

ИНВЕСТИРОВАНИЕ В ЗДОРОВЬЕ



Резюме результатов работы
Комиссии по макроэкономике и здоровью



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Секция поддержки КМЗ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИНВЕСТИРОВАНИЕ В ЗДОРОВЬЕ

Резюме результатов работы Комиссии по макроэкономике и здоровью

Содержание	Стр.
Список членов Комиссии	5
Предисловие	7
Комиссия по макроэкономике и здоровью.....	8
Бедность и плохое состояние здоровья тесно связаны	10
Добьемся перемен: предупреждение восьми млн. случаев смерти к 2010 г.....	12
...и ежегодный сбор по меньшей мере 360 млрд. долл. США к 2015-2020 гг	14
Необходимое дополнительное финансирование непосильно для бедных стран.....	16
Срочно требуется увеличение инвестиций в здоровье.....	18
Предоставление глобальных общественно-необходимых благ в бедных странах	20
Доступ к основным лекарственным средствам	24
Новые пути инвестирования в здоровье в целях развития	28
Инициирование деятельности в области макроэкономики и здоровья на уровне стран	26
Каким образом страны продвигаются вперед	28

Выпуск этой брошюры «Инвестирование в здоровье: резюме результатов работы Комиссии по макроэкономике и здоровью» стал возможным благодаря финансированию из Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Список членов Комиссии

Jeffrey D. Sachs - Председатель

Isher Judge Ahluwalia - Председатель Рабочей группы 4: Здоровье и международная экономика

K.Y. Amoako - Член Комиссии

Eduardo Aninat - Член Комиссии

Daniel Cohen - Член Комиссии, Сопредседатель Рабочей группы 1: Здоровье, экономическое развитие и уменьшение бедности

Zephirin Diabre - Член Комиссии, Сопредседатель Рабочей группы 6: Помощь международному развитию и здоровью

Eduardo Doryan - Член Комиссии

Richard G.A. Feachem - Член Комиссии, Сопредседатель Рабочей группы 2: Глобальные общественно необходимые блага в интересах здоровья

Robert W. Fogel - Член Комиссии

Dean Jamison - Член Комиссии, член Рабочей группы 3: Мобилизация внутренних ресурсов в интересах здоровья

Takatoshi Kato - Член Комиссии

Nora Lustig - Член Комиссии, член Рабочей группы 1: Здоровье, экономическое развитие и уменьшение бедности

Anne Mills - Член Комиссии, Сопредседатель Рабочей группы 5: Результаты улучшения здоровья бедных

Thorvald Moe - Член Комиссии

Manmohan Singh - Член Комиссии

Supachai Panitchpakdi - Член Комиссии, член Рабочей группы 4: Здоровье и международная экономика

Laura Tyson - Член Комиссии

Harold Varmus - Член Комиссии

Предисловие

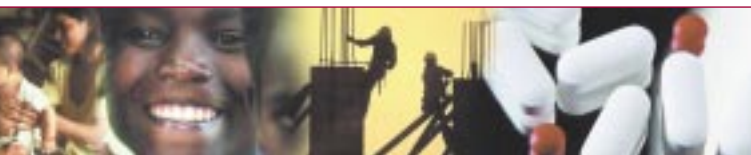
Полтора года назад профессор Джеффри Д. Сакс представил мне доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. В Докладе в очень простой форме показано, как болезнь истощает страны и как инвестиции в здоровье могут служить конкретным вкладом в экономическое развитие. Комиссия идет дальше, утверждая, что улучшение здоровья людей может быть одной из наиболее важных детерминант развития в странах с низким уровнем дохода.

В докладе Комиссии приводятся доводы в пользу всестороннего, глобального подхода к здоровью с конкретными целями и конкретными временными рамками. В нем выражено пожелание, чтобы силы глобализации использовались для уменьшения страданий и для повышения благосостояния. Он представляет собой первый подробный расчет ресурсов, необходимых для достижения некоторых из основных целей, поставленных в Декларации тысячелетия: ежегодные инвестиции на сумму в 66 млрд. долл. США к 2007 г. Большая часть этой суммы будет поступать из собственных ресурсов развивающихся стран, но приблизительно половина суммы должна быть внесена богатыми странами мира в форме эффективной, оперативной и ориентированной на результаты помощи в области развития.

Предлагаемые инвестиции будут использоваться для финансирования проверенных мероприятий, о которых известно, что они действуют. Их воздействие можно измерить в плане сокращения бремени болезней и улучшения деятельности систем здравоохранения. Основной упор в них делается на результатах; на инвестировании денежных средств там, где они ведут к переменам. Чрезвычайно важными являются три болезни: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия. Состояния матери и ребенка, плохое репродуктивное здоровье и последствия табакокурения для здоровья также являются глобальными приоритетами здравоохранения. Любая серьезная попытка стимулировать глобальное экономическое и социальное развитие, а также способствовать повышению безопасности людей должна привести к успешному уменьшению бремени, вызываемого этим рядом болезней и состояний.

Со времени выпуска доклада Комиссии деятельность КМЗ стала приносить плоды. Правительства предпринимает действия, пытаясь мобилизовать средства и разработать эффективные механизмы для быстрого перемещения средств туда, где они необходимы. Они во все большей степени используют глобальные стандарты для предоставления сообщений о достигнутых результатах. Более десятка стран создали национальные комиссии или иными путями приступили к работе по оценке того, каким образом включить обновленные потребности в области здравоохранения в свои национальные планы развития. Существует надежда, что данное резюме результатов работы КМЗ будет действовать в качестве стимула для еще большей активизации работы в странах по изучению результатов работы, содержащихся в Докладе, и их последствий для здоровья и экономических проблем, ожидающих своего решения.

Д-р Гро Харлем Брутланд,
Генеральный директор,
Всемирная организация здравоохранения



Комиссия по макроэкономике и здоровью

Комиссия по макроэкономике и здоровью была создана Генеральным директором ВОЗ Гро Харлем Брутланд в 2000 г. под председательством профессора Джеффри Д. Сакса. Полномочия Комиссии заключались в изучении связей между здоровьем и макроэкономическими проблемами.

Для достижения своих результатов Комиссия планировала проведение своих исследований и анализа в рамках шести рабочих групп, которые в свою очередь использовали всемирную сеть экспертов в области общественного здравоохранения, экономики и финансов.

Рабочая группа 1, Здоровье, экономическое развитие и уменьшение бедности, изучила воздействие инвестиций в здоровье на уменьшение бедности и экономический рост. Сопредседатели: Сэр George Alleyne и проф. Daniel Cohen.

Рабочая группа 2, Глобальные общественно необходимые блага в интересах здоровья, во многих странах изучила политику, программы и инициативы, оказывающие позитивное воздействие на здоровье, выходящее за рамки любой конкретной страны. Сопредседатели: проф. Richard Feachem и проф. Jeffrey Sachs.

Рабочая группа 3, Мобилизация внутренних ресурсов в интересах здоровья, провела оценку экономических последствий альтернативных подходов к мобилизации ресурсов для систем здравоохранения и медицинских вмешательств, осуществляемых за счет внутренних ресурсов. Сопредседатели: проф. Alain Tait и проф. Kwesi Botchwey.

Рабочая группа 4, Здоровье и международная экономика, изучила вопросы торговли в службах здравоохранения, предметы потребления и страхование; патенты и права интеллектуальной собственности, связанные с торговлей; международные перемещения факторов риска; текучесть кадров здравоохранения; финансовая политика в области здравоохранения; другие пути возможного воздействия торговли на сектор здравоохранения. Председатель: д-р Isher Judge Ahluwalia.

Рабочая группа 5, Результаты улучшения здоровья бедных, занималась техническими вопросами, трудностями и затратами, связанными с активизацией основных глобальных усилий по радикальному улучшению здоровья бедных людей к 2015 г. Сопредседатели: д-р Prahbat Jha и проф. Anne Mills.

Рабочая группа 6, Помощь международному развитию и здоровью, рассмотрела последствия для здоровья политики оказания помощи в области развития. Сопредседатели: г-н Zephirin Diabre, г-н Christopher Lovelace и г-жа Carin Norberg.

Десять рекомендаций

Рекомендации, содержащиеся в Докладе, суммированы в программе действий, предусматривающей концептуальные рамки для проведения обзора и открытия дискуссий. Каждой стране предлагается провести оценку и анализ рекомендаций КМЗ и адаптировать их к своей собственной социально-экономической ситуации.

Основными рекомендациями, содержащимися в докладе КМЗ, являются следующие:

1. **Развивающиеся страны** должны начать с того, чтобы наметить путь к повсеместному доступу к основным услугам здравоохранения, основанным на фактических эпидемиологических данных и приоритетах здоровья бедных людей. Они должны также быть ориентированы на увеличение внутренних бюджетных ассигнований на здоровье дополнительно на 1% от их ВВП к 2007 г., увеличив эту цифру до 2% в 2015 г., и более эффективно использовать ресурсы.
2. Развивающиеся страны могут создать **Национальную комиссию по макроэкономике и здоровью** или аналогичный механизм для содействия выявлению приоритетов здоровья и механизмов финансирования, соответствующих национальным макроэкономическим рамкам, для того чтобы охватить бедные слои населения эффективными с точки зрения затрат медицинскими вмешательствами.
3. **Страны-доноры** приступят к мобилизации ежегодных финансовых обязательств, с тем чтобы достичь международного рекомендованного стандарта в размере 0,7% ВВП стран ОЭСР в целях содействия финансированию процесса расширения масштабов основных вмешательств и увеличения инвестиций в медицинские исследования и развитие, а также в другие «глобальные общественно необходимые блага».
4. ВОЗ и Всемирному банку будет поручено проведение координации широкого многолетнего процесса увеличения донорской помощи в области здравоохранения и мониторинга донорских обязательств и финансирования.
5. Правительства государств-членов ВТО должны обеспечить достаточные гарантии развивающимся странам, в частности, право странам, непроизводящим соответствующие фармацевтические препараты, прибегать к принудительному лицензированию импорта поставщиками непатентованных лекарственных средств из третьих стран.
6. **Международное сообщество** и учреждения, такие как ВОЗ и Всемирный банк, должны укрепить свою деятельность. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) должен обеспечивать достаточным финансированием для поддержки процесса расширения масштабов действий против ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии. Предложено создание Глобального фонда для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ).
7. Следует содействовать обеспечению глобальными общественно необходимыми благами посредством дополнительного финансирования такими учреждениями, как ВОЗ и Всемирный банк.
8. Необходимо поддерживать инициативы частного сектора по разработке лекарственных средств для борьбы с «болезнями бедных». ГФСТМ и закупочные организации должны в качестве рыночной инициативы разработать предварительные обязательства по закупке новых целевых препаратов (таких как вакцины против ВИЧ/СПИДа, малярии и ТБ).
9. Международная фармацевтическая промышленность в сотрудничестве с ВОЗ и странами с низким уровнем дохода должна принять меры по обеспечению того, чтобы люди в странах с низким уровнем дохода имели доступ к основным лекарственным средствам. Этого следует достичь посредством обязательств по предоставлению основных лекарственных средств по самой низкой действующей коммерческой стоимости бедным странам и по лицензированию производства основных лекарственных средств изготовителями непатентованных лекарственных средств.
10. МВФ и Международному банку следует проводить работу со странами-реципиентами по включению мероприятий по расширению программ здравоохранения и других программ по уменьшению бедности в жизнеспособные макроэкономические рамки.

Доклад КМЗ, сс. 18-19 и сс. 108-111 (по англ. изд.)



Бедность и плохое состояние здоровья тесно связаны

Плохое состояние здоровья подрывает экономическое развитие и усилия по уменьшению бедности. Инвестиции в здоровье имеют существенное значение для экономического роста и должны быть ключевым компонентом национальных стратегий в области развития. Наибольшие достижения могут быть получены посредством уделения особого внимания здоровью бедных и менее развитым странам.

В настоящее время хорошо известны связи между плохим состоянием здоровья и бедностью. Бедные и получающие недостаточное питания люди с большей вероятностью заболевают и с большим риском умирают от своей болезни, чем более обеспеченные и здоровые люди. Плохое состояние здоровья также способствует бедности. Люди, которые заболевают, с большей вероятностью становятся бедными и продолжают жить в бедности по сравнению с более здоровыми людьми, потому что подрывающие здоровья болезни не дают возможности взрослым зарабатывать себе на жизнь. Болезнь также не дает возможности детям посещать школу, сокращая их перспективы на продуктивное совершеннолетие.

В настоящее время расширяются эпидемии ВИЧ/СПИДа, малярии и ТБ, и развивающиеся страны в течение последних 20 лет испытывают быстрое разрушение социальных и экономических достижений. На болезни детского возраста, усугубляемые недостаточностью питания, приходится миллионы предупреждаемых случаев детской смертности и наблюдается слабый прогресс в сокращении материнской и перинатальной смертности.

В 2000 г. Комиссия по макроэкономике и здоровью приступила к изучению связей между здоровьем и бедностью и поставила задачу показать, что инвестиции в здоровье могут ускорить экономический рост. Комиссия сосредоточила свою работу на беднейших слоях населения в беднейших странах мира. Она показала, что бедные несут несоразмерное бремя болезней и страданий, которые можно было бы избежать; бедные в большей степени подвержены болезням из-за недостаточности питания, неадекватной санитарии и отсутствия чистой воды, а также они с меньшей вероятностью имеют доступ к медицинской помощи, даже когда она срочно требуется. Серьезное заболевание может разорвать семью в течение многих лет, поскольку они теряют доходы и продают имущество, для того чтобы покрыть расходы, связанные с лечением, и другие долги. В Докладе также указано, что существующие, спасающие жизнь вмешательства, включая профилактические меры и доступ к основным лекарственным средствам, не охватывают бедные слои населения. Комиссия указывает, что в течение предстоящего десятилетия мир может добиться ощутимых достижений в борьбе с болезнями, которые оказывают несоразмерное воздействие на здоровье и благосостояние бедных слоев населения, посредством инвестирования больше денежных средств в область предоставления основных медицинских услуг, а также посредством укрепления систем здравоохранения.

До недавнего времени экономический рост рассматривался в качестве предпосылки для реального улучшения здоровья. Но Комиссия рассмотрела эту концепцию с другой стороны и представила фактические данные, свидетельствующие о том, что улучшение здоровья имеет важное значение для экономического роста. Она подтвердила, что в странах, в которых у людей плохое состояние здоровья и низкий уровень образования, труднее достичь устойчивого экономического роста. Высокая распространенность таких болезней, как ВИЧ/СПИД и малярия, связана с постоянным и значительным сокращением темпов экономического роста. В некоторых районах, например, высокая распространенность малярии связана с сокращением экономического роста по меньшей мере на 1% в год. Здоровье является краеугольным камнем экономического роста и социального развития. Комиссия показала, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни и низкая младенческая смертность связаны с экономическим ростом. Здоровые люди являются более продуктивными; здоровые дети грудного и раннего возраста могут лучше развиваться и стать продуктивными взрослыми. А

здоровое население может способствовать экономическому развитию страны. Комиссия утверждает, что увеличение инвестиций в здоровье может превратиться в сотни миллиардов долларов дополнительного дохода в год, который можно будет использовать для улучшения условий жизни и социальной инфраструктуры в более бедных странах.

Улучшение здоровья людей и увеличение ожидаемой продолжительности жизни не являются самоцелью, а одной из основных целей экономического развития. Это также имеет прямое отношение к достижению **ЦЕЛЕЙ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ** (ЦТР), поставленных мировыми лидерами в 2000 г., с тем чтобы уменьшить бедность, голод, болезни, неграмотность, разрушение окружающей среды и дискриминацию в отношении женщин к 2015 г.

Действия КМЗ в странах

В течение двухгодичного периода 2001-2003 гг. доклад КМЗ был представлен во многих странах. Процесс работы КМЗ и последующие инициативы предоставляют возможности национальным группам – от ряда министерств до научных кругов, гражданского общества, НПО и частного сектора – для обсуждения своей концепции здоровья и планов по включению мер по улучшению здоровья в национальные стратегии в области развития.

Связанные со здоровьем цели в области развития тысячелетия

На Саммите тысячелетия в сентябре 2000 г. ООН вновь подтвердила свою приверженность осуществлять деятельность по созданию мира, в котором устойчивое развитие и искоренение бедности будут иметь самый высокий приоритет.

Цель 1. Искоренить крайнюю бедность и голод - Задача 1: сократить вдвое к 2015 г. долю населения, имеющего доход менее 1 долл. США в день, по сравнению с уровнем 1990 г. **Задача 2:** сократить вдвое к 2015 г. долю населения, страдающего от голода, по сравнению с уровнем 1990 г.

Цель 2. Обеспечить повсеместное начальное образование - Задача 3: обеспечить, чтобы к 2015 г. у детей во всем мире, как у мальчиков, так и у девочек, была возможность получать в полном объеме начальное школьное образование.

Цель 3. Способствовать равенству мужчин и женщин и расширению прав и возможностей женщин - Задача 4: ликвидировать гендерное неравенство в начальном и среднем образовании, предпочтительно к 2005 г., и на всех уровнях образования, не позднее 2015 года.

Цель 4. Сократить детскую смертность - Задача 5: в период с 1990 г. по 2015 г. сократить на две трети коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет.

Цель 5. Улучшить охрану материнства - Задача 6: в период с 1990 г. по 2015 г. сократить на три четверти коэффициент материнской смертности.

Цель 6. Осуществлять борьбу с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями - Задача 7: к 2015 г. остановить и приступить к обращению вспять распространения ВИЧ/СПИДа. **Задача 8:** к 2015 г. остановить и обратить вспять заболеваемость малярией и другими основными болезнями.

Цель 7. Обеспечить экологическую устойчивость - Задача 9: включить принципы устойчивого развития в политику и программы стран и обратить вспять потери ресурсов окружающей среды.

Цель 8. Создать глобальное партнерство в области развития: помочь бедным странам искоренить бедность и голод, а ликвидация случаев преждевременной смерти потребует создания нового глобального партнерства в области развития, основанного на принципах укрепления политики и надлежащего руководства. **Задача 17:** в сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить наличие доступных по ценам основных лекарственных средств в развивающихся странах.



Добьемся перемен: предупреждение восьми миллионов случаев смерти к 2010 году...

На небольшое число болезней и состояний приходится большая часть случаев смерти, которые можно было бы избежать, в странах с низким и средним уровнем дохода. Усилия по расширению доступа к существующим методам лечения инфекционных болезней, решению проблем, связанных с репродуктивным здоровьем и здоровьем детей, и по борьбе с недостаточностью питания предотвратят миллионы случаев смерти в бедных странах и в значительной степени улучшат здоровье.

Лишь на небольшое число болезней и состояний приходится большая часть случаев неудовлетворительного состояния здоровья в мире: ВИЧ/СПИД; малярия; ТБ; болезни, приводящие к смерти матерей и их грудных детей; болезнь, связанная с табакокурением; и болезни детского возраста, такие как пневмония, диарея, корь и другие предупреждаемые с помощью вакцин болезни – все из которых обостряются в результате недостаточности питания. На все эти болезни приходится приблизительно 14 миллионов случаев смерти в год среди людей в возрасте до 60 лет и 16 миллионов случаев смерти в год среди всех возрастных групп. Большинство этих случаев смерти происходят в развивающихся странах, которые затрачивают наименьшие средства на медицинскую помощь и в которых в наибольшей степени страдают беднейшие слои населения.
Доклад КМЗ, сс. 104-105, доклад Рабочей группы 5, сс. 161-170 (по англ. изд.)

Однако высокий коэффициент смертности от основных болезней (часто связанных с недостаточностью питания) является лишь частью проблемы. Масштабы страданий и боли людей, наносимых болезнью, огромны. Постоянно болеют сотни миллионов людей, главным образом, в развивающихся странах. В результате этого, дети не могут посещать школу, а взрослые не могут работать или заботиться о своих детях.

Большинство случаев смерти и инвалидности можно предупредить. Уже существуют эффективные медицинские вмешательства либо для предупреждения, либо для излечения болезней, которые ведут к наибольшим потерям человеческих жизней. Но фактом остается то, что эти вмешательства не охватывают миллиарды бедных людей в мире. Комиссия утверждает, что посредством расширения применения основных вмешательств и обеспечения их доступности во всем мире к 2010 году можно ежегодно спасать восемь миллионов жизней. Широкомасштабные ответные меры приведут к облегчению бесчисленных страданий, резко сократят число случаев заболевания и смерти, а также обеспечат конкретным и поддающимся измерению способом уменьшения бедности и обеспечения экономического роста и безопасности.
Доклад КМЗ, сс. 31-53, доклад Рабочей группы 5, сс. 20-54 и сс. 55-76 (по англ. изд.)

Расширение ответных мер потребует не только значительного увеличения финансирования в области здравоохранения, но также усиления обязательств правительств в отношении конкретных действий по уменьшению неравенства и несправедливости в области здравоохранения наряду с оказанием широкой поддержки со стороны международного сообщества и партнеров со всех уровней общества.
Доклад КМЗ, сс. 91-101, доклад Рабочей группы 3, сс. 57-100, доклад Рабочей группы 6, сс. 35-43 (по англ. изд.)

Предупреждаемые случаи смерти (по всем возрастам) и страдания, вызываемые инфекционными болезнями, материнскими и перинатальными состояниями, болезнями детского возраста и недостаточностью питания.

1. В 1998 г. было зарегистрировано:

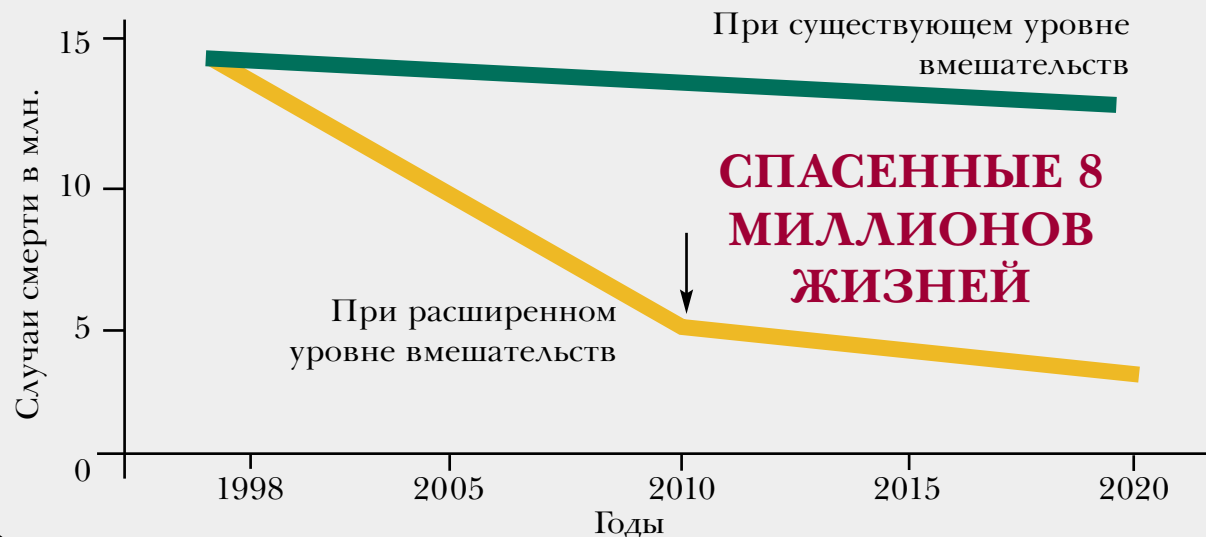
- 1,6 миллиона случаев смерти от кори, столбняка и дифтерии, причем все болезни предупреждаемы с помощью вакцин
- 500 000 случаев смерти среди женщин во время беременности и родов, большинство из них в развивающихся странах
- Один миллион случаев смерти от малярии и 2,4 миллиарда людей, живущих с риском заболевания малярией
- 1,5 миллиона случаев смерти от ТБ и восемь миллионов новых случаев болезни.

2. В 2002 г. более 40 миллионов людей умерли от болезней, связанных с ВИЧ/СПИДом, и 42 миллиона людей живут с ВИЧ/СПИДом.

3. Если не будет изменено положение с курением, то в последующие 50 лет, согласно оценкам, умрут 500 миллионов людей от болезней, связанных с табакокурением.

Расширение масштабов медицинских вмешательств будет спасать 8 миллионов жизней в год к 2010 г.

Случаи смерти в возрасте до 60 лет от инфекционных болезней и нарушений питания, респираторных инфекций, а также в результате материнских и перинатальных состояний.



Примеры основных вмешательств для борьбы с основными инфекционными болезнями и недостаточностью питания

ТБ	Малярия	ВИЧ/СПИД	Болезни детского возраста	Материнские/Перинатальные состояния	Курение
Краткосрочная терапия под непосредственным наблюдением	<ul style="list-style-type: none"> · Лечение неосложненной/осложненной малярии · Прерывистое лечение беременных женщин · Обработка аэрозолью поверхностей внутри помещений · Планирование мероприятий и ответные меры в случае эпидемий · Социальный маркетинг надкроватных сеток, обработанных инсектицидами. 	<ul style="list-style-type: none"> · Безопасное переливание крови при ВИЧ/СПИДе · Профилактика и клиническое ведение оппортунистических болезней · Паллиативное лечение · Антиретровирусные препараты и заменители грудного молока для предупреждения передачи инфекции от матери ребенку (ПИМР) · ВААТ: Высокоактивная антиретровирусная терапия · Просвещение среди коллег для уязвимых групп населения · Программы обмена игл для пользователей инъекционных наркотиков · Социальный маркетинг презервативов · Программы для школьников и молодежи по борьбе с ВИЧ/СПИДом. 	<ul style="list-style-type: none"> · Комплексное ведение болезней детского возраста (КВБДВ) · Иммунизация · Специальные кампании по иммунизации · Лечение тяжелых случаев анемии · КВБДВ для лечения лихорадки в домашних условиях · Питательные микроэлементы и выведение глистов · Политика по сокращению загрязнения воздуха внутри помещений · Обогащение пищевых продуктов йодом, железом, фолиевой кислотой, цинком. 	<ul style="list-style-type: none"> · Планирование семьи · Экстренная акушерская помощь · Квалифицированное родовспоможение · Помощь в дородовой и постнатальной период. 	<ul style="list-style-type: none"> · Рекомендации по прекращению курения · Фармакологическая терапия по предупреждению курения.



...и ежегодный сбор по меньшей мере 360 млрд. долл. США к 2015-2020 гг.

В результате увеличения инвестиций в здоровье на каждые восемь миллионов случаев смерти, предупреждаемых ежегодно, будут приходиться 330 миллионов спасенных лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALY)*, оценка которых составляет приблизительно 180 млрд. долл. США в прямой экономической выгоде, а еще 180 млрд. долл. США будут получены в форме косвенной экономической выгоды.

*Термин «годы жизни, скорректированные на инвалидность», является мерой измерения как числа лет здоровой жизни, потерянных из-за преждевременной смерти, так и числа лет, прожитых с различной степенью инвалидности. Одна единица DALY представляет собой один год потерянной здоровой жизни.

Восемь миллионов жизней, которые ежегодно можно будет спасти, обозначают гораздо большее общее число спасенных лет жизни (так называемые «годы жизни, скорректированные на инвалидность», или DALY), а также более высокое качество жизни для этих людей. Поэтому одна единица DALY представляет собой меру измерения состояния здоровья, равную одному году потерянной здоровой жизни. В докладе КМЗ утверждается, что на восемь миллионов случаев смерти, предупреждаемых ежегодно, будет приходиться 330 миллионов спасенных лет жизни, скорректированных на инвалидность, что приведет к ускорению экономического роста и разрыву круга бедности.

По оценкам Комиссии, 330 миллионов спасенных лет жизни, скорректированных на инвалидность, будут оцениваться приблизительно в 180 млрд. долл. США в год в прямой экономической выгоде к 2015 г.; беднейшее население мира будет жить дольше, иметь более здоровую жизнь и в результате сможет больше зарабатывать. Но фактические экономические выгоды могут быть гораздо выше, чем эта цифра, если преимущества улучшенного здоровья будут стимулировать экономический рост.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни и уменьшение бремени болезней будут стимулировать рост посредством: понижения показателей фертильности, повышения инвестиций в человеческий капитал, повышения накоплений в семьях, повышения иностранных инвестиций, а также укрепления социальной и макроэкономической стабильности. Соотношение между улучшением здоровья и повышением экономического роста получено в результате макроэкономического анализа, согласно которому к 2020 г. ежегодно будут собираться 180 млрд. долл. США в результате косвенных экономических выгод. С учетом оценки спасенных жизней и более быстрого экономического развития Комиссия считает, что экономические выгоды составят приблизительно 360 млрд. долл. США в год в течение 2015-2020 гг., а, возможно, гораздо больше.

Доклад КМЗ, сс. 12-13, сс. 23-24 и сс. 103-108 (по англ. изд.)

Для достижения этих огромных выгод в области здоровья и экономического развития Комиссия призывает к значительному увеличению ресурсов, выделяемых на сектор здравоохранения в течение последующих нескольких лет. Около половины общей суммы увеличения средств поступит в результате помощи в области международного развития, а развивающиеся страны предоставят другую половину этой суммы посредством изменения приоритетов в своих бюджетах. Нескольким странам со средним уровнем доходов также потребуется помощь для покрытия высоких затрат, связанных с борьбой против ВИЧ/СПИДа.

Общий объем инвестиций в здоровье должен быть направлен на расширение масштабов специальных вмешательств, необходимых для борьбы с основными болезнями, ставящими под угрозу жизнь и вызывающими инвалидность, и для укрепления систем оказания медицинской помощи, с тем чтобы обеспечить ее охватом всех людей, особенно бедных. Вмешательства будут расширены с включением целевых болезней и состояний, включая: ВИЧ/СПИД; малярию; ТБ; корь, столбняк, дифтерию и другие предупреждаемые с помощью вакцин болезни; острые респираторные инфекции; диарейные болезни; материнские и перинатальные состояния; недостаточность питания и болезни, связанные с табакокурением.

Доклад КМЗ, сс. 35-38, и доклад Рабочей группы, 5, сс. 19-76, (по англ. изд.) 76

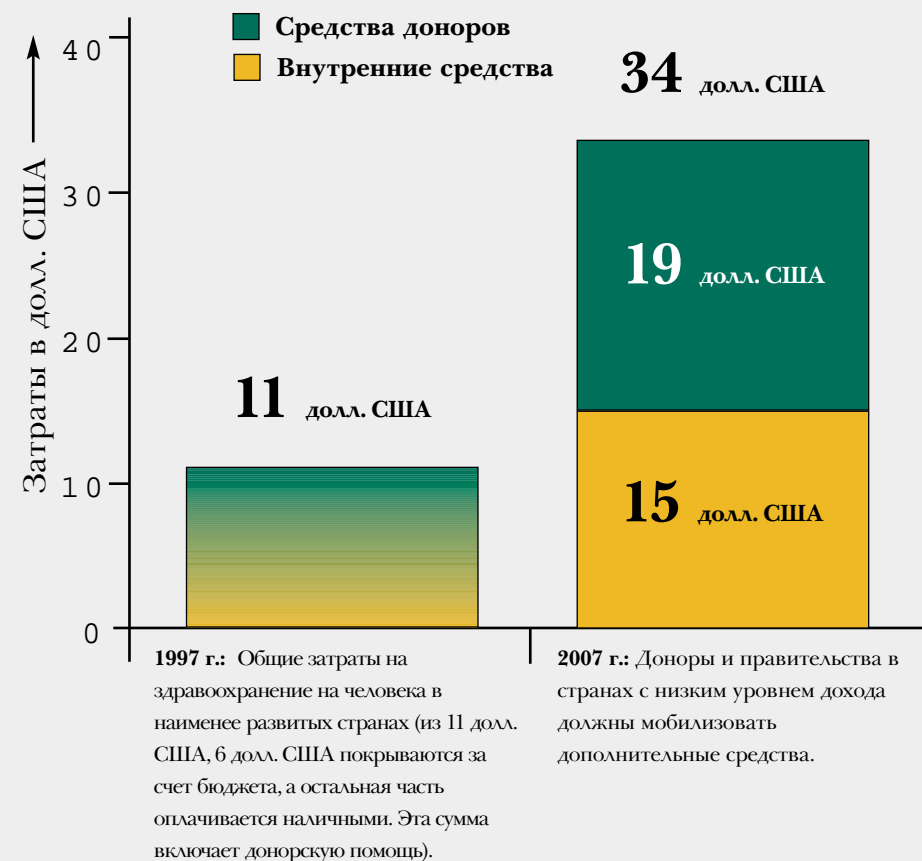
Внутренние расходы и донорская помощь в области здравоохранения (1997-1999 гг.)

	Государственные затраты на здравоохранение (на человека, 1997 г., в долл. США)	Общие затраты на здравоохранение (на человека, 1997 г., в долл. США)	Донорская помощь в области здравоохранения (ежегодно, на человека в среднем, 1997-1999 гг.)	Донорская помощь в области здравоохранения ежегодно, средняя сумма (в млн. долл. США, 1997-1999 гг.)
Наименее развитые страны	6	11	2,29	1 473
Другие страны с низким уровнем дохода	13	23	0,94	1 666
Развивающиеся страны с более низким средним уровнем дохода	51	93	0,61	1 300
Развивающиеся страны с более высоким средним уровнем дохода	125	241	1,08	610
Страны с высоким уровнем дохода	1 356	1 907	0,00	2
Все страны			0,85	5 052

Доклад КМЗ, с. 56, и доклад Рабочей группы, 6, сс. 9-23 (по англ. изд.)

Затраты на основные медицинские вмешательства

Согласно оценкам доклада КМЗ, минимальные расходы, связанные с расширением объема основных вмешательств, составляют в среднем **34 долл. США** (нынешний курс долл. США) на человека/год, включая расходы, необходимые для ведения борьбы с пандемией СПИДа. Среди 48 наименее развитых стран средние общие затраты на здравоохранение составляют **11 долл. США** на человека/год, из которых 6 долл. США покрываются за счет бюджетных ресурсов (включая донорскую помощь), а остальная часть расходов оплачивается наличными (1997 г.). Существующие уровни донорской поддержки очень низки; согласно оценкам они составили **2,29 долл. США** на человека в наименее развитых странах в 1997-1999 гг.



Доклад КМЗ, с. 11, сс. 56-57, и доклад Рабочей группы, 5, сс. 166-168 (по англ. изд.)



Необходимое дополнительное финансирование непосильно для бедных стран

Существующие уровни инвестиций, вносимых развивающимися странами, гораздо меньше тех, которые необходимы для решения проблем здравоохранения, с которыми они сталкиваются, и для расширения медицинских вмешательств и основных услуг. Комиссия считает, что страны с низким уровнем дохода будут стремиться использовать свои ресурсы более эффективно и увеличивать бюджетные затраты на здравоохранение дополнительно на 1% ВВП к 2007 г. и на 2% к 2015 г. Однако она признает, что даже эти меры будут недостаточными для обеспечения уровня финансирования, необходимого во многих бедных странах – особенно в странах, страдающих от эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Значительное увеличение финансовых ресурсов в области здравоохранения необходимо для расширения масштаба медицинских вмешательств и укрепления систем предоставления медицинской помощи, с тем чтобы обеспечить доступность этих вмешательств, особенно для бедных. Но существующий низкий уровень затрат на здравоохранение в бедных странах – вызванный главным образом отсутствием ресурсов и политического обязательства – является недостаточным для решения проблем здравоохранения, с которыми они сталкиваются. Комиссия утверждает, что большинство стран может мобилизовать дополнительные внутренние ресурсы на здравоохранение и эффективно с точки зрения затрат использовать эти ресурсы. В Докладе говорится, что государственные затраты должны быть направлены на бедное население и использоваться для поддержки схем финансирования общин, которые защищают семьи от катастрофически возрастающих расходов на здравоохранение, и указывается, что в некоторых районах до 40% доходов семьи могут быть затрачены на медико-санитарную помощь.

Комиссия провела оценку затрат, связанных с расширением охвата услугами в африканских странах, расположенных южнее Сахары, и во всех развивающихся странах с низким уровнем дохода. В Докладе указывается, что национальные правительства должны находиться в центре усилий по мобилизации внутренних бюджетных затрат на здравоохранение до 35 млрд. долл. США ежегодно к 2007 г. (дополнительно 1% от их ВВП) и до 63 млрд. долл. США в год к 2015 г. (дополнительно 2% ВВП), хотя для некоторых стран меньшая сумма будет достаточна для расширения охвата медицинским обслуживанием.

Доклад КМЗ, сс. 57-63 и доклад Рабочей группы 3, сс. 57-74 (по англ. изд.)

Эти усилия также потребуют предпринятия согласованных действий по устранению структурных неувязок и укреплению потенциала национальных систем здравоохранения: осуществление основных вмешательств; постановка приоритетов в ответ на потребности в области здравоохранения; обеспечение справедливости; и работа в партнерстве с другими секторами. Обеспечение обязательств правительств, прозрачность, эффективное руководство, донорские партнерства и, прежде всего, надлежащее руководство в области здравоохранения и других секторах являются основными рекомендациями Комиссии. Укрепление системы предоставления основных услуг потребует наличия надлежащим образом структурированной системы оказания медико-санитарной помощи, которая может охватывать бедные слои населения. Комиссия утверждает, что создание **близкой к клиенту системы (БКС)** в центрах здравоохранения, постах здравоохранения или периферийных медицинских учреждениях является одним из наивысших приоритетов для расширения масштабов основных вмешательств. Система БКС будет действовать на местном уровне при поддержке национальных программ по основным инфекционным болезням и может предусматривать слияние государственных и негосударственных систем медико-санитарных услуг при финансировании, гарантированном государством.

Доклад КМЗ, сс. 64-73, и доклад Рабочей группы 5, сс. 50-54 (по англ. изд.)

Кроме того, необходимы усилия по активизации участия общин и контроля людей за своим собственным здоровьем посредством обеспечения того, чтобы люди были информированы в отношении регулярно предоставляемых медицинских вмешательств и услуг, а также добивались к ним доступа. Доноры и внешние партнеры должны работать вместе с правительствами в целях расширения прав, оказания помощи и

укрепления их потенциала в области определения приоритетов макроэкономики и здоровья.

Для достижения этих целей бедным странам необходимо будет увеличить внутренние ресурсы, имеющиеся для использования в области здравоохранения, если они хотят убедить доноров в отношении их обязательства по борьбе с данной проблемой. Но даже при более эффективном выделении ресурсов и более широкой мобилизации ресурсов, уровни финансирования, необходимые для охвата основными услугами, превышают финансовые средства многих бедных стран – особенно стран, ведущих борьбу против ВИЧ/СПИДа.

Доклад КМЗ, сс. 57-91, и доклад Рабочей группы 3, сс. 75-100 (по англ. изд.)

Мобилизация большего объема ресурсов для здравоохранения в странах с низким уровнем дохода

В качестве основной стратегии проведения реформы в области финансирования здравоохранения Комиссия предлагает следующие шесть мер:

1. Усилить мобилизацию общих налоговых поступлений для здравоохранения – порядка 1% ВВП к 2007 г. и 2% ВВП к 2015 г.
2. Усилить донорскую поддержку для финансирования мероприятий по обеспечению общественно необходимыми благами. Обеспечить доступ бедных слоев населения к основным услугам.
3. Преобразовать расходы наличными средствами в схемы предоплаты, включая программы по финансированию общин.
4. Углубить инициативу бедных стран с высоким уровнем задолжности в отношении охвата стран и масштабов списания долгов.
5. Заняться устранением неэффективного выделения и использования государственных ресурсов.
6. Перераспределить общественные затраты из области непродуктивных расходов на программы социального сектора, ориентированные на бедные слои населения.

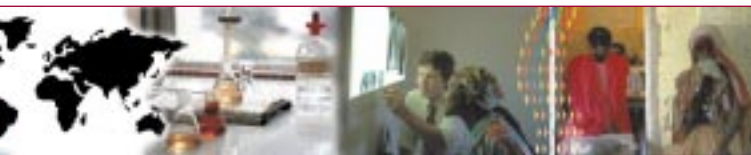
Доклад КМЗ, сс. 61-62, (по англ. изд.)

Мобилизация большего объема ресурсов для здравоохранения в странах со средним уровнем дохода

В качестве стратегии экономического развития Комиссия рекомендует:

1. Обеспечить повсеместный доступ к основным медицинским вмешательствам посредством государственного финансирования с переводом финансовых средств в наиболее бедные регионы.
2. Предоставить стимулы работникам неформального сектора для участия в схемах страхования различного рода риска.
3. Повысить справедливость и эффективность посредством составления бюджета, заключения соглашений по оплате и принятия мер по сдерживанию расходов (следуя примеру стран ОЭСР).

Доклад КМЗ, с. 63 (по англ. изд.)



Срочно требуется увеличение инвестиций в здоровье

Донорские финансовые средства будут необходимы для разрешения финансовых трудностей. Помощь со стороны развитых стран должна возрасти с существующего уровня приблизительно в 6 млрд. долл. США в год до 27 млрд. долл. США к 2007 г. и 38 млрд. долл. США к 2015 г. Увеличение помощи в области здравоохранения должно дополнять существующие потоки помощи.

Для решения финансовых трудностей в области здравоохранения в беднейших странах мира срочно требуется увеличение **донорских инвестиций**. За последние годы фактически сократились общие бюджеты помощи и опустились даже гораздо ниже консервативных оценок того уровня, который в настоящее время необходим для расширения масштаба действий. В ответ донорское сообщество должно не только обратить вспять падение общего объема помощи в области развития, но и увеличить его по сравнению с существующими уровнями для поддержки мероприятий по расширению охвата основными медицинскими услугами и вмешательствами. Кроме того, они должны оказывать поддержку в расширении научных исследований и разработок, а также других видов вмешательств, которые приносят глобальные выгоды в области общественного здравоохранения (так называемая «глобальные общественно необходимые блага»). Хотя уровень необходимого донорского финансирования является высоким в абсолютном выражении (27 млрд. долл. США в год в 2007 г. и 38 млрд. долл. США в год к 2015 г.), Комиссия считает, что можно мобилизовать дополнительные средства помощи. Если все доноры увеличат свою официальную помощь в области развития (ОПР) для достижения международного рекомендованного стандарта на уровне 0,7 % ВВП стран ОЭСР, то общая сумма ОПР в размере 200 млрд. долл. США в 2007 г. будет достаточной для оказания помощи в области здравоохранения (27 млрд. долл. США), а также для других видов значительного увеличения в областях, связанных с уменьшением бедности и экономическим ростом.

Комиссия утверждает, что нескольким странам со средним уровнем дохода также потребуется помощь в виде субсидий, особенно для покрытия финансовых затрат, связанных с расширением борьбы против ВИЧ/СПИДа. Она также рекомендует Всемирному банку и региональным банкам развития увеличить (неконцессионные) ссуды этим странам для улучшения их систем здравоохранения; это должно быть сбалансировано с макроэкономическими последствиями роста долгов.

Несмотря на явный дефицит в ресурсах, Комиссия обосновывает свое мнение в отношении того, что расширение масштабов осуществимо. За последние годы возросла донорская помощь в области здравоохранения (хотя общая ОПР сократилась), так как правительства стран-доноров все больше осознают угрозу инфекционных болезней для глобальной безопасности и распространения инфекционных болезней и их переносчиков посредством международных поездок, торговли и миграции. Еще одним способствующим фактором является то, что новаторские идеи и ресурсы поступают в сектор здравоохранения от частных и корпоративных благотворительных организаций.

Доклад КМЗ, сс. 91-97, и доклад Рабочей группы 6, сс. 9-23 (по англ. изд.)

Комиссия считает, что ВОЗ и Всемирному банку вместе с руководящим комитетом стран-доноров и получателей помощи можно поручить координацию мероприятий по значительному многолетнему расширению масштабов донорской помощи в области здравоохранения и мониторинга донорских обязательств и расходов. Реализация этого перспективного плана по значительному увеличению помощи на цели здравоохранения требует донорской поддержки в наращивании потенциала в области осуществления и решения управленческих и других проблем.

Основные международные форумы (такие как совещания МВФ/Всемирного банка, Всемирная ассамблея здравоохранения и Конференция ООН по финансированию развития) должны предоставить возможности для принятия конкретных обязательств по увеличению донорской помощи в области здравоохранения.

Рекомендованные донорские обязательства

Необходимо мобилизовать значительное увеличение существующего низкого уровня официальной помощи в области развития в сфере здравоохранения на сумму, приблизительно составляющую 6 млрд. долл. США. Страны-доноры могут оказать помощь посредством внесения приблизительно 0,1% своего ВВП – один цент на каждые 10 долл. дохода. КМЗ утверждает, что общие потребности в донорских субсидиях для национальных программ составят **22 млрд. долл. США** в год к 2007 г. и **31 млрд. долл. США** к 2015 г. для наименее развитых стран, а также для стран с низким и средним уровнем дохода. Потребуется усиление по улучшению донорских административных обязательств, и должна постоянно оказываться поддержка для содействия странам в преодолении своих трудностей.

Доклад КМЗ, сс. 91-103, и синтезированный документ Рабочей группы 5 (по англ. изд.)

Разбивка рекомендованного обязательства доноров (возрастающего) в млрд. долл. США

Для наименее развитых стран, а также для стран с низким и средним уровнем дохода



Долл. США в млрд. (константа 2002 г. в долл. США)

Оценки на 2007 г.:

Национальные программы:	22 долл. США
Научные исследования и разработки:	3 долл. США
Другие глобальные общественно необходимые блага:	2 долл. США
Всего:	27 долл. США

Долл. США в млрд. (константа 2002 г. в долл. США)

Оценки на 2015 г.:

Национальные программы:	31 долл. США
Научные исследования и разработки:	4 долл. США
Другие глобальные общественно необходимые блага:	3 долл. США
Всего:	38 долл. США





Предоставление глобальных общественно необходимых благ в бедных странах

Воздействие некоторых медицинских вмешательств и видов деятельности, таких как ликвидация болезней или медицинские исследования и разработки, выходит за рамки отдельной страны и несет пользу всему человечеству. Эти, так называемые, глобальные общественно необходимые блага, как правило, в недостаточной степени финансируются правительствами в развивающихся странах и требуют глобального обеспечения и финансирования. Комиссия утверждает, что следует выделять, по меньшей мере, 5 млрд долл. США в год к 2007 г. и 7 млрд. долл. США в год к 2015 г. на расширение глобальных общественно необходимых благ, направляемых на удовлетворение потребностей бедных слоев населения в области здравоохранения.

Воздействие некоторых медицинских вмешательств и видов деятельности, таких как ликвидация болезней или научные исследования и разработки в области здравоохранения, выходит за рамки отдельной страны и несет пользу всему человечеству. Эти, так называемые, глобальные общественно необходимые блага, как правило, в недостаточной степени финансируются правительствами в развивающихся странах и требуют глобального обеспечения и финансирования. Комиссия утверждает, что следует выделять, по меньшей мере, 5 млрд долл. США в год к 2007 г. и 7 млрд. долл. США в год к 2015 г. на расширение глобальных общественно необходимых благ, направляемых на удовлетворение потребностей бедных слоев населения в области здравоохранения

Война против болезней требует не только экономически эффективных с точки зрения затрат вмешательств, усиления систем здравоохранения, политического обязательства и ресурсов, но также существенных инвестиций в область глобальных общественно необходимых благ. Одними из наиболее важных глобальных общественно необходимых благ являются научные исследования и разработки, направленные на удовлетворение потребностей бедных слоев населения в области здравоохранения. Комиссия утверждает, что требуются новые доступные и эффективные лекарственные средства и вакцины для борьбы против ВИЧ/СПИДа, ТБ, малярии, болезней детского возраста и для решения проблем репродуктивного здоровья. Также требуются эффективные бактерицидные средства, новые пестициды для борьбы с переносчиками болезней, а также новые лекарственные средства для решения проблемы возрастающей угрозы резистенции к лекарственным средствам. Однако рынки богатых стран предлагают слабые стимулы для исследования и разработки новых препаратов по борьбе с болезнями, которые главным образом возникают в развивающихся странах.

Помимо научных исследований и разработок, направленных на конкретные болезни и состояния, необходимо улучшить сбор и анализ эпидемиологических данных и эпиднадзор за инфекционными болезнями на международном уровне. Требуется увеличение поддержки в сборе данных и анализе глобальных тенденций в области здравоохранения, анализе и распространении оптимальной практики в области борьбы с болезнями и управления системами здравоохранения, а также для оказания технической помощи и подготовки кадров. Эти глобальные общественно необходимые блага являются основными движущими силами в процессе расширения деятельности; их реализация и международное распространение являются центральной задачей Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка и других международных учреждений.

Для содействия увеличению инвестиций в область научных исследований и разработок Комиссия предлагает создать новый Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ) дополнительно к существующим основным каналам финансирования научных исследований и разработок (ВОЗ, несколько общественных и частных партнерств по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией, и Глобальный форум по медицинским исследованиям). Основная цель ГФИЗ будет заключаться в оказании поддержки базовым и прикладным биомедицинским и медицинским исследованиям в области проблем здравоохранения, вызывающих страдания бедных слоев населения, а также в области систем и политики здравоохранения, необходимых для их решения. ГФИЗ будет заниматься созданием долгосрочного научного потенциала в самих развивающихся странах.

И наконец, поскольку общественный сектор не располагает средствами для повышения уровня обеспечения некоторыми глобальными общественно-необходимыми благами, Комиссия считает, что необходимы стимулы для поощрения частного сектора фармацевтической промышленности к разработке новых и улучшенных лекарственных средств, вакцин и других препаратов для стран с низким уровнем дохода. Они включают расширение законодательства по «препаратам для редких больных» (лекарственные средства, которыми лечат болезни, вызывающие страдания лишь очень незначительного процента населения) для лечения болезней, которые, главным образом, возникают в развивающихся странах, а также предварительные обязательства по закупке приоритетных новых лекарственных средств и вакцин.

Доклад КМЗ, сс. 8-9, сс. 76–86, и доклад Рабочей группы 2, сс. 26-45 (по англ. изд.)

Комиссия призывает к увеличению масштабов исследований и разработок:

- **1,5 миллиарда долл. США** в год для существующих учреждений, занимающихся исследованием и разработкой новых вакцин и лекарственных средств. Они включают Специальную программу по научным исследованиям и подготовке кадров по тропическим болезням (TDR), инициативу ВОЗ в области исследования вакцин (IVR), Специальную программу ПРООН/ЮНФПА/ВОЗ/Всемирного банка по исследованиям, разработкам и подготовке исследовательских кадров в области репродуктивного здоровья (HRP) и партнерства между государственным и частным секторами по борьбе против ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии.
- **1,5 миллиарда долл. США** в год посредством предложенного Глобального фонда для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ), который будет оказывать поддержку базовым научным исследованиям в области здравоохранения (включая эпидемиологию, экономику здравоохранения, системы здравоохранения и политику здравоохранения) и будет способствовать созданию долгосрочного научного потенциала в развивающихся странах.
- **Увеличение затрат на оперативные исследования** на национальном уровне вместе с расширением масштаба медицинских вмешательств, равное, по меньшей мере, 5 % объема финансирования национальной программы.
- **Расширение объема научной информации в Интернете** с усилиями по укреплению связей между университетами и научными центрами в бедных странах.
- **Изменение законодательства по препаратам для редких больных** в странах с высоким уровнем дохода для включения туда «болезней бедных».
- **Предварительные обязательства** по закупке целенаправленных технологий, таких как вакцины для борьбы против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии в качестве рыночного стимула.

Доклад КМЗ, с. 85, и доклад Рабочей группы 2, сс. 26- 45 (по англ. изд.)

Разрыв 10/90

Многие новые технологии, такие как геномика и достижения в диагностике, направлены скорее на удовлетворение медицинских потребностей промышленных стран, а не потребностей развивающихся стран. Этот дисбаланс в исследованиях проблем, связанных со здоровьем, касающихся бедных, и проблем, касающихся богатых, известен под названием Разрыв 10/90. Менее 10% финансирования глобальных медицинских исследований направлено на решение проблем здравоохранения, в наибольшей степени касающихся людей в развивающихся странах и на которые приходится 90% глобального бремени болезней.

Доклад КМЗ, с. 79, и доклад Рабочей группы 6, с. 42 (по англ. изд.)



Доступ к основным лекарственным средствам

Международная фармацевтическая промышленность совместно со странами с низким уровнем дохода и ВОЗ должны принять меры для обеспечения того, чтобы бедные страны имели доступ к основным лекарственным средствам в рамках обязательств по предоставлению их по самой низкой действующей коммерческой цене в беднейшие страны.

Многие люди в странах с низким уровнем дохода не имеют доступа к основным лекарственным средствам, главным образом, потому, что ни сами бедные, ни их правительства не могут позволить себе купить их. Кроме того, нехватка врачей и работников здравоохранения для выбора, предписания и представления рекомендаций по надлежащему использованию имеющихся лекарственных средств – обостренная в результате слабых систем здравоохранения и неудовлетворительной работы в общинах периферийных служб здравоохранения – не позволяет осуществлять подход на основании спроса и ставит бедных в невыгодное положение. Во многих странах доступ к основным лекарственным средствам сдерживается из-за обременительных систем снабжения, внутренних регулирующих процедур, а также в результате высоких пошлин и налогов на импорт.

В то же самое время, изготовители фармацевтических препаратов стремятся сохранять уровень высоких прибылей, особенно на своих рынках в богатых странах, в качестве средства компенсации своих затрат на научные исследования и разработки. Тем не менее, доступ к лекарственным средствам в бедных странах требует введения цен по себестоимости или близкой к себестоимости, поскольку бедные не могут позволить себе приобретать лекарственные средства по ценам, охраняемым патентами. Кроме того, ожидается, что в ближайшем будущем будет патентоваться большее число основных лекарственных средств. Комиссия считает, что наилучшим решением этой проблемы является введение дифференцированного ценообразования на рынках с низким уровнем дохода. При дифференцированном ценообразовании богатые страны будут оплачивать затраты на научные исследования и разработки посредством закупки по относительно более высокой цене патентованных препаратов, в то время как бедные страны будут покупать по цене, близкой к себестоимости. В Докладе также рекомендуется лицензировать промышленные технологии изготовителями высококачественных непатентованных препаратов для поставки на рынки стран с низким уровнем доходов всякий раз, когда промышленность решает не поставлять препараты на эти рынки, или всякий раз, когда производители непатентованных препаратов способны продемонстрировать, что они могут производить лекарственные средства высокого качества, но по значительно более низкой стоимости.

Комиссия также призывает к введению новых глобальных рамок для доступа к медицинским средствам для спасения жизни, которые включают схемы дифференцированных цен на более бедных рынках в виде действующей нормы, более широкого лицензирования препаратов изготовителями непатентованных лекарственных средств и соглашений по оптовой закупке. Она также рекомендует чтобы ВОЗ, страны с низким уровнем дохода и фармацевтическая промышленность объединили усилия и пришли к соглашению в отношении руководящих принципов ценообразования и лицензирования производства основных технологий в развивающихся странах для обеспечения бесперебойной поставки основных лекарственных средств. В этих руководящих принципах будет указан определенный набор основных лекарственных средств для стран с низким уровнем дохода по значительно сокращенным ценам.

Благодаря этим усилиям фармацевтическая промышленность должна оставаться основным партнером и придерживаться правил международной торговли, предусматривающих доступ к основным лекарственным средствам. В то же самое время надежная охрана прав интеллектуальной собственности для сохранения стимулов в фармацевтической промышленности к исследованию и изучению новых медицинских препаратов

может оказаться действующим и эффективным решением.

Наконец, корпоративный сектор, действующий в развивающихся странах, также должен играть исключительно важную роль в обеспечении того, чтобы его собственные работники имели доступ к основным лекарственным средствам и услугам. Например, горнорудные компании на юге Африки, являющиеся эпицентром эпидемии ВИЧ/СПИДа, должны нести особую ответственность за оказание помощи в предупреждении передачи этой болезни и в обеспечении доступа их рабочих к основным лекарственным средствам и лечению.

Доклад КМЗ, сс. 86-91 (по англ. изд.)

Обязательства стран с низким уровнем дохода

Страны с низким уровнем дохода обязуются выполнять свои собственные обязательства, включающие:

- Предупреждение реэкспорта дешевых лекарственных средств в развитые страны либо легальным путем, либо через черный рынок.
- Устранение препятствий к рыночному доступу, таких как тарифы и квоты на импорт основных лекарственных средств.
- Регулирование и сотрудничество с донорским сообществом для обеспечения эффективного применения лекарственных средств, с тем чтобы ограничить возникновение резистентности к лекарственным средствам и другие побочные явления, которые могут возникнуть в результате неправильного приема лекарственных препаратов.
- Обеспечивать проведение тендера в условиях конкуренции, организацию оптовых закупок и прозрачность в области ценообразования.

Доклад КМЗ, сс. 89-90, и доклад Рабочей группы 4, сс. 33-35 (по англ. изд.)

Обязанности международного сообщества

- Донорское сообщество гарантирует адекватное финансирование в области закупок, мониторинга и безопасного применения лекарственных средств.
- ВОЗ, фармацевтическая промышленность и страны с низким уровнем дохода – все вместе согласны на введение руководящих принципов в области ценообразования и лицензирования производства в странах с низким уровнем дохода. Это осуществляется с помощью надежной охраны прав интеллектуальной собственности на рынках стран с более высоким доходом для обеспечения стимулов для исследования и разработки новых лекарственных средств.
- Правительства государств-членов Всемирной торговой организации обеспечивают достаточные гарантии развивающимся странам и, в частности, право тем странам, которые не производят основные лекарственные средства, прибегать к принудительному лицензированию импорта поставщиками непатентованных лекарственных средств из развивающихся стран.

Доклад КМЗ, сс. 88-91, и доклад Рабочей группы 2, сс. 25-45 (по англ. изд.)

Обязанности фармацевтической промышленности

- Фармацевтическая промышленность сотрудничает с ВОЗ и странами с низким уровнем дохода в совместном согласовании руководящих принципов. Эти руководящие принципы предоставляют прозрачный механизм дифференцированного ценообразования, который ориентирован на бедные страны и устанавливает определенный список основных лекарственных средств для лечения ВИЧ/СПИДа, ТБ, малярии, респираторных инфекций, диарейных болезней и предупреждаемых с помощью вакцин болезней по самым низким действующим коммерческим ценам.
- Промышленность согласна на лицензирование технологий изготовителями высококачественных непатентованных фармацевтических препаратов для поставок их в страны с низким уровнем дохода в тех случаях, когда:
 - они примут решение самостоятельно не поставлять продукцию на эти рынки
 - изготовители непатентованных лекарственных средств способны продемонстрировать, что они могут производить высококачественные лекарственные препараты по явно заниженной стоимости.

Доклад КМЗ, с. 89, доклад Рабочей группы 4, сс. 25-45, и доклад Рабочей группы 2, сс. 39-44 (по англ. изд.)



Новые пути инвестирования в здоровье в целях развития

В целях улучшения здоровья бедных необходимо глобальное партнерство с участием как богатых, так и бедных стран для расширения доступа к основным медицинским услугам. Усилия по созданию новаторских механизмов финансирования и новых рамок, а также по созданию сильных межсекторальных коалиций, сплоченных общими целями, будут улучшать состояние здоровья в странах с низким уровнем дохода. Создание «близкой к клиенту» системы будет способствовать расширению охвата основными услугами и доступа к ним.

Нахождение новых путей подключения к дополнительным ресурсам имеет исключительно важное значение для улучшения состояния здоровья, уменьшения бедности и достижения значительного прогресса на пути к осуществлению целей тысячелетия в области развития. Поскольку расширение масштабов деятельности потребует значительного увеличения международного финансирования, существенное значение имеет эффективное **партнерство** доноров и стран-получателей помощи, основанное на взаимном доверии и деятельности. Это партнерство между богатыми и бедными странами будет способствовать мобилизации инвестиций в здоровье и расширит доступ к основным медицинским услугам с акцентом на конкретных вмешательствах по борьбе с основными болезнями. В условиях нового партнерства финансирование здравоохранения будет развиваться параллельно с проведением необходимых реформ в стране и улучшением мобилизации налоговых поступлений в область здравоохранения. Механизмы донорского финансирования будут развиваться и приведут к значительному снижению задолженности.

Усилия по увеличению донорского финансирования потребуют введения **новаторских механизмов финансирования**, таких как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) и создание нового Глобального фонда для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ) для содействия в покрытии растущих расходов, связанных с исследованиями и разработками. В плане поддержки инициатив по уменьшению бедности в странах, **эффективные рамки**, такие как документы по Стратегии сокращения масштабов нищеты (ССМН), являются перспективными подходами к регулированию отношений между странами-донорами и странами-получателями помощи. Новые методы предоставления дополнительного финансирования и расширения сектора здравоохранения, такие как общесекторальный подход, могут служить в качестве полезного инструмента для стран-доноров и стран-получателей помощи при координации планов и действий.

Доклад КМЗ, сс. 97- 101 (по англ. изд.)

Фактические данные, представленные Комиссией, также свидетельствуют о том, что уменьшение бедности может быть более эффективным, если также возрастают инвестиции в другие сектора. Дополнительные инвестиции и **межсекторальное** сотрудничество с секторами просвещения, водоснабжения, санитарии и с другими секторами будут оказывать влияние на состояние здоровья. Кроме того, участие и сотрудничество частного сектора, особенно в фармацевтической промышленности, имеет важное значение для обеспечения доступа к лекарственным средствам, которые чрезвычайно необходимы в странах с низким доходом.

Одним из наивысших приоритетов Комиссии в усилиях по расширению деятельности является использование новаторской, надлежащим образом структурированной **близкой к клиенту системы (БКС)** для содействия увеличению охвата медицинскими услугами бедных слоев населения. Однако создание эффективной системы БКС является непростой задачей. Оно требует сильного национального руководства, наряду с наличием местного потенциала и отчетности. Это потребует обновленного политического обязательства, укрепления организационного потенциала и большей транспарентности в общественных службах, а при составлении бюджета – с параллельным увеличением финансирования и расширением прозрачности, включая регулярное

проведение мониторинга и оценки. Кроме того, исключительно важное значение имеет широкое и равноправное участие общины. Без этого будет невозможно расширить масштабы профилактики и лечения основных угрожающих жизни и приводящих к инвалидности болезней.

Доклад КМЗ, сс. 97-101, и доклад Рабочей группы 5, сс. 50-54 (по англ. изд.)

Содействие инвестициям в здоровье

- Механизм **Документа по стратегии сокращения масштабов нищеты (ССМН)** способствует механизмам донорского финансирования и обеспечивает 1) более масштабное списание долга, 2) государственное руководство в разработке национальных стратегий, 3) участие гражданского общества на каждом этапе процесса, 4) комплексный подход к сокращению масштабов нищеты и 5) координацию действий доноров в поддержку целей, поставленных данной страной.
- **Национальная комиссия по макроэкономике и здравоохранению (НКМЗ)** может руководить задачей расширения деятельности посредством: 1) оценки приоритетов в области здравоохранения, 2) разработки стратегии расширения масштабов деятельности, 3) совместной работы с другими связанными со здравоохранением секторами, 4) обеспечения надежных рамок макроэкономики и 5) подготовки совместно с ВОЗ и Всемирным банком эпидемиологической базы, оперативных задач и финансового плана.
- **Общесекторальные подходы** могут способствовать расширению масштабов деятельности посредством обеспечения доноров и получателей помощи новаторским механизмом координации для дополнительного финансирования посредством: 1) совместного планирования странами-донорами и национальным руководством, 2) согласования стратегий поддержки и 3) обеспечения помощи в осуществлении стратегий, ориентированных на конкретные страны и осуществляемых ими.
- **Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ)** может поддерживать расширение процесса путем предоставления средств национальным программам. Комиссия предложила, чтобы **8 млрд. долл. США** в год поступали в ГФСТМ к 2007 г. из предлагаемого общего объема донорской помощи в размере 22 млрд. долл. США. ГФСТМ должен, главным образом: 1) направлять финансовую помощь на беднейшие страны, 2) предоставлять финансирование странам с жизнеспособными стратегиями, 3) предоставлять ссуды для разработки предложений, 4) поощрять предложения по отражению общенационального диалога по вопросам здравоохранения и 5) поддерживать оправдавшие себя усилия в финансовой области.

Доклад КМЗ, сс. 79-81 и доклад Рабочей группы 6, сс. 36-43 (по англ. изд.)

- Потенциальный **Глобальный фонд для исследований в области здравоохранения (ГФИЗ)**, предложенный Комиссией, может оказывать поддержку базовым, биомедицинским и прикладным научным исследованиям проблем, связанных со здоровьем бедных, а также политики и систем здравоохранения, необходимых для их решения. Комиссия предлагает на деятельность ГФИЗ выделить **1,5 млрд. долл. США** в качестве части донорского обязательства в размере 3 млрд. долл. США, предназначенного для научных исследований и разработок.

Доклад КМЗ, сс. 81-86 (по англ. изд.)



Инициирование деятельности в области макроэкономики и здоровья на уровне стран

В Докладе предлагается путь вперед, который, если по нему энергично следовать на национальном и международном уровнях, окажет серьезное воздействие на здоровье и благосостояние стран и их населения.

В связи с широкими различиями в инфраструктуре и условиях в различных странах в Докладе КМЗ не предлагается схема пути преобразования его рекомендаций в действия на страновом уровне. Его цель заключается в том, чтобы предложить каждой стране изучить свои приоритеты в области здравоохранения, а также инфраструктурные и бюджетные проблемы. Странам предлагается провести оценку существующей эпидемиологической ситуации, состояния здоровья и детерминант бедности в попытке разработать надежную стратегию расширения масштабов медицинских вмешательств в рамках плана в области макроэкономики и здоровья.

Многие страны одобрили результаты работы и рекомендации, содержащиеся в докладе КМЗ, по мере рассмотрения его в отношении потребностей своих стран в области здравоохранения и экономики. Последующая деятельность КМЗ направлена на оказание помощи правительствам в изучении проблем, связанных со здоровьем и макроэкономикой, и в разработке вариантов увеличения масштабов инвестиций и деятельности, при одновременном проведении реформ, необходимых для достижения более справедливого и лучшего здоровья для всех. Последующий процесс деятельности КМЗ в странах направлен на то, чтобы:

- Оказывать поддержку политикам, министрам здравоохранения и финансов, научным кругам, высшим должностным лицам из частного сектора, донорам-партнерам и представителям гражданского общества в изучении ими результатов, содержащихся в Докладе и их последствий для ожидающих решения проблем области экономики и здравоохранения.
- Одобрять обоснованные исследования в области макроэкономики и здоровья, направленные на переоценку политики инвестирования в здоровье и укрепление национальных планов по достижению целей тысячелетия в области развития.
- Содействовать в создании каналов для оказания финансовой и технической помощи правительствам и их партнерам и заложить основу для создания более сильных альянсов внутри стран. Это будет катализировать возможности правительств по планированию и осуществлению инвестиций в целях улучшения здоровья бедных более быстрыми и устойчивыми темпами.

Многие страны выразили заинтересованность в установлении связей между деятельностью в области макроэкономики и здоровья с существующими национальными структурами, политикой и потенциалом. Эта деятельность начинается посредством интерактивного процесса, в котором могут участвовать рабочие группы здравоохранения, занятые в процессе ССМН, национальные руководящие комитеты или, где возможно, Национальный совет по здравоохранению. Страны также могут учредить Национальную комиссию по макроэкономике и здоровью (НКМЗ) или осуществлять деятельность посредством субрегиональных групп, таких как Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО). Осуществление плана действий по увеличению инвестиций в здоровье требует сильного политического руководства и обязательства на самом высоком уровне, согласованности с общими рамками макроэкономики и надежных межсекторальных альянсов.

Национальный орган по макроэкономике и здоровью или эквивалентный ему орган будет организовывать и руководить осуществлением задачи увеличения национальных инвестиций в здоровье. Это предусматривает сотрудничество с ВОЗ, Всемирным банком и другими организациями по проведению анализа ситуации в национальном здравоохранении и выявлению приоритетных областей для медицинских вмешательств, а также стратегий финансирования, необходимых для решения этих приоритетных задач. Другие задачи включают: определение комплекса основных вмешательств, которые должны быть повсеместно доступны для населения посредством общественного финансирования; введение многолетней программы по укреплению систем здравоохранения с акцентом на предоставление услуг на местном уровне; и постановку задач по сокращению бремени болезней. Использование комплексных подходов в развитии общин, в настоящее время разрабатываемых региональными бюро ВОЗ и другими учреждениями, может активизировать усилия по улучшению здоровья и уменьшению бедности.

Важная деятельность в области макроэкономики и здоровья

Каждая страна, поддерживающая деятельность в области макроэкономики и здоровья, должна разработать конкретный план действий, соответствующий существующей в ней ситуации, с учетом широких параметров действий, изложенных в Докладе КМЗ. Разработка плана действий требует осуществления ряда ключевых мероприятий, включая:

1. Пропаганду результатов деятельности КМЗ и мобилизацию дополнительной политической поддержки
 - заниматься распространением концепции и рекомендаций КМЗ и содействовать проведению дискуссий по результатам работы, содержащимся в Докладе
 - определить соответствующие национальные меры по осуществлению рекомендаций КМЗ
2. Анализ данных, разработку стратегий и установку рамок действий в области макроэкономики и здоровья
 - рассмотреть значимость результатов работы КМЗ в условиях страны
 - изучить системные трудности для увеличения масштабов деятельности
 - обеспечить доступность информации, касающейся охвата, справедливости и экономической эффективности приоритетных услуг
 - разработать национальные планы инвестиций в здоровье с учетом мер по эффективному охвату населения
 - рассмотреть подходы к вопросам сохранения и подготовки медицинских специалистов на всех уровнях системы здравоохранения
 - изучить вопрос о включении здоровья в процесс ССМН
 - включить увеличение затрат на здоровье в национальные среднесрочные рамки расходов
3. Рассмотрение национального бремени ВИЧ/СПИДа
 - рассмотреть вопрос о воздействии ВИЧ на бедность, экономический рост и состояние здоровья
 - разработать политику и создать ресурсы для расширенного доступа к средствам профилактики и лечения
4. Оценку потребностей в финансировании и мобилизацию дополнительной финансовой поддержки из внутренних и международных источников
 - улучшить информацию об издержках бездействия в области здравоохранения
 - обеспечить связи между соответствующими министерствами и включить здравоохранение в инициативу бедных стран с высоким уровнем задолженности
 - установить эффективно действующие связи с глобальными инициативами в области финансирования
5. Руководство осуществлением планов и мониторинг достижений
 - создать потенциал стран в области руководства, межсекторальных действий и мониторинга осуществления
 - провести оценку результатов, соотнести их с расходами и проследить за финансовыми потоками для здравоохранения
6. Обеспечение улучшения координации и единства действий
 - документально оформить опыт стран в области межсекторального сотрудничества
 - разработать эффективные механизмы для координации внутри страны, достижения согласованности в региональных и глобальных действиях, а также обеспечить соответствие глобальных инициатив потребностям стран.

Консультативное совещание по национальным действиям по выполнению рекомендаций, содержащихся в докладе КМЗ,



Каким образом страны продвигаются вперед

После глобального распространения доклада КМЗ, ВОЗ и ее региональные и страновые бюро тесно сотрудничают с правительствами по содействию реализации результатов, содержащихся в Докладе, и по поддержке усилий стран в ликвидации разрыва между национальной политикой в области макроэкономики и политикой в области здравоохранения. Последующий процесс деятельности КМЗ в странах предоставляет возможности национальным группам – от министерств до научных кругов, групп гражданского общества и частного сектора – обсудить свою концепцию здоровья и разработать стратегию включения здоровья в национальные планы в области развития.

Многие страны уже приступили к мобилизации своих знаний, опыта и ресурсов для составления долгосрочных программ по расширению основных мероприятий в области здравоохранения – обычно в качестве части национальной стратегии по уменьшению бедности – и выражают заинтересованность в результатах работы КМЗ. Не все из этих стран планируют создать НКМЗ, но почти все включают последующую деятельность КМЗ в контекст своих национальных планов в области развития. Международное сообщество, включая ВОЗ, не настаивает на создании странами НКМЗ, но будет оказывать поддержку перспективным национальным механизмам в области макроэкономики в усилиях по разработке подхода к вопросам макроэкономики и здоровья. Собственный подход ВОЗ будет уточнен и адаптирован к ситуациям различных стран посредством проведения процесса консультаций со странами и учреждениями по развитию.

В течение 2002 г. и 2003 г. региональные и страновые бюро ВОЗ уделяли первостепенное внимание вопросам пропаганды и распространения результатов работы, содержащихся в Докладе. Доклад КМЗ был переведен с английского языка на арабский, китайский, французский, немецкий, русский и испанский языки и получил широкое распространение. В некоторых странах созданы вебсайты КМЗ для оповещения об основных рекомендациях КМЗ и распространения информации о макроэкономике и здоровье на местном уровне. Все региональные бюро ВОЗ широко распространяют Доклад и соответствующие документы, с тем чтобы содействовать реализации результатов работы Комиссии и обратить внимание высших должностных лиц, разрабатывающих политику, на взаимосвязь между здоровьем и экономическим ростом и одновременно обеспечить руководство по реализации рекомендаций КМЗ в странах.

Был организован ряд совещаний и конференций – от национальных семинаров до региональных мероприятий высокого уровня – для представления основных результатов работы Комиссии группам политиков, ученых и исследователей и для обсуждения того, каким образом ее рекомендации можно применить к заинтересованным странам в подходе к вопросам макроэкономики и здоровья. Многие региональные бюро также учредили целевые группы по макроэкономике и здоровью (или по КМЗ) для оценки значимости результатов работы КМЗ, рекомендаций, выработки предложений по вмешательствам и подходам, соответствующих местной ситуации, а также для координации и поддержки последующих действий КМЗ на страновом уровне.

Решительные усилия региональных бюро ВОЗ, предпринятые в течение этого двухгодичного периода по распространению результатов работы КМЗ, привели к проведению нескольких успешных мероприятий по пропаганде и обсуждению Доклада. В результате появилась политическая заинтересованность и обязательства на высоком уровне в следующих странах: Федеральная Демократическая Республика Эфиопия, Республика Гана, Республика Кения, Республика Мозамбик, Руандийская Республика в Африке; Ассоциация стран Карибского бассейна и Соединенных Штатов Мексики в Америке; Иорданское Хашемитское Королевство и Султанат Оман в Регионе Восточного Средиземноморья; Королевство Непал, Королевство Таиланд, Народная Республика Бангладеш, Республика Индия, Республика Индонезия, Республика Мальдивские Острова, Союз Мьянма в Юго-Восточной Азии; Королевство Камбоджа и Китайская Народная Республика в Регионе Западной части Тихого океана.

Миссии в страны, совершенные в качестве последующей деятельности КМЗ, продолжают различными путями формировать содержание деятельности в поддержку национальной макроэкономики и здоровья. Например, в странах, в которых проходят процессы реформ, децентрализации и уменьшения бедности, последующая деятельность КМЗ помогает правительствам и донорскому сообществу в ускорении выполнения существующих инициатив в секторе здравоохранения посредством предоставления технического опыта и поддержки в создании потенциала. Результаты работы Комиссии также рассматриваются в качестве значительного вклада в процесс реформы здравоохранения: предоставление руководства странам или регионам по приоритетам в области финансирования здравоохранения (включая общественно-частные партнерства и распределение услуг) и возможности для интеграции деятельности различных партнеров. В других странах, проводящих реформы, оказание технической и финансовой помощи в поддержку анализа эпидемиологических, бюджетных и макроэкономических данных способствует разработке улучшенной государственной политики в области здравоохранения.

В возрастающем числе стран деятельность в области макроэкономики и здоровья рассматривается в качестве мощного инструмента для увеличения внешней донорской помощи в области здравоохранения, мобилизации дополнительных внутренних ресурсов и более эффективного использования существующих ресурсов. В других странах дополнительные опасности, связанные со здоровьем, такие как недостаточное питание, небезопасное водоснабжение и нездоровая окружающая среда, включаются в последующую деятельность КМЗ.

В некоторых наиболее густо населенных странах мира, которые обдумывают перспективы дальнейшего экономического роста, правительства заинтересованы в осуществлении и адаптации рекомендаций КМЗ. В связи со своими масштабами, высоким бременем болезней и наличием большого потенциала для проведения улучшений в области здравоохранения, существует безотлагательная необходимость использовать рекомендации КМЗ в качестве средства обеспечения экономического роста. То, что происходит в этих странах имеет жизненно-важное значение для остального мира. Невозможно добиться какого-либо значительного прогресса по достижению целей тысячелетия, если в этом процессе не будут участвовать наиболее густо населенные страны мира.

Национальные действия по выполнению рекомендаций, содержащихся в докладе КМЗ

Для определения будущих директив в штаб-квартире ВОЗ в июне 2002 г. было проведено консультативное совещание по вопросу: «Национальные действия по выполнению рекомендаций, содержащихся в докладе КМЗ». Министры и высшие должностные лица из министерств здравоохранения, финансов и планирования из 19 стран собрались вместе с представителями Всемирного банка, 12-ти двусторонних учреждений, Фонда Билла и Мелинды Гейтс, а также сотрудниками ВОЗ для обсуждения вопросов воплощения рекомендаций КМЗ в действия на национальном уровне. Консультативное совещание рассмотрело, что можно сделать для того, чтобы резко увеличить инвестиции в здоровье для достижения целей тысячелетия в области развития, а также шаги, которые необходимо предпринять странам для ускорения национальных действий.

В данном консультативном совещании принимали участие представители высокого ранга из следующих стран:

Африканский регион

- Гана
- Мозамбик
- Сенегал
- Объединенная Республика Танзания

Американский регион

- Страны Карибского бассейна
- Гватемала
- Сент-Люсия и страны ОВКГ

Европейский регион

- Польша

Регион Восточного Средиземноморья

- Иордания
- Исламская Республика Иран
- Оман
- Пакистан

Регион Юго-Восточной Азии

- Бангладеш
- Индия
- Индонезия
- Непал
- Шри-Ланка
- Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО)

Брошюра «Инвестирование в здоровье»

Концепция и издание

Agnes Leotsakos

Редактор

Sheila Davey

Редакционно-техническая группа

Amin Kebe, B.S. Lamba, Maria Paalman, Mubashar Riaz Sheikh, Ruben M. Suarez-Berenguela, Dai Ellis, Silvia Ferazzi, Tom O'Connell, Ann Rosenberg, Josh Ruxin,

Секция поддержки КМЗ и Отдел фактических данных по политике в области здравоохранения ВОЗ

Исполнительный секретарь, Секция поддержки КМЗ

Sergio Spinaci

Помощники редактора

Zarita Khamkhoeva, Tashina Krishniah

Художественный редактор

James Elrington

**World Health Organization,
CMH Support Unit,
20 Avenue Appia,
CH-1211 Geneva 27, Switzerland
www.who.int/macrohealth**

ИНВЕСТИРОВАНИЕ В ЗДОРОВЬЕ



Резюме результатов работы Комиссии по макроэкономике и здоровью

Просьба включить меня в список подписчиков. Мне хотелось бы получать публикации Секции поддержки КМЗ по мере их поступления

Мне хотелось бы получить дополнительные экземпляры этого документа для предоставления их другим
Ref: ISBN 92 4 156241 2

Каковы ваши основные области интереса, связанные с макроэкономикой и здоровьем:

ФАМИЛИЯ:

ДОЛЖНОСТЬ:

ОРГАНИЗАЦИЯ:

НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ:

ГОРОД:

ОБЛАСТЬ ИЛИ РЕГИОН:

СТРАНА:

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:

ТЕЛ. (с кодом страны):

ФАКС (с кодом страны):

ЭЛ. ПОЧТА:

Предложения и замечания:

МЕСТО
ДЛЯ
МАРКИ

WORLD HEALTH ORGANIZATION,
CMH SUPPORT UNIT,
20 AVENUE APPIA,
CH-1211 GENEVA 27,
SWITZERLAND