



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ВТОРАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 4 повестки дня

A52/DIV/9
18 мая 1999 г.

Здоровье и вопросы развития

Основное выступление проф. Amartya Sen,
Главы Колледжа св. Троицы, Кембридж,
лауреата Нобелевской премии в области экономики,
на Пятьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения

Женева, вторник, 18 мая 1999 г.

Я испытываю чувство гордости и, разумеется, удовлетворения по поводу того, что мне предоставлена возможность выступить с этой лекцией перед участниками этого очень важного форума. Я чувствую себя тройне счастливым прежде всего потому, что чрезвычайно значителен **сам случай** (Всемирная ассамблея здравоохранения представляет собой собрание людей, которые могут воздействовать на здоровье и продолжительность жизни миллиардов людей в этом мире), во-вторых, потому, что представленная **повестка дня** представляется столь значительной (мы только что услышали о приоритетах, на которые было указано Генеральным директором в ее выступлении «Год изменений»), и в-третьих, поскольку мне очень приятно присутствовать здесь по приглашению д-ра Гро Харлем Брутланд, к которой я испытываю чувство глубокого уважения.

Мне была предложена тема для выступления «Здоровье и вопросы развития». Мне предстоит ответить на вопрос – очень сложный вопрос, - каким образом здравоохранение взаимосвязано с развитием¹. На каком-то этапе этот вопрос допускает вполне простой ответ: ибо не вызывает сомнения тот факт, что улучшение здоровья людей должно повсеместно восприниматься в качестве одной из основных

¹ При ответе на этот вопрос - и связанные с ним вопросы - я использую материалы моей готовящейся к публикации книги "Development as Freedom" (Развитие как свобода), которая будет опубликована Alfred Knopf в сентябре 1999 г. Указанная лекция также взаимосвязана с моим выступлением (озаглавленным «Экономический прогресс и здравоохранение») на Девятом ежегодном форуме по вопросам общественного здравоохранения в Лондонской школе гигиены и тропической медицины 22 апреля 1999 г., которая тоже исходит из моей готовящейся к публикации книги "Development as Freedom".

задач всего процесса развития. Но само по себе обычное признание этого факта еще не решает проблемы. Нам предстоит задать много других вопросов. Сколь важно место здравоохранения в качестве одной из целей развития? Можно ли содействовать укреплению здоровья с помощью общего процесса экономического роста, который предполагает увеличение реального национального дохода на душу населения, или укрепление здоровья следует рассматривать в качестве цели, которая выделяется из общего процесса экономического роста, значимого как такового? Насколько хорошо сочетаются все положительные элементы в процессе развития, если выбор, который предстоит сделать, должен делаться на основе приоритетов, которые будут определены? Каким образом наше стремление к равенству находит свое отражение в области здравоохранения и медико-санитарной помощи? Мне придется ответить и на эти вопросы.

Вместе с тем для того, чтобы обосновать свой ответ, вероятно, на самый главный вопрос, позвольте мне начать с рассказа о состоявшемся давным-давно разговоре между мужем и женой по поводу денежных заработков. Сам по себе этот факт, вероятно, не является необычным, когда супружеская чета рассматривает возможность заработать больше денег. Но разговор на эту тему проходит приблизительно в 8-м веке до рождения Христа и потому представляет особый интерес. Он передан в санскритском тексте Brihadaranyaka Upanishad, где Maitreyee и ее муж Yajnavalkya обсуждают именно эту тему. Начав разговор, они переходят к гораздо более широкой тематике, нежели пути и средства для того, чтобы стать более зажиточными: **в какой мере их богатство может помочь им получить то, что они хотят?**¹ Maitreyee ставит вопрос о том, что если бы «вся земля, полная богатства», принадлежала только ей, то не смогла бы она стать бессмертной? «Нет», - отвечает Yajnavalkya, - «твоя жизнь была бы жизнью богатых людей, но ты не можешь достичь бессмертия с помощью богатства». Maitreyee отвечает: «Зачем мне то, что не может сделать меня бессмертной?»

Риторический вопрос Maitreyee неоднократно ставился в индийской религиозной философии, не только чтобы проиллюстрировать положения, связанные с природой человека, но и ограничения материального мира. Я слишком скептически отношусь к другим житейским проблемам, чтобы следовать чувству безысходности в словах Maitreyee, но в этом разговоре присутствует и другой элемент, который представляет непосредственный интерес для экономики и для понимания характера развития. Этот аспект касается взаимоотношений между доходом и достижениями, между товарами и возможностями, между нашим экономическим благосостоянием и нашей возможностью жить так, как мы бы хотели. Несмотря на существование взаимосвязей между благополучием, с одной стороны, и нашим здоровьем, продолжительностью жизни и другими достижениями – с другой, эта взаимосвязь может быть не очень прочной и может во многом зависеть от других обстоятельств. Вопрос здесь состоит не в том, чтобы жить вечно, - вопрос, на котором так сосредоточилась Maitreyee – да

¹ Brihadaranyaka Upanishad, II, iv, 2-3.

пребудет спасенной ее душа, - но возможность жить действительно долго (не лишившись жизни в расцвете сил), вести хорошую жизнь, пока ты жив (а не нищенское существование и отсутствие свободы), то есть вещи в жизни, которые мы все ценим, все жаждем. Разрыв между этими двумя возможностями (то есть между исключительным сосредоточением на экономическом благополучии и более широком акценте на той жизни, которую мы можем вести) представляет собой важнейшую проблему в определении концепции развития. Как заметил Аристотель в самом начале своей “Этики” (что переключается как бы с тем разговором, который вели между собой Maitreyee и Yajnavalkya на расстоянии трех тысяч миль от него): “Благополучие – это не то доброе начало, которое мы ищем; поскольку благосостояние годится лишь для использования ради чего-то другого”¹.

Польза от богатства заключается в вещах, которое оно позволяет нам делать, - относительная свобода, которая может быть достигнута с его помощью, включая возможность жить долго и жить хорошо. Однако такая взаимосвязь является исключительной по своему характеру (поскольку существуют и важные другие факторы, которые воздействуют на нашу жизнь, а не только богатство) и не униформистским (поскольку воздействие богатства на нашу жизнь взаимосвязано с **другими** воздействиями). Не менее важно признать значение богатства на определение условий существования и качество жизни, так же как и понять качественную и непредвиденную сторону этого взаимоотношения. Соотносящаяся с действительностью концепция развития должна выходить за пределы накопления богатства и роста валового национального продукта, а также других сменных величин, связанных с уровнем дохода. Не игнорируя значение экономического прироста, мы должны смотреть дальше.

Способы и средства для достижения развития требуют изучения и рассмотрения для более полного понимания самого процесса развития; недостаточно в качестве основной исходной принимать в расчет лишь максимальный уровень дохода или богатства, который, как заметил Аристотель, «просто полезен ради чего-то другого». В силу той же причины экономический рост не может рассматриваться как конечная цель сам по себе. Развитие (как я попытался доказать в своей готовящейся к выходу книге «Развитие как свобода») должно быть, в первую очередь, взаимосвязано с улучшением той жизни, которую мы ведем, и свободы, которой мы пользуемся. Среди наиболее важных свобод, которыми может обладать человек, является свобода от нездоровья и преждевременной смертности. Чрезвычайно важно понять также квалификационно-качественную сторону взаимоотношений между экономическим процветанием и хорошим здоровьем, как и признать особую значимость такого рода взаимоотношений (несмотря на присутствие количественно-качественных элементов).

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ И АБСОЛЮТНЫЕ ЛИШЕНИЯ, КОТОРЫМ ПОДВЕРГАЮТСЯ АМЕРИКАНЦЫ АФРИКАНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

¹ Аристотель, *Этика*, книга I, раздел 5; перевод на английский язык Д. Росса (Oxford University Press, 1980), с. 7 (по англ. изд.).

Позвольте мне проиллюстрировать условный характер взаимоотношений с помощью ряда эмпирических примеров. Знаменательным представляется тот факт, что степень «ущемленности» отдельных групп населения в очень богатых странах может быть сопоставима лишь со странами так называемого «третьего мира». Например, в Соединенных Штатах Америки американцы африканского происхождения имеют меньше шансов достичь преклонного возраста, чем люди, рожденные в условиях беднейшей экономики Китая или индийского штата Керала (или Шри-Ланки, Ямайки и Коста-Рики). Поскольку у меня нет возможности показать вам мои слайды, вы можете с помощью своего воображения сделать это сами. Я представил графики в своей статье («Экономика жизни и смерти») в журнале «Научная Америка» в 1993 г., которые показывают, как американцы африканского происхождения как группа страдают с точки зрения показателей выживаемости в сопоставлении с беднейшими группами народонаселения в мире¹.

Даже если доход на душу населения у американцев африканского происхождения в Соединенных Штатах Америки значительно ниже, чем у американского белого населения, они, вне всякого сомнения, во много раз богаче, чем население Китая или штата Керала (даже если применить здесь корректировку на разницу в стоимости жизни). В этом контексте сравнение перспектив выживания американцев африканского происхождения с перспективами выживания самого бедного населения Китая или Индии в штате Керала является чрезвычайно интересным. Американцы африканского происхождения стремятся делать все возможное в плане выживания групп младшего возраста (особенно в отношении детской смертности) по сравнению с Китаем или Индией, но картина с годами меняется.

Выясняется, что в отношении выживания групп старшего возраста китайские мужчины или мужчины, проживающие в штате Керала в Индии, живут значительно дольше американских черных мужчин. Даже американские женщины африканского происхождения в конечном счете имеют такую же структуру выживания в группах более старшего возраста, как и гораздо более бедные китайцы и намного более низкие коэффициенты выживания, чем еще более бедные индийцы в штате Керала. Это не только случай, когда американские черные страдают от **относительного лишения** с точки зрения дохода на душу населения по сравнению с американскими белыми, они также испытывают **абсолютно** большие лишения, чем индусы в штате Керала, у которых самый низкий доход – как у мужчин, так и у женщин, - и китайцев (в случае мужчин), доживающих до зрелого, пожилого возраста. Основными причинами таких резких контрастов (то есть между уровнями жизни, определяемыми доходами на душу населения, и уровнями жизни, связанными с возможностью доживания до более старших возрастов) включают социальные мероприятия и связи в общине, такие как охват медицинской помощью, государственная медико-санитарная помощь,

¹ Это и другие подобные сравнения представлены в моей работе «Экономика жизни и смерти» журнал «Научная Америка», 266 (1993 г.), и «Демография и экономика благосостояния», журнал «Эмпирика», 22 (1995 г.) (на английском языке).

элементарное образование, закон и порядок, предотвращение насилия и тому подобное¹.

Контраст, который я только что прокомментировал, охватывает африканское американское население в целом, а это очень большая группа. Если вместо этого мы рассмотрим положение американцев африканского происхождения, в особенности в обездоленных группах общества, контраст будет еще более острым. Недавняя работа Christopher Murray и его коллег показывает, насколько отличаются показатели выживания для американского населения в различных странах². Если взять американское мужское население африканского происхождения, например в округе Колумбия, городе Сент-Луис, в Нью-Йорке или Сан-Франциско, мы обнаружим, что показатели ниже, чем у населения Китая или индийского штата Керала, причем это наблюдается даже в раннем возрасте. И это несмотря на тот факт, что в плане доходов на душу населения, которые находятся в центре внимания при проведении стандартных обследований роста и развития, американцы африканского происхождения гораздо богаче, чем бедное население, с которым их сравнивают по показателям выживания.

Эти факты являются яркими примерами, но было бы правильным также отметить, что в целом существует тенденция зависимости продолжительности жизни от доходов на душу населения. И действительно, это наблюдается даже в рамках конкретных стран, изученных Chris Murray и другими. Существует ли здесь какое-либо противоречие?

В действительности не существует. С учетом других факторов более высокие доходы не делают отдельное лицо или общину более способной к тому, чтобы избежать преждевременную смертность или заболеваемость, которую можно было бы предотвратить. Но другие факторы в целом не являются теми же самыми. Таким образом, доходы оказывают позитивное влияние, но, тем не менее, благодаря изменению других факторов (включая медицинские учреждения, общественную медико-санитарную помощь, возможности образования и т.д.), существует огромное число случаев, в которых гораздо более богатые люди живут гораздо более короткую жизнь и они уступают более бедным людям в плане количества случаев выживания. Также было бы глупо утверждать, что более высокие доходы **не являются** фактором, способствующим достижению лучшего здоровья и более длительному существованию, точно так же как и утверждать то, что они являются **единственным** способствующим фактором. С другой стороны, также лучшее здоровье и выживание не способствуют в той же самой степени способности получать более высокие доходы (с учетом других аспектов), но тогда вновь не учитываются другие аспекты.

¹ По данному вопросу см. работу “The Economics of Life and Death”, *Scientific American*, 266 (1993), а также медицинскую литературу, которая цитируется в этой работе.

² C.J.L. Murray, C.M. Michaud, M.T. McKenna and J.S. Marks, *U.S. Pattern of Mortality by County and Race: 1965-1994* (Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 1998).

ОПОСРЕДОВАННОЕ РОСТОМ РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Возможно, взаимосвязь между здоровьем и выживанием с одной стороны, и уровнями доходов на душу населения, с другой, стоит обсудить более подробно, поскольку в литературе по данному вопросу иногда имеется очень много в некоторой степени вводящих в заблуждение выводов. Часто дело заключается в том, что, хотя уровни продолжительности жизни и доходов на душу населения не соответствуют друг другу, тем не менее, если мы проведем приблизительное сравнение, то в проведении сравнений между странами существует много доказательств, свидетельствующих о том, что **в основном** доходы и ожидаемая продолжительность жизни некоторым образом взаимосвязаны. На основе этого обобщения некоторые комментаторы поспешили сделать вывод о том, что экономический прогресс является тем ключом, который откроет путь к укреплению здоровья и увеличению продолжительности жизни. Действительно, утверждалось, что беспокойство относительно расхождения между поступлениями-достижениями и шансами на выживание является напрасным, поскольку, как было отмечено в ряде случаев, статистическая связь между ними является довольно тесной.

Является ли такой статистический взгляд на эту проблему корректным и поддерживает ли он получаемое в результате этого общее умозаключение? Вопрос о межстрановых статистических связях, рассмотренный в отдельности, разумеется, является корректным, однако нам необходимо далее внимательно рассмотреть эту статистическую связь, прежде чем ее можно будет рассматривать в качестве убедительной основы для того, чтобы принять доход в качестве основной детерминанты здоровья и долголетия и для отказа от идеи о необходимости социальных мероприятий (выходящей за пределы основанного на доходах процветания).

В этом контексте представляется интересным упомянуть некоторые статистические анализы, которые недавно были представлены Sudhir Anand и Martin Ravallion¹. На основе межстрановых сопоставлений они обнаружили, что ожидаемая продолжительность жизни безусловно имеет значимую положительную корреляцию с ВВП на душу населения, но что эта связь работает главным образом через воздействие ВВП на (1) доходы именно бедных людей и (2) государственные расходы, особенно на медико-санитарную помощь. В действительности, после того, как эти две переменные будут включены сами по себе в статистический анализ, включение ВВП на душу населения в качестве дополнительного причинного фактора даст мало **дополнительных** объяснений. Разумеется, приняв бедность и государственные расходы на здравоохранение в качестве пояснительных переменных, статистическая связь между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни, по всей видимости, полностью исчезнет.

¹ Sudhir Anand and Martin Ravallion, "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services," *Journal of Economic Perspectives*, 7 (1993).

Важно подчеркнуть, что это не является свидетельством того, что ожидаемая продолжительность жизни не увеличивается в результате роста ВВП на душу населения, но говорит о том, что эта связь, вероятно, особенно эффективно работает **посредством** государственных расходов на медико-санитарную помощь и **посредством** успешной ликвидации бедности. Многие зависят от того, как используются плоды экономического роста. Это помогает также объяснить, почему экономика некоторых стран, таких как Южная Корея и Тайвань, оказалась способной увеличить ожидаемую продолжительность жизни столь быстро посредством экономического роста, тогда как экономика других стран с подобными показателями экономического роста не достигла соответствующего увеличения в области продолжительности жизни.

Достижения стран Южной Азии в последние годы подвергаются внимательному рассмотрению и даже критике в связи с характером и остротой явления, получившего название “азиатский экономический кризис”. Этот кризис, безусловно, является серьезным, а, кроме того, он указывает на конкретные неудачи экономики, которые ранее ошибочно считались полным успехом. Тем не менее, было бы серьезной ошибкой не обращать внимания на крупные достижения за несколько десятилетий экономики стран Восточной и Юго-Восточной Азии, которые радикально изменили условия и продолжительность жизни людей в этих странах. Положительные и отрицательные аспекты опыта Восточно-Азиатских стран более полно будут представлены в моей готовящейся к публикации книге, *Development as Freedom* (Развитие как свобода), но здесь я не буду развивать их далее.

По ряду исторических причин, включая сосредоточение на базисном образовании и базисной медико-санитарной помощи, а также раннее завершение эффективных земельных реформ, широкого экономического участия легче было достичь во многих странах Востока и Юго-Востока таким образом, который невозможен, например, в Бразилии или Индии, или же в Пакистане, где создание социальных возможностей протекало гораздо медленнее и действовало в качестве препятствия для экономического развития¹. Расширение социальных возможностей послужило стимулом экономического развития при высокой занятости, а также создало благоприятные условия для сокращения коэффициентов смертности и увеличения ожидаемой продолжительности жизни. Контраст является резким по сравнению с некоторыми другими странами быстрого роста, такими как Бразилия, которые имели практически сопоставимые показатели роста ВВП на душу населения, но также имели довольно длительную историю существования острых социальных неравенств, безработицы и пренебрежения государственной медико-санитарной помощью. Увеличение продолжительности жизни населения в этих других странах быстрого экономического роста происходило более медленно.

¹ По этому вопросу см. книгу, написанную мною совместно с Jean Drèze, *India: Economic Development and Social Opportunity* (New Delhi, New York: Oxford University Press, 1995).

Здесь имеются два интересных и взаимосвязанных контрастных факта. Первым является несоответствие между различными **странами быстрого экономического роста**, особенно между теми, которые **добились** большого успеха в увеличении продолжительности и качества жизни (такими как Южная Корея и Тайвань), и теми, которые **не добились** сравнимого успеха в этих других областях (такие как Бразилия). Вторым контрастом является контраст между различными **странами с высокими достижениями в увеличении продолжительности и качества жизни**, в частности, контраст между теми, которые **добились** большого успеха в быстром экономическом росте (такими как Южная Корея и Тайвань), и теми, которые **не добились** большого успеха в достижении быстрого экономического роста (такими как Шри-Ланка, Китай до реформ, индийский штат Керала).

Я уже прокомментировал первый контраст (например, между Южной Кореей и Бразилией), однако второй контраст также заслуживает политического внимания. В нашей книге *“Hunger and Public Action”* (Голод и общественные действия), Jean Drèze и я провели различия между двумя видами успеха в быстром сокращении смертности, которые мы назвали соответственно “опосредованным ростом” процессом и процессом, “определяемым поддержкой”¹. Первый процесс действует **посредством** быстрого экономического роста, и его успех зависит от того, насколько широка основа роста и экономический охват (большое значение при этом имеет четкая ориентация занятости), а также от использования результатов большего экономического процветания для расширения соответствующих социальных служб, включая медико-санитарную помощь, образование и социальное обеспечение. В отличие от “опосредованного ростом” механизма, процесс, “определяемый поддержкой”, не функционирует посредством быстрого экономического роста, но действует через программу умелой социальной поддержки медико-санитарной помощи, образования и других соответствующих социальных мероприятий. Хороший пример этого процесса дает опыт таких стран, как Шри-Ланка, Китай до реформ, Коста-Рика или индийский штат Керала, в которых произошло очень быстрое сокращение коэффициентов смертности и улучшение условий жизни без значительного экономического роста.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, НИЗКИЕ ДОХОДЫ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РАСХОДЫ

“Определяемый поддержкой” процесс не ожидает резких увеличений в уровнях реального дохода на душу населения и действует посредством придания приоритета обеспечению социальных служб (особенно медико-санитарной помощи и базисного образования), которые сокращают смертность и повышают качество жизни. В сравнении, на которое я постоянно ссылаюсь, мы можем для иллюстративных целей

¹ Jean Drèze and Amartya Sen, *Hunger and Public Action* (Oxford: Clarendon Press, 1989); см. особенно главу 10.

рассмотреть валовой национальный продукт (ВНП) на душу населения и ожидаемую продолжительность жизни при рождении в шести странах (Китай, Шри-Ланка, Намибия, Бразилия, Южная Африка и Габон) и одном соразмерном штате (Керала) с населением 30 миллионов человек в пределах одной страны (Индия). Несмотря на очень низкие уровни дохода, население штата Керала или Китая, или же Шри-Ланки имеет намного более высокие уровни ожидаемой продолжительности жизни, чем гораздо более богатое население Бразилии, Южной Африки и Намибии, не говоря уже о Габоне. Даже **направление** неравенства указывает в противоположную сторону, когда мы сравниваем штат Керала, Китай и Шри-Ланку, с одной стороны, с Бразилией, Южной Африкой, Намибией и Габоном, с другой. Поскольку колебания в ожидаемой продолжительности жизни относятся к разнообразным социальным возможностям, которые имеют центральное значение для развития (включая эпидемиологическую политику, медико-санитарную помощь, возможности для образования и тому подобное), сосредоточенный на доходах взгляд нуждается в серьезном дополнении, с тем чтобы получить более полное понимание процесса развития¹. Эти контрасты имеют большое политическое значение и свидетельствуют о значении “определяемого поддержкой” процесса².

Люди в бедных странах, разумеется, постоянно сталкиваются со многими трудностями и препятствиями самого различного характера. И все же, когда вопрос касается здоровья и выживания, пожалуй, ничто не имеет такого непосредственного значения во многих бедных странах современного мира, как недостаточность медицинских служб и обеспечения медико-санитарной помощи. Характер и масштаб широко распространенной недостаточности медико-биологических услуг ярко раскрыт в недавнем исследовании Paul Farmer “*Infections and Inequalities: The Modern Plagues*” (Инфекции и неравенства: современные напасти)³. Провалы и неудачи преследуют нас как и в отношении вполне излечимых болезней (например, холера, малярия и т.д.), так и в отношении более трудных заболеваний (например, СПИД и резистентный к лекарственным средствам туберкулез). Однако в любом случае можно добиться серьезных изменений при наличии общественной решимости принять меры в этом отношении.

ЭКОНОМИКА И ПОЛИТИКА МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

¹ По этому вопросу см. мою лекцию “From Income Inequality to Income Inequality”, сделанную в качестве почетного гостя Экономической ассоциации стран Юга и опубликованную в *Southern Economic Journal* (October 1997), а также “Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure”, первую Инночентийскую лекцию в ЮНИСЕФ (Florence: UNICEF, 1995), также опубликованную в *Economic Journal*, 108 (January 1998).

² См. также Richard A. Easterlin, “How Beneficent is the Market? A look at the Modern History of Mortality,” mimeographed, University of Southern California, 1997.

³ Paul Farmer, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues* (Berkeley, CA: University of California Press, 1998).

Можно вполне выразить удивление в отношении возможности финансирования “и определяемых поддержкой” процессов в бедных странах, поскольку, несомненно, для расширения общественных служб, включая медико-санитарную помощь и образование, необходимы ресурсы. В любой реалистичной отчетности нельзя отрицать необходимость ресурсов, однако, здесь еще возникает вопрос о соответствии связанных с этим расходов тем выгодам, которые можно ожидать в человеческом плане. Финансовая осторожность не является истинным врагом в данном случае. В действительности финансовый консерватизм должен стать угрозой для использования общественных ресурсов на такие цели, социальные выгоды которых совершенно не ясны, например, огромные затраты на военные цели от одной бедной страны к другой (зачастую во много раз больше, чем государственные расходы на базовое образование или медико-санитарную помощь). Это показатель того, что мы живем в опрокинутом мире, где врач, школьный учитель или медсестра больше подвержены угрозам финансового консерватизма, чем генералы или командующие воздушными армиями. Исправление этой аномалии требует не нападок на финансовую осторожность, а более полной отчетности о затратах и выгодах конкурирующих потребностей.

Этот важный вопрос также касается двух центральных аспектов социальной жизни, в частности, признания роли политики участия и необходимости рассмотрения экономических аргументов с непредвзятой тщательностью. Если при распределении ресурсов предпочтение систематически оказывается вооружениям, а не здравоохранению и образованию, то исправить это положение в конечном итоге необходимо в ходе публичного обсуждения этих вопросов на основе полной информации и, в конце концов, роли общественности в изыскании лучшего решения для удовлетворения элементарных потребностей в интересах нормальной жизни, а не эффективного уничтожения людей. Пожалуй, ничего нет столь важного для распределения ресурсов в медико-санитарной помощи, как организация общественной дискуссии на основе полной информации и наличия демократических средств для воплощения уроков более полного понимания тех возможностей выбора, с которыми сталкиваются люди в каждой стране.

Второй вопрос – это тщательное изучение экономической стороны. В частности, важно видеть ложные экономические послышки, часто выдвигаемые в качестве аргументов против уделения большего внимания с самого начала медико-санитарной помощи. Недостаток ресурсов зачастую выдвигается в качестве аргумента для того, чтобы отложить социально важные инвестиции до тех пор, пока страна не станет богаче. Где (знаменитый риторический вопрос) бедные страны найдут средства для “поддержки” этих служб? Это действительно интересный вопрос, но на него есть хороший ответ, который в значительной мере базируется на экономике относительных затрат. Жизнеспособность этого “определяемого поддержкой” процесса зависит от того факта, что соответствующая социальная служба (например, медико-санитарная помощь и базовое образование) в значительной мере трудоемки и, таким образом, относительно недороги в бедных странах с низкой заработной платой. В странах с бедной экономикой, возможно, имеется меньше денег, которые можно потратить на

медико-санитарную помощь и образование. Однако в этом случае также требуется тратить меньше денег для обеспечения тех же самых услуг, чем на это потребовалось бы в более богатых странах. Относительные цены и затраты являются важными параметрами в определении того, что может себе позволить страна. При соответствующей социальной решимости особенно важна для социальных услуг в области здравоохранения и образования необходимость учитывать изменчивость относительных затрат¹.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ

Какой же вывод извлекаем мы из этого элементарного анализа? Каким образом здоровье связано с развитием? Во-первых, стоит отметить, что укрепление здоровья вносит свой вклад в развитие. Те, кто задает вопрос о том, является ли более крепкое здоровье хорошей “инвестицией” в развитие, возможно, не учитывают фундаментальный диагностический момент, что крепкое здоровье является **неотъемлемой частью** качественного развития; вопрос медико-санитарной помощи не нуждается в том, чтобы с помощью измерений показать, что крепкое здоровье может также способствовать ускорению экономического роста.

Во-вторых, учитывая другие факторы, крепкое здоровье и экономическое процветание имеют тенденцию взаимно усиливать друг друга. Здоровые люди с меньшим трудом зарабатывают на жизнь, а люди с более высоким доходом могут себе в большей мере позволить обращаться за медицинской помощью, лучше питаться и располагать возможностями к тому, чтобы вести здоровый образ жизни.

В-третьих, “другие факторы” не являются заранее данными, и укреплению здоровья могут способствовать самые различные действия, включая общественную политику (например, обеспечение эпидемиологических служб и медицинской помощи). Хотя, как представляется, есть общая непосредственная связь между экономическим прогрессом и успехами в здравоохранении, эта связь ослабляется некоторыми политическими факторами. Много зависит от того, как используется дополнительный доход в результате экономического роста, в частности, используется ли он для адекватного расширения общественных служб и для облегчения бремени нищеты. Опосредованное ростом укрепление успехов здравоохранения выходит далеко за пределы чистого увеличения темпов экономического роста.

В-четвертых, даже при бедной экономике можно достичь серьезных успехов в здравоохранении, используя имеющиеся ресурсы социально-продуктивным образом. В этом контексте очень важно уделять внимание экономическим соображениям, касающимся относительных затрат на медицинское лечение и обеспечение медико-санитарной помощи. Поскольку медико-санитарная помощь является весьма

¹ Этот вопрос обсуждается в Drèze and Sen, *Hunger and Public Action* (1989).

трудоемким процессом, страны с низкими зарплатами имеют относительное преимущество в случае уделения **большого**, а не **меньшего** внимания медико-санитарной помощи.

И наконец, вопрос социального распределения экономических ресурсов нельзя отделять от роли политики участия и сферы публичных дискуссий на основе полной информации. Финансовый консерватизм должен стать кошмаром для милитаристов, а не докторов, школьных учителей или медсестер. Если доктор, школьный учитель или сестра будут чувствовать большую угрозу недостатка ресурсов, чем военные руководители, то вина будет, по крайней мере, частично лежать на нас, общественности, за то, что мы разрешаем милитаристам беспрепятственно преследовать эти странные приоритеты.

И последнее: нет ничего более важного, чем общественная дискуссия на основе полной информированности и участия населения в борьбе за то, чтобы добиться изменений, которые будут защищать нашу жизнь и свободы. Общественность должна видеть себя не просто пациентом, но и проводником изменений. Наказанием за бездействие и апатию могут быть болезни и смерть.

= = =