giới, Quỹ tiền tệ quốc tế, và Ngân hàng phát triển liên Mỹ.

NCD: Bệnh không truyền nhiễm: Bệnh không thể truyền từ người này sang người khác (ví dụ bệnh hen).

NCMH: Ủy ban quốc gia về kinh tế vĩ mô và sức khỏe: Một nhóm làm việc trong một nước đang phát triển chịu trách nhiệm tổ chức và lãnh đạo việc mở rộng các can thiệp y tế được khuyến nghị bởi ủy ban kinh tế vĩ mô và sức khỏe. NCMH, hoặc tương đương, sẽ được sự lãnh đạo phối hợp bởi cả Bộ Y tế và Bộ Tài chính và bao gồm cả đại diện của xã hội dân sự. Nhóm này sẽ đánh giá các ưu tiên cho y tế quốc gia, thiết lập một chiến lược nhiều năm để mở rộng sự bao phủ của các dịch vụ y tế thiết yếu, có tính đến yếu tố hỗ trợ của các ngành liên quan khác, và nhất quán với khung hoạch định chính sách vĩ mô chung. Kế hoạch cũng chỉ ra sự mở rộng trợ giúp quốc tế. Ủy ban quốc gia sẽ làm việc với WHO và Ngân hàng thế giới để chuẩn bị các số liệu cơ bản về dịch tễ học, cụ thể hóa các mục tiêu hoạt động, và một kế hoạch tài chính trung hạn.

NGO: Tổ chức phi chính phủ: Các tổ chức tư nhân, phi lợi nhuận theo đuổi các hoạt động làm giảm đau khổ, tăng cường sự quan tâm đến những người nghèo, bảo vệ môi trường, cung cấp dịch vụ xã hội cơ bản, hoặc phát triển cộng đồng. NGO thường được phân biệt với các tổ chức khác ở chỗ nó có khuynh hướng hoạt động độc lập với chính phủ, dựa trên giá trị và đi theo nguyên tắc của lòng vị tha và tình nguyện.

NIH: Viện sức khỏe quốc gia: Một trong 8 đơn vị của Dịch vụ Y tế công cộng của Bộ Y tế và phục vụ con người Hoa Kỳ. Tiến hành hỗ trợ nghiên cứu, đào tạo các nhà nghiên cứu, và trao đổi thông tin Y học. Xem <http://nih.gov>

OCP: Chương trình kiểm soát bệnh onchocerciasis: Một chương trình của WHO nhằm kiểm soát bệnh onchocerciasis (bệnh mù ở ven sông) ở miền tây châu Phi. Xem <http://www.who.int/ocp>

ODA: Viện trợ phát triển chính thức: Viện trợ phát triển mà ít nhất 25% là không hoàn lại hoặc tương đương không hoàn lại. Sự thúc đẩy phát triển kinh tế hoặc phúc lợi phải là mục đích của viện trợ. Nơi được viện trợ phải là các nước đang phát triển theo định nghĩa của DAC.

OECD: Tổ chức hợp tác kinh tế và phát triển: Một tổ chức kinh tế, chủ yếu của các nước thu nhập cao giúp đỡ chính phủ giải quyết những thách thức về kinh tế, xã hội và quản lý của một nền kinh tế toàn cầu hóa.

- OI:** Nhiễm trùng cơ hội: Một số bệnh nhất định mà những người bị AIDS có thể mắc và có thể đe dọa tính mạng. Người có hệ miễn dịch khỏe thường không mắc những bệnh này, ngay cả khi vi khuẩn gây bệnh đã có sẵn trong cơ thể họ. Chỉ khi hệ miễn dịch bị tổn thương thì vi khuẩn lợi dụng “cơ hội” tình trạng suy yếu đó và gây bệnh.
- OLIC:** Các nước thu nhập thấp khác: Các nước ngoài danh sách của LDC với GNP theo đầu người dưới 765 dollar năm 1995, như trong danh sách nhận viện trợ của DAC dùng cho năm 1997-1999.
- Onchocerciasis:** còn gọi là *bệnh mù ven sông* và là một dạng của filariasis. Xem Filariasis.
- OPV:** Vaccine phòng bại liệt uống.
- Oral rehydration therapy:** Điều trị bù nước đường uống: Điều trị ỉa chảy bằng cách cho bệnh nhân uống một dung dịch đặc biệt gồm có muối và đường để thay thế lượng dịch bị mất qua phân lỏng nhiều lần.
- Orphan drug law:** Luật thuốc hiếm: Thuốc hiếm là những thuốc sản xuất dưới Luật thuốc hiếm Hoa Kỳ (1983) để điều trị các bệnh của ít hơn 200 000 người ở Hoa Kỳ. Luật thuốc hiếm đưa ra sự giảm thuế và 7 năm độc quyền bán thuốc để giúp các công ty phát triển và sản xuất những thuốc này, là những thuốc có thể không mang lại lợi nhuận do số lượng tiêu thụ ít.
- Tỷ lệ tử vong do sinh đẻ:** số chết trong tử cung sau 28 tuần thụ thai cộng với chết trong tuần đầu tiên sau sinh chia cho tổng số sinh. Tỷ lệ thường là cho 1 năm.
- PIN:** Cư dân có nhu cầu: Những người mà một chương trình phòng bệnh hoặc một can thiệp chăm sóc được thiết kế đưa được dịch vụ tới cho họ.
- Poverty trap:** Bẫy đói nghèo.
- PPP:** Sự hợp tác công-tư.
- PPP \$US:** Đồng đôla được điều chỉnh theo sức mua tương đương: Một phương pháp đo sức mua tương đối của các đồng tiền của các nước khác nhau cho cùng loại hàng hóa và dịch vụ. Vì hàng hóa và dịch vụ có thể trị giá nhiều hơn ở nước này so với nước khác, PPP cho phép chúng ta so sánh chính xác hơn điều kiện

sống giữa các nước. Ước lượng PPP dựa vào so sánh giá của các mặt hàng tương đương nhưng vì không phải tất cả các mặt hàng đều có mặt hàng tương đương một cách chính xác nên sự ước lượng không phải lúc nào cũng chính xác.

PRSP: Báo cáo chiến lược giảm đói nghèo: Báo cáo chiến lược giảm đói nghèo cung cấp một cơ sở cho sự giúp đỡ từ Ngân hàng thế giới và Quỹ tiền tệ quốc tế cũng như giảm nợ theo sáng kiến HIPC. PRSP nên do từng nước chủ trì, phạm vi toàn diện, trên cơ sở hợp tác và tham gia. Một nước cần viết PRSP 3 năm một lần. Tuy nhiên có thể có thay đổi nội dung của PRSP dựa vào một Báo cáo phát triển hàng năm.

Hàng hóa công cộng: Một hàng hóa công cộng có những đặc điểm là không loại trừ và không cạnh tranh. *Không loại trừ* có nghĩa là khi được cung cấp, lợi nhuận trực tiếp hoặc bên ngoài mang đến cho cá nhân hoặc nhóm người không bị từ chối vì đòi hỏi trả phí hoặc giá. Ví dụ, toàn bộ cộng đồng thế giới ngày nay có lợi từ việc thanh toán xong bệnh đậu mùa, và người dân hoặc đất nước không thể bị loại trừ ra khỏi lợi ích đó bằng cách bị đòi phải nộp một khoản phí. *Không cạnh tranh* ngụ ý rằng việc tiêu thụ lợi ích của hàng hóa hoặc dịch vụ bởi cá nhân, nhóm người hoặc đất nước sẽ không loại trừ lợi ích của người khác sử dụng cùng hàng hóa hoặc dịch vụ đó.

R&D: Nghiên cứu và phát triển.

RIS: Phun thuốc diệt côn trùng tại chỗ: Phương pháp chính để tấn công muỗi trưởng thành ở trong nhà bằng cách phun mặt trong tường và mái nhà hoặc trần bằng chất diệt côn trùng tại chỗ. Mục đích là muỗi sẽ bám vào bề mặt có phun thuốc và ở đó đủ lâu để ngấm tới liều chết.

Schistosomiasis: Còn gọi là *bilharziasis* hoặc *sốt sên* là một bệnh ký sinh trùng chủ yếu ở vùng nhiệt đới gây ra bởi ấu trùng của một hoặc nhiều trong số 5 loại sán hoặc giun hút máu gọi là schistosomes. Có 5 loại schistosomes thường gặp ở những vùng khác nhau trên thế giới và gây ra các triệu chứng hơi khác nhau. Schistosomiasis ruột, gây ra bởi *Schistosoma japonicum*, *S. mekongi*, *S. mansoni*, và *S. intercalatum*, có thể dẫn tới các biến chứng nặng của gan và lách. Schistosomiasis đường tiết niệu gây ra bởi *S. haematobium*. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có 200 triệu và 120 triệu người có triệu chứng. 600 triệu người khác có nguy cơ nhiễm.

SWAp: Phương pháp tiếp cận toàn ngành: một chiến lược để trợ giúp phát triển trong đó một nhóm các nước cho và các nước nhận cùng nhau lên kế hoạch và cam kết một sự đầu tư trọn gói cho một ngành nào đó (ví dụ ngành y tế). Trong vài trường hợp một quỹ trọn gói (quỹ hỗ trợ toàn bộ) được thành lập trong đó các nước cho đóng góp vào và các nước nhận thì chi tiêu. Phương pháp này kích thích sự kết hợp của các dự án viện trợ vào các kế hoạch phát triển của các nước nhận viện trợ, đẩy mạnh sự phối hợp của bên cho, nâng cao năng lực, và có thể tăng mức độ tài trợ tới những vùng cho đến nay bị lãng quên trong một ngành nào đó.

STIs: Các bệnh nhiễm trùng truyền qua đường tình dục: Nhiễm trùng truyền từ người này sang người khác qua tiếp xúc tình dục. Sự tiếp xúc này có thể có hoặc không có giao hợp. Trong một số trường hợp, những tiếp xúc thâm kín da với da là đủ để sự truyền nhiễm xảy ra. Ví dụ của STI gồm HIV, chlamydia, gonorrhea, trichomoniasis, virus papilloma ở người (HP), và herpes virus (HSV).

TB: Bệnh lao: Một nhiễm vi khuẩn cấp tính hoặc mạn tính thường tấn công phổi, nhưng cũng có thể xảy ra ở thận, xương, hạch và não. Bệnh gây ra bởi *Mycobacterium tuberculosis*, một vi khuẩn hình que. Một nửa của những ca lao không điều trị sẽ tử vong. Bệnh lao gây ra 2 triệu cái chết mỗi năm. WHO dự đoán rằng giữa 2000 và 2020 gần 1 tỷ người sẽ nhiễm lao và 35 triệu người sẽ chết vì bệnh này.

TDR: Chương trình đặc biệt về nghiên cứu và đào tạo về bệnh nhiệt đới: Một chương trình độc lập phối hợp khoa học toàn cầu. Thành lập năm 1975 và được đồng tài trợ bởi UNDP, Ngân hàng thế giới, WHO, nó nhằm giúp đỡ, phối hợp và gây ảnh hưởng tới các nỗ lực toàn cầu để chống lại nhóm 10 bệnh chính của người nghèo và những người thiệt thòi.

TRIPS: Các khía cạnh thương mại của quyền sở hữu trí tuệ: Là một phần của vòng cuối cùng (vòng Uruguay) của thỏa ước chung về thuế quan và mậu dịch (GATT) vào tháng 4 năm 1994, 123 nước ký một thỏa ước về các khía cạnh thương mại của quyền sở hữu trí tuệ (TRIPS). Đó là một cố gắng để thu hẹp các khoảng cách theo cách “quyền sở hữu trí tuệ” (quyền của các nhà sáng chế ngăn cản người khác dùng các phát minh, sáng

chế của mình) được bảo vệ khắp nơi trên thế giới. . Thỏa ước TRIPs cũng đưa họ lại dưới luật quốc tế chung. Thỏa ước TRIPs bắt buộc những người ký cung cấp sự bảo vệ mẫu sáng chế trong 20 năm cho những phát minh mới, trong tất cả các lĩnh vực kỹ thuật, bao gồm cả dược phẩm. Đảm bảo việc thực hiện thỏa ước này là trách nhiệm của Tổ chức thương mại thế giới (WTO).

Trypanosomiasis: Một bệnh gây ra bởi trypanosomes, là một ký sinh trùng loại protozoan. Nhiễm trypanosomes gây ra biến đổi thần kinh, dẫn tới các triệu chứng của mệt mỏi mạn tính (do đó bệnh cũng được gọi là *bệnh ngủ châu Phi*). Không điều trị, bệnh có thể gây tử vong. Bệnh truyền sang người qua vết cắn của loại ruồi tsetse thuộc giống *Glossina*. Bệnh ngủ là một đe dọa hàng ngày đối với hơn 60 triệu đàn ông, đàn bà và trẻ em của 36 nước châu Phi vùng dưới sa mạc Sahara, 22 nước trong đó là những nước kém phát triển nhất. Bệnh ngủ có một ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của toàn vùng bởi sự giảm lực lượng lao động và cản trở sản xuất và khả năng lao động.

UMIC: Các nước thu nhập trung bình khá: Các nước có thu nhập GDP đầu người giữa 2996 và 9265 dollar.

UN: Liên hợp quốc: Một tổ chức quốc tế thành lập năm 1945 để đảm bảo hòa bình, giải quyết các vấn đề quốc tế, và phát triển quyền con người qua sự hợp tác quốc tế và an ninh chung. Xem <http://un.org>

UNDP: Chương trình phát triển liên hợp quốc: Cơ quan cung cấp chính của Liên hợp quốc về phát triển, luật pháp, và thiết lập viện trợ. Xem <http://www.undp.org>

UNICEF: Quỹ nhi đồng liên hợp quốc: Một tổ chức Liên hợp quốc với nhiệm vụ đảm bảo quyền trẻ em và giúp đảm bảo nhu cầu của chúng. Xem <http://www.unicef.org>

UNIDO: Tổ chức phát triển công nghiệp liên hợp quốc: Một tổ chức liên hợp quốc tập trung cố gắng làm giảm nghèo bằng cách đẩy mạnh phát triển sản xuất tại các nước đang phát triển và các nước có nền kinh tế đang chuyển đổi. Xem <http://www.unido.org>

USAIDS: Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ: Cơ quan chính phủ liên bang độc lập hoạt động để giúp đỡ phát triển kinh tế lâu dài và công bằng và đẩy mạnh chính sách ngoại giao của Hoa Kỳ

bằng hỗ trợ phát triển kinh tế và phát triển nông nghiệp, y tế toàn cầu, ngăn ngừa xung đột và giảm phát triển xung đột. Xem <http://www.usaid.gov>

Chi phí cho người sử dụng: Khoản tiền trả, lấy trực tiếp từ trong túi ra, tại thời điểm sử dụng dịch vụ y tế.

VCT: tham vấn và xét nghiệm tự nguyện

Kiểm soát đường truyền bệnh: Sự loại trừ hoặc hạn chế các sinh vật (như côn trùng) truyền tác nhân gây bệnh (như vi khuẩn hoặc virus) từ một sinh vật này tới một sinh vật khác.

Phương pháp ngành dọc: Phương pháp phân loại theo loại bệnh.

VDP: bệnh phòng được bằng vaccine.

WB: Ngân hàng thế giới: Một tổ chức tài chính phát triển sở hữu bởi 183 nước . Nhóm ngân hàng thế giới là một trong những nguồn lớn nhất của thế giới về hỗ trợ phát triển, cung cấp 17,3 tỷ dollar cho vay trong năm tài chính 2001. Xem <http://www.worldbank.org>

WHO: Tổ chức Y tế thế giới: Một cơ quan chuyên môn hóa của Liên hợp quốc, tập trung vào lĩnh vực y tế trong 191 nước thành viên. WHO cung cấp sự hợp tác kỹ thuật về y tế cho các nước, tiến hành các chương trình để kiểm soát và loại trừ bệnh tật và đấu tranh để cải thiện chất lượng cuộc sống cho con người.

WTO: Tổ chức thương mại thế giới: “Cơ quan quốc tế duy nhất liên quan tới luật toàn cầu về thương mại giữa các quốc gia. Chức năng chính của nó là đảm bảo cho thương mại diễn biến trôi chảy, dự đoán được và tự do càng nhiều càng tốt”. Xem <http://www.wto.org>